ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ
ПЕДИАТРӢ ВА ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНА»
АССОТСИАТСИЯИ ҶАРРОҲОНИ КӮДАКОНАИ ОСИЁИ МАРКАЗӢ
ТАШКИЛОТИ ҶАМЪИЯТИИ «ҶАМЪИЯТИ ИЛМИИ ҶАРРОҲОН, АНЕСТЕЗИОЛОГҲО
ВА РЕАНИМАТОЛОГҲОИ КӮДАКОНАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ А.Т. ПУЛАТОВ»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ,
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ИМЕНИ А.Т. ПУЛАТОВА»

Маводҳои Конгресси ассотсиатсияи ҷарроҳони кӯдаконаи Осиёи Марказӣ бо иштироки коршиноси байналмиллалӣ дар мавзӯи «ТЕХНОЛОГИЯҲОИ ИННОВАТСИОНӢ ДАР ПЕДИАТРИЯ ВА ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНА»

Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

ЗАМИМА №3

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

ДУШАНБЕ - 2024

E-mail: zdravoh.tj@mail.ru
Web site: www.zdrav.tj

Отдел рекламы:
Тел: +992 933751075

Художественный редактор
М.Ф. Мусоева

Технический редактор
А.А. Мурадов

Художественный редактор
А.А. Мусоев

Переводчик
Т.Р. Халимова

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0032/МЧ-97, от 27.12.17 г.

Учредитель: Министерство здравоохранения и социальной защиты население РТ.

Регистрационный номер в государственной регистрации информационного ресурса Республики Таджикистан 34-02.1.085 tj

Индексы по каталогу «Почтаи точик».
77693 – для индивидуальных подписчиков.
77694 – для предприятий и организаций.

Подписано в печать 24. 09.2024. Формат 60x84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 32,75. Тираж 200 экз. Заказ №41.

ООО «Сифат-Офсет»
г. Душанбе, улица Гастелло 6 пр. дом. 9

ШЎРОИ ТАҲРИРИЯ
Абдуллозода Ҷ.А. – д.и.т., профессор, Раиси Шӯрои таҳририя
Салимов Ш.Т. – д.и.т., профессор, муовини раиси Шӯрои таҳририя
Ибодов Ҳ.И. – д.и.т., профессор, муовини раиси Шӯрои таҳририя
Икромов Т.Ш. – д.и.т., дотсент, муовини раиси Шӯрои таҳририя
Шамсов Б.А. – н.и.т., котиби масъули Шӯрои таҳририя
Юсуфӣ С.Ҷ. – д.и.т., профессор, академик АМИТ
Агзамходжаев Т.С. – д.и.т., профессор, (Тошканд, Узбекистон)
Бердиев Э.А. – д.и.т., профессор, (Тошканд, Узбекистон)
Эргашев Н.Ш. – д.и.т., профессор (Тошканд, Узбекистон)
Юсупов Ш.А. – д.и.т., профессор (Самарқанд, Узбекистон)
Шамсиев Ж.А. – д.и.т., профессор (Самарқанд, Узбекистон)
Кусаинов А.З. – н.и.т., дотсент (Алмато, Қазоқистон)
Воҳидов А.В. – д.и.т., профессор
Маҳкамов Қ.Қ. – н.и.т., дотсент
Ҳакимова Н.И.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, Председатель редакционной коллегии
Салимов Ш.Т. – д.м.н., профессор, заместитель председателя редакционной коллегии
Ибодов Х. – д.м.н., профессор, заместитель председателя редакционной коллегии
Икромов Т.Ш. – д.м.н., доцент, заместитель председателя редакционной коллегии
Шамсов Б.А. – к.м.н., ответственный секретарь редакционной коллегии
Юсуфи С.Дж. – д.м.н., профессор, академик НАНТ
Агзамходжаев Т.С. – д.м.н., профессор, (Ташкент, Узбекистан)
Бердиев Э.А. – д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Эргашев Н.Ш. – д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Юсупов Ш.А. – д.м.н., профессор (Самарканд, Узбекистан)
Шамсиев Ж.А. – д.м.н., профессор (Самарканд, Узбекистан)
Кусаинов А.З. – к.м.н., доцент (Алматы, Казахстан)
Вахидов А.В. – д.м.н., профессор
Махкамов К.К. – к.м.н., доцент
Хакимова Н.Х.

Масъулияти муҳтавои мавод ба души муаллифони корҳои илмӣ вогузор карда мешавад

Ответственность за содержание материала несут авторы научных работ

Журнал входит в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук.

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 декабря 2020 г. №427.

Адрес редакции:
734067, г. Душанбе, ул. Дехоти, 48 (14 этаж).
Телефон +992 93-375-10-75

© «Нигаҳдории Тандурустии Тоҷикистон», 2024 г.

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллозода Дж. А., Ибодов Х. Состояние и перспективы развития хирургической службы детского возраста в Республике Таджикистан 12

СТАТЬИ

Акбаров Н.А. Принципы диспансерного наблюдения и лечения детей с двусторонним нефролитиазом в послеоперационном периоде 15

Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Дустмухамедова Д.Х., Салихова М.З. Оценка функционального состояния поджелудочной железы при целиакии у детей 17

Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И., Авезова З.Ш. Современные аспекты течения антибиотико-ассоцииро-ванных диарей у детей 22

Джумаева Л.Ф., Исмоилов К.И., Зарипов А.Ш., Бурхонова М.Ш. Клинические особенности и этиологическая характеристика пневмонии у новорождённых детей 25

Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М., Ибрагимов Э.К. Морфологические изменения при буккальной гипоспадии у детей 28

Махмаджонов Д.М., Бадалов Ш.А., Атоев И.К., Соҳибов А.А. Диагностика нефролитиаза у детей раннего возраста с учетом факторов риска ее возникновений 31

Петр Лоян. Концепция здоровья в изменениях времени 34

Саидмурадова Г.М., Нарзуллоева М.Ф. Эпидемиологические и клинические особенности ветряной оспы у больных разных возрастных групп (на примере г. Душанбе) 40

Салихова М.З., Назарова И.Д., Авезова З.Ш. Клинико-иммунологическая характеристика острой ревматической лихорадки у детей 43

Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н.С., Сайдалиев С.С. Выбор лечебной тактики при спаечной кишечной непроходимости у детей 48

Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Хидиров Л.А. Влияние эндогенной интоксикации на состояние иммунологической реактивности у детей с абдоминальной патологией 52

Файзуллоев Ф.А., Набиев З.Н., Таджибаева З.А., Хасанова Т.М., Каримов Б.Х. Особенности течения гипоксической ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста при врожденных пороках сердца 54

Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С. Результаты неинвазивного метода в комплексном лечении детей с геморроем дошкольного возраста 56

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Халилов Г.К., Рахимов А.К. Химические ожоги пищевода у детей 60

Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Рахимов А.К., Аббасов Х.Х. Шамсиев Ж.А. Отдаленные результаты лечения ожогов пищевода у детей 63

Шарипов А.М., Юсупов Б.Х., Рахматова Р.А., Мазабшоев С.А., Додочонов Ю.Т. Варианты лечения рубцовых стенозов пишевода у детей 66

Шайдуллина М.Р. Изолированный дефицит 17, 20-лиазы как вариант нарушения формирования пола. описание клинического случая 70

Yusupov Sh.A., Shamsiyev J. A., Pulotov P. A., Zufarov A. A., Daniyarov E.S. Method for optimizing diagnosis of urolithiasis in children depending on biochemical and molecular genetic status 73

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Коррекция анемии с использованием железосодержащего препарата и питания 77

ТЕЗИСЫ

ХИРУРГИЯ

Abdusamatov B.Z., Usmanov Kh.S. Endovisual operations associated with echinococcosis of the rightlung and the liver at children 80

Абдулалиев А., Икромов Т.Ш., Ходжаева Дж.К. Периоперационная подготовка детей с перфорацией кишечника 81

Абдулхамидзода Х.А., Рахматова Р.А., Набиев З.Н. Современные принципы лечения инфекции нижних мочевых путей у детей 82
Абдулхамидзода Х.А., Рахматова Р.А., Хокироев Т.З. Частота распространенности мочевой инфекции у детей раннего возраста 83
Азизов А.А., Сайёдов К.М., Бадалов Ш.А. Коррекция хирургического лечения проксимальной формы гипоспадии у детей 83
Азизов А.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А., Бадалов Ш.А. Алгоритм факторов риска осложненного нефролитиаза у детей 84
Азизов А.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А., Бадалов Ш.А. Пути снижения факторов риска осложнённого нефролитиаза у детей 85
Азизов Б.Дж., Мирзоев Д.С. Хамидов И.Х., Холов Т.Б. Выбор способа и срока закрытия кишечных стом у детей 85
Азизов Б.Дж., Хамидов И.Х., Абдурахманов Ф.Ф. Тактика хирургического лечения сформированных наружных кишечных свищей в детском возрасте 87
Акрамов Н.Р., Шайхразиев Б.М., Муцольгов М.И., Хуснуллин И.Н. Варианты перемещающей уретропластики при дистальных формах гипоспадии 88
Акрамов Н.Р., Чумаков П.И., Гимадеев Б.Р. Тубуляризационная орифисуретеропластика при пузырно-мочеточниковом рефлюксе пневмовезикоскопическим доступом 88
Аллаев М.Я., Гафуров А.А., Халилов Ш.К., Туракулов З.Ш., Нематжонов Ф.З. Лечение язвенно-некротического энтероколита у новорождённых и у детей грудного возраста 89
Алиев М.М., Тилавов У.Х., Султанов Х.Х., Ауезов А.М. Диагностика и хирургическое лечение пороков развития бронхов и легких у детей 90
Алимханова Г.Н., Ибраимова А.Б., Шекенова А.Б. Нейроаксиальные блокады при оперативных вмешательствах у детей с врожденными аноректальными пороками 91
Аслонов А.А., Восиев Ж. Ж., Раупов Ф.С. Лечения врожденной кишечной непроходимости у новорожденных 93
Ахмаджон А. И., Мавлонова З.Ф. Клинико-эпидемиологические особенности и нейрофизиологическая характеристика вертеброгенных болевых синдромов у детей 94
Ахмедов А.Т. Экспериментальное воспроизведение и реимплантация тканей тимуса при операциях у детей с врожденными пороками сердца 95
Ахмедов Л. А. Малоинвазивное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких у детей 96
Бабаев Б. Д., Острейков И.Ф., Толасов К.Р., Штатнов М.К., Чокорая К.З., Ялиева. Анестезия современными ингаляционными анестетиками при лапароскопических операциях у детей 98
Бабаев Б.Д., Алхасов А.Б., Алексеева Е.А., Бондаренко Е.В., Кузин С.А., Комина А.И., Ратников С.А. Особенности анестезии при колоэзофагопластике у детей 99
Бабаева Х.Б. Алгоритм диагностики развивающейся дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных 100
Бадалов Ш.А., Азизов А.А. Гормональное лечение гипоспадии у детей 100
Бадиева Б.М. Возможности эндохирургии при сложных эхинококковых кистах печени у детей 101
Бойматова М.Б. Ультразвуковая оценка состояния молочных желез у девочек подростков 102
Бутабоев М.Т. Роль инновационных технологий в реабилитации детей с заболеваниями дыхательной системы: перспективы и преимущества 102
Гуриев Х.Дж., Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Махмадалиев А.А. Варианты хирургического доступа при болезни Гиршпрунга у детей 103
Гуриев Х.Дж., Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Манонов Н.С., Шарипов П.Ш., Аввалов А. Оптимизация тактики оперативного лечения при болезни Гиршпрунга у новорожённых и детей грудного возраста 105

Датлатзода Б.Х., Рахматова Р.А., Бердиев Р.Н., Бобоев С.С. Современные аспекты инфузионной терапии у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой 106
Давлатов С.Б., Ибодзода Х., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К. Оптимизация хирургического лечения кист холедоха у детей 107
Дадаев М.П., Абдибеков М.И. Гангрены Фурнье после иссечения крайней плоти у ребенка 107
Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Юсупов Ш.А., Сафаров С.Х. Осложнения после ритуального обрезания у детей 108
Дехканов М.К., Якубов С.Я., Шарипов Г.М., Абдураупов Д.М. Диагностика и хирургическая тактика при осложненном эхинококкозе легких у детей 109
Досмухамедова Л.В., Кучкарова Р.Р. Гемангиомы. современный подход к обследованию и лечению 110
Ёров У.У., Махмадов А.И., Хайров Ш.А., Абдуллоев Р.И. Результаты хирургической коррекции дистальной гипоспадии 111
Ёров У.У., Махмадов А.И., Хайров Ш.А., Абдуллоев Р.И. Эффективность лапароскопии в экстренной хирургии детского возраста 112
Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М. Морфологические исследование тканей при гипоспадии у детей 112
Ибодов Х, Рофиев Р, Давлатов С.Б., Икромов Т.Ш., Хамидов И. Врожденная диафрагмальная грыжа 113
Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Икромов Т.Ш., Давлатов А.Р. Дифаллия с ассоциированными врожденными пороками развития 114
Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А.Р. Изолированная дупликатура прямой кишки у детей 114
Ибодов Х, Мираков Х. М., Ибодов Н. С. Оптимизация лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников у детей 116
Ибодов Х, Бахрулло Х., Давлатов С.Б, Рофиев Р., Икромов Т.Ш. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени у детей 118
Ибодов Х.И., Кавраков, М.Дж., Асадов С.К., Моёнова Ш.Ш., Сайёдов К.М. Современные малоинвазивные технологии в лечении двустороннего нефролитиаза у детей 120
Икромов Ж. А. Блокада плечевого сплетения под контролем УЗИ у детей 121
Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Ходжаева Дж.К., Саломов А.К., Икромов П.Б., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х. Применение лечебной смеси NAN у детей при операции на желудочном кишечном тракте (ЖКТ) 122
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Саломов А.К., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х. Профилактика обтурации трахеобронхиального дерева у детей во время операции резекции левого легкого 124
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Саломов А.К., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х. Уменьшение риска хирургического лечения детей во время операции эхинококкэктомии легких 124
Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б. Выбор метода хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных 125
Исмайылов М.У., Магамедов В.А., Гасанов Ф.В., Багиров М.Г. Вопросы стомирования у детей с аноректальными аномалиями (АРМ) 126
Исматов С.С. Влияние различных методов лечения на исходы закрытой травмы почки 127
Исматов С.С. Роль ангиографии в лечении закрытой травмы почки 127
Каримова М.Б., Холматова Х.К. Дифференциальная ультразвуковая диагностика истинной и ложной гинекомастии у детей и подростков 128
Кодиров А.Р., Фатхуллоев З.К., Рахматова Р.А., Гулов А. Анальгезии у детей на ранних этапах сочетанной травмы 129
Касенов Ш.Е., Хаиров К.Э., Калабаева М.М. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей 129

Қӯшоқов Д.Н., Облоқулов Ҳ.Б., Ҷалолов У.Ш., Хидиров И.И. Омилҳои мусоидаткунандаи гирифторшавӣ ба бемори нуқсонҳои модарзоди дилу рагҳо 131

Karimov D.K., Mirzakarimov B.KH., Yulchiyev K.S. Results and benefits of ultrasound examination in acute scrotal syndrome....131

Магомедов В.А., Полухов Р.Ш., Ахундов С.Ф., Халилов Н.Дж. Особенности хирургической тактики у больных с врождённой гиперплазией надпочечников.... 132

Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Азимов С.Х., Холов Ф.Б. Анализ злокачественных опухолей костей у детей в условиях детского отделения ГУ РОНЦ РТ 133

Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Умедов А.С., Рачабов Ф., Шарипов Х. Гастродуоденальные эрозиво-язвенные поражения у детей как следствие негативного влияния Нурофена 133

Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Рахмонов Б.Я., Бобоеров Т.Т., Гулов А.Р. Респираторная поддержка лёгких при эхинококкозе лёгкого у детей методом однолёгочной высокочастотной вентиляции.... 134

Мамажонов У.Ш. Сравнительный анализ ближайших результатов хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга.... 136

Мехриддинов М.К., Раупов Ф.С. Дренажное лечения легочно-плевральной форм острой бактериальной деструкции легких у детей.... 137

Мирзакаримов Б.Х., Мамажонов У.Ш., Юлдашев М.А., Абдурахмонов Ф.С. Качество жизни детей с болезнью Гиршпрунга после операции DE LA TORRE-ORTEGA.... 138

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Исаков Н.З. Хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей раннего возраста 138

Мирзоев Д.С., Ибодов Х., Азизов Б.Дж, Яхшибекова Ш.Дж. Ультразвуковое исследование болезни Гиршпрунга у детей.... 139

Моёнова Ш.Ш., Ибодов Х.И., Сайёдов К.М., Махмудов З.Л. Лазерная литотрипсия при одностороннем нефролитиазе у детей 140

Мурадов А.А., Пырегов А.В., Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Шумилина О.В. Оценка вено-артериальной разницы по показателям свёртывающей и антисвертывающей звеньев гемостаза при полиорганной недостаточности у родильниц с преобладающим клиническим течением острой печеночной недостаточности....141

Мурадов А.М., Шумилина О.В., Ганиева М.Т., Муродова Ф.С., Ризоев М.М., Хамрокулов К.А. Основные причины и триггеры развития синдрома Гийена-Барре у пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением в условиях Республики Таджикистан.... 142

Насриддинова Б.С. Ультразвуковая диагностика как ключевой метод в определении кишечной непроходимости у детей....143

Некова К.Х. Экспериментальное воспроизведение реимплантации тимуса при оперативных вмешательствах на сердце у детей 144

Ниёзов О.М., Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Азизов Б.Дж., Рофиев Р. Энтеральная недостаточность при хирургических заболеваниях брюшной полости у детей 145

Носиров Ю.У. Осложнения инородных тел дыхательных путей у детей при поздней диагностике 147

Оразалинов А.Ж., Хаиров К.Э., Байгиреев Р.М., Хамитов М.К., Шиланбаев Н.Р. Диагностика и хирургическое лечение ахалазии пищевода у детей 148

Отамурадов Ф.А., Рахмонов С.А., Вахидов А.Ш. Результаты поздней диагностики и оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей 149

Отамурадов Ф.А., Вахидов А.Ш., Жонкобилов Х.Н. Эндохирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей.... 150

Полухов Р.Ш., Джанбахышов Т.Г., Халилов Н.Дж., Алшанов Х.Ф. Результаты антенатальной диагностики и лечения гастрошизиса.... 152

Полухов Р.Ш., Магамедов В.А., Мусаева К.Б., Мустафаева Г.И. Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей 152

Полухова А.А., Панахова Н.Ф., Гаджиева А.С., Адилова А.И. Факторы риска развития острого повреждения почек у маловесных новорожденных детей..... 153

Раупов Ф.С., Восиев Ж.Ж., Аслонов А.А. Причины осложнений хирургического лечения патологий органов брюшной полости у новорожденных 154

Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Набиева Ш.З., Шоназаров А.Т., Абдурахимов И. Анестезиологическое пособие у новорожденных с врожденными пороками развития..... 155

Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Набиева Ш.З., Шоназаров А.Т., Абдурахимов И. Оптимизация анестезиологических подходов у новорожденных с врожденными пороками развития 157

Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Гуриев Х.Дж., Манонов Н.А., Шарипов П.Ш., Джайчиев М.А. Оптимизация диагностики и лечения врожденного пилоростеноза у детей 158

Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев.Т.Х., Шарипов П.Ш., Гуриев Х.Дж., Джайчиев М.А. Сатторов А.М. Хирургическая тактика при редком варианте аномалии толстой кишки – «ректальном мешке» 159

Розенгард С.А., Веденин Я.О., Глущенко В.А. Случай успешного лечения диализ-зависимой дисфункции почек при синдроме лизиса опухоли у ребенка с острым лейкозом 160

Rahimova Kh.S. Clinic, diagnosis and treatment of bone injuries in children 161

Rahimova Kh.S. Treatment of congenital hydronephrosis in children 162

Сайфуллоев А.А., Умаров У.Л., Зарипов Х.З., Шерназаров И.Б. Современные методы диагностики и лечения детей с инородными телами дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта 162

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А. Воспалительные заболевания кишечника у детей 164

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А. Опыт и возможности видеолапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии детского возраста..... 164

Сафаров А.С., Шарипов А.М., Сайфуллоев А.А., Абдуллов Ф.У, Зарипов Х.З. Диагностика и тактика лечения осложненного инородного тела желудочно-кишечного тракта магнитом..... 165

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А. К вопросу о классификации гематогенного остеомиелита у детей..... 166

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А. Критерии наложения и снятия склетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава у детей..... 168

Сұлтанқұл М.С. Алимханова Г.Н. Ибраимова А.Б. Шекенова А.Б. Нурғалиева А.Т. Применение ингаляционной анестезии в интенсивной терапии в ОАРИТ АО «НЦПиДХ». Наш опыт 169

Ташпулатов Б.К., Дехканов М.К., Нуров Ф.Н., Сангинов М.Т., Урунов Ш.С. Диагностика и лечение крипторхизма у детей 171

Ташпулатов Б.К., Дехканов М.К., Аминов Н.Ф., Хамидов Н.Н. Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии у детей..... 172

Тошматов Х.З. Значение эхографической оценки мезентериального кровотока в определении тактики лечения при синдроме ледда у детей..... 172

Турищев И.В., Смирнов Г.В., Бабаев Б.Д., Беседина М.В., Зайцева О.В., Толстова Е.М. Низкомолекулярный гепарин в лечении деструктивных пневмоний..... 173

Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Хидиров Л.А. Применение «Хирургии контроля повреждений» при повреждениях почек.....174

Умарова М.Н., Умарзода С.Г., Мадаминова З.А., Азимов С.Х. Клинико-морфологические особенности злокачественных опухолей яичников (ЗОЯ) у детей в Республике Таджикистан.....175

Умарова М.Н., Мадаминова З.А., Азимов С.Х., Негматова Д.А., Хайталиева Н.Р. Хирургическое лечение опухолей у новорожденных 175

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т. Доступы при видеоторакоскопических эхинококкэктомиях легких у детей 176
Хаиров К.Э., Жумадуллаев Б.М., Калабаева М.М. Резекции печени у детей 177
Хайталиева Н.Р., Хусейнзода З.Х., Умарова М.Н., Мадаминова З.А. Результаты лечения НХЛ у детей в Республике Таджикистан 178
Хакимов Б.Дж., Холиков З.Х. Особенности аудиологической диагностики патологии слуха у детей 178
Хамитов М., Аипов Р., Лозовой В., Танат З., Бураев Г. Тотальная форма болезни Гиршпрунга. новые подходы к хирургическому лечению 179
Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С. Возрастные особенности клинического течения геморроя у детей 179
Хамраев А.Ж., Равшанбеков Ш.Ж. Опыт лечения гемангиом ректосигмоидного отдела толстой кишки у детей 181
Ходжаева Дж. К., Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Икромов П.Б. Сравнительная оценка методов обезболивания при операции на легких у детей 181
Холиков З.Х., Хукумзода М.З. Клиническое применение иммуномодуляторов при острых риносинуситах вирусной этиологии 182
Холиков З.Х., Хукумзода М.З. Опыт применения препарата фурасол при лечении острых риносинуситов у детей 183
Хукумзода М.З. Холиков З.Х. Иммунологическая диагностика и лечение аллергического ринита с сопутствующей патологией ЛОР-органов 184
Хукумзода М.З., Холиков З.Х. Эффективность местной терапии при хронических субатрофических фарингитах 185
Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Рузиев Ж.А. Модифицированный метод видеоторакопластики при лечении воронкообразный деформации грудной клетки у детей 186
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шахриев А.К., Махмудов З.М., Байжигитов Н.И. Применение инновационных методов лечения при гематогенном остеомиелите у детей 186
Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т, Унабоев Ж.О., Исоков А.М. Анестезиологические пособия при инородных телах дыхательных путей у детей 187
Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Бабаяров К.Р., Тагаев И.У., Сайфутдинов С.Х. Лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика у детей 188
Шамсиев Ж. З. Результаты лечения абдоминальной травмы у детей 188
Шамсов Х.А., Раджабзода И.М., Нурбобоев Х.О. Проблема травматизма и медико-социальные аспекты 189
Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Додочонов Ю.Т., Абдуллов Ф.Р., Махмадалиев А.А. Сочетание удвоения желчного пузыря со стриктурами дистального отдела общего желчного протока 190
Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П.Ш., Гуриев Х.Дж., Сатторов А.М., Бобоев Т.Х., Рахимов М.Ф. Тактика при заднесагитальном доступе при аноректальных мальформациях у новорождённых и детей раннего возраста 191
Шиланбаев Н.Р., Хаиров К.Э., Калабаева М.М., Ахтаров К.М. Результаты хирургического лечение ахалазии пищевода у детей 192
Шиланбаев Н.Р., Хаиров К.Э., Оразалинов А.Ж., Калабаева М.М. Усовершенствование энтерального питания путем чрескожной гастростомии у детей с неврологическими нарушениями 194
Эргашев Б. Б., Мухтаров Ж. У., Камолов Ш.Б. Диагностика и выбор метода хирургического лечения врожденного пилоростеноза у новорожденных и грудных детей 195

Эргашев Н.Ш., Умаров К.М., Бобокулов И.Х., Ёкубов А.А., Дустмуродов Ж.А. Аспекты диагностики клоаки у девочек 196

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А. Бронхолегочная секвестрация в структуре кистозных аномалий легких у детей 198

Эргашев Н.Ш., Юлдашев М.Э., Мухаммадиев М.Х., Бобокулов И.Х. Одновременная последовательная пластика ретростернальной грыжи Морганьи - Ларрея и дефекта межжелудочковой перегородки у ребенка с синдромом Дауна (случай из практики) 199

Эргашев Н.Ш. Маркаев А.Я., Бобокулов И.Х., Абдуазизов М.А. Особенности клинического течения и характер поражения при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей 200

Эргашев Б.Б., Хамроев У.А., Абдуганиев А.А. Лапароскопическая коррекция дуоденальной непроходимости у новорожденных 202

Якубов С.Я., Дехканов М.К., Асадуллоев А.Л, Алимов Р.И. Первичные острые заболевания большого сальника у детей 202

Якубов С.Я., Сангинов М.Т., Ахмеджанов С., Нуров Ф.Н. Трудности диагностики и анализ диагностических ошибок при остром аппендиците у детей 204

Яхшибекова Ш,Дж., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов А. Оптимизация диагностики аноректальных пороков развития у новорожденных детей 205

ТЕЗИСЫ

ПЕДИАТРИЯ

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф. Дефицит минералов при почечной недостаточности у детей 206

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф. Особенности манефестации пневмоцистной пневмонии у детей различного возраста 207

Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П., Султонова С.К. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов на уровне первичного звена здравоохранения 208

Агаева Г.Т., Дадашова К.Г., Нуриева Ш.В. Характеристика биоэлектрической активности головного мозга здоровых школьников младшего возраста 209

Ахмеджанова М.Ш., Ахмедова М.М. Пути улучшения диагностики дилатационной кардиомиопатии у детей 210

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш. Возможности ультразвукового исследования в диагностике агенезии мозолистого тела у новорожденных 211

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш. Оптимизация ультразвукового исследования вилочковой железы у детей 211

Вохидов А., Зарипова М.Ч., Каюмов Ф.Дж. Внутриутробные инфекции и их последствия 212

Вохидов А., Зарипова М.Ч., Каюмов Ф.Дж., Хакироев Д.А. Особенности ферментного спектра копрофильтратов у недоношенных новорожденных в зависимости от типа вскармливания 213

Вохидов А, Зарипова М.Ч., Каюмов Ф., Хакироев Д. Перинатальные исходы при сверхранних преждевременных родах 215

Вохидов А., Хакироев Д., Зарипова М., Каюмов Ф.Дж. Перинатальное поражение нервной системы у новорожденных 217

Давлатова Н.А. Клинико-эпидемиологический анализ коклюша у новорожденных 218

Давлатова Н.А., Шоев Қ.А., Нарзиқулов Х.Н. Омӯзиши таъсири ихтилолҳои сереброваскулярӣ дар кӯдакон 218

Давлатова С.Н., Султонбеков Н.С. Врождённый нефротический синдром 219

Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш., Шарипова М.М. Муковисцидоз у детей: анализ клинического случая для определения эффективных стратегий ранней диагностики и комплексного лечения 220

Давлатова С.Н., Хусенова М.С. Особенности сочетанного поражения опорно-двигательного аппарата у детей на фоне внутриутробной инфекции..... 222

Джумаева Л.Ф., Исмоилов К.И. Иммунологические особенности у новорождённых с бактериальной пневмонией Д 223

Джумаева Л.Ф., Исмаилов К.И., Юнусбаева М.Ш. Клинико-бактериологические особенности пневмонии у детей грудного возраста 224

Джумаева Л.Ф., Исмаилов К.И., Юнусбаева М.Ш. Клиническое течение и генотипическая характеристика возбудителя пневмонии у новорождённых детей 224

Джумаева Л.Ф., Исмаилов К.И., Юнусбаева М.Ш. Пневмония у новорождённых: особенности гуморального иммунитета 225

Зоитов А.О., Кушаков Д.Н., Джалолов У.Ш. Влияние дефицита витамина к на свёртываемость крови..... 226

Кабилова Б.Х., Негматуллаева С.М. Ведения детей с тяжелой формой гипотрофии 227

Кабилова Б.Х., Салихова Д.С. Клинические особенности некротического энтероколита у недоношенных детей 227

Косимов М.М., Чумаев Ш.М., Бадалов Ф.Б., Холов С.А., Назаров Ч.Р. Методы организации и проведения вскармливания детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба..... 228

Косимов М.М., Ибрагимов И.У., Иброхимова Р.К., Сирочидинов Ш.Б. Профилактика нарушений слуха у детей с врожденными расщелинами твердого и мягкого неба 229

Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Сатторова А.П. Значение показателей креатинфосфокиназы (КФК, КФК-МВ) у детей с септальными врождёнными пороками сердца 231

Латипов М. М., Саъдуллоева И. К. Особенности новорожденных родившихся от матерей с COVID-19..... 232

Мавлянова З.Ф., Ашуров Р.Ф. Возможности оценки нутритивного статуса пациентов с детским церебральным параличом 232

Мамедова А.А., Гараева С.З., Рзаева З.Р. Структура патологий дыхательной системы у детей до 1 года рожденных с врожденной инфекцией..... 234

Мавлянова З.Ф., Хайдарова С.Х., Ашуров Р.Ф. Комплексный подход к терапии бронхиальной астмы у детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы 235

Мамадаминова С.Х., Хамроева Д.Х., Икромов Т.Ш. Диагностические и оптимизирующие шкалы в нейродиабетологической практике у детей школьного возраста 236

Мамадаминова С.Х. Использование цитопротекции в комплексном лечении язвенной болезни у детей школьного возраста..... 237

Мамадаминова С.Х., Хамроева Д.Х., Икромов Т.Ш. Оптимизация и диагностика питание школьников-подростков для полноценной жизнедеятельности роста и развития 238

Мамаджанова Г.С. Хронический гастрит у детей..... 239

Маматкулова Р.П., Гулмуродова М.Ш., Хасанова Н.Р. Клинико-эпидемиологические особенности коклюша у детей первых трёх месяцев жизни 240

Мухаммаднабиева Ф.А., Табаров М.С., Исмаилов К.И., Саидов Х.Ш. Блок в системе гемостаза рассматривается как триггер летального исхода при лейкемиях у детей 240

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Ходжаева Н.Н. Маркёр повреждения эндотелия сосудов при жёсткой полихимиотерапии у детей с острым миелолейкозом..... 241

Набиева Ш.З., Набиева Н.З. Электроэнцефалографические исследования неврологического статуса недоношенных детей 242

Наврузкулова Ш.Ф. Постнатальный период недоношенных новорожденных с дисфункцией тиреоидной системы..... 242

Насирова С.Р., Мехтиева С.А. Эффективность пробиотиков в лечении некротизирующего энтероколита у новорожденных 243

Насридинова Н.Н. Факторы, вызывающие заболевания мочевыделительной системы у новорожденных 244
Полухова А.А., Керимова Н.Т., Мустфаева Н.М. Активность эндотоксинов у новорожденных с диагнозом сепсис 244
Самиева Н.Ш. Микробиота кишечника новорожденных 245
Самиева Н.Ш. Поражения головного мозга у недоношенных детей с врожденной инфекцией 246
Табарова Н.М., Шамсов Б., Набиев.З.Н., Ганиев А.Р. Хусусиятҳои ҷараёни клиникии синдроми гемолитикӣ-уремикии кӯдакон, масъалаҳои ташхис ва табобати комплексӣ 246
Темирова М.И. Особенности определения факторов роста при врожденных пороках сердца у детей 247
Файзуллоев Ф.А., Таджибаева З.А., Хасанова Т.М., Каримов Б.Х. Пневмония у детей грудного возраста с врожденными пороками сердца 248
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р. Современные представления клинического течения и лечения пиелонефритов у детей 249
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р. Тенденция респираторных аллергозов у детей 249
Ҳамроева Д.Ҳ., Махсумова С.Л., Хакимова Н.И., Маматкулова Р.П. Некоторые аспекты диагностики пневмонии у детей раннего возраста с бронхообструктивным синдромом 251
Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М., Расулова С.А. Роль профилактической терапии в снижении частоты геморрагических осложнений при гемофилии 251
Хокимова Ф.Г. Ингаляционное применение препаратов небутамола и небуфлюзона при аденоидах у детей 252
Хотамова М.Н. Состояние гемостаза у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию 253
Шамсов Б.А. Влияние возраста начала прикорма на развитие БЭН у детей до 5 лет 254
Шамсов Б.А. Оценка эффективности комбинированного терапевтического питания F-100 и BP-100 в лечении БЭН у детей до 5 лет 254
Шамсов Б.А. Социальные детерминанты и клинические проявления БЭН среди детей до 5 лет в Таджикистане 255
Шамсов Б.А. Эпидемиология и факторы риска белково-энергетической недостаточности среди детей до 5 лет в Таджикистане 256
Шамсов Б.А., Бекмурадов Б.Б. Эффект образовательных программ для родителей на профилактику бэн у детей до 5 лет 256
Шарипова Н.А., Алишерова Н.А. Особенности антибиотикотерапии у детей с врожденной пневмонией 257
Эфендиева М.З., Мехтиева С.А., Алиева А.М. Нутритивно-метаболическая поддержка при сепсисе у новорожденных 257
Юнусбаева М. Ш. Особенности ультразвуковой диагностики поджелудочной железы у детей с сахарным диабетом 1-го типа 258
Юнусбаева М.Ш., Гулмуродова М.Ш., Хасанова Н.Р. Применение препарата энтерофурил в лечении диарейных заболеваний для детей раннего возраста 259
Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Шарипова М.М. Индекс коморбидности при сахарном диабете в детском возрасте 260
Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т. Клинические маски хронической болезни почек у детей 261
Янгибаева Б.У., Ҳокимова Ф.Г. Особенности вегетативной нервной системы у детей с железодефицитной анемией в зависимости от тяжести 262

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Абдуллозода Дж. А., Ибодов Х.

Правительство Республики Таджикистан уделяет большое внимание охране здоровья населения, прежде всего детского возраста. Хирургия, анестезиология и реаниматология детского возраста, как важнейшая составная часть службы здравоохранения, нуждается в качественном развитии. Перед специалистами этих направлений медицины стоят огромной социальной значимости задачи по повсеместному и полному удовлетворению потребностей детей на всех этапах оказания высококвалифицированной и специализированной хирургической помощи, кардинальному повышению её качества. Деятельность служб хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста направлена и ориентирована на активную поддержку процесса реформирования здравоохранения путем совершенствования существующих, устранения сомнительных, дорогостоящих и недостаточно эффективных способов диагностики и лечения, а также внедрения новых, доказательных с научной точки зрения, альтернативных технологий по оказанию медицинской помощи.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в последние годы проведена огромная работа по реформированию отрасли. Приняты национальные, отраслевые программы по наиболее приоритетным проблемам педиатрии, внедрение которых сыграло положительную роль, в частности, в сокращении числа гнойно-септической патологии и осложнений инфекционных заболеваний, требующих в последующем хирургического вмешательства.

Хирургия детского возраста в Республике Таджикистан имеет свою историю развития. Она разделяется на два периода: до государственной независимости и после. Детская хирургия берет своё начало с 1964 года, когда в Таджикском государственном медицинском институте имени Абуали ибни Сино была открыта кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии под руководством доктора медицинских наук, профессора, член корреспондента АН РТ А.Т. Пулатова. В этом году исполнилось 60 лет детской хирургии. Профессор Пулатов А.Т. внес неоценимый вклад в развитие детской хирургии в Таджикистане. Под руководством А.Т. Пулатова клиника подготовила высококвалифицированных специалистов для здравоохранения Таджикистана и вложила огромный вклад в развитие детской хирургии.

На основании приказа МЗ РТ от 1 февраля 1994 года была организована кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ на базе ГДХБ, кафедрой руководил профессор Т.А. Абдуфатоев, который внес огромный вклад в восстановление кафедры детской хирургии и подготовке научно-практических кадров.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 октября 2008 года, в структуре Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан был открыт научно - клинический центр педиатрии и детской хирургии, который за небольшой срок внес большой вклад в развитие науки и практики педиатрической службы.

Правительством Республики Таджикистан в 2011 году была принята Национальная программа по профилактике, диагностики и лечения врожденных пороков развития сердца и ее осложнений, что одним ее пунктом реализации явилось открытие детского кардиохирургического отделения детского возраста. В 2016 году в структуре медицинского комплекса были открыты 15 профильных отделений. За короткий период кардиохирургами выполнены более 570 операций.

На сегодня в Республике функционируют 24 отделения детской хирургии и 13 отделений анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. В настоящее время функционирует отделение детской хирургии в следующих городах и районах Республики: Ходжент, Истаравшан, Канибадам, Исфара, Мастчо, г. Б.Гафуров, Джабор Расулов, Ашт, Спитамент, Девештич, Бохтар, Куляб, Восеъ, Мир Сайид Алии Хамадони, Фархор, Джалолиддин Балхи, Шахритуз и Рашт. Во всех остальных районных центрах имеются отдельные профилированные койки в составе отделений общей хирургии, где дети получают квалифицированную хирургическую помощь. В 2023 году в Республике работало 184 детских хирургов (из них 7 докторов и 31 кандидатов медицинских наук). 146 (70,3%) из них имеет квалификационные категории: высшую – 67 (40,4%), первую – 49 (29,5%) и вторую – 50 (30,1%).

Обеспеченность детскими хирургами за последние 10 лет - составляет 0,8 на 10 тыс. детского населения (у взрослых в 2,7 раза больше). По-

прежнему прослеживается явная диспропорция в обеспечении этими специалистами – от 2,7 г. Душанбе до 0,3 по районам республики. Министерством предпринимаются меры по устранению вышеуказанной диспропорции кадров путем целевого приема в Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

В 2023 году в Республике функционируют 1454 детских хирургических коек. В 2023 году 52265 детям выполнены оперативные вмешательства (в 2022 г. – 45068), из которых 80% проведены в профильных отделениях. Хирургическая активность в 2022 г. повысилась по сравнению с 2021 г. (соответственно – 65,7% – 62,3%), послеоперационные осложнения несколько снизились – 2,6% (в 2021 г. – 2,9%): после плановых операций – 1,7% и экстренных – 2,9% (в 2021 г. – 2,4% и 3,1% соответственно). Общая летальность составляет - 1,2%, послеоперационная – 0,9% (в 2021 г. – 1,9% и 1% соответственно).

Следует отметить важность рассматриваемого вопроса на научном конгрессе детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Центральной Азии. Врожденная патология у детей в 2023 году по сравнению с 2021 г увеличилась в 1,5 раза. В Республике 13000 детей с пороками развития находятся под диспансерным наблюдением, из них 5000 (38,4%) с ВПС. Согласно центру статистики РТ ежегодно рождаются от 2400 до 3300 новорожденных с пороками развития.

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения в любой стране является перинатальная детская смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургического вмешательства в период новорожденности или первом полугодии жизни. По результатам скрининговых обследований выяснилось, что в 2022 – 2023гг. от 78 до 87% беременных прошли перинатальный УЗИ скрининг. Из числа родившихся с пороками развития 32% дети родились недоношенными, 14% с родовыми травмами, 12% от матерей с экстрагенитальной патологией, остальные - другие причины, существенно влияющие на возникновение пороков развития. Структура факторов риска такова: на первом месте острые и хронические инфекции у матерей, далее анемия, отягощенный акушерский анамнез, недостаточность кровообращения в системе мать - ребенок, острые почечные повреждения, патологии ССС, ВПР у родителей, окружающая среда, близкородственные браки.

Высокая летальность среди новорожденных, связана с особенностями течения многих патологий в этой возрастной группе. Разнообразие пороков развития, нередкое сочетание различных аномалий между собой, а также недоношенность и не хирургическая патология, транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития в специализированные детские хирургические центры или отделения потребовали разработку особого подхода к хирургическому лечению детей первого месяца жизни.

В этой связи в Республике открыты перинатальные центры, отвечающие на все требования современной медицины. В городе Кулябе открылся перинатальный центр, в структуре которого имеются отделения хирургии новорожденных. Функционирует перинатальный центр в медицинском комплексе «Истиклол», а также в городе Бохтар Хатлонской области.

В городе Душанбе в 2016 году при непосредственной поддержке Лидера нации, Президента Республики Таджикистан уважаемого Эмомали Рахмон сдан в эксплуатацию Медицинский комплекс «Истиклол», где функционируют 15 специализированных детских хирургических отделений по всем направлениям.

Сделаны реальные шаги по реализации внедрения новых методов диагностики (МРТ, компьютерная томография, УЗИ, ангиография, электронная микроскопия и др.), а также по широкому применению новых эффективных методов хирургического лечения.

В практической работе детских хирургов получили распространение более 80 различных оригинальных и усовершенствованных операций, разработанных сотрудниками клиник детской хирургии Таджикского Медицинского университета имени Абуали ибн Сино и института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Сотрудники двух клиник уделяют большое внимание в разработке методов альтернативной хирургии: рентгеноваскулярная пломбировка сосудов при врожденной гипоплазии почки, сопровождающаяся ренальной гипертензией, эндоваскулярная блокада при варикоцеле, лапароскопические и эндоурологические операции, лапароскопическое удаление тератомы забрюшинного пространства, эхинококкэктомии печени, лапароскопическая холецистэктомия, удаление солидных кист брюшной полости, лапароскопическое устранение желудочно - пищеводного рефлюкса и болезни Гиршпрунга, перкутанная и ретроградная внутрипочечная лазерная литотрип-

сия, коррекция ПМР объемообразующими препаратами, баллонная дилятация уретеровезикального соустья, эндоскопическое устранение уретероцеле и клапана уретры, ряд усовершенствованных операций при болезни Гиршпрунга и аноректальные пороки развития (операция De-La-Torre Mandrogon, Swenson-Like, трансанальные и лапароскопические низведения толстой кишки, проктопластика по Пенья, модифицированная сфинктерограцилопластика и др.) и др. Достигнуты значительные положительные результаты при оперативном лечении диафрагмальных грыж у новорожденных и детей грудного возраста (выздоровление 93,5%), сделаны реальные шаги в лечение атрезии пищевода у новорожденных (выздоровление 60%) и гастрошизиса.

Детскими хирургами разработаны и внедрены в практику здравоохранения устройство для рентгенологического исследования новорожденных с аноректальными пороками развития, аппарат сфинктерометр для диагностики и лечения слабости мышц аноректальной области, пластинка и инструменты к нему для устранения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей, усовершенствован метод экстравезикальной реимплантации мочеточников при мегауретере, внедрена и выполняется операция - замена пищевода поперечно-ободочной кишкой при послеожоговой стриктуре,

В перспективе планировано развитие эндоскопической хирургии. Расширение спектра выполняемых малоинвазивных оперативных вмешательств; внедрение новых методик по таким разделам, как детская урология, детская хирургия, хирургия новорожденных; непрерывное обучение детских хирургов на ведущих отечественных и зарубежных клинических базах; расширение арсенала средств инструментальной диагностики, новейшей аппаратуры

В дальнейшем планируется активное развитие детской хирургической службы Республики Таджикистан. Планируется в 2024 году начало строительства республиканской детской больницы, в структуру которой включены 15 отделений хирургии детского возраста по всем направлениям. Эта больница по проекту будет клинической базой Научно-клинического Центра педиатрии и детской хирургии на 350 коек, что позволит внедрить новейшие методы хирургических вмешательств.

За последние 5 лет детскими хирургами защищены 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций. Выпущены 18 монографий, 32 методических рекомендаций, получено 5 авторских свидетельства, более 80 рационализаторских предложений.

Таким образом, в развитии детской хирургии Республики Таджикистан предусматривается дальнейшая интеграция специализированных служб (хирургии новорожденных, реконструктивно-пластических, торакальных, сердечно-сосудистых), организация детских хирургических и перинатальных центров, укрепление медико-санитарной помощи, внедрение методов альтернативного финансирования, принятие мер по внедрению современных технологий в клиническую практику. Велением времени является широкое внедрение микрохирургической, эндовидео- и малоинвазивных технологий, современных, менее безопасных способов анестезии, поддержка и мониторинг функций жизненно важных органов при проведении хирургических вмешательств.

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМ НЕФРОЛИТИАЗОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Акбаров Н.А.

Кафедра детской хирургии Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

ORCID 0000 -0002-9171-4468.

Актуальность. Известно, что двусторонний нефролитиаз (ДН) как у взрослых, так и у детей является наиболее тяжёлым проявлением почечно-каменной болезни и часто сопровождается множественными тяжёлыми вторичными осложнениями: калькулёзный гидронефроз (КГ), калькулёзный пиелонефрит (КП), почечная недостаточность, гипохромная анемия. В связи с этим, после оперативного удаления конкремента из почки, больной не может считаться окончательно излеченным: пиелонефрит полностью не ликвидируется, он часто протекает бессимптомно, и, к сожалению, нет гарантии, что в оперированной почке не наступит рецидив пиелонефрита и камнеобразования, хроническая почечная недостаточность (ХПН) продолжается, анемия существует долго, гидронефротическая трансформация медленно регрессирует, нарушенные обменные процессы в организме больного требуют продолжительного и патогенетического лечения. Поэтому, больные, оперированные по поводу ДН, после выписки из стационара, нуждаются в проведении периодического комплексного исследования и лечения.

Цель исследования. Изучение эффективности разработанных в клинике комплексных лечебных мер в послеоперационном периоде у больных с ДН.

Материал и методы исследования. В настоящей работе проведены данные наблюдения в послеоперационном периоде в сроке от 3 мес до 10 лет - 110 детей. Возраст детей составила от 8 мес. до 14 лет, которые получили разработанный в клинике комплекс реабилитационного лечения после оперативного удаления конкрементов из обеих почек. Мальчиков было 84 (76,3%), девочек 26 (23,7). У всех больных 110 (100%) до операции был КП, причём у 18 (16,3%) из них острый. У 92 (83,7) - КГ различной стадии, у 52 (69%) из них с обеих сторон, у 23 (30,7%) - с одной стороны; у 72 (65,4%) - почечная недостаточность, из них у 11 (15,2%) - острая, у 61 (84,8%)- хроническая; у 46 (41,8%) - анемия различной степени выраженности.

С целью оценки эффективности комплексного реабилитационного лечения периодически у наблюдаемых больных проведены следующие обследования: клинические, УЗИ почек и мочевыводящих путей, общий анализ крови и мочи, мочевина, остаточный азот, эндогенный креатинин крови, бактериологическое исследование мочи, проба Земницкого, обзорная и экскреторная урография, с вычислением ренально-кортикального индекса.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных, оперированных по поводу одиночных камней почек (объем операции: пиелолитотомия или частичная радиарная нефролитотомия или каликолитотомия) без КГ, отсутствия ХПН и анемии, ХКП латентной фазы после выписки из стационара через каждые 6 месяцев в течении первых 2 лет. При достижении клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита и отсутствия рецидивного камнеобразования, больные обследуются раз в год в течении 5 лет. При наличии признаков полного выздоровления дети снимались с диспансерного учёта.

Больные, оперированные по поводу солитарных или множественных камней, расположенных в одной чашечке, также корраловидных камней I-II стадии, (обьем операции: нефропиелолитотомия или множественная частичная нефролитотомия или резекция нижнего полюса почки вместе с камнями с одной стороны) КГ I-II стадии, острого или хронического гнойного КП, ХПН латентной или компенсированной стадии, анемии I-II степени проходили диспансерное обследование ежеквартально в течении первого года после операции, затем 2 раза в год в течении 3 лет. У этих больных проводили функциональное исследование почек. Дети этой группы снимались с диспансерного учёта по истечении 6-10 лет, при отсутствия рецидива пиелонефрита и камнеобразования, а также улучшении и стабилизации функции почек.

Больные, оперированные с множественными

камнями, расположенными во всей чашечно-лоханочной системы или коралловидными камнями III стадии, (объём операций: множественная или секционная нефролитотомия, резекция нижнего полюса почки с одной или с обеих сторон, пластические операции по поводу аномалии верхних мочевых путей, нефрэктомия с одной стороны), КГ- III стадии, острым или хроническим гнойным КП, ХПН интерметтирующей или терминальной стадии, анемией III степени, входящие в группу повышенного риска, находились на постоянном особом диспансерном учёте с регулярным осмотром и проведением необходимых исследований не реже одного раза в квартал в течении 5 лет, а затем по мере улучшения 2 раза в год. В случаях обострения пиелонефрита, ухудшения функций почек и рецидива камня проводилось комплексное лечение в стационарных условиях.

Главными принципами реабилитации мы считали санацию хронического очага инфекции, медикаментозное лечение, направленное на улучшение функции почек, нормализации анемии, постепенное увеличение физической активности при соблюдении щадящего режима, усиление диуреза и стимуляцию защитных сил организма. С этой целью при выписке каждому больному подбирался индивидуальный комплекс обследований и лечебных мер в зависимости от выше указанных факторов.

После выписки больных из стационара, курс антибактериальной терапии проводился в течении 1 недели каждого месяца одним из антибиотиков широкого спектра действия и препаратов нитрофуранового ряда или налидиксиновой кислоты или сульфаниламидов. В следующем месяце производилась смена антибактериальных препаратов. Так как, послеоперационное лечебное мероприятие длительное, больным в основном назначались антибактериальные препараты в форме энтерального применения. В оставшиеся 3 недели каждого месяца больной получал отвар из растительных антисептиков. Отсутствие патологических элементов в моче в течении 3 месяцев являлось показанием для прекращения активного лечения. Такая методика длительной антибактериальной терапии ХКП отдаляет возникновение устойчивых микроорганизмов и даёт хороший клинический эффект.

Известно, что высокая тепловая нагрузка в летний период в условиях Узбекистана представляет собой существенный фактор камнеобразования. В связи с этим детям, перенёсшим операцию по поводу ДН, при отсутствии противопоказаний, рекомендовали обильное питьё, арбузный сок, минеральные воды, что способствует отхождению солей и мелких камней, уменьшению содержания ионов, участвующих в камнеобразовании, тем самым предупреждает образования новых камней, путём разведения мочи и усиления диуреза.

Учитывая, что в основе развития мочекаменной болезни в основном лежат нарушения обменных процессов и нерациональное питание, больным без ХПН в послеоперационном периоде каких- либо ограничений в диете не назначали, а наоборот рекомендовали витаминизированную и калорийную диету.

Больным с ДН после удаления камней, индивидуально, с учётом возраста, общего состояния, функциональных показателей почек и состава солей в осадке мочи назначали лекарственные камнерастворители (магурлит, уролит, пролит, блеморен, солуран). Для ощелачивания мочи назначили лимоны (1/2-1 лимон в сутки в течении 2-3 месяцев после операции), лимонная кислота которого облегчает резорбцию металлических ионов, предупреждает возникновению и рост мочевых камней.

По показаниям назначалась стимулирующая терапия (гамма-глобулин, экстрат алоэ, ретаболил, нераболил и др.).

Эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий определялась улучшением и стабилизацией результатов функциональных исследований почек, резким сокращением числа рецидивов камнеобразования (до 2,1%) и достижением длительной ремиссии КП у большинства больных, снижением уровня летальности от этого тяжёлого заболевания детей (до 2,2%) а также сокращением сроков инвалидности детей в 2 раза, что способствовало значительной экономии государственных денежных средств. В результате у 88% оперированных больных удалось добиться хороших и удовлетворительных отдалённых результатов.

Выводы:

1. Все дети, оперированные по поводу ДН, должны находиться под длительным диспансерным наблюдением, подвергаясь периодическому комплексному обследованию для своевременного выявления возникших осложнений и их лечения.

2. Обьём и продолжительность послеоперационной диспансеризации и лечения зависят от объема произведённых операций, вида и степени выраженности вторичных осложнений, а также возраста и общего состояния больных.

3. Проведение разработанных в клинике ком-

плекс исследований и лечебных мероприятий в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу ДН способствуют значительному улучшению отдалённых результатов.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

Ахмедова И.М., Назарова И.Д., Дустмухамедова Д.Х., Салихова М.З.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. г.Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Поджелудочная железа (ПЖ), будучи одним из центральных пищеварительных органов, а также обладая рядом анатомических особенностей, легко вовлекается практически в любой патологический процесс в пищеварительной системе. При заболеваниях, сопровождающихся синдромом мальабсорбции, в одних случаях ее поражение является центральным звеном патогенеза (например, при муковисцидозе или синдроме Швахмана), а в других – она поражается вторично, на фоне тяжелого нарушения пищеварительных процессов и нутритивного статуса [1, 4, 5, 9].

Имеются данные указывающие, что пептиды глютена проникают в поджелудочную железу, где влияют на её морфологию и повышает секрецию инсулина. Нарушение функции поджелудочной железы может привести к нарушению пищеварения и всасывания важных питательных веществ и, как следствие, к недостаточности питания.

По литературным данным при целиакии в активной стадии заболевания поражение ПЖ наблюдается у 88% больных, в стадии ремиссии – у 79%. Повышение в крови активности трипсина, говорящее о деструктивном процессе в ПЖ, скорее всего, обострении хронического панкреатита, наблюдается у 37% детей в активной стадии целиакии и у 12% больных в стадии ремиссии [7, 8].

Патологические процессы в кишечнике при целиакии оказывают влияние на состояние (ПЖ, формируется энтеропанкреатический синдром. Выявление этих нарушений определяет тактику ведения таких пациентов, а введение высокоактивных препаратов панкреатических ферментов [10, 11]. Учитывая, что патологические процессы в кишечнике неизбежно оказывают влияние на состояние ПЖ, что оказывает существенное влияние на течение заболевания, определило актуальность изучения новых аспектов развития поражения поджелудочной железы при целиакии у детей.

Цель исследования. Оценка функционального состояния поджелудочной железы при целиакии у детей.

Материал и методы исследования. Для изучения функциональной активности поджелудочной железы при целиакии у детей нами обследовано 60 детей с целиакией в возрасте от 2 года до 14 лет: из них 35 (58,3%) девочки и 25 (41,7%) мальчики. По возрасту - от 2 года до 5 лет составили -24 (40%) пациентов, от 6 до 9 лет – 22 (36.7%) детей и 10-14 лет – 14 (23.3%).

Исследование больных включало клинико-лабораторные и инструментальные методы: изучение анамнеза жизни и заболевания ребенка, объективных данных, биохимическое исследование крови, эхографию печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ЭГДС.

Анализированы истории болезни и амбулаторные карты детей, информация о состоянии здоровья детей будут получены от самих обследованных, их родителей и врачей.

При диагнозе патологии поджелудочной железы учитывались рекомендации по МКБ - 10 с учетом клинико-анамнестические данные, включающие жидкий стул, метеоризм, боли в животе, тошнота, рецидивирующая рвота, снижение аппетита, общая слабость, похудание, снижение физической активности, отставание в росте.

Общее клиническое обследование включило тщательное изучение генеалогического и биологического анамнезов. Биологический анамнез включал сведения об особенностях течения раннего онтогенеза, антенатального, интранатального, раннего неонатального, позднего неонатального периодов. Изучали социально-средовой анамнез семьи. Клиническое обследование предусматривало изучение анамнеза наблюдаемых больных учитывали акушерско-гинекологический анамнез у матери, характер вскармливания с рождения, длительность грудного вскармливания, характер стула с рождения, наличие пищевой аллергии и

непереносимости пищевых веществ. тщательно анализировали генеалогического анамнеза, уточнение характера перенесенных заболеваний - острые кишечные инфекции, паразитарные (лямблиоз) и глистные инвазии, вирусный гепатит, соблюдение режима питания, переедание, наличие насильственного кормления, злоупотребление жирной или острой пищей, аллергический анамнез, отягощенная наследственность, гельминтозы. перенесенные заболевания, сроков и характера начала заболевания, оценку общего состояния.

Из методов выявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочнолй железы использовали копрологическое исследование с учетом креаторею, стеаторею и амилорею, а также наличие "полифекалии"; сероватого цвета кала, "сальный" вид; зловонный, гнилостный запах.

Определение α-амилазы в биологических жидкостях – амилокластический унифицированный метод по Каравею (Шевченко И.А., 1986); определение липазы в биологических жидкостях – метод Титца в модификации Дударь Л.В. (1982); определение трипсина в биологических жидкостях – метод Фульд-Гросс-Баумана;

Эластазу-1 в сыворотке крови определен реактивами фирмы BIOSERV Pankrin™ - ELISA – иммуноферментным анализом для количественного определения эластазы-1 в сыворотке у пациентов с абдоминальными болями с целью диагностики острого панкреатита или обострения хронического панкреатита методом поликлональных антител, специфично распознающими панкреатические белки.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе анамнестических данных выявлено, что нормальное течение беременности у матерей в группе детей с целиакией 18 (30%). Анемия встречалась более чем у каждой третьей матери детей больных целиакией 14 (23,3%), Токсикозы встречались практически в равной степени у матерей в группе детей с целиакией 16 (26,7%).

Наследственная отягощённость по заболеваниям ЖКТ у матерей детей с целиакией (24%).

Клинические проявления интолерантности к лактозе у ближайших родственников установлены также у 28 (46,7%) больных с целиакией.

Как выяснилось из анамнеза, большинство обследуемых детей получали раннее искусственное

Таблица 1

Анамнестические особенности детей с целиакией

Признаки	Целиакия без нарушения ПЖ (n=40)		Целиакия с нарушением ПЖ (n=20)	
	N	%	N	%
Течение беременности и родов:				
нормальное	18	45,0	6	30.0
анемия	14	35,3	13	65.0
токсикозы	16	26,7	16	80.0
экстрагенитальная патология	12	20,0	3	15.0
Наследственная отягощенность:				
–по заболеваниям ЖКТ	24	40,0	12	60.0
–по эндокринным заболеваниям	16	26,7	6	30.0
–по другим заболеваниям	7	11,7	2	10.0
–по аллергоанамнезу	13	21,7	11	55.0
Непереносимость молока у близких родственников	28	46,7	3	15.0
Искусственное вскармливание	21	35,0	9	45.0
Естественное вскармливание	24	40,0	11	55.0
Раннее смешанное вскарм.	15	25,0	6	30.0
Непереносимость злаковых	32	53,3	3	15.0
Угроза прерывания беременности и выкидыша	27	45,0	4	20.0
Асфиксия в родах	44	73,3	5	25.0
Заболевания во время беременности	38	63,3	8	40.0
Преждевременные роды	13	21,7	1	5.0

Примечание. % - от общего количества больных

вскармливание, которое не только не физиологично для ребенка, но и неизбежно влияет течение и исход заболевания. У родственников детей с целиакией аллергический анамнез зарегистрирован в 13 (21,7%) (табл. 1). Непереносимость злаков у родственников с целиакией наблюдалось у каждого второго пациента, Угроза прерывания беременности и выкидыша у матерей детей с целиакией 27 (45%). Асфиксия в родах 44 (73,3%) наблюдалась у матерей целиакией. Заболевания матерей во время беременности в группе детей с целиакией 38 (63,3%). Преждевременные роды у матерей с целиакией 13 (21,7%). У 8 (13,3%) детей, находившихся под нашим наблюдением, были братья и сестры, больные целиакией.

Перенесенные ОКИ в анамнезе отмечались у 48 (80%). У остальных детей в анамнезе кишечные инфекции протекали без интоксикации, и посевы кала были отрицательными, поэтому возникли сомнения в диагнозе ОКИ. Вероятно, в этом случае клиническая картина целиакией симулировала кишечную инфекцию. По характеру стула больных с целиакией дифференцировать кишечную инфекцию было очень сложно. Эти дети в течение 3-5 дней получали антибиотики широкого спектра и вследствие электролитных нарушений лечились в инфекционных стационарах.

В анамнезе острые кишечные инфекции наблюдались 46 (76,7%) с высокой степенью достоверностью в группе детей с целиакией с нарушением функции ПЖ.

Частые заболевания респираторного тракта у детей с целиакией встречались в 16 (26,7%). В анамнезе у детей с целиакией отмечался перенесенный острый вирусный гепатит В, и А 13 (21,7,1%) и 5 (8,33%) соответственно.

Воздушно-капельные инфекции наблюдались 21 (35%)детей с целиакией. Хронических очагов инфекции, острый отит 9 (15,0%) с целиакией. Экссудативный диатез наблюдался 27 (45,0%) с целиакией.

Среди больных с Целиакией преобладали дети в возрасте 6-9 лет и 10-14 лет 22 (36,7%) и 14 (23,3%) соответственно, что свидетельствует, с одной стороны, о несвоевременном выявлении и лечении патологического процесса, а с другой, об усиленной нагрузке глютенсодержащими продуктами в этом возрастном периоде. У 52 (86,7%) детей диагностирована типичная форма целиакии, основными симптомами которой были обильный,

Таблица 2

Клинические признаки детей с целиакией при поступлении в зависимости от возраста детей

Признаки	2-5 лет, n=24		6-9 лет, n=22		10-14 лет, n=14	
	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Стул более 3-х раз в сутки	7	29,2	17	77,3	12	85,7
Стул более 5 раз	17	70,8	5	22,7	0	0
Атипичное течение	2	8,3	3	13,6	3	21,4
Боли в животе	14	58,3	18	81,2	13	92,3
Зловонный кашицеобразный стул	16	66,7	18	81,8	9	64,3
Полифекалия	18	75,0	14	63,6	11	78,6
Вздутие живота	24	100	11	50,0	10	71,4
Урчание слышно на расстояние	18	75,0	16	72,7	11	78,6
Примесь слизи	12	50,0	19	86,3	9	64,3
Рвота периодически	6	25,0	8	36,4	0	0
Боли в костях	2	8,3	5	22,7	3	21,4
Деформация костей	10	41,6	14	63,6	5	35,7
Перелом костей в анамнезе	0	0	0	0	5	35,7
МРИ: -1СО	6	24	6	27,2	6	42,8
-2СО	12	50,0	8	36,3	4	28,6
-3СО	6	24,0	8	36,3	4	28,6
Низкий рост	0	0	21	95,4	14	100
Осмотическая диарея	12	50,0	18	81,8	8	57,1
Смешанная диарея (осмотическая+секреторная)	12	50,0	9	40,9	11	78,6

Примечание. % - от общего количества больных

зловонный, светлый или разноцветный, рыхлый, пенистый или глинистый, плохо отмывающийся стул 3 и более раз в сутки, хроническая диарея, увеличение окружности живота, боли в животе, снижение аппетита, отставание массы тела, нарушение эмоционального статуса (раздражительность, агрессивное поведение, неспокойный сон).

Атипичная форма целиакии установлена у 8 (13,3%) больных. У них развивались тяжелые вторичные метаболические нарушения, которые выходили на первый план, маскируя симптомы основного заболевания. Чаще всего они выражались внекишечными проявлениями такими как, нарушения фосфорно-кальциевого обмена с развитием тяжелого рахитоподобного синдрома, деформацией костей, болями в ногах, низкорослостью и анемией.

Как видно из табл. 2, при целиакии у детей наблюдаются разнообразные клинические проявления метаболических нарушений, выраженные в различной степени. Тяжелая форма течения заболевания наблюдалась у 34 (56,7%). Анализ клинико-лабораторных данных показал, что ведущими клиническими проявлениями заболевания были симптомы кишечной диспепсии. Так, стул более 3-х раз в сутки у детей в возрасте от 2-5 лет 7 (29,2%) и старше 6 лет 17 (77,2%) наблюдался.

Стул более 5 раз в сутки был характерным для детей в возрасте 2-5 лет 17 (70,8%) и у детей от 6-9 лет наблюдался достоверно 3,4 раза реже 5 (22,7%).

В группе детей старше 9 лет ни в одном случае стул более 5 раз не наблюдался. Диарея осмотического характера зарегистрирована у 8(57,1%) и смешанного типа у 11 (78,6%) больных с целиакией. У детей в возрасте от 6-9 и старше 9 лет диарея осмотического генеза встречалась в 1,8 и 1,2 раза достоверно чаще, чем диарея смешанного характера. Атипичное течение целиакией у детей в возрасте от 6-9 и старше 9 лет прослежено в 1,6 и 2,6 раза чаще с достоверностью ($p<0,001$) по сравнению с детьми в возрасте до 5 лет соответственно. У них развивались тяжелые вторичные метаболические нарушения, которые выходили на первый план, маскируя симптомы основного заболевания. Чаще всего они выражались нарушениями фосфорно-кальциевого обмена с развитием тяжелого рахитоподобного синдрома, деформацией костей, болями в ногах, низкорослостью и анемией. Боли в животе в возрастной группе от 6-9 и старше 10 лет регистрировались одинаковой частотой у 18 (81.8,%) и у 13(92.8,%) пациентов, между ними достоверной разницы не было. У большинства детей с целиакией боль локализовалась в околопупочной области.

Стул был обильным, зловонным, светлым (серым, серо-желтым или «разноцветным»), пенистым, рыхлым или глинистым, плохо отмывающимся, иногда жирным (блестящим). Тот или иной патологический характер стула чаще наблюдался в группе детей в возрасте от 6-9 лет у 18 (81,8%). Неустойчивый стул характеризовался чередованием кашицеобразного, жидкого и полуоформленного и оформленного стула. Полифекалия, которая во всех возрастных группах детей наблюдался одинаковой частотой между ними достоверной разницы не выявлено. Типичными симптомами недостаточности мембранного пищеварения были также шум «плеска» при пальпации слепой кишки (симптом Образцова) и болезненность левее проекции тощей кишки. Характерными и наиболее значимыми признаками недостаточности полостного и мембранного пищеварения у наблюдаемых нами детей являлись вздутие живота, громкое урчание и «переливание» в нем, схваткообразными болями кишки (симптом Поргеса). Урчание кишечника достоверно в 1,1 раза реже наблюдалось у детей в возрасте старше 10 лет. Рвота была характерна для детей до 5 летнего возраста, которая наблюдалась у каждого четвертого пациента, и в одном случае у детей в возрасте от 10-14 лет, в группе детей от 6-9 лет прослежена у 8(36,4%).

Симптомами нарушения фосфорно-кальциевого обмена – одного из основных проявлений целиакии – являлись боли в костях, суставах, главным образом, в нижних конечностях. Эти симптомы у больных в возрасте от 6-9 и старше 10 лет регистрировались достоверно чаще, чем у детей в возрасте до 5 лет (8,3%, 21,4% и 22,7%) ($p<0,001$) соответственно. Боли в крупных суставах (в основном коленных и голеностопных) без признаков воспаления выявлены нами у больных, они с болями в костях и суставах обращались к специалистам и находились под наблюдением ортопеда, травматолога, ревматолога. Признаки позднего рахита, клинически проявляющиеся деформацией грудной клетки, нижних конечностей, черепа в виде «груди сапожника», «башенного черепа», Х- и О-образных деформаций нижних конечностей, чаще отмечались у детей в возрасте от 6-9 и старше 10 лет чем в возрасте до 5 лет (соответственно 10 (41,7%) – 14 (63,6% - 5 (35,7%). Перелом костей из 60 пациента в 5 (35,7%) случаях зарегистрирован у детей в возрасте старше 10 лет.

Таблица 3

Исследование ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови при целиакии у детей

Показатель	Целиакия снарушением ПЖ, n=20	Целиакия без нарушения ПЖ, n=40
Амилаза, мг/сек / мл	53,3±8,6	46.7±8.6
Эластаза-1, ед.мл	201±4.6*	87,7±4,6
Липаза, ммоль/л/час	37,3±5,8	40±4.7
ГГТ, ед.мл	11,6±2,3	11.23±2.3
Щелочная фосфатаза, ед.мл	399,5±18,0	265±16,4

*-достоверность различия по сравнению с контрольной группой, где p<0,05;

Снижение массы тела ребенка – чувствительный параметр, позволяющий оценить тяжесть нутритивных нарушений. Белково-энергетическая недостаточность тяжёлой степени (индекс массы тела (ИМТ) -3СО) выявлен каждого четвертого ребенка в возрасте до 5 лет, у каждого третьего от 6-9 лет и у каждого пятого старше 10 лет. Низкий рост у детей в возрасте от 6 до 9 лет регистрировано у 21 (95,4%) и у 100% детей старше 10 лет. Нарушения питания при объективном обследовании детей проявлялись в основном такими трофическими расстройствами, как сухость кожи, снижение эластичности и тургора кожных покровов, истончение, выпадение и тусклость волос.

Известно, что с помощью панкреатических ферментов (липазы, амилазы и протеаз), играющих ключевую роль во внешнесекреторной функции поджелудочной железы, происходит расщепление пищевых веществ. К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относится эластаза-1, который участвует в расщеплении внутренних связей белков (нейтральных аминокислот), в отличие от других протеолитических ферментов, способен расщеплять эластин, входящий в состав соединительной ткани.

Из биохимических показателей активность амилазы в среднем выходила за пределы нормы, однако она не была специфичным только для поражения поджелудочной железы.

Выявлено незначительное (p>0,05) увеличение активности липазы, что характеризовало низкую чувствительность данного фермента в диагностике заболеваний поджелудочной железы.

Установлено значительное увеличение содержания сывороточной эластазы-1 в группе больных с поражением р ПЖ, чем в других группах наблюдения, (p<0,05), что отражает активность воспалительного процесса в поджелудочной железе. Так как период полужизни панкреатической эластазы 1 дольше, чем амилазы и липазы, то и период выявления повышенной ее активности в крови длиннее.

Выводы:

1. При Целиакии у детей нарушение функциональной активности поджелудочной железы выявлено у 20 (33,3%) больных. Из них у мальчиков 35 (58,3%), 25 (41,7%) у девочек.

2. Факторами риска нарушения функциональной активности поджелудочной железы и усугубляющие его течения у детей по коэффициенту относительного риска являются: давности заболевания более 3 лет, наследственная отягощенность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта, нарушение режима питания, преобладание в рационе жирной и острой пищи, перенесенный ранее ОКИ, частые ОРИ, стеаторея.

3. Степень повышения концентрации эластазы-1 в сыворотке крови при целиакии служит специфичным маркером для определения активности снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова Т.В. Состояние протеазной и антипротеазной активности крови при реактивных панкреатитах у детей. //дисс. к.м.н. Москва, 2022г.

2. Алымбаев Э.Ш. Диагностическое и патогенетическое значение альфа-1-антитрипсина и панкреатической эластазы при хронических заболеваниях печени и поджелудочной железы у детей. //Дисс.к.м.н., Москва, 2021г.

3. Артамонов Р.Г. Диагностическое значение эхографического исследования поджелудочной железы у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения / Р.Г. Артамонов, Л.Н. Рыбина, И.В. Дворяковский. и др. //Вопросы охраны материнства и детства-2011г. №12. -с.17-19.

4. Бабаян М.Л. Нарушения экзокринной функции поджелудочной железы у детей / М.Л. Бабаян //РМЖ. 2013. Т. 21. №2. С. 76-79.

5. Бабаян М.Л., Хавкин А.И. Тонкости диагностики

недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы у детей / М.Л. Бабаян, А.И Хавкин.//Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum

6. Баранов А.А. Проблемы детской гастроэнтерологии на современном этапе. / А.А. Баранов //Российский Гастроэнтерологический журнал 2013г №1. -с.7-11

7. Бельмер С.В. Функциональное состояние органов пищеварения при целиакии / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина// Вопросы детской диетологии. -2012. -№2.-С.29-34.

8. Гурина А.Е. Нарушение функция поджелудочной железы при лактазной недостаточности и целиакии / А.Е. Гурина //Владикавказский медико-биологический вестник. 2013. Т. 17. №26. С. 95-102.

9. Парфенов А.И. Функциональное состоянние желудка, поджелудочной железы, печени и желчного пузыря при целиакии / А.И. Парфенов, Л.М. Крумс, Е.А. Сабельникова // Терапевтический архив. -2011. -№2. -С.20-24.

10. Amman S.T., Bishop M., Curigton C., Toskes P.P., Fecal pancreatic elastase I is inaccurate in the diagnosis of chronic pancreatitis. / S.T. Amman, M. Bishop, C. Curigton, P.P. Toskes // Pancreas.-2015 Oct.-13(3). -P.226-30.

11. Dominguez-Mumoz J.E., Pieramico O., Buchler M., et.al Clinical utility of the serum pancreolaury I test in diagnosis and staging of chronic pancreatitis.// Am J.Gastroenterol 2014; 88: -P.1237-41.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКО-АССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И., Авезова З.Ш.

Центр развития профессиональных квалификации медицинских работников г. Ташкент. Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии г. Ташкент. Узбекистан

Akhmedova I.M.- https://orcid.org/0009-0000-4698-4437

Sultankhodjaeva Sh.S. https://orcid.org/0009-0008-8383-7530

Geller S.I. - https://orcid.org/0000-0002-1210-6633

Актуальность. Изучение проблемы диарей у детей обусловлено их широким распространением (по данным ВОЗ 1-12 млрд. случаев в год в мире), полиэтиологичностью, трудностью дифференциальной диагностики и склонностью к затяжному и хроническому течению. Среди диарей в последнее время по данным ВОЗ все большее значение придается антибиотик-ассоциированным диареям (ААД) [1, 2]. Использование антибиотиков во всех областях медицины, зачастую необоснованные показания для их применения, свободный доступ для потенциального потребителя — все это приводит к нерациональному использованию препаратов, начиная с раннего возраста. Антибактериальные препараты занимают одно из ведущих мест в развитии осложнений и побочных реакций, обусловливая, по некоторым данным, до 37,2% всех лекарственных осложнений [3, 8]. Наибольшая доля побочных эффектов приходится на аллергические осложнения, второе место по частоте развития антибиотик-индуцированных состояний принадлежит поражениям ЖКТ. Недостаточная настороженность клиницистов и отсутствие обязательной «Регистрации лекарственных осложнений не позволяет установить истинные масштабы развития ААД. Однако, опираясь на данные зарубежных исследований, о роли ААД в структуре острого диарейного синдрома можно говорить у 5-30% госпитализированных пациентов [9]. О развитии ААД свидетельствуют, как минимум, три и более эпизодов неоформленного стула, развившихся на фоне применения антибиотиков или спустя 4 - 8 нед после их отмены, если не выявлена иная причина диареи.

Частота возникновения ААД чаще всего оценивается среди лиц, получающих или недавно получавших антибиотики. Отмечаются значительные различия в частоте, что связано с интенсивностью и длительностью лечения антибиотиками. В исследовании, которое было проведено в США D.Turck el al в 2003 г. распространенность ААД составила 11% среди детей, получавших антибиотики. В исследованиях, проведенных в Украине, частота диарей у детей, антибиотик-ассоциированных получавших антибактериальную терапию в амбулаторно-поликлинических условиях, составила 15,5% [6] и 21% в условиях палат интенсивной терапии педиатрических стационаров [5]. Надо признать, что наиболее частая причина ААД - это возникновение внутрибольничных диарей. Следует отметить, частота антибиотик - ассоциированных диарей повсеместно растет. Клинические ее прояв-

ления становятся более тяжелыми, что отражается на ощутимом росте частоты летальных исходов при этом заболевании.

Цель исследования. Выявление частоты встречаемости и клинических особенностей течения антибиотик-ассоциированных диарей у детей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в течение 3 месяцев в 3 отделениях: болезней раннего возраста пульмонологии, нефрологии РСНПМЦ Педиатрии. Методом случайного отбора в исследование включался каждый 5-й ребенок, получавший антибиотикотерапию: общее число больных составило 147 детей в возрасте от 1 месяцев до 5 лет. Для подтверждения диагноза были использованы общеклинические исследования (оценка физического развития, анализ крови, копрология, кал на микрофлору, общий белок, УЗИ, рентгенография грудной клетки и МСКТ и по показаниям). В исследование не были включены пациенты, у которых за неделю до обращения наблюдалось нарушение стула в виде диареи, а также принимавшие антибиотик в течение последнего месяца перед первым визитом, а также пациенты с синдромом мальабсорбции. Кроме того, по пятибалльной шкале оценивались типичные для антибиотик-ассоциированной диареи симптомы: обильный водянистый стул, боль в животе, плеск в животе, метеоризм, рвота. Максимум 20 баллов. По четырехбалльной шкале оценивались в свою очередь, общие симптомы заболевания (субфебрилитет, адинамия, потеря аппетита, утомляемость). Максимум 12 баллов. Средний возраст пациентов с ААД составил 23,3 + 2,4 месяца. Все дети были разделены на 3 возрастные группы от 1 мес до 6 мес, от 7 мес до 1 года, старше 1 года. Наиболее часто ААД развивалась в возрастном промежутке от 7 месяцев до 1 года. Как видно из таблицы 1, количество мальчиков в 1,5 раза превышало число девочек.

При изучении анамнеза было установлено, что у четверти пациентов с ААД родители имели проблемы со здоровьем: наиболее часто встречалась патология ЖКТ (45,6% случаев). Аллергоанамнез среди родственников был отягощен у половины обследуемых детей, так, на передний план выступала респираторная аллергия - 42,3%, непереносимость пищевых продуктов – 35,6%, контактный дерматит – 22,1%. В 20% случаев беременность у матерей протекала с осложнениями (угроза выкидыша, преэклампсия, тяжелая анемия, пневмонии). Около половины матерей (46,7%) во время беременности принимали антибактериальные препараты. Наиболее часто используемыми являлись препараты цефалоспоринового ряда (74%), каждой четвертой женщине назначались препараты из группы пенициллинов (22,2%), макролиды – всего в 1 случае.

Как известно, путь рождения и тип вскармливания оказывают большое влияние на формирование микробиоты кишечника у ребенка. Так, путем кесарева сечения был рожден каждый пятый пациент, исключительно на грудном вскармливании находились 60,3% детей, около трети (27,6%) докармливались с рождения смесью, а на искусственном вскармливании были 12,1%.

Результаты исследования и их обсуждение. Общее число обследованных больных составило 147 детей в возрасте от 1 месяцев до 5 лет. Средняя продолжительность антибактериальной терапии была 7,16 ± 1,75 дня (5 - 14 дней). Предшествующая антибактериальная терапия за последние 4 месяца до исследования была принята у 14 детей. Причиной назначения антибактериальной терапии явились: внебольничная пневмония — 25,4% (37), острый пиелонефрит — 15,4% (23), сепсис — 35,7% (52), инфекция мочевыводящих путей — 10% (15), хронический бронхит — 10% (15), муковисцидоз — 1% (5).

Из 147 детей развитие диареи на фоне приема антибактериальных препаратов наблюдалось в 27,2% случаев (40 детей). Частота возникновения ААД в момент нахождения в стационаре зависела от группы препаратов и в меньшей степени — от формы их введения. Как видно из таблицы, наиболее частой причиной развития ААД являлись цефалоспорины – 44,8% (26), что связано с неполным всасыванием этих антибиотиков из просвета кишечника. Намного реже, несмотря на литературные данные, препараты пенициллинового ряда - 13,8%(8). Немаловажное значение играли и комбинации препаратов, так, у каждого седьмого ребенка диарея развивала на фоне применения пенициллинов и цефалоспоринов, а также цефалоспоринов с аминогликозидами.

Основные жалобы пациентов носили характер кишечной диспепсии: частый водянистый стул, вздутие живота, рвота. Как было сказано выше, диарея развивалась в среднем на третий день от начала антибиотикотерапии.

Проявления диареи значительно различались по тяжести, что создавало трудности для выявления и регистрации легких случаев диареи. В среднем частота стула составила 5,1 ± 0,42 раз, колеблясь от 3 до 15 раз. Характер стула в начале у был водянистым и соответствовало стадии се-

креторной диареи. В 7 (4.6%) случаях у детей наблюдались симптомы умеренного обезвоживания. Необходимо отметить, что наиболее выраженный характер диарея носила у пациентов в возрасте старше 1 года. Кратность дефекации в данной группе детей составила 6,4 ± 0,5, что в 1,3 раза превышало показатели группы от 7 месяцев до 1 года (4,5 ± 0,2), и незначительно - данные группы от 1 до 6 месяцев (5,2 ± 0,8). Многих больных беспокоили боли в животе, которые усиливались при пальпации толстого кишечника.

У больных получавших ампициллин диарея отмечалась в 10% случаях, амоксициллин в 15% случаях, цефалоспориновый ряд приводил к развитию диареи лишь в 5% случаев. Появление диареи наблюдалось в среднем через 1,7 дня от начала антибактериальной терапии. Длительность ААД в среднем составила 5,3±1,8 дня (варьировала в переделах 3 — 8 дней).

Все пациенты обращались с жалобами на диарею без примеси крови, периодически со слизью после начала антибиотикотерапии. В 35% случаев (14 детей) заболевание сопровождалось рвотой от 1 до 3 раз в сутки. Также у 28 пациентов (70%) присутствовали жалобы и на вздутие живота. Средняя частота стула составляла 4±2,3 раза в сутки. Каловые массы были водянистые, зеленого цвета, с непереваренными элементами пищи. Пальпация живота была чувствительной, особенно в нисходящем отделе ободочной кишки, отмечались усиленные кишечные шумы.

В общем анализе крови не наблюдалось воспалительных изменений. В очень редких случаях в кале присутствовала кровь — у 2 пациентов (5%), положительная проба на скрытую кровь присутствовала у 10 (25%). Лейкоциты в кале отмечались в 1000/0 случаев с антибиотик-ассоциированной диареей.

При анализе шкал, используемых для оценки специфических и общих симптомов заболевания, было установлено, что у 58,2% детей общая сумма баллов не превышала 18, что свидетельствовало о наличии легкой формы ААД, которая купировалась после отмены антибиотиков. В 41,8% сумма баллов составила 25, что характеризует ААД как среднетяжелой степени. Антибиотико ассоциированная диарея (ААД) на современном этапе знаний определяется как не связанная с другими причинами диарея (не менее трех эпизодов неоформленного стула в течение двух последовательных дней и более), развившаяся в связи с терапией антибактериальными препаратами. По данным опросов практикующих врачей и их пациентов, получавших антибиотики в ходе амбулаторного лечения, частота этой патологии в реальной клинической практике достигает 37% [4, 7]. В исследовании, проведенном нами, частота ААД составила 27,2%.

ААД может варьировать от легкой преходящей диареи до тяжелых фатальных форм колита. Течение ААД зависит от вида возбудителя, характера антибактериальной терапии, ее длительности, применения комбинированной противомикробной терапии, возраста пациента, наличия иммунокомпрометированного статуса, коморбидных состояний, хирургических операций на органах ЖКТ, применения антисекреторных и антиперистальтических средств, зондового питания.

Кардинальным проявлением заболевания это диарея, которая обычно развивается на фоне приема антибиотиков, но может появиться и значительно позже в течение 8 недель после их отмены. В большинстве случаев ААД манифестирует послаблением стула, минимальными признаками колита без общих симптомов. Частота стула не превышает 3-4 раз в день, отмечаются умеренные схваткообразные боли в животе, температура тела не повышается.

Выводы Таким образом, частота встречаемости антибиотик-ассоциированной диареи составила 27,2%. Наиболее частой причиной развития антибиотик-ассоциированной диареи это группа полусинтетических пенициллинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евстигнеев И.В. Иммунологические методы исследования в диагностике заболеваний толстого кишечника. 2019: 22-32.

3. Захаренко С.М., Пономарев С.В. Заболевания, ассоциированные с Clostridium diffcile. Лечение и профилактика. 2017; 3:82-89.

4. Захарова И.Н., Мазанкова Л.Н. Антибиотик-ассоциированные диареи у детей: проблема и решение (учебное пособие для врачей) - М., 2017.

5. Иванько О.Г. с соавт. Клинические аспекты антибиотик-ассоциированной диареи у детей. Современная педиатрия. 2015;2(52):1-6

6. Майданник В.Г., Хайтович Н.О., Боярская Л.Н., Сеноборова А.С., Колладзе Н.Н. Лечебная и профилактическая эффективность и безопасность Лацидофила у детей с антибиотик-ассоциированной диареей, вызванной CL Diffcille. Педиатрия, акушерство, гинекология. 2018; 3.

7. Щербаков ПЛ,, Цветков П.М., Нечаева Л.В. Профилактика диареи, связанной с приемом антибиотиков у детей. Вопросы современной педиатрии. 2022; 3:2.

8. Turck J.P. Bemet J. Magx [et al.] lncidence and

risk factors for of oraI antibiotic'associated diarrhea in an out' patient pediatric population. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2021; 37(1):22—26.

9. Wistrom J., Norrby S.R., Myhre E.B. et a!. Frequency of antibiotic-associated diarrhoea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study. J Antimicrob Chemother 2021; 47:43—50.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Джумаева Л.Ф.[1,2,3], Исмоилов К.И.[1,2,3], Зарипов А.Ш.[3], Бурхонова М.Ш[3]

[1]Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

[3]ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан

ORCID ID: 0009-0006-6829-6380

ORCID ID: 0000-0003-2431-1551

Актуальность. Болезни органов дыхания являются одной из актуальных проблем в педиатрии, и занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и смертности детей неонатального и раннего возраста. Ежегодно в мире регистрируется около 155 миллионов случаев заболевания пневмонией у детей. Пневмония уносит примерно 1,4 млн. жизни детей в возрасте до пяти лет [1, 2].

Пневмония вызывается различными патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, включая вирусы, бактерии и грибки.

В первом полугодии жизни наиболее значимые в этиологии пневмонии такие возбудители, как S.aureus, E.coli, K.pneumoniae, P.aeruginosa и респираторные вирусы, роль пневмококка и гемофильной палочки незначительна, поскольку у детей существует пассивный трансплацентарный иммунитет [3, 4].

Со второго полугодия жизни и в дошкольном возрасте пневмония в основном вызывается пневмококком, нередко высевается также бес капсульная гемофильная палочка и в 7-10% случаев H. influenzae тип b, которая ассоциирована, как правило, с тяжелым и осложненным течением заболевания. Пневмококковая этиология пневмонии преобладает в развитых странах, а стафилококковая - в развивающихся. При развитии пневмонии на фоне гриппа также возрастает роль S.aureus.

Большинство детей колонизируются стафилококком после рождения, однако с возрастом количество носителей уменьшается (с 63,8%), наблюдаемых в период новорожденности до 28,2% регистрируемых к 6 месячному возрасту [5].

Для нашего региона эта проблема является особенно актуальной, так как одной из основных причин высокой заболеваемости среди детей, особенно неонатального и раннего возраста, являются бронхолегочные заболевания, протекающие на неблагоприятном преморбидном фоне.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и этиологическую характеристику пневмонии у новорождённых детей.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное, проспективное обследование 53 детей с пневмонией, находившихся в отделении патологии новорожденных, патологии детей грудного возраста и отделении реанимации НМЦРТ «Шифобахш».

Всем детям были проведены общелабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови), бактериологические методы исследования, в качестве материала использовали мазок из слизистой задней стенки глотки, мокроту и кровь, этиологически значимой считалась количественная оценка 10^{5-6} КОЕ/мл, и инструментальные методы исследования (рентгенологическое обследование органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование головного мозга).

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием статистической программы «SPSS, 21».

Все обследованные дети были разделены на две клинические группы.

Первую группу составили 26 (49%) новорождённых детей с тяжёлой пневмонией с ДН I-II степени. У 5 (17,4%) новорождённых детей данной группы была диагностирована врождённая (интранатальная) пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 (80,7%) новорождённого пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесённой ОРВИ.

Вторую группу составили 27 (50,9%) новорождённых детей с очень тяжёлой пневмонией с

тяжёлой степенью дыхательной недостаточностью III степени. Из них у 10 (18,7%) новорождённых была диагностирована врождённая (интранатальная) пневмония, у 17 (32,1%) новорождённых пневмония развилась в постнатальном периоде и была одним из очагов сепсиса.

Результаты исследования и их обсуждение. Состояние новорождённых детей при поступлении в стационар расценивалось как тяжелое и очень тяжелое.

У 15 (55,5%) новорождённых детей первой группы основными клиническими признаками, были дыхательная недостаточность I степени, субфебрильная температура тела, беспокойство детей. У 11 (40,7%) новорожденных данной группы признаки инфекционного токсикоза были в виде вялости, мышечной гипотонии, мраморности, бледного и серого колорита кожи, акроцианоза, снижения тургора тканей, гипорефлексии, повышения температуры тела от 38,6 до 39,5%С. Основным легочным признаком была ДН II степени.

Анализ рентгенологических исследований показал, что в 15 (57,7%) случаях отмечался односторонний, чаше правосторонний характер поражения и в 4 (15,4%) случаях отмечалась двухсторонняя пневмония.

У детей данной группы в основном встречались внелегочные осложнения такие как, ДВС синдром в 5 (19,2%) случаях, нейротоксикоз 1 фаза в 6 (23,1%) случаев.

Во всех случаях отмечалось острое течение с длительностью заболевания от 14 до 30 дней и благоприятный исход заболевания, нормализация температуры тела наступала в первые 3-5 суток от начала заболевания, после назначения антибактериальной терапии, исчезновение физикальных симптомов в большинстве случаев отмечалось в течении 10-14 дней.

У детей второй группы основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность III степени, °выраженные симптомы интоксикации, бледность и серость кожных покровов 27 (100%) случаях, у 19 (70,4%) отмечалось повышение температуры тела от 38,6°С до 39,5°С у 8 (29,6%) детей отмечалась гипертермическая температура тела свыше 39,6°С с продолжительностью более 5 дней от начала заболевания, вялость и гипорефлексия отмечалась в 18 (66,7%) случаях. Нарушение сердца в виде тахикардии были у 10 (37%) детей, число сердечных сокращений достигало 180-200 ударов в минуту, у 17 (62,9%) отмечалась брадикардия, аускультативно у 14 (51,8%) детей выслушивались приглушенные тоны сердца, у 13 (48,1%) детей систолический шум, у 16 (59,2%) детей отмечалась олигурия с повышением креатинина и мочевины крови.

Анализ рентгенологических исследований показал преобладающий двухсторонний характер поражения легких у 11 (40,7%) детей, чаще в 17 (69,2%) случаях отмечались очагово-сливные пневмонии. Легочными осложнениями пневмонии были бактериальная деструкция легкого и отек легкого в 2 (7,4%) случаях и инфекционно-токсический шок в 3 (11,1%) случаях. Летальный исход отмечался в 4 (15,4%) случаях.

Исчезновение физикальных симптомов в большинстве случаев отмечалось в течение 30-50 дней. В 7 (12,9%) случаев отмечалось затяжное течение с длительностью заболевания от 45-50 дней.

Самостоятельный интерес представляют результаты бактериологического исследования у детей с пневмонией.

Анализ данных бактериологического исследования показал, что микрофлора задней стенки глотки у детей обеих групп отличалась наибольшим видовым разнообразием, мокрота и кровь были колонизированы в меньшей степени.

Результаты микробиологического исследования показали, что микрофлора, выделенная, из разных биологических материалов была, представлена условно-патогенными бактериями и практически была идентична.

Этиологическую структуру внутриутробной пневмонии в большинстве случаев составили грамотрицательные бактерии семейства Enterobacteriaceae. Удельный вес E. coli, высеянной из задней стенки глотки, составил 7 (46,7%), из крови - 9 (100%). Удельный вес K.pneumoniae, высеянный только из слизистой задней стенки глотки, составил 2 (13,3%). Грамположительная флора была выявлена в редких случаях. Удельный вес S.aureus составил 2 (13,3%), и S.agalactia также составили 2 (13,3%). E. coli чаще встречалась в бактериальных ассоциациях, в сочетании E. coli+ S.agalactia - в 2 (13,3%).

Этиологическую структуру пневмоний, осложнившихся сепсисом, представили грамположительные и грамотрицательные бактерии. Удельный вес S.aureus, высеянный из задней стенки глотки, составил 4 (23,5%), в крови - 6 (37,5%). Удельный вес S. Pyogenes, выделенный из задней стенки глотки, составил 4 (23,5%), в крови 5 (31,2%). K.pneumonia высеялась из задней стенки глотки в единичном случае, удельный вес её со-

Таблица 1

Виды микроорганизмов и их удельный вес среди высеянных культур исследованных материалов

Виды микроорганизмов	Врождённые (внутриутробные) пневмонии				Пневмонии, как один из очагов сепсиса				Пневмонии на фоне ОРВИ			
	Задн.ст глотки, n=15		Кровь, n=9		Задн.ст глотки, n=17		Кровь, n=16		Задн.ст глотки, n=19		Кровь, n=3	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Монокультура												
S.aureus	2	13,3	-	-	4	23,5	6	37,5	9	47,4	1	5,2
S. pyogenes	-	-	-	-	4	23,5	5	31,2	5	26,3	2	10,5
K.pneumoniae	2	13,3	-		1	5,9	2	12,5		-	-	-
E. coli	7	46,7	9	100	-	-	-		-	-	-	-
S.epidermalis	-	-					-	-	2	10,5	-	-
S.agalactia	2	13,3			-		-	-	-	-	-	-
Candida albicans	-				-		1	6,2	-	-	-	-
P.aeruginosa	-	-					2	12,6	-	-	-	-
Бактериальные ассоциации												
E.coli + S.agalactia	2	13,3										
S.aureus + S. pyogenes	-	-			3	17,6	-	-	3	15.9	-	-
S.aureus + K.pneumoniae	-	-			-		-	-			-	-
S. pyogenes + K.pneumoniae	-	-			2	11,7	-	-	-	-	-	-
Cand. albicans + S.aureus					2	11,7	-	-	-	-	-	-
P.aeruginosa +S.aureus					1	5,9	-	-	-		-	-

Примечание: % - от общего количества больных

ставил 1 (5,9%), в крови - 2 (12,5%). Удельный вес S.aureus+S.Pyogenes в бактериальных ассоциациях составил 3 (17,7%). Удельный вес P.aeruginosa в крови составил - 2 (12,6%), а также грибы рода Candida albicans - с долей 1 (6,2%). Удельный вес S.aureus+ S. Pyogenes в бактериальных ассоциациях составил - 3 (17,6%), доля S. Pyogenes + K.pneumoniae и Candida albicans + S.aureus составила - 11,7%, доля P.aeruginosa + S.aureus составила – 1 (5,9%).

Этиологическая структура пневмонии, развившейся на фоне или после перенесённой ОРВИ, была представлена только грамположительными бактериями, доля S.aureus, высеянного из задней стенки глотки, составила 9 (47,4%), из крови - 1 (5,2%) (табл. 1).

Удельный вес S. Pyogenes, высеянного из задней стенки глотки составил 5 (26,3%), крови 2 (66,7%). Удельный вес S.epidermalis, высеянного из задней стенки глотки составил 2 (10,5%). В бактериальных двух компонентных ассоциациях удельный вес S.aureus+ S. Pyogenes составил 3 (15,9%).

Таким образом, результаты проведённого бактериологического исследования показали, что этиологическая структура врождённой (внутриутробной) пневмонии в большинстве случаев представлена грамотрицательной флорой, бактериями семейства Enterobacteriaceae, где наибольшую долю занимала E. coli.

У детей с пневмонией, которая была одним из очагов сепсиса, как в монокультуре, так и в бактериальных ассоциациях, чаще встречалась грамположительная флора, где наибольшую долю занимали S.aureus. и S. Pyogenes. K.pneumoniae, Candida albicans и P.aeruginosa встречались реже,

в основном у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

Этиологическая структура пневмонии, развившейся на фоне ОРВИ, была представлена грамположительной флорой, где доминировал S.aureus.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахимов Р.М. Некоторые вопросы эпидемиологии пневмоний у детей в Республике Таджикистан / Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2019. - №4. С.

2. Володин Н.Н. Неонатология – национальное руководство / под ред. академика РАМН проф. Володина Н.Н. // – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – 896 с.

3. Викторов В.В. Факторы риска и прогноз развития пневмонии у новорождённых / Викторов В.В., Фатыхова А.И., Богданова Р.З., Куватов С.С.// Медицинский Вестник Башкиртостана- 2020. -Т.8.- №3. – С. 62-67.

4. Горбич О.А. Факторы риска тяжёлой внебольничной пневмонии у детей. / Чистенко Г.Н., Мазаник О.А., Глинская И.Н., Дашкевич А.М., Филипченкова М.А. // Здравоохранение. - 2018; №6: - С. 2-6.

5. Bootsma M.C., Diekmann O., Bonten M.J. Controlling methicillin-resistant Staphylococcus aureus quantifying the effects of interventions and rapid diagnostic testing. Proc. Natl. Acad. Sci USA 2020; 103(14):5620–5625.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БУККАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Orcid ID 0000-0002-4464-1083
Ахмедов Юсуфжон Махмудович, Orcid ID 0000-0001-6893-3737
Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович, Orcid ID 0000-0003-4678-2127
Самаркандский государственный медицинский университет.
Областной детский многопрофильный медицинский центр.
Самарканд, Узбекистан

Введение. Гипоспадия - порок развития полового органа мальчиков, при котором происходить искревление полового члена в сторону мошонки вследствии недоразвития губчатой части уретры. Врожденные аномалии полового члена и уретры часто сочетаются с пороками развития других органов мочеполового тракта. В большей степени это касается уретры, которая может закончиться и открываться не на головке, а на всем протяжении нижней поверхности члена - гипоспадия (Калитеевский П.Ф; 1987г). Часто она сочетается с крипторхизмом, расщепленной мошонкой, деформацией, скручиванием полового члена и атрофией яичек. Гипоспадия является довольно распространенным пороком и встречается один случай на 300 новорождённых мальчиков (Савченко Н.Е; 1974, Кравцова Г.И, Савченко Н.Е, Плиссан С.О. 1982). Для морфологического изучения подвергнуты материалы из области расщелины уретры после буккального трансплантационного оперативного исправления гипоспадии. Забранный материал сразу опускали в раствор 10% забуференного раствора формалина. После достаточной фиксации и промывке проточной воде, кусочки проводились через спиртовую батарею возрастающий крепости и заливали в парафин. Приготовленное тонкие серийные срезы окрашивались гематоксилин-эозином и пикрофуксином по методике Ван-Гизона.

Недостаточная изученность морфологических аспектов осложненных и не осложнённых форм гипоспадии, отсутствие единого подхода к трансплантационному исправлению в этой патологии послужили подспорьем для изучения данной патологии на достаточно большом собственном материале. Для морфологического изучения подвергнуты материалы из области расщелины уретры после буккального трансплантационного оперативного исправления гипоспадии. Забранный материал сразу опускали в раствор 10% забуференного раствора формалина. После достаточной фиксации и промывке проточной воде, кусочки проводились через спиртовую батарею возрастающий крепости и заливали в парафин. Приготовленное тонкие серийные срезы окрашивались гематоксилин-эозином и пикрофуксином по методике Ван-Гизона.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения тканей при осложненных и неосложненных форм гипоспадии у детей, а также результаты буккальной пластики при гипоспадии.

Материал и методы исследования. Всего микроскопическими методами были изучены материалы 46 больных детей. Возраст их колеблется в пределах от 1-12 лет. С учетом продолжительности анамнеза болезни, больных всех возрастных групп

разделяли на две подгруппы, то есть, больные с явными признаками осложненной гипоспадии и без таковых. Осложненные гипоспадии с учетом литературных данных условно называли рубцовыми, а неосложненных форм нерубцованными.

При микроскопическом исследовании изъятого операционного материала у больных с осложненной, то есть, зарубцовавщийся гипоспадией обнаружены следующие изменения. Во всех случаях наблюдений были отмечены явные признаки неспецифического воспаления, различающиеся только по выраженности альтернативных, экссудативных и пролиферативных признаков. Наблюдался выраженный отёк и разрыхление клеточно-тканевых структур уретры. Эпителиальный покров у большинства детей выделялся с признаками токсического раздражения очаговой десквамации (рис.1) и пролиферативного утолщения, а в отдельных случаях имело место и акантотические нарастания пласта эпителия вглубь ткани.

У некоторых детей в толще ткани уретры наблюдалась лейкоцитарно –макрофагальная инфильтрация (рис 2.), а в отдельных случаях наблюдались сплошные поля нейтрофильных лейкоцитов, свидетельствующие о развернувшемся гнойном воспалении.

При изучении структурных изменений по операционному материалу у больных с неосложненной, то есть незарубцованной гипоспадией также были обнаружены достаточно рельефные, структурные изменения, выходящие за рамки нормальных органотипических и гистотипических особенностей строения уретры. Наблюдался в различной степени выраженный межклеточный, интерстициальный отек (рис 3.).

Отмечалось отечная приподнятость и мозаичное окрашивание, пласта эпителия, вакуолизация и дистрофические изменения эпителиоцитов уретры. Однако воспалительная клеточная реакция в данной группе детей были менее рельефными и слабо выраженными по сравнению с первой группой больных. При окраски препаратов по Ван-Гизону признаки склероза не были отмечены. К данной группе были со отнесены значительно молодые по возрасту дети, то есть, больные с очень короткими анамнестическими данными по гипоспадии.

Ликвидация гипоспадии буккальным трансплантатом

В качестве трансплантата рекомендуется буккальная, то есть, щечная слизистая оболочка. Однако, как приводится в литературных источниках у одних авторов они дали положительный эффект, а у других наоборот, ухудшило течение не осложненных гипоспадий. Для понимания сущности трансплантируемой части щечной слизистой оболочки в области гипоспадии считаем необходимым остановится вкратце о нормальных параметрах и о строении данной структуры у человека.

Как известно, ротовая полость и щеки, как входная часть пищеварительной трубки, изнутри покрыта слизистой оболочкой, которая состоит из эпителиальной выстилки. Под ней прилежит под слизистая основа, которая соединяет слизистую оболочку с мышечной. В слизистой оболочки щек находятся много мелких слизистых и слюнных желез, секрет которых входит в состав слюны, омывающий ротовую полость. В полости рта по-

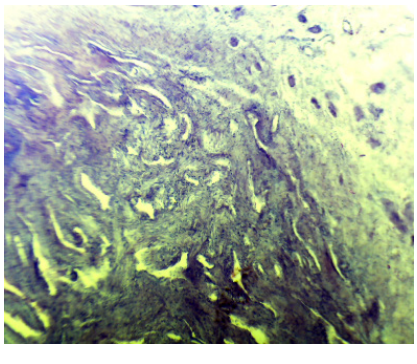

Рис. 1. Стволовая форма гипоспадии у мальчика 7 лет. Пролиферативное утолщение пласта эпителия кожи, очаговая десквамация эпителиацитов. Окраска гематоксилин-эозином. Об.40, ок.10.

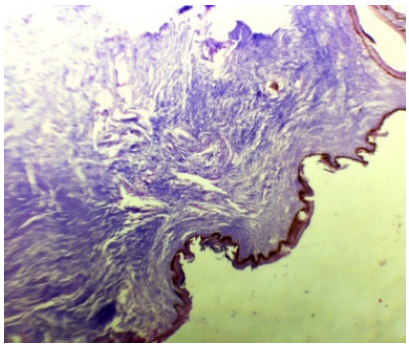

Рис. 2. Стволовая форма гипоспадии у мальчика 8 лет. Воспалительная инфильтрация, склероз, ангиоматоз глубинных структур. Окраска гематоксилин-эозином. Об 40. Ок.10.

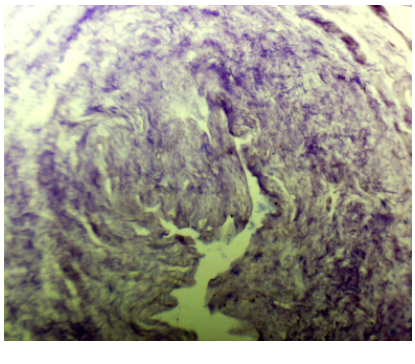

Рис 3. Стволовая форма гипоспадии у мальчика 3,5 года. Выраженной интерсциальный отек и разрыхление тканей из-за мочевого затека по расщелине. Окраска гемотаксилин-эозином. Об.40, ок 10.

стоянно находятся микроорганизмы, которые в нормальных условиях для здорового организма не представляют опасности, то есть, постоянная микрофлора рта служит биологическим барьером. Однако, при патологиях полости рта и при пониженные сопротивляемости организма сапрофитные бактерии могут приобретать вредные свойства и это может также отразится на слизистой оболочке щек.

При трансплантации слизистой оболочки щеки мы во всех случаях тщательно изучали микрофлору полости рта бактериологическими методами и всегда забор материала для буккальной трансплантации производилось при отрицательном бактериологическом ответе на патогенную микрофлору. Щечный трансплантат, состоящий из линейных отрезков слизистой оболочки имплантировался в область гипоспадии, и затем производилось зашивание существующей расщелины уретры. Всего производилась такая операция 30 мальчикам, в возрасте 1,6 месяцев-10 лет.

Больные после произведенного буккального трансплантационного исправления гипоспадии с имплантированием отрезков слизистой оболочки щеки наблюдались в динамике в течении недели в стационарных условиях и в течении одного месяца в амбулаторно-домашних условиях.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с неосложненной (незарубцованной) гипоспадией приживление слизистой оболочки в область расщелины шло довольно хорошо (рис. 8), хотя и нередко отмечались признаки покраснения и незначительные сукровичные выделения в зоне трансплантации с ушиванием расщелины. Однако, выраженных признаков воспаления с лейкоцитарной реакцией у этих детей не были замечены.

Дети, которым производилось операционное ликвидирование расщелины уретры, на возрастном аспекте распределяется по следующему: мальчиков с гипоспадией 10 лет и старше было два (рожденные в 2010-2011 годах), больных с гипоспадией в возрасте 5-9 лет было 4 (рожденные в 2015-2016 годах), мальчиков в возрасте 3-4 было 12 (рожденные в 2017-2019 годах) и больных с гипоспадией до двух летнего возраста было также 12 (рожденные 2021-2022 годах). Среди оперированных больных с гипоспадией было 10 детей с головчатой, 10 мальчиков со стволовой и еще 10 мальчиков с мошоночной формой болезней.

Ближайшие и отдаленные результаты пересадки слизистой оболочки щеки с оперативной ликвидацией расщелин уретры при гипоспадии дали следующие результаты.

Прежде всего необходимо отметить, что эффективность ликвидации расщелин хирургическим путем с использованием буккального трансплантата в наибольшей степени зависело от возраста мальчиков, то есть, от длительности просуществования данной врожденной патологии. У детей с осложненной (зарубцовавшийся) гипоспадией старшего возраста детей (5-10 лет) приживление слизистой оболочки в область расщелины отхождением трансплантата. В зоне трансплантации образовался некротический струп с признаками

Таблица 1

Результаты буккальной пластики гипоспадии у детей различного возраста

	До 2 лет	3-4 года	5 лет и старше	Общее количество больных
Количество больных с буккальной пластикой	9 (100%)	6 (100%)	7 (100%)	22 (100%)
Осложнения в виде отторжений	2 (22,2%)	1 (16,6%)	3 (42,8%)	6 (27,2%)

Примечание: % - от общего количества больных

Таблица 2

Результаты оперированных больных без трансплантационным методом у детей различного возраста

	До 2 лет	3-4 года	5 лет и старше	Общее количество больных
Количество больных без трансплантата	12 (100%)	9 (100%)	8 (100%)	29 (100%)
Осложнения в виде некротического струпа	3 (25%)	2 (2,2%)	2 (25%)	7 (24,1%)
Признаки рубцевания	1 (8,3%)	1 (11,1%)	2 (25%)	4 (13,7%)

Примечание: % - от общего количества больных

отторжения и небольшими реактивно-воспалительными клеточными инфильтратами полиморфного, преимущественно, местного гистогенного характера, наблюдались также и гематогенные клеточные элементы, то есть лейкоциты и макрофаги. Результаты клинических наблюдений приведены в табл. 1 и 2.

Выводы. Из всего вышеуказанного вытекает заключение о том, что детей с любыми формами гипоспадии желательно прооперировать по возможности раньше, в возрасте 3-5 лет, то есть, когда не возникли выраженные рубцевания и не резко нарушена тканевая ангиоархитектоника и нейротрофика и когда отсутствуют тяжелые нарушения гистотипических и органотипических особенностей данного региона. Применение аутопластики со слизистой оболочки щеки детей в целом улучшает результатов оперативной ликвидации гипоспадии, благоприятным образом влияет на тканевую реабилитацию в послеоперационном ложе. Однако при осложненных (зарубцеванных) ситуациях эффективность буккального трансплантата неимоверно уменьшается и выбор такого метода должен осуществляться с учетом максимальной сохраненности органотипических и гистотопических свойств полового члена, мошонки и промежности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аникиев А. В. Лечение дистальных форм гипоспадии у мальчиков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35 / А. В. Аникеев; Рос. мед. акад. последипл. образования. М., 2002. 23 с.

2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т. III. Санкт-Петербург, 1999. С. 28–50, 79–105.

3. Дубров В.И., Хмель Р.М., Строцкий А.В. Этиология и распространённость гипоспадии в Беларуси. *Здравоохранение.* 2011;7:13-6.

4. Ивлиева И.В., Полунин В.С. Особенности заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и приобретённой патологией половых органов. *Практическая медицина.* 2011;5:102-5.

5. Каганцов И.К. Хирургическая коррекция гипоспадии у детей: автореферат дис. док-ра мед. наук: 14.01.19:14.01.23: 2015 г.

6. Гулькевич Ю.В., Маккавеева М.Ю., Никифоров Б.И. Патология последа человека и её влияние на плод-Минск, Беларусь, 196, 230ст

7. Струков А.И., Серов В.В., Патологическая анатомия, Москва, «Медицина», 1985, 513-514ст.

8. Ивановская Т.Е., Леонова Л.В. Патологическая анатомия болезней плода и ребенка. Руководство для врачей, Москва. Медицина 1989, 22-70 ст

9. Кравцова Г.И., Савченко Н.Е., Плиссан С.О,. Врожденные дисплазии почек. Минск, Беларусь, 1982, 22ст

10. Лазюк Г.И., Тератология человека. Москва, медицина. 1980, 240ст.

ДИАГНОСТИКА НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЙ

[1]Махмаджонов Д.М., [1,2]Бадалов Ш.А., [1]Атоев И.К., [1]Соҳибов А.А.

[1]Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

[2]ГУ «Республиканский научный клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Состояние здоровья ребенка и его матери, а также и общие патогенные факторы, к числу которых относится влияние географической среды, играют большую роль в возникновении уролитиаза у детей. Среды экзогенных причин наиболее изучено и доказано влияние на образование мочевых камней у детей сухого и жаркого климата. В условиях сухого и жаркого климата у человека постепенно развивается состояние хронической дегидратации, вызванное сильной потери влаги через кожный покров при потении и через слизистые оболочки дыхательной системы. Считается, что дегидратация организма создает предпосылки для микрокристализации и образования конкрементов особенно у лиц с наследственными нарушениями водно - минерального обмена [2, 8, 9].

Одной из наиболее длительно существующих и всесторонне изученных факторов влияющих на возникновение уролитиаза является химический состав питьевой воды. Факторами риска также являются и аномалии почек и мочевых путей. Необходимо отметит, что аномалии мочеполовых органов составляют более 35-40% всех врожденных пороков развития человека Наряду с несомненным значением экзогенных факторов в развитии уролитиаза необходимо учитывать и важную роль наследственного предрасположение [1, 3, 6].

Дети длительное время лечатся у других специалистов с различными диагнозами, что способствует развитию тяжелых деструктивных изменений в почках, иногда до почечной недоста-

Таблица 1

Различные патологии соматического и урологического характера у детей раннего возраста при нефролитиазе (n=95)

Виды патологии соматического и урологического характера	Количество больных, абс (%)		p
	Основная группа (n=69)	Контрольная группа (n=26)	
Анемия	6 (8,7%)	2 (7,7%)	>0,05
Гипотрофия	12 (17,3%)	4 (15,3%)	>0,05
Рахит	10 (14,4%)	3 (11,5%)	>0,05
Пиелоэктозия	8 (11,5%)	1 (3,8%)	>0,05
Гидроколикоз	5 (7,2%)	2 (7,7%)	>0,05
Пиелонефрит	14 (20,2%)	6 (23,0%)	>0,05
Гидронефроз	11(16,0%)	5 (19,2%)	>0,05
Цистит	3 (4,3%)	3(11,5%)	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

точности. Неадекватное поведение детей раннего возраста также является причиной диагностических ошибок[4, 5, 7, 10].

Цель исследования. Улучшение диагностики нефролитиаза и выявление факторов риска способствующее образованию камней в мочевой системы у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. За последние 10 лет (2013-2023) в клинике детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» на базе ГУ «Республиканский научный клинический центр педиатрии и детской хирургии» наблюдались 126 детей в возрасте от одного до трех лет с диагнозом нефролитиаз. Все 126 (100%) пациентов были распределены в основную 94 (76%) и контрольную группы 32 (25,4%). Больные основной группы были госпитализированы в период 2019-2023 гг., а контрольная группа охватывала период 2013-2018 гг. Среди них дети до двухлетнего возраста составили 51 детей (40,4%) – основной-38 (74%), контрольный-13 (25,4%) и в возрасте 2-3 лет- 59,5% (75 детей) – основной-54 (72,0%), контрольный-21 (28,0%). Только в 17,4% (22 ребенка) случаев общее состояние детей оценивалось как относительно удовлетворительное - основной-14 (63,6%), контрольный-8 (36,3%), у 104 (82,5%) состояние было тяжелым или средней тяжести - основной-78 (75,0%), контрольный-26 (25,0%).

Ведущим в диагностике нефролитиаза у детей раннего возраста является проведение УЗИ, комплекса клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования (обзорной рентгенографии, экскреторной урографии, цистографии), по строгим показаниям назначается ангиография, ретроградная уретеро-пиелография и компьютерная томография.

Клинические проявления нефролитиаза в зависимости от возраста детей были разными. Так, у детей до двух лет клиника болезни была обусловлена беспокойством ребенка, гипертермией, выраженной общей интоксикацией, макрогематурией, дефицитом массы тела. У детей старше 2 лет отмечались субфибрильная температура, макрогематурия и боли в поясничной области.

Установлено, что у детей раннего возраста в 95 (75,3%) случаев из 126 (100%), нефролитиаз наблюдается на фоне различных патологий соматического (анемия, гипотрофия, рахит и др.) и урологического характера (пиелоэктозия, гидрокаликоз, пиелонефрит, гидронефроз, цистит). Они представляют несомненный риск для жизни ребенка при производстве оперативного вмешательства (табл. 1).

В результате обследования у 70 (55,5%) из 126 детей выявлены солитарные камни, у 19 (15%)-множественные, коралловидные- у 10 (8,0%), коралловидно-множественные- у 18 (14,2%) и у 9 (7,1%)- многоместные. Аномалии развития мочевыводящих путей выявлены у 22 (17,4%) из 126 болых. Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента- у 7 (31,8%), сужение пузырного сегмента- у 5 (22,7%), втянутый вовнутрь почки мочеточник- у 3 (2,3%), незавершенный поворот почки- у 4 (18,1%), сужение мочеточника в средней трети- у 3 (13,6%), что послужило причиной формирования вторичных камней. Неконтрастные камни почек были обнаружены у 21 (16,6%) больных, причем наиболее часто у детей до 2 летнего возраста – 13 из 21 больных.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение показателей гомеостаза показало, что при нефролитиазе гомеостаз претерпевает значительные сдвиги. Так, у 98 (77,7%) детей имели место ускоренное СОЭ, лейкоцитоз и анемия. Содержание гемоглобина колебалось от 80,0±1,4 до 110,0±2,6 г/л. У 28 (22,3%) определялось повышение уровня остаточного азота-15-30 ммоль/л, креатинина-0,26±0,06 ммоль/л, мочевина-9,22±1,0 ммоль/л что свидетельствовало об угнетении азотовыделительной функции почек.

Также в результате проведения УЗИ диагностики, калькулезный пиелонефрит отмечен у всех 126 больных (таблица 2), проведена дифференциация стадий КП по методике Н. А. Лопаткина с соавторами (1979г). На основании эхографических изменений чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), паренхимы и контуров почек, установлены степень тяжести КП.

У большинства детей основной группы были отмечены КП I степени (62,7%) и менее всего КП III степени, что составило11,7%. В контрольной группе частота КП I и II стадий статистически значимой разницы не имела (62,5%).

При КП I-степени у 62,7% больных контуры почек были ровными, форникальные отделы чашечек четко выявлялись, тубулярные отделы были несколько утолщены и диформированы, особенно в области расположения камня.

При КП-II стадий, который выявлен в 25,5% случаев, контуры почек становятся неровными за счет склеротических изменений. Отмечается значительное истончение паренхимы почек, местами до 1,0±0,5 см.

Ограничение подвижности почек при акте дыхания у больных, детей с КП-I-II стадий свидетельствовало о переходе воспалительного процесса в паранефральную клетчатку вокруг пораженной почки.

Сонографическая картина КП-III стадий, которые выявлялась у 11 (11,7%) больных характеризовались слиянием контуров почки до одной второй и одной трети возрастной нормы за счет склероза и истончении паренхимы. При хроническом КП с исходом в сморщивания почки, выявленные у 8,5% больных определялось выраженное уменьшение ее размеров, неровность контуров, относительное увеличение площади ЧЛС по отношению к паренхиме почки и деформация ЧЛС – 5,0±1,2см.

Сонографические показатели калькулезного пионефроза у выявленных 5 больных характеризовались резким расширением коллекторной системы почки с атрофией паренхимы от 0,2-0,3см до 1,0-2,0см, местами паренхима не вызиуализируется, почка имеет вид большой кисты, в расширенных полостях до 2,0см обнаруживается мелкодисперстная взвесь, потверждающая наличия гноя.

Экскреторная урография проводилась всем больным. У 51 (40,4%) детей выделительная функция пораженной почки оказалась нарушено. Выделительная функция пораженной почки у 48 (38,0%) больных замедлено, начало контрастирования 15-20минут. 17(13,4%) больных так же выделительная функция пораженной почки резко замедленной, начало контрастирования-40-60 минут. А у 10 (7,6%) выделительная функция пораженной почки отсутствовало полностью, позже 120 минут.

Среди осложнений нефролитиаза на первом месте стоит калькулезный пиелонефрит (КП), процент его активных форм достигает 102 (81,0%) больных из 126 пациентов. Калькулезный пиелонефрит у детей раннего возраста часто характеризируется быстро прогрессирующими гнойно-обструктивными процессами и иногда может закончиться пионефрозом и паранефритом. Из общего количества наблюдаемых нами детей у 37 (36,2%) выявлены обструктивные процессы, в том числе острая почечная недостаточность (ОПН) - у 14, обструктивно-гнойный калькулезный пиелонефрит (ОГКП)- у 39 и у 12 установлен пионефроз. Вторым, наиболее частым осложнением нефролитиаза, обусловленным нарушением уродинамики и обструкции чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), является калькулезный гидронефроз (КГ), который наблюдался у каждого второго ребенка 63 (49,0%).

Выбор метода операции при нефролитиазе зависит от локализации, размеров и характера конкрементов, типа строения почечной лоханки и стадий калькулезного пиелонефрита.

Таблица 2

Распределение больных по стадиям калькулезного пиелонефрита (КП), n=126

Стадия КП	Основная группа (n=94)	Контрольная группа (n=32)	p
Стадия I	59 (62,7%)	20 (62,5%)	>0,05
Стадия II	24 (25,5%)	8 (25,0%)	>0,05
Стадия III	11 (11,7%)	4 (12,5%)	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Выводы. Диагностика нефролитиаза у детей раннего возраста сложна. Заболевание чаще всего проявляется на фоне общих симптомов, симулирующих чаще соматические заболевания. Подозрение нефролитиаза появляется обычно при наличии мочевого синдрома. Эхографическая программа диагностики позволяет максимально сократить объем инвазивных методов, в том числе и рентген исследований. Ультразвуковое исследование гнойно-воспалительных осложнений нефролитиаза у детей позволило нам считать сонографию единственно информативным методом, способным дать наглядную информацию.

Указанные выше обстоятельства диктуют педиатрам, семейным врачам и врачам других специальностей быть бдительными в отношении нефролитиаза у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абоян И.А. Эффективность применения цитратной смеси «Блимарен» при мочекислом нефролитиазе / И.А. Абоян, В.А. Скнар, С.В. Павлов // Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. - №2. – С.44-49.

2. Аль-Шукри С.Х. Литолитическая терапия уратного нефролитиаза / С.Х. Аль-Шукри, М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин // Урология. – 2016. - №2. – С.23-27.

3. Аляев Ю.Г. Современные аспекты медикаментозного лечения пациентов с мочекаменной болезнью / Ю.Г. Аляев, В.И. Руденко // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – Т.41. – С. 10-15.

4. Аляева Ю.Г. Российские клинические рекомендации // Урология / Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь. - М.: ГЕОТАР-Медиа. – 2016. – С. 429-441.

5. Бочкарев А.Б. Антибиотикорезистентность у урологических пациентов с воспалительными заболеваниями верхних мочевыводящих путей / А.Б. Бочкарев // Экспериментальная и клиническая урология. - 2019. – №. 2. – С. 106-110.

6. Влияние pH мочи на процессы камнеобразования при уролитиазе / М.Ю. Просянников [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. - №3. – С.72-78.

7. Пулатов А.Т. Уролитиаз у детей, Медицина, 1990.- С. 204.

8. Исаков Ю.Ф. Врожденные пороки развития: перенатальная диагностика и новая концепция оказания помощи новорожденным / Ю.Ф. Исаков, В.И. Кулаков, Ю.И. Кучеров // Вопросы современной педиатрии. – 2007. -Т.6, №3. – С. 15-17.

9. Наумова В.И. Почечная недостаточность у детей. Из. Медицина 1991. -282 с.

10. Султонов Ш.Р. Особенности тактики хирургического лечения врождённого гидронефроза, обусловленного аберрантным сосудом / Ш.Р. Султонов, А.М. Сатторов., Д.М. Махмаджонов // Ж. Вестник Авиценны. - 2015. - №2. - С. 69-71.

КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ В ИЗМЕНЕНИЯХ ВРЕМЕНИ

Петр Лоян,
доктор наук, MBA, Университет Данубиуса Словацкая Республика

Ведение. XX и XXI века характеризуются развитием наукоориентированной - технической медицины, в то же время усиливаются антрополого-гуманистические тенденции, которые являются реакцией на изменение условий жизни, взглядов на здоровье, болезни и смерть, рост так называемых цивилизационных болезней, хронизацию болезней, продление жизни и, соответственно, старение населения и т.д. Мы сталкиваемся с разнообразной концепцией здоровья. Одни концепции слишком сужаются до здоровья тела (физического состояния человека), другие понимают здоровье только как товар (см., например, коммерческую концепцию фармакотерапии). Третьи понимают здоровье как таинственную силу, которую человек получает при рождении и которой он должен управлять в течении жизни.

Ряд гуманистически ориентированных теорий рассматривают здоровье как своего рода внутреннюю силу человека. Авторы называют эту силу по-разному - например, élan, vital, vitality, в определенном смысле также libido, способность к адаптации, метафизическая сила здоровья и т. д. Общим знаменателем этого набора теорий является идея здоровья как чего-то, что позволяет человеку достигать более высоких целей, чем его собственное здоровье. В этой концепции здоровье, таким образом, является средством для достижения более высоких целей - ценностью, позволяющей реализовать еще более высокие ценности. Это способность противостоять давлению негативных жизненных условий и позитивно реагировать на жизненные проблемы. Это способность противостоять давлению негативных жизненных условий и позитивно реагировать на жизненные проблемы.

Существует множество определений здоровья,

и они приводятся в различных национальных и международных источниках и документах. Их частота обусловлена прежде всего смыслом и целью, которые привели к их формулировке.

Здоровье человека можно рассматривать и как непосредственное состояние, и как процесс со своей собственной динамикой, что позволяет различать различные степени здоровья и болезни.

Понятие здоровья человека относится к числу понятий, которые мы понимаем, но их точное определение затруднительно. Поэтому полезно использовать так называемые операциональные определения, отражающие аспект, с которого изучается здоровье человека. Чаще всего оно основывается на состоянии структур и функций человеческого организма и различает категории «физиологическое» (здоровье) и «патологическое» (болезнь). Динамический аспект учитывает, например, качество адаптивных возможностей человека. С этой точки зрения здоровье — это потенциал характеристик человека (способность) справляться с требованиями (воздействиями) внутренней и внешней среды без нарушения функций.

Понятие здоровья человека связано с культурой, поэтому если оно не конкретизировано более подробно, то всегда содержит нормативный компонент. Результаты транскультурных исследований показали, что в разных культурных и даже в разных социальных слоях данного общества существуют разные понятия здоровья человека.

Попытка сформулировать совершенное определение (теорию) здоровья человека не является – как может показаться на первый взгляд – самоцелью. В конце концов, каждый врач, осознает он это или нет, основывает свою работу на некоей общей концепции здоровья.

Хотя это относительно старый источник, приведенные в нем мнения не утратили своей актуальности и применимости в современной теории и практике социального здоровья.

Интересны также некоторые определения здоровья, данные зарубежными авторами. Например, по мнению словацкого автора Козоны «мы даже не осознаем здоровья. Оно воспринимается так, как будто оно должно быть постоянной частью жизни. Возможно, в этом желании скрыта скрытая, мимолетная красота цикла жизни. Развитие его изменений может происходить не в соответствии с возможностями субъекта и субъектов, находящихся в его распоряжении, поскольку по многим причинам игнорируются закономерности поддержания взаимной гармонии функционирования отдельных подсистем данной системы субъекта (индивида) для сосуществования с внешним социальным и природным миром. Здоровье, таким образом, является физическим, психологическим, умственным и социальным благополучием индивида или индивидов, живущих в социальной и природной среде. Это форма существования индивида как человеческого существа, способного справляться с патологией (болезнью) и в конечном итоге трансформировать необратимые объективные нарушения с психологическим и умственным равновесием в субъективное благополучие. Из приведенных слов следует, что здоровье является относительным функциональным состоянием живой системы организма индивида, индивидов, социальных групп, живущих в гармонии с живой и неживой природой в рамках непрерывного развития».

Здоровье может быть определено как негативно, так и позитивно. Кроме того, польский автор Домарадский утверждает, что «Отрицательные определения понимают здоровье как отсутствие болезни и/или боли. Они фокусируются на органической патологии и описывают здоровье как «нормальное» состояние организма и его отдельных органов, при котором не выявляется ни один из известных симптомов болезни. С другой стороны, они понимают болезнь с точки зрения патологии организма, проявляющейся недостаточной функциональностью или неправильной функцией выбранных органов, органов или систем. Поэтому такой подход делает здоровье не похожим на болезнь. Недостатком рассмотрения двух концепций как взаимоисключающих является то, что это приводит к своего рода порочному кругу и не служит для их объяснения. Поэтому подчеркивается, что, определяя одну из них негативно, другую следует определять позитивно. В противном случае граница между двумя концепциями будет размытой и трудноопределимой. Положительное определение здоровья было сформулировано Всемирной организацией здравоохранения в 1948 году.

Здоровье - это "состояние всеобъемлющего физического, психологического и социального благополучия". По ее словам, здоровье - это гораздо больше, чем просто отсутствие болезней или немощи. Оно указывает на то, что люди, которые чувствуют себя счастливыми, способны достигать своих планов и мечтаний, могут выражать свои эмоции и делиться ими с другими, а также имеют прочные связи с людьми в своем сообществе, обладают здоровьем.

В практической жизни под здоровьем чело-

века понимают некое идеальное состояние, при котором все, так сказать, в порядке, когда человек чувствует себя хорошо, не имеет никаких проблем и не ожидает их возникновения. Он, так сказать, «в своей тарелке», поэтому возникновение проблем или приход болезней часто действует как «гром среди ясного неба».

Определение здоровья человека не дает ответа на вопрос, что такое здоровье, а то, что не выявлено никаких нарушений здоровья. Врач обычно формулирует это в своих заключениях после осмотра пациента такими словами, как «нет патологических результатов», что означает не что иное, как то, что он не обнаружил никаких явных отклонений от так называемой нормы. В то же время эту формулировку, как правило, следует понимать, как относительно верную только для данного момента, в который она вписывается. По сравнению со здоровьем, болезнь — это событие жизни, которое в некотором роде принадлежит социальной сфере, и современная медицина (лечебная) должна учитывать этот факт, уважать его и работать с ним.

Определение здоровья даже не дано в трех «законах о здравоохранении» — Законе №372/2011 Сб. «О медицинских услугах и условиях их предоставления», Законе №373/2011 Сб. «О конкретных медицинских услугах», Законе №374/2011 Сб. «О службе неотложной медицинской помощи».

В то же время был отменен первый из вышеупомянутых законов, Закон №20/1966 Coll., об общественном здравоохранении. Он содержал в своей преамбуле текст, согласно которому здоровье является одной из основных предпосылок счастливой и творческой жизни отдельного человека и общества в целом; оно также является важным фактором развития производительных сил. Право на здравоохранение является одним из основных гражданских прав, гарантированных Конституцией Чехословацкой Социалистической Республики.

Аналогичная ситуация в Словакии, где также нет определения здоровья ни в одной правовой норме. Только Закон №355/2007 Сб. об охране, поддержке и развитии общественного здоровья определяет в § 2, пар. 1, литера б) общественное здоровье как уровень здоровья общества, который соответствует уровню предоставляемой медицинской помощи, охраны и поддержки здоровья и экономическому уровню общества.

Весьма интересна разработка определения здоровья Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) с 1946 года, согласно которому здоровье - это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и недугов». Это определение применялось без существенных изменений до 1977 года, когда в документе той же организации под названием «Здоровье для всех до 2000 года» (Health for All, HFA) здоровье было определено как «способность вести социально и экономически продуктивную жизнь». Таким образом, здоровье перестало быть самоцелью и стало средством для реализации гармоничного развития человека.

Защита жизни и здоровья граждан и отдельных лиц является первостепенной задачей каждого цивилизованного и демократического государства и гарантируется правовой системой. Наша компания защищает жизнь и здоровье граждан как одну из важнейших социальных ценностей. Жизнь человека является основным условием реализации всех его прав и свобод.

В 1999 году ВОЗ выступила с программой под названием «Здоровье для всех в 21 веке» (ЗДВ 21, Health 21), с другим, более точным определением, определяющим здоровье как «снижение смертности, заболеваемости и инвалидности из-за обнаруживаемых заболеваний и расстройств и повышение воспринимаемого уровня здоровья». Она также относится к потенциалу здоровья как к наивысшему уровню здоровья, которого может достичь человек. Потенциал здоровья каждого человека определяется его способностью заботиться о себе и других, а также его способностью принимать самостоятельные решения и сохранять контроль над своей жизнью. В то же время программа несет призыв к обществу, которое должно создавать условия для использования людьми своего потенциала здоровья.

По моему мнению, из приведенных выше определений следует, что детерминанты здоровья состоят из личностных, социальных и экономических факторов и факторов окружающей среды, которые являются взаимовлияющими переменными и в то же время существенно влияют и определяют состояние здоровья отдельного человека, группы людей или общества. Несомненную роль здесь играет социальная, экономическая и физическая среда обитания человека, а также его индивидуальные особенности, поведение, генетический состав и другие факты.

В этом контексте следует обратить внимание на специфическое явление последних лет, которым является право родиться здоровым человеком, или родиться с отсутствием серьезного или даже тяже-

лого заболевания, как правило, генетического происхождения. Впервые эти идеи начали появляться в Великобритании, откуда они постепенно распространились в другие страны, особенно в Западной Европе, и не так давно этой проблемой занялись и высшие судебные органы Чешской Республики.

Речь шла о решении вопроса о допустимости неправомерных исков о рождении в чешском правовом порядке.

В журнале «Частное право» №6, том 2023 г. был опубликован текст монсеньора Сары Фарид под заголовком «Возмещение ущерба за воспрепятствование социальному использованию ребенка — проблемные аспекты», настолько интересный, что я беру на себя смелость изложить его здесь следующим образом:

Верховный суд в постановлении №25 Cdo 2202/2021 от 16.05.2023 вынес эпохальное решение по делу о возмещении морального вреда, причиненного ошибкой поставщика медицинских услуг при дородовом обследовании, если ребенок рождается с генетическим дефектом, на выявление которого было направлено дородовое обследование.

В иске родители ребенка потребовали от поставщика медицинских услуг возмещения морального вреда в размере 8 млн чешских крон каждый. Возмещения имущественного ущерба они не требовали.

Суд первой инстанции установил, что истица забеременела во второй раз, беременность протекала без осложнений, она регулярно проходила осмотры и обследования.

На 8-й неделе беременности ей был проведен скрининг беременности 1-го триместра, целью которого является определение риска наиболее распространенных пороков развития плода, в том числе синдрома Дауна (трисомия 21), в ходе которого был взят образец крови, проведено ультразвуковое исследование и оценка результатов скрининга с помощью специального программного обеспечения Astraia.

При вводе данных в данную программу врач, проводивший обследование, не правильно ввел все необходимые данные, в связи с чем биохимические маркеры не были включены в расчет риска наиболее распространенных врожденных пороков развития плода, хотя они были выявлены во взятом образце крови.

В данной ситуации результат скрининга определил риск синдрома Дауна в значении 1:1834 при общем заключении скрининга первого триместра как отрицательном, а с учетом выявленных значений биохимических маркеров значение результирующего риска составило бы 1:172, что было бы оценено как средний риск возникновения у плода синдрома Дауна и беременная женщина была бы проинформирована об этом факте.

Даже при последующих проверках и обследованиях никаких признаков синдрома Дауна не было выявлено, а с точки зрения морфологии плод выглядел здоровым. 28.02.2015 г. истцы родили девочку, и вскоре после этого им поставили диагноз синдром Дауна.

Если бы обнаруженные биохимические маркеры были включены в скрининг, проведенный истцом б) и скрининг был бы, следовательно, правильно оценен при значении риска 1:172 истица была бы проинформирована о повышенном риске синдрома Дауна у плода, ее бы направили на консультацию к генетику, а лечащий врач ответчика и ее лечащий гинеколог рекомендовали бы дополнительное обследование. При подтверждении диагноза синдрома Дауна плода 95–98% родителей решаются на искусственное прерывание беременности.

Даже в этом случае родители утверждали, что если бы был выявлен более высокий риск синдрома Дауна, они, скорее всего, прервали бы беременность в такой ситуации.

Суд первой инстанции установил, что неправомерное поведение медицинского учреждения, выразившееся в невключении результатов биохимических маркеров в свою оценку при проведении скрининга первого триместра, даже если они были доступны, не противоречит закону.

Это оказало существенное влияние на дальнейшую процедуру оказания медицинской помощи во время беременности, поскольку в результате некачественно оцененного скрининга, как ложноотрицательного, родители не были проинформированы о повышенном риске наличия порока развития у плода, им не была предложена консультация генетика или дополнительные обследования.

Причинно-следственную связь между неправомерными действиями медицинского учреждения и причинением вреда родителям суд усмотрел в том, что в результате ошибочных действий медицинского учреждения им было отказано в праве быть информированными о действительном положении дел, т.е. о состоянии здоровья плода, и тем самым они были лишены возможности выбора: рожать ребенка с синдромом Дауна и принимать на себя существенное влияние на свою нынешнюю и бу-

дущую планируемую жизнь или проходить дополнительные (например, инвазивные) обследования и, возможно, прерывать беременность.

При правильно проведенном скрининге они были бы информированы о наличии повышенного риска пороков развития плода и имели бы возможность принять решение о форме своей семейной жизни.

Суд также рассмотрел этический аспект всего дела и со ссылками на профессиональную литературу пришел к выводу, что этот тип иска, именуемый «неправомерным рождением», может быть принят.

В связи с этим суд первой инстанции обязал медицинское учреждение выплатить отцу ребенка 1,5 млн чешских крон, а матери ребенка — 2,3 млн чешских крон, отклонив остальную часть иска.

Апелляционный суд уменьшил обязанность медицинского учреждения выплатить отцу ребенка сумму в размере 300 000 чешских крон, а матери ребенка — сумму в размере 600 000 чешских крон.

Он исходил из фактического положения, установленного судом первой инстанции, и в основном солидаризировался с его правовой оценкой. Однако он посчитал, что адекватным размером разумного удовлетворения является меньшая сумма, чем установил суд первой инстанции.

Верховный суд согласился с выводами нижестоящих судов и заявил, что подача исков о возмещении нематериального ущерба, причиненного ошибкой поставщика медицинских услуг при проведении дородового обследования, если впоследствии ребенок родится с генетическим дефектом, на выявление которого было направлено дородовое обследование (так называемые иски о неправомерном рождении), допускается в чешском правовом порядке.

Иски о возмещении морального вреда, который должен был быть причинен ошибкой поставщика медицинских услуг при дородовом обследовании, и впоследствии родился ребенок-инвалид, поскольку у женщины не было возможности рассмотреть возможность сделать аборт, возможно, действительно сделать его или подготовиться к жизни с ребенком-инвалидом из-за ошибки врачей, в профессиональной литературе (также на чешском языке) называются «исками о неправомерном рождении», т. е. исками о нежелательном рождении.

Одной из основных предпосылок успеха этих исков является право женщины на искусственное прерывание беременности, закрепленное в правовом порядке. Если у женщины нет возможности сделать аборт, у нее нет выбора, оставлять или нет больного ребенка, и рождение больного ребенка произойдет независимо от процедуры, применяемой поставщиком медицинских услуг.

Предпосылкой для возникновения этого требования является доказательство правонарушения во время дородового обследования, затем возникновение нематериального ущерба, при котором необходимо различать, какие частичные личные права были нарушены, и, наконец, доказательство существования причинно-следственной связи между несанкционированным вмешательством в конкретное частичное личное право и нематериальным ущербом. Учитывая, что это может быть вмешательство в различные права субличности, все три предпосылки должны быть выполнены в отношении каждого права субличности.

На определенном сроке беременности чешская правовая система отдает приоритет автономии воли беременной женщины над защитой будущего ребенка, что свидетельствует о либеральном подходе к этому вопросу. Эта ценность ограничена при прерывании беременности на определенном сроке с помощью другого лица, Закон Чешского национального совета №66/1986 Сб. об искусственном прерывании беременности.

Неправомерные иски о рождении могут быть востребованы для компенсации различных видов ущерба. Чешская правовая система не содержит четкого правового регулирования нематериального ущерба, возникающего таким образом, и отечественная судебная система по существу никогда не сталкивалась с этим типом иска .

В частности, возможны три варианта вмешательства в отдельные частичные права личности человека, различающиеся по виду ущерба, за который испрашивается компенсация:

1. Моральный вред, причиненный вмешательством в право родителей на планирование семьи, поскольку они не были должным образом информированы о состоянии плода,

2. Моральный вред, причиненный установлением фактического состояния здоровья ребенка,

3. Моральный вред, возникающий в связи с тем, что родители вынуждены наблюдать за жизнью своего ребенка-инвалида и испытывать страх за его развитие.

Неимущественным ущербом считается любой ущерб, который не означает прямую потерю имущества для жертвы. Это, как правило, посягательство на здоровье, честь, частное лицо и т.д. Неимущественный ущерб должен быть в соответствии с

Гражданским кодексом искупается посредством так называемого сатисфакции. Сатисфакция должна быть в первую очередь эффективной таким образом, чтобы компенсировать причиненный ущерб , в противном случае необходимо предоставить сатисфакцию в деньгах . Размер компенсации будет оцениваться судом в соответствии с конкретными обстоятельствами дела. Моральный вред может быть востребован потерпевшей стороной, а при определенных обстоятельствах также любым лицом, которое обоснованно считает, что причиненный ущерб является личным несчастьем, которое не может быть исправлено иным способом.

Хотя Закон об абортах предоставляет право принятия решения об искусственном аборте только женщине, партнеры по жизни (супруги) обычно принимают важные решения о своем совместном будущем.

Однако предполагается соглашение по семейным вопросам и образу жизни семьи (§ 692 п. 1 Гражданского кодекса). Наконец, в вышеупомянутом решении по делу MP против Румынии ЕСПЧ пришел к выводу, что желание родителей зачать ребенка, не пораженного генетическим заболеванием, является формой проявления их частной и семейной жизни. Таким образом, он предоставил право на самоопределение в репродуктивной сфере обоим родителям, а не только женщине.

Хотя в соответствии с действующим законодательством воля отца не играет роли при принятии решения об искусственном прерывании беременности, ложное информирование женщины о состоянии плода также может нарушить ее право на планирование семьи и репродуктивную автономию.

В рассматриваемом случае оба истца совместно планировали родительство и принимали важные решения о будущем своей семьи по обоюдному согласию. Можно обоснованно предположить, что они поступили бы так же и в случае решения о прерывании беременности. Поэтому истец а) также активно легитимируется в отношении заявленного иска.

Поэтому иск родителей о вмешательстве в их частичные личные права должен быть включен в определенную иерархию ценностей, на воздействии которых основывается компенсация нематериального вреда. Даже если это не иски против государства, можно воспользоваться опытом ЕСПЧ, практика принятия решений которого прослеживается в четкой структуризации в соответствии с определенной иерархией этих основных ценностей.

При определении размера компенсации суды имеют полную дискрецию, однако в стандартных ситуациях и обстоятельствах дела ЕСПЧ предпочитает сумму, которая находится примерно в середине установленного диапазона, конечно с возможностью (и необходимостью) перехода к минимуму, или наоборот в случаях с более серьезными или даже исключительными по последствиям обстоятельствами от середины к максимуму. В случае вмешательства в частную жизнь согласно статье 8 Конвенции ЕСПЧ считает вмешательство серьезным в диапазоне от 3% до 20% (при медианном значении 10%) от наиболее серьезного вреда, что является нарушением права на жизнь, которому ЕСПЧ назначает сумму в размере 100 000 евро (см. постановление, опубликованное под №50/2022Coll. det. Municipality). При размещении заявленного требования в иерархии ценностей и соблюдении принципа пропорциональности можно также руководствоваться решением Верховного суда от 19.09.2018, дело №. Штамп №25 Cdo 894/2018, опубликовано под №85/2019. Колл. дет. муниципалитет

В заключение Верховный суд упрекнул суд первой инстанции и апелляционный суд в том, что они не разъяснили характер отдельных дополнительных требований, заявленных в иске (которые должны оцениваться отдельно), в связи с чем отменил их решение и вернул дело на новое рассмотрение.

Заключение. Из вышеуказанного решения Верховного суда следуют следующие основные выводы для юридической практики:

1. Иски о «незаконном» рождении, т.е. иски о нежелательном рождении ребенка, в целом допустимы в правовой системе Чешской Республики.

2. С помощью этих действий можно требовать возмещения различных видов ущерба.

3. Нарушение каждого субличного права, таким образом, оценивается отдельно (самостоятельно), и условия возникновения права на компенсацию морального вреда за нарушение этого субличного права также оцениваются отдельно (самостоятельно).

4. Как правило, речь идет о следующих видах вреда: 1. моральный вред, причиненный вмешательством в право родителей на планирование семьи, поскольку они не были должным образом информированы о состоянии плода; 2. моральный вред, причиненный обнаружением фактического состояния здоровья ребенка; 3. моральный вред,

возникающий в связи с тем, что родители вынуждены быть свидетелями жизни своего ребенка-инвалида и испытывать страх за его развитие.

5. Право на компенсацию неимущественного ущерба имеют оба родителя, а не только мать ребенка.

6. При определении размера компенсации суды обладают полной степенью дискреции, при этом иск родителей о вмешательстве в их частичные права личности должен быть включен в определенную иерархию ценностей, от влияния которой зависит компенсация морального вреда, при этом в данном вопросе могут использоваться критерии, установленные судебной практикой ЕСПЧ и Верховного суда.

7. Вопросы возмещения имущественного вреда (ущерба) при неправомерных требованиях о рождении ребенка Верховным Судом в данном решении не рассматривались.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (НА ПРИМЕРЕ Г. ДУШАНБЕ)

Саидмурадова Г.М., Нарзуллоева М.Ф.
Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. В связи с отсутствием массовой активной иммунизации детей от ветряной оспы заболеваемость в Республике Таджикистан ежегодно остается высокой.

Клиническое течение заболевания ветряной оспы у детей раннего возраста проявляется обильной, полиморфной сыпью и на высоте температуры сопровождается поражением центральной нервной системы в виде менингоэнцефалитических реакций (судорог, потери сознания), а также присоединением вторичной микробной флоры с развитием гнойных очагов воспаления, а у новорожденных заболевание может протекать в лёгкой форме из-за наличия остаточного иммунитета полученного от матери.

У детей старшего возраста ветряная оспа может протекать, как и у взрослых, но при случаях ослабления организма тяжёлыми заболеваниями, а также при лечении иммунодепресивными средствами отмечаются тяжёлые атипичные формы. Другими факторами риска тяжёлого клинического течения заболевания являются онкологические заболевания различных органов, ВИЧ-инфекция, терапия кортикостероидами.

Имеющиеся большинство публикаций по ветряной оспе в настоящее время, посвящены клиническому течению заболевания в детском возрасте и лишь единичные научные работы касаются клинических особенностей течения ветряной оспы у взрослых [1—4].

Цель исследования: изучение эпидемиологических и клинических особенностей ветряной оспы у больных разных возрастных групп.

Материал и методы исследования. Проведен эпидемиологический и клинический анализ 121 больных, из них 81 (66,9%) (ретроспективно) и 40 (33,1%) больных, находившихся на стационарном лечении в ГУ «ГМЦ №1 г. Душанбе. Диагноз ветряной оспы был выставлен на основании клинических симптомов при наличии типичной везикулёзной сыпи по всему телу, в том числе на слизистых и на волосистой части головы, а также данных контакта с больным ветряной оспой и характерным полиморфизмом сыпи у большей части больных, при котором элементы, находились на разных стадиях развития в связи с волнообразным ее появлением с интервалом в несколько дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ показателей заболеваемости ветряной оспой в Республике Таджикистан(РТ) у детей в 2022 и 2023 годах показал, что заболеваемость среди детей в 2022 году составила 12,51, а в 2023 году 16,70 на 100 000 населения, причём в 2023 году случаи заболевания отмечены и среди взрослого населения, составив 4,35 на 100 000 населения. В городе Душанбе РТ в 2022 году ветряной оспой заболело 347 детей, а в 2023 году 182 ребёнка и 111 взрослых. Из общего числа (121) наблюдаемых больных с ветряной оспой детей было 98 (81%), взрослых 23 (19%). Среди взрослых больных ветряной оспой (23) мужчин было 13 (56,5%), женщин 10 (43,5%). Среди детей (98) мальчиков было 52 (53,1%), девочек 46 (46,9%). Возрастной состав детей с ветряной оспой показал, что детей до года было 13 (13,3%), раннего возраста - 34 (34,7%), от 3 - 7 лет - 30 (30,6%), от 7 - 18 лет 21 (21,4%). Возрастной состав взрослых больных находился в интервале от 18 до 25 лет,

причём 2-е (1,7%) больных составили беременные женщины со сроком беременности 36 и 38 недель. Учащение случаев заболевания ветряной оспой чаще отмечалось в осенне-зимний период 89 (73,5%), чем летом 32 (26,4%) и в большинстве случаев среди организованных 71 (58,7%), чем среди неорганизованных 50 (41,3%).

Из числа больных с ветряной оспой 40 (33,3%) обратились в стационар в тяжёлом состоянии, а 81 (66,9%) в среднетяжёлой форме болезни, причём большинство больных 67 (55,4%) обратились на 1-2 сутки, а 54 (44,6%) после прохождения 3-х суток от начала появления везикулёзной сыпи. Продромальный период проявляющийся субфебрильной температурой до 37,2—38,5°С и болями в горле был установлен у 31 (26,4%) детей, а у 19 (15,7%) взрослых до появления сыпи отмечались головные боли, повышение температуры до *38,5—39,5*°С, катаральные проявления и болезненность в зеве. Инкубационный период заболевания у всех больных составлял 14,0 ±3,9 дня.

Клиника ветряной оспы у детей имело свои особенности в отличие от взрослых (табл. 1).

Из табл. №1 видно, что у всех больных с ветряной оспой заболевание начиналось остро с повышения температуры, причём до субфебрильных показателей у 54 (63,5%) у детей старше года, фебрильной лихорадки у 6 (46,2%) детей до одного года и у 16 (70%) взрослых больных и самочувствие больных страдало значительно. Причём, максимальных цифр температура тела достигала на 2—4 день высыпания, с последующим субфебрилитетом до окончания высыпания. Длительность лихорадки был более продолжительным (до 4-8 дней) чаще (65,2%) у взрослых больных с ветряной оспой, причём с проявлениями интокс-

Таблица 1

Клинические симптомы ветряной оспы у детей и взрослых (абс.%)

Симптомы	Взрослые больные, n = 23	Дети до года, n = 13	Дети от 1 до 18 лет, n = 85
Лихорадка			
37,2—38,0°С	7 (30,4%)	2 (15,4%)	54 (63,5%)
38—39,5°С	16 (70%)	6 (46,2%)	17 (20%)
Длительность лихорадки			
1—3 дня	1 1 (47,8%)	9 (69,2%)	42 (49,4%)
4—8 дней	15 (65,2%)	4 (30,7%)	1 (7,6%)
Слабость	23 (100%)	—	23 (27,1%)
Головная боль	16 (69,6%)	—	13 (15,3%)
Нарушение сна	15 (65,2%)	—	11 (12,9%)
Катаральные явления			
кашель, насморк	13 (56,5%)	—	25 (29,4%)
Экзантема			
умеренная	10 (43,5%)	2 (15,4%)	53 (62,3%)
обильная	18 (78,3%)	2 (15,4%)	14 (16,4%)
Кожный зуд	16 (69,6%)	—	45 (52,9%)
Везикулёзная сыпь На слизистых	18(78,3%)	3 (23,1%)	68 (80,0%)
Продолжительность высыпаний			
3—5 дней	15 (65,2%)	4 (30,8%)	60 (70,5%)
6—8 и более дней	8(34,8%)	—	25 (29,4%)
Осложнения			
пневмония	7 (30,4%)	8 (61,5%)	29(34,1%)
абсцесс			2 (2,3%)
Энцефалические реакции			
судороги, нарушения сознания		1 (7,6%)	
Энцефалит			2 (2,3%)
Генерализованная форма			
ветряной оспы с поражением			
висцеральных органов			

сикации в виде слабости (100%), головной боли (69,6%), нарушения сна (65,2%), а также выраженными катаральными симптомами (56,5%) в виде кашля, насморка. А у 65,2% детей до одного года и 49,4% детей старше года продолжительность лихорадки была короткой (до 3-х дней), причём симптомы интоксикации в начале заболевания не были выраженными, а так как слабость отмечена у 27,1%), головная боль у 15,3%, нарушение сна у 12,9%. Катаральный синдром чаще отмечался у 29,4%детей старшего возраста.

Период высыпания у всех больных начинался классически, с появления элементов сыпи в виде розеол переходящими в папулы, везикулы в первые сутки за ушами и на волосистой части головы, с последующим быстрым распространением на туловище и в меньшей степени на нижние конечности.

Характер элементов сыпи у взрослых и детей был однотипный. Существенные различия определялись по частоте и выраженности токсикоза и кожного зуда, встречавшегося у 78,3% взрослых больных и у 62,3% детей, причём зуд отмечалась у 69,6% взрослых и у 69,6% детей старшего года. Везикулёзная сыпь на слизистых рта, слизистых полости рта с болями при жевании были почти одинаково отмечены у детей старше одного года взрослых больных (80,0% и 78,3% соответственно).

Интенсивность сыпи была умеренная. Продолжительность высыпания составляла 5,9 ± 1,5 дня и продолжалась до 5 дней у 60 (70,5%) детей старшего возраста, у 15 (65,2%) взрослых и более 6 дней у 25 (29,4%) детей и у 8(34,8%) взрослых больных. Из общего числа больных (121), у 18 (14,9%) высыпания отмечались на конъюнктиве глаз и сопровождались болями и слезотечением.

Симптомы продромального периода (слабость, нарушение аппетита, сна и др.) и острое начало заболевания отмечались у 2-е (1,7%) беременных больных с ветряной оспой.

Осложнение в виде пневмонии чаще (61,5%) отмечались у детей до одного года, чем у детей старше года (34,1%) и взрослых (30,4%) больных. Осложнения со стороны центральной нервной системы в виде энцефалитических реакций, судорог и нарушения сознания у 7,6% детей до года и энцефалита у (2,3%) детей старшего возраста.

Течение заболевания было гладкое без осложнений. Приведенные данные не имеют каких-то существенных отличий течения ветряной оспы у беременных по сравнению с обычным течением заболевания у взрослых. Можно считать, что при заболевании беременной ветряной оспой прогноз для женщины достаточно благоприятный, в тоже время необходимо учитывать последствия перенесенного заболевания, особенно в последние дни беременности, для плода (возможно его инфицирование и развитие внутриутробной ветряной оспы новорожденных).

Выводы. Эпидемиологическая ситуация по ветряной оспе показала, что рост заболевания отмечался в осенне-зимний период 89 (73,5%), как среди детей 182 (62%), так и взрослых 111 (38%) и чаще (58,7%) среди организованных.

Клиника ветряной оспы у детей и взрослых имела свои особенности, причём у большинства (70%) взрослых отмечены выраженные симптомы интоксикации (100%), с продолжительной (до 4-8 дней) фебрильной лихорадкой (65,2%), головной болью (69,6%), инверсией сна (65,2%) и сопровождалась у (56,5%) катаральными симптомами. У 65,2% детей до одного года и 49,4% детей старше года симптомы интоксикации в начале заболевания были менее выраженными, с короткой (до 3-х дней) продолжительностью лихорадки, но в тоже время у данной возрастной группы относительно чаще (61,5%), чем у взрослых (30,4%) диагностировано осложнение в виде пневмонии, а поражение ЦНС отмечена у 9,9% детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Ветряная оспа клиническая картина //Бюллетень вакцинации. 2009; 1: 3—9.Tatochenko V.K., Ozeretskovskiy N.A., Fedorov A.M. [Chickenpox clinical picture] // *Bulletin Vaktsinatsii.* 2009;1: 3—9. (In Russ).

2. Воронин Е.М., Ермоленко М.В., Чернова А.М. Современные особенности эпидемического процесса при ветряной оспе// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010; 6(55): 17—23. Voronin E.M., Ermolenko M.V., Chernova A.M. [Modern features of epidemic process varicella] // *Epidemiology and Vaktsinoprofilak- tika.* 2010; 6(55): 17—23. (In Russ).

3. Кузьмина Т.Ю.. Особенности ветряной оспы у взрослых / Т.Ю. Кузьмина, Ю.С. Тихонова, Е.П. Тихонова и др // Сибирское медицинское обозрение. 201 3; 2: 72—76. Kuzmina T.U., Tikhonova Yu.S., Tikhonova E.P. et al. [Features of varicella in adults] // *Siberian Medical Obozrenie.* 2013; 2: 72— 76. (In Russ).

4. Кимирилова О. Г. Клиническое наблюдение течения энцефалита при ветряной оспе у детей / О.Г. Кимирилова, Г.А. Харченко, А.А. Кимирилов //Детские инфекции. 2015; 14(4): 67—69. Kimirilova O.G., Kharchenko G.A., Kimirilov A.A. [Clinical observation flow varicella encephalitis in children] // *Childrens Infections.* 2015; 14 (4): 67—69. (In Russ).

5. Белялетдинова И.Х., Малинникова Е.Ю., Митрофанова И.В., Прыткова М.И. Поражения нервной системы, вызванные вирусом Варицелла-Зостер, у детей / И.Х. Белялетдинова, Е.Ю. Малинникова, И.В. Митрофанова, М.И. Прыткова // Детские инфекции. 2016; 15(3): 10—15. Belyaletdinova I.H., Malinnikova E.Y., Mitrofanova I.V, Prytkova M.I. [The lesions of the nervous system caused by virus Varicella- Zoster in children] // *Childrens Infections.* 2016; 15 (3): 10—15.

6. Казанцев А.П., Попова Н.И. Внутриутробные инфекционные заболевания у детей и их профилактика. — М., Медицина, 1980. — 228 с. Kazantsev A.P., Popova N.I. [*Intrauterine infectious diseases in children and their prevention].* — M., Medicine, 1980. —228 p. (In Russ).

7. Тимченко В. Н., Сергеева С. А. Булавина О.В. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях: Метод. рекомендации. — СПб., 2008. — 32 с.

8. Timchenko V.N., Sergeeva S.A., Bulavina O.V. et al. *[Treatment and prevention of varicella in children in modern conditions*]: Method. rekomendatsii. — SPb., 2008. — 32 p. (In Russ).

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Салихова М.З., Назарова И.Д., Авезова З.Ш.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – системное заболевание соединительной ткани, при котором ведущими диагностическими критериями являются кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки (И.А. Даукш и др., 2016г.). Ревматический артрит носит черты как постинфекционных, так и аутоиммунных артритов и является одним из первых проявлений острой ревматической лихорадки. Типичный суставной синдром при ОРЛ развивается через 2-3 недели после носоглоточной стрептококковой (β-гемолитический стрептококк группы А – БГСА) инфекции, представляет собой мигрирующий полиартрит, с поражениям крупных суставов и интенсивным болевым синдромом, купирующимся нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Для атипичного течения характерны: длительность артрита >3 недель, моноартрит, поражение мелких суставов кистей и стоп, позвоночника и/или тазобедренных суставов; неэффективность НПВП (М.Г. Кантемирова et al., 2017). В последние годы отмечается увеличение частоты атипичного суставного синдрома среди пациентов с ОРЛ.По данным G.C. Pileggi (2000), этот показатель составил 46,7%, по данным M.T. Terreri (2006) – 33,2%, по результатам T.C. Robazzi(2014) – 70,9%. Наиболее высокая частота атипичного суставного синдрома (86,6%) описана в исследовании E.L. Banna et al. (2013). Таким образом определение клинико-иммунологической характеристики заболевания, имеет важное значение для его своевременной диагностики и лечения, что выявления определенных закономерностей. Вышеизложенное определяет актуальность изучения клинико-иммунологических особенностей ОРЛ с учётом возраста детей, тяжести и периода заболевания.

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологическую характеристику течения ревматической лихорадки у детей.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи нами было обследованы 40 детей, госпитализированных в кардиоревматологические отделения клиник.

При выставлении диагноза и определении нозологической принадлежности заболевания у пациентов детского и подросткового возраста применялись терминологические обозначения ОРЛ, ПРЛ и ХРБС. Диагноз ОРЛ и ПРЛ устанавливался в соответствии с критериями Киселя-Джонсона в модификации Ассоциации ревматологов 2003 года.

Среди пациентов было 18 мальчиков (43,9%) и 23 (56,1%) девочки (1:1,3). Ревматическая лихорадка, как острая, так и повторная атака чаще развилась у девочек.

С целью решения поставленных перед нами задач исследования больные дети были распределены в группы исследования. Распределение детей в зависимости от нозологии большую часть обследованных больных составили дети с ОРЛ (28 детей), в меньшем проценте случаев были диагностированы ПРЛ (8 детей) и ХРБС (5 детей).

Средний возраст детей с ОРЛ составил 11 лет (от 4 до 15), с ПРЛ – 12 лет (от 8 до 17 лет), а с ХРБС – 14 (от 10 до 17 лет).

Для подтверждения диагноза всем пациентам

было проведено общепринятое в ревматологии клинико-анамнестические, лабораторные клинико-лабораторное, инструментальное методы исследования, произведена оценка активности заболевания, наличие ремиссии, состояния здоровья с учетом клинического, функционального статусов.

Клинико-анамнестические методов исследования у больных детей оценивалось при поступлении и в динамике заболевания:

Было собрано жалоб больного и со слов матерей. При этом клинические проявления была связано с возрастом больных. В дошкольном возрасте через 2—3 нед после перенесенной ангины или фарингита у ребенка повышался температура до субфебрильных, реже фебрильных цифр и появляся мигрирующие боли, чаще в крупных суставах (коленных), нередко симметрично. Было характерна высокая степень болезненности суставов, причем не только при движении, но и при полном покое, нередко за счет выраженной гиперестезии кожи над суставами. Одновременно появляся признаки кардита — сердцебиение, одышка, расширение границ сердца, приглушенность сердечных тонов, дающая систолический шум. Для подростков и юношей было характерно подострое, постепенное начало болезни, когда после перенесенной ангины сохранялся субфебрилитет, общее недомогание, артрит или артралгии в крупных суставах, кардит с умеренными клиническими проявлениями, что нередко затрудняет своевременную диагностику ОРЛ.

Объективный осмотр и выявление клинических симптомов у больных с ревматической лихорадки включали: оценку общего состояния, осмотр, палпация, перкуссию для определение границ относительной и абсолютной тупости сердца, аускультацию сердца, изучение частоты и характера пульса, определение местоположение и характера верхушечного толчка, измерение показателей артериального давление (АД), оценка костно-мишечной системы, status localis (определения местного температуры, боль, ограничение в двыжения в поврежденном суставе), осмотр зева.

Проводили осмотр, пальпацию всех групп суставов. Оценивали цвет кожи над суставом, местную температуру, функцию, наличие отёка и боли. Проверяли объём пассивных и активных движений в суставах. Суставные изменения регистрировали в начале заболевания, затем через каждые 6 месяцев на протяжении от трех до 5 лет в катамнезе. Использовали следующие качественные и количественные показатели суставного синдрома:

1. Болезненность при пальпации, возникшая в ответ настандартное по силе (побеление фаланги 1 пальца руки исследователя) надавливания на каждый из 26 суставов в области его суставной щели. Оценку боли проводили по визуальной аналоговой шкале. В труднодоступных для пальпации суставах (тазобедренных, шейного отдела позвоночника, таранно-пяточных и предплюсневых) болезненность оценивали посредством активных и пассивных движений (Мазуров В.И. и др. 1999; Кац Я.А. и др. 2000). Количественная оценка боли определялась числом суставов, в которых выявлялось болезненность при пальпации (суставной счёт). Каждая из трёх множественных групп суставов (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые и плюсневые) рассматривались для данной конечности как единый сустав.

2. Оценку припухлости проводили визуально и измерением окружности в 28 суставах, а так же анализом причин дефигурации суставов по Е.Ю.Просвирову,2003. При необходимости определяли индекс припухлости.

3. Местную температуру оценивали над всеми поражёнными суставами и принимали за положительную оценку повышение местной температуры хотя бы над одним с уставом.

4. Ограничение функции (подвижности) суставов оценивали по амплитуде движений в градусах, характеризующей объем движений.

Было определено следующие лабараторные показатели: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализ крови с определением антистрептолизина О (АСЛО), С-реактивного белка, ревматоидного фактора (РФ), общий белок и его фракции; билирубин общий, прямой, непрямой; АСТ (Аспартатаминотрансфераза), АЛТ (Аланинаминотрансфераза), мочевина, мочевая кислота, глюкоза, кальций, креатинин, бактериологический посев из зева.

ЭКГ диагностика в стандартных, усиленных прекардиальных и грудных отведениях для получения информации о функциях проведения, возбуждения и автоматизма сердца. ЭКГ исследование проводилось при поступлении ребенка в отделение, перед выпиской больных детей со стационара, и через 6 месяцев после проведенного лечения. За показатели нормальной ЭКГ у детей приняли данные Н.А.Белоконь и М.Б.Кубергер и М.К. Осколковой в возрастном интервале дошкольного и школьного возрастов и данные Р.А.Калюжной в подростковом периоде детства.

Эхо-КГ исследования проведены в клинике на

Таблица 1

Результаты микробиологического исследования мазков (n=40)

Микроорганизмы	Посев миндалин	Посев из лакун	Смешеный посев
Staphylococcus aureus	55,5%	15,0%	60%
β-гемолитических стрептококков и другие	19,5%	10,5%	30%
A	5%		5%
B	2%		2%
Смешанной этиологии	12%	10%	22%

Примечание: % - от общего количества больных

аппарате марки «Acuson 128 xp» (США). Измерялись основные морфометрические характеристики сердца и магистральных сосудов в соответствии с рекомендациями и разработанными нормативами УЗИ – специалистов.

На основании измеряемых величин рассчитывались показатели конечно-диастолического и конечно-систолического объема левого желудочка (КДО и КСО ЛЖ, мл) по формуле L.Teichhols, ударный объем (УО): КДО-КСО (мл), минутный объем кровообращения (МОК): УОхЧСС (л/мин), фракция выброса УО КДО (%). Для оценки систолической функции сердца исследовали: фракцию выброса (ФВ), размер левого желудочка (ЛЖ) в систолу (КСР), размер ЛЖ в диастолу (КДР), конечный систолический объем левого желудочка (КСО), конечный диастолический объем левого желудочка (КДО), ударный объем крови (УО). Для оценки диастолической функции определяли размеры левого предсердия (ЛП), максимальную скорость трансмитрального потока в фазу раннего диастолического наполнения левого желудочка (Е), максимальную скорость трансмитрального потока в фазу систолы предсердий (А), отношение максимальных скоростей трансмитрального потока в фазы раннего диастолического наполнения ЛЖ и систолы предсердий (Е/А). При тяжелом кардите отмечается дилатация всех полостей сердца, падает фракция выброса левого желудочка. Также при данной исследовании выявлялись клапанные нарушения в виде недостаточности и стеноза.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе нашего исследования было проведено микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки глотки и содержимое лакун небных миндалин. Самым частым микроорганизмом, обнаруженным как на поверхности небных миндалин, так и в лакунах, был золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus) - 60%. Следующими по частоте выявления следуют в-гемолитические стрептококки, обнаруженные в 19,5% на поверхности небных миндалин и слизистой оболочки глотки и в 10,5% – в содержимом лакун. Несмотря на высокую частоту обнаружения *β*-гемолитических стрептококков, определение их групповой принадлежности показало, что β -гемолитический стрептококк группы А встречался всего у 12 детей (30%), что показан в табл. №1. В то же время были обнаружены, такие нетипичные для ОРЛ группы гемолитических стрептококков, как B, C, G, F и не группируемые.

На основании клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных методов исследования было выявлено, что отягощенность анамнеза по ревматологическим заболеваниям был 65%, носоглоточная стрептококковая инфекция составило 35%. Из анамнеза заболевания у 61,0% случаев имелась связь с перенесенной ангиной. В дебюте заболевания у 56,1% больных наблюдался суставной синдром, у 24,4% - кардиалгии, у 12,2% - гипертермия. Главными жалобами при поступлении в стационар были болезненность и отечность суставов, утомляемость, общая слабость, боли в области сердца, повышение температуры тела. Запоздалые сроки поступления в стационар у большей части детей были связаны с поздним обращением за медицинской помощью.

В различные по продолжительности периоды времени, всего у 16 (39%) детей при направлении на стационарное лечение диагноз ОРЛ был установлен. Большинство детей направлялись на госпитализацию с другими диагнозами, зависящими от ведущего клинического синдрома. Данными диагнозами были дилятационная кардиомиопатия, острый миокардит, перикардит, инфекционный эндокардит, врожденные пороки сердца, недостаточность митрального клапана (МК), легочная гипертензия (при ведущем поражении сердца); острое нарушение мозгового кровообращения, гемипарез, острая полинейропатия, генерализованные тики, стволовой энцефалит (при ревматической хорее). В большинстве случаев, при лидирующем суставном

синдроме ошибочны были поставлены следующие диагнозы: реактивный артрит у 17 (41,5%), ювенильный идиопатический артрит у 8 (19,5%).

Связь развития заболевания с перенесенной за 2–3 недели БГСА так же была выявлена в анамнезе у 14 (35,0%), о перенесенной респираторной инфекции (тонзиллитом и фарингитом) у детей.

У 9 (22%) пациентов родители не придавали значения перенесенной острой респираторной инфекции за последние 6 месяцев до госпитализации, у 5 (12%) детей стрептококковый тонзиллофарингит протекал под маской ОРВИ с ринитом, кашлем, фебрильной лихорадкой в течение 5 дней с последующей нормализацией температуры тела и состояния без назначения антибактериальных препаратов, а некоторые родители занимались самолечением НПВП и применение народных средств (частое полоскание раствором йода и солевой водой).

Это может свидетельствовать как о гиподиагностике стрептококкового тонзиллофарингита, так и о субклиническом течении стрептококковой носоглоточной инфекции, встречающемся в настоящее время у 1/3 пациентов, о латентном начале ревматического процесса.

Ведущими клиническими синдромами были кардит и ревматический артрит. У детей 18 (78,3%) было ревматический кардит, артрит - у 11 (47,8%). Кольцевидная эритема была у 2 (8,7%) пациентов, ревматические узелки - у 3 (13,0%) детей.

Чаще поражались голеностопные у 18 (81,8%) и коленные у 16 (72,7%) суставы.

Хорея в различных комбинациях с другими проявлениями ревматической лихорадки диагностировалась у 41% детей: у 5 (62,5%) из 8 детей с ПРЛ, у 12 (42,9%) из 28 с ОРЛ и у 1 (20,0%) из 5 ХРБС. Среди детей с хореей преобладали девочки (11 из 18 детей). Возраст детей составил от 6 до 15 лет (9,7±2,1). Малая хорея проявлялась гиперкинезами в виде поддергивания мышц лица, глаз (моргания, подмигивания); плечевого пояса; изменением почерка у ребенка, раздражительностью, агрессивностью, эмоциональной лабильностью; мышечной гипотонией. Диагностика малой хореи также вызывает немалые трудности не только у педиатров, семейных врачей, а у неврологов. Именно у этих детей отмечались длинные сроки госпитализации. У детей с хореей достоверно чаще, чем у детей с ревматической лихорадкой без поражения нервной системы ($p<0,05$) в перинатальном анамнезе выявлялись поражения ЦНС гипоксически-травматического характера (61 и 35% соответственно), патология родов у матерей (22 и 11%), а также достоверно чаще ($p<0,01$) развивались состояния, требовавшие наблюдения ребенка неврологом в раннем и дошкольном возрасте (50 и 15% соответственно). Абсолютно преобладала гемихорея (в 14-77,8%) с подострым началом (в 13-72,2%), постепенным нарастанием симптоматики: хореические гиперкинезы, мышечная гипотония от умеренной до выраженной, нарушение координации (у всех детей); у подавляющего большинства пациентов регистрировались нарушение почерка, гиперрефлексия, нарушение речи, эмоциональная лабильность. У 3 (16,7%) девочек малая хорея в дебюте заболевания была единственным проявлением болезни. Аннулярная эритема была документально выявлена у одного пациента. Кольцевидная эритема локализовалась на нижних конечностях и туловище, быстро регрессировала (на протяжении 1-2 дней). Среди малых клинических критериев острой ревматической лихорадки на первый план выступает лихорадка, несколько реже артралгии. В одиноких случаях наблюдали абдоминальный синдром. Лихорадка при поступлении в стационар наблюдалась у 26 (63,4%) детей, у большинства из которых был фебрилитет. На субъективные признаки интоксикационного синдрома указывали 21 (51,2%) детей. Чаще наблюдали общую слабость, вялость (у 19-46,3%), снижение аппетита (у 14-34,1%), головную боль (у 18-43,9%) больных. 4 (9,8%) детей на момент поступления жаловались на боль в животе, преимущественно в эпигастральной области. Объективные признаки интоксикационного синдрома в виде бледности кожных покровов, «теней» под глазами, обложенности языка наблюдались у всех больных.

Лабораторными маркерами ОРЛ как реализованной сопряженной патологии лейкоцитоз (21,4%) с нейтрофилезом (50%), ускорение СОЭ (64,3%), факт (57,1%) и степень (до 208 мг/л) повышения С-реактивного белка, ЛДГ (82,1%), диспротеинемия в виде повышения α1 - (17,9%), α2 - (51,8%), γ - (58,9%) глобулинов. Выявленные изменения отражали высокую степень воспалительной активности.

Иммунологическая характеристика ОРЛ, ФНО-α, ИЛ-4, ИЛ-10

Иммунологическое исследование проводилось у 12 детей с ОРЛ. Иммунологические изменения у детей с ОРЛ сопровождались цитокиновым дисбалансом, который проявлялся в нарастании провоспалительных цитокинов ФНО-α, увеличении противовоспалительного цитокина ИЛ-4 при от-

носительно нормальном уровне ИЛ-10 в сыворотке крови. Анализ цитокинового статуса в острую фазу болезни выявил существенное, более чем в 20 раз, увеличение уровня ФНО-α (229,47 ± 4,31 пг/мл; p < 0,001) и низкие концентрации ИЛ-4 (5,49 ± 0,21 пг/мл; p < 0,001). Это свидетельствует о дисбалансе цитокинового профиля за счет усиления продукции и выброса провоспалительных и снижения протективной роли противовоспалительных цитокинов

Среди исследуемых показателей цитокинового профиля мы наблюдали достоверное снижение уровня ФНО-б после курса терапии (p<0,05). Уровень ФНО- **α** снизился после курса терапии более чем в 2 раза, а через 6 месяцев и год - более чем в 6 раз, но его значение было выше показателей контрольной группы (p<0,001). У детей с ОРЛ отмечали достоверное повышение ИЛ-4 (p<0,001), тогда как уровень ИЛ-10 до лечения существенно отличался от показателей контроля. После курса терапии уровень ИЛ-4 не имел достоверной разницы с показателями до лечения, снижение его уровня отмечали через 6 месяцев и через год (p<0,05), но он был выше показателя контрольной группы (p<0,001). Уровень ИЛ-10 был достоверно выше по сравнению с контролем после лечения (p<0,05), но сравнение показателей до и после лечения не показало достоверности результатов, что может свидетельствовать о разнонаправленном характере изменений - как в сторону повышения, так и снижения гуморального звена иммунитета.

Иммунологические изменения у детей с ОРЛ сопровождались цитокиновым дисбалансом, который проявлялся в нарастании провоспалитель-ных цитокинов ФНО-а, увеличении противовоспалительного цитокина ИЛ-4 при относительно нормальном уровне ИЛ-10 в сыворотке крови. Очевидно, в патогенезе ОРЛ играет роль дисбаланс между Т-хелперами первого типа и Т-хелперами второго типа с преобладанием первых над вторыми, что отразилось в значительном возрастании ФНО-б, ИФН-г и недостаточной активности ИЛ-10 в сыворотке крови, на что указывают и другие исследователи [10]. После курса терапии наиболее долго наблюдались изменения именно со стороны цитокинового профиля. Указывается [8] на роль ФНО-б, ИФН-г, ИЛ-10 и ИЛ-4 в прогрессировании фиброзных изменений клапанов сердца у больных с РБС. Наши данные свидетельствуют о том, что указанные цитокины могут играть роль не только в патогенезе ОРЛ и прогрессировании порока сердца, но и в формировании ХРБС после перенесенной ОРЛ.

Выводы. Таким образом, наиболее информативным подтверждением БГСА-инфекции на этапе диагностики ОРЛ можно считать повышение уровня АСЛО.

При допплер-ЭХОКГ краевое уплотнение и утолщение створок МК и/или АОК встречалось у 16 (57,1%) детей, регургитация на МК и/или АОК – у 22 (78,6%). У 1/3 пациентов был выявлен пролапс МК с меняющейся степенью выраженности при динамическом наблюдении. В целом, изменение МК встречалось в 4 раза чаще, чем АОК; сочетанное поражение двух клапанов значительно чаще встречалось у мальчиков (3:1). Изменения морфометрических показателей сердца по данным ЭХОКГ отмечались у 13 (46,4%) детей: увеличение конечно-диастолического размера левого желудочка (в 11-39,3%), увеличение левого предсердия (8-28,6%), снижение систолической функции левого желудочка (в 4-14,3%). Изменения перикарда в виде его утолщения и сепарации листков до 5–7 мм выявлялись у 3 (10,7%) детей. В связи с отсутствием полных катамнестических данных сроком 2–3 года от дебюта ОРЛ не представляется возможным судить об исходе ревматического процесса, о частоте формирования порока сердца. При ПРЛ порок сердца сформировался у 6 из 8 детей: изолированная нерезко выраженная недостаточность МК – у 3, изолированная нерезко выраженная недостаточность АОК – у одного, изолированная недостаточность МК II–III степени – у одного, сочетанная недостаточность МК и АОК II–III степени – у одного ребенка.

Длительное повышение показателей цитокинового профиля, особенно провоспалительных цитокинов, может свидетельствовать об активности патологического воспалительного процесса у детей с ОРЛ и возможности формирования порока сердца, особенно при дисбалансе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даукш И.А. Клиника и течение острой ревматической лихорадки у детей на современном этапе. / И.А. Даукш, А.В. Муратходжаева, У.Р. Хакимова // Педиатрия, Ташкент. 2016; 3: 62-64.

2. Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Дегтярева Е.А., Торосян Г.Г., Коровина О.А., Колтунов И.Е. Современные особенности суставного синдрома при острой ревматической лихорадке у детей. / М.Г. Кантемирова, Ю.Ю. Новикова, Е.А. Дегтярева, Г.Г. Торосян, О.А. Коровина, И.Е. Колтунов // Педиатрия. 2017; 96 (3): 47-55.

3. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Мовсисян Г.Р. Острая ревматическая лихорадка у детей:50-летний

опыт наблюдения (от прошлого — к будущему). / Н.Н. Кузьмина, Л.Г. Медынцева, Г.Р. Мовсисян // Научно-практическая ревматология. 2010; 1: 9-14.

4. Острая ревматическая лихорадка: Национальное руководство по ревматологии / Под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова, акад. РАМН В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 400—418.

5. Александровский А.А. Ревматизм сегодня - региональная характеристика / А.А. Александровский, Е.В. Колпаков, М.Д. Романов [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2006. - №4. - С. 7-12.

6. Шахбазян И.Е., Шишов А.Я. Острая ревматическая лихорадка. В кн.: Руководство по детской ревматалогии. Геппе Н.А., Подчерняева Н.С., Лыскина Г.А., ред. М.: Геотар-Медиа, 2011: 309-325.

7. EL Banna HH, Swelam RA. Clinical presentations atypical arthritis in Egyptian children with acute fever. J. Am. Sci. 2013; 9: 253-261.

8. Genes, autoimmunity and pathogenesis of rheumatic heart disease / L. Guilherme, K.F. Kohler, E.Postol, J. Kalil // Annals of pediatric rheumatology. - 2011. - Vol. 4 - Issue 1. - P. 13-21.

9. Pileggi GC, Ferriani VP.Atypical arthritis in children with rheumatic fever. J. Pediatr (Rio J). 2000; 76 (1): 49-54.

10. Robazzi TC, de Araujo SR, Costa Sde A, de Oliveria Junior AB, Nunes LS, Guimaraes I. Articular manifestations in patients with atypical rheumatic fever. Rev. Bras. Rheumatol. 2014; 54 (4): 268-272.

11. Seckeler, M.D. The worldwide epidemiology of acute rteumatic fever and rheumatic heart disease /M.D. Seckeler, T.R. Hoke // Clinical Epidemiology. - 2011. - N 3. - P. 67-84.

12. Sterling G. West, MD. Rheumatology secrets. 3th Ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2015: 328-336.

13. Terrari MT, Caldas AM, Len CA, Ultchak F. Clinical and and demographic features of193 patient with rheumatic fever. Rev. Bras. Reumatol. 2006; 46; 385-490.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

[1]Саттаров Ж.Б., [2]Хайдаров Н.С., [3]Сайдалиев С.С.,
[1]Ташкентский Педиатрический медицинский институт г. Ташкент
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана
[3]Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society, Dallas, USA), послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. Болезнь поражает преимущественно молодой, трудоспособный возраст. Отмечается низкая эффективность как консервативного, так и хирургического лечения, высокий процент рецидивов спаечного процесса [8, 12].

По данным литературы, после первой лапаротомии спайки развиваются в 12,4-20,5% случаев, а после третьей – в 84-96%. Борьба с патологическим спайкообразованием, влекущим за собой спаечную болезнь, проблема биологическая, и в настоящее время намечаются лишь перспективы ее разрешения. Предметом дискуссии является прогнозирование развития послеоперационного спайкообразования в брюшной полости [1, 4, 7].

Спаечная болезнь (СБ), патогенетической основой которой является внутрибрюшное спайкообразование, в клиническом аспекте представляет сочетание рецидивирующего болевого синдрома с нарушением эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Основными жалобами являются боли в животе, рвота, в запущенных случаях - задержка стула и отсутствие отхождения газов. В анамнезе имеются указания на перенесенные ранее оперативные вмешательства на брюшной полости. Спаечный процесс брюшины представляет собой защитную реакцию организма, направленную на отграничение патологического процесса в брюшной полости и тем самым позволяющую справиться с тяжелыми инфекционными или травматическими поражениями органов брюшной полости. В то же время спаечный процесс в брюшной полости - одна из главных причин СБ и, как осложнение последней, спаечной кишечной непроходимости (СКН). Низкая эффективность традиционных методов лечения СБ, частые рецидивы и высокая летальность после неоднократных оперативных вмешательств, составляющая 1,4-12%, заставляют искать новые подходы к решению данной проблемы [2, 5, 8, 11].

Самое грозное проявление СБ - в большинстве случаев требует повторного оперативного вмешательства, что неизбежно провоцирует образование новых спаек в еще большем количестве. По литературным данным, в детской практике удельный вес данного вида непроходимости среди других ее

видов составляет 30–40%. До 60% всех релапаротомий у детей выполняют по поводу острой СКН. В 7–10% наблюдений спаечный процесс приобретает прогрессирующий характер, обусловливая клиническую картину рецидивирующей СБ [2-4, 6].

Одним из основных путей улучшения результатов лечения СБ является ранняя диагностика. Однако информативность традиционных рентгенологических методов (обзорной рентгенографии, рентгеноскопии брюшной полости) составляет лишь 50-60% [9-10]. В последние годы для диагностики СБ все более широкое распространение находит ультразвуковой метод [1].

Альтернативой традиционной открытой операции в настоящее время является мини-инвазивное вмешательство – лапароскопия с последующим адгезиолизисом [1]. Лапароскопический доступ с его минимальной травматизацией тканей создает меньше условий для развития спаек в брюшной полости и связанных с ними осложнений [3, 6]. Лапароскопия позволяет уточнить локализацию и распространенность спаечного процесса, состояние кишечных петель, вовлеченных в спаечный конгломерат.

Цель исследования. Изучение и оценка результатов диагностики и оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости в брюшной полости у детей.

Материал и методы исследования. В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи находились на лечении 182 больных со СБ в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 74 (40,7%), мальчиков – 108 (59,3%). 136 (74,7%) больных госпитализировались однократно, 29 (16,0%) дважды и 17 (9,3%) пациентов проходили стационарное лечение от 3-х до 11 раз.

Всем детям со СБ органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости и др.). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов.

Всем детям со спаечной болезнью органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов.

Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ, выполнялся рентгенологический контроль с пассажем бария и КТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализируемая группа детей со СБ характеризовалась следующими проявлениями: рецидивирующие боли в животе, сопровождающиеся рвотой, при физической нагрузке либо после нарушения диеты, у детей, перенесших операции на органах брюшной полости; явления полной или частичной спаечной кишечной непроходимости, разрешенные в процессе проведения консервативных мероприятий; сонографические признаки наличия и распространенности спаечного процесса брюшной полости у детей, перенесших операции на органах брюшной полости.

Методика эхографического исследования. Учитывая клиническую картину (локализация болей, наличие послеоперационных рубцов) в предполагаемой зоне брюшной полости выполняют полипозиционное сканирование (серия продольных и поперечных сканов брюшной полости) в в-режиме с выводом на экран продольного сечение кишечной трубки и определения висцеровисцеральных и висцеропариетальных спаек. Рекомендуется проводить исследование у детей старшей возрастной группы на фоне задержки дыхания.

Для описания спаечного процесса брюшной полости использовались два признака: наличие конгломерата кишечных петель и симптом фиксированной кишечной петли, который указывает на фиксацию кишечных петель к париетальной или висцеральной брюшине.

В клинике разработана и применяется лечебно-диагностическая программа, включающая последовательное проведение определенных мероприятий, позволяющих конкретизировать показания к консервативному и оперативному методам лечения и при наличии показаний к операции четко определить сроки предоперационной подготовки. Лечебно-диагностическая программа состоит из последовательно выполняемых этапов: при поступлении в стационар производится обзорная рентгенография органов брюшной полости. Наличие большого количества газов в кишечнике

свидетельствует о кишечной колике с дисфункцией кишечника; наличие чаш Клойбера указывает на один из видов кишечной непроходимости, при этом известно, что через 2-3 часа от начала болевого синдрома чаши Клойбера появляются при механической кишечной непроходимости; через 4-6 часов после начала приступа болей чаши Клойбера появляются при спаечно-динамической непроходимости и встречаются в 2 раза реже, чем при других видах кишечной непроходимости. Принято считать, что одиночные, нечетко контурирующиеся чаши Клойбера свидетельствуют о спаечно-динамической непроходимости, множественные, четко выраженные имеют место при механической непроходимости; параллельно с диагностическими мероприятиями проводится купирование болевого синдрома. Наиболее эффективным способом купирования болевого синдрома, обусловленного спаечной болезнью, являются новокаиновые блокады, применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков; декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральный зонд, очистительные, сифонные клизмы), необходимо проводить в первые 1,5-2 часа после госпитализации больного; при разрешении явлений кишечной непроходимости назначается консервативное лечение спаечной болезни; если симптомы непроходимости сохраняются (повторная рвота с примесью разложившейся желчи, постоянные или частые кратковременные схваткообразные боли), выполняется рентгенологический контроль с пассажем бария. Пациентам дают внутрь 200-300 мл 2-3% бариевой взвеси, регистрируется скорость эвакуации бария и динамика пассажа по 12-перстной кишке. Эвакуация бария из желудка в нормальных условиях начинается через 3-4 минуты, скорость пассажа по 12-перстной кишке 30-45 секунд. Длительность опорожнения бария из желудка колеблется от 45 минут до 1,5 часов. Нарушение эвакуации бария из желудка без нарушения пассажа по 12-перстной кишке свидетельствует о рефлекторном механизме задержки бария в желудке, что связано с непроходимостью тонкой кишки. Решение о дальнейшей тактике принимается после повторной рентгенографии брюшной полости (через 1,5-2 часа и 3,6-12 часов), при этом при механической непроходимости в тощей кишке через 1,5-2 часа определяется стойкое депо бария в определенном сегменте тонкой кишки. При спаечно-динамической или хронической обтурационной непроходимости кишечника барий неравномерно заполняет тонкую кишку, но через 3,5-4 часа поступает в слепую кишку. Спаечно-динамическая непроходимость при проведении интенсивной консервативной терапии полностью разрешается в течение 3-5 дней. Если барий через 4 часа в слепой кишке, но основное количество остается в тонкой кишке, тактика определяется в зависимости от клиники; если сохраняются схваткообразные боли и вздутие живота, продолжается рвота, показано срочное оперативное вмешательство. Прекращение болей и рвоты, отхождение газов и стула – необходимо продолжать консервативное лечение; в том случае, когда через 3,5-4 часа после приема взвеси бария, барий не достигает слепой кишки, следует считать, что у больного имеет место грубое механическое препятствие, показана срочная операция.

Физиотерапевтические процедуры (электрофорез с 1% раствором йодида калия или лидазой) проводили ежедневно. Положение ребенка - лежа на спине; расположение электродов поперечное. Использовали два электрода, площадь которых (200-300-400 $см^2$) выбирали в зависимости от возраста пациента. Один электрод располагают на передней брюшной стенке и присоединяют к положительному полюсу, второй налагают в области поясницы и присоединяют к отрицательному полюсу. Лекарственное вещество вводили с положительного электрода. Сила тока - 10 мА. Продолжительность процедуры: первый сеанс - 3-5 мин, последующие - 6-8 мин.

113 (62,1%) детей получили консервативное лечение. 69 (37,9%) больным при спаечной кишечной непроходимости проведена традиционная лапаротомия. Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 (24,6%) больных. При эндоскопическом подтверждении диагноза определяется возможность завершения оперативного вмешательства лапароскопическим способом, при этом диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Мы располагаем опытом использования в лечебно-диагностических целях лапароскопической техники при непроходимости кишечника у 17 детей различного возраста. Девочек – 6 (35,3%), мальчиков – 11 (64,7%). Оперативное лечение больных лапароскопическим путем произведено 17 детям путем адгезиолизиса. При наличии единичных спаек, инвагинации кишечника в ранней стадии методика являлась эффективной. При выраженном парезе кишечника, наличии множественных спаек между петлями кишечника была показана конверсия.

По нашим данным конверсия потребовалась

4 детям, в 1 случае вследствие тяжелейшего спаечного процесса в брюшной полости, в 2 случаях – интимные сращения петель кишечника в зоне операции, в 1 случае конверсия объяснялась поломкой аппаратуры во время вмешательства.

В послеоперационном периоде больные после лапароскопического лечения в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных после лапароскопических операций не было.

Больным с положительной динамикой болевого синдрома и наличием или отсутствием эхографических признаков спайкообразования назначали повторный курс противоспаечной терапии через 1 месяц. В зависимости от клинических проявлений проводили неоднократные лечебные курсы.

При достоверном отсутствии клинического эффекта по окончанию курса противоспаечной терапии больным ставили показания к выполнению лапароскопического адгезиолизиса. После вмешательства проводили противорецидивные лечебные курсы в течение 7 дней. Пациентам, перенесшим адгезиолизис, назначали 2-3 курса противоспаечной терапии по 10 дней с интервалом в 3 месяца с последующим эхографическим контролем. Впоследствии этих детей наблюдали амбулаторно с обязательным осмотром и УЗИ каждые 3 месяца в течение первого года и один раз в 6 месяцев в течение 1-3 лет. Количество консервативных курсов определяли индивидуально, оно зависело от объема оперативного вмешательства, выраженности клинического эффекта и динамики эхографических признаков.

Выраженный спаечный процесс и высокий риск повреждения внутренних органов при лапароскопических манипуляциях были показаниями к конверсии и открытой лапаротомии с применением методов видеоассистенции. При этом визуальный осмотр брюшной полости позволял избегать неоправданно расширенных лапаротомий, усугубляющих травматичность вмешательства.

Исследования результатов у 182 детей со СБ, которым проведены 1-2 курса противоспаечной терапии, показали, что 46 (25,3%) больным потребовалась повторная госпитализация, обусловленная сохранением или возобновлением болевого синдрома, 17 (37,0%) из них поступили с явлениями СКН и были оперированы по экстренным показаниям. У 30 (63,0%) детей с тотальным спаечным процессом брюшной полости удалось стабилизировать общее состояние, купировать болевой синдром и нормализовать питание, однако сохраняющаяся угроза развития кишечной непроходимости обусловливала необходимость постоянного диспансерного наблюдения.

Таким образом, острая спаечная кишечная непроходимость - одна из важных и до конца не решенных проблем ургентной детской хирургии. Пока не найдено надежных средств профилактики спайкообразования. Метод лапароскопии открывает широкие возможности как в диагностике, так и в комплексном лечении СКН у детей.

Методом выбора в диагностике и лечении СКН является лапароскопия. Применение данного метода оперативного лечения предпочтительнее лапаротомного доступа - более травматичного, приводящего к усилению спайкообразования, что повышает риск возникновения повторной СКН. Лапароскопический метод лечения позволяет в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде уменьшить риск возникновения висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек, способных приводить к повторной СКН, а также снизить процент послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян А.В., Козаченко А.В., Кондратович Л.М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (обзор литературы). Москва: Медиа-Сфера. 2013; 6: 7-13.

2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. - М.: Гэотар-Мед, 2002; 85-107.

3. Коссович М.А., Коршунов С.Н., Кузовахо В.В. Особенности лапароскопического адгезиолизиса при спаечном процессе в брюшной полости // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008; 1: 97-102.

4. Пономарева Е.Д. Рубцов В.В. Спаечная кишечная непроходимость у детей //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий, (Екатеринбург, 8-9 апреля 2021 г.): в 3-х т. – Екатеринбург: УГМУ, 2021. – Т.2. – С. 1211-1214.

5. Сокольник С.А., Боднарь О.Б., Марчук О.Ф., Ватаманеску Л.И., Билокопытый В.С. Спаечная кишечная непроходимость, как осложнение дивертикулу меккеля у детей// Хирургия детского возраста. 2021.1(70):107-111; doi 10.15574/PS.2021.70.107

6. Смоленцев М.М., Разин М.П. Оперативное лечение детей со спаечной кишечной непроходимостью на современном этапе // Фундаментальные исследования. – 2015. – №1-8. – С. 1680-1684.

7. Тимофеев М.Е., Фёдоров Е.Д., Бачурин А.Н. Лапароскопическое разрешение острой спаечной тонкокишечной непроходимости, причиной которой послужила ранее перенесенная лапароскопическая аппендэктомия. Эндоскопическая хирургия. 2014; 1: 48-51.

8. Apfeld J.C., Cooper J.N., Gil L.A., Kulaylat A.N., Rubalcava N.S., Lutz C.M., et al. Variability in the management of adhesive small bowel obstruction in children//J Pediatr Surg, 57 (8) (2022), pp. 1509-1517.

9. Di Saverio S., Coccolini F., Galati M et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013;8:1:42.

10. Fredriksson F., Christofferson R.H., Lilja H.E. Adhesive small bowel obstruction after laparotomy during infancy//Br J Surg, 103 (3) (2016), pp. 284-289.

11. Lautz T.B., Barsness K.A. Adhesive small bowel obstruction-acute anagement and treatment in children// Semin Pediatr Surg, 23 (6) (2014), pp. 349-352.

12. Nasir A.A., Abdur-Rahman L.O., Bamigbola K.T., Oyinloye A.O., Abdulraheem N.T., Adeniran J.O. Is non-operative management still justified in the treatment of adhesive small bowel obstruction in children? J. Pediatr. Surg. 2013; 10 (3): 259–264.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Хидиров Л.А.
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность. Первые представления об эндогенной интоксикации сформировались в середине 1980-х годов, когда в экспериментальной патологии и клинической практике стала изучаться специфическая роль эндогенных токсинов в развитии многих острых процессов. Нарушение барьерной функции кишечной стенки при кишечной непроходимости является исходным фактором развития эндотоксикоза [1, 4]. Согласно современным представлениям, основной причиной синдрома эндогенной интоксикации при перитоните является кишечная недостаточность. Кишечная недостаточность включает нарушение двигательной, секреторной, всасывающей и барьерной функций, вследствие чего изменяется количество и качество микрофлоры в кишечнике и стенке, развивается транслокация токсинов и микроорганизмов в кровоток и брюшную полость. В имеющейся литературе практически отсутствуют явные патогенетические маркеры, позволяющие оценить выраженность симптомокомплекса эндогенной интоксикации на фоне кишечной недостаточности при перитонитах. Большое значение придается роли специфических и неспецифических факторов иммунной защиты в патогенезе острой неотложной патологии брюшной полости [5, 7]. Данные литературы свидетельствуют о том, что при кишечной непроходимости выявляются достоверные сдвиги в клеточной коммуникации иммунитета, выражающиеся в снижении общего содержания Т-лимфоцитов. Состояние гуморального иммунитета характеризуется дисиммуноглобулинемией. Однако большинство исследователей отмечают снижение IgA и IgG в сочетании с повышением уровня IDM. Тенденция к снижению IgM в основном наблюдается при неосложненном течении кишечной непроходимости (CL) [7, 9].

Цель исследования. Исследование влияния эндогенной интоксикации на состояние иммунологической реактивности у детей с кишечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Данное исследование было основано на клиническом и лабораторном исследовании 199 детей, обратившихся в Самаркандский филиал Рштоим в 2015-2023 годах с острой кишечной непроходимостью. Мальчиков было 112 (56,3%), а девочек-87 (43,7%). Возраст детей составлял от 3 месяцев до 18 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования иммунной системы в зависимости от степени интоксикации у детей с Cl в организме. При анализе иммунологических показателей выявлено значительное снижение содержания лейкоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов ($p<0,05$, $<0,001$) и значительное повышение показателей Т - супрессоров (CD8) и Т - киллеров (cd16) при госпитализации детей ($p<0,001$).

Дисбаланс в субпопуляции Т - лимфоцитов, т. е. снижение CD4 и увеличение CD8, свиде-

Таблица 1

Показатели иммунной системы в зависимости от степени эндогенной интоксикации у детей с Cl в организме до лечения

Степень интоксикации				Cl			
	I степень (n=8)	RI-II	II степень (n=45)	RI-III	III степень (n=18)	RII-III	
Лейкоциты	7100±415	>0,05	6600±350*	>0,05	6300±610*	>0,05	7800±315
Лимфоциты %	37,8±2,4	>0,05	38,0±2,8	>0,05	38,8±3,5	>0,05	40,5±1,7
Лимфа. пресс.	2638,4±238,7*	>0,05	2500±240**	>0,05	2442±248**	>0,05	3276±102
Т-лимфа.%	51,6±1,9	<0,01	45,1±1,5***	<0,001	43,0±1,2***	>0,05	57,5±2,3
Т-МВФ. abs.	1316,4±100,5**	<0,05	1027,5±98,5***	<0,05	1020±101***	>0,05	1900±185,1
Т-Х. CD4%	27,5±1,6	>0,05	24,0±1,3*	3,63	21,3±0,6**	>0,05	29,9±2,6
CD4 abs.	354±37***	>0,05	362±41***	>0,05	317,3±42***	>0,05	982,3±86,7
Т-суп. D8%	21±1,4***	>0,05	21,5±1,1***	>0,05	24,0±0,6***	<0,05	14,8±0,7
CD8 abs.	255±42***	>0,05	277,5±31,6***	>0,05	316±32**	>0,05	491,3±52,1
CD16%	17,3±0,4***	>0,05	16±1,1***	>0,05	16,5±1,4***	>0,05	8,5±0,7
CD16 abs	341±32	>0,05	302±28	>0,05	310±30	>0,05	287,0±34
В-лимфа.%	22,5±1,7*	>0,05	20,9±1,25***	>0,05	19±0,7***	>0,05	27,5±1,4
В-лимфа.abs.	539,6±65**	>0,05	502,5±36,9***	>0,05	436,9±46***	>0,05	911,5±87,3
Ig g mg%	840±56,5**	>0,05	813,8±61,2**	<0,001	540±15,1***	<0,01	1170±90,6
IgA mg%	80±6,8***	>0,05	86,4±5,5***	>0,05	116,8±17,8	>0,05	130±8,6
IgM mg%	108±7,2	<0,05	87±5,4**	<0,01	81,0±3,3***	>0,05	115,2±8,2
FAN	42,9±0,9***	<0,001	32,4±0,4***	<0,001	30,5±0,9***	>0,05	55,2±1,6

Примечание: * - различия значительны по сравнению с данными здоровой группы (*- p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001)

тельствует о резком снижении иммунологической реактивности и прямой зависимости от степени эндогенной интоксикации.

Одним из уровней защиты детей, инфицированных CL, от инфекции является фагоцитарная система. У здоровых детей фагоцитарная активность нейтрофилов (наука) находилась в диапазоне 55,2±1,6%. Отмечено, что у детей с Cl в острый период заболевания показатель ФАН ниже, чем у здоровых детей (p<0,001) при всех степенях эндогенной интоксикации. Еще одна важная периферическая популяция у детей-В-лимфоциты. У здоровых детей в периферической крови циркулирует в среднем 27,5±1,4% В - лимфоцитов. Относительное и абсолютное количество В-лимфоцитов в высокий период при КЛ значительно отличается от их количества у здоровых детей (p<0,05 - <0,001) в сторону уменьшения.

Дисиммуноглобулинемия наблюдалась у детей с Cl в острый период заболевания. IgG иммуноглобулинов, IDA и IDM были значительно снижены при всех уровнях интоксикации (p<0,001) в прямой зависимости от тяжести клинической картины.

Так, при I и II степени интоксикации выработка IgG снижалась в 1,4 раза по сравнению со здоровыми детьми, а при III степени-в 2,2 раза. Концентрация IgA в сыворотке крови у пациентов значительно снизилась по сравнению с данными здоровой группы с интоксикацией I и II степени (p<0,001), а при отравлении III степени она составила 116,8±17,8 МГ% по сравнению со 130±8,6 мг%. (p равно 0,05). Концентрация IDM у пациентов значительно снизилась по сравнению с данными здоровой группы, уровни интоксикации II и III степени снизились в 1,3-1,4 раза (p<0,001), а уровень интоксикации I степени составил 108±7,2 МГ% по сравнению с 115,2±8,2 мг%. Эти показатели свидетельствуют о снижении антимикробного иммунитета и снижении антитоксических свойств организма. Таким образом, наблюдаемый образец можно охарактеризовать как образец со значительными нарушениями обмена веществ и иммунного статуса, четким диапазоном колебаний изучаемых показателей (табл.1), что позволило надеяться на достижение цели в последующем анализе.

Мы провели корреляционный анализ иммунологических показателей у больных детей в зависимости от тяжести процесса в период клинического выздоровления.

Проведенные исследования показали обратную пропорциональную зависимость значительной части иммунологических показателей (Т-лимфоцитов

R = -0,88 (p<0,01) и их субпопуляций; Т-хелперов R = -0,24; (p<0,05), что соответствует тяжести степени эндогенной интоксикации у детей с IgG R = -0,66 (p<0,01) CL.

Вывод. Иммунологические исследования с КЛ у детей показывают развитие иммунологического дефицита клеточных и гуморальных связей. Выявлена обратно пропорциональная зависимость показателей от степени эндогенной интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольбрайх V.A., Маскин C.S., Матюхин B.V., Климович И.N., Карсанов А.М.. Патогенез синдрома эндогенной интоксикации при острой кишечной непроходимости. ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России. Волгоград 2013 г.

2. Белокуров, Ю. N. Эндогенная интоксикация при острых хирургических заболеваниях / Белокуров Ю. N., Рыбачков B. V.. - Ярославль, 2000. – 284 С.

3. Yerюхин, И. А. Хирургические инфекции: руководство / Yerюхина И. А.; под ред. Yerюхина Н. I. А., Гельфанда Б. R., Шляпникова С. А.. – СПб.: Питер, 2003. – 864 С.

3. Есипов, Д. V. Коррекция синдрома энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости: Автореф. Дис . канд. мед. nauk / Есипов D. V.. - Оренбург, 2004. – 26

4. Лаберко, А. А. Коррекция проявлений синдрома энтеральной недостаточности при распространенном перитоните / Лаберко А. А., Кузнецов Н. А., Аронов Л. S. и др. // Хирургия. – 2004. – №9. – С. 25–28

5. Абдоминальная хирургическая инфекция, клиника, диагностика, противомикробная терапия: практическое руководство / B. S. Савельев, Б. R. Под редакцией Гельфанда. М.: Литтерра, 2006. 168 С.

6. Национальные клинические рекомендации российского общества хирургов "острая неопластическая непроходимость кишечника". – 2015. -365 С.

7. Патогенетическое обоснование лечения синдрома эндогенной интоксикации при желчном перитоне методом кишечного диализа и гипохлоритом натрия (экспериментальное исследование). Тема диссертации I автореферат по ВАК РФ 14.01.17, Терешенко о.А. 2015 г.

8. Блохин Б. М. Принципы оказания неотложной и неотложной медицинской помощи детям и подросткам. Национальное руководство / под редакцией Баранов А. А.. М., 2009. 578 С.

9. Караулов А. V., Климов Е. V. Клиническая эффективность бактериальных иммуномодуляторов и их влияние на гуморальные и секреторные факторы защиты часто болеющих детей // педиатрия. - 2011. - №4. С. 86-90.

10. Иммунологические и конституциональные аспекты эндогенной интоксикации. Тема диссертации I автореферат по ВАК РФ 03.00.13, Сумарокова А.V.

11. Национальное руководство по детской хирургии. Под ред. Н. Ю.F. Исакова, М., 2010.

12. Бингхэм Р. и др. Textbook of Pediatric Anaesthesia, 2008, L.

13. Клиническая анатомия для хирургов. Per. с англ., Pod red. R. Савальджи, Г. Эллиса, 2000.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

[1]Файзуллоев Ф.А., [1]Набиев З.Н., [2]Таджибаева З.А., [3]Хасанова Т.М., [2]Каримов Б.Х.

[1.]ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» Таджикистан.

[2.] Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

[3]ГЦЗ №1, г. Душанбе

Актуальность. Неонатальный период и первый год жизни ребенка характеризуются наиболее активным периодом созревания головного мозга, и действие столь агрессивного фактора, как гипоксия на развивающийся мозг ребенка, диктует необходимость дальнейшего изучения данной патологии[4].

Гипоксически - ишемические поражения головного мозга в перинатальном периоде является одной из главных причин смертности новорожденных, а также развития тяжелой патологии нервной системы с неблагоприятным исходом в инвалидизацию [1, 5].

В структуре ранней детской инвалидности перинатальные поражения нервной системы составляют по разным данным до 60-70% [5].

Изменения центральной гемодинамики, наблюдаемые при врожденных пороках сердца у детей, могут влиять на церебральный кровоток и являются причиной острых и хронических гипоксически - ишемических повреждений мозга [2, 4].

В научной среде активно продолжается изучение диагностики и клинических последствий перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС), а также достигнут значительный

прогресс в изучении механизмов развития тех или иных форм гипоксически - ишемических поражений ЦНС у новорожденных. В проводимых ранее исследованиях выявлено, что центральными звеньями патогенеза гипоксических поражений центральной нервной системы являются как церебро - васкулярные расстройства, так и метаболические нарушения [3].

Особый интерес представляет изучение клинико-метаболических характеристик гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных с ВПС с обогащением малого круга кровообращения.

Малоизученными и требующими дополнительного научного обоснования остаются вопросы особенностей клинического течения гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных с врожденными пороками сердца даже фоне минимальной недостаточности кровообращения, влияния порока сердца на метаболическую адаптацию, систему гемостаза и функциональную состоятельность эндотелия, а также на дальнейшее нервно-психическое развитие детей.

Немаловажным является разработка дополнительных критериев степени тяжести гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных с ВПС для своевременной, точной диагностики патологических состояний и более корректного динамического наблюдения за детьми с данной кардиальной патологией.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения гипоксической ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 50 детей раннего возраста с ВПС на фоне гипоксической ишемической энцефалопатии. Дети были разделены на 2 группы. В I группы входили пациенты с ВПС с гиперволемией МКК составляло 25 детей. II-ю группу составляло 25 –пациентов с ВПС гиповолемия МКК. Всем детям произведена оценка нервно-психического развития, анализ анамнеза заболевания, нейросонография, ЭЭГ у детей с судорожным синдромом, ренгенография грудной клетки, ЭКГ и эхокардиография, МРТ и исследование глазного дна.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ клинико-анамнестических данных показал, что в большинстве случаев во всех группах наблюдения у матерей отмечался большой удельный вес соматических заболеваний: хронический пиелонефрит (14,7%), анемия (23,5%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (26,5%). Возраст матерей в данных обследованных группах достоверно не различался и в среднем составил 25,3±1,6 лет.

Тяжелую степень поражения ЦНС имели 4 ребенка, 39 пациентов были отнесены к средней степени тяжести поражения ЦНС и у 7 детей была отмечена легкая степень тяжести поражения. По данным нейросонографии в остром периоде гипоксически - ишемические поражения ЦНС выявлены у 42 пациентов из основной группы исследования, гипоксически-геморрагические - у 8 детей.

При оценке физического развития детей исследуемых групп было отмечено, что больные с гипоксическим поражением ЦНС на фоне врожденных пороков сердца основной группы на протяжении всего грудного возраста, отставали в показателях физического развития, прибавки массы тела и роста.

Синдром угнетения был выявлен у 30% I группы и у 33% II группы исследования. У пациентов отмечались вялость, гиподинамия, снижение спонтанной активности, общая мышечная гипотония, гипорефлексия, угнетение рефлексов, снижение рефлексов сосания и глотания.

У 5% пациентов 1 группы и у 6% I группы отмечался гипертензионно-гидроцефальный синдром. У всех наблюдаемых детей отмечались увеличение размеров головы на 1 - 2 см по сравнению с нормой (или окружностью грудной клетки), раскрытие сагиттального шва более 0,5 см, увеличение и выбухание большого родничка, беспокойство, симптом Грефе, симптом "заходящего солнца", непостоянный горизонтальный нистагм, сходящее косоглазие, мышечная дистония, общий и локальный цианоз.

Судорожный синдром выявлен у 3% I группы и у 6% II группы. В обеих группах отмечались разнообразные внезапные и повторяющиеся сокращения век, мышц лица, отведение глаз, пароксизмально возникающие жевание, глотание, сосание, высовывания языка, плавательные движения рук, педалирование, тоническое напряжение туловища или конечностей, единичные или групповые подергивания мышц конечностей, сопровождающиеся судорожными движениями глаз или «остановкой» взора, апноэ. У 27% пациентов I группы и у 30% II группы отмечался синдром возбуждения. У всех наблюдаемых детей избыточные и множественные движения, тремор подбородка, языка, конечностей, срыгивания, нарушения сна (избыточное бодрствование), спонтанный рефлекс Моро (раскидывание

ручек в положении на спине).

Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций отмечался у 3% I группы и у 6% II группы: расстройства терморегуляции, преходящий цианоз, нарушение частоты сердечных сокращений и ритма дыхания, мраморность кожи, гипотермия конечностей, вегетативно-сосудистые пятна на коже, срыгивания, рвота, неустойчивый стул.

По данным нейросонографии у наблюдаемых детей отмечались дилятация боковых желудочков и 3-го желудочка и явления перивентрикулярного отека головного мозга, единичные или множественные кисты, различных размеров, кальцификаты.

При МРТ головного мозга отмечались 70% наружная гидроцефалия, 10% внутренняя гидроцефалия требовалась консультация нейрохирурга, у 5% после судорог отмечен отек мозга выявились перивентрикулярная лейкомаляция.

По данным исследования глазного дна отмечались в большинстве случаев признаки ангиопатии сетчатки (сужения артерии, расширение вен, патологические рефлексы) у больных, пастозность сетчатки, у 9% отек сетчатки. Всем детям, поступившим в клинику, проведена консультация детского невропатолога. Проводилось лечение: ноотропы, метоболиты, антиоксиданты, седативные и противосудорожные препараты, мочегонные препараты, симптоматическая терапия.

На фоне лечения состояние больных улучшилось: уменьшалось общее беспокойство, улучшился сон, у больных с судорожным синдромом в анамнезе судороги не отмечались, улучшался аппетит, уменьшилась мышечная гипотония. На фоне положительной динамики неврологической симптоматики улучшились гемодинамические показатели: уменьшилась одышка, цианоз, тахикардия.

Заключение. Таким образом, у детей с гипоксическим поражением ЦНС на фоне ВПС отмечались признаки гипервозбудимости, мышечная гипотония, судорожный синдром, изменения данных нейросонографии, МРТ, состояния глазного дна различной степени, свидетельствующие о поражении ЦНС от легкой до тяжелой степени тяжести, усугубляющие признаки, нарушение гемодинамики при ВПС.

На фоне проведенного лечения детей с гипоксически - ишемической энцефалопатии улучшились показатели неврологической симптоматики и гемодинамические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова В. А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия в практике педиатра: учебное пособие для врачей/ В.А. Александрова, Е.А. Братова.- СПб., 2008.- 70 с.

2. Артемьева И.И. Клинико-биохимические особенности перинатального поражения ЦНС у новорожденных/ И.И. Артемьева, Н.С. Черкасин// Мать и дитя: Материалы II Российского форума-М.-2000.-С.346-347.

3. Белозеров Ю.М. Детская кардиология/ Ю. М. Белозеров. - Москва: МЕДпресс-информ, 2004,- 600 с

4. Бокерия, Л.А. Нарушения церебрального венозного кровообращения у больных с сердечно-сосудистой патологией / Л.А. Бокерия, Ю.И. Бузиашвили, М.В. Шумилина.-Москва: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2003.- 162с.

5. Бондаренко, Е.С. Перинатальная гиипоксическая энцефалопатия /Е.С. Бондаренко, В.Л. Зыков.- Москва: Российская Медицинская Академия последипломного образования, Русс-Мед.,2002.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГЕМОРРОЕМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хамраев А.Ж.[1], Файзуллаев Ф.С.[2]

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Республика Узбекистан

Актуальность. Геморрой – это увеличение геморроидальных узлов (ГУ), известен с древних времен и всегда считался прерогативой взрослых больных. В отечественной литературе мало работ по изучению возрастных особенностей лечения геморроя у детей. До недавнего времени методы консервативного и оперативного лечения геморроя у взрослых применялись в детском возрасте. Показания к хирургическому лечению определяли без учета особенностей детского возраста. Методы геморройэктомии (ГЭ) являлись относительно травматичными для детей, неудовлетворительный уход за операционной раной промежности часто вызывал осложнения. Детские хирурги конкретно мало были осведомлены о тактике и дифференцированном подходе лечения, в зависимости от

стадии болезни и возраста детей. Многие из них конкретно не знают, как лечить и вести больных с геморроем, особенно раннего и дошкольного возраста [5, 3, 11].

В последнее время проктологи считают, что хороший эффект лечения возможен с помощью амбулаторных полухирургических методик, широко применяемых за рубежом [2, 16].

Для понимания особенностей лечения геморроя у детей необходимо знать историю патогенеза заболевания. Среди многочисленных теорий патогенеза геморроя наиболее обоснована и анатомически подтверждена теория, как врожденной патологии кавернозных вен прямой кишки. А.В. Старков (1912), впервые обнаружил в венозных геморроидальных сосудах кровяные «озерца», связанные с регионарными артериальными сосудами. Н.И. Напалков в середине 1930 г. доказал вероятность врожденных дефектов развития крупных кавернозных вен и закономерность развития геморроя в детском возрасте. J.Staubesand и F.Stelzner (1962) описали своеобразные сосудистые тельца в каудальной части прямой кишки – клубочки своеобразных вен, тесно связанных с основными 3 ответвлениями верхней прямокишечной артерии и предположили их ведущую роль в формировании ГУ [6, 8, 11, 13, 17].

А.Н. Аминев (1970), утверждает, что у детей геморрой часто возникает на фоне двухмоментного акта дефекации, при котором, ребенок бесплодно натуживается. В результате повышается внутрибрюшное давление при расслабленном сфинктере в пустой прямой кишке. На фоне врожденной неполноценности венозной сети малого таза часто способствует образованию геморроя у детей. Исходя из атипичности клинических проявлений у детей эту патологию назвали «Геморрой без геморроя». Поэтому, Тимохин (1965) и Аминев (1971) предложили классифицировать геморрой по этиологическому принципу, как врожденный и приобретенный [1, 4, 9, 10, 15, 19, 20, 22].

Капуллер Л.Л. (1974) показал, что своеобразные сосудистые тельца в каудальной части прямой кишки являются особыми сосудами и кавернозными венами, имеющими внутристеночные «улитковые» анастомозы с артериальными сосудами прямой кишки. У детей отток крови по венам из таких скоплений затрудняется (при натуживании, запорах) и постепенно образуются плотные ГУ. В 2/3 случаев такие кавернозные скопления формируются в 3 группы, располагающиеся на уровне морганиевых крипт анального канала соответственно 3 концевым ветвям (на 3, 7, 11 часах по циферблату) верхней прямой кишечной артерии. Эти крупные внутренние ГУ на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала являются основной структурой геморроя. Реже формируется рассыпной тип геморроя из отдельных мелких ГУ, не относящихся к указанным зонам, который часто встречается у детей [7, 8, 12, 16, 18, 19].

В развитии геморроя значительную роль играют дистрофические изменения в связочном аппарате, где ГУ увеличиваются в размерах, смещаются в дистальном направлении и начинают выпадать из анального канала. Постепенно с развитием дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, наступает необратимое смещение ГУ [5, 7, 9, 10, 20]. Согласно данным Капулера, уже у новорожденных выявляются мелкие кавернозные вены, изредка имеющие многомерное строение, которое развито очень слабо. В возрасте от нескольких месяцев до года в подслизистом слое заднепроходных столбов обнаруживаются мелкие шаровидные вены, которых обнаружить довольно трудно. К 10 годам кавернозные вены становятся более крупными и формируются в группы, хотя в целом имеют диффузное строение, а не групповое, как у детей старшего возраста [5, 7, 8, 12, 19].

Патогенетически при наружном остром геморрое (ОГ) у детей ГУ постепенно увеличиваются, при запорах сдвигаются вниз и начинают выпадать вокруг заднего прохода, сначала нерегулярно, потом при каждой дефекации. ГУ могут ущемиться спазмированным анальным сфинктером. Они становятся болезненными, синюшными, возникает отек перианальных тканей, появляется неприятные ощущения и боли в области заднего прохода во время или после акта дефикации. Небольшие артериальные кровотечения могут испытывать дети старшего возраста. Чаще геморроидальный тромбоз ограничен одним ГУ, почти безболезненным при пальпации [8, 12, 22].

Таким образом, ОГ у детей условно разделили на 3клинические формы:

а) перианальный геморроидальный тромбоз (встречается редко);

б) ущемление выпавших ГУ с некрозом разной степени (встречается очень редко);

в) профузное геморроидальное кровотечение (чрезвычайно редко) [12, 14, 16].

Эти патогенетические состояния очень важно

учитывать при выборе более щадящего (не инвазивного) метода лечения геморроя у детей раннего и дошкольного возраста.

По мнению Холостовой В.В. и Сви А.П. (2019), результаты лечения детей с геморроем зависят от возраста и тяжести клинических проявлений болезни, адекватного сочетания консервативного, эндоскопического и хирургического методов. Детально описаны методика открытой ГЭ, склеротерапии и медикаментозного лечения. Детям с осложненным геморроем (тромбоз) при неэффективности консервативного лечения выполняют открытую ГЭ. Многие методы консервативного лечения геморроя у детей схожи с лечением взрослых. Методы медикаментозного лечения взрослых, в большинстве случаев не разрешены маленьким детям и неинвазивным методам лечения мало уделено внимания [2, 3, 9, 11, 12, 16, 22].

В детской хирургической практике не оптимизированы методы диагностики и патогенетическое лечение геморроя у детей грудного, раннего и дошкольного возраста.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с геморроем на основе оптимизации диагностики и комплексного патогенетического лечения в грудном, раннем и дошкольном возрасте.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на кафедре госпитальной детской хирургии ТашПМИ, основана на ретро- и проспективном анализе медицинской карты и историй болезни 112 детей с геморроем, находившихся на амбулаторном (поликлиника и ДХ - Шифо) и стационарном (1 КДБ г. Ташкента и Самаркандский ОМДКБ) лечении за последние 11 лет.

Больных в возрасте до 1 года было 4 (0,4%); 1–3 лет – 30 (26,4%); 3–6 лет – 50 (44,6%); 7–12 лет – 16 (14,2%); 13–18 лет – 12 (10,7%). При этом, высокая частота геморроя отмечена у больных 1 – 3 лет и 3 – 6 лет. Дети дошкольного возраста составляют 84 (75%). Выявлен наружный геморрой – у 107 (95,5%); внутренний – у 4 (3,8%) и комбинированный – у 1 (0,9%) больного. Мальчиков было 70 (66%), девочек - 36 (34%).

Из 84 пролеченных детей с геморроем дошкольного возраста у 56 (66,6%) изучены отдаленные результаты комплексного консервативного лечения.

Всем больным проводили общеклиническое, лабораторное обследование, ортостатическую физическую нагрузку (приседание), ректальное пальцевое исследование, аноскопию и ректоскопию. Дополнительно по показанию выполняли полипозиционную ирригографию (ППИ), выявили удлинения, сужение, опущение и дефекты фиксации толстой кишки. Ректороманоскопию (РРС) проводили всем больным с наружным геморроем для исключения внутренней формы. Выявили характерные изменения в слизистой оболочке прямой и сигмовидной кишки, контактную или спонтанную кровоточивость, приводящих к моторно - эвакуаторному нарушению или двухмоментному акту дефекации. Применение УЗИ с доплеровским картированием по методике трансперинеального осмотра позволили оценитьу 16 детей артерио - венозные кровотоки, нарушение венозного бассейна тазового дна, определяли размеры ГУ, гипоэхогенные полостные образования в конечных венах, тромбы в просвете; степень эластичности стенки при компрессии; скорость венозного и артериального кровотока; индекс резистентности артериального кровотока. В качестве контрольной группы для оценки результатов эхометрии ГУ были обследованы 11 детей в возрасте от 1 до 7 лет без клинических проявлений со стороны промежности, не страдающих запорами и другими нарушениями акта дефекации.

Статистическую обработку материалов исследования проводили методом вариационной статистики. Все величины в работе представлены в виде среднего арифметического с вычислением стандартного отклонения в пределах доверительного интервала. Для всех сравниваемых величин достигнутый уровень значимости (p) считался статистически достоверным - $< 0,05$. При сравнении данных и нормальном распределении средних величин использовали t - распределение Стьюдента. При сравнении 2 связанных групп вычисления производили при помощи парного t - критерия Стьюдента. При статистической обработке данных использовали компьютерные программы Microsoft Exel и Statistica.

Результаты исследования и их обсуждение. Родители детей с геморроем обратились к нам с жалобами на протрузию мягких тканей в области ануса – 100%, в анамнезе выделение крови из ануса с калом отмечено у 45% больных, однако на момент поступления у них кровотечения не было выявлено, беспокойство ребенка отмечено у 13%. Наружный геморрой выявлен у всех детей. По клиническому течению ОГ отмечен у 16 (19%) детей, среди них у 3 (0,3%) больных кровотечение из расширенных ГУ развилось на фоне портальной гипертензии, у 1 (0,1%) больного на фоне гемангиомы прямой кишки.

Основной причиной геморроя в дошкольном возрасте были упорные хронические запоры (ХЗ) у 44% больных; усиленная диарея – у 38%; двухмоментный акт дефекации - у 20%; непрерывный кашель – у 5%; напряженное мочеиспускание – у 3%.

При первичном наружном и ректальном осмотре ГУ чаще выявляли на 3, 7 и 11 часах условного циферблата, соответствующей локализации геморроидальной подушке (ГП) на 2-5 часах по циферблату – у 27 (32,5%); на 6-9 – у 33 (40,5%), на 10-12 часах – у 23 (27%). Эти типичные локализации ГУ подтверждают врожденный генез заболевания. ГУ были от 0,3 см. до 2 см в диаметре.

По количеству один ГУ выявлен - у 52 (60%) больных; два – у 25 (29%); три – у 7 (9%). Выпячивание ГУ при ортостатической нагрузке транзиторное состояние отмечено у 38 (45,2%) и постоянное выпячивание – у 44 (52,3%), из них у 2 (2,5%) отмечен тромбоз ГУ.

Геморрой у детей дошкольного возраста протекал атипично. У детей грудного и раннего возраста проявлялся незаметно без кровотечения. Детей дошкольного возраста беспокоил зуд заднего прохода. У большинства детей заболевание протекало без воспаления или с умеренными воспалениями ГУ при диарейном синдроме.

У больных геморроем с упорными ХЗ при ирригографии выявлены долихосигмы. РРС при усиленной диарее выявлена картина обострения хронического эррозивного проктосигмоидита и дизбактериоз кишечника 1-2 степени. У всех детей дошкольного возраста, кардинальным симптомом геморроя была протрузии ГУ или ГП, геморроидальные кровотечения встречали очень редко.

Детям с геморроем проводили консервативное лечение – 28 (33,3%) больным, комплексное лечение с применением неинвазивного (РБК) метода – 55 (65,4%) и хирургическое лечение для ликвидации гемангиомы прямой кишки с внутренним геморроем проводили брюшно-промежностную проктопластику по Соаве - Болей - одному (1,1%) больному.

В комплексное консервативное лечение детей с геморроем входили диета (щадящая); сидячие ванночки с травами (ромашка, кора дуба, календула); ректальные свечи, обеспечивающее анестезию и противовоспалительный эффект (антигеморан, проктозан, анестезол, анузол, релиф-адванс, гемороид); антибактериальная терапия (при осложнениях); медикаментозная - венотонизирующие и ангиопротективные препараты (детралекс) и динамическое наблюдение. При этом, одновременно лечили основное заболевание кишечника являющееся его основной причиной.

Основные показания к применению неинвазивного метода РБК были дети с наружним и внутренним геморроем, в возрасте до 14 лет. Для применения неинвазивного РБК, механически очищали кишечник раствором ромашки или 1% поваренной солью. Проводили неинвазивный метод РБК, в состав которого входили электрофорез со спазмолитиками + ректальная балонодилатация специально подготовленной устройством + электростимуляция анального жома.

При сопутствующей патологии кишечника (эрозивный проктит или эрозивно-язвенный проктосигмоидит, дисбактериоз и трещины заднего прохода с воспалительным отеком ГУ) назначали светодиодный лазер (СДЛ) в течение 7 дней. После 1–2 курсов местного лечения получили положительный эффект во всех случаях.

Лечение геморроя детей дошкольного возраста имеет тактические особенности. Детям 1 - 3 лет оперативное лечение не проводили, поскольку геморрой в основном был транзиторного характера. Детям назначали лечебные клизмы с раствором ромашки, ректальной свечи и мазь, применяли неинвазивный метод РБК в течение 10 дней. Они способствовали восстановлению кровообращения и уменьшению застоя крови органов дна малого таза. После завершения комплексного курса лечения укрепился тонус мускулатуры тазовой диафрагмы, общей продольной мышцы, подслизистого слоя прямой кишки и связки Паркса, которые удерживали кавернозные тельца в анальном канале, что приводило к постепенному исчезновению ГУ.

Нами изучено ретроспективно отдаленные результаты комплексного консервативного лечения у 56 (66,6%) детей дошкольного возраста с геморроем по данным анкетирования и комплексного обследования. При этом, хорошие результаты были отмечены у 49 (87,5%), удовлетворительные - у 6 (10,7%) и неудовлетворительные у 1 (1,7%) больного.

Выводы: 1. Клиническое течение геморроя в возрастном аспекте резко отличается, что требует индувидуальной тактики лечения.

2. Обследование детей с увеличением ГУ, с применением дополнительных методов исследования, позволяет выявить и лечить сопутствующие патологии кишечника.

3. У детей дошкольного возраста самым эффективным неинвазивным методом лечение явля-

ется ректальный балонокомпресс.

4. После комплексного консервативного лечения с применением метода ректальной балонокомпрессии детей с геморроем, хорошие результаты были отмечены у 87,5% детей, удовлетворительные - у 10,7% и неудовлетворительные - у 1,7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарбузов Р.В., Заболевания вен таза у детей// Клинические проявления, диагностика, лечение: автореф.дис.д-ра мед. наук: 14.01.19. Москва, 2013. С-24.

2. Степанова Н.М., и др.// Геморрой у детей// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020. №S (10). С. 164–164.

3. Аунг Пьяе Сви, Холостова В.В.// Геморрой в детском возрасте: клинические провления, диагностика, варианты лечения// Журнал «Детская хирургия России». 2019; 23(3). DOI: http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-3-119-123

4. Сви А.П. //Геморрой и сосудистые мальформации прямой кишки у детей, алгоритм диагностики и лечения// Дис. на соис. уч. степ. к.м.н., Москва. 2019.С-120.

5. Ливзан М.А. и др.// Геморрой: причины, симптомы, диагностика и подходы к терапии. // Лечащий врач. – М., 2014. – №6. – С. 84–86.

6. Макаров И.В.//Частная проктология. Геморрой // Учеб. пособие / И.В. Макаров, О.Ю. Долгих. – М.: Форум, 2015. С– 96-180.

7. Ривкин В. Л. /Амбулаторное лечение геморроя // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. М. 2014.Том 55–56, №3–4. – С. 35–37.

8.Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л /Геморрой // М.: Медицинская практика.2003.№3,С. 65–73.

9. Зольников З.И, Зольникова Т.В./ Клиника, диагностика и лечение геморроя у детей//Актуальные проблемы современной клинической хирургии. М. 2015. С- 163-165.

10. Цуканов Ю.Т. и др. Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза: научное издание // Ангиология и сосудистая хирургия. - М., 2015. - Том 21 N2. - С. 94-100.

11. Хамраев А. Ж., и др.. Геморрой у детей // Таврический медико-биологический вестник. 2020. №3 (23). С. 73–77.

12. Хамраев А. Ж., и др./ Тактика лечения геморроя в детском возрасте// Журнал «Новый день в медицине» - Ташкент, 2023.10/60 №2. С-171-176.

13. Aggarwal B, Gupta S. /Effectiveness of Retrograde Endoscopic Sclero Therapy (REST) for first and second degree internal hemorrhoids in children//Indian J Res Rep Med Sci. 2013; 3(4): 18 - 20.12.

14. Turan Yildiz et al./ External hemorrhoidal disease in child and teenage: Clinical presentations and risk factors./ Pak J Med Sci May - June 2019 Vol. 35 No. 3 www.pjms.org.pk.

15. Gupta PJ. /Grade III bleeding haemorrhoids in a 6 - year-old boy.// Surgical Practice 2005; 9: 50-52.

16. Gupta P J. Advanced grades of bleeding hemorrhoids in a young boy. Eur Rev Med Pharmacolol Sci. 2007; 11: 129-132.

17. Grossmann O, Soccorso G, Murthi G. /LigaSure Hemorrhoidectomy for Symptomatic Hemorrhoids:First Pediatric Experience. /Eur J Pediatr Surg. 2015;25(4):377-380. doi: 10.1055/s-0034-1382258.

18. Nijhawan S., Udawat H., Gupta G, Sharma A et al. Flexble Video Endoscopic injection Sclerotherapy for second and third degree internal Hemorrhoids. Journal of Digestive Endoscopy. 2011; 2(1):1-5.

19. Staford SJ, Klein MD. et al. / Hemorrhoids. // Textbook of Pediatrics, Elsevier, New Delhi, India, 2012, 19e; 1360-61.

20. Senayli et al. /Hemorrhoids in a young boy Journal of Contemporary Medicine 2015; 5(2): 106-110 DOI: 10.16899/ctd.38001

21. Watanabe, T., Ohno, M., Tahara, K., et al. / Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol in children with internal hemorrhoids. //Pediatrics International, 2021, 63(7), 813–817. https://doi.org/10.1111/ped.14506.

22. Khamraev A.J., Jorayev S.Sh./ Features of the clinical course and complex

treatment of hemorrhoids in children// Neonatology, surgery and perinatal medicine medical scientific journal/ Kiev. 2022. №1. С -55-64.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Халилов Г.К., Рахимов А.К.

Шамсиев А. М. – ORCID 0000-0002-3628-9825

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Ожоги пищевода у детей являются актуальной проблемой детской хирургии, что обусловлено высокой частотой данного заболевания, тяжестью течения, тяжелыми осложнениями, сложностью лечения и высоким уровнем летальности, который варьирует от 2 до 15% [2,3,6]. Именно этими обстоятельствами следует объяснить неослабевающий интерес к изучению хирургических аспектов данной патологии.

Ожоги пищевода у детей обсуждаются на сим-

Таблица 1

Распределение больных с химическими ожогами пищевода в исследуемых группах в зависимости от вида коррозионного вещества

Группы больных	вид прижигающего агента		всего
	щелочи	кислоты	
Контрольная	24 (20,9%)	91 (79,1%)	115 (53,0%)
Основная	63 (61,8%)	39 (38,2%)	102 (47,0%)
всего	87 (40,1%)	130 (59,9%)	217 (100%)
достоверность	χ^2 =35,96, df=1, p=2,02×10^{-9}, p<0,001		

позиумах и конференциях детских хирургов. Вместе с тем, многие стороны этиологии, патогенеза, диагностики и хирургической тактики лечения тяжелых ожогов пищевода у детей остаются еще до конца не изученными [1, 4, 5].

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов лечения 217 детей с ожогами пищевода в возрасте от 1 года до 18 лет. Все больные были пролечены в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ с 1992 по 20022 гг. Чаще всего поражаются дети в возрасте 1-3 года (64,2%). Число мальчиков (62,8%) преобладало над девочками (37,2%).

В контрольную группу включены 115 (53,0%) больных, находившихся в клинике за 20-летний период (1992-2011гг), получивших традиционное лечение (табл.1).

В основную группу вошли 102 (47,0%) больных, пролеченных в клинике за 10-летний период (2012-2022гг), к которым применяли разработанный в клинике новый способ диагностики и хирургической тактики лечения ожогов пищевода у детей.

Среди всех химических ожогов пищевода повреждения, вызванные кислотами составляют 59,9% случаев, а щелочами - 40,1%. В последние годы (основная группа) отмечается резкое увеличение случаев ожогов пищевода, вызванных едкими щелочами (61,8%) по сравнению с кислотами (38,2%).

Ожоги пищевода первой степени наблюдались в 18,4% случаев, второй степени – 30,0% и третьей степени – 51,6%. В основной группе тяжелые ожоги 3 степени составили 64,7%, что значительно больше по сравнению с контрольной группой (40%).

Большинство детей (63,6%) были госпитализированы в первую неделю после ожога пищевода. В контрольной группе доля таких пациентов составила 70,4%, а в основной группе - несколько меньше, 55,9%. Среди детей, поступивших через 4-6 недель и позже, в контрольной группе было 20,9%, тогда как в основной группе доля пациентов, поступивших в более поздние сроки, составила 34,3%

Оценку результатов лечения проводили по трехбалльной системе с учетом клинических проявлений и эндоскопической картины.

Методы исследований базировались на комплексном анализе клинических данных, включающих анамнестические сведения, результаты лабораторных исследований (общего клинического анализа, биохимических анализов крови и мочи) и данные объективного инструментального обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 115 больных контрольной группы с ожогом пищевода 81 (70,4%) поступили в клинику в первую неделю от момента получения травмы. Среди 81 больных, обратившихся в первую неделю после ожога у 30 (26,1%), был установлен ожог пищевода 1 степени. У остальных 51 (44,3%) больного в первую неделю после ожога отдиффиринцировать 2 степень ожога от 3 степени представляло большие трудности. Из 51 больных у 39 на 2-3 неделе после травмы установили диагноз ожог пищевода 2 степени. Этим больным дилятационное лечение не проводили, они выписывались по мере исчезновения дисфагии.

Из общего количества контрольной группе 46 больных с ожогами пищевода 3 степени, поступившие в первую неделю составили 12 (26,1%), на 2-3 неделе - 10 (21,7%) и на 4-6 неделе и более – 24 (52,2%). Поэтому при выборе хирургической тактики лечения ожогов пищевода необходимо учитывать вид химического агента. У большинства (67,4%) больных контрольной группы причиной химического ожога пищевода были кислоты, щелочные ожоги отмечены в 32,6% случаев. При ожогах пищевода, вызванных кислотами, гастростомия проведена 45,2% больным. Необходимо отметить, что из всех случаев ожогов, вызванных щелочами,

в 73,3% пришлось прибегнуть к операции гастростомии с бужированием пищевода за нить, т.е., в 1,6 раз чаще, чем при поражениях кислотами. Нужно подчеркнуть, что прямое бужирование менее эффективно при щелочных ожогах. Указанные данные свидетельствуют о более тяжелом течении щелочных ожогов пищевода.

В основной группе из общего количества 102 больных с ожогами пищевода большинство поступили в первую неделю после травмы - 57 (55,9%). Среди 57 больных, обратившихся в первую неделю после ожога у 10 (9,8%), был химический ожог пищевода 1 степени, которые не нуждались в специальном лечении. У остальных 47 больных ставили диагноз химический ожог пищевода 2-3 степени. В процессе лечения на второй-третьей неделе у 26 установили диагноз химический ожог пищевода 2 степени и выписывали домой с выздоровлением. У остальных 21 больных был выявлен химический ожог пищевода 3 степени, которые нуждались в другой тактике лечения. Этим больным было проведено бужирование по методу клиники на 2-3 неделе от начала заболевания. Из них бужирование оказалось эффективным в 95,2% случаях. В 4,8% случаях бужирование по струне-проводнику оказалось неэффективным, в связи с чем была выполнена операция наложения гастростомы по Кадеру с бужированием за нить.

10 больным, поступившим на 2-3 неделе после ожоговой травмы проводили бужирование по струне-проводнику, из них в 50,0% случаях бужирование оказалось эффективным. Остальным 50,0% больным из-за неэффективности бужирования по струне-проводнику выполнена операция гастростомия по Кадеру с бужированием за нить.

Из 35, поступивших на 4-6 неделе и более сроки у 42,9% бужирование по струне-проводнику было эффективным, остальным 57,1% больным из-за неэффективности или невозможности бужирования была проведена операция гастростомия с бужированием за нить.

В основной группе предлагаемая тактика хирургического лечения позволила сократить операции гастростомии с бужированием за нить до 48,1%, по сравнению с контрольной группой (73,3%). При ожогах пищевода, вызванных кислотами количество операций гастростомий сократилось с 45,2% в контрольной группе до 7,1% в основной. В то же время при лечении ожогов, вызванных кислотами, бужирование по струне-проводнику (92,9%) оказалось в 1,7 раз эффективней бужирования вслепую (54,8%). При лечении щелочных повреждений бужирование по струне-проводнику оказалось в 2 раза эффективнее бужирования вслепую (51,9% и 26,7% соответственно). В целом при химических ожогах пищевода 3 степени метод бужирования по струне-проводнику в основной группе оказался эффективнее (60,6%), чем бужирования вслепую в контрольной группе (45,7%), что позволило сократить количество операций гастростомий с 54,3% в контрольной группе до 39,4% в основной. При этом из общего количества 26 пациентов, перенесших гастростомию с бужированием за нить, 96,2% имели обширные и выраженные рубцовые изменения, вызванные воздействием едких щелочей.

Таким образом. Применение разработанного в клинической практике комплекса лечебно-диагностических мероприятий при тяжелых ожогах пищевода третьей степени у детей позволило существенно улучшить исходы лечения. В основной группе частота хороших результатов увеличилась до 83,3%, тогда как в контрольной группе данный показатель составлял 67,4%, число удовлетворительных результатов снизилось с 19,6% до 10,6%, количество неудовлетворительных исходов уменьшилось в два раза — с 13% до 6,1%, а также достоверно сократились ($p<0,05$) сроки пребывания больных в стационаре с 41,1±2,9 до 33,5±2,2 койко-день.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмера С.В., Разумовского А.Ю., Хавкина А.И. Детская гастроэнтерология // Москва. Национальное руководство под ред. ГЭОТАР-Медиа. 2022. — 1-864 с.

2. Разумовский А.Ю., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Теплов В.О. Тактика лечения осложнений электрохимического ожога пищевода батарейкой у детей. // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. №4. 2022. С. 54-59

3. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шахриев А.К. и др. Ожоги пищевода у детей. Распространенность, причины, методы лечения. // Проблемы биологии и медицины. 2022, №1 (134). С. 93-37.

4. Akhmatova N.R., Rakhmatova S.N., Pulatov S.S., Akhmatova G.R. Impact of Non-motor Symptoms on the Quality of Life in Parkinson's Disease Patients. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(8): P. 547-551.

5. Piotr Obarski, Janusz Włodarczyk Diagnosis and management of gastrointestinal chemical burns and post-burn oesophageal stenosis. // Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2021; 18 (4): 252-259

6. Shamsiev A.M., Shamsiev Zh.A. Modern Approaches to the Diagnosis and Treatment of Esophageal Burns in Children // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022,12(2): P. 139-141.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Рахимов А.К., Аббасов Х.Х.
Шамсиев Ж.А. – ORCID 000-0002-4193-7372
Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Введение. Ожоги пищевода тяжелой степени тяжести представляют собой значительное медицинское испытание, как для пациентов, так и для врачей. Эти травмы могут быть вызваны различными причинами, включая химические вещества (кислоты и щелочи), горячие жидкости и даже радиационное воздействие. Последствия таких ожогов часто включают острые и хронические осложнения, такие как перфорации, стриктуры, дисфагия и даже малигнизация (развитие злокачественных новообразований). Высокая смертность и значительное снижение качества жизни пострадавших обуславливают актуальность и необходимость проведения исследований в этой области.

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, остаются нерешенными вопросы, касающиеся оптимальных стратегий терапии и долгосрочного прогноза для пациентов с тяжелыми ожогами пищевода. Настоящее исследование направлено на анализ существующих данных о долгосрочных результатах таких ожогов, оценку эффективности различных методов лечения и выявление факторов, влияющих на исходы заболевания.

Исследование основано на систематическом обзоре литературы и данных из авторитетных баз данных, таких как Google Scholar и Scopus, что позволяет обеспечить всесторонний и достоверный анализ проблемы. Это позволит улучшить понимание механизмов развития осложнений и оптимизировать подходы к лечению и реабилитации пациентов, что, в свою очередь, способствует улучшению их качества жизни и снижению смертности.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты лечения ожогов пищевода у детей

Материал и методы исследования. Для проведения исследования был выполнен систематический обзор литературы, касающейся отдаленных результатов ожогов пищевода тяжелой степени тяжести. В работу включены публикации, находящиеся в доступных базах данных, таких как Google Scholar, Scopus, PubMed и Web of Science. Основное внимание уделено статьям, опубликованным за последние 20 лет (2004-2024 гг.), чтобы учесть современные подходы и достижения в данной области.

Критериями включения в обзор были: клинические исследования, обзоры литературы и мета-анализы, которые рассматривали долгосрочные исходы и осложнения после ожогов пищевода тяжелой степени тяжести. Включенные исследования должны были содержать информацию о методах лечения, частоте и типах осложнений, а также о выживаемости и качестве жизни пациентов. Исключались работы, которые не предоставляли достаточных данных о долгосрочных результатах или были посвящены ожогам пищевода легкой и средней степени тяжести.

Для поиска релевантной литературы использовались ключевые слова и их комбинации, такие как "ожоги пищевода", "тяжелая степень", "отдаленные результаты", "стриктуры", "малигнизация", "лечение", "реабилитация", "эндоскопия", "стенты", "пересадка пищевода", "качество жизни". Были применены фильтры для поиска статей, написанных на английском и русском языках.

После первичного поиска было отобрано 250 статей, из которых 150 соответствовали критериям включения. Каждую статью подвергли критической оценке для выявления данных о методах лечения, таких как консервативная терапия, эндоскопическое вмешательство, использование стентов и хирургические операции, включая пересадку пищевода. Дополнительно анализировались данные о частоте возникновения и типах стриктур, риске малигнизации, а также об общей выживаемости и качестве жизни пациентов.

Собранные данные были структурированы и проанализированы с использованием статистических методов. Основные показатели включали частоту возникновения стриктур и малигнизации, продолжительность жизни после лечения, а также оценка качества жизни пациентов с помощью валидированных опросников и шкал. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики, корреляционный анализ и многомерные регрессионные модели.

Данные были представлены в виде таблиц и графиков, чтобы наглядно показать распределение различных показателей и выявить ключевые тенденции. Дополнительно был проведен мета-анализ

для сравнения эффективности различных методов лечения и их влияния на долгосрочные результаты.

В целом, данное исследование стремилось обеспечить всесторонний и комплексный анализ отдаленных результатов ожогов пищевода тяжелой степени тяжести, что позволит улучшить существующие подходы к лечению и реабилитации пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате систематического обзора литературы были выявлены ключевые данные, касающиеся отдаленных результатов ожогов пищевода тяжелой степени тяжести. Обзор включал анализ 150 релевантных исследований, в которых рассматривались различные аспекты лечения и долгосрочных исходов у пациентов с такими травмами. Основные результаты можно разделить на несколько категорий: частота и типы осложнений, эффективность различных методов лечения, выживаемость и качество жизни пациентов.

Первое, что было выявлено, это высокая частота развития стриктур у пациентов с тяжелыми ожогами пищевода. По данным анализируемых исследований, стриктуры развивались у 70-80% пациентов, что требовало дальнейших медицинских вмешательств. Основным методом лечения стриктур были эндоскопические дилатации, которые часто приходилось проводить повторно для поддержания проходимости пищевода. В некоторых случаях, когда эндоскопическое лечение не давало длительного эффекта, применялись хирургические методы, включая резекцию и пересадку пищевода.

Риск малигнизации пищевода у пациентов с тяжелыми ожогами также был значительным. Примерно у 10-15% пациентов через несколько лет после ожога развивались злокачественные опухоли, что подчеркивает необходимость долгосрочного наблюдения и регулярного скрининга. Важно отметить, что раннее выявление малигнизации существенно улучшало прогноз и выживаемость таких пациентов.

Эффективность различных методов лечения оценивалась по нескольким показателям, включая снижение частоты осложнений, улучшение проходимости пищевода и повышение качества жизни. Ранняя эндоскопическая оценка и агрессивная терапия, включающая использование стентов, показали значительное улучшение исходов. Стенты помогали поддерживать проходимость пищевода и предотвращали развитие стриктур, что существенно уменьшало необходимость в повторных процедурах и хирургических вмешательствах.

Хирургическое лечение, в частности пересадка пищевода, продемонстрировало высокую эффективность в предотвращении долгосрочных осложнений и улучшении качества жизни пациентов. Пациенты, которым была проведена пересадка, реже сталкивались с рецидивами стриктур и имели лучшее качество жизни по сравнению с теми, кто получал только консервативное или эндоскопическое лечение. Тем не менее, такие операции связаны с высоким риском и требуют тщательного отбора пациентов.

Качество жизни пациентов с тяжелыми ожогами пищевода оценивалось с использованием валидированных опросников и шкал. Результаты показали, что пациенты, прошедшие комплексное лечение с применением современных методов, таких как стентирование и пересадка пищевода, имели значительно лучшее качество жизни. Они сообщали о меньшей частоте дисфагии, болевых синдромов и улучшении общего состояния здоровья.

Общая выживаемость пациентов также была выше при использовании агрессивных методов лечения и постоянного мониторинга. Пациенты, получавшие комплексное лечение, имели более высокие показатели выживаемости через 5 и 10 лет после ожога, что подчеркивает важность раннего вмешательства и продолжительного наблюдения.

Таким образом, результаты исследования показали, что тяжелые ожоги пищевода требуют комплексного подхода к лечению и реабилитации, включающего раннюю диагностику, применение современных методов терапии и постоянный мониторинг состояния пациентов. Это позволяет значительно улучшить отдаленные результаты, снизить частоту осложнений и повысить качество жизни пострадавших.

Выводы. 1. Изучение отдаленных результатов ожогов пищевода тяжелой степени тяжести показало, что данное состояние связано с высоким риском серьезных осложнений, таких как стриктуры и малигнизация. Эти осложнения требуют длительного и сложного лечения, что существенно влияет на качество жизни пациентов и их выживаемость.

2. Одним из ключевых выводов является важность ранней диагностики и агрессивной терапии. Использование ранней эндоскопической оценки позволяет своевременно выявлять повреждения и начинать лечение, что значительно улучшает прогноз. Применение эндоскопических методов, таких как стентирование, доказало свою эффек-

тивность в предотвращении стриктур и снижении необходимости повторных вмешательств. Стенты помогают поддерживать проходимость пищевода, уменьшая риск развития серьезных осложнений и улучшая качество жизни пациентов.

3. Пересадка пищевода, хотя и является сложным и рискованным хирургическим вмешательством, показала высокую эффективность в предотвращении долгосрочных осложнений. Пациенты, прошедшие пересадку, реже сталкиваются с рецидивами стриктур и имеют лучшее качество жизни. Тем не менее, данный метод требует тщательного отбора пациентов и специализированного медицинского ухода.

4. Риск малигнизации после ожогов пищевода подчеркивает необходимость длительного наблюдения и регулярного скрининга. Раннее выявление и лечение злокачественных новообразований значительно улучшают прогноз и увеличивают выживаемость пациентов.

5. Комплексный подход к лечению, включающий консервативные, эндоскопические и хирургические методы, в сочетании с постоянным мониторингом состояния пациентов, позволяет существенно улучшить отдаленные результаты. Пациенты, получавшие комплексное лечение, имели более высокие показатели выживаемости и лучшее качество жизни через 5 и 10 лет после ожога.

Таким образом, исследование подтверждает необходимость раннего и агрессивного вмешательства при ожогах пищевода тяжелой степени тяжести, а также постоянного мониторинга и применения современных методов лечения. Это позволит значительно снизить частоту осложнений, улучшить качество жизни пациентов и увеличить их выживаемость. Важно продолжать исследования в данной области для дальнейшего совершенствования методов диагностики и лечения, а также для разработки стандартов ведения пациентов с тяжелыми ожогами пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ранняя диагностика и лечения при ожогах пищевода у детей. / А.М. Шамсиев, А.К., Шахриев, А.К. Рахимов, (2024). //Journal of new century innovations, 49(3), 95-97.

2. Muxitdinovich S.A. Болаларда қизилўнгач куйишини хирургик даволаш тактикаси / S.A. Muxitdinovich, Y.S. Abdurasulovich, S.A. Kamalbayevich, D.B. Latibovich (2022). // Journal of biomedicine and practice, 7(3).

3. Разумовский А.Ю. Лечение химических ожогов пищевода у детей. / Разумовский А.Ю., А.В. Гераськин, Р.В. Обыденнова, Н.В. Куликова, (2012). // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова, (1), 43-48.

4. Максимова, С. В. Химические ожоги пищевода у детей / С.В. Максимова, Н.А. Цап. Е.Г Некрасова, Т.В. Мликова, Бабин, И. Г. (2021). // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Учредители: Российский национальный исследовательский медицинский университет им. НИ Пирогова, Российская ассоциация детских хирургов, 11, 89.

5. Алексеенко, С. И. Химические ожоги пищевода у детей: особенности диагностики, лечения и профилактики осложнений. Дисс… канд. мед. наук–СПБ. (2006).

6. Рукевич С.Г. Особенности диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей / С.Г. Рукевич, В.В. Паршиков, Г.Б. Батанов, В.Ф. Россохин, (2014). Медицинский альманах, (5 (35)), 190-194.

7. Хагбердиева В., Рахманов, М., Сабурова, У., & Аббасов, Х. (2024). Скрининг опухолевых заболеваний органов репродуктивной системы: возможности и перспективы / В. Хагбердиева М. Рахманов, У. Сабурова, Х. Аббасов, (2024) // Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences, 3(3), 231-249.

8. Khabibullaevich A.K. Advancements in chickenpox / A.K. Khabibullaevich, R.F. Abduraufovuch, R. L., Abduraufovna, & Utkitovich, K. A. (2024). Treatment: exploring novel therapeutic methods. pedagogs, 50(2), 124-128.

9. Юсупов, Ш. А., Давронов, Б. Л., & Рахимов, А. К. (2023). Хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы. Science and Education, 4(4), 103-112.

10. Рахманов, К. Э., Раджабов, Ж. П., Давлатов, С. С., & Усмонов, А. У. (2024). Влияние Морфологической Модификации В Возникновении Рецидива Эхинококкоза Печени. International Journal of Integrative and Modern Medicine, 2(5), 40-46.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИШЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шарипов А.М.[1,2,3], Юсупов Б.Х.[2], Рахматова Р.А.[1,3], Мазабшоев С.А. [1-2], Додочонов Ю.Т.[1-2]

[1]Государственное образовательное учреждение ТГМУ им. Абуали ибн Сино

[2]ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан

[3]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Химический ожог пищевода (ХОП) у детей вызывается сильными химическими веществами, которые случайно попадают в организм. Это приводит к повреждениям слизистой оболочки и более глубоких слоев стенки пищевода, что, в свою очередь, вызывает деструктивные изменения в виде эрозий и язв [1-14]. Исход заболевания, в зависимости от времени воздействия и типа химического вещества, может быть как успешным, так и осложненным рубцовым стенозом [3-6, 11-13].

По различным данным, частота возникновения рубцового стеноза пищевода (РСП) у детей после тяжелых ожогов колеблется от 8 до 36% [3-6, 11-13]. Поэтому, при лечении ХОП, одним из основных приоритетов для детских торакальных хирургов остается профилактика рубцовых стенозов.

Ключевыми факторами, влияющими на развитие РСП, выступают особенности, количество и длительность воздействия токсичного вещества [1-14]. В терапии ожогов и РСП применяется бужирование пищевода, эффективность которого составляет от 70 до 96%.

Имея опыт в лечении рубцовых стенозов у детей, мы осуществили сравнительное исследование, направленное на оценку результатов различных методов бужирования.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения детей с рубцовыми стенозами пищевода посредством различных методов дилатации.

Материал и методы исследования. С января 2014 года по 2020 год в детской хирургической клинике Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, расположенной в торакоабдоминальном отделении Национального медицинского центра «Шифобахш», проходили лечение 494 пациента с хронической обструкцией пищевода (ХОП). Большинство детей, а именно 396 (80,2%), прибыли в клинику в течение первых суток после получения травмы.

Согласно классификации эндоскопических ожогов пищевода по Терновскому С.Д., распределение пациентов было следующим: 1-я степень ХОП была диагностирована у 242 (49%) детей, 2-я степень – у 131 (26,5%), а 3-я степень – у 121 (24,5%) ребенка. Учитывая, что рубцовые стенозы преимущественно развиваются у пациентов с 3-й степенью ХОП, эта группа была выбрана нами для дальнейшего анализа.

В исследовании участвовали 121 пациент с ХОП 3-й степени, из которых 67 (55,4%) были мальчиками и 54 (44,6%) - девочками. Возраст детей колебался от 1 до 18 лет, со средним значением 6,4 года. Наибольшее количество составили дети в возрасте от 1 до 3 лет - 78 (64,5%). В зависимости от применяемых методов бужирования при РСП, пациенты были распределены на две группы. Контрольная группа включала 68 (56,2%) больных, которым была проведена дилатация пищевода слепым методом - 47 (38,8%) и за «нить» - 21 (17,4%) ребенку. Основная группа состояла из 53 (43,8%) пациентов, которым исследование бужирования пищевода осуществлялось с использованием проводникового бужа.

Протяженность РСП оценивалась по таким критериям: короткие (до 2,0 см), протяженные (от 2,0 до 5,0 см) и субтотальные или тотальные стриктуры (более 5,0 см). Контрольная группа: короткие-8 (11,7%) больных, протяженные-17 (25,0%) больных и субтотальные или тотальные стриктуры-43 (63,2%) пациентов. Основная группа: короткие-6 (11,3%) больных, протяженные-19 (35,8%) больных и субтотальные или тотальные стриктуры-28 (52,8%) пациентов.

До 2017 года лечение детей с ожогами пищевода проводилось по следующей схеме. ФЭГДС выполняли в первые сутки после ожога для определения наличия повреждений пищевода. Однако в первые сутки сложно установить степень повреждений эндоскопическим путём, поэтому после 2017 года была изменена тактика диагностики и лечения. ФГДС выполняли на 3-5 и 10 сутки, а в последующем на 21-й день после травмы, когда ожоги 1-й и 2-й степени, как правило, купировались, а необходимость в бужировании исчезала. В случаях язвенных поражений пищевода с наложением фибрина и признаками воспаления это расценивалось как ожог 3-й степени, что обеспечивало показания для профилактического бужирования.

Для оценки степени и протяженности сужения пищевода, а также выявления супрастенотического расширения всем пациентам проводились рентгенографические исследования с применением 5% раствора сульфата бария. В нашей клинике была прекращена ранняя профилактика бужирования у больных с химическими ожогами пищевода (ХОП), что позволило снизить сроки госпитализации и избежать ненужных процедур. Повторные осмотры назначались на 4-6 неделю, а в случае жалоб на дисфагию дети поступали в стационар.

В основной группе пациентов бужирование пищевода с использованием струны-проводника осуществлялось с помощью бужей марки «Cook», у которых кончик струны сделан из атравматичной пружины. Применялись проводниковые размеры: 21, 27, 29, 33, 38, 42, 45 и 48 по шкале Шарьера. Бужирование проводилось в стационаре дважды с интервалом в 3 дня в течение двух недель. После выписки больные с рубцовым стенозом перешли на амбулаторное лечение. Процедуры проводили сначала раз в неделю, затем раз в две недели на протяжении 3 месяцев и далее раз в три недели до полного устранения стеноза. Каждые два месяца выполняли контрольную эзофагогастродуоденоскопию.

В контрольной группе детям выполняли бужирование пищевода, используя стандартные конические бужи размером от №15 до №40 по шкале Шарьера, применяя метод вслепую или за нить после установки гастростомы. В стационаре процедуры бужирования за нить проводились два раза в неделю до достижения необходимого для возраста диаметра просвета пищевода. После этого бужирование осуществлялось амбулаторно один раз в неделю, а затем один раз в две недели в течение полугода под контролем ФЭГДС.

Эффективность бужирования в обеих группах оценивалась по свободному прохождению фиброэндоскопа через пищевод и заживлению раневой поверхности. Перед каждой процедурой, на основании результатов эндоскопического и рентгенологического обследования с учетом диаметра и длины сужения, подбирался необходимый размер бужа. В 12 случаях, когда не удалось провести проводник через пищевод, прибегли к фиброэндоскопии. У 15 (15,8%) детей с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в комплекс терапии были добавлены антацидные препараты.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 121 пациента с РСП у 78 (64,5%) причиной ожога пищевода стала уксусная эссенция, в 38 (31,4%) случаях это был щелочной раствор, у 3 (2,5%) – случайно проглоченная круглая батарейка, а у 2 (1,6%) – неизвестное химическое вещество. В нашем исследовании короткая стриктура пищевода была обнаружена у 47 (38,8%) пациентов, шире выраженная форма наблюдалась у 64 (52,9%), и тотальные или субтотальные стенозы выявлены у 10 (8,3%).

Из 78 пациентов с РСП, возникшими после воздействия уксусной эссенции, 52 принадлежали контрольной группе, а 26 – основной. 28 (36%) детей поступили в стационар более чем через месяц после травмы. У 4 (5,1%) детей произошло перфорация пищевода во время дилатации. В контрольной группе этот случай случился у 3 (3,8%) детей, из которых двое во время слепого бужирования и один – во время бужирования за нить. В основной группе перфорация наблюдалась в одном (1,3%) случае. Два пациента, столкнувшиеся с осложнениями, были дренированы и переведены на зондовое кормление, выписавшись с положительным исходом. У одного ребенка без дренажа во время бужирования произошла микроперфорация. Кормление проводилось через желудочный зонд, что дало положительный результат.

После ожога уксусной эссенцией с развитием обширного субтотального рубцового стеноза, 21 (27%) пациенту была выполнена операция: лапаротомия и гастростомия по методу Кадера с установкой гастральной трубки, что дало положительный исход. Среди этих пациентов 18 (23%) принадлежали к контрольной группе, в то время как 3 (4%) относились к основной группе. Двое детей были переведены в клинику из других медицинских учреждений с уже установленной гастростомой, для которых был проведен процесс бужирования по струне-проводнику с успешным итогом.

Таким образом, среди детей основной группы с рубцовыми стенозами, возникшими после ожога уксусной эссенцией, лишь в одном случае произошло перфорация в верхней части пищевода, что потребовало дренирования плевральной полости и перехода на зондовое кормление. Лечение прошло успешно. В целом, результаты бужирования по струне-проводнику у детей основной группы с РСП после ожога уксусной эссенцией оказались удовлетворительными – у 98% больных осложнений не зафиксировано.

После получения щелочного ожога у 38 детей развился рубцовый стриктурный пищевод. Из них 14 детей входили в контрольную группу, а

24 - в основную. В обеих группах у 6-ти (15,8%) пациентов были зарегистрированы субтотальные рубцовые стенозы пищевода. Перфорация пищевода как осложнение наблюдалась у 4-х (10,5%) детей из контрольной группы и у 2-х (5,3%) из основной; все они имели протяженные и субтотальные стенозы и обратились в клинику через месяц после травмы.

В основной группе среди детей с рубцовыми стенозами, возникшими после щелочного ожога, бужирование по струне-проводнику оказало положительный результат в 60% случаев. В тех ситуациях, когда дилатация оказалась неэффективной, родителям рекомендовали выполнить реконструктивно-пластические операции на пищеводе, однако они отказались от операции, и бужирование продолжали. Два пациента прошли оперативное вмешательство в зарубежных медицинских учреждениях.

В трех других случаях РСП возникли после случайного проглатывания батареек. В одном случае ребенку провели бужирование с использованием нити после установки гастростомы, а двум другим – с применением струны-проводника. У пациента из контрольной группы после очередной процедуры бужирования за нить произошло перфорирование пищевода, что потребовало дренирования правой плевральной полости, но исход оказался благоприятным.

Среди всех пациентов с РСП двое детей получили ожоги от неизвестного реагента, что впоследствии привело к рубцовому стенозу пищевода. Им тоже провели бужирование за нить и с использованием струны-проводника. У одного из них были достигнуты хорошие результаты, у второго, из-за выраженного стеноза, успеха не наблюдалось. Хотя рекомендуется бужирование за нить, родители от этого предложения отказались.

Методы дилатации пищевода в исследуемых группах в зависимости от типа химического реагента представлены в таблице 3. Критерием успеха при дилатации в обеих группах считалось стойкое расширение просвета до диаметра 10–12 мм и более, что позволяло свободно проводить эндоскоп и обеспечивало нормальное прохождение контрастного вещества при рентгенографии.

Анализ исследуемых показателей показывает, что у детей основной группы количество осложнений меньше по сравнению с детьми контрольной группы. Только одному пациенту из основной группы с выраженным рубцовым стенозом была выполнена гастростомия для бужирования, в то время как остальные случаи имели положительный исход.

Обсуждение. Совершенствование методов диагностики и терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОП) и её осложнений в разные временные периоды освещаются в работах множества отечественных и зарубежных исследователей [1-14]. Мы согласны с мнением многих авторов, что респираторный стеноз появляется только у пациентов с ожогом 3-й степени [1,2,14]. Это подчеркивает важность тщательного отбора пациентов при лечении респираторного стеноза, чтобы избежать ненужного бужирования у детей с 2-й степенью ожога [1-5,9-14].

У детей, как в ранние, так и в поздние сроки после заболевания ХОП, могут возникать осложнения. К ранним осложнениям относятся отек гортани, экзотоксический шок, кровотечения и рубцовый стеноз [2,3,5,7-9,11-14]. В отдаленном периоде распространены гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и диафрагмальные грыжи [2,3,5,7-9,11-14]. В нашей группе наблюдений у 15 (12,4%) детей обеих групп были отмечены симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, что потребовало специализированного лечения с удовлетворительными результатами. Антирефлюксные операции не проводились.

В клинике детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова накоплен значительный опыт в лечении хронической обструктивной болезни (ХОП). На протяжении многих лет в этом учреждении были созданы и усовершенствованы методы диагностики и лечения ХОП у детей [5,11-13]. Ранее, из-за трудностей в различении 2-й и 3-й степеней ожога, всем пациентам с фибринозным наложением выполняли раннее бужирование пищевода. Эта тактика может быть небезопасной, приводя к перфорации органа на ранней стадии заболевания или затрудняя его восстановление, что ведет к психологической травме у ребенка [5, 11-13]. Авторы утверждают, что процесс заживления раневой поверхности при 2-й степени химического ожога может длиться до 4-6 недель, а не завершаться на 3-й неделе, как считалось ранее, при этом без грубых фибринозных налетов [5,11-13]. С 1996 года они перестали применять раннее профилактическое бужирование, ориентируясь на индивидуальный подход к детям с ХОП 3-й степени при образовании РСП [5,11-13]. Мы поддерживаем их мнение и считаем важным обеспечить полную репарацию раневой поверхности, чтобы защитить здоровье ребенка и сохранить целостность органа на ранней

стадии заболевания. Благодаря этим исследованиям мы пересмотрели свои методы лечения детей с ХОП и с 2017 года добились лучшей эффективности лечения основной группы по сравнению с контрольной.

При лечении РСП большинство исследователей предпочитают метод бужирования пищевода. В медицинской практике существует несколько техник дилатации этого органа: вслепую, через нить, с использованием металлической струны-проводника и под контролем эндоскопа. Пневмодилатация применяется реже из-за высокой стоимости расходных материалов. Каждый из методов имеет свои плюсы и минусы, что заставляет врачей использовать те техники, которые они освоили, а также учитывать доступные возможности в своих клиниках.

На сегодняшний день одним из самых современных методов является дилатация пищевода по проводнику, которую считают более безопасной и эффективной. Использование метода бужирования по струне у детей с РСП является наиболее безопасным и имеет большой потенциал для снижения частоты осложнений и достижения положительных результатов. Эта техника, как правило, не требует дополнительных хирургических вмешательств, таких как наложение гастростомы с установкой назогастральной нити для бужирования, и позволяет избежать необходимости раннего профилактического бужирования.

Заключение. Таким образом, бужирование с помощью струны-проводника позволяет более точно настраивать степень растяжения стенки пищевода, что особенно важно при наличии рубцовых стенозов. Такой метод обеспечивает минимальное травматичное воздействие на ткани, что способствует уменьшению послеоперационного дискомфорта и короткому сроку восстановления пациента. В рамках данной процедуры возможно использование различных диаметров бужей, что позволяет индивидуализировать лечение в зависимости от степени стеноза и возраста ребенка.

При применении струны-проводника врач имеет возможность контролировать процесс бужирования в реальном времени, что снижает риск перфораций и других серьезных осложнений. Технология применения и специфика манипуляций обеспечивают высокую степень безопасности, что делает данный метод особенно актуальным в детской практике, где чувствительность к вмешательствам и возможность развития осложнений требуют особого внимания.

В результате применения данного метода наблюдается значительное улучшение клинической ситуации у пациентов, что проявляется в улучшении питания и общем состоянии. Эффективность бужирования с помощью струны-проводника подтверждается многочисленными успешными случаями, что делает его одним из ведущих подходов в лечении рубцовых стенозов пищевода у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко С.И., Баиров В.Г., Щебеньков М.В., Салахов Э.С., Рыжих В.А., Нажиганов О.Н. Роль эндоскопической ультрасонографии в диагностике и лечении детей с химическими ожогами пищевода. *Эндоскопическая хирургия*. 2006; 2:10-1.

2. Alekseenko S.I., Bairov V.G., Shchebenkov M.V., Salakhov E.S., Ryzhykh V.A., Nazhiganov O.N. The role of endoscopic ultrasonography in the diagnosis and treatment of children with chemical burns of the esophagus. *Endoscopiceskaya khirurgiya* . 2006; 2:10-1.(in Russian)

3. Баиров В.Г., Щебеньков М.В., Алексеенко С.И., Салахов Э.С., Рыжих В.А., Орлов А.Е., Щеголева Н.А., Хабиб А.Р. Эндоскопическая ультрасонография в лечении детей с химическим ожогом пищевода. *Детская хирургия*. 2006;6:4-6. (in Russian)

4. BairovV. G., Shcheben'kovM. V., AlekseenkoS. I, SalakhovE. S., RyzhykhV. A., OrlovA. E., ShchegolevaN. A., KhabibA. R. Russ. Endoscopicultrasonography in the treatment of children with chemical burns of the esophagus. *Detskaya khirurgiya*. 2006;6: 4-6. (in Russian)

5. Бочарников Е.С., Пономарев В.И., Шевчук В.И., Романчук О.В. Оказание медицинской помощи детям с химическими ожогами и их последствиями. *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии*. 2011;1: 48-50.

6. Bocharnikov E.S., Ponomarev V.I., Shevchuk V.I., Romanchuk O.V. Providing medical care to children with chemical burns and their consequences. *Rossijskij vestnik detskoj xirurgii anesteziologii i reanimatologii*. 2011;1:48-50. (in Russian)

7. Ормантаев К.С., Турсунов К.Т., Мырзахмет С.А., Сагимбаева А.А. Рациональный выбор тактики консервативного и хирургического лечения химических ожогов пищевода у детей. *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии.* 2016; VI(3): 35-9.

8. Ormantaev K.S., Tursunov K.T., Myrzakhmet S.A., Sagimbaeva A.A. Rational choice of tactics for conservative and surgical treatment of chemical burns of the esophagus in children. *Rossijskij vestnik detskoj xirurgii anesteziologii i reanimatologii*. 2016;VI (3): 35-9. (in Russian)

9. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Обыденнова Р.В., Куликова Н.В. Лечение химических ожогов пищевода у детей. *Хирургия*. 2012:1: 43-Razumovsky A.Yu., Geraskin A.V., Obydennova R.V., Kulikova N.V. Treatment of chemical burns of the esophagus in children. *Khirurgiya*. 2012;1:43-8. (in Russian)

10. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Базаров Б.Б., Суванкулов У.Т. Лечение ожогов пищевода и их осложнений у детей. *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии.* 2011;1: 60-4.

11. Shamsiev A.M., Atakulov D.O., Bazarov B.B., Suvankulov U.T. Treatment of burns of the esophagus and their complications in children. *Rossijskij vestnik detskoj xirurgii aneste̊ziologii i reanimatologii*. 2011;1:60-4. (in Russian)

12. Воронецкий А.Н. Эндоскопия в лечение детей со стриктурой после химического ожога. *Эндоскопическая хирургия*. 2018;3:33-7. https//doi.org/10.17116/endoskop201824333

13. Кожевников В.А., Полухин Д.Г., Лепилова А.В., Смирнов А.К. Сравнительная оценка лечения химических ожогов пищевода у детей жирогормональной смесью и лекарственной смесью на основе полимера ретенкура. *Детская хирургия*. 2008;1:4-7.

14. Kozhevnikov V.A., Polukhin D.G., Lepilova A.V., Smirnov A.K. Comparative evaluation of the treatment of chemical burns of the esophagus in children with a hormonal fat mixture and a medicinal mixture based on the retencourt polymer. *Detskaya khirurgiya*. 2008;1:4-7. (in Russian)

15. Huang Y.C., Hi Y.H., Lay H.S., Chang M.H. Corrosive esophagitis in children. *Paediatric Surgery*. 2004; 20: 207-10.

16. Lamireau T., Rebouissoux L., Denis D., e.a. Accidental caustic inge̊stion in children: Is endoscopy always mandatory? *Ped. Gaste̊roenterol. Nutr*. 2001; 33:81-4. (in Russian)

17. Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Степанов Э.А, Захаров А.И. Качество жизни пациентов после колоэзофагопластики, выполненной в детском возрасте. *Хирургия*. 2002; 5:48-54.

18. Bataev S.M., Razumovsky A.Yu., Stepanov E.A., Zakharov A.I. Quality of life of patients after coloesophagoplasty performed in childhood. *Khirurgiya.* 2002;5:48-54. (in Russsian)

19. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Батаев С.М., Алхасов А.Б., Рачков В.Е., Митупов З.Б. Пластика глотки и пищевода у детей. Эволюция методов. *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии*. 2011;1:13-24. (in Russian)

20. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Батаев С.М., Чумакова Г.Ю., Задвернюк А.С. Пластика пищевода желудком или колоэзофагопластика у детей? Сравнительный анализ результатов лечения. *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии.* 2018 г. 8(4): 4:22-33.

21. Razumovsky A.Yu., Alkhasov A.B., Bataev S.M., Chumakova G.Yu., Zadvernyuk A.S. Plastic surgery of the esophagus with the stomach or colon esophagoplasty in children. Comparative analysis of the results of treatment. *Rossijskij vestnik detskoj xirurgii aneste̊ziologii i reanimatologii*. 2018; 8(4): 22-33. (in Russian)

22. Kamijo, Y. Kondo I., Soma K. Alkaline Esophagitis Evaluated by Endoscopic Ultrasound. *Clinical Toxicology*. 2001;36(6): 623-5. (in Russian).

ИЗОЛИРОВАННЫЙ ДЕФИЦИТ 17, 20-ЛИАЗЫ КАК ВАРИАНТ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Шайдуллина М.Р. ORCID: 0000-0002-2783-5769
ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ
ФГБУ ВО «Казанский ГМУ Минздрава России», г. Казань, Россия

Актуальность. Нарушение формирования пола (НФП)– группа заболеваний, проявляющаяся различными несоответствиями в системе биологического пола, распространенность которых составляет 1 случай на 4500-5000 новорожденных [1]. Это не только испытание для семьи, в которой родился ребенок с данной патологией, но и вызов для специалиста, курирующего пациента, поскольку требует от врача высокого уровня информированности как о процессах, лежащих в основе заболевания, так и современных возможностях коррекции нарушений. Взаимодействие с пациентами с НФП осуществляется командой специалистов, в обсуждении участвуют урологи, гинекологи, детские эндокринологи, неонатологи, генетики, психологи, при необходимости - социальные работники. Своевременное выявление проблемы, конкретизация нозологической формы заболевания позволяют выбрать оптимальную тактику ведения. Дефицит 17α-гидроксилазы/17,20-лиазы - редкий вариант НФП, в основе которого лежит нарушение стероидогенеза в коре надпочечников и гонадах – снижение синтеза кортизола, половых стероидов и избыточной продукцией минералокортикоидов, что, как правило, проявляется низкорениновой артериальной гипертензией, сексуальным инфантилизмом у девочек и неоднозначными или женскими гениталиями у мальчиков.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая нарушения формирования пола в результате редкого моногенного заболевания - дефицита 17α - гидроксилазы /17,20- лиазы.

Материал и методы исследования. Проанализированыистория болезни, амбулаторная карта и медицинские карты стационарного больного.

Результаты исследования и их обсуждение. Девочка в возрасте 15 лет 10 месяцевобратилась за медицинской помощью с жалобами на отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что пациентка рождена от близкородственного брака (родители – двоюродные брат с сестрой), старшие дети в семье (сестра (20 лет), брат (17 лет) - здоровы, у сестры есть ребенок. В возрасте 1 года пациентка перенесла оперативное вмешательство по поводу двусторонней паховой грыжи. При осмотре рост155 см (SDS роста -1,19); индекс массы тела (ИМТ) 19,15 кг/кв.м. SDS ИМТ - 0.50; ЧСС 82 в минуту, АД: 100/60 мм.рт.ст**,** соматический статус – без особенностей, наружные половые органы: сформированы по женскому типу, половая формула (по Таннеру): MaI, PI, Me отсутствуют.Рентгенография кистей свидетельствовала о значимом отставании костного возраста – 8 лет 10 месяцев по радиографическому атласу Greulich&Pyle. При обследовании выявлены признаки гипергонадотропногогипогонадизма (ЛГ 21,4mIU/ml, ФСГ16,2mIU/ml), при ультразвуковом исследовании (УЗИ) в полости малого таза матка и яичники не обнаружены, ребенок кариотипирован, получено заключение: кариотип 46XY. Уровень Ингибина В (272,5 пг/мл) говорил о присутствии в организме тестикулярной ткани. Поиск гонад с помощью УЗИ позволил локализовать их в нижней трети паховых каналов, справа размерами 2,5х1,2х0,8 см, слева- 2,5х1,4х0,8 см**.**

Произведена двусторонняя гонадэктомия, гистологическое исследование удаленной ткани дало следующие результаты: незрелая ткань яичек, образованной семенными канальцами без признаков сперматогенеза, окруженной фиброзной оболочкой, к которой прилежат структуры придатков яичек, образованные протоками, выстланными цилиндрическим эпителием

Выполнено молекулярно-генетическое исследование (NGS, ФГБУ «НМИЦ эндокринологии Минздрава России», финансирование – программа «АльфаЭндо» благотворительного фонда «Культура благотворительности»): в гене CYP17A1(NM_000102.4) в 6 экзоне обнаружен ранее описанный в литературе вариант (HG38, chr10:102832554C>T,c.1096G>A) в гомозиготном состоянии, приводящий к аминокислотной замене p.Val366Met с глубиной покрытия 194х (rs1347586947). Нарушение стероидогенеза было подтверждено результатами оценки стероидного спектра крови: выявлено снижение уровня глюкокортикоидов, андрогенов и повышение концентрации субстратов с минералкортикоидным действием (кортикостерон 208,0 ↑ нмоль/л (норма 1-50,0); дезоксикортикостерон 3,81 ↑ нмоль/л (норма 0,0-1,0); прегненолон 94,0 ↑ нмоль/л (норма 0-7,0); прогестерон 7,3 ↑ нмоль/л (норма 0-1,5); тестостерон менее 0,15↓нмоль/л (норма 0.30-2,5); кортизон12 ↓ нмоль/л (норма 17-84); дегидроэпиандростерон 0,4 ↓ нмоль/л (норма 4-50,0)**;** андростендион 0,07 ↓нмоль/л (норма 0.8-9.0). Несмотря на отсутствие признаков артериальной гипертензии и нормокалиемию при рутинном обследовании, проведенном ранее, результаты молекулярно-генетического исследования и повышение концентрации минералкортикоидовв крови потребовали более пристального внимания к ситуации: проведено суточное мониторирование артериального давления: гипертоническая нагрузка не выявлена; оценены уровни ренина (прямое определение) 53,1 мкМЕ/мл (норма 2,8-39,9); неоднократно - электролитный состав крови (Калий 3,8 - 4,55 ммоль/л). Отсутствие признаков малигнизации при гистологическом исследовании удаленных гонад, клинико-лабораторных симптомов повышения минералокортикоидной активностипозволило инициировать изолированную заместительную гормональную терапию препаратами эстрадиола. В плане - проведение кольпоэлонгации после достижения удовлетворительной эстрогенизации.

Обсуждение. Термин «нарушение формирования пола» (НФП) или Disordersofsexdevelopment (DSD) признан наиболее уместным для описания несоответствий в системе биологического пола человека. В основе классификации, принятой в 2006 году и актуальной до настоящего времени, лежит определение генетического пола пациента. Результаты цитогенетического исследования позволяют выделить 3 основных варианта патологии: отклонения у пациентов с кариотипом 46XY, 46XX и сексхромосомные нарушения, при которых регистрируются различные аномального кариотипа [2]. Дальнейшая детализация предполагает определение уровня нарушений развития репродуктивной системы [3]. Причинами НФП 46XY может быть патология формирования тестикул, нарушение синтеза или действия андрогенов.Нарушение синтеза тестостерона отмечается в том числев случае редких вариантоврожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) – congenitaladrenalhyperplasia (САН), моногенного заболевания с аутосомно-рецессивным типом наследования, приводящих к

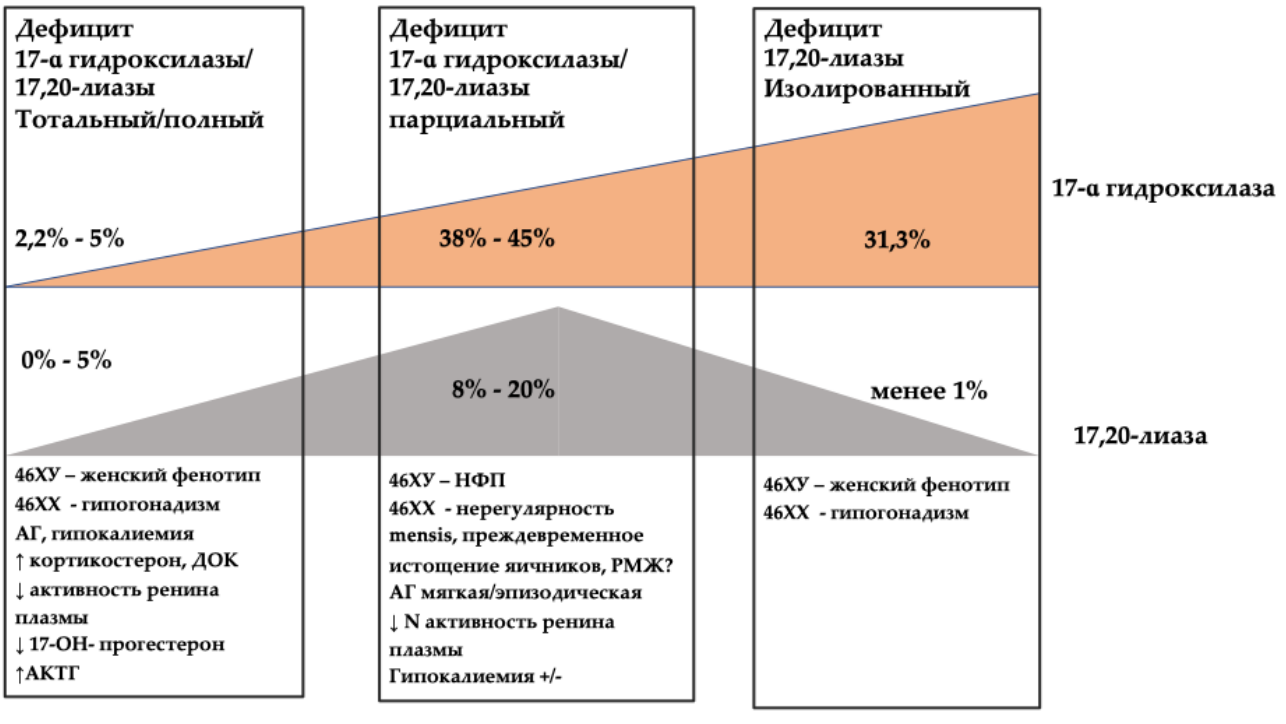

Рисунок 1. Клинические проявления дефицита 17α-гидроксилазы/17,20-лиазы в зависимости от активности ферментов

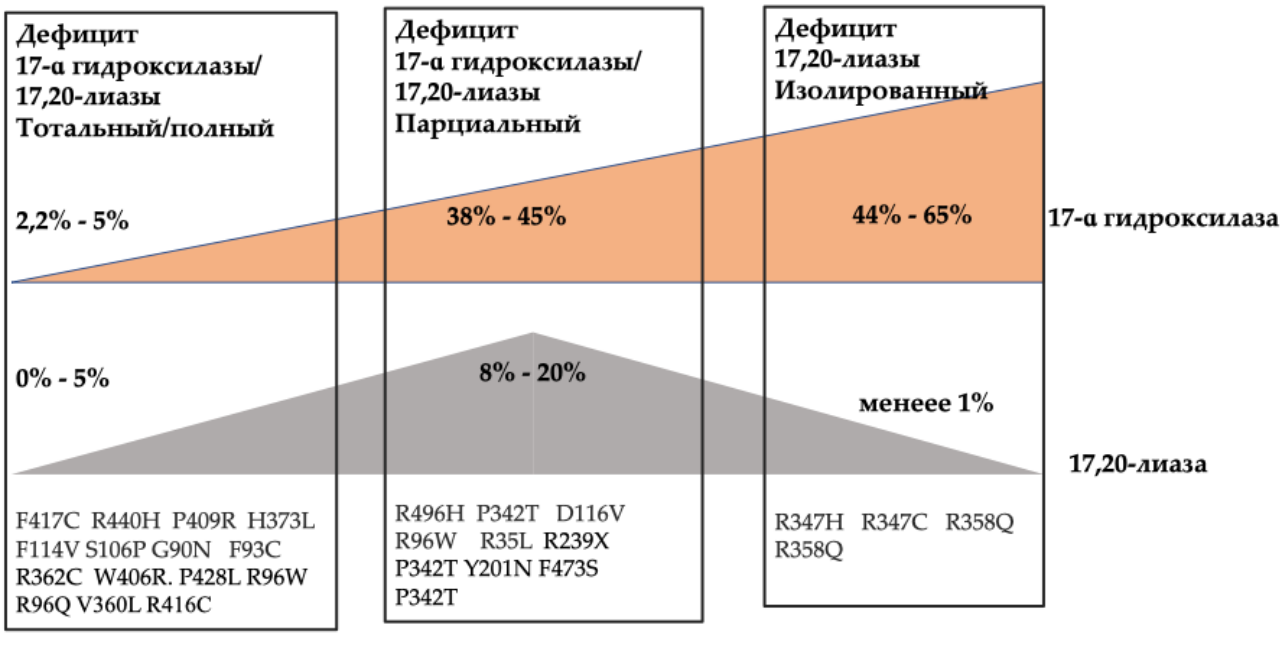

Рисунок 2. Генотип - фенотипическая корреляция при дефиците 17α-гидроксилазы/17, 20-лиазы

нарушению стероидогенезакак в надпочечниках, так и в гонадах. Одним из таких вариантов является дефицит 17α-гидроксилазы/17,20-лиазы, развивающийся в результате патогенного варианта локуса CYP17A1 на длинном плече 10-й хромосомы (10q24.32). Ген отвечает за активность двух ферментов, участвующих в синтезе глюкокортикоидов (17α-гидроксилаза) и андрогенов (17,20-лиаза). У пациентов с кариотипом 46XY в связи нарушением синтеза тестостеронав процессе эмбриогенезаформируется неправильное или женское строение наружных гениталий. При наличии 17α-гидроксилазного дефицита за счет повышения синтеза субстратов с минералкортикоидной активностью на фоне стимуляции надпочечников со стороны гипоталамо-гипофизарных структур появ-

ляется высокорениновая артериальная гипертензия и гипокалиемия (Рисунок 1). Лечение заключается в назначении препаратов глюкокортикоидов и половых стероидов в соответствии с выбранным паспортным полом [4,5].

Заболевание впервые описаноBeglieri E. G.etal. в 1966г. у пациентки с артериальной гипертензией, гипокалиемией, отсутствием вторичных половых признаков (молочных желез, полового оволосения) и первичной аменореей [6]. Накопленная на сегодняшний день информация позволяет говорить о расовой специфичности мутаций локуса CYP17A1и наличии фенотип-генотипической корреляции при данной патологии [5,7]. До настоящего времени известно около140 мутаций, некоторые из них приводят к изолированной 17,20-лиазной недостаточности (Рисунок 2). В этом случае актуальным является только нарушение синтеза андрогенов без повышения минералкортикоидной активности. При выборе женского паспортного пола у пациента с мужским кариотипомпроизводится двусторонняя гонадэктомия и инициируется терапия препаратами эстрадиола. Однако описаны единичные случаи поздней манифестациидефицита 17α-гидроксилазы и необходимости подключения к лечению препаратов глюкокортикоидов в процессе динамического наблюдения за пациентами [8].

Выводы. В статье представлен клинический случай редкой формы ВДКН, проявляющейся главным образом несоответствиями в системе биологического пола у пациентов с кариотипом 46XY – изолированный дефицит 17,20-лиазы. Верификация диагноза стала возможной только в результате применения молекулярно-генетического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sax L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res.* 2002;39:174–178.

2. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA: Consensus Statement on Management of In-tersex Disorders. International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics 2006;118:E488–E500

3. Mary García-Acero, Olga Moreno, Fernando Suárez, and Adriana Rojas Disorders of Sexual Development: Current Status and Progress in the Diagnostic ApproachCurr Urol. 2020 Jan; 13(4): 169–178.

4. Тюльпаков А.Н., Калинченко Н.Ю., Калинченко С.Ю., Рожинская Л.Я., Платонова П.М., Гончаров Н.П., Колесникова Г.С., Петеркова В.А., Петер М., Зиппель В. Клиническая, гормональная и молекулярно-генетическая характеристика больных с недостаточностью Р450с17 (17а-гидроксилаза/17,20-лиаза). Проблемы Эндокринологии. 2001;47(1):20-25.

5. Zhang Y, Yuan Y. Genetic diagnosis and clinical analysis of 17α-hydroxylase/17, 20-lyase deficiency combined with type 2 diabetes mellitus: A case report. Medicine (Baltimore). 2023 Dec 29;102(52):e36727. doi: 10.1097/MD.0000000000036727. PMID: 38206738; PMCID: PMC10754554.

6. BeglieriE. G., Herron M. A., Brust N. // J. clin. Invest. — 1966. - Vol. 45. - P. 1946-1954.

7. https://www.omim.org/entry/202110

8. Miller WL. The syndrome of 17,20 lyase deficiency. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Jan;97(1):59-67. doi: 10.1210/jc.2011-2161. Epub 2011 Nov 9. PMID: 22072737; PMCID: PMC3251937

METHOD FOR OPTIMIZING DIAGNOSIS OF UROLITHIASIS IN CHILDREN DEPENDING ON BIOCHEMICAL AND MOLECULAR GENETIC STATUS

Yusupov Sh.A., Shamsiyev J. A.,
Pulotov P. A., Zufarov A. A., Daniyarov E.S.
Yusupov ShuxratAbdurasulovichORCID: 0000–0001–7259–028X
Samarkand State Medical University, Samarkand ,Uzbekistan

Throughout the world, in recent years, epidemiological studies show that there has been a significant increase in the incidence of diseases of the urinary system in children. Because up to 40% of children are diagnosed incidentally (eg, after a first or recurrent urinary tract infection) due to a high proportion of nonspecific symptoms, the exact incidence may be underestimated.

Today, the increasing incidence of urolithiasis (UCD), especially among children, insufficient knowledge of pathogenetic mechanisms, clinical features, frequent relapses and complications necessitate the need to improve early diagnosis and surgical tactics of urolithiasis remain the object of constant study by researchers.

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of an optimized method for diagnosing urolithiasis in children depending on the genetic status

of the patient.

Materials and methods of research. We examined 128 children treated at the Specialized Children's Surgical Clinic (SDHC) of Samarkand State Medical University (chief physician - Professor Zh.A. Shamsiev) from 2015 to 2020, aged 4–16 years (average age 13.4±0 ,8 years old), of which there were 81 boys, 47 girls.

Table 1 shows the main clinical signs of urolithiasis.

Table 1

Clinical symptoms of urolithiasis

Symptoms	Numberofpatients	
	n	%
Painsyndrome	102	79,7
Worry, cry	31	24,2
Nausea	56	43,8
Vomit	36	28,1
Temperature increase	51	39,8
Intoxication	42	32,8
Weakness	46	35,9
Dysuria	32	25,0
Hematuria	43	33,6
Proteinuria	53	41,4
Acute urinary retention	5	3,9
pain on palpation throughout the abdomen	24	18,8
In the lumbar region	41	32,0
In the lower abdomen	16	12,5

As can be seen from the data given in table 1, the clinical manifestations of urolithiasis in children are very variable. All 128 patients underwent a comprehensive clinical and laboratory examination.

Based on the location of the stones, it was determined: kidney stones in 33 patients (on the left - 12, on the right - 18, on both sides - 3); ureteral stones in 16 patients (in/3 ureter – 2, in/3 ureter – 3, in/3 ureter – 11); bladder stones in 24 patients; multilocal urolithiasis in 20 patients.

A combination of urolithiasis with developmental anomalies of the urinary system was identified in 22 children.

When diagnosing urolithiasis, risk groups are identified such as children with prolonged leukocyturia and hematuria, with complaints of abdominal pain. Urolithiasis occurs among such children. As a result of an ultrasound examination in children with the listed complaints, stones are identified in the organs of the urinary system. A calculus in the ureter cannot be determined by ultrasound examination, but dilation of the renal collecting system can be detected. Them ainplace in establishing the diagnosis of urolithiasis hasan X-ray examination: excretory urography and plain radiography.

A plain radiographcanreveal shadows of stones. Some stones - urate, cystine, protein, cholesterol stones - donotappearon x-rays because they are x-ray negative. An excretory urogram candetermine the presence of a stone in the urinary system, the position, degree of patency of the ureters, the condition of the pyelocaliceal system, the presence of malformations of the kidney sand ureters.

The patients under went the necessary preoperative preparation, the duration of which depended on the location and number of stones, the presence of obstruction and morphological change sin the kidneys.

Surgical treatment was carried out in stages. The choice of each method of surgical treatment depended on the localization of the process, concomitant diseases, the function of the opposite kidney and the general conditionof the patients. When congenital malformations of the urinary system were identified,

Table 2

Types of surgical interventions performed in patients with urolithiasis

Types of surgical treatment	Quantity
Pyelolithotomy	20
Nephrolithotomy	7
Nephroureterectomy	3
Ureterolithotomy	9
Epicystolithotomy	7
PUS plastic surgery on the left with end-to-end anastomosis on a universal intraoperative stent. Pyelolithotomy	4
Dissection of the embryonic commissure. Pyelolithotomy	2
Dissection of the aberrant vessel. PUS. Posteriorpyelolithotomy	6
Dissection of the aberrant vessel. Excision of the cyst of the lower pole of the right kidney. Posterior pyelolithotomy	1
Installation of a transurethral stent n/3 of the ureter for stones of the intramural ureter	4
Intraoperative installation of stent no. 3 of the ureter for stone no. 3 of the ureter	4
Total number of operations	67

reconstructive operations were performed on the intervention side. Incase of multilocalurolithiasis, the kidney with more pronounced morphofunctional changes was subjecttoprioritysanitation.

67 patients under went the following surgical interventions, presented in Table 2.

Clinical research methods: patients' complaints, anamnesis (family, hereditary diseases), objective examination data, surgical findings, course of the postoperative period, postoperative complications were taken into account.

Laboratory research methods carried out at the SDHC of Samarkand State Medical University: a general analysis of blood and urine was examined in all 128 patients in a clinical laboratory using standard methods.

In 128 people, a comprehensive biochemical blood test was performed, including the assessment of various elements, including calcium, phosphorus, alkaline phosphatase, creatinine, residual nitrogen, urea and total protein levels. This examination was supplemented by a complete urine analysis, Zimnitsky test, qualitative and quantitative assessment of urine contents, as well as microbial examination of urine.

For microbial analysis of urine, cultivation on enrichment medium was carried out according to the method described by Gold. To identify the coccus culture, the accumulative medium was subcultured onto yolk-salt agar, Endo agar, and Saboure's medium. During the bacteriological examination of urine, the sensitivity of microbial strains to antibacterial drugs was also determined.

Instrumental research methods: Additionally, a number of instrumental research methods were used, including ultrasound echography (ultrasound), survey and excretory urography, and computed tomography.

Molecular genetic analyzes were carried out in the genomics laboratory of the Institute of Bioorganic Chemistry of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan (AS RUz). Blood samples were collected from children with urolithiasis and healthy children. Selection was made with the consent of the probands. The blood collection procedure involved collecting 1 ml of venous blood mixed with 0.5 ml sodium citrate and stored at -200C. For DNA extraction, 1 ml of venous blood from the antecubital vein was used, stored in vacutainers or disposable plastic tubes with 0.5 ml of anticoagulant and stored at a temperature not lower than +4°C.

Research results. Treatment of patients with bilateral urolithiasis has always been one of the difficult tasks of urology. The most important points determining the effectiveness of treatment are the correct choice of volume and determination of the stages of surgical treatment. The difficulty of choosing surgical treatment tactics is due to various morpho-functional changes in one or both kidneys, the severity of the patient's condition, and disturbances in homeostasis parameters.

Our studies showed that ultrasound was the most informative for identifying kidney and bladder stones and at the same time made it possible to determine the location, size of the stone, as well as the presence of enlargement of the renal parenchyma and changes in the renal parenchyma. With multiple small stones in the kidney, especially in the presence of a purulent process, the diagnostic ability of ultrasound sharply decreased. The disadvantage of this method is also that it is not very informative when diagnosing ureteral stones.

The information content of survey urography for bilateral urolithiasis turned out to be quite high and made it possible to diagnose stones both in the kidneys and in the urinary tract. However, OU does not show the spatial location of a kidney stone.

A mandatory method for examining patients with bilateral urolithiasis is excretory urography (EU). ES made it possible to determine renal function, transformation of the lumbar system, and deformation of the ureters.

The most informative research method for diagnosing bilateral urolithiasis was CT, which allows you to obtain accurate data on the topography of stones and their sizes. The disadvantage of the method is the presence of X-ray radiation and the high cost of the study.

Laboratory tests revealed calculous pyelonephritis in all 82 patients. According to the results of bacteriological studies, 72.7% were diagnosed with a monoinfection with a predominance of Escherichia coli (43.9%). In 13.9% of cases, a microbial association was detected. In 13.7% of patients, microorganism growth was not observed.

Thus, the diagnosis of ICD should be based on the results of a comprehensive examination. Mandatory research methods are clinical laboratory, biochemical, bacteriological studies, ultrasound, survey and excretory urography. CT should be performed when the information content of urographic research methods is low. Due to the presence of X-ray radiation, it is necessary to approach the indications for performing CT scans in children of a younger age group with caution. The main diagnostic sign is the presence of a stone in the urinary tract. Other

signs are: leukocyturia, pain, proteinuria, hematuria, bacteriuria, dysuria.

A significant correlation (p = 0.02) was found between the “f” allele using a dominant model (including Ff and ff genotypes) among IBC patients compared with controls.

This study shows that specific genetic variations in urokinase gene polymorphisms, especially 3'-UTR T/C, influence the identification of susceptibility to childhood urolithiasis among the population of Uzbekistan. The use of genetic markers, such as T/T and C/T genotypes, allows early identification of individuals at risk of developing IBC, even before clinical or biochemical indicators appear. This can greatly benefit preventive measures and improve quality of life.

The advantage of the molecular genetic method for predicting ICD using genetic markers is that predisposition to this disease can be established in the absence of any clinical or biochemical manifestations, i.e. at the earliest preclinical stage of pathology development, which will facilitate targeted preventive measures and improve the quality of life of these patients.

Conclusions.

1. For congenital anomalies of the urinary system, such as ureteral stenosis, vesicoureteral reflux, ureterocele, etc., as well as metabolic imbalance associated with the formation of stones, a personalized multidisciplinary treatment strategy is required, requiring the cooperation of various specialists, including urologists, endocrinologists , gastroenterologists, nutritionists, geneticists, and pediatric surgeons.

2. The results indicate that variants in four genes (VDR, urokinase, interleukin-1 and osteopontin) influence the susceptibility that leads to the development of ICD.

3. In the Republic of Uzbekistan, genetic markers indicating a predisposition to urolithiasis in children were identified within the Ff+ff genotypes of the VDR gene, T/T and C/T of the urokinasegene, C/C of interleukin-1 and G/G of the osteopontin gene. Thus, it is advisable to integrate genotype testing into comprehensive ICD prevention plans in Uzbekistan.

BIBLIOGRAPHY

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Константинова О.В., Сломинский П.А., Тупицына Т.В. Калиниченко Д.Н. Ассоциация мочекаменной болезни у пациентов с различными состояниями семейного анамнеза по уролитиазу с полиморфизмами его кандидитных генов в российской популяции // Экспериментальная и клиническая урология 2014;(3):50-52.

2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Константинова О.В., Сломинский П.А., Тупицына Т.В. Калиниченко Д.Н. Связь одностороннего и двустороннего уролитиаза с генетическими факторами // Экспериментальная и клиническая урология 2015;(2):68-70.

3. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А. Лечение мочекаменной болезни – комплексная урологическая проблема // ConsiliumMedicum. Урология. 2003. С. 18–22.

4. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003–2013 гг. // Экспериментальная и клиническая урология. 2015. №2. С. 3–7.

5. Икромов Т.Ш. и соавт. Состояние почечной гемодинамики у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек. // Ульяновский медико-биологический журнал, №1, 2017. С. 58-66.

6. Черепанова Е.В., Дзеранов Н.К. Факторы риска развития мочекаменной болезни у детей (обзор литературы). // Consiliummedicum, Том 11, №7, с. 23-28.

7. Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А. Анализ факторов развития уролитиаза у детей// Еразийский вестник педиатра. -2019. -№3(3). -С. 37-45.

8. Шамансурова Э.А., Абдуразакова Ш.А. Промотеры и ингибиторы камнеобразования в мочевыделительных путях у детей// Проблемы биологии и медицины. -Самарканд. -2020. - №3(119). -С. 218-220.

9. Zhang W. Total fluid intake, urination frequency and risk of bladder cancer: a population-based case-control study in urban Shanghai. // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. - 2020. - T.31. - №10.- P.1120-1124.

10. Skolarikos A., Straub M., Knoll T. et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines // Eur. Urol. 2015. Vol. 67. №4. P. 750–763.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА И ПИТАНИЯ

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.
ГУ «Республиканский научно- клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Ухудшение здоровья детей, является результатом многих факторов, но в основе лежит истощение компенсаторных возможностей и адаптационных систем организма. Одной из наиболее частой которого является дефицит железа [2,3] Среди всех анемий удельный вес железодефицитной анемии составляет 70–80%. По данным ВОЗ, железодефицитная анемия выявляется у 1,8 миллиарда обитателей нашей планеты, а дефицит железа определяют у каждого третьего жителя земли (3,6 млрд. человек). Согласно данным Национальных исследований 2017г. в Таджикистане в целом, 42% детей страдали от анемии. Двадцать четыре процента детей имели легкую анемию, 17% умеренную, а 1% тяжелую анемию. Анемия более распространена среди детей младше 24 месяцев, чем среди детей старшего возраста, причем она наиболее распространена среди детей в возрасте 12-17 месяцев (66%). Распространенность анемии варьирует в зависимости от региона: от 25% в Душанбе до 62% в ГБАО. По другим характеристикам большой разницы не имеется, однако, анемия встречается реже среди городских детей, чем среди детей из сельской местности (34% и 44%, соответственно). Причем, в современных условиях, ведущими факторами риска зачастую являются социально-гигиенические условия, питание и образ жизни детей. К развитию ЖДА в раннем детском возрасте могут привести и такие причины, как хронические микрокровопотери из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, при вскармливании смесями, изготовленными на коровьем молоке), снижение абсорбции железа вследствие воспалительных и иных заболеваний ЖКТ, зараженность кишечными паразитами [4]. Для формирования ЖДА на протяжении всей жизни ребенка большое значение имеет дефицит алиментарного железа. Особенно велико значение этого фактора в грудном и раннем возрасте. К моменту удвоения массы тела ребенок почти полностью расходует запасы железа, полученные от матери, и становится абсолютно зависимым от количества железа, поступающего с пищей[2]. Алиментарный дефицит железа может развиваться при избытке в пище оксалатов, пектина, лигнина, танина, щелочной реакции воды. При алиментарной недостаточности имеет значение не только недостаточное поступление железа с пищевыми продуктами, но и низкое потребление белка. Необходимо помнить о значении подобных нарушений для развития малокровия у детей из семей с низким социальным статусом, вегетарианцев [1, 5].

Цель исследования. Диагностика и комплексное лечение детей с железодефицитной анемией.

Материал и методы исследования. Проведено исследованиедиагностики и лечение 67 детей больных ЖДА в возрасте 5-14 лет г.Душанбе. Из них 43 (64%) детей страдающих ЖДА тяжелой степени и 24 (36%) с анемией средней степени тяжести.С целью выявления влияние рациона питания на возникновение железодефицитной анемии, нами использованы статистические данные о производстве и употреблении основных продуктов питания на душу населения в год. Существуют данные, свидетельствующие о том, что при насыщении организма железом его резорбция прекращается по принципу обратной связи. Данные по безопасности, полученные во время клинических исследований препарата железа на основе гидроксида Fe (III) с полимальтозой, свидетельствуют о более низкой частоте побочных эффектов по сравнению с солевыми препаратами железа. В редких случаях отмечалось чувство переполнения желудка, давления в эпигастрии, тошнота, диарея или запор. Так, в многочисленных рандомизированных исследованиях было показано, что лечение препаратами Fe (III)–ГПК переносилось значительно лучше, чем солевыми препаратами железа (сульфат железа, фумарат железа), что подтверждалось меньшей частотой побочных эффектов со стороны желудочно–кишечного тракта. Суточные терапевтические дозы пероральных солевых препаратов железа при лечении ЖДА у детей предложены экспертами ВОЗ (WHO, 1989): для детей до 3 лет – 3 мг/кг/сутки элементарного железа; для детей старше 3 лет – 45–60 мг/сутки элементарного железа; для подростков – до 120 мг/сутки элементарного железа. У детей до 5 лет латентный дефицит железа выявлялся преимущественно при уровне гемоглобина 110—119 г/л, у 48% детей, в более старшем возрасте при уровне 120—129 г/л, у 63,7% детей в возрасте 3—7 лет и 47,4% детей 7—14 лет. В общей группе детей с латентной сидеропенией у 70,5% уровень гемоглобина колебался

от 110 до 129 г/л. Эти данные свидетельствуют о том, что оптимальным уровнем гемоглобина для детей до 10 лет следует считать уровень выше 120 г/л, а для детей старше 14 лет — выше 130 г/л (13г%). При использовании препаратов Fe (III)–ГПК суточная доза для детей раннего возраста составляет 3–5 мг/кг массы. Этим критериям в наибольшей степени отвечают препараты железа на основе ГПК – Феррум Лек, Мальтофер.

Нами проведено изучение эффективности и переносимости препарата Феррум Лек при различных стадиях ЖДС у 43 детей, страдающих ЖДА тяжелой степени и 24 с анемией средней степени тяжести. Пациенты получали гидроксид – полимальтозный комплекс железа (III) – препарат Феррум Лек в форме сиропа, который применяли по следующей схеме:

- при железодефицитной анемии (ЖДА) – из расчета 5 мг/кг/сутки;
- при латентном дефиците железа (ЛДЖ) – из расчета 2,5 мг/кг/сутки.

Препарат давали 2 раза в день перед едой, запивая соком. Детям страдающим ЖДА легкой степени железосодержащий препарат не назначали, коррекцию дефицита железа производили изменением рациона питания с включением пищевых продуктов высоким содержанием железа. В тех случаях, когда использовался железосодержащий препарат коррекция питания производилась с учетом обогащения организма трехвалетным железом. Дегельминтизацию проводили препаратом Албенидазол (400мг)

Результаты исследования и их обсуждение. У детей, на фоне проведенного лечения и коррекции питания с тяжелой ЖДА более чем на 50% уменьшились проявления исчерченности ногтей и сухости кожи. Нормализацией диеты не всегда удается полностью компенсировать дефицит железа, зачастую на фоне коррекции питания приходится прибегать к медикаментозной коррекции дефицита Fe. Расчет лечебной дозы любого препарата железа должен проводиться только по элементарному (активному) железу. Установлено, что показатели обмена сывороточного железа при железодефицитной анемии более глубоко изменяются у детей раннего возраста. У детей старше 3 лет содержание сывороточного железа и коэффициент насыщения трансферрина, как правило, более высокие. Как раннее, нами было отмечено, показатели периферической крови у детей с латентным дефицитом железа практически не отличались от таковых у здоровых детей.

В тех случаях, когда возникала необходимость в проведении коррекции дефицита железа в организме, мы основывались на ряд факторов; возраст, пол ребенка, причина анемии, уровень Hb, соматическое и эмоциональное состояние ребенка. По рекомендации ВОЗ, детям следует проводить 3 - 6 - месячные курсы суплементации (восполнения) дефицита железа. В процессе подбора профилактической или лечебной дозы железа содержащего препарата, мы использовали формулу:

$$\text{Суточное количество препарата} = \frac{\text{Терапевтическая суточная доза } Fe^{++}}{\text{Количество } Fe^{++} \text{ в препарате}}$$

Всем детям, уровень Hb, которых был ниже 10,0 г/л проводилась коррекция питания, в сторону увеличения приема в пищу железосодержащих препаратов. Максимальное количество железа, которое может всосаться из пищи в желудочно-кишечном тракте, — 2 г в сутки. Железо из продуктов животного происхождения всасывается в

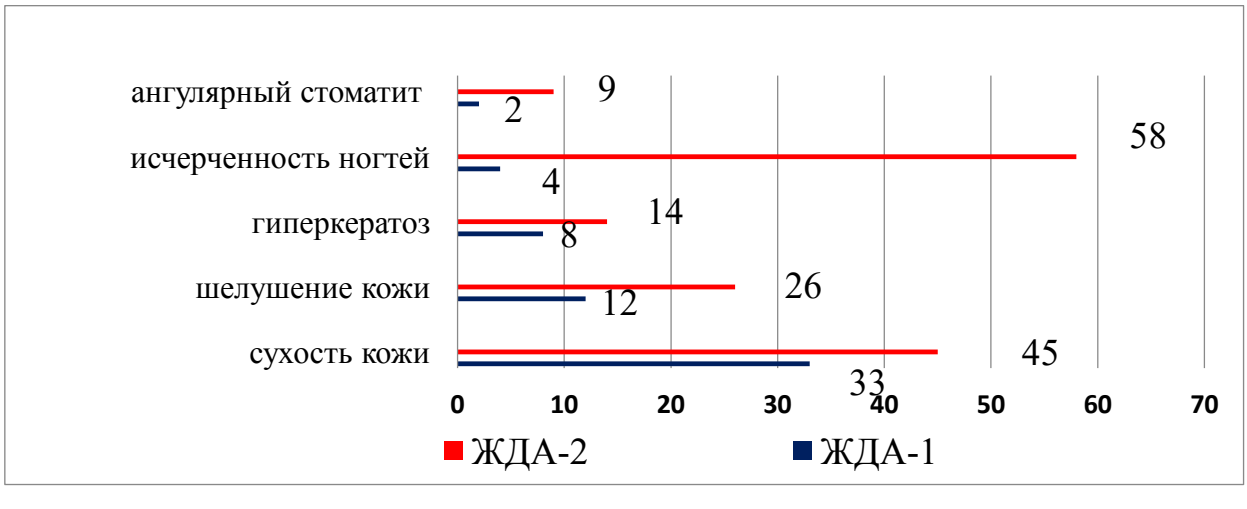

Рис. 1 Клинические проявление анемии до лечения и коррекции питания в %.

Таблица 1

Показатели красной крови до и после лечения препаратом Феррум Лек

Возраст	Основные показатели	До приема препарат Феррум Лек	После приема препарат Феррум Лек
от 5-х до 14-и лет	Гемоглобин	от 100 г/л до 108 г/л	от 125 г/л до 132 г/л
	Количество эритроцитов	От 2,8*10^{12}/л до 3,2*10^{12}/л	от 4,0*10^{12}/л до 4,2*10^{12}/л
	Цветной показатель	от 0,8 до 0,9	0,9

Таблица 2

Уровень гемоглобина и ферретина у детей с ЖДА

Показатели	ЖДА 1		ЖДА 2	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Гемоглобин, г/л	105,2 ±1,6	126±1,3	83,3±1,9	128±3,2
Ферритин, нг/мл	13,9±0,56	43,4±3,2	6,3±1,2	44,2±3,1
$p<0,05$ для обеих групп				

кишечнике в больших количествах, чем из растительных продуктов. Лучше всего всасывается двухвалентное железо, входящее в состав гема. Железо мяса всасывается лучше, а железо печени хуже, поскольку железо в печени содержится преимущественно в виде ферритина, гемосидерина, а также в виде гема. В малом количестве железо всасывается из яиц, фруктов. Лучше всего всасывается железо из телятины (22%), рыбы (11%). Из яиц, фасоли, фруктов всасывается лишь 3% железа.

Для нормального кроветворения необходимо получать с пищей, кроме железа, также другие микроэлементы. Диета больного железодефицитной анемией включала 130 г белков, 90 г жира, 350 г углеводов, 40 мг железа, 5 мг меди, 7 мг марганца, 30 мг цинка, 5 мкг кобальта, 2г метионина, 4 г холина, витамины групп В и С. При железодефицитной анемии может быть рекомендован также фито сбор, включающий листья крапивы, череды, земляники, черной смородины. Одновременно рекомендуется принимать отвар или настой плодов шиповника по 1 стакану в течение дня. Настой шиповника содержит железо и витамин С.

Детям страдающим ЖДА в зависимости от степени выраженности, основываясь на приведенную формулу, нами использован препарат Феррум Лек. За 4 недели до начала лечения мы провели повторное определение уровней гемоглобина и количество эритроцитов и цветного показателя.

В тех случаях, когда имело место положительная динамика, которая проявлялась в повышении качества жизни ребенка – изменялась окраска кожи ребенка, имело место тенденция снижение сидеропенического синдрома, отмечена тенденция нарастания уровня Hb, прием препаратов железа продолжалось еще 2 месяца.

В тех случаях, когда отсутствовал эффекта от лечения, а токовых было всего два ребенка, больные направлялись к гематологу. После завершения курса лечения и нормализации уровня гемоглобина всех детям рекомендовалось на фоне приема обогащенных продуктов питания, продолжать прием препаратов железа с профилактической целью 1 раз в неделю в течение 6 месяцев. Пациенты получали гидроксид – полимальтозный комплекс железа (III) – препарат Феррум Лек в форме сиропа, который применяли по следующей схеме:

- при железодефицитной анемии (ЖДА) – из расчета 5 мг/кг/сутки;
- при латентном дефиците железа (ЛДЖ) – из расчета 2,5 мг/кг/сутки. Препарат давали 2 раза в день перед едой, запивая соком.

В качестве индикатора оценки эффективности проводимой работы нами использовался - Коэффициент Лоицки, который мы рассчитывали следующим образом:

коэффициент Лоицки = (гематокрит,%) ÷ (гемоглобин,%). Нормальным показателям данного коэффициента определен показатель равный - менее 3,1. Данный коэффициент оказался достаточно чувствительным и специфичным.

Не маловажным в эффективности лечения ребенка является создание щадящего режима: ограничение физической нагрузки, длительное пребывание на свежем воздухе, дополнительный сон, благоприятный психологический климат.

Выводы. Таким образом, питание, наличие различных видов глистных инвазий, частых за-

болеваний являются определяющими факторами развития железодефицитной анемии. Только при комплексном проведении коррекции анемии с использованием железосодержащего препарата и питания больных продуктами высоким содержанием железа возможно достичь желаемого эффекта в нормализации показателей Hb, а следовательно и улучшения соматического статуса детей.

Под влиянием проводимого лечения у всех детей были получены положительные результаты, однако, средние сроки исчезновения жалоб и клинических симптомов заболевания зависели от формы коррекции питания и лечения, что нашло свое отражение в частоте наступления клинической ремиссии. Так, через 6 месяц от начала реабилитационного курса отмечен самый высокий процент наступления клинической ремиссии – 92%, у остальных детей определялось значительное улучшение состояния. На амбулаторном режиме лечения наибольшая клиническая эффективность отмечена на фоне сочетанного медикаментозного воздействия и коррекции питания - 83%, медикаментозная терапия оказалась эффективной в 72% случаев, у остальных детей отмечено значительное улучшение состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифжанова Ж.Ф. Определение частоты железодефицитной анемии и выявление группы риска у детей / Ж.Ф. Арифжанова // Forcipe - 2019. -Т. 2-С. 58-59.

2. Атаджанова Ш.Х. Клинико-анамнестические особенности динамики и трансформации железодефицитной анемии у девочек подростков /Ш.Х. Атаджанова, А.Ш. Арзикулов, Д.А. Мелиеваи др//Международный журнал научной педиатрии -2022.-№3.-С. 5-22.

3. Ахрорхонов Р.А. Железодефицитная анемия у детей /Р.А. Ахрорхонов //Экономика и социум -2021. -№2-1 (81). -С. 523-526.

4. Балашова Е.А. Диагностическая ценность содержания гемоглобина в ретикулоцитах при установлении дефицита железа у доношенных детей первого года жизни /Е.А. Балашова, Л.И. Мазур, Н.П. Перстенева. // Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2020. -Т. 65. -№3. С. 44-52.

5. Гутник В.В. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: патофизиологические аспекты /В.В. Гутник//Молодежь, наука, медицина. -Тверь, 2020.- С. 140-143.

ТЕЗИСЫ

ХИРУРГИЯ

ENDOVISUAL OPERATIONS ASSOCIATED WITH ECHINOCOCCOSIS OF THE RIGHT LUNG AND THE LIVER AT CHILDREN

Abdusamatov B.Z., Usmanov Kh.S.

Tashkent Medical Akademy, The Republican scientific-practical center of miniinvasive and endovisual surgeries of children's age. Tashkent, Uzbekistan.

Results. The position of echinococcos cysts in a liver - the single echinococcosis of a liver and the right lung are detected in 7 (63,6%) patients, multiple (two and more cysts) – in 4 patients (36,4%). All 11 children have been operated. In 6 (54,5%) cases operative treatment has been executed. In associated echinococcosis preferred firstly excision of parasitogenic cysts of lung. The difference between planned operations of a thoracoscopy and a laparoscopy was no more than 3 weeks. In 5 (45,5%) cases was executed endovisual single-step echinococcectomy, including videothoracoscopic and laparoscopic echinococcectomy from visceral segments of a liver in 2 (18,2%) cases. In 2 (18,2%) cases thoracoscopic echinococcectomy with the subsequent phrenicotomy, echinococcectomy with subphrenic segments of a liver (VII-VIII segments of a liver). In 1 (9,1%) a case In associated echinococcosis of the lower lobe of the right lung, the right and left lobes of a liver. Thoracoscopic echinococcectomy was executed with the subsequent phrenicotomy, echinococcectomy from phrenic segments of a liver (VII-VIII segments of a liver) with the subsequent one step laparoscopic echinococcectomy from 2-3 segments of a liver. During interventions weren't detected intra and postoperational complications. Patients were discharge from the hospital on 7-8 days (7,2±1,2 n/d) after a surgical intervention in a

satisfactory condition on an outpatient observation.

Conclusion: Our experience shows that in associated echinococcosis of lung and liver endovideosurgical echinococcectomy, possessing the same radicalism as well as traditional operative measures, but with low traumatism, allows to enlarge operative measure volumes, excepting a long time interval between stages of echinococcectomy from the lung and the liver. Frequency rate of an operative measure is reduced, the expense of medicines, terms of stay of patients in a hospital considerably decreases, especially during the postoperative period (7,2±1,2 n/d), terms of restoration of physical activity of the patient, the good cosmetic effect becomes perceptible.

In treatment of associated echinococcosis of lungs and a liver single-step endovideosurgical echinococcectomy should be priority.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

[1]Абдулалиев А., [1,2]Икромов Т.Ш., [1,2]Ходжаева Дж.К.

[1]ГОУ ИПО СЗРТ, кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

[2]ГУ "Республиканский научно-клинический педиатрии и детской хирургии" МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Выбор оптимального метода предоперационной подготовки у детей с перфорацией кишечника.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического лечения 48 больных с перфорацией кишечника, находящихся на лечении в ГУ"Комплекс здоровья Истиклол". Возраст больных колебался. от 20 дней до 15 лет. Новорожденные были - 8 (16,7%) детей, от 1 месяца до 1 года - 12 (25,0%), от 1 года до 5 лет - 14 (29,17%), от 6-10 лет - 6 (12,5%) и 11 - 15 были 8 (16,7%) больных.

Больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 20 (41,7%) больных, которым провелитрадиционную предоперационную подготовку: отмена энтерального питания, ингаляция увлажненным кислородом, дезинтоксикационная, инфузионно-трансфузионная терапии, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, антибактериальная терапия, медикаментозное воздействиена парез кишечника, ферменто- и иммуномодулирующая терапия.

2 ой группе больных 28 (58,3%) кроме вышеперечисленной терапии, с момента госпитализации накладывали лапароцентез для проведения декомпрессии брюшной полости. Следует отметить,что по тяжести состояния дети обеих групп были идентичные.Больным в дооперационном периоде проведен мониторинг кардиореспираторной сис-темы, электролитов крови, удельного веса мочи, почасовой диурез, сатурация гемоглобина кислородом, Нв, Ht, общий анализ крови, коагулограмма, АД, ЧСС, окружность брюшной полости, температура тела, частота дыхания.

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети поступали в клинику в крайне тяжелом состоянии с одинаковыми клиническими проявлениями болезни: (гипертермия до 39-40°С, резкое вздутие живота, рвота с кишечным содержимом, тахикардия повышена на 30 ±6,5% в 1 мин, одышка в 2-4 раза превыщающая возрастную норму, SpO_2-80±4,0%, АД<30±10% возрастной нормы, удельный вес мочи-1025±-1038, минутный диурез – 0,5мл/кг/мин.

Все дети были госпитализированы в реанимационое отделение, так как они все нуждались в проведении срочного оперативного вмешательства. Следует отметить, что превалирующим фактором развития тяжести состояния было ЦВД. С момента госпитализации начата предоперационная подготовка. Больным 1-ой группы (20) была проведена традиционная предоперационная подготовка, а больным 2-ой группы(28) с момента поступления произведен лапароцентез. Лапароцентез проведен под общим наркозом. После вставления трубки в брюшную полость отмечено обильное выделение выпота из брюшной полости и под напором выделился воздух. После проведения манипуляции состояние больных на глазах стало улучшаться: живот сразу спал, дыхание стало свободное, ровное, одышка резко уменьшилась, повысилась сатурация гемоглобина кислородом доSpO_2-92-96%,наблюдалось повышение АД<21±5,6% от возрастной нормы, минутный диурез увеличился до 1-1,5мл/кг/мин. Удельный вес мочи снизился до 1,010.

Необходимо отметить, что больные 2-ой группы были подготовлены к оперативным вмешательствам в течении 2 часов. А у больных 1-ой группы предоперационная подготовка продлилась до 5 -7 часов. Состояние больных 1-ой группы тяжело удавалось стабилизировать. У больных 2-ой группы операционный и послеоперационный период протекал относительно стабильно.Летальность

среди больных 1-ой группы составила 12(60,0%), а среди больных 2-ой группы - 8(28,6%).

Таким образом, благодаря включению в комплексной инфузионно-антибактериальной терапии лапароцентеза в предоперационной подготовке срок сократился до 2 часов и летальность уменьшилась до 28,6%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Абдулхамидзода Х.А., Рахматова Р.А., Набиев З.Н.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Разработать эффективный способ преодоления резистентность микроорганизмов к противомикробным средствам на примере лечения инфекции нижних мочевых путей.

Материал и методы исследования. Проведено исследование с участием 144 пациентов в возрасте 3-15 лет с диагнозом: инфекции нижних мочевых путей. Данные пациенты получали неоднократно антибактериальную терапию, но заболевание постоянно рецидивировало. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало бактериологическое исследование мочи, цистоскопию с биопсией слизистого и подслизистого слоев, с последующим гистологическим исследованием и посева биоптата на питательные среды, урологических исследованиях.

У всех пациентов в анализах мочи определялась Лейкоцитурия, в бактериологических исследованиях мочи и биоптата -бактерии. Исследуемые с помощью рандомизационной таблицы были распределены на три группы.

В первую группу вошли 40 больных в возрасте 3-15лет, которые получали стандартную антибактериальную терапию с учетом микробиологического исследования. Во вторую группу вошли 42 больных в возрасте 7-15 лет, которые получали антибактериальную терапию с учетом микробиологического исследования и инстилляции в мочевой пузырь раствора диоксидина 1% - 20 мл.

В первой группе у 34 пациентов выявлены в бакпосевах мочи E. Coli, у 3 - Pr. mirabilis, у 1 - E. coli + E. feacalis, у 1 - E. coli + E. feacalis + St. aureus.

Во второй группе у 37 пациентов - E. coli, у 3 - E. feacalis, у - 2 E. coli + St. aureus,

Результаты исследования и их обсуждение. Лейкоцитурия характеризует активность воспалительного процесса, которая меняется в зависимости от программы лечения

При стандартной терапии количество лейкоцитов уменьшается на 7 сутки лечения на 33,3%, на 14 сутки - 58,1%, на 21 сутки - 95,5%. При включении в стандартную терапию раствора диоксидина количество лейкоцитов уменьшается на 7 сутки лечения на 58%, на 14 сутки - 97% по сравнению с использованием только стандартной терапии. При разных программах лечения бактериального цистита длительность лечения меняется

При включении в стандартную терапию раствора диоксидина длительность антибактериальной терапии сокращается на 43% по сравнению с использованием только стандартной терапии. В процессе лечения установлено, что изменяется также и длительность амбулаторного лечения Анализ лабораторных данных показал, что при включении в стандартную терапию инстилляций раствора диоксидина длительность лечения сокращается на 92,6%, по сравнению с длительностью лечения только стандартным набором лекарственных средств.

Одним из показателей эффективности лечения может быть выраженность эритроцитурии. Следует учесть, что во всех группах показатели количества эритроцитов в моче приходил в норму на 7 сутки лечения, но при использовании стандартной терапии без инстилляций указанный выше показатель приходил в норму только на 14 лечения.

Выраженность эритроцитурии при использовании различных программ лечения цистита при стандартной терапии количество эритроцитов уменьшается на 7 сутки лечения на 72%, а на 14 и 21 сутки - они отсутствуют. При включении в стандартную терапию раствора диоксидина количество эритроцитов уменьшается на 7 сутки лечения на 100%. по сравнению с использованием только стандартной терапии.

Выводы. Таким образом, включение в состав стандартной терапии инстилляций диоксидина существенно повышает эффект лечения инфекций нижних мочевых путей, а также уменьшает резистентность микроорганизмов к противомикробным средствам.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдулхамидзода Х.А., Рахматова Р.А., Хокироев Т.З.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Изучение частоты и клинических особенностей первичных и обструктивных пиелонефритов среди детей раннего возраста в контексте урологических аномалий.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось с участием 132 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, которые поступили на лечение в соматическое отделение Областной клинической больницы г. Бохтар Хатлонской области в 2022 году с диагнозом острого пиелонефрита.

Дети были разделены на две группы: первая группа включала 121 ребенка без урологических аномалий, а вторая группа состояла из 31 ребенка с врожденными пороками мочевыделительной системы. Диагноз "острый пиелонефрит" был поставлен всем пациентам впервые, в то время как диагноз "хронический пиелонефрит" был применен к детям из второй группы, у которых были выявлены соответствующие пороки развития.

Обследование включало полный клинический и лабораторный анализ, в том числе бактериологическое исследование мочи и цистоскопию с биопсией для всех участников. Для детей с подозрением на врожденные аномалии проводились дополнительные рентгеноурологические исследования, такие как экскреторная урография и микционная цистография, что позволяло точно определить наличие структурных изменений в мочевыделительной системе. Особое внимание в рамках исследования уделялось анализу эффективности диоксидина в комплексной терапии.

Этот подход позволил обеспечить максимально точную диагностику и классификацию пиелонефрита у исследуемых детей, а также определить наиболее эффективные методы лечения на основе выявленных особенностей заболевания в каждой из групп.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе нашего исследования было выявлено, что фебрильные мочевые инфекции (острые пиелонефриты) чаще всего диагностируются у детей до 1 года. Среди детей без урологических аномалий (первая группа) частота таких случаев составила 49,5%, тогда как среди детей с обструкцией (вторая группа) — 45,3%.

Во второй группе, где у детей обнаружены врожденные пороки развития мочевыделительной системы, инфекции вызваны Klebsiella у 32,2% пациентов, что существенно чаще, по сравнению с первой группой, где преобладала E. coli. Скорость клубочковой фильтрации у детей со врожденными пороками была значительно снижена.

В динамике лечения обе группы показали значительное улучшение, но при добавлении диоксидина в стандартную терапию улучшения были более выражены. На 7-й день после начала лечения уровень лейкоцитов уменьшился на 58%, а на 14-й день — на 97%, что свидетельствует о высокой эффективности применения диоксидина в комплексной терапии острого пиелонефрита. Это привело к сокращению общего срока лечения на 43% по сравнению с группой, получавшей только стандартное лечение.

Таким образом, наше исследование подтвердило высокую частоту встречаемости острых пиелонефритов у детей до 1 года и особенно у тех, у кого есть врожденные пороки развития мочевыделительной системы, что требует особого внимания при выборе стратегии лечения.

Выводы. В каждом четвертом случае острый пиелонефрит у детей раннего возраста связан с врожденными пороками мочевыделительной системы. Это подчеркивает необходимость тщательной диагностики и индивидуализированного подхода к лечению данной категории пациентов.

КОРРЕКЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Азизов А.А., Сайёдов К.М., Бадалов Ш.А.
ГУ «Республиканский научно - клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Оптимизировать методы хирургического лечения при проксимальной форме гипоспадии.

Материал и методы исследования. В осно-

ву настоящего исследования вошли 265 больных мальчиков с проксимальной гипоспадией на базе ГУ «РНКЦП и ДХ» в отделении детской урологии НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2019 по 2024 гг. Детей с проксимальной стволовой формой гипоспадии было – 110 (41.5%), с члено - мошоночной – 70 (26,4%), с мошоночной - 50 (18,9%) и промежностной - 35 (13,2%) мальчиков. Первичных больных было – 180 (68,0%), ранее оперированых в других клиниках - 85 (32%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. При лечении проксимальной гипоспадии у 265 больных мы использовали этапную коррекцию порока и одномоментную пластику. Больные условно были разделены на две группы. В первую группу сравнения вошли 100 больных детей, оперированных за период с 2019 по 2021 гг. с применением стандартных методик пластики уретры: 1). Одномоментные операции: пластика уретры поперечным лоскутом крайней плоти по Даккету (Duckett). 2). Этап операция: а) расправление полового члена; б) и в) пластика уретры лоскутом ствола полового члена с укрытием неоуретры в члено - мошоночном анастомозе (Cecilel – II), с последующим разделением члено – мошоночного анастомоза (операция предусматривала два этапа). Вторую группу составили больные (165), оперированные за период с 2022 – 2024 гг. с использованием современных методов лечения проксимальной гипоспадии. Были использованы модификация одномоментной пластики уретры поперечным лоскутом крайней плоти (Duckett) и 2 – х этапная операция (Bracka, Cukcow) коррекции и проксимальной гипоспадии. Отдаленные результаты прослежены в сроках от 6 мес. до 5 лет у 105 (100%) больных. Хорошие результаты в виде косметики наблюдали у 89 (84,7%) больных. Из них 39 (43,8%) детей первой группы сравнения и 50 (56,1%) мальчиков второй группы. Удовлетворительные результаты в виде умеренного снижения потока мочи наблюдали у 16 (15,2%) больных. Из них 9 (56,2%) детей было после одномоментных операций и 3 (18,7%) мальчика после этапных операций первой группы сравнения. Во второй основной группе было 4 (25,0%) ребенка с удовлетворительным результатом после одномоментной операций. Неудовлетворительных отдаленных результатов не было, поскольку все осложнения, возникающие в послеоперационном периоде, устранялись повторными операциями.

Вывод. Таким образом, как показывают результаты лечения, двухэтапные операции более надежны и реже сопровождаются осложнениями, что вполне понятно. Единственным недостатком современного метода этапного лечения является два оперативных вмешательств вместо одного при одномоментной операции. В свою очередь, недостатком одномоментной методики считают высокой процент осложнений – до 15 – 20% (преимущество свищи), которые так же требуют повторной операции.

АЛГОРИТМ ФАКТОРОВ РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

[1,2]Азизов А.А., [3]Магзумов Д.Р., [3]Азизов Б.А., [1,2]Бадалов Ш.А.
[1]Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».
[3]Лечебно-диагностический центр «Шифои Рахмон»

Цель исследования. Провести анализ этапов лечебного процесса с учётом факторов риска в динамике патологического процесса при калькулезном пиелонефрите (КП) у детей.

Материал и методы исследования. Проведен тщательный анализ факторов риска у 120 больных с осложненным нефролитиазом, разработан алгоритм факторов риска, которые внедрены в научную и практическую деятельность врачей.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдение 120 детей с осложнённым нефролитиазом показывает, что среди детей в 40% случаев наблюдаются тяжелые проявления КП II-III стадии. КП прогрессирует и проявляется тяжелее у детей раннего возраста.

Установлено что, у каждого 3-го больного ребенка с КП встречается ещё и диспластические изменения мочевыводящих путей.

Все это свидетельствует о наличии предрасполагающих факторов риска (КП, КГ, анурия, обструкция), уропатия и многие другие факторы, которые выявляются гистологическим исследованием.

Факторы риска взаимосвязаны не только с

изучением клинических аспектов нефролитиаза, но с морфологическим исследованием интраоперационного инцизионно-биопсийного материала. При этом наиболее важным моментом являются изменения, характеризующие появление и развитие микролитов, а также выявляется дисплазия и деструктивно-дистрофические изменения в клетках мембран на фоне почечной аномалии, серьёзные факторы риска у всех обследованных 120 детей с осложнённым нефролитиазом.

Выводы. Таким образом, тяжесть состояния детей с осложненным нефролитиазом определяет наличие факторов риска, что существенно влияет на патогенетически-обоснованную тактику лечения.

Факторы риска у детей с нефролитиазом имеют своеобразный генез, который не всегда легко определить, особенно в раннем возрасте. С возрастом больных их происхождение проясняется, что позволяет нам выделить организационно-технические, диагностические, оперативные и анестезиологические факторы риска.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ОСЛОЖНЁННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

[1,2]Азизов А.А., [3]Магзумов Д.Р., [3]Азизов Б.А., [1,2]Бадалов Ш.А.

[1]Кафедра детской хирургии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

[3]Лечебно-диагностический центр «Шифои Рахмон».

Цель исследования. Улучшить результат профилактики и метафилактики осложненного нефролитиаза у детей, путем разработки клинической классификации факторов риска осложнённого нефролитиаза.

Материал и методы исследования. Изучая и анализируя факторы риска у 130 больных с осложнённым нефролитиазом, охватывающие этиопатогенез, объём операции, ошибки при операции и факторы рецидивного камнеобразования нами разработана клиническая классификация факторов риска, которая внедрена в научную и практическую деятельность врачей.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка состояния детей с КП у всех 130 (100%) детей проводилась с учётом таких факторов, как болевой синдром, характера болей (тупые, колющие, иррадиирущие, постоянные, приступообразные), пиурии, протеинурии, олигоанурии, анемии и иммунодефицита.

Прогноз осложнения нефролитиаза при своевременном и правильном лечении относительно благоприятный. Риск в послеоперативном периоде такой, как длительное обострение КП предотвращается противорецидивным лечением с учётом химического состава камней, реакции мочи, наличия мочевой инфекции, и степени функциональной способности почки.

Вывод. Основным направлением профилактики камнеобразования и лечения больных детей является коррекция метаболических нарушений камнеобразующих веществ, профилактика камнеобразования и инфекция мочевых путей, которое определяет благоприятный прогноз и улучшает качество жизни детей с МКБ.

ВЫБОР СПОСОБА И СРОКА ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ

[1]Азизов Б.Дж., [2]Мирзоев Д.С. [2]Хамидов И.Х., [1]Холов Т.Б.

[1]Кафедра детской хирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ

[2]ГУ КЗ «Истиклол»

Цель иследования. Оптимизация способов и срока закрытия кишечных стом у детей.

Материал и методы исследования. При первичной операции 108 больным с целью профилактики развития различных послеоперационных осложнений после аппендэктомии (16), множественных брюшнотифозных перфораций тонкого кишечника (32), язвенно-некротическом энтероколите (13), инвагинации кишки (25), острой кишечной непроходимости (22) на фоне разлитого перитонита, наряду с санацией и дренированием брюшной полости, произведено наложение ки-

шечной стомы.

Результаты исследования и их обсуждения. Были наложены следующие виды кишечных стом. У - образная еюностомия по РУ - 7; двуствольная полная еюностомия - 7; одноствольная илеостомия с отключением отводящего конца - 13; двуствольная илеостомия - 27; одноствольная колостомия с отключением отводящего конца – 16; двуствольная колостомия-19; пристеночная илеостомия и колостомия - 19.

После определения места для стомы производится мобилизация обеих стомазируюмых концов кишки и сохранением первого ряда арки сосудов на расстоянии 10-15 см. Оба конца (приводящий и отводящий) кишки выводятся из брюшной полости через отдельные контурапертурные разрезы выше и ниже основной раны при поперечном доступе. Стома выводится таким образом: приводящий конец на 1-1,5 см выше крыла подвздошной кости, а отводящий на 1-1,5 см ниже подреберной линии. С целью профилактики эвагинации концы кишки выводятся по ходу волокон обеих косых мышц живота в косом направлении изнутри кнаружи, сверху книзу по средней подмышечной линии. Следует отметить, что выведение приводящего отдела осуществляется на 4-5 см от уровня кожи с сохраненным кровоснабжением, что обеспечивает эффективное использование калоприемника и исключает попадание кишечного содержимого на кожу. Выведение отводящего отдела производится на 1-1,5 см от участка кожи с таким расчетом, чтобы свободно катетеризировать и произвести введение содержимого приводящего отдела и осуществление лаважа при необходимости. Преимущество наложения стомы по вышеуказанному принципу в том, что стома располагается на расстоянии от основной раны; это способствует профилактики инфицирования раны и брюшной полости кишечным содержимым и раздражения кожи химусом. У детей встречались ранние (16), поздние (15) и общие осложнения (11), связанные с наложением кишечных стом.

Следует отметить, что благодаря разработке способа предоперационной подготовки и мобилизации «стомы» при закрытии искусственных кишечных свищей у «стомированных» детей число осложнений у этой группе (45 детей) было снижено с 12,8 до 4,9% .

Противоспаечная терапия проводилась на всех этапах лечения. Интраоперационно проводилась минимальная травматизация брюшины, ушивание десерозиванных участков кишки, введение антибиотиков в брыжейку, новокаиновая блокада, декомпрессию кишечника при наличии энтеральной недостаточности (ЭН) II-III степени.

Следует отметить, что после реконструктивно-восстановительных вмешательств по поводу ликвидации стомы на 12-24 ч после операции назначали энтеральное искусственное питание с капельным введением регидрона, компота и питательных смесей по 20-30 капель в минуту. Пероральное питание начинали с 3-4 дня с малых количеств жидкости (регидрон, минеральная вода, компот, приготовленный из кишмиша, сушеных абрикосов) постепенно рацион расширяя на 4- 5 день.

Восстановительные операции на кишечнике выполнены у 108 больных в сроки от 2 до 8 мес. При закрытии стомы учитывались следующие критерии: общее состояние ребенка; стадии основного заболевания; признаки хронической интоксикации; иммунологический статус; состояние стенок стомы и кожи вокруг нее; состояние слизистой оболочки толстого кишечника, оценивали клинические данные и морфологическое исследование престомального отдела кишки; микробиологический и копрологический статус. 42 (38,9%) детям одновременно ликвидировали искусственно созданные вентральные (36) и послеоперационные осложненные (6) грыжи.

Заключение. При выборе срока операции по ликвидации стомы необходим индивидуальный и дифференцированный подход с учетом следующих показателей: удовлетворительное состояние больного, I-II степени операционно-анестезиологического риска, позволяющие выполнять восстановительную операцию; отсутствие явлений хронической интоксикации и признаков воспалительного процесса; ликвидация дисбактериоза и патогенных микроорганизмов в просвете кишечника; отсутствие соматического фона, отрицательно влияющего на результат оперативного вмешательства. Оптимальным сроком ликвидации стомы являются сроки от 2 до 5 мес, перед восстановительными оперативными вмешательствами необходимо провести реабилитационные мероприятия.

Показанием к наложению кишечных стом являлись выраженность тифлита, илеита и инфильтрации стенки подвздошной кишки; наличие спаек между петлями кишок с деформациями ангулярного характера; наличие гнойного выпота в анатомических карманах; межпетельная осумкованность; нагноившаяся остаточная полость периаппендикулярного абсцесса; спаечный процесс; энтеральная недостаточность III-IV степени.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СФОРМИРОВАННЫХ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

[1]Азизов Б.Дж., [2]Хамидов И.Х., [1]Абдурахманов Ф.Ф.
[1]Кафедра детской хирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ
[2]ГУ КЗ «Истиклол»

Цель исследования. Определение обоснованной тактики оперативного лечения сформированных наружных кишечных свищей (СНКС) у детей.

Материал и методы исследования. За последние 20 лет нами по поводу ликвидации НКС из 196 больных с несформированными наружными кишечными свищами - 104 и сформированными наружными кишечными свищами (СНКС) - 92 выполнено 164 (83,7%) оперативных вмешательства. Дети были в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Оперативное вмешательство по экстренным показаниям проведено 68 (41,5%). У 96 (58,5%) детей ликвидация свища была произведена в плановом порядке. Закрытие СНКС (92) осуществляли внебрюшинным (42 – 43,8%) и внутрибрюшинным (54 – 56,2%) способами.

Всем больным выполнены клинико-биохимические исследования, а также рентгенологическая и ультразвуковая диагностика.

Результаты исследования и их обсуждения. Внебрюшинные способы закрытия свищей осуществляли без вскрытия брюшной полости, однако если при этом в ходе операции вскрывается свободная брюшная полость вместе с функционирующим свищом, то дефект брюшины ушивают без вмешательства на органах брюшной полости, этот способ также считается внебрюшинным. Свищ выделяли вместе с петлей кишки несущей свищ. Свищевой ход резецировали в виде клина в поперечном направлении по кишечной трубке на 0,5-1 см от края свища (24). Дефект кишки ушивали двухрядными погружными швами в поперечном направлении. При губовидных и широких свищах (18) производили полную резекцию кишки в косом направлении в пределах 2-3 см в обе стороны от свища с последующим наложением анастомоза «конец в конец».

Закрытие СНКС внутрибрюшным способом выполнено 54 детям. Лапаротомия была произведена с выделением свища и петли кишки от спаек и восстановления ее полной проходимости, с наложением анастомоза «конец в конец» (40), «бок в бок» (5) и «конец в бок» (2). В 64,8% случаев выполнена лапаротомия с освобождением петли кишечника от спаек после восстановления проходимости кишечной трубки; приводящий и отводящий концы кишки были резецированы на расстоянии от 10-15 до 5-10 см от свища. У 7 больных свищ ликвидировали путем клиновидной резекции с наложением двухрядных швов на кишку в поперечном направлении.

Следует отметить, что у 24 больных с СНКС сопровождающихся синдромом эндогенной интоксикации II-й и III-й стадии дополнительно производилась декомпрессия путем наложения цекостомии по Витебскому. Контрастное исследование у 49 (90,7%) больных выявило замедление проходимости с частичной задержкой контрастного вещества в малом тазу за счет межкишечных спаек.

Заключение. В выборе хирургических способов, определения сроков ликвидации с СНКС в предоперационном периоде учитывались следующие критерии: тип, форма, функция и уровень свища, степень эндогенной интоксикации, энтеральной недостаточности, операционно-анестезиологического риска, состояние гомеостаза, соматического фона, дисбактериоза и этиологического фактора. Индивидуальный и дифференцированный подход снизило число осложнений (до 5,5%) и летальных исходов (до 2,5%). После плановой ликвидации свищей осложнений не выявлено.

ВАРИАНТЫ ПЕРЕМЕЩАЮЩЕЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

Акрамов Н.Р.[1,2,3], Шайхразиев Б.М.[1,3], Муцольгов М.И.[4], Хуснуллин И.Н.[1,3]
[1] КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия
[2] Детская республиканская клиническая больница, г. Казань, Россия
[3] Республиканская клиническая больница, г. Казань, Россия.
[4] Детская республиканская клиническая больница, г. Магас, Россия

Актуальность. Гипоспадия – это одна из частых урологических аномалий у мальчиков, которая встречается у 1:125-1:300 новорожденных. На долю дистальных форм приходится 65-70% всех форм гипоспадии. В настоящее время известны более 300 методик хирургического лечения заболевания, но использование этих пластических операций не всегда позволяет избежать таких осложнений, как формирование свищей уретры, расхождение шва уретры и меатального стеноза.

Цель исследования. Изучить результаты разных вариантов перемещающей уретропластики при лечении пациентов с дистальной формой гипоспадии.

Материал и методы исследования. В период с 2016 по 2024 год мы прооперировали 157 мальчиков и 7 взрослых пациентов, страдающих дистальными формами гипоспадии. Пациенты были разделены на две группы: в I группу включены 105 пациентов, которым использовалась оригинальная методика перемещающей уретропластики с нерасчленяющей спонгиопластикой (патент №2684319C2/05.04.2019); во II группе для 49 пациентов с широкой головкой и дисплазией уретры до 10 мм использовалась данная методика, а для пациентов с узкой головкой полового члена (4) или протяженной дисплазией кавернозного тела уретры (3), либо с сочетанием обоих предикторов (3), применили модифицированный способ нашего патента.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационное наблюдение за пациентами продолжалось от 6 до 80 месяцев. У 6 пациентов (5,71%) из I группы мы зафиксировали следующие осложнения: свищ уретры – у одного пациента, ретракция меатуса – у одного, меатостеноз – у двух, а также сочетание меатостеноза и ретракции меатуса– ещё у двух пациентов. Из 59 пациентов второй группы, модифицированным способом были прооперированы 10 пациентов. В сроки от 2 до 12 месяцев после операции осложнений не выявлено. Пациенты и родители удовлетворены результатом хирургической коррекции, как косметическим, так и функциональным.

Вывод. Дифференцированный подход к разным вариантам перемещающей уретропластики при дистальной гипоспадии в зависимости от диаметра головки полового члена и протяженности дисплазии спонгиозного тела уретры позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

ТУБУЛЯРИЗАЦИОННАЯ ОРИФИСУРЕТЕРОПЛАСТИКА ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Акрамов Н.Р.[1,3,4], Чумаков П.И.[2], Гимадеев Б.Р.[1].
[1]КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия
[2] ФГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Россия
[3]ГАУЗ РКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия
[4]ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия

Актуальность. В настоящее время в детской урологии - андрологии активно внедряются малоинвазивные технологии хирургической коррекции заболеваний мочеполовой системы. Одним из методов внутрипузырной коррекции недостаточности устья мочеточника является операция Bischoff, впервые описанная в 1957 году. Данная операция не нашла широкого применения и несмотря на большие успехи лечения патологии уретеровезикального сегмента ослож-

нения коррекции ПМР встречаются до 20-30%.

Цель исследования. Эффективность пневмовезикоскопической тубуляризиционной орифисуретеропластики при пузырно - мочеточниковом рефлюксе с латеропозицей устья мочеточника.

Материалы и методы исследования. В период с 2023 по 2024 год мы прооперировали 7 детей с ПМР с использованием пневмовезикоскопической тубуляризационной орифисуретеропластики в возрасте от 1 года до 11 лет. Среди них: 2 пациента с первичным 2-х сторонним ПМР с выраженной латеропозицией устьев мочеточников, 2 пациента после 2-х стороннего ПМР после операции Lich-Gregoir, 1 пациент с тотальной эписпадией после 2-х этапной коррекции порока с уреретроцистонеостомией и формированием шейки мочевого пузыря по Young-Dees-Leadbetter с 2-х сторонний ПМР, 1 пациент после реимплантации мочеточников по Leadbetter-Politano и 2-х кратной эндопластики устьев с односторонним ПМР, 1 пациент после рассечения уретероцелле и эндопластики устья мочеточника с односторонним ПМР. Все пациенты, включенные в исследование, имели клиническую картину рецидивирующей инфекции мочевых путей.

У всех пациентов при цистоскопии была констатирована выраженная латеропозиция патологического устья мочеточника. В качестве способа хирургической коррекции использовалась пневмовезикоскопическая тубуляризационная орифисуретеропластика слизистым U-образным лоскутом мочевого пузыря, позволявшая перевести устье мочеточника в нормотопию. Во всех случаях в качестве дренажа мочеточников использовался внутренний мочеточниковый стент, а в мочевой пузырь устанавливался силиконовый катетер Фолей.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении контрольной цистоуретроскопии в сроки через 4-8 недель после хирургической коррекции при удалении мочеточниковых стентов во всех случаях констатирована состоятельность сформированного дистального отдела мочеточника. У всех пациентов в течение 3-12 месяцев после операции купированы клинические проявления инфекции мочевых путей. У трех пациентов выполнены контрольные исследования в виде МЦУГ – рецидивы заболевания не выявлены. По данным ультразвукового исследования из 7 пациентов (12 мочеточников) через 3 месяца после коррекции в двух случаях констатировано сохраняющееся в прежних размерах резидуальное расширение мочеточников (в одном случае с одной стороны и во втором случае с обеих сторон)

Заключение. Пневмовезикоскопическая тубуляризационная орифисуретеро пластика при ПМР является операцией выбора при выраженной латеропозиции устья мочеточника, позволяющая устранить явления рецидивирующей инфекции мочевых путей.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЁННЫХ И У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Аллаев М.Я., Гафуров А.А., Халилов Ш.К., Туракулов З.Ш., Нематжонов Ф.З.

Кафедра детской хирургии. Анд. Гос. МИ и отделение хирургии новорождённых ОДКММЦ г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. Язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) является одной из тяжелейшей патологией кишечника, характеризирующейся ишемией, повреждением слизистой оболочки. При несвоевременной диагностики и неадекватной терапии может привести к перфорации стенки кишечника с последующим развитием перитонита.

Несмотря на значительные успехи в лечении, ЯНЭК по сей день остается актуальным из-за сложности лечения и высокой смертности.

Цель исследования. Обобщить опыт и оптимизировать тактику хирургического лечения язвенно некротического энтероколита (ЯНЭК) у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 64 новорождённых, получившие лечение в отделение хирургии новорождённых ОДКММПЦ г. Андижана.

Из 64 больных ЯНЭК - 34 (53,1%) новорожденных с ЯНЭК в начальной стадии, 23 (35,9%) - в стадии инфильтрации, а в 7 (11%) случаях - с

развившимся перитонитом.

Поступившие в начальной стадии ЯНЭК у 34 (из 64) 53,1% больных отмечались изменения в поведении, слабость, снижение аппетита, постепенное вздутие живота, с последующей рвотой с незначительными фекальными массами.

В стадии инфильтрации поступило 23 (35,9%) больных с явлением токсикоза с экзикозом, тяжелым парезом желудочно - кишечного тракта, рвотой с желчью, вздутием живота с напряжением брюшной стенки.

У 7 (11%) больных с перитонеальным шоком наряду с вышеуказанными клиническими признаками отмечались гиперемия и инфильтрация брюшной стенки над очагом (отграниченный перитонит), живот был значительно вздут, напряжён, перистальтика кишечника вялая, отмечалась отёчность наружных половых органов.

Результаты исследования и их обсуждение. Характер вмешательства определялся индивидуально, вариантами оперативного лечения являлись ушивание дефекта стенки кишки и выполнение петлевой илеостомии с отключением пораженных нижележащих отделов, резекция участка кишки, терминальная энтеро- или колостомия, формирование энтеро - или колостомии в месте перфорации в сочетании с перитонеальным дренированием.

Лечение проводилось комплексно, индивидуально с учётом тяжести состояния и стадии течения, а также включали во внимание результаты лабораторных (анализ крови, мочи, каловых и рвотных масс) и инструментальных данных.

Прекратив энтеральное питание, проводили адекватную - инфузионную терапию с нутритивной поддержкой организма, антибактериальную терапию с кишечными пробиотиками, гемостатическую терапию, плазмо – и гемотрансфузию, обеспечение влажным кислородом с помощью назальных канюль.

В процессе лечения у 3 больных наблюдалась перфорация кишечника, в связи с чем произвели лапаротомию: в одном случае с ушиванием, в 2-х случаях - резекцию некротизированного отдела кишки с выведением кишечных стом и дренированием брюшной полости.

Из-за тяжести состояния у 2-х больных наступил летальный исход. Остальные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Заключая, следует отметить, что при своевременном применении высокоэффективных антибактериальных препаратов с кишечными пробиотиками и комплексном индивидуальном подходе в каждом конкретном случае и адекватной терапии, можно рассчитывать на излечение язвенных процессов и рассасывание инфильтрата, возникшего в результате ЯНЭК.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Алиев М.М., Тилавов У.Х., Султанов Х.Х., Ауезов А.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, ,
Детский национальный медицинский центр, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Развитие современной торакальной хирургии у детей идет по пути максимально бережного отношения к легочной ткани. До настоящего времени не выработаны единые показания к выбору метода хирургического вмешательства при мальформации легких в зависимости от объема и степени пораженной части легкого. Вторично развивающиеся деформирующие бронхиты и бронхоэктазии, явления функциональной неполноценности в виде прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности, которая нарастает по мере увеличения срока, прошедшего после операции, а оставшаяся легочная ткань подвергается эмфизематозным и пневмосклеротическим изменениям после обширных резекций легких, требует дифференцированного подхода при выборе объема и метода оперативного вмешательства при мальформации легких у детей.

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов органосохраняющих и резекционных методов лечения при мальформации легких у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 93 детей с мальформацией легких в возрасте от 3 мес. до 15 лет. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на 2 группы: 1

группу составили 44 (47,4%) детей, перенесших нижнюю лобэктомию, или резекцию базальных сегментов легкого; 2 группу - 19 (20,4%) больных, у которых была произведена пломбировка пораженных бронхов. Кроме рутинных методов исследования использованы современные специальные методы исследования: компьютерная спирография, допплерометрия легочного кровотока на уровне магистральных сосудов МКК, фибробронхоскопия, морфологические исследования стенок бронхов и паренхимы легкого. Также проведены рентгенологические методы исследования (бронхография, ангиопульмонография, МСКТ грудной клетки) до и после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексное обследование больных детей с мальформацией легких позволяет выделить четыре типа рентгенобронхологи-ческих форм, на основании скрупулезного анализа рентгенобронхологических исследований, а также результатов морфологического изучения резецированных пораженных сегментов, лобелонов и долей легких разделили второй и третий типы на «А» и «Б» подтипы, которые, могут играть существенную роль в выборе метода хирургического лечения. При втором типе и третьем «А» типе –сегменты подлежат удалению; при третьем «Б» типе – методом выбора является пломбировка бронхов биополимером (патент №IAP04387, 2011 г.)

Выводы. Оперативные вмешательства являются важным и заключительным этапом комплекса лечебных мероприятий при втором и третьем типах. Пломбировка или резекция пораженной части легкого, являются наиболее радикальным и эффективным методом терапии больных с мальформацией легких.

НЕЙРОАКСИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ

Алимханова Г.Н., Ибраимова А.Б., Шекенова А.Б.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Одним из актуальных вопросов в хирургии детского возраста является правильный выбор анестезиологического пособия. В частности, при оперативном лечении пациентов с врожденными пороками развития аноректальной области, от которого зависит интраоперационное течение и ранний послеоперационный период. Методики нейроаксиальных блокад рассматриваются как альтернатива общей анестезии, а также в качестве комбинирования с последней. Это позволяет значительно снизить дозировки наркотических препаратов для общей анестезии. Сочетанная анестезия способна обеспечивать исключительную анестезию и аналгезию с полным сохранением сознания и без угнетения жизненно важных функций. На данный момент эпидуральная анестезия активно используется в мировой практике как альтернатива комбинированной анестезии.

Цель исследования. Определение эффективностисочетанной анестезиипо сравнению с комбинированной анестезией, в которой применяются наркотические анальгетики и миорелаксанты. Выявление безопасности метода сочетанной анестезии и минимального системного воздействия. Выбор оптимального метода анестезии при данной патологии.

Материал и методы исследования. Проспективное одноцентровое рандомизированное исследование. Обследовано 60 детей, всем выполнена заднесагитальная аноректопластика по Пенья. Дети были разделены на две группы: I – комбинированная анестезия (n = 30), II – сочетанная анестезия (n = 30). Исследование включало V этапов: I этап – за сутки до операции; II этап – после индукции анестезии; III этап – низведение кишечника; IV этап – пробуждение; V этап – через сутки после операции. Во время исследования оценивались концентрация глюкозы, кортизола и лактата в плазме крови, частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление, фракция выброса и ударный объем.Средний возраст детей в первой группе составил 16 (11-14) мес., а во второй – 12 (10-14) мес. Среди пациентов было 36 (60%) мальчиков и 24 (40%) девочки. Дети 1 мес. – 1 года составили 60%, 1 – 3 лет – 36,7% и 3 – 7 лет – 3,3% пациентов. В операционную дети поступали из

профильных отделений. В обеих группах индукцияпроводилась Севофлюраном в концентрациях 6-8об%, масочно-ингаляционным способом. Применялся как минимум 1 сосудистый доступ: периферический катетер, либо центральный венозный катетер в возрастных размерах. Далее в первой группе проводилась «комбинированная анестезия», проводили интубацию трахеи с использованием миорелаксанта (рокурония бромид) из расчета 0,4-0,5мг/кг, анальгетика Фентанил 0,005% в возрастных дозировках. Поддержание анестезии Севофлюраном в конентрации 1,0-2,0об%, анальгезия достигалась внутривенным болюсным введением фентанила в дозе 8 мкг/кг. Параметры ИВЛ контролировались газовым анализатором. Дыхательный объем выставлялся 8-10 мл/кг. ИВЛ и респираторная поддержка проводились с общепринятыми нормами на аппарате DragerPrimus. Интраоперационную инфузионную терапию проводили сбалансированными кристаллоидными растворами в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями. Во второй группе проводилась сочетанная анестезия. Для постановки эпидурального катетера использовались эпидуральные наборы Perifix ONE PAED SET 18. Для проведения пункции и установки катетера дети укладывались в положении лежа на боку. В асептических условиях проведены пункция L3-L4 и катетеризация эпидурального пространства до уровня Th12, использовался анестетик Ропивакаин (Наропин 7,5 мг/мл) в дозировке 2 мг/кг. Далее применялась поддерживающая доза Севофлюраном в концентрации 2,0 об% (МАК 0,5-0,8). Респираторная поддержка проводилась посредством использования интубационной трубки. ИВЛ проводилось на аппарате Drager Primus, в режиме SIMV. Послеоперационное ведение больных в обеих группах проводилась в условиях ОАРИТ, где оценивались витальные функции, скорость пробуждения, болевой синдром.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенной комбинированной анестезии дети первой группы находились на ИВЛ и были экстубированы в первые 2 часа после операции, в то время как дети второй группы были сняты с аппарата сразу после операции в операционной, в связи с тем, что не применялись миорелаксанты и наркотические анальгетики. В первой группе в послеоперационном периоде детям проводилось обезболивание Промедолом в 100% (30). Вовторой группесочетанная анестезия у всех детей была проведена без каких - либо технических трудностей. Во время анестезии проводился мониторинг гемодинамических и лабораторных показателей, а так же оценка боли в послеоперационном периоде. Ни в одном из случаев не отмечались интра- и послеоперационные осложнения. Кровопотери были минимальны. В послеоперационном периоде с целью обезболивания был назначен наропин 0,2%-0,3 мг/кг/ч путем титрования. Параметры центральной гемодинамики и дыхания оценивались в течение 1-х суток. Проведенное лечение и уход в условиях реанимации дали положительные результаты и облегчили тяжесть течения послеоперационного периода.

Заключение. Использование сочетанной анестезии во время оперативного вмешательства при аноректальных пороках у детей, является эффективным методом выбора анестезии. При данном виде анестезии не используется наркотическая анальгезия, что так же сказывается на качестве лечения. Исключаются все побочные эффекты наркотических препаратов. Пробуждение в послеоперационном периоде у детей более легче и мягче, не требует дополнительной анальгезии. Данный вид анестезии может быть рекомендован к применению в детской хирургии при коррекции аноректальных пороках, с продолжительностью оперативных вмешательств до 3-4 часов. Таким образом, накопленный опыт и положительные результаты позволяют успешно внедрять и развивать методику в Казахстане.

ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Аслонов А.А.,[2]Восиев Ж. Ж.,[2]Раупов Ф.С.[1]
Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр.[2] Бухара, Узбекистан
Бухарский государственный медицинский институт.[1] Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинических особенностей врождённой кишечной непроходимости в зависимости отанатомических форм патологии уноворожденных.

Материал и методы. В основу настоящей работы составляе тданные обследования и лечения 46 больных сдиагнозом: «Врожденная кишечная непроходимость кишечника» уноворожденных, получившие хирургическое лечения в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра, являющегося клинической базой кафедры «Детскойхирургии» Бухарского государственного медицинского института за период 2020 –2023 годы. При распределении больных пополу 22 (55,9%) мальчики, 24 (44,1%) девочек. У 17 больных (37%) было отягощённый акушерский анамнез, 12 (26,1%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 17 (36,9%) больных. По срокам госпитализации в первые 2 суток жизни больные новорожденные израйонов поступили в 34 (74%) случаях, остальные 12 (26%) новорожденные поступали на 3 сутки и более от момента рождения. На основание клинико-лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 33 (71,8%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 13 (28,3%) больных и в 3-х (6,5%) случаях отмечено летальность.

Результаты исследования и их обсуждения. Многообразие патоморфологи-ческих вариантов пороков кишечной трубки обусловливает сложности в выборе не только хирургической тактики лечения того илиного вида врожденной патологии, но и самой техники оперативного вмешательства. Оперативное вмешательство осуществлялось после предоперационной подготовки, длительность и характер которой определялись в зависимости от вида порока, срока поступления, наличия осложнений, тяжести состояния ребенка и дефицита массытела. Хирургическая тактика при высокой кишечной непроходимости определялась взависимости от выявленной патологии. В структуре высокой кишечной непроходимости чаще встречались острая форма врожденного пилоростеноза – 19 (41,3%) новорожденных, которым как принято в классической хирургии произведено надслизистая пилоромиотомия по Фред-Рамштедда с благоприятным исходом. Синдром Ледда наблюдался у 7-ми (15,2%) больных, которые прооперированы судачным исходом. Мембранозная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 2-х (4,3%) больных, которым произвели дуоденотомию с циркулярной мембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 3-х (6,5%)случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуоденоанастомоза, которого удалось осуществит в одном – (2,2%) случае с удачным исходом, в остальных 2-х (4,3%) случаях диастаз между сегментами был значительный и не позволял сопоставить приводящие и отводящие петли, и у данных больных выполнен обходной дуоденоеюноанастомоз. К сожалению, оба случая оказались неудачными. Интересным был факт установления мембранозной формы удвоения желудка (в одном случае), которая дала клинику высокой кишечной непроходимости, для устранения которого пришлось выполнит операцию – гастоpотомия, циркулярная мембронотомия с последующей гастропластикой. Гиперфиксация и перегиб начального отдела тощей кишки в области «Трейцовой» связки устранили путем разъединения врожденных спаек. С врожденной низкой кишечной непроходимостью поступили за данный период 13 (28,2%) новорожденных. В большинстве случаев - у 7-ми (15,2%) больных, причиной кишечной непроходимости была атрезия кишечника. Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков мекониального перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. У 2-х (4,3%) больных с низкой непроходимостью причиной обструкции был спайки на фоне перенесенного язвенно-некротического энтероколита, а у одного больного прооперировали с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого был тотальный аганглиоз толстой кишки (болезнь Зульцера-Вильсона), после резекции толстой кишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита, в послеоперационном

периоде на 3 сутки, наблюдалось летальный исход.

Выводы: 1. ВКН в 71,8% случаев проявляется в виде высокой кишечной непроходимости, в 13 (28,2%) случаев проявляется в виде низкой кишечной непроходимости и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороки развития внутренних органов. При высокой кишечной непроходимости преобладает острая форма врожденного пилоростеноза и синдром Ледда, в то время как при низкой кишечной непроходимости преобладаютразличные варианты атрезии тонкого кишечника.

2. При этом выявлена более ранняя госпитализация в группе больных с низкой кишечной непроходимостью ввиду наличия более яркой клинической картины и быстрого ухудшения состояния новорожденного, тогда как при высокой кишечной непроходимости состояние больного длительное время остается относительно стабильным. Как в группе больных с высокой, так и с низкой врожденной кишечной непроходимостью, в половине случаев была клиника частичной кишечной непроходимости, и не выраженность клинических симптомовпривела к более поздней диагностике и госпитализации в хирургический стационар. Как известно, для врожденной кишечной непроходимости характерно отсутствие мекония, рвота и видимое изменения состояния в животе, для уточнения диагноза очень ценными являются информация, полученная при рентгенологических исследованиях.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ

[1]Ахмаджон А. И., [2]Мавлонова З.Ф.

[1]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

[2] Самаркандский государственный медицинский университет

В современном медицинском сообществе уделено значительное внимание исследованиям вертеброгенных болевых синдромов у детей. Эти синдромы включают в себя широкий спектр патологий, связанных с изменениями в позвоночнике и окружающих тканях, вызывающих болевые ощущения у детей.

Цель исследования. Выявление ключевых аспектов диагностики, эпидемиологии, лечения, осложнения и профилактики вертеброгенных болевых синдромов у детей.

Материал и методы исследования. Проведенный анализ позволил выявить несколько основных групп причин возникновения вертеброгенных болевых синдромов у детей. Среди них выделяются врожденные аномалии позвоночника, возрастные особенности, интенсивное использование автоматизационных систем и цифровых устройств, изменения стиля жизни, наследственные болезни, травмы, деформации позвоночника, а также соматические и психосоциальные факторы. Каждая из этих групп имеет свои особенности клинического проявления и подходов к лечению.

Важным аспектом диагностики вертеброгенных болевых синдромов у детей является комплексный подход, включающий в себя анамнез, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования. Точная диагностика позволяет выбрать оптимальную стратегию лечения, которая может включать консервативные методы (физиотерапия, лекарственная терапия, массаж) или хирургическое вмешательство в зависимости от характера и тяжести патологии.

Профилактика вертеброгенных болевых синдромов у детей включает в себя регулярные медицинские осмотры, контроль за осанкой и физической активностью, а также обучение правильным способам поднятия и переноса тяжестей. Раннее выявление и адекватное лечение вертеброгенных болевых синдромов способствует снижению риска осложнений и улучшению качества жизни детей.

Таким образом, вертеброгенные болевые синдромы у детей представляют собой серьезную медицинскую проблему, требующую комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. Дальнейшие исследования в этой области помогут улучшить понимание механизмов развития и эффективности методов лечения этого патологического состояния.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2023-2024 годы в физиотерапевтическом отделении Ферганского областного центра реабилитации детей-инвалидов закончили курс лечения 81 паци-

ентов с вертеброгенными болевыми синдромами (32 мальчика и 49 девочки). Их клиническая характеристика представлена следующими данными:

Распространенность болей в спине среди школьников составляла 21% (17 детей).

Преобладали боли в пояснично-крестцовом отделе - 52% (42 ребенка).

В структуре вертеброгенных болевых синдромов доминировали рефлекторные, тогда как корешковые встречались значительно реже.

Среди причин вертеброгенных болевых синдромов в детском возрасте первое место занимал ювенильный остеохондроз - 52% (42 ребенка).

При наличии у детей врожденных аномалий позвоночника, сколиоза, патологии соединительной ткани раньше появлялись признаки остеохондроза.

Адаптированные к детскому возрасту алгоритмы возраст-зависимого лечения детей с болью в области спины позволяли достоверно уменьшить выраженность или полностью купировать болевой синдром и нивелировать аффективные расстройства.

Существует корреляционная связь между степенью боли и выраженностью аффективных расстройств.

Выводы:

Анализ распространенности вертеброгенных болевых синдромов среди детей выявил, что они составляют значительную часть всех болевых состояний в младшем возрасте. Наиболее частые жалобы у детей связаны с болями в спине, шее и пояснице. Важно отметить, что у детей чаще встречаются функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата, что увеличивает риск развития вертеброгенных болевых синдромов.

Нейрофизиологическая характеристика вертеброгенных болевых синдромов у детей: исследования нейрофизиологических процессов, лежащих в основе вертеброгенных болей у детей, показали важную роль механизмов центральной сенсибилизации. Ростковый канал, в котором проходят нервные структуры, может стать местом возникновения и поддержания болевого синдрома. Психоэмоциональное состояние ребенка также влияет на механизмы нейрофизиологической регуляции и восприятия боли.

Клинические наблюдения и исследования. Более детальное изучение вертеброгенных болевых синдромов выявило изменения в работе нервных структур и мышечно-костном структуры. Нейрофизиологические тесты, такие как электромиография и электроэнцефалография, позволили выявить особенности проведения нервных импульсов и активности в центральной нервной системе у детей с вертеброгенными болями.

Заключение. Наше исследование подчеркнуло важность изучения клинических и нейрофизиологических аспектов вертеброгенных болевых синдромов у детей. Полученные данные могут быть использованы для разработки эффективных методов лечения и профилактики данных состояний. Дальнейшие исследования в этом направлении позволят более глубоко понять механизмы возникновения болевого синдрома у детей и разработать индивидуализированные подходы к лечению.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ И РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНЕЙ ТИМУСА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Ахмедов А.Т.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования: изучение морфофункциональных особенностей состояния тканей тимуса после аутоимплантации тимуса при хирургической коррекции ВПС.

Материалы и методы: Исследован материал тимуса 45 кроликов породы Шиншилла обоих полов, в возрасте 3 месяцев жизни с массой 1790-2495 гр., содержащихся в стандартных условиях вивария - при температуры 22-24ºС, относительной влажности 50-60% и светового режима (по 12 часов темноты и света). Выделены 2 группы 15 головы в каждой: 1-группа -экспериментальная группа, которым произведена тотальная тимэктомия с последующей ауто-имплантацией тимуса; 2-группа - лабораторные животные, которым произведена только тотальная тимэктомия. Группу сравнения оставили здоровые кролики (интактные животные) соответствующего возраста, которые находились в стандартных условиях вивария. Периферическую кровь (n=45) забирали из ушной вены (1,5 мл.) кроликов, взятые до проведения эксперимента, и на 1-й, 7-й и 9-й недели после эксперимента. Кровь для исследования отбирали в медицинские пробирки, путем прокола краевой ушной вены

кроликов инъекционной иглой. Количество образцов - по 15 из каждой группы кроликов. Проведены гистологические, иммуногистохимические, микроскопические исследования.

Результаты Исследования и их обсуждение. Установлены клинико- иммунологические эффекты влияния аутоимплантации на этапы экспериментального научного исследования. Гистоморфологические процессы в тимусе при срединной стернотомии с тимэктомией при хирургической коррекции ВПС показали истощение морфофункционального статуса органа, сопряженное с всё большим снижением его потенциальных возможностей. В течении первых 9-недель наблюдения после тимэктомии развивается тяжелая анемия, эритроцитопения, лейкопения, ускорение СОЭ до 20 мм/ч, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, уремия. Следовательно, тимэктомия является неблагоприятным фактором для деятельности всей иммунной системы организма, что необходимо учитывать для прогнозирования эффектов формирования адаптивного иммунитета и развития послеоперационных осложнений. При аутоимплантации в тимусе развивается комплекс морфологических изменений, влияющих на качество внутритимического развития Т-лимфоцитов и, как следствие, сохранение в организме Т-клеточного ресурса. Установлено, что в крови кроликов в течении 9- недель аутоимплантации тимуса количество CD3+Т-клеток в 2,98 раза больше (до 38,8±3,17%), CD4+ лимфоцитов в 2,21 раза (28,4± 3,36%), а CD8+ лимфоцитов в 1,46 раза (22,2± 22,17%), чем у кроликов с тимэктомией соответственно-13±2,97%; 12,8± 0,84%; 15,2 ±1,1% ($p<0,01$).

Вывод. Таким образом, аутоимплантация тимуса способствует восстановлению иммунитета и повышению качества жизни при хирургической коррекции ВПС.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Л. А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценить применения эндобронхиальных вмешательств при диагностике и лечении больных детей с абсцессом легкого.

Материал и методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: субъективные критерии, объективные показатели (температура тела, общеклинический анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, концентрация средне - молекулярных пептидов в сыворотке крови), процент уменьшения площади гнойных полостей, показателей SpO2 тканей. Объектом исследования явились 82 больных ребенка с острыми гнойными заболеваниями легкого, осложнённого бронхиальным свищом, без сопутствующих заболеваний сахарным диабетом, находившихся на лечении клинической базы Бухарского государственного медицинского института в Бухарской областной детской многопрофильной больницы за период 2018-2021 гг.

Результаты исследования и их обсуждения. Исходя из поставленной цели и задачи, полученных результатов исследования I группы больных с гнойными заболеваниями легкого, решено провести следующие исследования больным с гнойными заболеваниями легкого.

С этой целью обследованы 53 больных с ГЗЛ в комплексе лечения, которым, помимо традиционного консервативного лечения, ежедневно проводилась эндобронхиальная санация с антибактериальными и разжижающими препаратами. Эффективность используемых и предложенных клинических методов лечения нагноительных заболеваний легких оценивали по продолжительности бронхолегочной симптоматики, общих симптомов интоксикации, динамике размеров гнойно-деструктивной полости, величине общего койкодня. Положение больного и методика анестезии проводилась, как было выше отмечено. Гибкий бронхоскоп размером 5,2 мм проводили к трахее через нос, гортань, голосовые связки и под визуальным контролем конец бронхоскопа направляли к главному бронху пораженного легкого. По ходу, при необходимости, проводилась санация просвета бронха. Бронхоскоп продвигали до максимально ближней области бронхиального свища с учётом просвета бронха. Проводилась санация бронхиального дерева. Из аспирационного выделения взят материал для бактериального исследования, при необходимости и для цитологического исследования. При санации бронхов использовали ферменты (Лидаза, Трипсин) для разжижения и антибиотики

с учётом чувствительности.

В 1Б подгруппе так же, как критерии оценки состояния больных, изучены лабораторные показатели признаков эндогенной интоксикации из периферической крови (концентрация гемоглобина, лейкоцитоз, СОЭ, ЛИИ, ЛИ, МСМ), качественного состава микрофлоры мокроты, продолжительности пребывания пациента в стационаре. На момент поступления и в процессе лечения состояние больных оценивалось по клиническим признакам, по данным лабораторно-инструментальных методов обследования, а также с использованием рентгенологических методов исследования.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от 38,2 ± 0,13 до 37,8 ± 0,14, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до 8,4 ± 0,45×109/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,168 ± 0,007 ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до 1,9 ± 0,08 и 40,4 ± 1,52 соответственно.

К седьмым суткам лечения у больных группы сравнения с гнойными заболеваниями легких сохранялся незначительный субфебрилитет (37,8 ± 0,14 0С). При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации – 7,4 ± 0,39×109; 0,152 ± 0,009; 1,7 ± 0,07; 34,1 ± 1,22 соответственно. К четырнадцатым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы.

При дальнейшем лечении и наблюдении к двадцатым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующим из характерных критериев оценки гнойного процесса в легких было определение уровня микробной обсемененности, выявление видового состава микрофлоры. Выявленный видовой состав микрофлоры, высеянной из мокроты больных с гнойными заболеваниями легкого больных.

В большинстве случаев у 31 пациента высеивался патогенный стафилококк, из них у 14 (19,4%) в виде монокультуры и у 17 (23,6%) в ассоциациях. В 28 наблюдениях высеивалась кишечная палочка, которая в 10 (13,9%) случаях присутствовала в виде монокультуры и в 18 (25,0%) в составе микробных ассоциаций. Следующим по частоте выявляемости был протей - в 16 наблюдений, высеянный в 7 (9,7%) случаях в виде монокультуры и в 9 (12,5%) в составе микробных ассоциаций. Далее следовали энтерококки, обнаруженные в 14 наблюдениях, по 7 (9,7%) в виде монокультуры и ассоциаций соответственно, стрептококки в 7 наблюдениях, в 4 (5,5%) - монокультуры и 3 (2,8%) в ассоциации. Синегнойная палочка высеяна у 2 (2,8%) пациентов в виде монокультуры и у 1 (1,4%) в составе микробных ассоциаций.

Вывод. В настоящее время лечение раневой инфекции базируется на использовании лекарственных препаратов. Но болезнетворные бактерии, имеющие большую значимость в этиологии гнойной хирургической патологии, имеют значительную вирулентность, обладают биоизменчивостью и антибиотикорезистентностью. Существующие на данный момент доступные антибактериацидные вещества не дают должного результативного влияния. При лечении острых и хронических абсцессов легкого введения антибиотиков парентеральным и энтеральным путём является малоэффективным из - за практической недоступности препаратов в полость абсцесса, где отсутствует сосудистая система. Увеличиваются экономические расходы в лечении пациентов с гнойными заболеваниями лёгких с осложнением бронхиальным свищём, что существенно подрывает госбюджет хирургического стационара. Это указывает на необходимость пересмотра положения о монопольном использовании антибиотиков и переходе на более обоснованную стратегию и тактику лечения гнойно-септических заболеваний легких, а также разработке более эффективных методов опорожнения полостей абсцесса от гнойных выделений и инфекций. Разработка и широкое применение новых способов малоинвазивных, малотравматичных методов, в комплексном лечении гнойных заболеваний легких имеет приоритетное направление в лечении данного контингента больных. Полученные результаты показали, что одним из путей решения этой проблемы является назотрахеобронхиальное дренирование гнойных полостей легкого. Новые технологии в диагностике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей, позволили на протяжении последних десятилетий незначительно снизить заболеваемость, что подтверждают существующие литературные публикации, однако поиск наиболее эффективных и малотравматичных путей лечения крайне актуален. Имеющиеся в настоящее время известные методы лечения больных с гнойными заболеваниями лёгких с осложненным бронхиальным свищём не всегда достаточно результативны.

АНЕСТЕЗИЯ СОВРЕМЕННЫМИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Бабаев Б. Д., Острейков И.Ф., Толасов К.Р., Штатнов М.К., Чокорая К.З., Ялиева Л.К.
ГБОУ ДПО РМАНПО. ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ. Г. Москва.

Наиболее часто в современной педиатрической анестезиологии применяются ингаляционные анестетики в связи с удобством их использования независимо от возраста у детей, в том числе и при экстренных оперативных вмешательствах. Самыми современными препаратами этой группы являются десфлуран и севофлуран.

Целью исследования является оценка качества поддержания анестезии, пробуждения, а также восстановления в течении послеоперационного периода у детей при лапароскопических оперативных вмешательствах в условиях поддержания анестезии с помощью десфлюрана.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование в двух группах детей по 30 человек старше 3-х лет, перенесших лапароскопическое оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита, длительностью от 30 до 60 мин. Индукция анестезии проводилась при помощи севофлюрана до 8 об% и кислородо-воздушной смеси, а также внутривенного введения препаратов: фентанил 1 мкг/кг, рокуроний0,3-0,4 мг/кг, пропофол 2 мг/кг. После интубации исследуемая (первая) группа переводилась на десфлюран до 8 об% для дальнейшего поддержания анестезии. В контрольной (второй) группе продолжал использоваться севофлюран до 2,5-3,5 об%. Целевое значение МАК в обеих группах достигалось в течении 5-7 минут и составляло 1,0. Глубина анестезии оценивалась при помощи BIS-мониторинга, а также контроля ЧСС и АД. Оценивалось время пробуждения.

Результаты исследования и их обсуждение. В обеих группах, при достижении целевого значения МАК, показатели BIS-мониторинга составили 42-55 ед., что соответствует качественному наркозному сну. ЧСС и АД на протяжении всего оперативного вмешательства соответствовали возрастной норме у 93,3% в первой группе и 96,7% во второй группе. Возникшая тахикардия и повышение АД в оставшихся случаях, вероятно, были связаны с недостаточным уровнем обезболивания и купировано введением дополнительной дозы наркотического обезболивающего. Дополнительное введение обезболивающих препаратов в первой группе потребовалось 2 пациентам (6,7%) и во второй группе 1 пациенту (3,3%). Дополнительное введение миорелаксантов в первой группе потребовалось 5 пациентам (16,6%) и 3 пациентам во второй (10%). Совместное введение обезболивающих препаратов и недеполяризирующих миорелаксантов потребовалось 1 пациенту (3,3% от общего числа), который входит в вышеуказанные группы. Время пробуждения до первого открытия глаз в первой группе составило 4-7 мин, до первого вербального контакта - 6-9 мин. Во второй группе время пробуждения составило 12-15 мин. и 17-19 мин. соответственно. Кроме того, во второй группе отмечались послеоперационная дрожь у 17 пациентов (56,7%), а также послеоперационная ажитация у 11 пациентов (36,7%). У 7 пациентов из 11 (63,6%, 23,3% от общего числа второй группы) состояние ажитации потребовало дополнительного введения пропофола (1 мг/кг). В послеоперационном периоде полная активность восстановилась спустя 40 - 60 минут в группе десфлурана и 60-80 минут в группе сефолурана, жалобы на послеоперационные головокружение, слабость, тошноту и рвоту отсутствовали в обеих группах.

Заключение. При использовании обоих газообразных анестетиков достигается достаточная глубина наркоза на протяжении всего оперативного вмешательства. В первой группе большему числу пациентов потребовалось дополнительное введение обезболивающих и миорелаксирующих препаратов по сравнению со второй группой пациентов, что может объясняться более выраженным потенцирующим эффектом севофлурана. Скорость пробуждения в первой группе примерно в 3 раза короче, чем во второй группе. Кроме того, при поддержании анестезии севофлураном, отмечались такие нежелательные побочные эффекты, как послеоперационная дрожь и постнаркозная ажитация, требующая введения дополнительных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Бабаев Б.Д., Алхасов А.Б., Алексеева Е.А., Бондаренко Е.В., Кузин С.А., Комина А.И., Ратников С.А.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ФГБОУ ДПО РМАНПО

Актуальность. Ежегодно растет количество пациентов со стенозом пищевода различной этиологии. В нашем центре на базе торакального отделения успешно выполняется эффективный и в тоже время технически наиболее сложный способ пластики пищевода – колоэзофагопластика. Метод позволяет не просто воссоздать пищевод, но и достичь полной социальной адаптации ребенка. Эффективность лечения зависти от исходного состояния пациента, объема и техники выполнения оперативного вмешательства, вида и качества проводимой анестезии, гемодинамической стабильности пациента на разных этапах лечения. Нарушение перфузии тканей в области анастомоза является основной причиной таких послеоперационных осложнений, как негерметичность анастомоза и некроз тканей трансплантата. Таким образом, при выполнении колоэзофагопластики у детей, ключевым моментом анестезии является поддержание такого уровня системного артериального давления, при котором сохраняется адекватная перфузия тканей трансплантата.

Цель исследования. Анализ анестезий при колоэзофагопластиках выполненных в центре за последние 5 лет.

Материал и методы исследования. В хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» за период с 2019 по 2023 год колоэзофагопластика выполнена 120 пациентам. Возраст варьировал от 6 мес. до 17 лет, вес — от 8 до 56 кг. Все операции выполнены под общим комбинированным эндотрахеальным наркозом. Индукция: 102 пациентам выполнялась методом быстрой болюсной индукции севофлураном 6-8 об%; 11 пациентам – быстрая последовательна внутривенная индукция пропофолом 2-2,5мг/кг. Основной этап: у 110 пациентов (91,6%) основным компонентом анестезии выступал раствор для ингаляций севофлуран; у 10 (8,3%) - раствор для внутривенного введения пропофол. Контроль глубины анестезии BIS 40-60 ед. Анальгезия в 116 (96,6%) случаях обеспечивалась комбинацией опиоидного анальгетика фентанила и местного анестетика амидного типа ропивакаина 0,2%, вводимого в эпидуральное пространство. В остальных 4 случаях (3,3%) эпидуральная анестезия не выполнялась в связи с наличием противопоказаний, анальгезия обеспечивалась только опиоидным анальгетиком. Во всех случаях были использованы недеполяризующие миорелаксанты средней продолжительности действия, под контролем TOFмониторинга. Особый контроль осуществлялся за системным артериальным давление с целью поддержания среднего АД не менее 40-50 мм.рт.ст. в зависимости от возраста пациента, для сохранения адекватной перфузии тканей трансплантата. Оценка состояния гемодинамики осуществлялась: измерением уровня АД неинвазивным осциллометрическим методом, ЭКГ, измерением ЦВД, пульсоксиметрия. У 68 (56,7%) пациентов на основном этапе операции использовалась вазопрессорная поддержка допамином в дозах 3-5мкг/кг/мин. Все пациенты после окончания операции переводятся в ОРИТ для продленной ИВЛ.

Результаты исследования и их обсуждение. Среднее время нахождения на ИВЛ 2 суток, общее время в ОРИТ 5 суток; летальность - 0; спаечная кишечная непроходимость 2 (1,6%); некроз трансплантата 4 (3,3%); повторная колоэзофагопластика 3 (2,5%).

Выводы. Нарушение перфузии тканей в области анастомоза при желудочно-кишечной хирургии является основной причиной таких послеоперационных осложнений, как негерметичность анастомоза и некроз тканей. Одном из факторов, приводящих к снижению периферического кровотока является развитие артериальной гипотензии, что у детей во время анестезии является достаточно частым явлением. С нашей точки зрения рецептом успеха может быть комбинация минимальных доз анестетиков, анальгетиков и вазопрессоров при сохранении максимальной антистрессовой защите и стабильности гемодинамики.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бабаева Х.Б.
Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра детской хирургии, Баку, Азербайджан

Обоснование. Существуют большие расхождения в программах скрининга развивающейся дисплазии тазобедренного сустава (РДТБС) у новорожденных в разных странах и регионах, а иногда и в различных медицинских учреждениях одной страны.

Несмотря на доказанную эффективность сонографического метода, все еще имеются разногласия относительно использования УЗИ в скрининге дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных.

Цель исследования. Выработать оптимальный алгоритм ранней диагностики РДТБС у новорожденных и детей грудного возраста с применением клинического и ультразвукового методов.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 1193 новорожденных. Клиническое обследование проводилось с использованием Барлоу и Ортолани тестов, также учитывался симптом ограничения отведения бедер менее 60 градусов.

Сонографическая оценка суставов производилась по методу Р.Графа. Патологическими при УЗИ считались суставы по классификации Графа типы 2B, 2C, D, 3A, 3B и 4.

К факторам риска относились: ягодичное предлежание, отягощенный семейный анамнез, женский пол ребенка, родившегося от первых родов.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашем обследовании применялся следующий алгоритм ранней диагностики:

Сразу после рождения ТБС осматривались неонатологом:

Если клинический осмотр выявил патологию, ребенок немедленно направлялся к специалисту (ортопеду, детскому хирургу)+выполнялось УЗИ ТБС в течение 1 недели.

Если постнатальный осмотр не выявил патологию ТБС, но ребенок входил в группу риска - обязательное УЗИ в 5-6 недель.Если постнатальный осмотр не выявил патологию ТБС, но осмотр детского хирурга(ортопеда) в условиях поликлиники в 1,5-2 месяца выявил симптомы дисплазии, то проводилось обязательное УЗИ с выбором последующей тактики лечения.

Из 1193 новорожденных у у 62 детей была выявлена РДТБС (44 девочки и 18 мальчиков).

У 55 детей из 62 дисплазия ТБС была выявлена до 12 недель, у 7 детей диагноз был установлен после 12 недель.

УЗ признаки дисплазии отсутствовали у 1125 детей (1А тип - 756 ,1В тип -369).

Физиологическая незрелость наблюдалась у 79 детей в возрасте до 12 недель, из них 56 девочек.В этой группе у 6 пациентов женского пола наблюдалась незрелость типа 2А(-), в дальнейшем при динамическом наблюдении после 12 недель перешедшая в тип 2В - дисплазию. В остальных случаях у всех пациентов этой группы наблюдалась положительная динамика, нормализация угловых показателей и переход сустава в типы 1А или 1В.

Вывод. Хорошо спланированный систематический скрининг, основанный на четком алгоритм ранней диагностики РДТБС в условиях родильного дома и детской поликлиники очевидно окажут положительное влияние на сокращение поздних случаев диагностики и предотвращение хирургических вмешательств.

ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Бадалов Ш.А., Азизов А.А.
ГУ «Республиканский научно - клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Улучшить методы лечения гипоспадии с применением гормональных препаратов.

Материал и методы исследования. В основу нашей работы положены результаты обследования 154 больных мальчиков с различным видом формы гипоспадии на базе ГУ «РНКЦП и ДХ» в отделении детской урологии НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2019 по 2024 гг. Возраст больных детей колебался от 2 до 15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате лечения особое внимание уделяли предварительной гормональной подготовке. Предварительная гормональная терапия препаратом

«Хорионический гонадотропин», проводилась всем больным с проксимальной гипоспадией для увеличения размеров ствола полового члена и крайней плоти. Измеряя размер члена до назначения лечения и после курса гормональной терапии, мы отмечали увеличение длины кавернозных тел от 16 до 30% от первоначальной длины. Крайняя плоть становилась более мясистой рыхлой, кожа становилась слегка гиперемированной. По данным УЗИ с цветовым доплеровским картированием отмечалось увеличение диаметра сосудов крайней плоти и усиление скорости кровотока, что свидетельствовало об улучшения кровоснабжения кожи ствола полового члена и крайней плоти.

Гормональная терапия проводилась препаратом «Хорионический гонадотропин» 1000 МЕ в/м 1 раз в неделю 4 инъекции. Данный комплекс предоперационной подготовки назначали при первичной консультации. Ребенок поступал в клинику после проведенного гормонального лечения. Для уменьшения кровоточивости тканей во время операции рекомендуется прекращать лечение за 2-3 дня до операции.

Вывод. Таким образом, мальчики с проксимальной гипоспадией нуждаются в проведении гормональной стимуляции препаратом «Хорионический гонадотропин». Гормональная стимуляция в/м в течение 2 недель позволяет достичь увеличения размеров полового члена на 30%, улучшая кровообращение кожи ствола полового члена и крайней плоти.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ СЛОЖНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Бадиева Б.М.

Бухара, Узбекистан

Актуальность. Узбекистан является одной из стран с высокой распространённостью эхинококкоза. По данным Каримова Ш.И. (1994), уровень заражения составляет от 6 до 9 случаев на 1000 населения. Современные исследователи подчеркивают необходимость выбора пациентов с эхинококком печени на первом этапе заболевания (с активным паразитом) для проведения лапароскопической операции.

Цель Исследования. Выбор наилучшей тактики хирургического лечения осложнённых нагноившихся эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты лечения 34 пациентов с нагноившимися эхинококковыми кистами печени, что составило 19,6% от общего числа наблюдаемых пациентов в период с 2019 по 2024 годы. Возраст пациентов варьировал от 3 до 18 лет. Диагноз устанавливался на основе жалоб, клинического осмотра, клинико - иммунологических исследований, ультразвукового исследования и мультиспиральной компьютерной томографии. Монокистозный эхинококкоз был выявлен у 19 (55,4%) пациентов, а множественные кисты – у 15 (44,1%). Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа оперативного вмешательства. Традиционная эхинококкэктомия была выполнена у 13 (38,2%) детей, а контрольная группа составила 21 (61,8%) пациента, у которых была проведена лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением апаразитарных принципов.

Пункция кисты стала первым этапом лапароскопической операции при эхинококкозе печени. Перед выполнением пункции операционную зону обводили марлевыми повязками, смоченными 100% раствором глицерина. После снижения давления внутри фиброзной капсулы кисты с обеих сторон от места пункции, операционная зона была успешно захвачена эндоскопическими ретракторами. Затем фиброзная капсула была рассечена с помощью электрохирургических ножниц, и в полость кисты вводился 100% раствор глицерина с выдержкой 10 минут, после чего происходила эвакуация остаточного содержимого через эндохирургический вакуум. Полость кисты промывали 3% раствором перекиси водорода и дважды 96% спиртом, после чего снова заполняли прогретым 60-80% раствором глицерина с выдержкой 10 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. Следует отметить, что из 21 лапароскопического вмешательства мы смогли успешно провести лишь 13 (38,2%) из-за технических осложнений, приводящих к конверсии к традиционной эхинококкэктомии в 1 (4,8%) случае. В одном случае (4,8%) была выполнена ЛЭЭ с мини-доступом и видеоассистированием. Интраоперационные осложнения в основной группе отсутствовали. По-

сле операции пациенты активизировались на 3-4 сутки. У одного пациента (4,8%) была отмечена утечка желчи из дренажа, которая прекратилась на 12-е сутки; у одного пациента (4,8%) произошло нагноение послеоперационной раны, а у ещё одного (4,8%) – нагноение остаточной полости. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре при традиционных операциях составила 14,3 ± 0,6 койко-дней, в то время как при лапароскопической эхинококкэктомии – 7,4 ± 0,5 койко-дней.

Вывод. Применение лапароскопической эхинококкэктомии при нагноении эхинококковых кист позволило расширить показания для лапароскопической эхинококкэктомии и уменьшить количество осложнений в послеоперационный период. Следует отметить, что нагноение эхинококковых кист печени является относительным противопоказанием для выполнения лапароскопической эхинококкэктомии.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ

Бойматова М.Б.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оптимизировать возможности УЗ - исследования в диагностике образований молочной железы девочек подросткового возраста

Материал и методы исследования. На базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» было исследовано 44 девочек в возрасте от 14 до 18 лет за период 2023-2024 гг. Всем девочкам подросткового возраста было проведено ультразвуковое исследование молочных желез с применением конвексного, линейного датчика 3,5 Мг.

Статистическая обработка полученных данных проведена с применением методов вариационной статистики с вычислением средних величин (M), оценкой вероятности расхождений (m).

Результаты исследования и их обсуждение. За период 2023-2024 гг. было исследовано 44 девочек подросткового возраста с различными патологиями молочных желез, которые носили сочетанный характер. За этот период из этих исследований было выявлено 28 (63,6%) девочек с заключением фиброаденомы. При УЗ - исследовании визуализировались подвижные узловые образования с гипоэхогенными включениями, неоднородной структурой, с ровными, нечеткими контурами. Из 28 исследований у девочек с выявленной фиброаденомой определялось сопутствующее увеличение лимфоузлов, в основном, в подмышечных областях - лимфаденит (воспалительного характера). При УЗ - исследовании лимфаденит отмечается в виде гипоэхогенной структуры, с ровными нечеткими контурами. У 12 (27,3%) девочек подросткового возраста отмечалась диффузная мастопатия с гормональными нарушениями, для их консультации они были направлены к детским врачам маммологом.

Выводы. УЗИ молочных желёз у девочек подросткового возраста – доступный, неинвазивный и экономически выгодный скрининговый метод, применяемый для оценки состояния и выявления образований молочных желез.

УЗ диагностика рекомендуется в качестве дополнения к маммографии для пациенток с высоким риском патологии молочных желез, беременных женщин и лиц, которым противопоказана маммография.

РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА

Бутабоев М.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Современные инновационные технологии играют ключевую роль в реабилитации детей с заболеваниями дыхательной системы, существенно повышая как качество медицинского обслужива-

ния, так и результаты лечения. Технологический прогресс в медицине позволяет создать новые возможности для ранней диагностики, мониторинга и реабилитации, обеспечивая более точное и индивидуализированное лечение пациентов. В частности, активное внедрение высокотехнологичных устройств и методов способствует повышению эффективности лечебного процесса и улучшению прогноза для детей, страдающих от хронических заболеваний дыхательной системы, таких как астма, бронхиты и муковисцидоз.

Одним из ключевых направлений развития инноваций является использование портативных ингаляторов нового поколения. Эти устройства не только обеспечивают более эффективную доставку лекарственных препаратов в дыхательные пути, но и позволяют настроить дозировку и режим лечения в зависимости от состояния пациента. Портативные ингаляторы становятся удобным и незаменимым инструментом в лечении детей, так как их использование возможно в домашних условиях, что значительно снижает частоту госпитализаций и улучшает качество жизни как самих детей, так и их семей.

Не менее важной инновацией является аппаратное обеспечение для мониторинга функций дыхательной системы. Современные устройства позволяют проводить регулярные измерения таких параметров, как уровень насыщения крови кислородом (SpO2), частота дыхания и объём лёгких, что помогает врачам оперативно отслеживать изменения в состоянии пациента. Некоторые из таких устройств интегрированы с мобильными приложениями, что даёт возможность родителям и медицинскому персоналу в реальном времени контролировать состояние ребёнка, корректируя лечение по мере необходимости.

Важную роль в реабилитации детей с дыхательными заболеваниями также играет развитие телемедицины. Дистанционные консультации с врачами и специалистами позволяют своевременно корректировать терапию, снижая потребность в личных визитах в медицинские учреждения. Телемедицина не только облегчает доступ к качественной медицинской помощи, особенно в отдалённых регионах, но и помогает сократить нагрузку на больницы и клиники. Для детей, страдающих хроническими заболеваниями, постоянный доступ к квалифицированной помощи становится критически важным элементом успешного лечения.

Отдельно стоит выделить применение игровых технологий (геймификации) в процессе дыхательной терапии. Специально разработанные программы и приложения, включающие игровые элементы, помогают детям активно вовлекаться в реабилитационные процедуры. Играя, ребёнок выполняет упражнения для улучшения функции дыхания, что значительно облегчает процесс реабилитации и снижает уровень стресса от лечения. Геймификация не только повышает мотивацию ребёнка, но и улучшает качество выполнения упражнений, что напрямую влияет на успех лечения.

Таким образом, инновационные технологии в реабилитации детей с заболеваниями дыхательной системы открывают новые горизонты для улучшения здоровья и качества жизни пациентов. Интеграция таких технологий, как портативные ингаляторы, системы мониторинга и телемедицинские консультации, в сочетании с игровыми методиками, делает процесс лечения более гибким, персонализированным и доступным.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Гуриев Х.Дж.[1,2],Шарипов А.М.[1,2,3], Мазабшоев С.А.[1,2], Махмадалиев А.А.[1,2]

[1] ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

[2] ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан»

[3]ГУ «Республиканский Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей с использованием различных методов.

Материал и методы. За период с 2010 г. по 2023 г. в клинике детской хирургии на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан были прооперированы 146 детей с болезнью Гиршпрунга. Возраст детей - от 6 мес. до 12 лет (возрастная медиана - 5,7 лет), из них 113 (77,4%) пациентов имели возраст от 6 мес. до 3 лет. Мальчиков было 89 (61,0%), девочек – 57

(39,0%).

В зависимости от тяжести течения болезни выделяли следующие стадии БГ: компенсированная форма - у 53 (36,3%) больных, субкомпенсированная форма - у 64 (43,8%) пациентов, декомпенсированная форма - у 29 (19,9%). Согласно классификации А.И. Ленюшкина выявлены следующие формы БГ: ректальная форма - у 24 (16,4%) больных, ректосигмоидальная форма - у 114 (78,1%) пациентов, субтотальная форма - у 8 (5,5%) детей. В зависимости от метода проведения оперативного вмешательства больные распределены на 2 группы. Первую (контрольную) составили 67 (45,9%) детей, которым операция выполнена с использованием лапаротомии по способу Соаве и их модификаций, 2-ю (основную) - 79 (54,1%) пациентов, которым операция выполнена одномоментным лапароскопическим 30 (20,5%) и трансанальным способом без лапароскопии 49 (33,6%).

Всем детям произведено общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) толстого кишечника и органов малого таза, рентгенологические методы исследования (рентгенография органов брюшной полости, ретроградное контрастное исследование толстой кишки) и гистохимические исследования биоптатов толстой кишки в пред - и послеоперационном периоде. У всех больных произведен экспресс - тест кала на Clostridium diffisile. Предоперационная подготовка больных с БГ заключалась в коррекции водно - электролитных нарушений и микробного пейзажа толстой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети перенесли операцию хорошо. Продолжительность операции в среднем составила 86,3±12,2 минуты в первой группе и 126,3±6,2; 108,3±12,6 минуты во второй и третьей подгруппах соответственно. Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 14,4±3,4; 9,93±2,08; 9,73±1,8 суток соответственно. У детей контрольной группы кормление начинали на 2-3 сутки, а у пациентов основной группы через 12-24 часов после появления самостоятельного стула. Среди детей контрольной группы появление самостоятельного стула отмечены через 24-36 часов, а у детей основной группы через 12-24 часов после операции.

Среди детей контрольной группы у 8 (5,5%) пациентов в раннем послеоперационном периоде выявлены следующие осложнения. Ранняя спаечная кишечная непроходимость (2), стеноз колоректального анастомоза (3) и каломазание (3). Спаечная кишечная непроходимость была устранена путем повторной операции – рассечение спаек. Стенозы были ликвидированы путем бужирования, а дети с явлениями каломазанья получали консервативное лечение с благоприятными исходами.

У детей основной группы осложнение в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 3 (2,0%) больных (после лапароскопической операции). У одного отмечено осложнение в виде каломазанья и у двоих несостоятельность колоанального анастомоза с развитием параректального абсцесса. Первому было проведено консервативное лечение, где получен хороший результат. Двоим другим была наложена энтеростома с санацией и дренированием малого таза, результат благоприятный. Среди детей с трансанальным низведением без лапароскопии осложнение в послеоперационном периоде наблюдали у 3– х (2%) детей в виде стеноза колоректального анастомоза, каломазания и несостоятельности колоанального анастомоза с развитием параректального абсцесса. Первому проведено бужирование с благополучным исходом, второму было проведено консервативное лечение, а третьему произведена санация малого таза с выведением на переднюю брюшную стенку терминального отдела тонкого кишечника. Летальные исходы среди детей контрольной и основной группы не наблюдали.

У всех детей не зависимо от группы на 12-14 сутки послеоперационного периода проводили пальцевое ректальное исследование для оценки проходимости и состоятельности ректального анастомоза. При состоятельности анастомоза начинали профилактическое бужирование расширителями возрастного диаметра.

Вывод. Применение лапароскопической эндоректальной операции и трансанального низведения без лапароскопии при радикальной коррекции болезни Гиршпрунга у детей позволяет констатировать, что использование вышеназванных способов при коррекции болезни Гиршпрунга имеют очевидные преимущества косметического характера и являются миниинвазивным. Результаты применения этих операций показывают высокую эффективность по сравнению с традиционными, о чем свидетельствуют снижение частоты осложнений, уменьшение послеоперационных сроков госпитализации, а также косметический и функциональный результат операции.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖЁННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Гуриев Х.Дж., Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Манонов Н.С., Шарипов П.Ш., Аввалов А.

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», Таджикистан
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорождённых и детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино с 2016 по 2024 годы прооперировано 47 больных с БГ в возрасте до одного года. Из 47 больных мальчиков было 42, а девочек 5. У всех детей обнаружен аганглиоз ректосигмовидной части толстой кишки. Из 47 у двух больных был острое течение. У 45 больных отмечено подострое течение. Двое прооперированы в экстренном порядке (субтотальной форма БГ) и наложена стома, как подготовка к основному этапу операции.

Результаты исследования и их обсуждение. В последние годы в отделении хирургии новорожденных и детей грудного возраста проводятся различные радикальные операции при Болезни Гиршпрунга в зависимости от формы и течения. Трансанальное низведение аганглионарной зоны толстого кишечника по Де ла Торре–Мандрегона произведено у 20 (42,5%), Соаве –Болея у 17 (36,1%)**,** и трансанальная эндоректальная проктопластика по Swenson like – у 10 (21,2%) больных. При изучении ближайших результатов оперативного лечения по методу трансанальной резекции аганглионарной части по Де ла Торре – Мандрегона у новорожденных и детей грудного возраста выздоровели все оперированные больные. Основным этапом низведения аганглионарной зоны по данной методике является выделение, мобилизация серозно-мышечного цилиндра на протяжении 5-10 см (в зависимости от локализации аганглиоза) на уровне за зубчатой линией. Отсечение низведенной кишки выше зоны аганглиоза с последующим формированием колоанального анастомоза. Кормление начинали после появления самостоятельного стула на 3-е сутки. У 4 (8,5%) детей после операции отмечено сужение на уровне колоанального анастомоза. Им произведено бужирование и одномоментная рассасывающая терапия. Послеоперационное рубцовое сужение у этих больных ликвидировано. Преимуществом операции является радикальность, простота и высокая клиническая эффективность. Кроме, того брюшной этап отсутствует, и, тем самым, абдоминальные осложнения исключаются.

Оперирование по методу Соаве – Болея 17 новорожденных и детей грудного возраста с БГ, которые имели более протяженную зону аганглиоза. При этом мобилизацию проводили до 20 см от уровня прямой кишки. Эндоректальное трансанальное низведение по Соаве Like проводилось выделением ректальной части по Де ла Торре – Мандрагона, а последующие длиной аганглионарной зоны до селезёчного угла и иногда на уровне поперечноободочной кишки, у двух больных мобилизация толстой кишки проводилась лапаротомным доступом.

При БГ у новорожденных и детей грудного возраста в настоящее время в течение 8 лет ни одной операции колостомии с целью предоперационной подготовки к основную этапу, мы не проводилось.

Немаловажную роль в диагностике при БГ у новорожденных и детей раннего возраста: имеет анамнез – самостоятельный стул со дня рождения отсутствует и имеется вздутие живота. На обзорной рентгенографии брюшной полости в вертикальном положении большое значение имеют вздутые петли толстого кишечника.

Немаловажную роль играет способ вставления газоотводной трубки при поступлении. Мы это называем способом «преодоления аганглиозного участка», гидротубационным способом. Опорожняется кишечник как «футбольный мячик», при этом можно думать, что катетер Фолей перешел за аганглионарную зону. Газоотводную трубку оставляют на несколько месяцев (прикрепляют при помощи лейкопластыря). Эту процедуру мы проводим более 8 лет. Мы называем эту процедуру «кишечным лаважом».

После стабилизации общего состояния ребенка, мы его готовим к ирригографии 25-30% раствором триомбраста. При помощи проводимой методики в течение последних 8 лет применяемый в нашей клинике при проведении диагностики БГ у новорожденных и детей грудного возраста, расхождения диагноза не отмечается.

Вывод. Таким образом, лечение грудных де-

тей с болезнью Гиршпрунга должно проводиться в детских хирургических центрах, где имеется грудничковое отделение. За последние 8 лет в нашем отделении тем детям, которые поступали с диагнозом БГ разных форм, с осложнениями, мы создаем декомпрессию с помощью кишечного лаважа, в течении более 3-4 месяцев. После подготовки больных проводим радикальные операции. В результате небольшого опыта на наш взгляд оптимальным возрастом для оперативного лечения считается возраст 3-4 в месяца.

Выбор метода оперативного лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и детей грудного возраста является трансанальное низведение и резекция аганглионарной зоны. При котором продолжительность операции сокращается, тем самым послеоперационные абдоминальные осложнения уменьшаются и послеоперационный период протекает гладко. Считаем, что операцию трансанальной резекции аганглионарной зоны при БГ целесообразно проводить в раннем возрасте.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Датлатзода Б.Х., Рахматова Р.А., Бердиев Р.Н., Бобоев С.С.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Анализ эффективности применения аминола при комплексной инфузионной терапии тяжелых ЧМТ у детей.

Материал и методы исследования. Исследование охватило 56 детей в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом тяжелой ЧМТ, госпитализированных в реанимационное отделение Национального медицинского центра Шифобахш РТ. Из них у 28 (50%) была диагностирована изолированная ЧМТ, у остальных — (50%) сочетанная. При поступлении все дети находились в состоянии комы с показателями по шкале Глазго менее 8 баллов.

Интенсивная терапия начиналась немедленно по прибытии в специализированную клинику, с временным интервалом в среднем 10,7±5,8 ч для сочетанных травм и 1,1±3,6 ч для изолированных. Все пациенты подверглись комплексу диагностических процедур, включая биохимический и общий анализ крови, исследование коагуляционного профиля, рентгенографию и компьютерную томографию головного мозга. Инфузионная терапия инициировалась с центральной венозной катетеризации, при тяжелой гиповолемии использовались коллоидные и кристаллоидные растворы.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате вмешательств наблюдалось статистически значимое улучшение диастолического и среднего артериального давления в группе с сочетанной травмой. Эти параметры были выше по сравнению с группой изолированной ЧМТ, что способствовало оптимизации мозгового кровотока. В группе с изолированной травмой была зарегистрирована летальность на уровне 14,1%, в то время как в группе с сочетанной травмой летальность достигла 21,7%. Статистический анализ подтвердил, что различия в летальности между группами являются значимыми ($p<0.05$). При этом более высокая летальность в группе с сочетанной травмой коррелировала с более высокими показателями гликемии на 3-й и 5-й день после травмы.

Группа с сочетанной травмой демонстрировала более низкие уровни тромбоцитов в первые сутки и снижение протромбинового индекса (ПТИ) к третьим суткам, что также статистически подтверждено ($p<0,05$). Однако, проведенная инфузионная терапия не привела к снижению времени активированного частичного тромбопластинового времени (АПТВ), что подчеркивает безопасность использованного раствора аминола.

В группе с изолированной ЧМТ достоверное увеличение минутного объема сердца было связано с повышением ЧСС до 127,8±5,2 ударов/мин по сравнению с 109,6±6,0 ударов/мин в группе с сочетанной травмой ($p<0.05$).

Выводы. Данные исследования подчеркивают важность адекватной и своевременной инфузионной терапии для стабилизации центральной гемодинамики у детей с тяжелой ЧМТ. Статистический анализ показывает значимость выбранного подхода для улучшения выживаемости и снижения осложнений у данной категории пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Давлатов С.Б., Ибодзода Х., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г.Душанбе

Цель исследования. Усовершенствование диагностики и хирургического лечения кист холедоха у детей.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно проанализированы результаты лечения историй болезни 42 больных (28 девочек и 19 мальчиков) с кистами холедоха в возрасте от 1 года до 14 лет: до 3-х лет — 10 детей, 4-7 лет — 22 ребенка, 8-14лет — 10 больных. Кисты холедоха выявляются при УЗИ, КТ и, при необходимости подтверждения диагноза, на МРТ.

При комплексном обследовании больных установлены следующие формы: мешковидное расширение холедоха - у 10, веретенообразное — у 23 и кистозное — у 9 больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Ранние клинические проявления (транзиторная желтуха, обесцвеченный стул, рвота, плохая прибавка массы тела, пальпируемое образование в подреберье справа, лихорадка) отмечены у 36 (85,5%)детей. У 8 больных преобладали жалобы на боли в животе, периодически повторяющиеся, схваткообразного характера, имелась желтуха с повышением температуры тела. 9 (21,4%) детей наблюдались по месту жительства с диагнозом дуоденита, гастрита, дискинезии желчевыводящих путей, реактивного панкреатита и др. При больших кистах по косвенным признакам можно предположить наличие мягкотканого образования в области правого подреберья. Основным методом диагностики в наших наблюдениях было УЗИ. Острое начало заболевания отмечено у11 из 42 пациентов, а у 17 — течение заболевания было хроническое с периодами обострения и ремиссии. У 5 больных до операции был выставлен диагноз — паразитарная киста (эхинококковая), а в остальных (37) наблюдениях диагностирована киста холедоха до операции. Все дети прооперированы, произведены различные хирургические вмешательства. У 5 (12%) из 42 пациентов в начале нашей работы были произведены цистохоледоходуоденоанастомоз. У 19 (45,2%) пациентов с веретенообразным расширением холедоха выполнена операция иссечения проксимального холедоха и анастомоз с отключенной петлей тощей кишки по Ру. Операция иссечения кисты с наложением гепатикоеюноанастомоз по Ру произведено у 18 (42,8%) пациентов. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде были у 3 (7,1%) больных: кровотечение после цистохоледохоеюноанастамоза, которое после проводимой консервативной терапии ликвидировано, у второго развилась частичная несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, который закрылся без повторного оперативного вмещательства, у третьего ребенка на 3 день отмечалась тонкокишечная инвагинация, которая была устранена лапораскопическим путем.

Заключение. Таким образом, современные неинвазивные способы, как УЗИ, КТ и МРТ, являются наиболее приемлемыми для ранней диагностики кисты холедоха. Иссечение кисты холедоха с билиодигистивным анастомозом по Ру является радикальным и наиболее эффективным хирургическим способом лечения.

ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ У РЕБЕНКА

Дадаев М.П., Абдибеков М.И.

кафедра детской хирургии КРМУ, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Гангрена Фурнье довольно редкое, но крайне агрессивное состояние с поражением гениталий и промежности, в основе которого лежит некротический процесс, вызванный полимикробной инфекцией. Пусковым механизмом может служить любая хирургическая агрессия на гениталиях, либо механическое повреждение кожи с предрасполагающим фактором снижения клеточного иммунитета. Данный патологический процесс чаще встречается у взрослых мужчин, но крайне редко бывает и у детей. У новорожденных летальность достигает 50% случаев. Анализируя литературу с 1997 года, описано только 56 случаев гангрены Фурнье у детей, стоит отметить, 66% из них — у детей до 3 месяцев.

Материал и методы исследования. Клинический случай ретроспективного анализа лечения гангрены Фурнье у ребенка после выполнения

циркумцизио. Стандартное циркумцицио было выполненоу ребенку (5 лет), под местной анетезеией 1%. р-ром лидокаина. В течении 1 суток отмечалась гипертермия до субфебрильных цифр. Локальный отёк мошонки без изменения цвета кожи, половой член имеет незначительный отёк. На 2 сутки per os была назначена антибактериальная терпаия (азитромицин). В динамике отмечалась пастозность в паховой области, резкое изменние цвета мошонки , локусно выраженная эритема с очагами некротизированных тканей (Рис.1). После госпитализации в стационар произведена ревизия с выполнением дренажных разрезов на мошонке, и удаление некротизированнх тканей.(Рис.2). Из поверхности операционной раны взят мазок для определения микрофолоры. Микробиологический посев показал рост Pseudomonas aeruginosa. Антибактериальная терапия была корректирована на основании чувствительности. Инфузионная и антибактериальная треапия продолжалась 10 дней. Стоит отметить что у ребенка и матери на момент госпитализации отмечался ПЦР (+) COVID 19. На 19 сутки после очищения раны образовался дефект кожи мошонки, была произведена аутодермопластиска полнослойным кожным лоскутом с нанесением насечек (Рис. 3, 4). Яички в мошонки были интактны, оболочки сохранены. Кожа полового члена и рана на половом члене также оставалась интактной. Пересаженный трансплантат прижился полностью.

Выводы:

1. Гангрена Фурнье хотя и редкая патология, но угрожающее жизни состояние. Учитывая высокую частоту выполнения циркумцизий в детской практике, нельзя упускать из дифференциального диагноза синдрома острой мошонки такое грозное осложнение, как гангрена Фурнье.

2. Использование полнослойного кожного трансплантата при закрытии дефекта кожи мошонки остается в приоритете детских урологов-андрологов.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РИТУАЛЬНОГО ОБРЕЗАНИЯ У ДЕТЕЙ

Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Юсупов Ш.А., Сафаров С.Х.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В литературе упоминается, что традиция обрезания существует уже несколько тысяч лет. Египетские мумии фараонов показывают признаки проведения обрезания, а древние настенные рисунки в Египте подтверждают, что процедура была широко распространена. Широкое применение циркумцизия нашла в медицинской практике начиная с середины XIX века. Проблема лечения патологий крайней плоти по-прежнему актуальна, несмотря на новые исследования в этой области.

С 2010 по 2023 год в урологическое отделение Специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского университета поступило 113 детей с осложнениями после домашнего обрезания или обрезания, проведенного в других медицинских учреждениях. Из них 38 детей (33,6%) столкнулись с кровотечениями, 28 (24,8%) имели рубцовое сужение крайней плоти, 14 (12,4%) - с нагноением раны, 13 (11,5%) - с меатальным стенозом уретры, 6 (5,3%) - с полной ампутацией головки полового члена, 8 (7,1%) - с повреждением уретры и последующим формированием свища, 1 (0,9%) - с лигатурой остатка крайней плоти, 2 (1,75%) - с частичной ампутацией головки полового члена, 2 (1,75%) - с некрозом и дефектом кожи полового члена, и 1 (0,9%) - с нарушением кровообращения в головке полового члена.

Больным с кровотечением из раны полового члена проведено лигирование кровоточащих сосудов и при отсутствии гемодинамических нарушений дети отпущены домой. 14 (12,4%) детям с рубцовыми изменениями выполнено иссечение рубцовой ткани - рециркумцизия. 9 (8%) больным с нагноением произведена местная противовоспалительная терапия. При наличии меатального стеноза проведена меатопластика. При повреждении головки полового члена, в двух случаях при полной ее ампутации, через 60 минут произведены ушивание и фиксация головки на уретральном катетере, в двух случаях наложены швы на края наружного отверстия уретры и кожи. 6 (5,3%) больным с повреждением уретры произведено иссечение рубца на вентральной поверхности полового члена с пластическим закрытием дефекта встречными лоскутами.

Заключение. Таким образом, циркумцизия и ритуальное обрезание остаются наиболее распространенными операциями, выполняемыми в мире. Во избежание осложнений данную операцию должны проводить специалисты – детские хирурги.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Дехканов М.К., Якубов С.Я., Шарипов Г.М., Абдураупов Д.М
Областной детский хирургический центр ГКБ №1 им. С.Урунов г.Худжанд

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения осложненного эхинококкоза легких у детей.

Материал и методы исследования. В областном детском хирургическом центре города Худжанда за 10 лет (2014-2023гг.) находилось на лечение 52 детей с осложненными эхинококкозами легких**.**

Дети в возрасте от 3 до 7 лет 9 (17,3%), 8-12 лет 24 (46,1%), 13-16 лет 19 (36,5%). Мальчиков 37 (71,1%), девочек-15 (28,8%). Жителей города 18 (34,6%), сельский 34 (65,3%)

Солитарные кисты одного легкого имело место у 40 (76,9%), множественные поражения одного легкого обнаружено 2 (3,8%). Эхинококкоз обеих легких 4 (7,6%) больных детей.

У 6 (11,5%) больных эхинококкоз легких сочетался с поражением печени. Правосторонняя локализацияэхинококкоз легких преобладало над левосторонней соответственно 35 (67,3%) и 17 (32,6%).

В зависимости от размеров и объема эхинококкоз легкихсогласно классификацией А.Т.Пулатова распределились на малые (объем 10-100 мл, диаметр остаточной полости 4-7 см)-14 (26,9%), средние (объем 100-250 мл, диаметр 7-10 см) - 28 (53,8%), и большие и гигантские (объем 300 мл и более, диаметр свыше 10 см)-10 (19,2%) детей.

Больных с прорывом эхинококка в бронх было 26 (50%), в плевральную полость 4 (7,6%) с перикистозным воспалением 16 (30,7%), с нагноением 6 (11,5%).

В дооперационном периоде проводилось общеклиническое обследование больных, а также рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ, КТ, фибробронхоскопия, ИФА.

Результаты исследования и их обсуждение. Выделение прозрачной жидкости при кашле свидетельствовало о прорыве в бронх неинфицированной 22, а мутной о перфорации инфицированной кисты 4 больных.

У 44 (84,6%) больных отмечались признаки хронической интоксикации.

При физикальном осмотре выявлены: деформация реберной дуги, расширение реберной дуги и сглаженность межреберных промежутков. Выбухание грудной клетки гигантских ЭК отмечены у 6 больных.

Аллергизация организма наблюдалась у 20(38,4%) больных. Проявление дыхательной недостаточности было у 5 пациентов. Со стороны общий анализ крови отмечалось анемия от 9,6 г\л до 7,4 г\л, повышение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) от 2,4 до 4,1 ед, гипопротеинемия у 38 (73%).

Основным методом исследования являлись рентгенологические методы всех 52 (100%).

Для уточнения диагноза, произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) 24 из 52 больных с осложненного эхинококкоза легких.

При ультразвуковом исследовании легких у 6 из 24 детей выявлено двойной контур кисты по периферии. В полости кисты гиперэхогенная взвесь, которые характерны для нагноения кисты.

При прорыве эхинококковой кисты в бронх характеризовались наличием гиперэхогенных включений с акустической тенью в виде пузырьков воздуха. Толщина фиброзной капсулы была в пределах 2-2,5мм. У 4 больных при прорыве эхинококковой кисты в плевральной полость УЗИ характеризовались неправильной овальной формой, неровными контрами эхинококковых кист, наличием свободной жидкости и нити фибринав рёберно-диафрагмальном синусе.

Предоперационная подготовка проводился в зависимости от возраста ребенка и виды осложнения, индивидуально заключалось в общеукрепляющей, десенсибилизирующей терапии, витамины группы В и С, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, химиотерапия с албендазолом и по показаниям инфузионно-трансфузионная терапия, переливание отмытой эритроцитарной массы, инфузия альбумина, кортикостероидов, оксигенотерапия, иммунная коррекция тимоцином.

10 больным с признаками нагноения сопровождающейся тяжёлой интоксикации проведено регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ) по методике разработанной кафедрой детской хирургии и реаниматологии ГОУИПО в с РТ в течение 7-10 дней.

Торакотомия проводилась в пятом или шестом межреберье переднебоковым доступом подмногокомпонентным наркозом на фоне ИВЛ и управляемойгемодилюции.

Операция эхинококкэктомия заключалось в удалении эхинококковой кисты, обеззараживанием ложа кисты 96^0 этиловым спиртом, ликвидация остаточной полости фиброзной капсулы, создания искусственной междолевой или межсегментарной щели рекомендуемой А.Т. Пулатовым исключающей всякую возможность перевода паразитарную кисту в непаразитарную, ушивание бронхиальных свищей кисетным и с частичным иссечением фиброзной капсулы Z образными швами, санация и дренирование плевральной полости.

Одному больному в связи с полной атрофией пораженной и трансформацией её в фиброзную ткань, последняя иссечена на уровне корня легкого.

В 2 х случаях производилось декортикация ателектизированного легкого.

Лобэктомия произведено 4.

Осложнение после операции отмечалось у 3 х больных (5,7%), у одного частичное нагноение раны в пределах подкожной клетчатки, у 2 пневмоторакс с коллабированным левого легкого на 2\3 части на 10 и 12 сутки после операции. Пораженным был в первом случаи IV, во второмV сегменты.

С целью профилактики рецидива эхинококкоза легких в послеоперационном периоде проведено химиотерапия албендазолом из расчета 15-20 мг на кг массы ребенка три раза в день курсом 15 дней, повторный курс через две недели.

Отдалённые е результаты эхинококкэктомии изучены у 38 (73%) детей

У 31 (81,5%) детей жалоб не было, при клиническом и функциональном исследовании дыхательной и сердечно -сосудистой системы особых отклонений не отмечалось.

У 7(18,4%) детей имелись жалобы на кашель сухой 5 и с выделением мокроты 2, при бронхологическом исследовании выявлены деформирующий бронхит. Эти дети нуждались в проведении консервативного лечения и диспансерного наблюдения

Рецидивы эхинококкоза лёгкого не было.

Выводы. Рациональное проведение предоперационной подготовки, дифференцированный выбор способа ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы и поэтапное ушивание бронхиальных свищей, позволяет избежать возможных послеоперационных осложнений.

ГЕМАНГИОМЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ

Досмухамедова Л.В., Кучкарова Р.Р.

Клиника «Hayatmedicalcenter», Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Узбекистан

Гемангиома - это врожденная доброкачественная опухоль, обладающая характерными признаками: стадийность течения, способность к инвазии тканей, патологически активная пролиферация клеток. Согласно классификации ISSVA, 2018, данная группа сосудистых патологий включает в себя инфантильные, врожденные (RICH, NICH, PICH), пучковые, веретеноклеточные, эпителиоидные гемангиомы, пиогенные гранулемы и др.

Самым распространенным и изученным заболеванием среди вышеперечисленных является инфантильная гемангиома (80%), встречающаяся у 3-4% доношенных и у 30% недоношенных новорожденных. Гемангиомы делятся на единичные, множественные, сегментарные. Чаще всего поражают покровы тела, но бывают и висцеральной локализацией.

Помимо изолированных форм инфантильных гемангиом, широко варьирующихся по локализации и размерам, в практике врача особого внимания требуют обширные, сегментарные гемангиомы, так как они наряду с сопутствующими неврологическими, офтальмологическими, сердечно-сосудистыми аномалиями могут указывать на наличие комплексных синдромальных поражений (PHACES, LUMBAR синдром, гемангиоматоз).

Для постановки точного диагноза необходимо дифференцировать инфантильные гемангиомы от другой группы сосудистых патологий, сосудистых мальформаций, часто имеющей схожую клиническую картину, но совершенно иную этиологию и лечение.

Мальформации - это врожденный порок развития сосудов по типу а-, гипо-, гипер- или дисплазии. На долю сосудистых мальформаций приходится пятая часть всей сосудистой патологии. Пороки сосудов формируются в результате нарушения ангиогенеза в ранний антенатальный период. Манифестация мальформаций в ряде случаев происходит на момент рождения, но чаще - к 1 году жизни. Заболевание может протекать бессимптомно в течении продолжительного времени,

что обусловлено выраженными компенсаторными способностями растущего организма. Исключение составляют случаи локализации в функционально активных зонах: ротовая полость, губы, наружные половые органы.

За последние 3 года с гемангиомами первично обратились 3500 больных. Превалирующее большинство (75%) составили пациенты с небольшими поверхностными гемангиомами различной локализации. Перед началом лечения детям с обширными, сегментарными и с синдромальными поражениями проводилось комплексное обследование с обязательным исследованием сердца, УЗИ области поражения и внутренних органов, общие клинические и биохимические анализы, осмотр педиатра и другие обследования по показаниям. Для дифференциальной диагностики с сосудистыми мальформациями использовались высоко информационные методы: УЗД с доплеровским картированием, МРТ, МСКТ-ангиография. Отдельного изучения требует определение GLUT-1, исследование свертывающей системы, Д-димер. Мальформации могут являться симптомами сложных генетических синдромов, для диагностики которых исследуют генетическую панель для выявления мутации.

За последнее десятилетие подход к лечению гемангиом значительно изменился: установлено, что подавляющее большинство случаев поддается консервативному лечению бета-блокаторами. Этот метод принят в мире как стандарт терапии первой линии. Лечение поверхностных гемангиом ограничивается местным применением бета-блокаторов. Пациентам с обширными, сегментарными и осложненными формами гемангиом, при отсутствии противопоказаний, назначался курс пропранолола внутрь по схеме по 2 мг/кг/сут с ежемесячной диспансеризацией. Лечение проведено 560 детям, курс составил 6 - 18 месяцев.

На продолжительность курса лечения оказывали влияние несколько факторов: непрерывность приема препарата, общесоматическое состояние, перенесенные острые заболевания в период лечения, наличие сопутствующих нарушений, влияющих на физическое развитие, среди которых наиболее распространенными являются белково-энергетическая недостаточность, анемия и дисбиоз у детей первого года жизни. Переносимость препарата при правильном назначении высокая. Было отмечено 2 случая эпизодов гипогликемии на фоне низкокалорийного питания. Критериями отмены препарата является наличие признаков стойкой фазы инволюции гемангиомы. Метод показал отличные эстетические результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

Ёров У.У., Махмадов А.И., Хайров Ш.А., Абдуллоев Р.И.
Хатлонская областная клиническая больница им. Б. Вохидова
Медицинский Центр Хатлон, г. Бохтар

Цель исследования. Оценить эффективность наиболее приемлемой методики операции при дистальной гипоспадии.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 26 поступивших детей с гипоспадией за период с 2015 по 2024 годы. Из них с дистальной формой гипоспадией было 17 (100%). Возраст больных: с 3 до 5 лет - 7 (41,2%), с 6 до 10 лет -7 (41,2%), и с 11 до 15 лет – 3 (17,6%). Первичных больных было 7 (41,2%), в других лечебных учреждениях ранее оперированы с неудовлетворительным результатом 6 (35,3%) ребенка. Больных с венечной формой гипоспадией было 4 (23,5%), дистальной стволовой формой 3 (17,6%) мальчиков, средняя стволовая форма 1 (5,9%). У 13 (76,5%) больных уретропластика произведена по методике Snodgrass и у 4 (23,5%) по методике Magpi.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Из двух (50,0%) больных, оперированных по методике Magpi, у одного отмечалось образование маленького свища в пределах одного шва, а у другого, осложнение в виде стриктуры неоуретры.

У оперированных по методике Snodgrass мы отмечали в 2 (15,4%) случаях образование свищей, которые были из категории больных, оперированных повторно, и в 2 (15,4%) случаях отмечалось сужение неоуретры, которые были корригированы путём продленной катетеризации с последующим бужированием**.**

Вывод. Таким образом, при дистальной форме гипоспадии наиболее приемлемой методикой является метод Snodgrass которая даёт возможность провести полную косметическую и функциональную коррекцию порока и позволяет сократить число после операционных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ёров У.У., Махмадов А.И., Хайров Ш.А., Абдуллоев Р.И.
Городская клиническая больница города Бохтар
Медицинский центр Хатлон, г. Бохтар

Цель исследования. Анализировать развитие экстренной диагностической и лечебной лапароскопии в городской клинической больнице города Бохтар и в частном медицинском центре Хатлон.

Материал и методы исследования. Первые шаги в улучшении диагностики сложной абдоминальной патологии в клинике неотложной хирургии детского возраста с применением лапароскопии начато с 2010 года. Вскоре лапароскопическая вмешательства стала новым методом в экстренной абдоминальной хирургии. Приобретение современной видеостойки и достаточного набора эндохирургического инструментария позволило в лапароскопии расширить спектр диагностики и адекватной лечение патологий.

Нами проанализировано количественные и ряд качественных показателей использования лапароскопической технологии в экстренном режиме за период с 2014 по 2024 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Выполнено 97 экстренных лапароскопических вмешательств, из них диагностическая лапароскопия отмечена у 30 (30,9%) детей. В структуре ургентной патологии существенно превалировали острый аппендицит - 31 (31,9%) случаев с проведением лапароскопической аппендэктомии, аппендикулярный перитонит с санацией брюшной полости имело место у 11 (35,5%) детей. Преимущества лапароскопической аппендэктомии отражаются в ежегодно возрастающей линии тренда.

Лапароскопическое вмешательство на кишечнике включало: адгеолизис при спаечной непроходимости у 8 (8,2%) больных, дивертикулэктомия – у 6 (6,2%), ушивание тонкого кишечника у 2 (2,1%) больных. У девочек лапароскопия потребовалась у 4 (4,1%) при кистах яичников. При закрытых повреждениях паренхиматозных органов у 5 (5,1%) детей диагностическая лапароскопия обеспечила выполнение оперативного гемостаза, эксфузию крови и дренирование брюшной полости.

Вывод. Характеристика всего блока экстренных лапароскопических вмешательств указывают на необходимость расширения этого вида хирургической помощи детям.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНЕЙ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М.
ОДММЦ, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить морфологические изменения тканей при осложненных и неосложненных форм гипоспадии у детей.

Материал и методы исследования. В ОДММЦ города Самарканд за период с 2020-2024 год микроскопическими методами были изучены материалы 46 больных детей. Возраст их колеблется в пределах от 1-15 лет. С учетом продолжительности анамнеза болезни, больных всех возрастных групп разделяли на две подгруппы, то есть, больные с явными признаками осложненной(рубцовыми) гипоспадии и не осложненных(незарубцованной). У детей с не осложненной гипоспадией приживление слизистой оболочки в область расщелины шло довольно хорошо хотя и нередко отмечались признаки покраснения и незначительные сукровичные выделения в зоне трансплантации с ушиванием расщелины. Однако, выраженных признаков воспаления с лейкоцитарной реакцией у этих детей не были замечены. Дети, которым производилось операционное ликвидирование расщелины уретры на возрастном аспекте распределяется по следующему: мальчиков с гипоспадией 10 лет и старше было два (рожденные в 2010-2011 годах), больных с гипоспадией в возрасте 5-9 лет было 4 (рожденные в 2015-2016 годах), мальчиков в возрасте 3-4 было 12 (рожденные в 2017-2019 годах) и больных с гипоспадией до двух летнего возраста было также 12 (рожденные 2021-2022 годах). Среди опериро-

ванных больных с гипоспадией было 10 детей с головчатой, 10 мальчиков со стволовой и еще 10 мальчиков с мошоночной формой болезней.

Выводы. Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения -оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии. Применение аутопластики со слизистой оболочки щеки детей в целом улучшает результатов оперативной ликвидации гипоспадии, благоприятным образом влияет на тканевую реабилитацию в послеоперационном ложе. Однако при зарубцеванных ситуациях эффективность буккального трансплантата неимоверно уменьшается и выбор такого метода должен осуществляться с учетом максимальной сохраненности органотипических и гистотопических свойств полового члена, мошонки и промежности.

ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА

[1,2] Ибодов Х., [1]Рофиев Р., [1]Давлатов С.Б., [1,2]Икромов Т.Ш., [2]Хамидов И.
[1]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
[2]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

Цель исследования. Изучить диагностические критерии диафрагмальной грыжи и оптимизации ее лечение.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно изучены результаты лечения 26 детей с диафрагмальной грыжей, которые находились на лечении в детской клинической хирургической больнице г.Душанбе. В группу исследуемых были включены новорожденные и дети до трехлетнего возраста. Ложная диафрагмальная грыжа обнаружена у 12 (46,1%) детей (левосторонняя - 9, правосторонняя - 3), истинная - у 6 (23,0%) больных (левосторонняя - 4, правосторонняя - 2), грыжа пищеводного отверстия - у 8 (30,7%). Сопутствующие заболевания: врожденный порок сердца - 3 случая, гипоплазия легкого на стороне поражения - 16, патология центральной нервной системы - 4. При диагностике диафрагмальных грыж кроме стандартных методов исследований, проведены УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, КТ и МРТ.

Результаты исследования и их обсуждение. В экстренном порядке с цианозом и респираторным дистресс - синдромом, ассиметрией грудной клетки, ладьевидным животом, отсутствием дыхания на пораженной стороне поступили 19 (73,0%) детей. У новорожденных низкая оценка по шкале Апгара (2 - 3 бала). Средняя масса тела при рождении от 1950 до 4500 гр. На рентгенограмме грудной клетки отмечалось смещение органов грудной клетки в противоположную сторону, у 23 (88,4%) детей образование медиастенальной грыжи, определение петли кишки в грудной полости, газовый пузырь желудка. У 10 (38,4%) детей из-за стертости рентгенологических картин произведено МРТ. Всем детям при поступлении начата интенсивная терапия. У 9 (34,6%) новорожденных из-за крайне тяжелого состояния произведена интубация трахеи и перевод на ИВЛ. Предоперационная подготовка (ПП) во многом зависит от установления диагноза в антенатальном периоде. Антенатально диафрагмальная грыжа установлена у 17 (65,3%) пациентов. Зная, что ребенок рождается с патологией, сразу же начинается посиндромная терапия. Предоперационный период длился в среднем 9,7 ± 1,4 часов. У 19 (73,0%) больных пластика диафрагмы произведена абдоминальным доступом, а у 6 (23,0%) - диафрагмопластика торакальным доступом. Пластика диафрагмы во всех случаях выполнена за счет местной ткани. У 6 (23,0%) детей при больших грыжах и малого объема брюшной полости после пластики сформирована искусственная вентральная грыжа, которая ликвидирована через 3 месяца. Летальных исходов было всего 7(26,9%).

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика диафрагмальной грыжи, проведение целенаправленной интенсивной предоперационной подготовки и правильной выбранной хирургической тактики позволяют снизить летальные исходы.

ДИФАЛЛИЯ С АССОЦИИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

[1,2] Ибодов Х.И., [2]Рофиев Р.Р., [2,3] Икромов Т.Ш., [1]Давлатов А.Р

[1]НОУ «Медико - социальный институт Таджикистана», Республика Таджикистан, Душанбе

[2]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Республика Таджикистан, Душанбе

[3]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН Республики Таджикистан, Душанбе

Цель исследования – представить дифаллию, как редкое заболевание с ассоциированными врожденными пороками развития других органов и систем, сложность постановки диагноза, выбор поэтапного хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Приводим пример патологии развития полового члена - дифаллию в ассоциации с пороками развитии аноректальной области, мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата.

Результаты исследования и их обсуждение. В предлагаемом случае показана одна из разновидностей дифаллии, которая сопровождается другими аномалиями развития, наподобие аноректального порока развития, высокой атрезии прямой кишки с ректовезикальным соустьем, расхождением мышц передней брюшной стенки, а также пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Лечение дифаллии хирургическое, но в каждом конкретном случае должен быть индивидуальный подход, с учетом сопутствующей патологии. Основной причиной смертности детей с дифаллией являются сопутствующие тяжелые пороки развития, поэтому лечение проводится поэтапно. В этой связи в данном наблюдении с учетом важности аноректального порока первоначально путем формирования сигмостомы устранена кишечная непроходимость. В дальнейшем по мере улучшения состояния и развития ребенка произведено поэтапное оперативное лечение: удаление липомы конского хвоста, симультантная операция (удаление полового члена, устранение ректовезикального свища, низведение прямой кишки и формирование ануса, устранение пузырно-мочеточникового рефлюкса и пластика передней брюшной стенки) и остеотомия с вправлением головки правого бедра и фиксацией Г-образной пластинкой. Следующим этапом операции является коррекция искривления позвоночника и костей таза. В данном клинической случае рассматривается дифаллия с ассоциированными пороками развития и поэтапное оперативное лечение, в результате которого достигнут хороший результат.

Выводы. При дифаллии в ассоциации с другой патологией органов и систем, особенно аноректальных пороков развития, первоначально формирование двуствольной сигмостомии способствует стабилизации состояния ребенка и отодвигает проведение радикальной операции на более удобное, для больного и врача, время.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ДУПЛИКАТУРА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

[1,2]Ибодов Х., [2]Рофиев Р., [1]Давлатов А.Р.

[1]НОУ Медико – социальный институт Таджикистана

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранение РТ

Актуальность. Удвоение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) относится к группе редких пороков развития у детей. Они существенно разные по своим клиническим проявлениям, локализации, а также размерам. Частота встречаемости удвоения ЖКТ составляет 1 случай на 4500 новорожденных.

Целью исследования данного сообщения является показать сложность постановки диагноза, выбора хирургического лечения такого редкого заболевания, как дупликатура прямой кишки в сочетании с другими аномалиями развития органов и систем.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 2 детей с диагнозами "Врожденная аномалия развития ЖКТ. Изолированная дупликатура прямой кишки. Промежностная гипоспадия. Сужение пузырно-мочеточникового сегмента справа. Уретерогидронефроз I степени справа". Дети были обследованы, проведены клинико-биохимические исследования, УЗИ органов мочевыделительной системы и малого таза, магниторезонансная томография, фистуло-

графия и контрастная ирригография.

Пример 1. Ребенок С., родился 26.01.21 года, обратились в клинику с жалобами на наличие образования в промежности, деформацию полового члена в виде крючка и отсутствие наружного отверстия уретры на обычном месте. Ребенок болен с рождения и находится под наблюдением врача педиатра и детского хирурга. Общее состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. При осмотре в области промежности имеется образование размером 4,0 х 2,0 см ярко - красного цвета. Образование напоминает выпадение слизистой прямой кишки. В просвете образования слизистый слой напоминает кишку, при пальцевом исследовании отмечается полость, глубиной 7 сантиметров. Сверху образования имеется наружное отверстие уретры, из которого выделяется моча, вентральная стенка уретры отсутствует. Наблюдается крючкообразно деформированный половой член. Мошонка нормально развита, яички находятся в полости мошонки. На УЗИ почек и мочевыводящих путей выявлено сужение пузырно-мочеточникового сегмента с уретерогидронефрозом I степени справа, внутренние женские половые органы не выявлены, яички в мошонке размерами: справа 10 х 7 мм, слева 9 х 6 мм. при проведении внутривенной экскреторной урографии отмечается, что справа выделительная функция почки своевременна, контраст выделился на 7 минуте, а слева немного ослаблена, контрастирование начиналось на 10 минуте. На 30 минуте наблюдалось наполнение почки и мочеточника контрастом справа с расширением мочеточника и лоханки. Больному проведена цистоскопия, во время которой выявлено сужение везикоуретерального сегмента мочеточника справа. На контрастной ирригографии, патология не выявлена. Для полного уточнения диагноза была проведена МРТ органов малого таза: внутренние женские половые органы не выявлены; гистологические исследования ткани образования на промежности, которая представляет собой слизистую оболочку толстого кишечника. С учетом выше изложенного был поставлен диагноз: «Врожденная сочетанная аномалия развития желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Изолированное удвоение прямой кишки. Нейромышечная дисплазия везикоуретерального отдела справа. Не рефлексирующий уретерогидронефроз 1 степени справа. Промежностная форма гипоспадии. Больному 20.11.21 года выполнена операция «Удаление изолированной удвоенной прямой кишки». Во время выполнения операции связь удвоенной кишки с прямой кишкой не обнаружена, кровоснабжающие сосуды отдельные от прямой кишки. После операции удаленная кишка представляет трубчатую форму, длиной 8 сантиметров, присутствуют все слои, напоминающие кишечник. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование. Результат гистологических исследований: представленный материал состоит из слизистой оболочки толстой кишки с переходом на многослойный плоский эпителий с участками изъязвлений, грануляционной тканью и воспалительной инфильтрацией, а также гиперплазией лимфоидной ткани кишечника и признаки хронического колита. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений с первичным заживлением раны. Выписан в удовлетворительном состоянии. Ребенок повторно был оперирован по поводу промежностной гипоспадии, произведена операция по выпрямлению полового члена и формированию уретры по методу Дуплея. Коррекцию уретерогидронефроза проводили методом балонной дилятации везикоуретерального сегмента со стентированием. Стент был удален через 2 месяца после полного сокращения чашечно-лоханочной системы и мочеточника справа.

Пример 2. Ребенок С., 5 лет, поступил с жалобами со слов родителей на наличие свищевого отверстия на промежности, из которого выделяется слизистое содержимое. Ребенок болен с рождения, находится под наблюдением врача детского хирурга. Состояние при поступлении удовлетворительное. На промежности между мошонкой и прямой кишкой имеются свищевые отверстия размерами 3х3 мм и 2х2 мм, при массировании промежности из свищей выделяется слизистое содержимое. На УЗИ органов малого таза патология не выявлена. Выполнена фистулография, при которой контрастное вещество заполняет свищевой ход на глубине 8 см и не сообщается с просветом прямой кишки. В 2022 году был оперирован по поводу параректального свища. Во время операции оказалось, что образования имеют свои кровоснабжающие сосуды, располагаются параллельно с прямой кишкой, изолировано доходят на глубине 8 сантиметров. Образование выделено полностью и удалено. Макропрепарат: образование трубчатой формы длиной 8 см, просвет диаметром 1,2х1,2 см, внутренний слой напоминает слизистую оболочку кишки, снаружи серозная и мышечные слои. Образование отправлено на гистологическое исследование. Результат гистологических исследований: препарат представляет собой слизистую оболочку толстого кишечника с

переходом на многослойной плоской эпителий с участками изъязвлений, грануляционной тканью и воспалительной инфильтрацией, гиперплазией лимфоидной ткани кишечника, хронический колит. Послеоперационный период протекал гладко, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии. На сегодняшний день жалоб нет.

Результаты исследования и их обсуждение. При контрольном исследовании у детей патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При УЗИ органов мочевыделительной системы: чашечно-лоханочная система не расширена, симптомов мегауретера не обнаружено. Дети в умственном и физическом развитии не отстают от своих сверстников. На сегодняшний день состояние детей удовлетворительное, жалоб нет, находятся под наблюдением врача детского хирурга

Выводы. Дупликатура прямой кишки - изолированная редкая патология у детей в сочетании с пороками развития мочеполовой системы, с весьма разнообразными клиническими проявлениями, что представляет собой проблему при постановке диагноза до операции. Открытое оперативное вмешательство более безопасно и может достичь хороших результатов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Мираков Х. М., Ибодов Н. С.
НОУ Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе, Республики Таджикистан

Актуальность. Одним из факторов развития мегауретера у детей является обструкция уретеровезикального сегмента, который по частоте среди других врожденных пороков мочевой системы занимает одно из ведущих мест. На современном этапе развития медицины с внедрением новых технологий диагностирование мегауретера улучшилось и в этой связи некоторые авторы высказывают мнение об увеличении количества врожденной патологии мочеточников среди детского населения.

По данным авторов мегауретер среди врожденных пороков развития мочевыделительной системы составляет 20–30%. Несмотря на то, что имеется много научных исследований в направлении диагностики и лечения врожденной патологии дистального отдела мочеточника у детей, до сих пор эта работа не теряла свою актуальность.

Цель исследования. Изучить эффективность методов хирургической коррекции мегауретера на фоне нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточников у детей.

Материал и методы исследования. Выполнен анализ результатов оперативного лечения 84 детей с нейромышечной дисплазией везикоуретерального сегмента мочеточников. Количество детей в возрастном аспекте было следующим: от 0 до 1 года – 34 (40,4%), от 1 года до 3 лет – 26 (31,0%), от 3 до 7 лет – 17 (20,2%), от 7 до 16 лет - 7 (8,3%). При этом был выявлен обструктивный мегауретер следующей степени: II ст. – 38 (45,2%), III ст. – 35 (41,7%) и IV ст. – 11 (13,1%) больных. В зависимости от проведенного хирургического лечения дети были разделены на 3 группы: I - оперативные вмешательства по методу Политана – Лидбеттера (29), II – по методике Коэна (20) и III – экстравезикальная реимплантация мочеточника с антирефлюксной зашитой, усовершенствованная в клинике детской хирургии ГОУ Института последипломного образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан (35). Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведено полное клинико - лабораторное и инструментальное (УЗИ почек, уретры, мочевого пузыря; рентгенография почек и мочевыделительной системы) исследование. Функция мочевыводящей системы оценивалась на основании ультразвукового исследования почек и рентгенологического исследования. С целью более глубокого изучения состояния дистального отдела мочеточников, определения локализации и протяженности патологически изменённого участка, нами у 45 детей проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием в режиме 3D изображения. Все оперативные вмешательства выполнены открытым способом по методу Политана – Лидбеттера и Коэна, мочеточник интубирован полихлорвиниловой трубкой до средней части мочеточников. Трубки при операции по методу Политана – Лидбеттера выведены через уретру, а по методу Коэна через стенки мочевого пузыря. Дренажные трубки удалялись на 16 день после операции. С учетом высокого процента осложнений после операции нами была усовершенствована методика экстравезикальной

реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой. Эта методика апробирована на экспериментальных кроликах семейства Фландр.

Усовершенствованный метод экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой заключается в следующем: резекция дистального отдела мочеточника; разрез в косопоперечном направлении по задней стенке мочевого пузыря длиной 3 см в пределах мышечных слоев мочевого пузыря до пролобирования слизистого слоя, на уровне треугольника мочевого пузыря. Далее реимплантация мочеточника через прокол слизистой оболочки у нижнего угла раны. Конец резецированного мочеточника тремя П-образными швами фиксирован к стенке мочевого пузыря, а стенка, обращенная к полости мочевого пузыря, полуовально иссечена на глубине 2 мм. В просвет мочеточника вставлен стент и ретроградно проведен до лоханки и дистальная часть введена в мочевой пузырь. С целью создания антирефлюксной защиты мочеточник укладывался в сформированное слизисто-мышечное ложе и сверху ушивалось краями мышечных слоев. В конце операции мочеточник фиксировался дополнительно 3 швами к стенке мочевого пузыря.

Результаты исследования и их обсуждение. По этой методике нами были оперированы 35 (41,7%) детей с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточника. Всем больным при экстравезикальной реимплантации мочеточника выполнено стентирование. Стенты удалялись на 23±2,5 день после операции. Анализированы результаты хирургического вмешательства при мегауретере на фоне нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента у 84 детей. Сроки наблюдения в послеоперационном периоде после выписки из стационара и дальнейшего амбулаторного наблюдения были следующие: 1, 3, 6, 12 месяцев, 1 год 6 месяцев и 2 года. При оценке результатов лечения учитывалось состояние чашечно-лоханочной системы, толщина паренхимы почек, состояние мочевыводящих путей. По данным УЗИ положительная динамика отмечалась у 65% больных и выражалась в уменьшении к 12-ым суткам размеров дилатированного мочеточника. В нашем наблюдении в послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: обострение пиелонефрита у 19 (23,1%), гематурия у 3 (2,7%), цистит у 5 (6,09%) и дислокация стента у 1 (2,8%) больного. У 1 ребенка на 7 сутки после операции отмечалась дислокация стента, который в последующем был удалён. После удаления стента проблем с уродинамикой не было. У 7 детей на 12 сутки стенты были удалены в связи с некупирующимся обострением хронического воспалительного процесса в почке. У 5 детей в раннем послеоперационном периоде отмечались признаки расширения, мочеточника и явления цистита, которые сохранялись на протяжении 18±4,3 дней. После проведения антибактериальной терапии, применения уросептиков, озонотерапии и физиотерапевтического лечения у 3 детей сократился расширенный просвет мочеточника и соответственно нормализовалась уродинамика. У 2 детей сохранялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вследствие чего им было эндоскопическим методом осуществлено введение объем - образующего биополимера ДАМ + синтетического (НЦ Биофарм – Россия). Профилактика осложнений проводилась в предоперационном периоде и продолжалась после операции. После выписки из стационара лечение продолжалось в амбулаторных условиях под контролем детского хирурга и/или детского уролога. Лечение проводили непрерывно с применением антибактериальной терапии, уросептиков, которые менялись каждый 14 - 15 дней. Лечение продолжалось в течении не менее 12 месяцев и к нему добавлена фитотерапия и физиотерапия.

Осложнения в отдаленном периоде после коррекции нарушения уродинамики, то есть реимплантации мочеточника при нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента, было отмечено у 17 детей. Из них после операции Политана – Лидбеттера - у 8, Коэна - у 4 и после экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной защитой – у 3 детей. Пузырно – мочеточниковый рефлюкс наблюдался у 6 детей после операции Палитано – Лидбеттера, у 2-х больных после операции Коэна и у 1 - после экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой. Стриктура вновь сформированного устья мочеточника у 2 больных после операции Политано-Лидбеттера, у 2 после операции Коэна и у 2 после экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Хорошие результаты после операции Политана – Лидбеттера были - у 19 (65,5%), операции Коэна - 15 (75,0%) и экстравезикальной реимплантации с антирефлюксной зашитой у 28 (80,0%), при этом отмечалось значительное уменьшение диаметра мочеточников и чашечно-лоханочной системы, улучшилась функция почек, отсутствовали признаки пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Удовлетворительные результаты после операции Палитана – Лидбеттера - у 2 (6,8%), операции Коэна - у 1 (5,0%) и после операции экстравезикальной реимплантации составляли - 4 (11,4%). Отмечались значительные улучшения уродинамики дистального отдела мочеточников, однако диагностировано явление пузырно-мочеточникового рефлюкса первой степени на фоне сохранившегося воспалительного процесса в мочевом пузыре.

Неудовлетворительные результаты после проведенных хирургических коррекций при нарушении уродинамики в дистальном отделе мочеточников выявили у 8 (27,5%); 4 (20,0%); 3 (8,5%) соответственно. У этих детей сохранилась дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточников, отмечался пузырно-мочеточниковый рефлюкс (6;2;1) и сужение вновь сформированного устья мочеточника (2;2;2).

После резекции патологической зоны мочеточника в дистальном отделе все резецированные части мочеточников нами подверглись гистологическому исследованию. Исследование показало наличие нейромышечной дисплазии мочеточника врожденного характера, при котором выявили во всех случаях изменение структуры мышц и элементов соединительной ткани со склеротическими, деструктивными изменениями, а также гипоплазия и неравномерная дезориентация мышечных пучков стенки мочеточников.

Обсуждение. До сегодняшнего дня результаты лечения мегауретера остаются недостаточно утешительными. Чтобы избежать потенциально сложной травматичной операции у детей, нами была предложена экстравезикальная реимплантация мочеточника при нерефлексирующем мегауретере. Наша работа в отличие от других заключается в создание внепузырной реимплантации с фиксацией конца мочеточника тремя П – швами к стенке мочевого пузыря снаружи, предварительно обращенный к полости пузыря конец мочеточника полуовально иссекается и выполняется антирефлюксная защита. Это создаёт эффект клапана и предотвращает развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Выводы. Основными показаниями для проведения оперативного лечения у детей с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточника являются органические изменения в везикоуретеральном сегменте, которые не поддаются устранению после проводимой миниинвазивной манипуляции, грубые нарушения почечной микроциркуляции, нарастание мегауретера. Усовершенствованный метод - экстравезикальная реимплантация мочеточника - является достаточно эффективным способом лечения нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента мочеточника у детей и низкий показатель послеоперационный осложнений - 8,6%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

[1,2]Ибодов Х, [1]Бахрулло Х., [2] Давлатов С.Б, [1,2]Рофиев Р., [1,2]Икромов Т.Ш

[1]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Актуальность. Несмотря на разработки многочисленных способов ликвидации остаточных полостей, формирование непаразитарных кист на месте удаленного паразита наблюдается от 4 до 20% случаев. С внедрением методов лапароскопического удаления эхинококковой кисты печени, тактика лечения значительно потерпела изменений.

Цель исследования. Дать оценку методам ликвидации остаточной полости в зависимости от локализации эхинококковых кист печени.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты исследований и лечения 185 детей, оперированных по поводу эхинококкоза печени за последние 10 лет. Из них у 30 выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия. В возрасте от 2 до 7 лет было 42 (22,7%), 8-10 лет- 62 (33,5%), 11 – 15 лет – 81 (43,7%) больных. Одиночные эхинококковые кисты (ЭК) были у 105 (56,8%), множественные ЭК у 61 (33,0%), сочетанные поражения легкого и печени наблюдались у 19 (10,2%) больных. Чаще ЭК локализовались в правой 158 (85,5%) доле печени, при этом по сегментам печени больные распределялись следующим образом: I – 8 (4,3%); II – 8 (4,3%); III – 10 (5,4%); IV – 46 (24,9%); V – 31 (16,9%); VI – 30 (16,2%); VII – 26 (14,0%); VIII – 26 (14,0%) детей. Последовательность применения методов диагностики: ультразвуковое сканирование, обзорная рентгенография органов грудной полости в двух проекциях и, по показаниям, радиоизотопное сканирование, КТ,

МСКТ, ангиография и лапароскопия. Оперативное вмешательство у больных по поводу эхинококкоза складывается из двух частей. Первая – выполнение открытых оперативных вмешательств и вторая – применение лапароскопической эхинококкэктомии. Открытое оперативное лечение: уменьшение объема глубокой полости запахиванием одного края ФК над другим (5); вворачивание краев ФК внутрь ОП в виде рулета по Н.Ф. Березкину (25) и пломбировкой уменьшенной ОП дупликатурой большого сальника на сосудистой ножке по А.Т Пулатову (13); уменьшение объема глубокой полости инвагинацией ФК (6) – проводится непрерывный шов внутрь ОП у боковой стенки полости фиброзной капсулы (ПФК) через тонкий слой паренхимы печени и ФК. В последующем нить выводится с захватом рассеченного края ФК и захватывается дно ОП. Этой же нитью, таким же способом, прошивается и другая сторона стенки ФК. Где оба конца нити оказываются выведенными у боковой стенки ПФК. При завязывании рассеченные края ФК с тонким слоем ткани печени инвагинируются и фиксируются у дна ОП, то есть погружаются в ПФК, тем самым ОП ликвидируется. В зависимости от объема ЭК, накладываются два или три подобные инвагинирующие узловые швы; ЛОП выкроенными лоскутами ФК с тонким слоем (до 1 см) паренхимы печени друг над другом с фиксацией ко дну ОП и между собой (31). ЛОП у 9 (12,1%) из больных сочеталась с дренированием поддиафрагмального пространства трубками и активной аспирацией ОП (4). Показаниями к лапароскопическому лечению эхинококкоза печени у детей являются: эхинококковые кисты, расположеные в сегментах с предельно хорошей видимостью. Эти кисты расположены на периферии и не в глубине паренхимы печени, без признаков нагноения и желчных свищей.

Результаты исследования и их обсуждение. Рациональный хирургический доступ при эхинококкэктомии печени, в зависимости от объема и локализации ЭК, позволяет: уменьшить частоту послеоперационных осложнений и, по возможности, предотвратить развитие рецидива болезни, связанного с оставшимися незамеченными элементами паразита; надежно ушить желчные свищи и ликвидировать глубоко расположенные ОП ФК. Показанием к открытому выполнению эхинококкэктомии являются кисты, расположеные внутриорганно, в труднодоступных сегментах печени, нагноение кисты.

В ближайшем послеоперационном периоде у 3 больных после широкой поперечной лапаротомии (2) с дополнительным расширением по VШ межреберью внеплеврально до средней подмышечной линии (1) наблюдались осложнения в виде нагноения раны. У 2 из 3 больных с осложнениями со стороны послеоперационной раны отмечалось нагноение ЭК печени. Осложнения после ликвидации ОП методом капитонажа наблюдались у 30% больных. У всех больных образовавшаяся ОП нагноилась и, в последующем, потребовалось её повторное дренирование. У двух больных в результате нарушения кровообращения и желчного дренажа развилась воспалительная инфильтрация печеночной ткани в области удаленной ЭК, которая была подтверждена на УЗИ. Этим детям потребовалось проведение двух курсов антибактериальной и противовоспалительной терапии. Осложнения после ЛОП вворачиванием достаточных краев ФК с тонким слоем ткани печени в виде рулета по Н.Ф. Берёзкину наблюдались у 4 больных с центрально расположенными средними и большими ЭК в виде образования ОП (1), желчного свища (1) и образования абсцесса под диафрагмой (4). У всех 4 больных послеоперационный период осложнился гепатитом с картиной печеночной недостаточности. Хотя у этих больных в предоперационном периоде явления гепатита и печеночной недостаточности не наблюдались. Эти изменения видимо были связаны с деформациями ФК и печеночной ткани с нарушением кровообращения и развитием воспалительной инфильтрации и гипоксии печеночных клеток. Один больной умер от тяжелой печеночной недостаточности. Осложнение после ЛОП с подшиванием выкроенным лоскутом релаксированной диафрагмы ко дну ОП наблюдалось у 1 больного в виде нижней долевой пневмонии справа. Развитие пневмоний связано с ограничением подвижности подшитого ко дну ОП правого купола диафрагмы, при которой развивается гиповентиляция, нарушение дренажной функции и регионарного кровообращения нижней доли правого легкого. Осложнение после ЛОП инвагинационным способом наблюдалось у 1 больного в виде ОП в поддиафрагмальном пространстве. Это осложнение связано с оставлением щели ОП между печенью и релаксированной диафрагмой. Учитывая эти осложнения, мы в последующем после ЛОП стали применять диафрагмопластику дупликатурой диафрагмы или ликвидацией релаксированной диафрагмы отдельными гофрирующими швами. В результате диафрагмопластики с релаксацией диафрагмы не было необходимости в

дренировании поддиафрагмального пространства и формировании ОП не наблюдалось. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 117 (63,6%) из 185 оперированных детей в сроке 2 года, обследованы у 12 (10,2%) больных, от 2-5 лет у 25 (21,3%), от 5-10 лет у 27 (23,0%), свыше 10 лет - у 53 (45,2%) пациентов. Осложнение после эхинококкэктомии печени в отдаленные сроки наблюдались у 12% больных. Лапароскопические операции выполнялись с применением общего эндотрахеального наркоза, с применением мышечных релаксантов в условиях карбоксиперитонеума. При выполнении эхинококкэктомии, вначале при соблюдении правил антипаразитарности, произведена пункция кисты, эвакуация эхинококковой жидкости и затем проводили обработку кисты интраоперационно 85–87% раствором глицерина с экспозицией 5-7 минут и 30% раствором хлорида натрия. Затем выполнена субтотальная перицистэктомия с наружным дренированием остаточной полости фиброзной капсулы. Средняя продолжительность лапароскопической операции при эхинококковых кистах печени составила 85,3±7,4 минут. Осложнение в послеоперационном периоде отмечено у двух больных. У одного больного после операции на 4 сутки открылся желчный свищ, который самостоятельно в течение 2 недели закрылся. У второго больного образовалась остаточная полость размером 60мм. Остаточная полость выявлена через 1 месяц на контрольном обследовании, произведена пункция непаразитарной кисты и ее дренирование. Полость закрылась через 20 дней после дренирования. В послеоперационном периоде с целью профилактики больные получали химиотерапию (альбендазол по 15мг/кг массы тела в течение 30 дней два курса), параллельно назначены гепатопротекторы.

Заключение. МСКТ является методом, позволяющим до операции определить наличие кисты в печени, ее локализацию, отношение сосудов и печеночных желчных ходов и кисты, наличие кальцинатов в кисте, ее толщину и выявляет участки разрушения капсулы паразита. Основными причинами осложнений явились неадекватность выбора и малая эффективность методов ЛОП. Использование современной мини-инвазивной технологии может с успехом использоваться в лечении эхинококкоза печени при наличии у пациентов поверхностно расположенных эхинококковых кист.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННЕГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

[1,2]Ибодов Х.И., [1]Кавраков М.Дж., [2]Асадов С.К., [1]Моёнова Ш.Ш., [1]Сайёдов К.М.
[1]НОУ Медико – социальный институт Таджикистана
[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранение РТ

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в лечении нефролитиаза у детей, все еще остаётся актуальной проблемой урологии детского возраста. Дети с диагнозом «Двусторонний коралловидный и множественный нефролитиаз» - это самые тяжелые дети. По данным литературы встречаемость составляет от 5 до 30% среди урологической патологии. Однако удельный вес больных с данной патологией не имеет тенденции к снижению, особенно в Республике Таджикистан. Однако до сих пор показания к тому или иному способу хирургического лечения при крупном, множественном и коралловидном нефролитиазе неоднозначны и нет единой тактики.

Цель исследования. Оценить эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ) при лечении двустороннего нефролитиаза у детей.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 61 детей с двусторонним нефролитиазом. Камни в почках были солитарными, множественными и коралловидными. Возраст детей от 18 месяцев до 16 лет. Солитарные камни в почках были обнаружены у 29 (47,5%) детей, коралловидные камни - у 15 (24,5%), множественные - у 17 (27,9%) больных. Коралловидные камни были: К1 - 7 (46,6%), К2 -5 (33,4%), К3 – 3 (20,0%). Плотность камней составляла ± 350 - 1900 Ед. Размер камней составил от 1,0 до 2,5 см, в среднем - 1,65 ± 0,6 см. С инфицированным гидронефрозом было 15 (24,5%) детей. Всем больным проведены клиническое обследование и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бактериологическое исследование мочи. Определены скорость клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции. Проведены ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, допплерография сосудов почек, рентгенологические исследования.

Техника операции. Первым этапом выполнялись цистоскопия, катетеризация соответствующего мочеточника катетером 5F с последующей ретроградной пиелографией, далее положение больного на животе. Пункция нижней и/или средней чашечки почки под ультразвуковым наведением и рентгенологическим контролем с помощью иглы 18G. Расширение пункционного хода с помощью бужей Амплатц (Amplatz) и кожуха Амплатц 22-28 Ch. Для нефроскопии использовали нефроскопы 12 и 16 Ch и мини нефроскоп. Дробление камней осуществляли пневматическим литотриптером. Фрагменты камней удаляли при помощи щипцов или ирригационной жидкости. Отсутствие конкрементов оценивали интраоперационно эндоскопически и с помощью рентгена. В конце операции устанавливали нефростому 10-12Ch тип Фолея (Foley), баллончик заполняли 1-3 мл контрастом с гемостатической и фиксирующей целью. Длительность оперативного вмешательства составила в среднем 80±35 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. Больным с наличием двухсторонних камней почек в основном проведено двухэтапное вмешательство - последовательные перкутанные нефролитотрипсии: вначале с одной стороны, затем с другой. У 12 детей с солитарными камнями проведена одномоментная литотрипсия с двух сторон. У 15 больных с инфицированным гидронефрозом вначале выполнялось перкутанная нефростомия и санация почки озонированным 0,9% раствором натрия хлорида и по истечении 20 дней проведена нефролитотрипсия. У всех пациентов на 1-3 сутки после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. На 3-4 сутки после ПНЛ нефростомический дренаж удален. Осложнения: у 4 (6,5%) больных - гематурия, у 54 (88,5%) - обострение хронического пиелонефрита. Полное освобождение от конкрементов отмечено у 80,6% больных. В остальных случаях по поводу наличия резидуальных конкрементов более 3-4 мм обходились проведением консервативной литокинетической терапии. Средняя продолжительность госпитализации составила 4,5±1,2 суток. Повреждения окружающих органов и конверсии в открытую операцию не зафиксированы.

Выводы. Перкутанная нефролитотрипсия у детей с двусторонним нефролитиазом является мини-инвазивным методом удаления камней, как солитарных, так и коралловидных, множественных камней почек. При двустороннем нефролитиазе (коралловидных и множественных камней почек) целесообразно проведение перкутанной нефролитотрипсии в два этапа.

БЛОКАДА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У ДЕТЕЙ

Икромов Ж. А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность. В анестезиологии наблюдается растущая популярность использования ультразвукового контроля при выполнении периферических регионарных блокад. Это объясняется тем, что такой подход позволяет видеть непосредственно те структуры, куда вводится анестетик, что повышает точность процедуры. Врач может контролировать, как анестетик распространяется в тканях, что позволяет использовать минимальное количество препарата. Ультразвуковой контроль минимизирует риск повреждения нервов и сосудов, что способствует снижению количества осложнений при проведении блокад. Таким образом, ультразвуковой контроль делает периферические регионарные блокады более точными, эффективными и безопасными.

Материал и методы исследования. Мы проводили блокады в течение 3 месяцев 45 пациентам, которым была проведена блокада плечевого сплетения. 43% пациентов – женский пол, 57% – мужской пол. Средний возраст больных составил 12,3 года (от 5 до 15 лет). Средний вес пациентов – 25,5 кг (от 15 до 40 кг). В качестве анестетика для проведения проводниковой блокады использовался Ропивакаин и адъювант Дексаметазон 4 мг. Согласно инструкции, мы имеем право применять данный препарат для блокады плечевого сплетения в дозировке 3 мг/кг. Как правило, адекватный блок развивается при использовании более 150 мг Ропивакаина.

Пациент лежит на спине, рука отведена в сторону на 90°. После обработки поля проводилось сканирование ультразвуком зоны интереса. После визуализации и идентификации анатомических структур проводилась блокада плечевого сплетения раствором Ропивакаина в дозе 150–180 мг (в зависимости от веса больного).

Интраоперационный мониторинг проводился

с использованием анестезиологического операционного монитора Mindray, которым фиксировались следующие параметры: ЭКГ, сатурация кислорода, непрямое артериальное давление.

Качество блокады – оценивалось субъективно пациентом, которому было предложено после разреза кожного покрова ответить на вопрос, больно или не больно; количество случаев перехода на другой вид анестезии (как правило, добавление местной инфильтрационной анестезии или внутривенный наркоз); количество непреднамеренной пункции сосудов.

Выводы: блокада плечевого сплетения считается одним из оптимальных методов анестезии при оперативных вмешательствах на верхних конечностях, обеспечивая аналгезию за счет периферической блокады афферентной и эфферентной импульсации при сохранении ауторегуляции жизненно -важных функций организма.

Существует четыре основных подхода к выполнению блокады плечевого сплетения: межлестничный, надключичный, подключичный и подмышечный. Каждый из них подходит для обезболивания определенной части плеча и верхней конечности, и они не являются взаимозаменяемыми. Выбор метода зависит от конкретных показаний.

Процедура должна проводиться в строго стерильных условиях, с соблюдением всех правил асептики.

Отсутствие боли-92%, перехода на другой вид анестезии-8%, непреднамеренной пункции сосудов-0%.

Таким образом, результаты выполнения блокады плечевого сплетения под ультразвуковым контролем превзошли все наши ожидания.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ СМЕСИ NAN У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДОЧНОМ КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ (ЖКТ)

[1,2]Икромов Т.Ш., [2,3]Ибодов Х., [1,2]Ходжаева Дж.К., [2,3]Саломов А.К., [3]Икромов П.Б., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х.

[1]ГУ«Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ, г. Душанбе, Таджикистан.

[2]ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» г. Душанбе, Таджикистан.

[3]ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе, Таджикистан

Цель работы. Оптимизировать энтеральное искусственное питание (ЭИП) лечебной смесью NAN при операции на пищеварительном тракте

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ применения лечебной смеси NAN безлактозной компании NESTLE у 41 (100,0%) детей после оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте, в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении за период с 2016 по 2024 гг. в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». В возрастном аспекте дети были от 1 г - 3 лет - 11 (26,9%) больных; с 3-7 лет -16 (39,0%) и 8-17 лет –14 (34,1%) детей.

Всем больным проводились исследования: клинические, биохимические анализы крови и мочи. Больным осуществлялись следующие оперативные вмешательства: эзофагопластика по поводу ахалазии (12,2%) и резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру 4 (9,8%) при язвенном пилородуоденостенозе - 7 (17,1%); еюнохоледохоанастамоз при кисте общего желчного протока – 6 (14,5%); резекции тонкой кишки при перфорации язвы тонкой кишки - 15 (36,6%), резекции толстой кишки при язвенно - некротическом колите - 4 (9,8%). Из общего количества больных кишечная непроходимость, осложненная разлитым гнойным перитонитом была – у 13 (31,7%) больных. У 5 (12,2%) детей из 41 осуществлялась релапаротомия. Больные, в зависимости от проводимого ЭИП, были разделены на две рандонизированные группы; 1 (контрольная) группа - 21 больных, которым через назогастральный зонд ЭИП осуществляли капельное введение глюкозо-солевого раствора. В этот раствор добавляли раствор метронидазола 8-10 мг/кг массы тела и бифидумбактерин. 2 (основная) группа - 20 детей, ЭИП начинали введение 30% раствора питательной лечебной смеси **NAN**, безлактозной компании NESTLE/ ЭИП начинали после пробуждения ребенка через 6-8 часов про-

водили наряду с парантеральной, инфузионно-трансфузионную терапию по 8-12 капель/ минут, из расчета 25±5,0 мл/кг массы тела ребенка. На вторые сутки через этот катетер объем вводимой жидкости увеличивалась до 30±5,0 мл/кг массы тела. Объем парентральной вводимой жидкости снижался на 20±5,0. На третьем сутки 70±5,0% объем вводимой жидкости в организме ребенка осуществлялся энтеральным путем.

Нами отработана нутритивная терапия детей после операции на желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), которая осуществлялась следующим образом. Во время оперативных вмешательств на ЖКТ, назогастрально в тощую кишку, на 10-15 см ниже трейцевой связки, проводится тонкий, диаметром 0,3-0,5 см, эластичный, термолабильный полихлорвиниловый катетер. Всем больным осуществляется послеоперационная регионарная анальгезия, путем катетеризации корня брыжейки или круглой связки печени, иногда перидуральная анальгезия.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате медленного введения жидкости, хотя имелась функциональная энтеральная недостаточность, осложнения не наблюдались. Эффективность ЭИП оценивалась путем исследования показателей гомеостаза (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, лейкоциты, лимфоциты, вязкость крови, общий белок, альбумин и гемостаз) и степени определения эндогенной интоксикации (ЛИИ, продолжительности жизни парамеций - ПЖП), контроль температуры тела, диуреза, массы тела ребенка. У контрольной группы больных температуры тела нормализовалась на 3±0,5 сутки и у основной группы на 2 ± 0,3 день после операции. Следует отметить, что самочувствие детей основной группы улучшилось на сутки раньше, чем у контрольной группы, явление пареза кишечника разрешилось и восстановился пассаж кишечника. У 17 (89,5%) из 19 детей основной группы на 7 сутки после операции отмечалась прибавка в весе на 5,6±0,6% по сравнению с весом до операции. В то время, у контрольной группы только у 7 (30,4%) из 23 больных наблюдалась прибавка массы тела на 2,5±0,5%. У 10 (43,5%) из 23 отмечалось потеря массы тела на 3,4±1,0%. У 4 (17,4%) из 23 больных контрольной группы наблюдались послеоперационные осложнения (кишечный свищ - 1, нагноение раны - 2, эвентрации кишечника - 1). В основной группе послеоперационное осложнения наблюдалось у одного ребенка, в виде нагноение раны с эвентрацией кишечника, после резекции кишечника по поводу перфорации язвы. В результате искусственной энтеральной инфузионной терапии 30% раствором питательной лечебной смеси **NAN** безлактозной компании NESTLE на 7 сутки после операции, восстановливаются показатели красной крови, в результате уменьшения воспалительных реакций снижается лейкоцитоз и увеличивается лимфоциты, содержания общего белка и альбумина хотя этим больным в послеоперационном периоде трансфузия белковых препаратов не проводилась. Все это указывает на клиническое улучшение иммунного состояния этих больных, уменьшения эндогенной интоксикации, гиповолемии и улучшения реологии крови. У основной группы больных, суточный объем потребности жидкости восстанавливался, хотя парентеральный объем жидкости был уменьшен от 35±5,0%. В то время, при сравнении детей с ЭИП глюкозо-солевым раствором восстановление показателей гомеостаза, признаки эндогенной интоксикации активно сохранялись. Надо отметить, что у обеих группы больных в результате применения ЭИП отмечались уменьшение экономического расхода на 30±3,4% по сравнению с детьми, получивших только парентеральную инфузионно-трансфузионную терапию.

Таким образом, предлагаемый способ энтерального искусственного питания с применением 30% раствора питательной лечебной смеси **NAN** безлактозный компании NESTLE, с поддерживающей инфузионно - трансфузионной терапией, является эффективной и можно рекомендовать к широкому применению в практике детской хирургии.

ПРОФИЛАКТИКА ОБТУРАЦИИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

[1,2]Икромов Т.Ш., [1]Абдулалиев А., [1]Саломов А.К., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х.

[1]ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии" МЗ СЗН РТ, Душанбе

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Цель исследования. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей во время операции резекции левого легкого у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ проведенного оперативного вмешательства резекции левого легкого 29 больным с хроническими нагноительными заболеваниями легкого, находящихся на лечении в ГУ медицинский комплекс «Истиклол» с периода 2016 по 2024 год. Возраст больных составил от 4 до 16 лет. С 4 до 7 лет - 6 (20,7%) больных; 7-10 – 12 (41,4%) и 11 - 16 лет - 11 (37,9%) больных. Всем больным было проведено оперативное вмешательство - резекция нижней доли левого легкого и язычкого сегмента. Оперативное вмешательство проведено под комбинированным НЛА в сочетании с кетаминовым наркозом. ИВЛ проведена аппаратом Hemilton C1 в режиме ASV. Дыхательные параметры аппарат выбирает сам в зависимости от роста и веса. Продолжительность операции составила 130 ± 12,3 мин. До начала операции проводили санационную бронхоскопию бронхоскопом Фриделя. По окончании бронхоскопии для облегчения санации во время операции бронхоскопом в нижнюю долю левого главного бронха вставили тонкий катетер и конец вывели наружу для санации левого легкого при необходимости по ходу операции, затем больного интубировали и провели двухлегочную вентиляцию в режиме ASV. Во время операции по необходимости проводили санацию левого легкого катетером, вставленным в левый главный бронх до операции.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных с хроническими нагноительными заболеваниями легких всегда имеется опасность обтурации содержимым пораженного легкого здорового участка легких. Для предотвращения этой опасности, после вскрытия грудной полости, хирург осторожно выдавливает из пораженной доли содержимое легкого в главный бронх и анестезиолог по вставленному катетеру в бронх отсасывает содержимое пораженного легкого до полной санации. При необходимости по ходу операции, не отключая больного от аппарата ИВЛ, проводят санацию левого легкого. При наличии катетера в левом главном бронхе не возникает необходимость во время санации левого легкого, больного отключать от аппарата ИВЛ и не наблюдается падение сатурации гемоглобина кислородом. После проведения резекции легкого, для обнаружения бронхиальных свищей, по катетеру в легкое вводится метилиновый синий и по выделению в операционном поле обнаруживается бронхиальный свищ, который ликвидируется. После ликвидации бронхиальных свищей катетер удаляется. Осложнений и летальных случаев не наблюдались.

Таким образом, благодаря вставлению внутрибронхиального катетера в левый главный бронх для санации легкого, опасность обтурации дыхательных путей отпадает. При необходимости проведения санации трахеобронхиального дерева во время операции не возникает необходимость в отключении больного от дыхательного аппарата, что предотвращает возникновение развития гипоксии во время санации дыхательных путей, и в – третьих, катетер помогает обнаружить и ликвидировать бронхиальные свищи.

УМЕНЬШЕНИЕ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКИХ

[1,2]Икромов Т.Ш.,[2]Абдулалиев А., [2]Саломов А.К., Шарипов З.Р., Раджабов Д.Х.

[1]ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии" МЗ СЗН РТ, Душанбе

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения детей с гигантскими эхинококковыми кистами легких.

Материал и методы исследования. Нами об-

следованы 18 детей с гигантскими эхинококковыми кистами легких, находящихся на стационарном лечении в клинике в отделении детской торакальной хирургии ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» в период с 2016 по 2023 гг. Возраст больных колебался от 4 до 15 лет. От 4 до 7 лет было – 4 (22,2%) больных, 8 - 12 лет – 6 (33,3%) и 12 - 16 лет – 8 (44,4%) больных. Из них мальчиков - 10 (55,6%) и 8 (44,4%) девочек, жители села составили 13 детей (72,2%), а городских - 5 (27,8%). У 11 (61,1%) больных наблюдалась правосторонняя киста легкого, у 7 (38,9%) больных были эхинококковые кисты левого легкого. Сочетанные кисты обеих легких наблюдались у 6 (33,3%) больных.

Всем детям ИВЛ проведена двухлегочная вентиляция легких аппаратом Hemilton C1 в режиме ASV. Параметры ИВЛ аппарат выбирает сам в зависимости от роста и веса больного. Анестезиологическое обеспечение проводилось под контролем кардиомонитора. Исходные параметры кардиореспираторной системы находились в пределах нормы. Обезболивание проводили комбинацией НЛА с кетамином.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами проанализированы результаты хирургического лечения детей с гигантскими эхинококковыми кистами легких. Как нам известно, существует множество факторов, способствующих повышать хирургический риск во время оперативного вмешательства эхинококкэктомии гигантских кист легких. У 18 больных одним из факторов, повышающих риск хирургического лечения во время оперативного вмешательства, является падение сатурации насыщения гемоглобина кислородом во время эхинококкэктомии легкого. Следует отметить, что до удаления хитиновой оболочки все параметры кардиореспираторной системы были в пределах нормы, но после удаления хитиновой оболочки, отмечен заброс воздуха через бронхиальные свищи, падение сатурации кислорода до 48±6,5%, нарастание тахикардии до 33 ± 9,5% в зависимости от возрастного параметра в 1 мин, отмечена синюшность кожных покровов, падение АД до 20-30% от исходных цифров в зависимости от возрастного параметра. В это время больных срочно перевели на ручную вентиляцию мешком Амбу в режиме гипервентиляции и гипероксии 100% кислородом, был увеличен объем минутного дыхания на 120-130%, повышено PEEP до 7-10 мм вод.ст. и произведена тугая тампонада эхинококковой кисты. После принятых мер отмечено стабилизация состояния: нормализовалось насыщение гемоглобина кислородом SO_2 до 97-99%, PO_2- 98 мм рт.ст., порозовели кожные покровы и слизистые, уменьшилась тахикардия на 20-30%, стабилизировалось АД до возрастных норм. Следует отметить, что основная причина падения сатурация гемоглобина кислородом была связана с удалением хитиновой оболочки, функционированием больших бронхиальных свищей и забросом воздуха через бронхиальные свищи. До удаления хитиновой оболочки бронхиальные свищи не функционировали и были прикрыты хитиновой оболочкой. После ликвидации бронхиальных свищей состояние больных стабилизировалось и больные вновь переведены на ИВЛ аппарат Hemilton C1 в режиме ASV. Больные находились на ручной вентиляции, гипервентиляции и гипероксии в течение 10-12 минут. Дальнейшее течение операции и наркоз протекали гладко. Летальность и осложнение, как в операционном, так в послеоперационном периоде не отмечены.

Таким образом, благодаря проведению своевременной диагностики бронхиальных свищей и выбора правильной тактики лечения во время операции удалось предотвратить развитие такого грозного осложнения, как гипоксия, во время оперативного вмешательства и в послеоперационный период.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмадияров Б.У., Эргашев Б.Б.

Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при РПЦ, Ташкентский педиатрический медицинский институт г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – порок, для которого характерно смещение желудка, селезенки, кишечника и печени в грудную полость. Частота ВДГ у новорожденных составляет от 1:2500 до 1:4000 случаев.

Цель исследования. Выбрать оптимальные методы хирургического лечения врожденных диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материал и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 88 новорожденных с ВДГ, находившихся в Республиканском центре неонатальной хирургии (РЦНХ) при РПЦ за период с 2015 г. по 2023 г. Методы исследования включали общеклинические, антенатальное УЗИ плода, обзорное и контрастное рентгенологическое исследования, нейросонография, ЭхоКГ.

Результаты исследования и их обсуждение. Из них 57 (64,7%) мальчики и 31 (35,3%) девочки. Доношенные дети 79 (89,7%), недоношенные 9 (10,3%). Из 88 детей 61 (69,3%) новорожденных поступали в РЦНХ в возрасте 1-3сутки жизни, 4-9 сутки жизни 15 (17,1%), 10 и более сутки – 12 (13,6%) больных. По локализации: грыжи собственно диафрагмы, выпячивание истонченной зоны диафрагмы – у 19 (21,6%), дефекты диафрагмы – у 48(54,5%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – у 3 (3,4%) новорожденных. Оперативное вмешательство выполнено70 (79,5%) больным.18 (20,5%) больных умерли до операции. Из них 31(44,3%) было выполнено лапаротомия,15 (21,4%) – торакотомия и 24 (34,3%) – эндоскопическим и эндоскоп – ассоциированные способам. В среднем койка дней у больных, оперированных традиционным путем составила 31, а у детей с эндоскоп–ассоциированные 17,5 койка дней. Результаты оценивались по течению послеоперационного периода, данным рентгенографии в динамике. Послеоперационная летальность отмечена у 21(30%) новорожденного. Причиной летальности были наличие сопутствующих патологий на фоне гипоплазии легкого.

Выводы. В РЦНХ отдается предпочтение эндоскопическим, эндоскоп –ассоциированные методам хирургического лечения врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных, так как это позволяет снизить риск возникновения интра – и послеоперационных осложнений, сократить время пребывания ребенка в стационаре, ускорить сроки реабилитации и добиться хорошего косметического эффекта.

ВОПРОСЫ СТОМИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ (АРМ)

Исмайылов М.У., Магамедов В.А., Гасанов Ф.В., Багиров М.Г.
Азебайджанский медицинский университет. г. Баку, Азербайджан

Аноректальные пороки развития (АРМ) являются частой причиной инвалидизации детей. Согласно обобщенной статистике, недержание кишечного содержимого отмечается у 30-60% пациентов с аноректальными пороками в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель работы. Ретроспективный анализ результатов лапароскопических операций с аноректальными пороками развития.

Материал и методы исследования. Исследования было включено 80 детей с АРМ (в период с 2010 по 2022 гг), которым хирургическое лечение проводилось с применением разработанных в клинике миниинвазивных лапароскопических методик. Показанием к проведению лапароскопически ассистированных операций могут являться некоторые варианты «высоких» аноректальных атрезий – бессвищевые формы, свищевые (с ректовезикулярным или ректоуретральным свищем). Обязательными условиями успешного лечения пациентов с такими АРМ, в том числе и с применением предлагаемых лапароскопических операций, являются:

Наличие предварительно наложенной стомы (чаще – колостомы) является абсолютно необходимым условием для достижения хороших и удовлетворительных результатов. При обсуждении вопросов стомирования у детей с высокими формами АРМ (у которых проводятся в том числе и лапароскопические операции) мы исходим из следующих положений, многократно подтвержденных на практике:

• предварительное наложение стомы с отключением дистального отдела толстой кишки является обязательным этапом лечения пациентов с высокими АРМ;

• место наложения стомы может варьировать в зависимости от анатомии порока развития, с учетом следующих условий:

• длина отводящего отдела толстой кишки должна быть достаточной для последующего его низведения на промежность без натяжения и с адекватным кровоснабжением;

• в то же время следует избегать отключения слишком длинного участка толстой кишки;

• с учетом всего вышесказанного, оптимальным, на наш взгляд, способом наложения стомы при АРМ является проведение лапароскопически-ассистированной операции, когда имеется

возможность визуально оценить ход и фиксацию толстой кишки, наличие дополнительных петель, особенности строения брыжейки кишки, и, таким образом, выбрать участок толстой кишки для формирования колостомы;

• в большинстве случаев таким местом является первая петля сигмовидной кишки после выхода ее из мезоперитонеального положения в свободную брюшную полость;

• наложение двуствольной колостомы с раздельным выведением концов приводящей и отводящей кишки, на наш взгляд, является оптимальным, с точки зрения возможности в дальнейшем контрастирования и других манипуляций с отводящей кишкой, а также для предотвращения заброса кишечного содержимого из приводящего отдела в отводящий, что может быть важным после проведения радикальной проктопластики.

Закрытие колостомы выполняется после полного заживления вновь сформированного неоануса и окончания курса профилактического бужирования – обычно через 3-6 мес. после проктопластики.

Заключение. Таким образом, при свищевом и бессвищевом вариантах высокой аноректальной атрезии наличие предварительно наложенной стомы (чаще колостомы) в указанных вариантах является абсолютным условием хорошего и удовлетворительного результата.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ИСХОДЫ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ

Исматов С.С.

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

Цель исследования. Оценить эффективность консервативных и оперативных методов лечения закрытой травмы почки, а также определить прогностические факторы успешности терапии.

Материал и методы исследования. В рамках исследования было анализировано 136 случаев закрытой травмы почки. Использовались методы как ретроспективного, так и проспективного анализа. Для оценки результатов лечения применялись статистические методы, включая t-критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат для сравнения номинативных переменных. Методы визуализации включали компьютерную томографию (КТ) и ультразвуковое исследование, которые использовались для точной диагностики степени повреждения и определения необходимости оперативного вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 136 пациентов с закрытой травмой почки, 70% (95 человек) получили консервативное лечение, из которых 85% (81 человек) показали положительные исходы без дальнейших хирургических вмешательств. Среди оперированных пациентов, лишь 5% (7 человек) потребовали нефрэктомию в результате неудачного исхода других методов лечения.

Выводы. Эффективность лечения зависит от степени травмы и начального состояния почки. Оптимальный выбор метода лечения снижает необходимость в нефрэктомии и способствует сохранению функции почек.

РОЛЬ АНГИОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ

Исматов С.С.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность ангиографии как метода лечения закрытой травмы почки.

Материал и методы исследования. В исследование были включены данные 108 пациентов, которые прошли процедуру ангиографии. Для оценки эффективности и безопасности метода, кроме клинической оценки, использовались стандартизированные шкалы оценки качества жизни после лечения, а также проведен статистический анализ полученных данных с использованием логистической регрессии для определения факторов, влияющих на успешность процедуры.

Результаты исследования и их обсуждение. Ангиография показала высокую степень контроля кровотечения, при этом только 3,7% (4 человек) требовали дополнительного хирургического вмешательства. Эти случаи чаще всего были связаны

с тяжелыми повреждениями почки, когда было обнаружено множественное поражение кровеносных сосудов или комплексное разрушение тканей почки. У 94,4% (102 человек) пациентов наблюдалось сохранение функции почек на уровне, близком к исходному, что подтверждено данными функциональных тестов. Измерения уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации указывали на стабильное состояние этих пациентов в постоперационный период. Дополнительные анализы показали, что улучшение состояния наблюдалось на протяжении первых трех месяцев после процедуры, с дальнейшим поддержанием полученных результатов.

Статистическая обработка данных выявила, что результаты лечения значимо лучше у пациентов без сопутствующих заболеваний почек ($p<0,01$). Важным фактором, влияющим на успешность процедуры, оказалась своевременность обращения за медицинской помощью. Пациенты, которые были обследованы и прооперированы в течение первых 6 часов после травмы, показали лучшие исходы в сравнении с теми, кто получил лечение позднее.

Выводы. Ангиография является эффективным методом лечения для пациентов с закрытой травмой почки, обеспечивая высокую степень контроля кровотечения и минимальное вмешательство с сохранением почечной функции.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИСТИННОЙ И ЛОЖНОЙ ГИНЕКОМАСТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

[1]Каримова М.Б., [2]Холматова Х.К.

[1]ГУ «Республиканский научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии»

[2]ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино кафедра «Онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии» Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования: Изучение ультразвуковых особенностей истинной и ложной гинекомастии у детей и подростков.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 18 мальчиков в возрасте от 8 до 18 лет. Средний возраст больных составил 15±2,5 года. У всех детей и подростков осматривали грудные железы пальпаторно и с помощью УЗ – аппарата. При пальпации было выявлено плотноэластическое подвижное образование с чёткими контурами, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы в основном не увеличены.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексное обследование больных позволило выявить характерные признаки различных видов гинекомастии у детей и подростков. Истинная гинекомастия выявлена у 8 из 18 обследованных (44,5%). Средний диаметр железистой ткани составил 1,5 ± 0,5 см., что не характерно для ложной гинекомастии, которая зарегистрирована у 5 из 18 обследованных (27,7%). Средний диаметр жировой ткани составил 2,0 ± 0,7 см Истинная гинекомастия чаще всего наблюдается у детей и подростков, с нормальным телосложением. Ложная гинекомастия наблюдается у детей и подростков с избыточным весом (3 больных (60%). Также у некоторых больных была выявлена смешанная гинекомастия у 4 из 18 (22,2%), которая характеризуется разрастанием, как железистой ткани, так и жировых структур. А также встречается симметричная форма (8 больных (80%) (одновременное увеличение обеих грудных желез) и ассиметричная форма (10 больных (55,5%) (увеличение одной грудной железы) формы гинекомастий. УЗ – диагностика при истинной гинекомастии грудные железы увеличиваются в результате гиперплазии долевых млечных протоков и гипертрофии соединительной ткани железы, т. е. представляет собой увеличение железистой и стромальной ткани. При этом, как правило, наблюдается типичное изменение ареол — частичное формирование соска по женскому типу, а при ложной гинекомастии - разрастание жировых структур, обусловленное, избыточным развитием подкожной жировой клетчатки и не имеет отношения к дисгормональной гиперплазии железы, характерной для истинной гинекомастии. Также можно выявить фиброзную ткань при смешанной гинекомастии. У этих же больных было выявлено нарушение со стороны эндокринных органов (увеличение щитовидной железы, гипоплазии яичков, крипторхизм).

Выводы. Исследование подтвердило наличие различий в структурных изменениях грудных желез при истинной и ложной гинекомастии. Истинная гинекомастия ассоциирована с гиперплазией железистой ткани, тогда как ложная гинекомастия

преимущественно связана с увеличением жировой ткани. Важным фактором, влияющим на развитие гинекомастии, оказалось нарушение гормонального баланса. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации подходов к диагностике и лечению данной патологии у детей и подростков.

АНАЛЬГЕЗИИ У ДЕТЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Кодиров А.Р., Фатхуллоев З.К., Рахматова Р.А., Гулов А.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с сочетанной травмой путем обоснования методов региональной анальгезии с применением местных анестетиков и наркотических препаратов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в детском отделении реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан с 2016 по 2019 годы. В рамках исследования анализировались данные 70 детей, экстренно госпитализированных с сочетанными травмами. Исследование нацелено на улучшение результатов лечения за счет применения методов региональной анальгезии, включая эпидуральное введение местных анестетиков и опиоидов.

Результаты исследования и их обсуждение. Первоначально, при поступлении, интенсивность боли у пациентов, оцениваемая по цифровой аналоговой шкале (ЦАШ), составляла в среднем 5,05 ± 1,2 балла в покое и увеличивалась до 7,1 ± 0,5 баллов при движении. После введения региональной анальгезии, интенсивность боли снизилась на 60,3% уже через три часа после начала терапии, достигая значений 2,0 ± 0,4 балла в покое и 3,5 ± 0,5 при движении.

Сердечно - сосудистые показатели, такие как частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (АД сист.) и диастолическое (АД диаст.) артериальное давление, а также среднее артериальное давление (САД), регистрировались при помощи полифункционального монитора Philips MP-20. Зарегистрированное снижение ЧСС на 19% через три часа после начала интенсивной терапии и на 33% через 24 часа позволяет сделать вывод о стабилизации сердечного ритма и восстановлении нормальной гемодинамики.

Анализ показывает высокую эффективность эпидуральной блокады: полное купирование болевого синдрома в состоянии покоя наступало уже через шесть часов после начала анальгезии, а интенсивность боли при движении снижалась вдвое. На третьи сутки после травмы болевые ощущения в покое полностью отсутствовали, и значительно уменьшились при движении.

Выводы. Эпидуральная анальгезия, проводимая в условиях раннего посттравматического периода у детей с сочетанной травмой, является гемодинамически безопасным и высокоэффективным методом управления болевым синдромом. Несмотря на общепринятое мнение о риске развития артериальной гипотонии на фоне перидуральной анальгезии, данные исследования показывают отсутствие значимого падения артериального давления, что подчеркивает безопасность данного метода в анестезиологической практике в педиатрии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Касенов Ш.Е. ORSID: 0009-0000-7876-2900
Хаиров К.Э. ORSID: 0000-0002-5735-4032
Калабаева М.М. ORSID: 0009-0003-2357-9396
Научный центр педиатрии и детской хирургии г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Основные проявления ПГ – это массивные пищеводно-желудочные кровотечения, энцефалопатия, спленомегалия, иногда с явлениями гиперспленизма, повышение объема крови в органах, склонность больных к эрозивно-язвенным поражениям верхних отделов желудочно-кишечного тракта, снижение почечного кровотока и развитие гепаторенального синдрома, задержка натрия и воды, асцит.

Грозным осложнением ПГ является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

В настоящее время при внепеченочной портальной гипертензии предпочтение отдается сосудистым анастомозам.

Цель исследования. Изучить показания к различным видам хирургического лечения портальной гипертензии у детей.

Материал и методы исследования. В Научном центре педиатрии и детской хирургии в период с 2018 по 2023 год включительно с диагнозом: «Внепеченочная портальная гипертензия» оперировано 57 пациентов у которых в анамнезе отмечалось минимум одно пищеводно–желудочное кровотечение, возраст которых колебался от 1 года до 17 лет. При поступлении детям было проведено комплексное общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование.

Выяснено, что из всех оперированных: 32 мальчиков и 25 девочек, что соответствует 56,1% и 43,9%. Дети до года – 2 (3,5%), от года до 3 лет было прооперировано – 14 (24,6%) пациентов, от 4 до 7 лет – 18 (31,6%), от 8 до 14 лет было – 19 (33,3%) больных и старше 15 лет был 4 (7%).

Все оперированные дети были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 2 (3,6%) ребенка, которым было проведено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в связи с невозможностью наложения сосудистого шунта. Этот метод является предпочтительным для остановки острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

В вторую группу вошло 5 (8,8%) ребенка, которым была проведена гастротомия по Пациора в сочетании с наружной деваскуляризацией вен желудка. Все операции были у пациентов с острым пищеводно – желудочным кровотечением, у которых возраст и соответственно диаметр сосудов не позволяли наложить шунт.

В третьей группе наблюдались 44 (77,1%) детей которым были проведены шунтирующие операции, 29 (65,7%) из которых - это наложение сплено–ренального анастомоза «конец в бок» со спленэктомией. Остальным 15 (34,2%) пациентам наложение кава-мезентериального «Н» образного анастомоза.

К четвертой группе отнесли 6 (10,5%) детей с изолированным тромбозом селезеночной вены, которым проведена спленэктомия.

Заключение. В основу оценки ближайших результатов лечения было положено - общее состояние больных после операции, положительная динамика варикозной трансформации вен пищевода и желудка по данным фиброэзофагогастродуоденоскопии, функция анастомоза по данным допплерографии, показатели общего и биохимического анализов крови, послеоперационные осложнения и сроки пребывания в стационаре. Катамнез составил 57 ребенка через 6-18 месяцев после операции.

Дети из первой группы ежегодно проходят контрольную ФГДС для исключения риска кровотечения из ВРВ пищевода, и решения вопроса о повторном легировании ВРВ либо о проведении более радикальной операции.

После операции Пациора, дети из второй группы, в последующем были оперированы повторно с наложением различных видов сосудистых шунтов.

Третья группа. В послеоперационном периоде после наложения кава-мезентериального анастомоза наблюдали осложнение в виде лимфореи у 1 (1,7%) ребенка, которое купировано консервативно. После операции по наложению спленоренального анастомоза со спленэктомией тромбоз шунта наблюдался в 1 (1,7%) случае, что связано с недостаточным диаметром анастомоза, а так же выраженными явлениями флебосклероза, ребенок оперирован повторно с наложением «Н» образного кава-мезентериального анастомоза.

Осложнений в четвертой группе не наблюдалось.

Медиана сроков послеоперационного пребывания в стационаре составила 8 койко-дней.

Таким образом удовлетворительные результаты получены в 98,3%, неудовлетворительные в 2,3%.

Выводы.

1. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода –высокоэффективный метод хирургической помощи при ПГ, когда другие методы невозможны или неэффективны.

2. Гастротомия по Пациора применима для остановки острого кровотечения, при выраженном варикозном расширении вен пищевода, у детей младшей возрастной группы, когда диаметр сосудов не позволяет наложить сосудистый шунт.

3. Шунтирование – при портальной гипертензии – это операции выбора, которые являются наиболее эффективным методом хирургического лечения портальной гипертензии у детей.

4. Изолированная спленэктомия у детей применима при изолированном тромбозе селезеночной вены.

ОМИЛҲОИ МУСОИДАТКУНАНДАИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИ ДИЛУ РАГҲО

Қӯшоқов Д.Н., Облоқулов Ҳ.Б., Ҷалолов У.Ш., Хидиров И.И.
Беморхонаи марказии шаҳри Истаравшан

Мақсади таҳқиқот. Омилҳои мусоидаткунандаи гирифторшавӣ ба бемории нуқсонҳои модарзоди дилу рагҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои омӯзиш ва тадқиқот дар шуъбаи эҳёнамоӣ ва беҳиснамои кӯдаконаи БМ ш. Истаравшан, 417 нафар бемор аз муоинаи тиббӣ гузаронида шуд. Кӯдакони аз 1 рӯза то 18 солаи дар шуъба бистаригашта дар муоина қарор дода шуд. Дар рафти муоина физикалии умумӣ, собиқаи акушерӣ, собиқаи беморӣ, собиқаи ҳаёт, шикоятҳо аз суханони модарони беморон ва усулҳои иловагии ташхис гузаронида ва омухта шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Аз 417 нафар беморони муоинагашта 22 нафар (5,2%) бемориҳои нуқсонҳои модарзоди дилу рагҳо дарёфт карда ва зери табобати оҷил қарор гирифта шуд. Тадқиқотҳо нишон дод, ки 89-90% занҳои синни репродуктивӣ дар давраи пандемияи COVID-19 бемории COVID-19-ро ва 10-11% занҳои ҳомиладор хусусан дар се моҳи аввали ҳомиладори сирояти шадиди вирусии роҳҳои нафасро аз сар гузаронианд. Бемориҳои нуқсонҳои модарзоди дилу рагҳо аз омилҳои зикргашта ба вуҷуд меояд. Масалан бемории зукком дар се моҳи аввали ҳомиладори ба ташаккулёби узвҳои дохила таъсири манфӣ расонида, нуқсонҳои модарзодиро ба вуҷуд меорад. Бемориҳои роҳҳои нафас ба организми инсон таъсири манфӣ мерасонад.

Хулоса. Аз тадқиқоти гузаронидашуда маълум гашт, ки бемориҳои нуқсонҳои модарзодӣ ҳангоми гузаронидани бемори шадиди роҳҳои нафас дар байни занҳои қобили таваллуд бисёртар ба назар мерасад.

RESULTS AND BENEFITS OF ULTRASOUND EXAMINATION IN ACUTE SCROTAL SYNDROME

Karimov D.K., Mirzakarimov B.KH., Yulchiyev K.S.
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

Relevance: The problem of acute scrotum (AS) in children is one of the most pressing problems in pediatric surgery, accounting for about 20% of all emergency pathologies in childhood. Among acute testicular diseases in children, the first place in terms of prevalence is pathology of the testicles and epididymis (torsion and necrosis of the hydatid). The next place is occupied by testicular torsion, nonspecific orchiepididymitis, and traumatic injuries. Most of the above conditions require prompt diagnosis. In conclusion, it is necessary to develop general and non-invasive criteria, such as ultrasound, when diagnosing AS in such cases.

Purpose of the study. Optimization of non-invasive diagnostic methods for acute inflammation of the scrotum in children.

Material and research methods. The results of treatment of children aged 1 to 18 years with acute scrotal syndrome were studied. Of these, 124 (61.4%) patients had torsion of the testicular hydatid, 57 (28.2%) had testicular torsion, and 21 (10.0%) had inflammation of the testicle and its elements. The results of ultrasound examination of patients with acute scrotal syndrome were used.

Results of the study. In 41% of patients with uncomplicated hydatid torsion, minimal changes in the organs of the scrotum were detected by ultrasound; in 56.1% of patients with testicular torsion, there was a violation of the adjacent skin of the testicular vagina, in the structures of the spermatic cord of its part of the scrotum.

Conclusion. With testicular torsion, the ultrasound criterion is an increase in blood flow in the internal organs by 2-4 times, an increase in the size of the testicle, heterogeneity of composition, and with hydatid torsion, the blood flow increases to 10% of normal. significant (>20%) enlargement of the testicle. An average enlargement of the testicle with a moderate increase in blood flow (up to 10%) is regarded as acute epididymitis, and an increase in testicular size with an increase in blood flow up to 10% of the norm is considered an ultrasound criterion for acute orchitis.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Магомедов В.А., Полухов Р.Ш., Ахундов С.Ф., Халилов Н.Дж.
Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Детской Хирургии, Азербайджан, Баку

Введение. Врождённая гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) - аутосомно-рецессивное заболевание, вызванное дефектом любого из транспортных белков или ферментов, участвующих в синтезе кортизола коры надпочечников. Наиболее часто встречающаяся форма этого заболевания связана с дефицитом 21- гидросилазы, что, в свою очередь, проявляется двумя клиническими формами: вирильной и сольтеряющей. Наиболее часто встречающейся формой заболевания, связанной с дефицитом фермента 21-гидроксилазы является вирильная форма. Учитывая шансы девочек, рожденных с этой формой, стать в будущем матерями, а так же часто имеющиеся аномалии в строении наружных половых органов, даже на фоне адекватного эндокринологического лечения, коррекция их с помощью реконструктивных операций остается актуальной.

Цель исследования. Оценка результатов феминизирующих операций у девочек, рожденных с вирильной формой врожденной гиперплазии надпочечников.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 4 пациентов, поступивших на обследование и лечение в Клинику Учебной Хирургии Азербайджанского медицинского университета в период с 2022 по 2024 год. Возраст пациентов составлял от 9 до 15 лет. Все они были направлены в клинику для хирургической коррекции после обследования и лечения у эндокринолога. После проведения всем пациентам лабораторных исследований, следуя назначениям эндокринолога, под общей анестезией выполнялась операция тотальной урогенитальной мобилизации, клиторопластика + вагинопластика + уретопластика + лябиопластика. Оперативное вмешательство выполнялось в положении больного, используемого при литотрипсии.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем пациенткам, в положении применяемом при литотрипсии, была проведена цистоскопия, матка катетеризирована катетером Фогарти, мочевой пузырь катетеризирован катетером Фолея. Вначале отсепаровывалась кожа клитора, затем производили два продольных разреза на дорсальной поверхности от головки до корня клитора и удаляли кавернозные тела с сохранением кровеносных сосудов. У всех пациенток головка клитора была сохранена и фиксирована в паху. После выполнения циркулярного разреза вокруг урогенитального синуса, до тех пор пока ощущался баллон катетера Фогарти, производили мобилизацию урогенитальной области. Урогенитальный синус на этом уровне открывали поперечно и определяли границу урогенитальной области. Урогенитальный синус вскрывали продольным разрезом от дорсальной поверхности до верхушки. После формирования уретры дорсальную поверхность влагалища вскрывали продольно и осуществляли вагинопластику треугольным кожным лоскутом. Операция завершалась формированием малых половых губ из отсепарованной ранее кожи клитора.

Более старший возраст, обратившихся в клинику пациенток, вызывал определенные технические трудности во время операции. Одной из этих технических трудностей была повышенная опасность интраоперационных кровотечений. С другой стороны, наличие достаточно сформированной матки у девочек старшего возраста, наоборот, положительно сказывалось на положительных результатах вагинопластики. Стриктур влагалища у этих пациенток в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы. Несмотря на относительно небольшое количество наших пациенток, авторы приходят к выводу, что правильное выполнение феминизирующей операции после эндокринологического лечения у девочек с врожденной гиперплазией надпочечников, приводит к дальнейшему правильному росту этих детей, как в анатомо-физиологическом так и в психологическом отношении, в будущем.

АНАЛИЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ РОНЦ РТ

Мадаминова З.А., Умарова М.Н., Азимов С.Х., Холов Ф.Б
ГУ "Республиканский онкологический научный центр" МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Изучить статистику злокачественных опухолей костей у детей в условиях детского отделения ГУ РОНЦ РТ.

Материал и методы исследования. За 2020-2023 годы зарегистрировано 33 (100%) первично выявленных больных со злокачественными опухолями костей, из которых 20 (60,6%) детей были с отеосаркомой, 12 (36,4%) с саркомой Юинга и 1 (3%) больной ребенок с хондросаркомой. Из них 21 (67,6%) мальчики, 12 (32,4%) девочки, возраст которых колебался от 3 до 16 лет. 60% этих детей поступали в травматологические отделения по месту жительства после полученной травмы. После произведенных рентгенологических исследований больные были направлены в РОНЦ. При поступлении в онкологический центр детям было проведено полное обследование по протоколам.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 33 (100%) больных детей 20 (60,6%) поступили со II стадией, 1 (3%) с III стадией, 12 (36,4) детей с IV стадией. Родители 4 (12%) больных категорически отказались от всех видов обследования, диагноз был поставлен рентгенолгически. 5 (15%) больных после биопсии и морфологического подтверждения диагноза отказались от предложенного лечения. 24 (73%) больных детей получили лечение: неадъювантная ПХТ, операция (ампутация и экзаартикуляция) и адъювантная ПХТ. Из них пяти больным, учитывая распадающую опухоль, были проведены операции: ампутация конечностей с санитарной целью. До настоящего времени 5пациентов из этой группы больных продолжают получать лечение, 6 больных находятся на динамическом наблюдении в течении двух лет, из них у 4 (67%) больных отмечаются метастазы в легких. Судьба 9 больных не известна и 13 больных детей погибли от генерализации процесса.

Вывод. Анализ лечения злокачественных опухолей костей показал, что, лечение данной патологии требует комплексного подхода и в большинстве случаев заканчивается калечащими операциями, так как большинство больных поступают с распадающими опухолями.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭРОЗИВО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ НУРОФЕНА

[1,2]Мазабшоев С.А., [1,2]Шарипов А.М., [2]Умедов А.С., [2]Рачабов Ф., [2]Шарипов Х.
[1]Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан;
[2]Государственное учреждение Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с гастродуоденальными эрозивно-язвенными кровотечениями путем комплексной этиопатогенетической диагностики.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2023 годы в клинике детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали Ибни Сино» на базе отделения анестезиологии реанимации и интенсивной терапии НМЦ РТ «Шифобахш» было произведено наблюдение за 45 детьми, страдающими эрозивно-язвенными кровотечениями желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст пациентов варьировал от 1 до 3 лет у 21 детей, от 3 до 7 лет у 17 больных и от 7 до 14 лет - у 6 детей. Среди пациентов было 26 сельских и 19 городских детей. Эрозивно-язвенные кровотечения чаще наблюдались у мальчиков – 28 случаев, у девочек – 17 случаев.

Всем пациентам была проведена срочная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), а также клиническое обследование, включая общий анализ крови, исследование коагуляции и анализ кала на скрытую кровь. Кроме того, был рассчитан шоковый индекс Альговера, который представляет собой соотношение частоты сердечных сокращений к уровню систолического давления (по П.Г. Брюсову). Гематологические параметры анализировались с использованием приборов SISMEX K-1000, CORMAY MULTI и СФ-26 ЛОМО. Были определены следующие показатели: анализы обще-

го белка, белковых фракций, гемоглобина, гематокрит, вязкость крови, время коагуляции, протромбиновый индекс, фибриноген. Для установления венозного доступа использовались периферические вены верхних конечностей. Все пациенты проходили неинвазивный мониторинг показателей центральной гемодинамики с помощью устройства компании «NIHON KOHDEN» BSM-2301K.

Лечебные мероприятия проводились исходя, из тяжести состояния и включали инфузионную терапию, коррекцию гемостаза, антацидную и антибактериальную терапию, а также отмену энтерального питания.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительное использование Нурофена приводит к изменению баланса механизмов в сторону агрессии, что, в свою очередь, вызывает поражения слизистой и подслизистой оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. Анализ продолжительности госпитализации показал, что 5,2% пациентов были госпитализированы в течение первого-второго дня после возникновения симптомов кровотечения, 44,8% – поздно (3-5 дней), 26,5% – также поздно (6-8 дней), а 28,9% – очень поздно (10-12 дней).

Эндоскопическое исследование выявило высокую частоту гастрита и гастродуоденита (83% случаев). Эрозивные изменения наблюдались у 37 (82,2%) пациентов; эрозии антральной части желудка – у 18 (48,6%), кардии и большой кривизны – у 11 (29,7%), а 12-перстной кишки – у 8 (21,6%). Язвы желудка были зафиксированы у 4-х пациентов, так же как и 12-перстной кишки. В 15 случаях отмечалось длительное кровотечение, а в девяти – экссудация крови из неподвижного сгустка.

Общий анализ крови у пациентов показал наличие постгеморрагической анемии легкой и средней степени (106 г/л - 86 г/л), лейкоцитоз со сдвигом влево (10,2-12,0 109/л), увеличенную скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (25-30 мм/ч) и тромбоцитопению (133,0- 110/л) у двух детей. Биохимические показатели крови выявили гипопротеинемию (общий белок в пределах 38-46 г/л); у десяти детей шоковый индекс составил 0,7-1,0, что соответствует потерям крови в 10-15% от объема циркулирующей крови (ОЦК), тогда как у четырёх детей шоковый индекс достиг 1,4, указывая на кровопотерю более 20%.

В соответствии с полученными данными, максимальный срок нахождения детей с эрозивно-язвенными желудочными кровотечениями в стационаре составил 10 дней, с благоприятным прогнозом во всех случаях.

Выводы. При проявлении симптомов гастродуоденопатии обязательно провести ФГДС и провести исследование гемограммы и системы гемостаза. При длительном кровотечении с анемией следует оценить шоковый индекс Альговера. Нурофен рекомендуют принимать в минимально эффективной и максимально переносимой дозах после еды; его применение требует осторожности при сочетании с антикоагулянтами.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЁГКИХ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЁГКОГО У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ОДНОЛЁГОЧНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ

Мазабшоев С.А.[1,2], Шарипов А.М.[1,2], Рахмонов Б.Я.[2], Бобоеров Т.Т.[2], Гулов А.Р.[2]

[1]Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан;

[2]Государственное учреждение Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель работы. Повышение эффективности респираторной поддержки путем односторонней вентиляции лёгкого и улучшение непосредственных результатов анестезиологического пособия с эхинококком легкого у детей.

Материал и методы исследования. На кафедре детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино нами были проанализированы 56 детей в возрасте от 4 до 14 лет с эхинококковыми кистами лёгкого, находившихся на лечении в торакоабдоминальном отделении ГУ НМЦ РТ за период с 2021 по 2023 гг.

Все дети были разделены на 2 группы: I-я группа – 32 (57,1%) ребёнка, которым респираторная поддержка (РП) проводилась методом односторонней высокочастотной вентиляции (ОВЧВ), II-я группа - 24 (42,9%) пациентов, которым РП проводилась методом двухсторонней высокочастотной вентиляции (ДВЧВ) лёгких. Для однолёгочной интубации использовались однопросветные

эндотрахеальные трубки с манжетой на один или полразмера меньше, чем это необходимо для стандартной интубации трахеи (фирмы Portex).

С помощью монитора фирмы «NIHON KOHDEN» BSM-2301K проводился неинвазивный мониторинг показателей центральной гемодинамики: частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), среднего артериального давления (САД), сатурации кислорода (SpO_2), а с помощью датчика CAPNOSTAT-5 капнометрия (измерение дыхания и концентрации углекислого газа в конце выдоха $PetCO_2$).

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение детей с эхинококкозом лёгких в процессе анестезии связано с определёнными трудностями, так как лёгкие подвергаются хирургическому вмешательству и одновременно осуществляют газообмен. Современные методы неинвазивного мониторинга во время операций, при ОВЧВ, позволяют точно предсказывать риск артериальной гипоксемии и вовремя корректировать параметры дыхательной поддержки.

В первой исследуемой группе детей оптимальная вентиляция достигалась с помощью значений FIO2=1,0, объёма вдоха 5-5,3 мл/кг и уровнем PetCO2 около 34-40 мм. рт. ст. Изменения сердечного ритма, системного и артериального давления в начальной фазе исследования были обусловлены воздействием премедикации с использованием М-холиноблокаторов. Во время операции показатели давления и частоты сердечных сокращений оставались относительно стабильными, а сатурация кислорода достигала 97%. Экстубация была осуществлена через 18 (+4,7) минут после завершения операции, при этом гемодинамика оставалась стабильной, а дыхание и газообмен были адекватными.

У пациентов II группы, которые проходили исследование, применение ДВЧВ привело к изменениям в гемодинамике. Во время операции фиксировалось небольшое увеличение артериального давления (10-14%), систолического артериального давления (12%) и частоты сердечных сокращений (18%) по сравнению с исходными данными. Периодически наблюдалось снижение уровня SpO2 до 85-88% в результате аспирации содержимого из оперированного легкого, что требовало санации дыхательных путей. При этом еще больше ухудшался газообмен, из-за уменьшения площади дыхательной поверхности. В таких случаях увеличивался объем дыхания на 8-10% и соотношение вдохов и выдохов изменялось до 1:3, что позволяло удлинить респираторные паузы.

Обеспечение оптимальной вентиляции и газообмена должно учитывать необходимость создания хирургического комфорта и достаточного пространства для манипуляций, поскольку основные действия хирургов связаны с дыхательными путями. Следует помнить о возможных негативных последствиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ), таких как снижение сердечного выброса, застой в большом круге кровообращения и другие. Поэтому важно, чтобы глубина наркоза сочеталась с легкостью управления, быстротой пробуждения и активацией рефлексов у ребенка.

Уменьшение площади дыхательной поверхности в результате аспирации патологического содержимого ухудшает газообмен, поэтому во время операции всем пациентам проводили санацию трахеобронхиального дерева с применением электроотсоса.

Выводы:

1. ИВЛ при операциях на легких может быстро вызывать гипоксемию с гиперкапнией из-за ухудшения вентиляции, что приводит к выраженным гемодинамическим изменениям в большом круге кровообращения.

2. Понижение SpO2 во время вентиляции значительным образом связано с предшествующими изменениями в нерабочем легком и перераспределением кровотока в малом круге. Опасны факторы, приводящие к снижению кровотока в вентилируемом легком, так как это вызывает компенсаторное усиление в спавшемся легком, увеличивая шунтирование.

3. Применение ОВЧВ, несмотря на ателектаз оперируемого легкого, защищает здоровое легкое от заражения и аспирации, а также увеличивает манипуляционное пространство для хирурга с необходимой респираторной поддержкой.

4. При патологиях легких необходимо избегать сильного нейровегетативного торможения, чтобы предотвратить длительное угнетение кашлевого рефлекса и замедленное восстановление самостоятельного дыхания по завершении операции.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Мамажонов У.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с целью снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшения качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру ближайших послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы исследования. Всего в исследование включено 85 детей с БГ, оперированных в отделении хирургии АОДММЦ, которые были распределены на две группы. В основную группу включено 38 детей, которым выполнялась усовершенствованная методика операции De La Torre - Ortega, а также в послеоперационную программу реабилитации с учетом специфики изменений микробиоциноза толстой кишки включена терапия пробиотиками. В группу сравнения вошло 47 детей, которым производилась трансанальная резекция толстой кишки по классической методике Соаве-Ленюшкина. Проводили анализ частоты, структуры осложнений и летальности. Выводы, сделанные по результату этих исследований, дали основание для выбора способа реконструкции колоанального анастомоза в данной клинической ситуации с наилучшим результатом. В сравнении непосредственных результатов, помимо клинического и функционального состояния больных, основную роль играли критерии значимости различий между группами в зависимости от воздействия фактора риска развития осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придаётся интраоперационным и ближайшим факторам, способными повлиять на неблагоприятные результаты хирургического лечения. Разница в показателях длительности операции была довольно существенной, в группе сравнения - 120,2±11,1 мин, в основной группе - 113,4±13,8 (t=-2,46; p <0,05). Объем кровопотери в основной группе был значительно меньше (122,6±36,7 мл), чем в группе сравнения (163,8±52,0 мл) (t=-4,27; p <0,05). Показатель длительности обезболивания в группе сравнения был наибольшим (3,7±0,7 сут), в основной группе - 2,8±0,9 сут (t=-4,88; p <0,05). На восстановление перистальтики в группе сравнения требовалось 3,1±0,9 сут, в основной группе - 2,2±0,6 (t=-5,71; p <0,05). Энтеральное питание начиналось в группе сравнения на 4,3±1,0 сут, в основной группе на 3,1±0,6 (t=-7,03; P <0,05). Активизация пациентов в основной группе была на 6,3±2,3 сут, а в группе сравнения на 10,3±1,7 6 (t=-9,02; p <0,05).

Энкопрезна на момент выписки регистрировалась у 28 пациентов, что составило 59,6% случаев в группе сравнения, в основной группе этот показатель был значительно ниже – 28,9%. Параректальный свищ и парапроктит в группе сравнения также наблюдались значительно чаще, чем в основной группе (2,1% и 4,3% против 0%и 2,6%, соответственно). Всего больных с осложнениями в группе сравнения отмечено в 63,8% случаях, а в основной в 31,6% случаях ($\chi 2$=8,743; Df=1; p=0,004).

Показатель удержания кишечного содержимого в ближайшее время после операции (3-6 суток п/о) в группе сравнения составил 0,0%, а в основной группе – 7,9%. К периоду выписки (8-15 суток п/о) в основной группе удержание кишечного содержимого наблюдалось у 71,1% пациентов, в группе сравнения этот показатель был почти в 2 раза меньше (40,4%). Частичное удержание кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о было 6,4%, а на момент выписки (8-15сутки п/о) – 38,3%. Показатели частичного удержания кишечного содержимого в основной группе были значительно лучше, на 3-6 сутки п/о – 47,4%, на момент выписки (8-15 сутки п/о) – 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 сутки п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе – 10,5%.

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах в зависимости от методики операции и реабилитационной программы, явился анализ продолжительности различных этапов госпитального периода. Так, в основной группе пациентов длительность нахождения пациентов в ОРИТ составила 1,6 суток, а в группе сравнения –

3,4 (t=7.63; p<0,001). Количество койко-дней после операции в основной группе составил 7,1 суток, в группе сравнения – 11,0 (t=7.15; p<0,001). В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 (t=7.23; p<0,001).

Выводы. Применение модифицированного способа операции DeLaTorre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода (p<0,05 - по сравнению показателей длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; χ^2=8,743; Df=1; p=0,004) и соответственно период госпитализации с 22,1±3,2 до 15,1±5,2 суток (t=7,23; p<0,001).

ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Мехриддинов М.К., Раупов Ф.С.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов дренажного лечения легочно-плевральной форм острой бактериальной деструкции легких у детей.

Материал и методы исследования. С целью изучения эффективности методов дренажного лечения острой бактериальной деструкции легких (БДЛ) у детей нами произведено сравнительный анализ результатов лечения 69 больных. Из них 38 больным на фоне интенсивной терапии было произведено дренирование плевральной полости традиционным способом: по VI-VII межреберье по заднее-подмышечной линии. Дифференцированный подход предусматривает введение троакар-дренажа на уровне очага поражения с учетом его локализации.

Больные, которым применяли традиционный метод, составили первую группу, (38 детей): с пиопневмотораксом и пневмотораксом 26 (68%) больных, с пиотораксом – 12 (32%) больных.

Больным второй группы (31 детей) применяли способ дифференцированного дренирования плевральной полости: с пиопневмотораксом и пневмотораксом 21 (67,7%) больных, с пиотораксом – 9 (32,3%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. для оценки результатов лечения нами было использовано следующие клинические критерии: улучшения общего состояние больных, расправление легкого, время удаления торакоцентезного дренажа из плевральной полости и сроки пребывания больных в стационаре. У больных первой группы улучшения общего состояние больных и расправление легкого в первые сутки наблюдалось у 37% (14 больных), у 58% (24 больных), случаях отмечалось постепенное медленное его расправление (до 2-х недель). Пребывание больных в стационаре составило 34,1±0,08 к/д. Торакоцентезное отверстие в грудной клетке зажило через 27,2±1,1 дня после удаления дренажа.

У больных второй группы улучшения общего состояние больных и расправление легкого в первые часы наблюдалось у 84% (26 больных) случаях, через несколько дней 12,8% (4 больных) и только у 1 больного (3,2%) легкое расправилось в поздние сроки лечения. Пребывание больных в стационаре составило 25,2±0,7 к/д. Торакоцентезное отверстие в грудной клетке зажило через 18,2±0,6 дня после удаления дренажа.

Выводы. 1. Дифференцированный выбор место наложения дренажа с учетом локазиции поражения в легком обеспечивает более полное удаления жидкости и воздуха из плевральной полости, быстрое расправления легкого с предотвращением его повторного коллабирования.

2. При этом полностью санируются очаги деструкции в легком и быстрее заживают бронхоплевральные свищи, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре.

3. В результате повышается эффективность лечения больных тяжелыми плевральными осложнениями.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-ORTEGA

Мирзакаримов Б.Х., Мамажонов У.Ш., Юлдашев М.А., Абдурахмонов Ф.С.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. По среднестатистическим оценкам, заболеваемость болезню Гиршпрунга во всем мире составляет примерно 1 случай на 5000 живорождений. В подавляющем большинстве случаев симптоматика этой патологии проявляется уже в неонатальном периоде или в раннем младенчестве. Раннее радикальное вмешательство с резекцией аганглионарной зоны является наиболее оптимальным методом лечения БГ.Трансанальная резекция в настоящее время является одной из наиболее часто используемых операций для лечения БГ во всем мире. За последние десятилетия этот метод претерпел некоторые технические изменения. Однако, по-прежнему, эти вмешательства связаны с множеством потенциальных осложнений, которые могут привести к необратимому ухудшению функционального результата и значительным социальным ограничениям.

Цель исследования. Изучить показатели функциональной активности и качества жизни детей с болезнью Гиршпрунга, оперированных методом De La Torre-Ortega.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 89 детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга на клинических базах кафедры детской хирургии Андижанского государственного медицинского института в период 2015 - 2022 гг. Больные были в возрасте от 2 до 18 лет. 17 (19,1%) больных поступили в клинику в стадии декомпенсации, 51 (57,3%) - в стадии субкомпенсации, 21 (23,5%) - в стадии компенсации. У 55 (61,8%) детей выполнялась усовершенствованная методика операции De La Torre-Ortega и 34 (38,2%) производилась трансанальная резекция толстой кишки по классической методике Соаве-Ленюшкина. Качество жизни оперированных детей оценивалась по адаптированной шкале PedsQL™4.0, которая включает всего 21 вопросов, оценивающих физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ качества жизни детей с болезнью Гиршпрунга показал достоверный прирост показателей по всем шкалам через год после оперативного лечения, при этом степень улучшения была выше ($p<0,05$) при выполнении усовершенствованной методики операции De La Torre-Ortega (в среднем с 62,0-70,8% по всем шкалам до операции до 84,1-92,3% по отношению к группе здоровых детей) с изменением значения общего балла с 52,8±10,0 до 70,4±6,4 ($t=6,79$; $p<0,001$), в свою очередь, трансанальная резекция толстой кишки по классической методике Соаве-Ленюшкина позволила достичь соответствие к группе здоровых детей в среднем на уровне 76,7-84,7% с приростом показателя общего балла только до 64,3±4,4.

Выводы. Совершенствование тактико-технических аспектов к хирургическому лечению детей с болезнью Гиршпрунга, в совокупности с комплексной программой послеоперационной реабилитации, позволило улучшить функциональные результаты, значение которых в большей степени соответствовало нормативным показателям у здоровых детей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Исаков Н.З.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на то, что предложено множество методов хирургического лечения деформаций грудной клетки, до сих пор остается спорным вопрос, касающийся выбора метода и тактики ведения больных. Осложнения и неудовлетворительные результаты после оперативного лечения этого порока достигают до 20%, а иногда опасные для жизни осложнения считаются основанием для проведения научных исследований в этом направлении. Развитие этого направления путем разработки малоинвазивных методов реконструкции грудной клетки у детей с ВДГК и КДГК имеет важное значение в улучшении ранних и отделенных результатов лечения данной категории больных.

Цель исследования. Разработать малоинва-

зивный метод хирургического лечения для детей раннего возраста с тяжёлой степенью воронкообразной деформации грудной клетки.

Материал и методы исследования. В исследовании приведены результаты обследования и лечения 21 детей с диагнозом ВДГК, требующих ранней коррекции в молодом возрасте в 2011-2020 годах. Кроме общепринятых клинико-анамнестических и лабораторных исследований использовались антропометрические (соматометрия, торакометрия), радиометрические, спирометрические, электрофизиологические и морфологические методы обследования. Для оценки функционального резерва кардиореспираторной системы использовали индекс Скибинского. Произведены следующие этапы операции: Под общей анестезией произведен небольшой волнообразный разрез над мечевидным отростком. Мобилизация прямой мышцы живота от реберной дуги. Мечевидный отросток отсекали от тела грудины и удаляли вместе с грудино-диафрагмальной связкой. Париетальную плевру отделяли от задней поверхности грудины и производили продольный разрез до внутренней пластинки грудины. Для облегчения свободного выравнивания грудино-реберного комплекса в деформированных ребрах выполнены клиновидные насечки. Через тело грудины под контролем пальца проводили тракционную нить. Прямые мышцы живота прикрепляли к средней трети 1/3 грудины. На кожу и под кожу раны наложены внутренние косметические швы. Тракционные нити фиксировали на разработанную пластинку, полулунной формы, изготовленной из винипласта.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на то, что предложено множество методов хирургического лечения деформаций грудной клетки, до сих пор остается спорным вопрос, касающийся выбора метода и тактики ведения больных. Осложнения и неудовлетворительные результаты после оперативного лечения этого порока достигают до 20%, а иногда опасные для жизни осложнения считаются основанием для проведения научных исследований в этом направлении. Развитие этого направления путем разработки малоинвазивных методов реконструкции грудной клетки у детей с ВДГК и КДГК имеет важное значение в улучшении ранних и отдаленных результатов лечения данной категории больных. Малоинвазивная торакопластика выполнена у 21 детей раннего возраста, ее продолжительность составила 38±0,5 мин. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде в качестве анальгетиков применяли только н1енаркотические анальгетики. Со 2-х суток больные были активизированы, у 4 (9%) больных отмечалось вторичное заживление ран, у 2 (9,5%) больных отмечалось воспаление вокруг тракционных нитей. Пребывание больных в стационаре составляли 7-9 дней. Через 2 года после операции у 2 (9,5%) пациентов возник рецидив деформации II степени. У 1 больного наблюдалось огрубение раны за счет вторичного заживления. По отдаленным результатам хорошие были у 18 (85,7%) больных, удовлетворительные - у 1 (4,7%), неудовлетворительные - у 2 (9,5%).

Выводы. У детей раннего возраста, с III-IV степенью ВДГК, в связи с быстрым нарастанием функциональных нарушений кардио-респираторной системы является показанием к ранней коррекции деформации. Метод малоинвазивной торакопластики считается удобным и эффективным у молодых пациентов с ВДГК.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

[1]Мирзоев Д.С., [1,2]Ибодов Х., [2]Азизов Б.Дж, [1]Яхшибекова Ш.Дж.
[1]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана
[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Актуальность. В настоящее время в повседневной практике для оценки состояния ободочной кишки активно внедряется ультразвуковое исследование. Преимуществами ультразвукового исследования по сравнению с другими методами в том, что позволяет более четко определить размеры и конфигурации дистальных отделов толстой кишки, толщину и структуру кишечной стенки и анального сфинктерного аппарата, а также величину аноректального и ректосигмоидального углов до, во время и после опорожнения кишечника.

Цель исследования. Оптимизация диагностики болезни Гиршпрунга у детей методом ультразвукового исследования.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты ультразвукового исследования 45 детей с болезнью Гиршпрунга. Возраст детей от 0 до 3 лет. УЗИ выполнялось после премедикации

(ГОМК или диазепам, димедрол и атропин в возрастной дозировке) в положении больного на спине с полусогнутыми в коленных суставах ногами. В прямую кишку под ультразвуковым контролем начинали вводить 1,0% раствор натрия хлорида на основе отвара ромашки. Объем вводимой жидкости в зависимости от возраста, массы и роста ребенка. При введении жидкости оценивали перистальтику отделов толстой кишки, толщину стенки, диаметр и рельеф прямой, сигмовидной, нисходящей, поперечной, восходящей и слепой кишок, а также оценивали степень рефлюкса в проксимальный отделе толстой кишки. Более информативным осмотр был при полном мочевом пузыре, который является еще и дополнительным ориентиром. По стадиям болезни отмечали: компенсированная – 5, субкомпенсированная – 25, декомпенсированная – 15. По анатомическим вариантам: ректальная - 20, ректосигмоидальная - 23, сегментарная - 1, субтотальная -1.

Результаты исследования и их обсуждение. При УЗИ установили диаметр зоны аганглиоза, который был равен 1,5±0,7 см и диаметр расширенной кишки до 4±1,5 см. У 34 (75,5%) детей удалось определить длину зоны аганглиоза, расширенная часть кишки, степени перистальтики кишки выше зоны аганглиоза. Дана оценка толщины стенки кишки и складки её слизистой оболочки. При УЗИ у 4 больных установлена наличие полипов, незначительное опущение поперечно-ободочной кишки у 5 и высокое стояние селезеночного угла ободочной кишки у 8 больных. У 21 детей при УЗИ установлено расширение диаметра прямой и сигмовидной кишок. Расширение диаметра сигмовидной кишки выявлено у 16 детей, а поперечно-ободочной кишки у 7. Надо отметить, что при болезни Гиршпрунга толстая кишка не только увеличивается в ширине, но и удлиняется. При УЗИ у 11 больных диагностировали удлинение и расширение поперечно-ободочной кишки. Наряду с супрастенотическом расширение кишки установлено сужение в ректальном участке у 20 и в ректосигмоидном у 14 детей. Эти участки характерны для аганглиоза. У всех исследуемых детей выявлены утолщение стенки кишки и сглаживание гаустры. При введении жидкости в прямую кишку отмечалось усиление перистальтической активности толстой кишки. После опорожнение жидкости из кишки толстая кишка оставалось дилатированным.

Заключение. УЗИ толстой кишки позволяет оценить протяженность участки аганглиоза, ширину просвета толстой кишки выше зоны сужения, толщину стенки, сглаженность гаустры. УЗИ малоинвазивный метод диагностики болезни Гиршпрунга у детей и является преимуществом исследования перед традиционным.

ЛАЗЕРНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Моёнова Ш.Ш., Ибодов Х.И., Сайёдов К.М., Махмудов З.Л.
НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

Актуальность. Несмотря на развитие и внедрение инновационных методов лечения нефролитиаза, проблема дробления крупных камней почек в зависимости от степени плотности камня и функционального состояния почек не теряет свою актуальность. Наиболее часто используемые методы эндоскопической литотрипсии пациентов с крупными сложными камнями почек позволяют сократить сроки восстановительной терапии у пациентов, однако не всегда оценивается функциональное состояние почек и исход оперативного лечения. Применение контактного гольмиевого лазера при нефролитотрипсии в разрушение и извлечение конкрементов из почки при крупных и коралловидных камней позволяет уменьшить длительность выполняемого оперативного лечения.

Цель исследования. Оптимизация лечения одностороннего нефролитиаза путем внедрение гольмиевого лазера при нефролитотрипсии.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения нефролитотрипсии с использованием гольмиевого лазера у 55 детей с односторонним нефролитиазом. Солитарные камни в почках были у 26 (27.7%), коралловидные камни у 10 (10.6%) (К1-4, К2-3, К3-3), множественные у 19 (20.2%). Плотность камней по шкале Хаунсфильда колебалась от 350 до 1900 ЕД. Согласно нашей разработке камни низкой плотности были у 7 (12.8%), камни средней плотности у 29 (52.7%) и камни высокой плотности у 19 (34.5%). С целью выполнения лазерной литотрипсии нами был использован гольмиевый лазер SEPLOU 100 вт.с

диаметром волокна 0.22 (гольмиевый лазер, мощность – 100 Вт, выбор интенсивности рабочего режима с четырьмя ступенями регулировки – от 0,5 до 2,5 Дж, частота импульсов с тремя ступенями регулировки – от 10 до 60 Гц). Сопутствующие патологии у детей были анемия у 15 (27.3%) детей и недостаточность витамина Д – у 43 (78,2%) пациентов.

В анализе крови у 15 (27.3%) детей отмечалось снижение гемоглабина, у 38 (69.1%) лейкоцитоз, ускоренное СОЭ у 25 (45.5%), снижение уровня эритроцитов у 15 (27.3). В биохимическом анализе крови снижение общего белка у 18 (32.3%), повышение креатинина крови и мочевины у 7 (12.3%), увеличение уровня АлТ и АсТ у 5 (9.1%) пациентов. Витамин Д у 14 (25.5%) детей был на критическом уровне, у 29 (52.7%) низкий и у 12 (21.8%) пациентов в пределах нормы. Достоверных отличий между группами по структуре и частоте сопутствующих заболеваний и показателям клинико – биохимических анализов не было выявлено ($p < 0,05$).

Выполнен качественный и количественный анализы мочи, при этом выявлена пиурия у 16 (29.1%), протеинурия у 34 (61.8%), микрогематурия у 19 (34.5%), повышение уровня кальция у 8 (14.5%), урата у 22 (40%), и оксалатов у 25 (45.5%).

Результаты исследования и их обсуждение. Основные показатели, которые нами рассмотрены во время проведение исследований: средняя продолжительность операции 80±20 мин (45-120 мин), средние сроки пребывания в стационаре 4.0±1.2 койко-дней, кровотечение во время операции не было. В раннем послеоперационном периоде кровотечение не отмечалось. Однако у 86% больных было обострение хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде. Полная санация почек от камней при лазерной литотрипсии составляло 98.0 ± 1%, количество резидуальных камней 2%, средние размеры резидуальных камней 2-3 мм.

Длительность операции зависит от размера и плотности конкрементов, чем выше плотность, тем и продолжительнее время операции. У больных кровотечение и обострение хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде, где применялись гольмиевый лазер были минимальными. Продолжительность пребывания больного в стационар заметно снижена. Эффективность оперативных методов оценивалась по критерию степени очистки от камня и его фрагментов в группах сложных категорий. Степень очистки от камней в зависимости от их сложности составила: в 1-й группе 96,7%; во 2-й группе 98,6%. Наиболее высокие показатели степени очистки от камней и их фрагментов наблюдались при лазерной литотрипсии. Кроме того, средний размер резидуальных камней оказался значительно ниже.

Заключение. Лазерная контактная литотрипсия имеет минимальные риски перфорации стенок чашечно-лоханочной системы, а также обладает наиболее мощным и щадящим видом измельчения почечного камня. Лазерная контактная литотрипсия является наиболее оптимальным методом разрушения плотных и крупных почечных камней по сравнению с традиционными методами, такими как контактная гидропневматическая. Лазероная литотрипсия требует более длительного времени на проведение процедуры, но позволяет эффективнее избавляться от конкрементов.

ОЦЕНКА ВЕНО-АРТЕРИАЛЬНОЙ РАЗНИЦЫ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ ЗВЕНЬЕВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ С ПРЕОБЛАДАЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мурадов А.А.[1], Пырегов А.В.[2], Икромов Т.Ш.[3], Мурадов А.М.[4], Шумилина О.В.[1]

[1]ГУ Городской научный центр реанимации и детоксикации, Душанбе

[2]ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», Москва, РФ

[3]ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗСЗН РТ

[4]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, Душанбе

Цель исследования. Изучить функциональное состояние гипокоагулирующей функций лёгких по показателям свёртывающей и антисвертывающей звеньев гемостаза по В-А разнице по показателям Ли-Уайт, АЧТВ, МНО и АТ III при полиорганной недостаточности у родильниц с доминирующим течением острой печеночной недостаточности.

Материал и методы исследования. Изучили данные 30 родильниц с преобладающим клиническим течением ОПечН по показателям Ли-Уайт,

АЧТВ, МНО и АТ III в смешанной венозной крови (СВК) и артериальной крови (АК), условно разделили на три группы, в 1 подгруппу включены 12 (40,0%) пациенток, МФЛ в стадии компенсации, во 2 группу 10 (33,3%) у которых МФЛ в стадии субкомпенсации, в 3 подгруппу 8 (26,6%), у которых функциональное состояние МФЛ оценивалась, как стадия декомпенсации.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показателей В-А разницы по смешанной венозной крови (СВК) и артериальной крови (АК) в 1 группе выявил достоверно значимое увеличение времени свёртывания крови по Ли-Уайту на 47,7% (p=0,001), по АЧТВ на 39,3% (p=0,001), МНО на 31,7% (p=0,001), что указывает на процессы гипокоагуляции лёгкими притекающей СВК и АТ III на 9,8% (p=0,001), вследствие активизации в лёгких непосредственно механизмов регулирующих эти звенья гемостаза. Во 2 группе анализ показателей В-А разницы показал отсутствие достоверно значимых изменений, что указывает на субкомпенсаторное функциональное состояние ГФЛ потерявшее способность активно регулировать гемостаз. Выявлено достоверное снижение В-А разницы в 3 группе по показателям ВСК по Ли-Уайту на 17,5% (p=0,005), по АЧТВ на 15,1% (p=0,005), МНО на 13,0% (p=0,005), что указывает уже на гиперкоагуляцию в оттекающей от лёгких артериальной кров и АТ III на 9,7% (p=0,005), вследствие полного истощения факторов и депрессии механизмов регулирующих антисвертывающую и фибринолитическую системы в лёгких, т.е. фактической декомпенсации этих звеньев гемостаза.

Выводы. Во всех группах родильниц с доминирующим ОПечН, отмечается нарушения системы гемостаза с клиническими проявлениями коагулопатии потребления без или с выраженной активацией фибринолиза и ДВС синдрома. При этом в 1 группе функциональное состояние ГФЛ оценивалось как компенсаторное со сниженными возможностями (начальными 1А или выраженными 1Б стадиями нарушения). В 2 группе ГФЛ статистически значимо не влияли на показатели гемостаза, так СВК оттекала от лёгких фактически без достоверных изменений, при этом их функциональное состояние оценивалось как субкомпенсированное. В 3 группе родильниц в оттекающей от лёгких АК выявлялись значительно худшие показатели гемостаза и реологии по сравнению с притекающей к ним СВК, что указывало на функциональную декомпенсацию ГФЛ и являлось негативным фактором в прогрессировании ОПечН и прогрессирования органных дисфункций в ПОН у этой категории больных.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

[1]Мурадов А.М., [1,2]Шумилина О.В., [3]Ганиева М.Т., [2]Муродова Ф.С., [1]Ризоев М.М., [1]Хамрокулов К.А.

[1]Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

[2] ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе, Таджикистан

[3] ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить основные причины и триггеры развития у **пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением** синдрома Гийена-Барре по данным анамнеза жизни и заболевания в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Изучены материалы 75 пациентов с синдром Гийена-Барре (СГБ), из них 35 (46,7%) пациентов 1-ой группы (ретроспективной) и 40 (53,3%) - 2-ой (проспективной) группы.

Исследование и лечение пациентов проводилось в ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», который является клинической базой кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗРТ, в отделениях неврологии, интенсивной терапии и реанимации ГУ «Медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш», на базе которого располагается кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», «Комплекса здоровья “Истиклол”», ГКБ №2 им. К. Ахмедова, ГКБ №5 им. К. Таджиева.

Диагностика и лечение синдрома Гийена-Барре осуществлялись согласно клиническим рекоменда-

циям «Синдром Гийена-Барре» (2020), диагностику производили в соответствии с Брайтонскими диагностическими критериями (2014). Определение тяжести клинического течения СГБ проводилось согласно критериям «Шкала инвалидизации при синдроме Гийена-Барре (GBS disability score, the Hughes' disability scale)».

Результаты исследования и их обсуждение. Среди исследованных 75 пациентов с СГБ мужчин было 53 (70,7%), женщин - 22 (29,3%), в ретроспективной группе - 24 (68,6%) и 11 (31,4%), в проспективной - 28 (70,0%) и 12 (30,0%) соответственно, жителями города оказались 18 (51,4%) и 21 (52,5%), проживающими в сельской местности - 17 (48,6%) и 19 (47,7%) соответственно.

Выявлены следующие подтипы СГБ: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия - 28 (80,0%) и 33 (82,5%); острая моторная аксональная невропатия - 4 (11,4%) и 4 (10,0%); острая моторно-сенсорная аксональная невропатия - 3 (8,6%) и 3 (7,5%) соответственно в 1-ой и 2-ой группах. По тяжести течения СГБ: тяжелая степень (4 балла) - 28 (80,0%) и 32 (80,0%); крайне тяжёлая степень (5 баллов) - 7 (20,0%) и 8 (20,0%) соответственно.

Статистический анализ показал, что наиболее часто выявляемыми причинами развития СГБ в ретроспективной и проспективной группах явились инфекции - респираторные (ОРЗ, грипп, бактериальные, вирусные пневмонии и др.) - 25,7% (9) и 32,5% (13) и кишечные (Campylobacter jejuni) - 25,7% (9) и 30,0% (12), сопровождавшиеся диареей в 8,5% (3) и 12,5% (5) случаев, что согласуется с литературными данными.

Лабораторное определение Ig M и Ig G показало наличие высоких титров цитомегаловируса (CMV) практически у каждого третьего пациента - 34,3% (12) и 35,0% (14), перенесенные вирусные гепатиты различной этиологии (A, B, C, E и др.) - 14,3% (5) и 20,0% (8), микоплазменная инфекция - 11,4% (4) и 15,0% (6), также достаточно часто выявлялся вирус Эпштейна-Барра (EBV) - 8,6% (3) и 12,5% (5) соответственно в 1-ой и 2-ой группах.

Также необходимо отметить наличие различных аутоиммунных заболеваний - 11,4% (4) и 12,5% (5), перенесенной вирусной инфекции Covid-19 – по 12,5% (5) случаев по группам.

Анализ триггеров и факторов риска также показал, что развитию синдрома Гийена-Барре, при котором включаются механизмы гипераутоиммунного ответа и ошибочно атакуются периферические нервы, способствует не только инфекция, но также и недавно перенесенная вакцинация от Covid-19, выявленная в группе проспективных пациентов в 40,0% (30) случаев, перенесенные хирургические вмешательства – 1 (2,9%) и 1 (2,5%) в обеих группах. Важно отметить, что при оценке риска и предшествующих факторов провоцирующую роль также имеют триггеры переохлаждения, встречаемость которых составила 34,3% (12) и 37,5% (15), перенесённые стрессовые ситуации и напряжённый ритм жизни - 51,4% (18) и 55,0% (22). При всем этом не выявлены акцентированные причины в ретроспективной и проспективной группах в 22,8% (7) и 17,5% (7) случаев.

Заключение. Изучение анамнеза жизни и заболевания, вероятных причин, факторов риска и триггеров, обусловивших тяжелые и крайне тяжелые формы СГБ, в ретроспективной и проспективной группах показало, что заболевание началось остро, с быстрым прогрессом неврологических нарушений, которым в пределах 4 недель предшествовали какие-либо инфекции, вакцинация либо имелись фоновые аутоиммунные заболевание. При анализе возможных причин, вызвавших синдром Гийена-Барре, выявлено, что они имеют мультифакторный характер, в более 60% случаев присутствуют 2 и более причины и триггеры, спровоцировавшие этот патологический процесс.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК КЛЮЧЕВОЙ МЕТОД В ОПРЕДЕЛЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Насриддинова Б.С.

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

Цель исследования. Определение диагностической ценности ультразвуковых признаков кишечной непроходимости у детской популяции.

Материал и методы исследования. В рамках исследования было проанализировано 134 случая среди детей от 1 до 18 лет с диагнозом или предполагаемой кишечной непроходимостью. Ультразвуковое исследование проведено с использованием аппаратов MindrayM7 с датчиками 5–12 МГц и 3–18 МГц. Данные подтверждались рентгенологи-

ческими, эндоскопическими методами и непосредственно во время хирургических вмешательств.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования была проведена детальная оценка ультразвуковых признаков кишечной непроходимости у детей. В результате анализа были выявлены и систематизированы ключевые эхографические симптомы, имеющие важное значение для диагностики данного заболевания. Одним из наиболее выраженных признаков является дилатация кишечных петель, которая при низкорасположенной механической непроходимости показала высокую информативность с точностью до 93,3%, тогда как при высокорасположенной непроходимости её диагностическая ценность значительно снижается до 34,3%. Аналогично, маятниковое перемещение содержимого в просвете кишечных петель оказалось высокоинформативным для низкой непроходимости с точностью 94%, в то время как для высокой кишечной непроходимости этот показатель упал до 26,1%.

Более того, наблюдение за наличием свободной жидкости в брюшной полости оказалось важным дополнительным симптомом, особенно при заболеваниях с длительностью более восьми часов. Симптом внешнего сдавления, характеризующийся низкой чувствительностью в 53,7%, в то же время демонстрировал высокую специфичность, достигая 97,8%, что указывает на его значение при определённых анатомических аномалиях, таких как кисты, гематомы или опухоли.

Специфическим, но малочувствительным признаком выступает наличие внутрипросветного включения, подразумевающего наличие инородных тел, таких как трихобезоары, опухоли или полипы в просвете кишки. Этот признак обладает высокой специфичностью в 88,8% случаев, хотя его чувствительность остаётся низкой и составляет 58,2%.

Также было установлено, что симптомы ишемического поражения кишки, такие как утолщение стенок кишечника и отсутствие сосудистого рисунка, могут указывать на критическое состояние пациента и часто сопровождаются развитием массивного пневматоза стенки кишки. Эти симптомы проявляются при чувствительности 43,5%, что подчёркивает необходимость их дальнейшего изучения и интеграции в клиническую практику.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают высокую информативность ультразвуковой диагностики при кишечной непроходимости, что обусловлено возможностью точного и целенаправленного поиска характерных эхографических признаков.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РЕИМПЛАНТАЦИИ ТИМУСА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ

Некова К.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время, ВПС занимают лидирующие позиции по распространенности в сравнении с другими пороками развития у детей и остаются ведущей причиной их смерти. По данным большинства авторов, частота ВПС колеблется от 8 до 10 на 1000 родившихся детей, с тенденцией к нарастанию в последние десятилетия. Наиболее часто встречаются следующие пороки: дефект межжелудочковой перегородки – ДМЖП (28,3%); дефект межпредсердной перегородки – ДМПП (10,3%); стеноз легочной артерии -СЛА (9,8%); тетрада Фалло – ТФ (9,7%); стеноз аорты- СА (7,1%); коарктация аорты-КА (5,1%); транспозиция магистральных сосудов - ТМС (4,9%); встречаются также синдром гипоплазии трехстворчатого клапана, открытый артериальный проток (ОАП), полный аномальный венозный возврат.

Цель исследования. Изучение экспериментального воспроизведения реимплантации тимуса и оценка результатов исследования.

Материал и методы исследования. Были использованы биохимические, гистоморфологические и статистические методы исследования. Для проведения экспериментального научного исследования использованы 45 кроликов породы Шиншилла обоих полов, в возрасте 3 месяцев жизни с массой 1790 гр. - 2495 гр. Содержащихся в стандартных условиях вивария - при температуре 15 - 20ºС. Клинико-физиологическое состояние кроликов определяли путем ежедневного их осмотра.

Вилочковая железа представляет собой мягкий орган беловато-розового цвета, лежащий внутри грудной клетки на внутренней стенке грудины, в

переднем средостении, на уровне I-III реберных хрящей. Она хорошо выражена у молодых животных. Длина ее около 2,5 см, ширина — 2 см, толщинам 4 мм, вес 2,3—2,8 г, или 0,09—0,126% веса тела. Благодаря бесформенности, беловатой окраске и мягкой структуре, зобную железу, особенно у взрослого кролика, легко принять за жир и поэтому трудно найти.

Экспериментальные исследования проводились в два этапа: первый этап – моделирование тимэктомии с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Под общим обезболиванием: внутримышечно введен 5% раствор Калипсола из расчета 6-8 мг/кг. После извлечения тимуса была произведена ауто - имплантация 1/3 части органа на перикард в проекции правого предсердия, тимус был фиксирован 5.0 Викриловым швом. Гемостаз, рана послойно ушита и наложена асептическая повязка после обработки раны 10% раствором йод - бетадина.

Второй этап – произведено забой животных гуманным методом и проведена морфологическая оценка изменений аутоимплантанта (тимус) с использованием следующих показателей: патоморфологические изменения тимуса при ауто - имплантации, общий пул Т-клеток в крови, клинический анализ крови и статистические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Материалом для микроскопического исследования служили свежие кусочки тимуса, вырезанные из экспериментальных животных. Размер кусочков не превышал 5х3х3 мм. Материалы исследования помещали в свежий фиксатор сразу после взятия. По правилу объем фиксатора в 25 раз превышал объем кусочков. Результаты гистологических исследований тимуса на 1-4 недели показали, что капсула тимуса образована плотной волокнистой соединительной тканью, от которой отходят соединительнотканные перегородки, делящие железу на дольки. Основу паренхимы тимуса составляют эпителиальные клетки (эпителио - ретикулоциты). Эпителиальные клетки образуют также слоистые эпителиальные тельца Гассаля - тельца вилочковой железы, "эпителиальные жемчужины" в мозговом веществе. На 9-ой недели исследования обнаружено уменьшение количество лимфоцитов. Мозговое вещество является менее клеточным. Гиполимфотизация долек. Миграция тимических телец на периферию долек, также обнаружена гиперплазия тимуса с плазмоцитами в расширенных периваскулярных пространствах и уменьшение коркового вещества тимуса с накоплением эритроцитов. В 30% случаев установлена инволюция тимуса с замещением его паренхимы жировой соединительной тканью. В 35% случаев выявлено разрастание волокнистой коллагеновой соединительной ткани, это несомненно связано с возрастом животных.

Вывод. В ходе данного исследования были изучены данные о процессах реимплантации тимуса в эксперименте. Полученные результаты дали возможность использования в будущем подобных оперативных вмешательств у детей с врождёнными пороками сердца до раннего возраста.

ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

[1]Ниёзов О.М., [1,2]Икромов Т.Ш., [1,2]Ибодов Х., [2]Азизав Б.Дж., [1,2]Рофиев Р.
[1]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана
[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохраненя РТ

Актуальность. Синдрома энтеральной недостаточности (СЭН) является, как один из основной фактор развития эндогенной интоксикации, кишечного сепсиса, синдрома системного воспалительного процесса брюшной полости и нарушения метаболизма при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей. Энтеральная недостаточность часто приводит к развитию неблагоприятных исходов заболеваний.

Цель исследования. Оптимизации диагностики энтеральной недостаточности при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты диагностики и лечения 126 детей с синдромом энтеральной недостаточности при хирургической патологии органов брюшной полости у детей. Обследование проведена за период с 2017 по 2023 годы. Возраст детей: 0 – 1 год 25 (19,8%), 1 – 3 – 27 (21,4%), 4 – 7 – 30 (24,0%), 8 – 14 – 32 (25,3%), 15 – 18 лет – 12 (9,5%). Больные разделены на две группы: первая группа 56 (44,4%), которым проводились традиционные способы предоперационной подготовки,

тактики оперативных вмешательств; вторая группа 70(55,6%) детей проводились разработанные методы рентгенологических и ультразвуковых методов диагностики, предоперационная подготовка с учетом степени эндогенной интоксикации, интра- и послеоперационное введение, усовершенствованные способы оперативного вмешательство и декомпрессии желудочно-кишечного тракта, мероприятия и контроль эффективности лечения СЭН с учетом тяжести патологических изменений, бактериальной транслокации у детей с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По нозологии больные были: инвагинации кишечника 41 (32,5%), перфорация язвы тонкой кишки 45 (35,7%), ущемленная внутренняя грыжа 6 (4,8%), заворот тонкой кишки 5 (4,0%) и перфорация дивертикуля Меккеля 11 (8,7%), перфорация язвы 12 – перстной 18 (14,2%).

Результаты исследования и их обсуждений. При поступлении у детей определены три стадии СЭН. Во время поступлении у 38 (30,1%) детей энтеральная недостаточность была компенсированной, а у 66 (52,3%) оказались в стадии субкомпенсации и у 22 (17,4%) декомпенсированных стадиях, требовавших проведения дифференцированной предоперационной подготовки. Наиболее часто нарушение различных функции ЖКТ с развитием СЭН наблюдается при распространенном перитоните, разных видах острой кишечной непроходимости и нарушении брижеечного кровообращения. У 126 больных произведены 138 оперативных вмешательств. При этом 12 больным сделаны повторные операции по поводу несостоятельности анастомоза (2), ранней спаечной кишечной непроходимости (10). У 18 (14,2%) больных наблюдалось реактивная фаза диффузного перитонита, объем поражения составил от 2 до 5 анатомических областей брюшной полости и у 107 (85,0%) наблюдался разлитой перитонит, занимающий более 5 областей живота с токсической 52 (48,5%) и терминальной 39 (36,4%) фазами. По тяжести перитонита среди контрольной и исследуемой группы значительной разницы не наблюдалось.

После операции наблюдались Iст. СЭН у основной группы 22 (31,4%), контрольной 15 (26,7%), IIст. 28 (40,0%), 18 (32,1%) соответственно и III стадии 20 (28,5%), 23 (41,0%) соответственно. Следует отметить, что снижение тяжелой стадии СЭН и увеличение легкой (компенсированной) стадии энтеральной недостаточности у детей основной группы связаны с проведением эффективной предоперационной подготовки, интра- и послеоперационного ведения с применением более щадящих и патогенетических обоснованных оперативных вмешательств, рассчитанные на коррекции энтеральной недостаточности у детей.

Отработана методика восстановительной терапии, направленная на нормализацию метаболизма, в первую очередь, белково-энергетического, витаминного, электролитного обмена, а так же активизация репаративных процессов и улучшения регуляции моторно-эвакуаторной, секреторной, пищеварительной функции кишечника, восстановления флоры кишечника.

После проведения обязательной предоперационной подготовки больному выполняют комплекс мероприятий, направленный на хирургическую коррекцию, санацию и декомпрессию желудочно – кишечного тракта. Эти лечебные мероприятия, проводимые больным основной группы, разделяются на два основных этапа: интраоперационный - достаточный доступ, устранение причин перитонита, адекватная санация и дренирование брюшной полости, интраоперационная декомпрессия тонкой кишки, обязательная назоинтестинальная интубационная силиконовым зондом, при II и III стадии ЭН декомпрессия тонкой и толстой кишок путем энтеростомии и/или колостомии с итубацией кишечника, интраоперационная регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия; послеоперационный: инфузионно – трансфузионная терапия, антибактериальная терапия, детоксикация (энтеросорбция или экстракорпоральная), энтеральная инфузионная терапия, лечебная аналгезия, стимуляция моторики кишечника.

Таким образом, своевременное установление диагноза при хирургических заболеваний брюшной полости на фоне ЭН, особенно в раннем послеоперационном периоде, позволяет своевременно выявить изменения функциональных нарушений ЖКТ и провести дифференциальную диагностику СЭН, осложнения и принимать решение в тактике лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Носиров Ю.У.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский Центр. Бухара, Узбекистан

Цель исследования: оценить частоту осложнений, наблюдаемых у пациентов с поздней диагностикой инородных тел трахеобронхиального дерева у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2020-2023 годы обследована и излечена 40 больных детей с инородными телами дыхательных путей в отделении хирургии Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра. Из 40 пациентов 11 (27,5%) были моложе 1 года, 14 (35%) — от 1 до 2 лет, 12 (30%) — от 2 до 3 лет, 3 (7,5%) — старше 3 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 40 проанализированных пациентов 22 (55%) пациента посещали на срок до 3 дней, 18 (45%) пациентов посещали более 3 дней, у большинства из них наблюдались осложнения в виде бронхита и пневмонии. Одним из наиболее частых осложнений является бронхит, развивающийся через 1 сутки после аспирации инородного тела, такое состояние наблюдалось у 16 (40%) из 40 больных. Наблюдаемость осложнений зависит от характера инородного тела и возраста больного. Если длительность аспирации инородного тела превышает 7 дней, заболеваемость бронхитом несколько снижается. Аспирация инородных тел чаще встречается у детей, чем младше ребенок.Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%).

Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%). Помимо этого, аспирация инородных тел в дыхательные пути у части детей осложнялась пневмонией у 14 детей (35%), независимо от природы аспирированного инородного тела. У детей первых 2 лет жизнипневмония осложняла аспирацию значительно чаще у 6 детей (75%), чем у более старших детей у 2 пациентов (25%). Скорость развития пневмоний была различной. В первые сутки после аспирации инородного тела пневмония развилась у 1 больного ребенка (2,5%), в первые 3 суток - у 2 пациентов (5%), в первую неделю - у 4 детей (10%). Если длительность аспирации составляла более 1 недели, то пневмония развивалась чаще - 7 детей (17,5%). Нужно отметить, что при органических инородных телах частота развития бронхолегочных осложнений (73,6%) значительно выше, чем при неорганических (26,4%).

Проанализированы причины позднего поступления детей в стационар после аспирации инородного тела. Выявлено, что позднее 1-х суток после аспирации было госпитализировано 22 (55%) детей, позднее 3 суток после аспирации –12 (30%), а позднее 7 суток –6 (15%) детей. 6 больных детей обратились даже в срок от 1 до 3 месяцев. При выяснении причин этого выяснилось, что у 2 детей были диагностические ошибки, а в остальных случаях родители обратились с опозданием.

Таким образом, основной причиной запоздалой (2-7 сутки после аспирации) и поздней (позднее 7 суток) госпитализации детей с аспирацией инородных тел в дыхательные пути явились врачебно-диагностические ошибки которые произошли из-за недооценки участковыми педиатрами и врачами-педиатрами детских стационаров, анамнеза заболевания ребенка и начальных симптомов данной патологии. При этом родители больных детей уже при первом обращении к врачу сообщали врачу о характерных симптомах, возникших в момент аспирации инородного тела.

Но, несмотря на это, детям ставились ошибочные диагнозы заболеваний, имеющих аналогичные симптомы с клиникой аспирации инородных тел. В дальнейшем правильный диагноз таким детям с «атипичным и длительным течением» бронхита или пневмонии был поставлен в результате повторного рентгенологического обследования или в результате консультативного осмотра опытных педиатров.

Второй причиной поздней госпитализации этих детей явилась поздняя обращаемость за медицинской помощью родителей, которые не придавали должного значения сильному приступу кашля, возникшему в момент игры или еды ребенка. Родители не рассказали об этом врачу, к которому обратились через некоторое время после случившегося, обрекая ребенка на длительное лечение легочного заболевания, не поддающегося терапии.

Отсутствие эффекта от проводимой терапии побуждает в дальнейшем лечащих врачей произвести тщательный целенаправленный сбор анамнеза, при котором удается выявить момент аспирации.

Выводы. 1. Таким образом, с увеличением длительности нахождения инородного тела в трахеобронхиальном дереве частота развития пневмоний значительно увеличивалась.

2. Выявлена также зависимость частоты возникновения пневмоний от характера инородного тела: при органических инородных телах частота возникновения пневмоний в 2-3 раза выше, чем при неорганических инородных телах.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Оразалинов А.Ж.[1], Хаиров К.Э.[2], Байгиреев Р.М.[1], Хамитов М.К.[3], Шиланбаев Н.Р.[2]
Многопрофильная городская детская больница г. Астана. Казахстан
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК» г. Алматы. Казахстан
НАО "Медицинский Университет Астана" г. Астана. Казахстан

Актуальность. Ахалазия пищевода — заболевание, при котором имеется дефицит нейронов в ганглиях интрамурального (ауэрбаховского) сплетения кардиальной части пищевода, что ведет к нарушению рефлекторного раскрытия кардиального отверстия при глотании, развитию спазма, расширению пищевода выше спазмированного его участка, нарушению перистальтики и эвакуации пищи в желудок, прогрессирующему снижению тонуса тубулярного отдела пищевода.

Его частота возникновения в США и Европе составляет от 0,4 до 0,5 на 100 000 человек в год, при этом дети составляют всего 5% от числа пациентов. Тем не менее, воздействие ахалазии на рост и развитие детей является довольно сильным. (Иванцив-Грига И.С. 2016 г.; Khatami S.S., Khandwala F., Shay S.S.. Vaezi M.F. 2005.)

Материал и методы исследования. В работе произведен анализ результатов хирургического лечения ахалазии пищевода у детей. За период с 1994 по 2024 гг. в МГДБ №2 г. Астана и НЦП и ДХ г. Алматы находилось 33 детей с диагнозом ахалазия пищевода.

Ведущими клиническими проявлениями являлись рвота и дисфагия, независимо от возраста пациента у 33 детей (100%). Жалобы на боли за грудиной предъявляли 20 детей (61% больных). Больные плохо переносили задержку пищи, так для облегчения прохождения пищи дети более старшего возраста прибегали к вспомогательным движениям (делали усиленные глотательные движения, запивали еду водой), количество таких детей составило 20 (61%). Отставание в физическом развитии дефицит массы тела, являющиеся результатом нарушений алиментарного характера имелись у всех детей, но в разной степени выраженности, так гипотрофия 1 степени диагностирована у 22 (67%) детей, 2 степени – 11 детей (35%). Ночная регургитация отмечалась у 3-х детей (симптом «мокрой подушки»). По результату анализов крови, анемия 1-2 степени диагностирована у 9-ти детей. У 18 пациентов было выявлены явления затяжных воспалительных изменении со стороны бронхо-легочной системы (продуктивный кашель, бронхиты, затяжные пневмонии, бронхоэктазы). Возраст детей составил от 7 месяцев до 17 лет (средний возраст – 7,7 лет), по половому признаку больных представлен следующим образом: 18 девочек, 15 мальчика.

Всем детям произведено комплексное обследование, включающее: Обзорную рентгенографию грудной клетки, рентгенконтрастное исследование пищевода (эзофагография), эндоскопическое исследование ЖКТ, ультразвуковое исследование, компьютерная томография. При обзорной рентгенографии грудной клетки у 19 детей выявлены картина расширенного средостения и бронхиты, у 17 - пневмонии, аспирационного генеза, у 7 детей диагностированы бронхоэктазы (веретенообразные, цилиндрические).

При проведении эзофагографии отмечались длительная задержка контрастной взвеси над кардией, симптом постепенно суживающегося книзу контура кардиальной части пищевода и внезапное «проваливание» большой порции контраста в полость желудка, характерный симптом «опрокинутой пламени свечи» диагностирована у 100% детей.

На *ультрасонографии пищевода* определяется утолщенность циркулярного мышечного слоя пищевода в нижней ее трети. Толщина мышечного слоя коррелировала со стадией ахалазии и

при II стадии достигала 3-4 мм, при III стадии в большинстве наблюдений отмечалась диффузная гиперэхогенность мышечного слоя в месте сужения, как признак развития соединительной ткани и рубцового изменения мышечного слоя.

Во время эндоскопического исследования обращали внимание на степень дилатации и девиации просвета пищевода, наличие в нем остатков пищи, принятой накануне, жидкости, слизи. Анализируя результаты исследуемых пациентов: воспалительные изменения со стороны пищевода в виде катаральных изменений у выявлено у 16 пациентов; фибринозно-эррозивного эзофагит – 4 детей; эрозивно-язвенный эзофагит у 2 больных. Данные компьютерной томографии органов грудной клетки позволили определить степень дилатации пищевода, исключить объемные образования грудной полости, сдавливающие просвет пищевода, характер и тяжесть воспалительных изменений бронхо-легочной системы.

Результаты исследования и их обсуждение. Все обследованные нами 23 больных, после установления диагноза подверглись хирургическому лечению, из которых: 6-ти выполнена кардиомиотомия по Heller в сочетании с зофагофундопликацией по Nissen, 17-ти детям - кардиомиотомия по Heller в сочетании с эзофагофундопликацией по Toupet, при этом 10-ти пациентам операция произведена с использованием лапароскопического метода. Интраоперационное осложнение, а именно перфорация слизистой пищевода во время кардиомиотомии произошло в 4 наблюдениях. Перфорация была ушита лапараскопически интраоперационно. У 2 детей послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационные осложнения отмечались в 2-х случаях: в первом - несостоятельность швов на месте сшивания слизистой оболочки и во втором - серозный перитонит. Им потребовалось проведение повторного вмешательства. При отсутствии повреждения слизистой пищевода, энтеральную нагрузку в виде питья начинали в день операции, а активизировать больных удавалось с первых суток после операции. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У одного ребенка через 2 месяца после операции вновь появились дисфагия и рвота при приеме пищи. Вероятно это было связано с недостаточной мобилизацией мышечного слоя при кардиомиотомии. Проведенное однократное бужирование пищевода по струне проводнику этому пациенту позволило купировать отмеченные симптомы.

Выводы. Как показывают данные мировой литературы и собственные наблюдения, хирургическое лечение ахалазии пищевода у детей оказывает хороший функциональный результат. На данном этапе развития хирургии, широкое распространение получает использование минимально инвазивных методов коррекции. По нашему мнению, которое совпадает с данными ряда авторов, лапароскопическая кардиомиотомия по Heller с фундопликацей по Toupet может считаться операцией выбора при ахалазии пищевода, так как обладает всеми преимуществами использования минимально инвазивных вмешательств и в тоже время имеет такие же результаты, что и открытые операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Отамурадов Ф.А., Рахмонов С.А., Вахидов А.Ш.
Термезкий филиал Ташкентской медицинской академии, г. Термез, Узбекистан

Актуальность. Качество жизни детей с обструктивными уропатиями и прогноз оперативного лечения определяются степенью вовлечения в патологический процесс и характером поражения почек и в немалой степени своевременностью диагностики патологии. В повседневной клинической практике актуальным остается вопрос, почему при одном и том же виде уропатии и одной и той же тактике оперативного лечения детей функция почек после оперативного лечения довольно быстро восстанавливается, а у других больше случаев органов уносящих операций и продолжает прогрессивно снижаться функция почки. Оособую важность приобретает проблема прогнозирования развития патологического процесса, когда функциональные способности почек ещё сохранены, во избежания нежелательных осложнений оперативного лечения

Цель – анализировать результаты поздней диагностики врожденного гидронефроза у детей и провести параллели с послеоперационными результатами.

Материал и методы исследования. В Сур-

хандарьинском областном многопрофильном детском центре было выполнено оперативное лечение 125 детям с врожденными гидронефрозом, в возрасте от 1 до 18 лет. Подавляющее большинство детей были жителями сельской местности 85,6%. Во всех случаях диагноз детям был установлен после манифестации основных клинических симптомов врожденного гидронефроза, за редким исключением, когда патология установлена случайно во время профилактического осмотра в школе или амбуаторного обследования по месту жительства. В плане обследования всем больным проведены клинико-биохимические анализы крови, мочи, УЗИ, рентгенпланиметрического и допплерографического исследования мочевыводящих путей.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследований правосторонний гидронефроз установлен у —36%- 45 пациентов, левосторонний у 57,6% -72; двусторонний у 6,4%-8. Все больные оперированы, выполнена операция – пиелопластика. Интероперационно в 18,4% случаях (23 пациента) мы были выполнили – нефрэктомию, причины нефункционирующая почка «немая-почка». Возраст больных, которым была выполнена нефроэктомия 82,6% случаях, на момент установления диагноза был старше 3-х лет. При изучении биопсий почек у детей с врожденными обструктивными уропатиями отмечены необратимые тубулоинтерстициальные повреждения. Данные гистологических исследований позволяют говорить о прогрессирующем характере необратимых патоморфологических изменений почечной паренхимы, а также возникших вследствие нарушения формирования части нефронов в эмбриогенезе, что ещё раз подтверждает несвоевременность диагностики гидронефроза в конкретных случаях.

Выводы. Таким образом, морфологическая изменения в биоптатах почек при врожденных обструктивных уропатиях у детей позволяет сделать в ряде случаев заключение о глубине дооперационных структурных нарушений в почечной ткани.

Несвоевременность диагностики патологии, не позволяет добиться желаемого успеха проведенного хирургического лечения и прогнозировать течение послеоперационного периода.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Отамурадов Ф.А., Вахидов А.Ш., Жонкобилов Х.Н.
Термезкий филиал Ташкентской медицинской академии. Термез, Узбекистан.

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении и профилактике эхинококкоза печени, следует отметить, что во все времена особый интерес у исследователей вызывают осложненные формы эхинококкоза печени. Эта стадия является периодом наиболее яркого клинического проявления болезни, поэтому среди госпитализируемых по обращаемости превалируют больные именно с этой стадией болезни. От 37% до 86% больных поступают в стационар в стадии клинических осложнений паразитарного заболевания.

Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ и МРТ) позволило существенно улучшить раннюю диагностику эхинококкоза печени и ее осложнений.

Цель исследования: предварительные результаты лапароскопической эхинококкэктомии печени при осложненном эхинококкоза печени у детей.

Материал и методы исследования. Лапароскопические эхинококкэктомии по поводу осложненной эхинококковой болезни печени (ЭБП) в Сурхандарьинской областной детской многопрофильной клинике в период с 2010 по 2023гг., выполнена нами у 42 больных, в возрасте от 6 до 18 лет, мальчиков было 24 (57,1%), девочек 18 (42,9%).

Алгоритм диагностики включал в себя клинико-лабораторные обследования, УЗИ печени и органов брюшной полости, рентгенографию грудной клетки, КТ, МСКТ. Данный комплекс обследований позволял получить точную сегментарную локализацию ЭК, её размеры, количество и признаки осложнения, такие как; нагноение кисты, связь и прорыв кисты с желчными протоками в билиарную систему, перфорация и прорыв в свободную брюшную полость. Полученная в полном объеме информация позволяла решать тактические вопросы предстоящего хирургического вмешательства.

Анализ характера осложнений эхинококкоза печени свидетельствовал, что нагноившиеся ЭК печени были одним из самых частых осложнений в 66,6% (28) случаях, у 30,2% больных установлена перфорация содержимого кисты в свободную

брюшную полость, прорыв в желчные протоки - у 2,4%. Солитарные ЭК установлены у 69% -29 больных, множественный эхинококкоз печени установлен у 31%-13 пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Нагноение содержимого паразитарной кисты — это наиболее часто встречающееся осложнение. Под нашим наблюдением находилось 27 (69,2) больных с нагноением ЭК, которые поступили с яркой клинической картиной гнойной интоксикации. Наиболее ранним и частым признаком осложненного эхинококкоза является абдоминальный болевой синдром.

Асимметрия живота наблюдалась у 18 (42,8%) больных за счет увеличения правой половины возникала в результате длительно растущих и достигших больших размеров кист. У больных с напряженной ЭК при пальпации живота в эпигастральной области или в правом подреберье определяли увеличенную печень или наличие опухолевидного образования с гладкой поверхностью. Слабость, недомогание, потливость наблюдалась у 83,3% пациентов. Диспепсические явления имели место у 28,5%, лихорадка - у 57,1%, крапивница - у 30,9% больных – с перфорацией ЭК. Перфорацию ЭК с истечением содержимого кисты в свободную брюшную полость наблюдали в 30,1% осложненных случаев, клиника которой характеризовалась признаками анафилактической реакции и перитонита. Основным этиологическим фактором перфорации и прорыва содержимого ЭК в брюшную полость были – падение с высоты или на величину роста, а также травма или удар в переднюю брюшную стенку. Сроки поступления больных в стационар составили 6,5±3,5 часов от момента появления первых клинических симптомов перитонита. При осмотре, кроме тяжелого состояния больных и характерных перитонеальных симптомов, обращало на себя внимание появление крапивницы в виде полиморфной сыпи на лице, туловище и конечностях. В анализах крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз в пределах 16,6±0,6х10^9/л, эозинофилия до 9,2±0,8%. УЗИ позволило не только выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, но и установить причину перитонита – наличие кистозных образований в печени. Экстренная предоперационная подготовка была направлена на коррекцию нарушений гомеостаза и включала в себя дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и противошоковую терапию.

Осложнение ЭК прорывом содержимого в желчные протоки имело место у одного больного. Прорыв ЭК, в желчевыводящие пути характеризовался наличием болевого синдрома, явлениями выраженного токсикоза, сенсибилизации организма из-за усиленного всасывания паразитарной жидкости и признаками холангита.

Оперативное лечение во всех случаях начинали с диагностической лапароскопии. После установления лапароскопической оптики выполнялась ревизия брюшной полости, устанавливали степень распространенности процесса, намечалась интраоперационная тактика. Большинство ЭК при лапароскопической ревизии печени визуально хорошо дифференцировались и выглядели в виде округлых белесоватых образований, выступающих над поверхностью органа. На диагностическом этапе визуально определяли локализацию кист, затем устанавливали дополнительные рабочие троакары, точки введения, которых зависели от расположения ЭК.

При нагноившихся ЭК (практически во всех случаях) во время лапароскопии в брюшной полости визуализировался мутный выпот, а при перфорации кисты - с обрывками хитиновой оболочки. После введения дополнительного троакара выполнялась ревизия брюшной полости, устанавливалась причина и степень распространенности процесса. Скопившийся выпот, фрагменты хитиновой оболочки эвакуировали электроотсосом, брюшную полость санировали антисептическими растворами (озонированная вода, декосан, 10%-бетадин в соотношении 1:20 с 0,9% физ раствором до «чистых вод». Затем после биполярной коагуляции производилось широкое рассечение фиброзной оболочки вскрывшейся кисты, аспирация остаточной жидкости и остатков хитиновой о болочки путем вакуум-экстракции, затем выполняли антипаразитарную обработку внутренней поверхности фиброзной капсулы 80-100% раствором глицерина, 3% раствором перекись водорода, 96^0 спиртом, с последующим дренированием ОП печени и брюшной полости.

Выявленные мелкие цистобилиарные свищи, эндохирургически ушивались, или коагулировались биполярным коагулятором.

Таким образом лапароскопическая эхинококкоэктомия печени при осложнении кисты нагноением, прорывом в брюшную полость позволила получить достаточно обнадеживающие результаты. В послеоперационном периоде обезболивание ненаркотическими анальгетиками проводилось в течение суток, больные активизировались на 1–2-

и сутки, в большинстве, случаев 27 (64,3%) дети были выписаны на 7–10-е сутки после операции.

Выводы. Безусловно, лапароскопическая эхинококкэктомия технически менее травматичная операция, интраоперационных осложнений, угрожающих жизни больного не было.

Осложнение ЭК нагноением, перфорацией и перитонитом при эхинококковой болезни печени у детей является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии.

Лапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей должна быть приоритетной и методом выбора, она позволяет получить выраженный клинико-экономический эффект, при этом значительно сокращаются сроки стационарного и амбулаторного лечения больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

Полухов Р.Ш., Джанбахышов Т.Г., Халилов Н.Дж., Алшанов Х.Ф.
Азербайджанский медицинский университет. г.Баку, Азербайджан.

У беременных гастрошизисом (ГШ) плода, сроки родоразрешения остается дискутабельными. Некоторые авторы утверждают, что чем позже происходят роды, тем более выражены патологические изменения кишечника при длительной его пребывании в амниотической жидкости. Ряд авторов не отмечают снижения летальности при досрочном родоразрешении. В связи с этим особый интерес представляет реализация идеи продления сроки беременности за счет снижения агрессивного воздействия околоплодных вод.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения путем замены околоплодных вод с учетом прогностического ухудшения показателей плода в динамике у беременных с выявленным у плода ГШ.

Материал и методы исследования. В Учебно хирургической клинику Азербайджанского медицинского университета в 2014-2024 годах обратились 24 беременные женщины с ГШ у плода. Беременные были проконсультированы с участием гинекологов, детских хирургов и неонатологов и, поскольку серьезных сопуствующих пороков развития у плодов не обнаружено, было рекомендовано продолжение беременности под наблюдением гинеколога. Учитывая утолщение кишечной стенки и нарастание отеков у 14 плодов при ультразвуковом исследовании, было принято решение о замене околоплодных вод. У 10 плодов, поскольку не было прогностического ухудшения в динамике, беременность была сохранена без вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. С учетом изменений, эвентерированных органах плода, беременность была сохранена до 37-40 недель путем смены околоплодных вод 3-5 раз в динамике у 14 беременных. При замещении околоплодных вод ни у одного из новорожденных изменений кишечной стенки не зафиксировано.

После непродолжительной подготовки неонатологами на операционном столе, все новорожденные были прооперированы. В послеоперационном периоде осложнений не зарегистрировано, все новорожденные выписаны домой с выздоровлением.

Заключение. Учитывая изменения кишечной стенки, замещение околоплодных вод в антенатальном периоде может быть использовано как один из методов выбора, поскольку позволяет продлить срок беременности и улучшить результаты хирургического лечения ГШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш., Магамедов В.А., Мусаева К.Б., Мустафаева Г.И.
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан.

В последние годы начали изучать качество жизни пациентов с различными заболеваниями. Эффективность лечения и реабилитации в различных областях медицины оценивается на основе качества жизни. С этой точки зрения особенно важно изучить жизнедеятельность при оценке результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга.

Цель исследования. Оценить качество жизни больных с болезнью Гиршпрунга оперированных с различными методами.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 122 детей оперирo-

ванных по поводу болезни Гиршпрунга. Больные были подразделены на 4 группы: I группа – 44 (36,06%) больным проводилась операции Duhamel-Martin; IIгруппа – 14 (11,48%) больным проводилась операции Soave-Boley; IIIгруппа –26 (21,31%) больным осуществлялась трансанальная эндоректальная резекция; IV группа – 38 (31,15%) больным проводились операции Soave-Georgeson лапароскопическим путем. Сравнительно оценено результатов непосредственно и через год после операции. Для оценки качества жизни после операции применялся визуальный опросник Peds QLtm 4.0

Результаты исследования и их обсуждение. Было отмечено значительное уменьшение продолжительности операции, анестезии и послеоперационное обезболивание в I и II группах по отношению к группам III и IV. Было отмечено снижение послеоперационной койки дней по сравнению с I группой в III группе 1.5 раза ($p<0,05$), в IVгруппе – 1,7 раза по сравнению с I группой ($p<0,05$),; по сравнению со IIгруппой в III группе – 1.3 раза ($p<0,05$),, в IV группе по сравнению со II группой – 1,4 раза ($p<0,05$). А это в свою очередь привел к резкому снижению общих койки дней в III и IV группах по сравнению с I и II группами ($p<0,01$).

Через год после операции наблюдалось повышение качества жизни во всех группах ($p<0,05$),. В отличие от групп III и IV отмечалось достоверно значимое повышение прказателей жизнедеятельности в группах I и II ($p<0,05$).

При оценке функциональных результатов у больных через год после операции были получены удовлетворительные результаты в I группе у 20 (45,46%), во II группе 7 (50%), в III группе 15 (57,69%), в IV группе 29 (76,32%). Неудовлетворительные результаты отмечались в I группе у 6 (13,64%) больных, во II группе у 2 (14,29%) больных и в III группе у 2 (7,69%), в IV группе - 0 (0%).

Выводы.

1. Качество жизни пациентов с болезнью Гиршпрунга после операций трансанальной эндоректальной резекции и лапароскопической Soave-Georgeson было выше, чем после операций Duhamel-Martin и Soave-Boley ($p<0,05$).

2. При равном улучшении качества жизни после операции трансанальной эндоректальной резекции и лапароскопической операции Soave-Georgeson, последняя операция предпочтительна в силу хорошего регулирования акта дефекации пациентами (число дефекаций не более 1-2 раза в сутки, отсутствие коломазания) (0% отрицательных результатов против 7,69%).

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Полухова А.А., Панахова Н.Ф., Гаджиева А.С., Адилова А.И.
НИИ Педиатрии им. К. Фараджевой

Актуальность. Острое повреждение почек является глобальной проблемой клинической медицины, находится на стыке детской нефрологии, неонатологии и акушерства; ее насущность связана с высокой частотой развития данной патологии, многообразием причинных факторов, особенностями течения, значительными нарушениями функции почек в последующие периоды жизни.

Цель исследования. Оценить роль неблагоприятных факторов на риск развития острого повреждения почек у маловесных новорожденных детей.

Материал и методы исследования. В качестве факторов риска приняты: неблагоприятный акушерский анамнез (n=65), преэклампсия (n=38), анемия во время настоящей беременности (n=155), угроза прерывания беременности (n=73). Соответственно факторам риска сформированы 4 основные группы. Маловесные новорожденные, подверженные антенатальной гипоксии без указанных факторов риска в анамнезе составили группу сравнения. 50 условно-здоровых маловесных новорожденных вошли в контрольную группу. Для оценки повреждения почек в образцах мочи новорожденных на 1-3 и 7-10 сутки жизни методом иммуноферментного анализа определяли уровень молекулы повреждения почек – МПП-1. Статистическая обработка данных проведена с использованием Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. У новорожденных, родившихся у матерей с отягощенным акушерским анамнезом уровень МПП1 хотя и проявлял повышенную активность к концу 1-ой недели жизни (1,25 нг/мл), достоверной

разницы по отношению к группе сравнения не выявлено (p=0,62). У новорожденных от матерей с анемией высокий уровень МПП-1 (1,97 нг/мл) по сравнению с контрольной группой (0,33 нг/мл) и группой сравнения (1,17 нг/мл) выявлен с первых суток жизни с достоверностью разницы по сравнению с контрольной группой (p<0,005). Одинаковая закономерность установлена и у новорожденных от матерей с преэклампсией, однако уровень этого маркера в группе новорожденных от матерей с преэклампсией остается высоким до конца раннего неонатального периода (1,27 нг/мл) с достоверной разницей не только по отношению к здоровым новорожденным (0,24 нг/мл), но и по отношению к группе сравнения (0,49 нг/мл, p<0,001). У новорожденных от матерей с угрозой прерывания беременности, также происходит нарастание повреждения тубулярного аппарата почек и уровень изучаемого маркера (1,8 нг/мл) достоверно отличается от показателей как контрольной (0,24 нг/мл, p<0,005), так и группы сравнения (0,86, p<0,005).

Заключение. Высокие значения маркера повреждения тубулярного аппарата почек, демонстрируют наибольшую чувствительность этого органа новорожденных при преэклампсии, анемии и угрозе прерывания беременности, что следует учитывать клиницистам при работе с данным контингентом новорожденных детей. Правильно выбранная врачебная тактика у новорожденных детей с высоким риском острого повреждения почек определяет благоприятный прогноз в случае значительной морфофункциональной незрелости при рождении.

ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Раупов Ф.С.,[1]Восиев Ж.Ж.,[2]Аслонов А.А.
Бухарский государственный медицинский институт.[1] Бухара, Узбекистан
Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр.[2]Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения врожденных патологий органов брюшной полости у новорожденных.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы составляет данные обследования и лечения 46 больных с врожденной патологий органов брюшной полости у новорожденных, получившие хирургическое лечения в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра, являющегося клинической базой кафедры «Детской хирургии» Бухарского государственного медицинского института за период 2021 – 2023 гг. Для обследования и лечения данной категории больных использована комплекс лечебно-диагностических процедур, принимаемой в неонатальной хирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. Многообразие патоморфологических вариантов пороков развития кишечной трубки обусловливает сложности в выборе не только хирургической тактики лечения того или иного вида врожденной патологии, но и самой техники оперативного вмешательства. Всем больным оперативное вмешательство осуществлялось после предоперационной подготовки, длительность и характер которой определялись в зависимости от вида порока, срока поступления, наличия осложнений, тяжести состояния ребенка и дефицита массытела.

На основание клинико - лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 26 (22,0%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 33 (28,0%) больных и в 17-х (14,5%) случаях отмечено летальность. Врожденный пилоростеноз, проявляющим ярким рвотным синдром, диагностировано у 29 (24,7%) прооперированных новорожденных, диафрагмальная грыжа установлена у 6 (5,1%) случаев, из них в двух (1,7%) случаях произошло exitus letalis. Язвенно-некротизирующий энтероколит (ЯНЭК) осложнившиеся перитонитом диагностировано у 6 (5,1%) новорожденного, при этом в 3-х (2,5%) случаях спасти жизнь этой категории новорожденных больных не удалось. Омфалоцеле малых и средных размеров проперирована в 5 (4,2%) случаях, в одном (0,8%) случае исход операции была неудачным. Спаечная кишечная непроходимость как послеоперационное осложнения диагностировали у 4 (3,4%) проперированных новорожденных. Киста брюшной полости и гастрошизис выялена в 3-х (2,5%) случаях, соответственно, киста яичника диагностирована в 2-х (1,7%) случаях.Синдром Ледда

диагностировали 12 (10,2%) случаях, которые прооперированы судачным исходом. Мембранозная формаатрезии 12-перстной кишки обнаружено у 3-х (2,5%) больных, которым произвелидуоденотомию с циркулярноймембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 4-х (3,4%) случаях, так как операцией выбора в этихслучаях является наложениефизиологического дуоденодуоденоанастомоза, которого удалосьосуществит в 2-х – (1,7%) случаях судачным исходом. В остальных 2-х (4,3%)случаях диастаз между сегментами былзначительный и не позволял сопоставитьприводящие и отводящие петли, и у данныхбольных выполнен обходной дуодено-еюноанастомоз. К сожалению, оба случаяоказались неудачными. Интересным был фактустановления мембранозной формы удвоенияжелудка в 2-х (1,7%) случаях, которая далаклинику высокой кишечной непроходимости, для устранения которого пришлось выполнить операцию – гастеротомия, циркулярная мембронотомия с последующей гастропластикой. Гиперфиксация и перегиб начального отдела тощей кишки в области «Трейцовой» связки устранили путем разъединения врожденных спаек. В 5 (4,2%) случаях, у новорожденных с клиникой ВКН интраоперационно обнаружено острая форма врожденного пилоростеноза, которым пришлось осуществить надслизистую пилоромиотомию по Фред-Рамштедда с благоприятным исходом. Кроме того, в плановом порядке врожденный пилеростеноз диагностировано у 29 (24,5%) новорожденных с удовлетворительным результатом.

С клиникой низкой кишечной непроходимостью (НКН) диагностировано 33 (28,0%) случаев, у 13 (11,1%) случаях исход ихнего лечения был неудачным. У4-х (3,4%) больных с НКН причиной обструкции была спайки на фоне перенесенного язвенно-некротического энтероколита, а у одногобольного прооперировали с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого былтотальный аганглиоз толстой кишки (болезнь Зульцера-Вильсона), после резекции толстойкишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита.

Вывод. Таким образом, у новорожденных наиболее частой причиной к лапаротомии являются врожденная кишечная непроходимость.Наиболее частыми осложнениями операций в брюшной полости у новорожденных являются перитонит и спаечная болезнь. Своевременная доставка новорождённых с подозрением на хирургическую патологию в специализированные медицинское учреждение положительно влияют на исход лечения.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Набиева Ш.З., Шоназаров А.Т., Абдурахимов И.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».
ГЦБ г. Турсунзаде

Цель исследования. Улучшить методы оценки анестезиолого-реанимационного риска в предоперационном периоде, оптимизировать анестезиологическое пособие у новорожденных с врожденными пороками развития.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 103 новорожденных в 1-3 сутки от момента рождения, поступивших в отделение детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского центра РТ для хирургической коррекции имеющегося порока, в период с 2018 по 2021 годы. Новорожденные поступили с атрезией пищевода, свищевая форма 23 (22,3%), эмбриональной пуповинной грыжей 31 (30,0%), Болезнь Гиршпрунга 17 (16,5%), атрезией анального отверстия 32 (31,0%). С момента поступления проводилась диагностика тяжести состояния больных по разработанной программе, включающей сроки гестации (в нед.), возраст при поступлении (час), длительность оперативного вмешательства (мин.), сроки пребывания новорожденного в стационаре. Успех лечения, как и в другой возрастной группе, определяется адекватной оценкой тяжести состояния ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение. Проводимые исследования основывались на неинвазивном мониторинге, которые давали возможность выявить имеющиеся отклонения со стороны органов и систем организма, а также динамику восстановления их в процессе предоперационной подготовки. Основной целью неинвазивного

мониторинга являлось выявление циркуляторного дефицита и нарушения тканевой перфузии. Достоверность в оценке тяжести гемодинамики получали посредством определения сердечного выброса, минутного объема кровообращения и общего периферического сопротивления сосудов, центрального венозного давления аппаратом Вальдмана. ЧСС превышала возрастную норму, зависела от степени тяжести состояния, дегидратации. Уровень артериального давления снижался только у больных, находящихся в критическом состоянии.

Другим по важности симптомокомплексом в оценке тяжести состояния новорожденных была оценка функции дыхания и кислородного обеспечения тканей. Обычная пульсоксиметрия с измерением SpO2 у многих новорожденных была достаточной для решения вопроса начала их респираторной поддержки. Совокупность полученных результатов позволяла более точно определить тяжесть состояния новорожденного ребенка, её динамику при предоперационной подготовке.

При ургентной патологии и тяжелом состоянии больного длительность предоперационной подготовки мы не превышали более 2-6 часов. В остальных случаях она определялась тяжестью состояния, выраженностью дегидратации, и составляла от 12 часов до 2 суток. Немаловажное значение имеет адекватный выбор анестезиологического пособия при оперативном вмешательстве радикального характера. У наблюдаемых нами новорожденных мы применяли следующие варианты комбинированной анестезии с респираторной интраоперационной поддержкой (ИВЛ): по системе Эйра, с подачей увлажненного кислорода: центральная анальгезия внутривенно-капельным введением промедола, перидуральной анальгезия. На выбор метода проводимого обезболивания влияли следующие факторы:

– возраст младенца и его масса тела;

– степень тяжести состояния;

– экстренность вмешательства;

– вид порока развития и уровень оперативного вмешательства;

– объем оперативного вмешательства.

За последние 5 лет количество детей, поступивших в хирургическое отделение НМЦ РТ стабилизировалась на уровне 45 ± 5 новорожденных. В 2021 году эта цифра составила 44 ребенка, из которых 3% детей были недоношенные, 65% имели сопутствующую перинатальную патологию. Ургентных ситуаций в данном спектре поступающей патологии не было, все дети оперировались через 24-48 часов предоперационной подготовки. Ёе продолжительность позволяла восстановить гемодинамику, провести коррекцию водно-электролитных нарушений. В 31% случаев это осуществлялось на фоне механической вентиляции легких, а в 57% детей были предварительно интубированы. Стабилизация показателей артериального давления, газов крови и восполнение водно-электролитного баланса, при отсутствии патологии в люмбо-сакральной области, позволили нам выбрать регионарную методику, как базисную, в той комбинированной анестезии с ИВЛ, которая проводилась новорожденным: продленная перидуральная (11 больным) и центральная анальгезия внутривенно-капельным введением промедола (72 больным). Предпочтение отдавалось каудальному доступу с последующей катетеризацией перидурального пространства и установкой конца рентгеноконтрастного катетера на необходимом уровне выполнения оперативного вмешательства. Преимуществами данной методики анестезии перед другими методами обезболивания у данной возрастной категории являются:

–адекватная интраоперационная анестезия и анальгезия;

– возможность проведения послеоперационной анальгезии;

– отсутствие влияния на адаптацию ребенка к внеутробной жизни; возможно быстрое восстановление самостоятельного дыхания;

Выводы. Таким образом, перед выполнением оперативного вмешательства у новорожденных необходимо выполнить поэтапную подготовку новорожденного: диагностика тяжести состояния, выбор объема и длительность предоперационной подготовки, выбор метода анестезии. Регионарные методы анальгезии, в ряде случаев, имеют предпочтение при оперативном лечении новорожденных.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Рахматова Р.А., Косимова Ф.С., Набиева Ш.З., Шоназаров А.Т., Абдурахимов И.
Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Разработать и внедрить улучшенные методы оценки анестезиологического и реанимационного риска в предоперационном периоде для новорожденных с врожденными пороками развития.

Материал и методы исследования. В рамках данного исследования было проведено обследование 103 новорождённых на 1-3 сутки жизни, которые были госпитализированы в отделение детской анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ. Все пациенты были направлены для хирургической коррекции врождённых пороков в период с 2018 по 2021 год. Структура пороков развития представлена следующим образом: атрезия пищевода со свищём — 23 новорождённых (22,3%), эмбриональная пупочная грыжа — 31 ребёнок (30,0%), болезнь Гиршпрунга — 17 детей (16,5%), атрезия анального отверстия — 32 новорождённых (31,0%).

Для каждого пациента была разработана комплексная программа диагностики, включающая оценку срока гестации, возраста ребёнка на момент поступления, продолжительности хирургического вмешательства и длительности пребывания в стационаре.

Результаты исследования и их обсуждение. В рамках проведенного исследования, основанного на принципах неинвазивного мониторинга, были выявлены ключевые патофизиологические отклонения в системах организма новорожденных, а также оценена динамика их восстановления во время предоперационной подготовки. Центральным элементом мониторинга было раннее обнаружение циркуляторного дефицита и нарушений тканевой перфузии, критически важных для оптимизации периоперативного ведения. Методика включала оценку гемодинамической стабильности через анализ сердечного выброса, минутного объема кровообращения, и общего периферического сопротивления с использованием аппаратуры Вальдмана. Ключевые показатели, такие как центральное венозное давление и сердечно-сосудистая система, демонстрировали прямую корреляцию с тяжестью клинического состояния и степенью дегидратации. Важнейшей задачей было определение функциональности дыхательной системы и адекватности кислородного обеспечения тканей. Использование пульсоксиметрии для измерения уровней насыщения кислорода (SpO2) позволило своевременно инициировать респираторную поддержку, что стало залогом успешного управления состоянием пациентов.

В случаях ургентной патологии или при критическом состоянии пациентов длительность предоперационной подготовки не превышала 2-6 часов. В других случаях, продолжительность подготовки варьировалась от 12 часов до 2 суток, в зависимости от тяжести состояния и выраженности дегидратации.

Выбор анестезиологического пособия был основан на комплексном подходе к каждому случаю. Комбинированная анестезия, включая интраоперационную вентиляцию легких (ИВЛ) по системе Эйра и применение увлажненного кислорода, была адаптирована под индивидуальные нужды пациентов. Варианты анестезии варьировались от центральной анальгезии до перидуральной, с особым вниманием к возрасту младенца, степени тяжести его состояния, срочности операции, а также характеру и объему хирургического вмешательства.

За последние пять лет количество детей, поступивших в хирургическое отделение, стабилизировалось на уровне 45±5 новорожденных ежегодно. В 2021 году из 44 обследованных детей, 3% были недоношенными, тогда как 65% имели сопутствующие перинатальные патологии. Все операции проводились после 24-48 часов предоперационной подготовки, что позволяло эффективно корректировать гемодинамические и электролитные нарушения, часто на фоне механической вентиляции.

Ёе продолжительность позволяла восстановить гемодинамику, провести коррекцию водно-электролитных нарушений. В 31% случаев это осуществлялось на фоне механической вентиляции легких, а в 57% детей были предварительно интубированы. Стабилизация показателей артериального давления, газов крови и восполнение водно-электролитного баланса, при отсутствии патологии в люмбо-сакральной области, позволили

нам выбрать регионарную методику, как базисную, в той комбинированной анестезии с ИВЛ, которая проводилась новорожденным: продленная перидуральная (11 больным) и центральная анальгезия внутривенно-капельным введением промедола (72 больным). Предпочтение отдавалось каудальному доступу с последующей катетеризацией перидурального пространства и установкой конца рентгеноконтрастного катетера на необходимом уровне выполнения оперативного вмешательства. Преимуществами данной методики анестезии перед другими методами обезболивания у данной возрастной категории являются:

– адекватная интраоперационная анестезия и анальгезия;

– возможность проведения послеоперационной анальгезии;

– отсутствие влияния на адаптацию ребенка к внеутробной жизни; возможно быстрое восстановление самостоятельного дыхания;

Выводы. Таким образом, перед выполнением оперативного вмешательства у новорожденных необходимо выполнить поэтапную подготовку новорожденного: диагностика тяжести состояния, выбор объема и длительность предоперационной подготовки, выбор метода анестезии. Регионарные методы анальгезии, в ряде случаев, имеют предпочтение при оперативном лечении новорожденных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев Т.Х., Гуриев Х.Дж., Манонов Н.А., Шарипов П.Ш., Джайчиев М.А.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения врожденного пилоростеноза (ВП).

Материал и методы исследования. Исследования проводились в клинике детской хирургии ГОУ, ТГМУ им.Абуали ибни Сино; ГУ НМЦ РТ про «Шиобахш» в отделении хирургии новорожденных и детей грудного возраста. Нами проанализировано 58 историй болезни новорожденных и детей грудного возраста, находившихся в данных отделениях за последние 2 – года, среди них мальчиков - 50 (86.3%), девочек – 8 (13,7%)**.**

Всем больным проведены клинико-лабораторные методы, УЗИ и ФЭГДС. В последние годы нами широко применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка, как современный и информативный метод. Оно позволяет видеть пилорическую оливу в продольном срезе, определить характер перистальтики желудка и наблюдать продвижение желудочного содержимого через суженный пилорический канал. При гипертрофическом пилоростенозе натощак в желудке обнаруживается большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, «перетягивающая». Пилорический канал при прохождении перистальтической волны не раскрывается. Длина канала составляет в среднем 21 мм (от 18-25мм), наружный диаметр привратника 14 мм (от 11 до 16 мм). Циркулярная мышца представлена на продольном разрезе двумя параллельными гипоэхогенными полосками между которыми располагается эхогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоэхогенного кольца вокруг эхогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3-6 мм).

УЗИ как приоритетный метод почти полностью вытеснил рентгеноконтрастное исследование из плана обследования детей с подозрением на ВП. Эндоскопическое исследование (ФГЭДС), которое дает представление о состоянии слизистой оболочки пищевода, желудка и пилорического канала при котором у детей наряду с пилоростенозом обнаруживаются признаки рефлюкс-эзофагита.

Результаты исследование и их обсуждение. При поступлении детей с ВП хирургический стационар у 23(39,6%) больных отмечалась гипотрофия I степени, у 28 (48,2%) гипотрофия II степени, у 4 (6,9%)-гипотрофия III степени и у 3 (5,1%) токсикодистрофические состояния.

При наличии тяжелого соматоневрологического статуса и типичной клиники ВП диагноз установлен на основании анамнеза, жалоб, клиники, обзорной рентгенограммы, УЗИ, ФЭГДС. В проведении рентгенконтрастного исследования не было необходимости. На обзорном снимке в брюшной полости в вертикальном положении больного обнаруживали большой газовый пузырь и уровень жидкости в растянутом желудке. В петлях кишечника газа мало или он отсутствует.

Классическая пилоромиотамия по Фреде- Ромштед проведена у 38 (65%) больных, а лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде- Рамштедту - у 20 (34%) больных. Всем больным, которых оперировали традиционным методом, послеоперационный период прошёл намного тяжелей, через сутки начали кормить, имелся длительный болевой синдром и наличествовал послеоперационный шрам.

У больных, которых прооперировали лапароскопическим способом по Фреде-Рамштедту, послеоперационный период прошёл намного легче, после 6-8 часов начали кормление, болевой синдром и послеоперационный шрам не отмечался.

Выводы. Методы ультразвуковой диагностики являются высокоинформативными и малоинвазивными для установления диагноза пилоростеноза. Лечение детей с ВП должно проводиться в хирургических центрах. Лапароскопическая пилоромиотамия по Фреде - Рамштедту позволяет наиболее безопасно и с наименьшей травмой у детей, значительно улучшить результаты лечения, сокращая сроки и снижается осложнения, имеется хороший косметический эффект и этот вид оперативного метода должен стать альтернативным методом лечения больных врождённом пилоростенозом.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕДКОМ ВАРИАНТЕ АНОМАЛИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ – «РЕКТАЛЬНОМ МЕШКЕ»

Рахмонов Ш.Дж., Шерназаров И.Б., Бобоев.Т.Х., Шарипов П.Ш., Гуриев Х.Дж., Джайчиев М.А. Сатторов А.М.

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Диагностика и улучшение хирургического лечения врожденной аномалии толстой кишки.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет на кафедре детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» проходили лечение 124 новорожденных и детей грудного возраста с АРМ (аноректальной мальформацией), у 5 (4,1%) больных диагностирована врожденная мешотчатая толстая кишка: 1 мальчик, 4 девочки.

Больным проводилось комплексное обследование, включающее сбор жалоб со слов матери, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, а также лучевые методы диагностики: УЗИ внутренних органов; обзорную рентгенографию и рентгенографию по методу Вангенстину.

Результаты исследования и их обсуждение. РМ - это мешковидное или дивертикулярное расширение укороченной толстой кишки, которое внутри заполнено меконием или фекалиями, при этом расширенный участок без гаустраций, нарушение анатомии толстого кишечника. Отделы толстой кишки не дифференцируются, имеется утолщенные стенки кишечника, которые имеют гипертрофию слизистой оболочки. Отмечается нарушение кровоснабжения толстокишечного мешочка в виде недоразвития. У всех больных отмечено наличие мочеполового свища. В одном случае свищ в мочеполовую систему не отмечали. Всем больным интраоперационно поставлен диагноз - врожденная мешотчатая толстая кишка.

В 4 случаях при контрастном исследовании мочевого пузыря - контраст попадает в полость мешотчатой толстой кишки.

В литературе о тактике хирургической коррекции при РМ нет единого мнения. Во всех наших наблюдениях первичные операции были завершены наложением стомы: у одного больного наложение стомы на кистозное расширение в области сигмовидной кишки наподобие марсупиализации кисты; у остальных больных без резекции кистозно расширенного участка с наложением энтеростомы и дренированием мешотчатой толстой кишки. На первом этапе произвели паллиативную операцию для нормализации пассажа кишечника и разработку дальнейшей хирургической тактики. После опорожнения мешкообразной толстой кишки планировали реконструктивную операцию (резекция кистозно расширенного мешка с низведением или типированием, колоанальная пластика из мешкообразный толстой кишки для низведения в промежность).

Следует отметить, что ректальный мешок имеет округлую форму, края истончены стенки мешка неподвижные из - за воспалительных изменений, которые усугубляют технику операции.

Целесообразно на первом этапе провести декомпрессию мешка с одномоментным наложением

колостомы или энтеростомы. Всегда при адекватном дренировании ректального мешка на фоне энтеростомии, состояние больных улучшается. В одном случае из 5 больных произведена ликвидация ректального мешка с последующим низведением подвижного печеночного угла толстой кишки наподобие низведения с созданием колоанального анастомоза. На втором этапе подготовка к плановой операции брюшно-промежностной проктопластике по Рамуалди.

Выводы. Для РМ характерны специфические особенности, которые способствуют появлению признаков низкой кишечной непроходимости. При атрезии прямой кишки наличие раздутой кишки с уровнем жидкости, занимающей большой объем в брюшной полости, на рентгенограмме являются характерными признаками РМ, при котором требуется проведение целенаправленных дооперационных исследований. Хирургическая коррекция должна проводиться в специальных отделениях, которые занимаются тяжелыми формами аноректальных мальформаций.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАЛИЗ-ЗАВИСИМОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ СИНДРОМЕ ЛИЗИСА ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Розенгард С.А., Веденин Я.О., Глущенко В.А.
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Частота развития синдрома острого лизиса опухоли (СОЛО) при остром лейкозе составляет от 5 до 23%. Выраженное бластное пропитывание органов и тканей требует экстренного проведения химиотерапии. Это сопряжено с опасностью массивного эндотоксикоза, обусловленного поступлением в кровь продуктов распада опухолевых клеток с развитием гиперкалиемии, гиперфосфатемии, гиперурекемии и острого повреждения почек. По некоторым данным, потребность в диализе при СОЛО составляет порядка 12%. Клиническое наблюдение: Пациент Б., 8 лет. Находился на лечении в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» на отделении детской онкологии. Диагноз: острый лимфобластный лейкоз с поражением переднего средостения, почек. Индукция по протоколу ALL-MB2015. Осложнение: синдром острого лизиса опухоли (27.10.2016). Гемодиализ с 27.10.2016 по 28.10.2016. При поступлении: состояние средней тяжести. В анализах крови: лейкоциты – 46x10^9/л, бласты – 55%, креатинин – 246 мкмоль/л, ЛДГ – 4027 Ед/л, миелограмма – бласты более 90%. По данным КТ: резкое увеличение размеров средостения и почек. Клинически: олигурия (500 мл/сутки). Срочно в профильном отделении начата индукция по протоколу ALL-MB2015. Эндолюмбально введено: метотрексат 12 мг, цитозар 50 мг, преднизолон 10 мг после гипергидратации и инфузии 4% раствора гидрокарбоната натрия. Через пять часов: резкое ухудшение общего состояния – рвота, анурия, спутанность сознания. При поступлении в отделение реанимации: состояние крайне тяжелое. Состояние сознания: кома II. А/д- 50/30 мм.рт.ст. ЧСС – 120 уд/мин. По данным ЭКГ-монитора: резкие нарушения проводимости миокарда левого желудочка. Дыхание частое, поверхностное. ЧД – 34/мин. Сатурация – 82%. В анализе артериальной крови: лактат – 4.0 ммоль/л, pH – 7,1, калий – 10 ммоль/л. Экстренно выполнена интубация трахеи, начата ИВЛ, инотропная поддержка норадреналином. После катетеризации правой бедренной вены 2-хпросветным катетером 9 Fr, начат сеанс высокопоточного продленного гемодиализа (ПВВГ). Скорость кровотока – 80 мл/мин, скорость диализата – 2000 мл/час, скорость ультрафильтрации – 50 мл/час. Продолжительность процедуры 11 часов. Через два часа: улучшение общего состояния, К – 6,0 ммоль/л, стабилизация гемодинамики. К концу процедуры: Калий – 4,0 ммоль/л. Полиурия. Произведена экстубация трахеи на фоне полного восстановления функции внешнего дыхания и сознания. На вторые сутки – переведен в профильное отделение для продолжения противоопухолевого лечения. В дальнейшем – состояние удовлетворительное.

CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BONE INJURIES IN CHILDREN

Rahimova Kh.S.
Department of Pediatric Surgery of Azerbaijan Medical University, Baku
E-mail: doctor_rahimli@mail.ru; ORCID: https://orcid.org/0009-0000-6703-1811

Relevance of the problem. Compared to other bones, traumatic injuries of the scapula in children are rare. That is why we did not find any information about it in the medical literature studied by us. However, our observations show that in children, especially in girls, if the diagnosis and treatment of scapular lesions are not carried out in time, a number of serious problems may arise in the future (constant unpleasant pain in the scrotal region, decreased physical activity, violation of the act of defecation, changes in the psychological state of the child, etc.). All this suggests that timely detection of scapula bone injuries in children and the choice of adequate treatment tactics remain relevant.

Purpose of the work. To develop early diagnosis and treatment tactics of traumatic scapula injury in children taking into account the characteristic clinical and radiologic criteria of age and sex.

Material and methods. Thirty-seven patients aged 7-15 years who were treated with the diagnosis of traumatic scapula injury in the Clinic of the Pediatric Surgery Department of Azerbaijan Medical University for the last 12 years were included in the study. Scrotal injuries were more frequent in girls (28-75.6%) than in boys. Girls aged 11 to 14 years old were more often traumatized (21 - 56.7%). We divided the patients into two groups depending on the time of injury and admission to the hospital. The first group included 22 patients admitted during the acute period of trauma (within 1-5 days), and the second group included 15 patients admitted between 1 month and 3 years after the trauma. When establishing the diagnosis, comprehensive anamnesis, X-ray, CT and palpebral rectal examination of parents and patient were used.

Conclusions and Discussion. Among the children admitted with scrotal trauma, girls aged 11-14 years prevailed (21 - 56.7%). We attribute this fact to the anatomical features of the female pelvis. Thus, after 10-12 years of age, the pelvis begins to form in girls. Due to these anatomical features, adolescent girls (like women) are less protected from external influences than boys (like men). Our studies have shown that the mechanism of scapula injury in children is almost always the same. Usually the cause of injury occurs when a child falls either as a result of a direct blow to the shoulder region (27-72.9%) or without crushing when hitting a fixed hard object (10-27%).

When analyzing the clinical course of scrotal trauma, we divided the patients into 2 groups. The first group included 32 patients with symptoms characteristic of the acute period of all traumas. All patients of this group first of all complain of various kinds of pain in the inguinal region and cannot find a comfortable position for themselves. Such patients try to avoid excessive and careless actions. When examining patients, one of the questions of attention is the presence of a bruise and painful swelling in the area of the humerus. Already in 8-10 days after subsiding of trauma and local symptoms of trauma children feel better. 18 out of 32 patients after the acute period (14 days) felt practically healthy and had no complaints. However, 5 girls after the end of the acute period of trauma complained of dull pain and constant feeling of heaviness in the shoulder area. It was noted that these disorders intensified with physical activity of the child, prolonged walking, sitting or changing the position of the body. All these complaints continued for weeks and months after the injury. In the other 9 cases from this group after the end of the acute period of trauma there was a “light period” for several weeks or up to 2-3 years, but later the girls returned to the clinic with pains and unpleasant sensations. sensations in the groin area.

Five patients belonged to the second group. Since the first manifestations of trauma in these patients were weak, the children themselves and their parents did not pay attention to it. Later it was concluded that the presence of pain and unpleasant sensations in the inguinal region was caused by the crushing of the inguinal region some time ago. On examination, all 5 patients had long-standing scrotal injuries. Thus, 24 out of 37 patients (64.8%) were randomized.

TREATMENT OF CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Rahimova KH.S.
Department of Pediatric Surgery of Azerbaijan Medical University, Baku
E-mail: doctor_rahimli@mail.ru; ORCID: https://orcid.org/0009-0000-6703-1811

Relevance. Malformations of development of urinary organs make up 35-40% of congenital anomalies in children, among them congenital hydronephrosis occupies 10%. It is the basis for possible kidney infection, the clinical picture of which is nonspecific in children, which complicates the process of diagnostics of this pathology.

Objective. To study the results of surgical treatment of congenital hydronephrosis in children.

Material and methods. 53 children with congenital hydronephrosis were treated in the Clinic of the Pediatric Surgery Department of Azerbaijan Medical University for 10 years, of them 32 were girls, boys-10; at the age of up to 1 month-6, from 1 month to 1 year-7, from 1 year to 3 years-10, from 3 to 7 years-13, from 7 to 12 years-10, from 12 to 15 years-5. In 28 children, hydronephrosis was bilateral. Of the remaining 25 children, hydronephrosis was unilateral, and in 12 children the left kidney was affected, and in 9 children the right kidney was affected. In 5 patients the process was localized in the only kidney.

Results. During the primary operation 5 nephrectomies were performed for congenital hydronephrosis stage IY on one side (3) and pyonephrosis (2) on one side. Reconstructive and plastic surgeries were performed in 41 of 48 patients.

Of 28 children with bilateral hydronephrosis, 10 had stage I hydronephrosis, so these patients were operated on one side.

The nature of surgical interventions: ureteretomy -2, antevasal ureteral dislocation -2, ureterolysis-7, ureteropyeloplasty-18, segmental ureteral resection-7, ureteropyeloneostomy-25. Intraoperative renal revision revealed the following causes of hydronephrosis: stenosis of the pyeloureteral segment -20, lower polar vessels - 2, high ureteral outflow tract -16, fixed ureteral kink, periureteral adhesions -7, ureteral stenosis -7, ureteral valve -2.

There were 3 repeated interventions after reconstructive-plastic surgeries: ureteropyeloplasty-1, due to stenosis in the anastomosis zone; nephrectomy-2, due to continuously recurrent pyelonephritis on the background of marked decrease in kidney function (we believe that in this case the desire to save the organ "at any cost" was inadequate to the state of the kidney during the primary operation).

A special group of patients consisted of newborns and children of the first months of life, 6 of them. In addition to purely technical difficulties of reconstructive-plastic surgeries, we unexpectedly encountered a problem of a different nature - the presence of very contradictory recommendations on the management of hydronephrosis in newborns. The experience of dynamic observation of 6 children of the newborn period with hydronephrotic transformation, with the first ultrasound control of the kidneys performed in the antenatal period, allowed us to determine the tactics of management of these patients. The indications for surgery were put in case of a clear negative picture of the disease. Intraoperative diagnostics dispelled all doubts regarding the expediency of surgical intervention in all 6 cases.

Conclusion. Thus, hydronephrosis in children is a fairly common disease, the causes of which can be very diverse, which to some extent affects the nature of surgical intervention.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Сайфуллоев А.А.[1,2], Умаров У.Л.[2], Зарипов Х.З.[2], Шерназаров И.Б.[2]
[1]Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ
[2]Государственное учреждение Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Своевременная диагностика и оказание первой помощи детям с инородными телами дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. За последние три года, несмотря на ведение данной категории пациентов участковыми врачами и своевременный перевод их в необходимые центры для оказания помощи, были выявлены пациенты с тяжелыми состояниями, обусловленными инородными телами в дыхательных и пищеварительных путях. Анализ пациентов, поступивших в отделение детской торакоабдоминальной хирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с 2021 по 2023 гг. показал, что более 144 пациентов поступили с инородными телами дыхательного и пищеварительного трактов. Детей с инородными телами дыхательных путей было 122 (84.7%) и детей с инородными телами пищеварительного тракта - 22 (15,3%). 134 (93,10%) пациентов составили больные городской местности, которые поступили в экстренном порядке с инородными телами дыхательной системы, а 10 (6,9%) - в плановом порядке для получения необходимого лечения. Из доставленных больных 51 (35,4%) пациент поступили с инородным телом в дыхательных путях и 16 (11,1%) их них - с легкой и умеренной дыхательной недостаточностью (SpO2 60-80%). Эти пациенты были доставлены на машине скорой помощи и получили необходимое лечение после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Больным с инородными телами пищеварительного тракта, инородное тело находившееся в пищеводе и в желудке, было удалено при помощи фиброэндоскопа без осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение. В частности, у одного пациента в главном бронхе правого легкого было обнаружено инородное тело в виде твердого металлического тела (серьги), которое было удалено с помощью фибробронхоскопии, что привело к микроперфорации. Повреждение трахеи вызвало подкожную эмфизему в области шеи и груди, но эта проблема была быстро устранена после своевременного проведения необходимого лечения в клинике. У пациента также развилась пневмония с катаральным и гнойным бронхитом. Пациент выздоровел после назначения антибиотиков, десенсибилизирующих, гормонов и бронхолитиков. Один больной с инородным телом дыхательных путей и пневмотораксом, находившимся на лечении по месту жительства, был направлен к нам в клинику, где больному с целью первой помощи был наложен торакоцентез. Также двое больных поступили в тяжелом состоянии с дыхательной недостаточностью 1-2 степени, которые были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии и после оказания необходимого лечения выписаны с выздоровлением.

Следует отметить, что у некоторых пациентов инородное тело в желудочно-кишечном тракте не проявлялось, и было обнаружено при случайном рентгенологическом исследовании брюшной полости, на фоне лечения по поводу заболеваний кишечника. Это пациенты с инородными телами, такими как шурупы, магниты, магнитные браслеты и т.д., приведшими к межкишечному соустью, межкишечному свищу или кишечной непроходимости, у которых инородное тело было удалено оперативным путем, а свищ был ликвидирован наложением кишечного анастомоза.

У некоторых пациентов с инородными телами в желудочно-кишечном тракте возникают осложнения в виде изъязвления и последующим стенозом в месте инородного тела, как в случае с пациентом с инородным телом в пищеводе (батарейка). Из-за несвоевременного диагностирования и необходимого лечения после удаления инородного тела у больного появилась язва на месте находившегося инородного тела и, после соответсвущего лечения в отделении, пациент выздоровел и был выписан из больницы для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

Больным с инородными телами дыхательных путей и желучно-кишечного тракта требуется рентгенография, а при ненахождении их (нерентгеноконтрастные предметы) с целью полного исключения патологии необходимо проводить ФГДЭС, фибробронхоскопию.

Выводы. В результате анализа был сделан вывод, что пациентам, страдающим различными причинами дыхательной недостаточности и кишечной непроходимости из-за инородных тел в этих органах, необходимо своевременно проводить соответствующие исследования: рентгенографию, фибробронхоскопию и фиброэзофагоскопию, а также использование малотравматичных методов удаления инородных тел в центральных клиниках детской хирургии.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста, Ташкент, Узбекистан

Введение. Воспалительные заболевания кишечника являются одной из наиболее актуальных проблем в современной хирургии детского возраста. **В**оспалительные заболевания кишечника – это иммунопатологические заболевания, характеризующиеся хроническим прогрессирующим воспалительнодеструктивным поражением желудочно-кишечного тракта. К этой группе относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). За последнее время в мире отмечается рост заболеваемости и распространенности воспалительные заболевания кишечника

Цель исследования. Анализ заболеваемости, вариантов течения, эффективности терапии воспалительных заболеваний кишечника у детей г. Ташкента и Ташкентской области.

Материал и методы исследования. 17 пациентов за период 2011–2023 гг, находившихся на лечении в Республиканском научномпрактическом центре малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста: язвенный колит (ЯК) – 11 (64,7%), болезнь Крона (БК) – 6 (35,3%).

Результаты исследования и их обсуждение. Гендерный состав: девочки – 9 (53,0%), мальчики – 8 23 (47,0%). Возраст: 11 мес – 17 лет. Средний возраст колеблется – 12 лет. Жители промышленных городов – 10 (58,8%), сельской местности – 7 (41,2%). Основные этиологические моменты: стресс – 11,9% (2), неправильное питание – 23,5% (4), наследственность – 23,5% (4), фактор не выявлен – 41,2% (7). В 100% диагноз верифицирован фиброколоноскопией и биопсией. Структура ЯК по локализации: тотальный – 12 (70,6%), левосторонний – 3 (17,6%), правосторонний – 2 (11,8%); по степени тяжести: низкая – 4 (23,5%), умеренная – 6 (35,2%), высокая – 7 (41,3%).

Структура БК по локализации: подвздошная/толстая кишка – 4 (23,5%), толстая кишка – 3 (17,6%), поперечно-ободочная – 4 (23,5%); по степени тяжести: низкая – 2 (11,7%), средняя – 3 (17,6%), высокая – 1 (5,8%); по форме: стенозирующая – 3 (6,12%), стриктурированная – 1 (2,04%), свищевая – 1 (2,04%), воспалительно-инфильтративная – 3 (6,12%). Спектр сопутствующей патологии: дисфункция желчного пузыря – 11 (43,9%), гастрит – 6 (56,1%), Железодефицитная анемия– 8 (42,9%), гастродуоденит – 10 (26,5%), Белковоэнергетическая недостаточность – 4 (8,2%), дискенезия ДПК – 7 (14,3%), долихоколон – 4 (8,2%), синдром Дауна – 1 (2,04%), Задержка психоречевого развития – 1 (2,04%).

Клиническая картина: боль, не связанная с приемом пищи, учащение стула, присутствие в кале крови/слизи – 17 (100%); тошнота/рвота – 9 (25%); анальные трещины – 4 (5%). Стартап лечения – консервативный комплекс терапии, средней продолжительностью 6 мес. Хирургическое лечение – 11 (22,4%). Улучшение – 96,3%.

Вывод. Наблюдается рост заболеваемости воспалительных заболеваний кишечника среди детского населения. Адекватная и своевременная диагностика с учетом региональных эпидемиологических данных чрезвычайно важна для успешного лечения и прогноза заболевания.

ОПЫТ И ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский научно практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лапароскопическая хирургия в настоящее время по применению является самой распространенной из всех малоинвазивных вмешательств. С совершенствованием методик и оперативной техники открываются широкие возможности использования метода в ургентной и

плановой хирургии при многих пороках развития и приобретенных заболеваниях у детей разных возрастных групп.

Цель исследования. Оценить эффективность лапароскопической диагностики и лечения экстренной абдоминальной патологии у детей.

Материал и методы исследования. В РНПЦМиЭХДВ с 2016 по 2023 гг. было проведено 3594 лапароскопических операции. Мальчиков было 1256 (35%). девочек 2338 (65%). Для верификации диагноза нами выполнена диагностическая лапароскопия у 2652 (74%) больных, показанием к которой являлся болевой абдоминальный синдром, когда исключить острую хирургическую патологию брюшной полости традиционными методами не представлялось возможным. Лапароскопия позволила исключить у этих детей острую хирургическую патологию, а, следовательно, они избежали напрасной лапаротомии. В тоже время эндоскопическое исследование позволило выявить у них другие заболевания, не требующие оперативного лечения: мезаденит, простой аппендицит, апоплексия яичников, маточно-трубный рефлюкс, первичный перитонит и др. В 886 (25%) случаях был диагностирован деструктивный аппендицит. Из них у 132 (15%) больных измененный червеобразный отросток удален лапароскопически.

Результаты исследования и их обсуждение. У 109 пациентов лапароскопия выполнялась для исключения острыхгинекологическихпатологий органов малого таза. У всех больных были взяты общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови. У 44 пациентов установлено, что симптомы острого абдоминального синдрома были обусловлены воспалением маточные трубы. Перекрут яичника выявлен у 22 девочек. Кисты яичников выявлены у 29 пациентов, апоплексия яичника выявлена у 14 пациентов и проведено их лечение. Перекрут яичника выявлен у 22 пациентов, у 19 устранен эндовидеолапароскопическим методом, а у 3-х устраняется традиционным методом лапаротомии. У 14 пациентов наблюдались симптомы кровотечения вследствие разрыва апоплексии яичника, диагностическая лапароскопия купировала симптомы кровотечения у 9 пациентов, 3 пациентам помогло консервативное лечение. Все больные, перенесшие операцию, были отправлены домой на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки.

Выводы. Таким образом, лапароскопия позволяет у 74% больных верифицировать диагноз, а, следовательно, избежать неоправданных оперативных вмешательств возможных послеоперационных осложнений. Лапароскопия является методом выбора, как для диагностики, так и лечения острых хирургических заболеваний брюшном полости и органов малого таза в детском возрасте.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА МАГНИТОМ

Сафаров А.С.[2], Шарипов А.М.[1,2], Сайфуллоев А.А.[1,2], Абдуллов Ф.У[2], Зарипов Х.З.[2]
[1]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ
[2]ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта магнитсодержащими предметами, путём разработки единой тактики диагностики и лечения.

Материал и методы исследования. Мы подвергли анализу результаты лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) за последние 10 лет по материалам клиники детской хирургии, находящейся на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». С инородными телами ЖКТ поступили 35 детей, из них инородные тела - магнитсодержащими предметами - было 7 детей, что составило 20,0%. Среди них в 4-х (57,1%) случаях возникло осложнение в виде непроходимости кишечника у 3-х детей и перитонит у 1-го пациента. В результате своевременного обращения детей с инородным телом в ЖКТ, имеющим магнит, 31 пациенту (88,7%) была произведена ФГДЭС с удалением инородного тела. В 3-х случаях при одиночных магнитах консервативное лечение оказалось эффективным. Тактика хирургического лечения 4-х детей, где отмечено осложнение, заключалось в устранении непроходимости, резекции кишечника, имеющей свищ с наложением анастомоза. В одном случае в связи с выраженным общим перитонитом произведена резекция свища несущей петли тонкого кишечника с наложением

энтеростомы. В другом случае, зная о магнитсодержащем предмете, при безуспешном удалении инородного тела с помощью фиброгастроскопии, была произведена лапаротомия, гастротомия и удаление магнитсодержащего предмета из желудка.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая патогенез развития осложнений при попадании инородного тела в ЖКТ, чаще всего обусловленных особенностью передвижения их по кишечнику, благодаря различной перистальтике кишечника, в этих случаях, при возникновении магнитных полей, притягивающих за собой стенки кишечника, приводят к нарушению в зоне сдавления и развитию некроза, а иногда к перфорации и межкишечным соустьям, порой являющиеся причинами перитонита и непроходимости кишечника у детей. В связи с этим мы сочли необходимым привести поучительный пример, случай из практики:

Больной Б.Г., 3 года 8 мес., поступил в клинику с признаками непроходимости, спустя 5 дней от начала случайного проглатывания инородного тела - шурупа, который был обнаружен после рентгенографии брюшной полости. Больной поступил с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, с признаками эксикоза с токсикозом. При осмотре живот несколько вздут, при пальпации болезненный симптомы Щеткина–Блюмберга, Ровзинга и Воскресенского положительные. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости стоя видна тень инородного тела и множество чашек Клойбера. На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз: Непроходимость кишечника.

После предоперационной подготовки произведена срединная лапаротомия. Выделился 60 мл, салатно-желтого цвета, экссудат. Обнаружен конгломерат петель тонкого кишечника, спаянных между собой. При их разъединении выявлено, что две противоположенные стенки тонкого кишечника, благодаря созданному магнитному полю магнитными шариками, привели к некрозу стенки и сращению петель кишечника. После освобождения петли кишок эти фистулы оказались на расстоянии около 10 см друг от друга, отступя от 70 см от связки Трейца. В связи с высоким расположением язвы и отсутствием смешанного перитонита произведена резекция петли тонкого кишечника на расстоянии 20 см и наложен анастомоз конец в конец. Для компрессии ЖКТ осуществлено проведение зонда в желудок и ниппельного зонда за анастомозом.

Проведенная комплексная интенсивная терапия в предоперационном периоде, продолжилась во время операции и в послеоперационном периоде. Зонды удалены на 7-8 –ой день после операции по восстановлению функции ЖКТ.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 10 день после операции в удовлетворительном состоянии с назначением особой диеты, наблюдением в течение 3-х месяцев. Жалоб не было. Больной чувствует себя хорошо.

Выводы: 1) Инородные тела, имеющие магнит, попавшие в ЖКТ, подлежат немедленному удалению с помощью ФГДЭС. 2) В случаях прохождения их в просвет тонкой кишки необходимо перейти на активную хирургическую тактику с использованием лапароскопии. 3) В случаях развития осложнений в виде непроходимости кишечника и перитонита, наиболее приемлемым является лапаротомия.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.

Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Пересмотреть и разработать новую классификацию гематогенного остеомиелита (ГО) у детей.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнут собственный материал, истории болезней 2395 детей с ГО, получивших лечение в отделении гнойно-септической хирургии детского возраста Государственного учреждения Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». А также проведен обширный анализ отечественных и зарубежных литературных источников по электронным базам данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая разнообразие клинических проявлений ГО, на основании существующих классификаций мы предложили следующее видоизменение клас-

сификации ГО у детей:

I. По этиологии: 1. Монокультурный; 2. Микробная ассоциация.

II. По происхождению: 1. Первичный; 2. Вторичный.

III. По клиническому течению: 1**.** Острый. 2. Подострый. 3. Атипичный (первично-хронический**).**

III. По клинической форме: 1**.** Острый а). Местная (очаговая). б). Септико-пиемическая. в). Септико-токсическая. 2. Подострый а). Местная (очаговая). б). Септико-пиемическая с благоприятным течением. 3. Атипичный (первично-хронический**)** а). Абсцесс Броди. б). Альбуминозный остеомиелит (Олье). в). Склерозирующий остеомиелит (Гарре).

IV. По стадиям течения: 1**.** Острый а). Интрамедуллярная б). Экстрамедуллярная. 2. Подострый а). Интрамедуллярная б). Экстрамедуллярная. 3. Атипичный (первично-хронический**)** а). Обострение б). Ремиссия. в). Выздоровление.

V. По локализации процесса: 1. Остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, метаэпифизарный, метадиафизарный, диафизарный, апофизарный, тотальный). 2. Остеомиелит плоских костей. 3. Остеомиелит костей, образующих суставы (тазобедренный, коленный и др.). 4. Остеомиелит губчатых костей. 5.Остеомиелит смешанных костей.

VI. Морфологические формы: 1. Очаговая; 2. Диффузная; 3. Диффузно-абсцедирующая; 4. Фиброзно-склерозирующая; 5. Плазмоцеллюлярная; 6. Секвестрирующая; 7. Смешанная.

VII. **Осложнения:** 1. Местные а) Некроз мягких тканей б) Аррозивное кровотечение в) Артриты. г) Эпифизиолиз. д) Патологический перелом. е) Патологический вывих, подвывих. 2. Общие а) Септический шок. б) Предамилоидоз. в) Амилоидоз. г) Тромбофлебит. д) Деструктивная пневмония. е) Гнойный перикардит и др.

VIII. Исход: 1. Выздоровление: 1.1. Хорошее. 1.2. Удовлетворительное. 1.3. Затяжное течение. 1.4. Хроническое течение. 2. Летальность.

IX. Последствия: 1. Хронический (вторично хронический) гематогенный остеомиелит а). Обострение б) Ремиссия в) Выздоровление. 2. Ложный сустав 3. Подвывих 4. Патологический перелом. 5. Анкилоз, артроз, неоартроз. 6. Укорочение, удлинение, деформация конечности. 7. Секвекстрация кости. 8. Дефекты в костях.

В связи с разнообразием клинических проявлений ГО, мы поддерживаем предложение Н.С. Стрелкова и соавт., о необходимости выделения острого и подострого течения болезни. А также в эту рубрику считаем нужным подключение атипичного варианта течения болезни, поскольку оно даёт о себе знать первично в стадии обострения или обнаруживается случайно при обследовании больных детей по поводу других патологий. В зависимости от вирулентности микроорганизма и иммунобиологического состояния макроорганизма, микробных ассоциаций и других факторов, способствующих развитию ОГО, он может протекать в различных формах. При этом все авторы, придерживаются разделения ОГО на три формы: а) местную; б) септико-пиемическую; в) септико-токсическую. Но, Г.Н. Акжигитов и Я. Б. Юдин (1998г), объединяют септико-токсическую и септико-пиемическую формы ОГО в генерализованную. Хотя на первый план такое объединение кажется обоснованным, однако на практике мы наблюдаем разнообразие течения септических форм ОГО. В одних случаях наблюдается тяжелая токсемия, с бурным течением и скорейшим нарушением функции жизненно важных органов и систем, которую И.С. Венгеровский сравнивал с молнией, т.е. «молниеносное течение». В других случаях одновременно могут появляться гнойные очаги в нескольких костях, во внутренних органах и мягких тканях. Но при этом общее состояние больных может быть тяжёлым или крайне тяжёлым. В связи с этим выделение септико-токсической и септико-пиемической форм по отдельности всё же является более приемлемым.

Что касается подострого ГО, нет определённости в его выражении, одни авторы относят подострый остеомиелит к острому течению, другие указывают на подострую стадию ГО, третьи к подострым остеомиелитам относят атипичное течение (первично-хронический) этой болезни. Н.С. Стрелков и М.П. Разин в 2018г., составляя классификацию ОГО, выделяют острое и подострое течение болезни, где одновременно отмечают, что подострое (торпидное) течение первоначально протекает со слабовыраженными специфическими признаками и лабораторными данными. Следует отметить, что и в этих работах отсутствует описание клинической картины подострого ГО у детей. В целом недостаточное освещение клинического проявления подострого течения ГО, как первично диагностируемого, диктует необходимость выделения его в отдельную рубрику, как самостоятельное течение ГО. В связи с этим, наряду с другими авторами считаем необходимым выделить подо-

стрый ГО в отдельную самостоятельную рубрику. Одновременно выделяем две формы подострого ГО: местную и септико-пиемическую. Септико-токсическая форма не встречается при подостром течении и она характерна для ОГО. Наряду с этим мы считаем необходимым в рубрике выделения патологического процесса по локализации отдельно указать на поражение костей, образующих суставы. Так как оно требует особого подхода в диагностике, лечении и реабилитации этих групп больных.

Заключение. Заканчивая обсуждение по поиску и созданию многоаспектной классификации ГО, мы старались не выходить за переделы классифицируемых понятий при гнойно-воспалительных заболеваниях костей, как ГО. Данную классификацию мы выносим на обсуждение и ждём ваших предложений. Будем весьма благодарны коллегам в оказании помощи для усовершенствования данной классификации ГО у детей.

КРИТЕРИИ НАЛОЖЕНИЯ И СНЯТИЯ СКЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.

Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Разработать критерии наложения и снятия скелетного вытяжения (СВ) при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) у детей.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование носило ретроспективный и проспективный характер среди 59 детей с диагнозом ОГО КТС, поступивших в клинику детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период с 2009 по 2023 годы. Возраст больных с подтверждённым диагнозом ОГО КТС составил от 3-16 лет, которым было использовано СВ.

В зависимости от показаний к наложению и снятию СВ, больные были распределены на контрольную группу, состоящую из 46 (78,0%) больных, получивших лечение с 2009 по 2019 годы, где СВ было наложено традиционно при наличии рентгенологических признаков - сужения тазобедренного сустава, было снято также при наличии рентгенологических признаков, устранения компрессии тазобедренного сустава, подвывиха и вывиха головки бедренной кости и основную группу, в которую входило –13 (22,0%) детей, получивших лечение с 2019 по 2023г., где СВ было осуществлено на основе разработанных критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анализа полученных данных, было отмечено, что больным, контрольной группы в 37 (80,4%) случаях СВ было наложено первично при наличии рентгенологических признаков компрессии тазобедренного сустава. В то время, как больным основной группы СВ было наложено согласно разработанным показаниям: 1. Разная степень сужения суставной щели тазобедренного сустава. 2. Высокое внутрикостное давление (ВКД) в области шейки бедренной кости в сочетании с наличием густого гноя в полости тазобедренного сустава. 3. Деструктивные изменения суставных поверхностей костей, образующие тазобедренный сустав и шейку бедренной кости 1-2 степени по Венгеровскому. 4. Подвывих и вывих головки бедренной кости на фоне ОГО КТС.

9 (19,6%) больным контрольной группы пришлось наложить СВ в динамике лечения спустя некоторое времени после выполнения санации и дренирования остеомиелитического очага, в связи с возникновением компрессии тазобедренного сустава и болевого синдрома.

Больным основной группы наложение СВ осуществлено в одномоментном (n=8) и отсроченным (n=5) порядке. К одновременному относили 8 (61,5%) больных, которым на первом этапе оперативного вмешательства, наряду с выполнением санации и дренирования остеомиелитического очага и его осложнений, было наложено СВ. Показания к одновременному наложению СВ разделили на местные критерии - отсутствие обширной параосальной флегмоны в области бедра, отсутствие признаков воспаления и тромбоза сосудов поражённой конечности. Общие критерии при септико-пиемической форме болезни, когда отсутствует гнойный очаг в жизненно важных и висцеральных органах. Противопоказание к одновременному наложению СВ, которое является относительным также разделили на местные - наличие обширной параоссалной флегмоны в области

бедра, признаки воспаления и тромбоза сосудов поражённой конечности. Общие - септико-токсическая и септико-пиемическая формы ОГО КТС - когда имеются дыхательная недостаточность и риск прогрессирования энцефалопатии, пневмонии и панкардита.

К отсроченному относили 5 (38,5%) больных основной группы, которым после выполнения санации и дренирования остеомиелитического очага и его осложнений, СВ было наложено на втором этапе оперативного вмешательства, после устранения противопоказаний. Исходя из этого, показания к наложению СВ в отсроченном порядке появляются после устранения противопоказаний к одновременному наложению СВ.

У больных контрольной группы, в 8-и (17,4%) случаях с септико-пиемической формой болезни после наложения СВ, прогрессировала пневмония, ухудшилось общее состояние. Среди них в одном (2,2%) случае наблюдался летальный исход. В 2-х (4,3%) случаях наблюдался патологический перелом области шейки бедренной кости, в 3 (6,5%) случаях нагноение ран вокруг спиц Киршнера, в 4-х (8,7%) случаях образовались пролежни в области крестца. Следует отметить что у больных основной группы, в связи с наложением СВ в одномоментном и отсроченном порядках стало возможным предотвратить такие осложнения, как прогрессирование пневмонии, нагноение ран вокруг спиц Киршнера и летальные исходы. При этом в одном (7,7%) случае когда не были соблюдены разработанные критерии наложения СВ, наблюдалось прогрессирование двухсторонней пневмонии с дыхательной недостаточностью. Кроме того, среди больных контрольной группы, в 3 (6,5%) случаях при раннем снятии СВ, основываясь на улучшении состояния больных и восстановлении функции конечности, без учёта характера гнойного процесса и стабилизации показателей воспалительного процесса, в ближайшем сроке наблюдения произошёл эпифизеолиз головки бедренной кости. Учитывая это, нами были разработаны критерии снятия СВ: 1. На повторной рентгенографии, спустя 3-4 недели после наложения СВ - устранение или отсутствие компрессии суставных поверхностей тазобедренного сустава и тяжёлых деструктивных изменений костей. 2. Устранение патологического подвывиха и вывиха головки бедренной кости. 3. Нормализация показателей воспалительного процесса (СРБ, СОЭ, лейкоцитов). 4. Исчезновение болевого синдрома. 5. Очищение ран от гноя. 6. Нормализация температуры тела. 7. Восстановление сгибательной и разгибательной функций сустава.

При повторной рентгенографии устранение компрессии, вывиха, подвывиха и/или отсутствие компрессии тазобедренного сустава при профилактическом наложении СВ и появлении элементов склероза на месте деструкции в сочетании с другими показателями послужило критерием для снятия СВ. Благодаря использованию предлагаемых критериев снятия СВ у больных основной группы средний срок продолжительности нахождения больных на СВ составил 62,2±18,3 дней, в то время как у больных контрольной группы он составлял 86,6±29,7 дней ($p<0,01$). Кроме того, в связи с применением критериев снятия СВ, у больных основной группы не наблюдались такие осложнения, как остеолизис головки бедренной кости, пролежни.

Заключение. Разработка показаний, противопоказаний и критериев снятия СВ при лечении ОГО КТС у детей оказывает наиболее благоприятное вляние в течении болезни и во многом предупреждает развитие различных осложнений острого гематогенного остеомиелита в этой области.

Необходимым является наложение СВ в одновременном и отсроченном порядке.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОАРИТ АО «НЦПИДХ». НАШ ОПЫТ

Сұлтанқұл М.С. Алимханова Г.Н. Ибраимова А.Б. Шекенова А.Б. Нурғалиева А.Т. Токобаева М.Т.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г. Алматы, Казахстан

Введение. В частности, все пациенты в отделении реанимации и интенсивной терапии нуждаются в проведении адекватной седации в силу различных причин, из- за которых необходимость выполнения инвазивных процедур, тяжесть общего состояния, необходимость респираторной поддержки. Адекватная седация препятствует развитию стрессовой реакции, беспокойства, обеспечивает комфорт и повышает переносимость интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также облегчает процедуры ухода. На протяжении многих десятилетий с целью седа-

ции используются гипнотические средства для внутривенного введения, среди которых наиболее популярны бензодиадиазепины, нейролептики и барбитураты, однако они имеют длительный период полувыведения, высокую кумулятивную способность, оказывают негативное влияние на сердечно-сосудистую систему и почки, требуют частого увеличения скорости введения и приводят к развитию делирия и синдрома отмены после прекращения инфузии, что ограничивает их применение, особенно у пациентов, нуждающихся в кратковременной седации.

В последние годы с целью седации во многих странах, также у нас все чаще используется Дексмедетомидин, который позволяет обеспечивать комфортное состояние пациента и избегать негативных эффектов.

Цель исследования. Изучить эффективности седации ингаляционной анестезии в отделение интенсивной терапии.

Материал и методы иследования. С начала 2024 года в НЦПиДХседация в интенсивной терапии Севофлураном на аппарате Sedaconda ACD применяли у 12 больных. Возраст детей колеблются от 6 мес до 16 лет. Седация проводилась детям в раннем послеоперационном периоде и детям с дыхательной недостаточностью, которое требовалось респираторная поддержка (ИВЛ), в течение 2-3 дней (в среднем 1,5дня). Средняя концентрация Севофлурана на выдохе составила 0,8% (0,7—0,85%), что достигнуто при скорости инфузии 2-7,5(3,4-5,6) мл/ч. От начала ингаляции другие препараты для седациибыли отменены. Хотелось бы отметить, при седации не было необходимости использование миорелаксантов, так как синхронизация с ИВЛ аппаратом был достаточной. При санации ИТ, также при болевых раздражителях отмечались реакции в виде приоткрывания глаз, появление кашлевого рефлекса. Особых других двигательных возбуждений не регистрировались. Основным побочным эффектом была умеренная гипотензия, которая имела место у 4 (около 30%) детей.

В заключении, что ингаляционная седация Севофлураном является высокоэффективной у детей, нуждающихся в критическом состоянии, и может быть полезна у нуждающихся в ИВЛ пациентов, если внутривенная седация не обеспечивает должного эффекта. Ингаляционная седация Севофлураном у детей вызывает хороший терапевтический эффект и отличается легкой управляемостью, это позволяет обеспечивать необходимый уровень угнетения сознания и избегать глубокой седации с развитием неблагоприятных последствий.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашей клинике до этого времени в течение последних 10 лет ингаляционныее анестетики (Севофлуран и Изофлуран) использовались только во время оперативного вмешательства через наркозно-дыхательные аппараты. С появления Sedaconda ACD аппарата в клинике начато внедрение в интенсивной терапии седация ингаляционным путем детям в возрасте старше 6мес и выше.

С целью профилактики артериальной гипотензии необходимы тщательный мониторинг гемодинамики и адекватная волемическая нагрузка, при необходимости. Б.Д. Бабаев и соавт. (2015) указали, что для устранения психомоторной дисфункции следует избегать длительной седации и высоких концентраций Севофлурана в конце выдоха.

Одним из основных преимуществ использования ингаляционных анестетиков с целью седации является высокая степень управляемости и возможность быстрого устранения гипнотического эффекта при прекращении подачи летучего анестетика.

Выводы

1. Безопасное применение ингаляционной седации возможно у детей в возрасте 5 мес и старше, у которых риск развития гиперкапнии на фоне уменьшения объема «мертвого пространства» минимален.

2. Применение ингаляционной седации с помощью Севофлурана способствует сокращению длительности ИВЛ и лечения в стационаре.

3. Основными показаниями к проведению продленной ингаляционной седации у пациентов педиатрических отделений реанимации и интенсивной терапии являются заболевания органов дыхания, острый респираторный дистресс-синдром, детям в раннем послеоперационном периоде для проведения ИВЛ при условии стабильной гемодинамики.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Ташпулатов Б.К., Дехканов М.К., Нуров Ф.Н., Сангинов М.Т., Урунов Ш.С.
ОДХЦ, ГКБ№1 им. С.Урунова, г. Худжанд.

Введение. В настоящее время крипторхизм рассматривается не как отдельное заболевание, а как проявление общей эндокринной и соединительно-тканной дисплазии. Поэтому всем пациентам с крипторхизмом необходимо консультирование эндокринолога, при двусторонних абдоминальных формах генетика. Основным методом лечения крипторхизма у детей является оперативное низведение яичка в мошонку. Результаты хирургического лечения на прямую зависят от проведения консервативного лечения в предоперационном периоде и выбора оперативной методики.

Цель исследования: Улучшение результатов оперативного лечения крипторхизма.

Материал и методы исследования: В ОДХЦ в период с 2020 по 2023 годы было пролечено 185 детей с различными формами крипторхизма, из них односторонняя паховая форма у 144 (77,8) детей: с правой стороны 85 детей, с левой 59 детей. Двусторонняя паховая форма у 22 (11,8%) детей, односторонняя абдоминальная у 15 (8%), двусторонняя у 4 (2,1%) пациентов. Возраст больных: 1-3 года – 48 (26%), 4-9 лет - 90 (48,6%), 10-14 лет 47 (25,4%). Сельских -132, городских - 53 детей.

Рекомендовано проведение оперативного лечения крипторхизма в возрасте до 2 лет. Однако все еще остается высоким процент позднего обращения родителей детей с крипторхизмом за медицинской помощью, в некоторых случаях по рекомендациям медицинских работников родители обращались за оперативным лечением в период пубертата. Наряду с общеклиническими методами в диагностике крипторхизма использовали ультрасонографию, которая выявляет локализацию, размер гонад, дает представление о структуре яичка. При абдоминальной форме крипторхизма использовали МРТ диагностику, при двусторонней абдоминальной форме с целью выявления гонад, оценки состояния семенного канатика и внутреннего пахового кольца выполняли лапароскопическую диагностику.

При высоких паховых и абдоминальных формах крипторхизма дети перед операцией получали один курс гормональной терапии ХГЧ в зависимости от возраста по схеме. Применение гормональной терапии позволяет у части пациентов добиться не только перемещения яичка в более низкое положение, но и улучшить состояние его кровотока, тем самым позволяет провести оперативное вмешательство в более благоприятных условиях. В течение 1 месяца после окончания курса гормональной терапии проводилось хирургическое лечение.

При выборе метода оперативного лечения крипторхизма мы отказались от вытягивающих яичко оперативных методик. Основным способом оперативного лечения является метод постоянной фиксации яичка по Петривальскому, при котором удается свободно низвести яичко в мошонку без натяжения элементов семенного канатика. При абдоминальной форме крипторхизма в 5 случаях установлено выраженная гипо и аплазия гонады в связи, с чем выполнено ее удаление с последующим морфологическим исследованием. В остальных случаях при тщательном и деликатном выделении элементов семенного канатика удавалось низвести яичко в мошонку одним этапом по Петривальскому. Эти пациенты перед операцией получали курс ХГЧ.

Оценка непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения крипторхизма показала высокую эффективность применения этого метода. Основным критерием оценки результатов лечения считали состояние низведенного яичка, ее консистенцию, размеры, положения яичка в мошонке. В катамнезе в большинстве случаев обнаружено, что низведенное яичко увеличивается до размеров здорового или отмечается заметная тенденция к увеличению ее размеров, свободно располагается в средней или нижней трети мошонки, достаточно подвижное.

Выводы. Таким образом, использование метода Петривальского при низведении яичка в мошонку стал способом выбора в лечении крипторхизма, который позволил улучшить результаты лечения этих больных, обеспечивая хороший косметический и функциональный результат.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Ташпулатов Б.К., Дехканов М.К., Аминов Н.Ф., Хамидов Н.Н.
Областной детский хирургический центр, ГКБ №1им. С.Урунова г. Худжанд, Таджикистан

В структуре заболеваемости детей урологического профиля гипоспадия – составляет значительный удельный вес и остается сложным разделом реконструктивной пластической хирургии в урологии-андрологии. Эта проблема обусловлена, прежде всего, многообразием клинических форм заболевания, частотой его развития, большим количеством послеоперационных осложнений, сочетанием порока с пороками развития других органов. Среди причин развития гипоспадии значимыми являются генетические, эндокринные и факторы влияния окружающей среды.

На базе ОДХЦ при ГКБ№1 им. С. Урунова с 2020 по 2024 годы обследованы и пролечены 60 мальчиков в возрасте от 2 до 14 лет с дистальными формами гипоспадии. Больные оперированы в возрасте до 3 лет - 23 (38,3%), 4-7 лет – 32 (53,3%), 8-14 лет – 5 (8,3%). Пациентам проводились: антропометрия, оценка стадии полового развития по Таннеру, урофлоуметрия, УЗИ органов мочеполовой системы.

Применение одноэтапных технологий в лечении гипоспадии у детей является приоритетными. Очень важно, при этом перед операцией учитывать имеющийся запас пластического материала, размеры головки полового члена и уретральной площадки. Нами при оперативном лечении передних форм гипоспадии используются модифицированные способы уретропластики типа Hodgson II (F-II) – 41, Mathieu – 4, Snodgrass (TIP) – 15.

Методика Hodgson II (F-II), относится к группе «flip-flap» и надежно рекомендовала себя в практическом применении. Так из 41 оперированных по этой методике в ближайшем послеоперационном периоде только у 2 (4,8%) пациентов отмечено образование свища, которые в последующем самостоятельно закрылись.

В настоящее время методика тубуляризация рассеченной уретральной площадки (TIP), предложенная W. Snodgrass стала наиболее распространенной процедурой, используемой для коррекции дистальной гипоспадии у детей. Однако при невыраженной уретральной площадке или незначительной ее ширине, маленьких размерах головки полового члена проведение операции TIP сопряжено с риском развития стриктуры неоуретры. Многие авторы указывают на признаки сужения дистального отдела уретры и снижения скорости потока мочи в послеоперационном периоде. По технологии Snodgrass нами выполнены 15 операций, у 1 развились послеоперационное сужение неоуретры, который в последующем был устранен путем бужирования и назначением рассасывающей и физиотерапии.

После операции для отведения мочи используются полихлорвиниловые уретральные катетеры (Nelaton). Трансуретральная деривация мочи проводилась в течении 10-14 дней, в зависимости от вида оперативного вмешательства и при необходимости переводился в стент после операций TIP. С целью расслабления детрузора мочевого пузыря в период катетеризации назначали оксибутинин. Для улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции в течении трех-пяти дней проводилась инфузия латрена. На половой член накладывалась марлевая салфетка с глицерином или гидрокортизоновой мазью, после чего компрессионная повязка эластическим бинтом.

Таким образом, применение операций при дистально стволовых формах гипоспадии по принципу Hodgson II (F-II) и Snodgrass (TIP) позволило значительно снизить количество осложнений, во всех случаях был достигнут хороший функциональный и косметический эффект с формированием меатуса на вершине головки полового члена.

ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕДДА У ДЕТЕЙ

Тошматов Х.З.
Андижанского государственного медицинскогоинститута, Узбекистан

Актуальность. Врожденный заворот средней кишки часто сочетается с гиперфиксацией двенадцатиперстной кишки, и это сочетание часто именуют «синдромом Ледда» (СЛ), требующим

экстренной диагностики и хирургической коррекции. Традиционная диагностика основана на оценке клинического состояния ребенка и данных рентгенологического обследования. При этом обзорная рентгенография малоинформативна: определяются относительно крупный газовый пузырь в желудке и сниженное газонаполненные нижележащих отделов кишечника, то есть достоверно диагностировать заболевание по данным обзорной рентгенографии не представляется возможным. Рентген контрастное исследование позволяет диагностировать высокое расположение купола слепой кишки, дилатацию ДПК, замедленную эвакуацию содержимого в нижележащие отделы кишечника и атипичное расположение петель тонкой кишки, но собственно заворот рентгенологически диагностировать невозможно. В связи с этим является необходимым поиск новых и усовершенствование существующих методов эхографической визуализации мезентериальных сосудов в области заворота кишечника и сосудистого кольца брыжейки.

Цель исследования: Оценка диагностической возможности УЗИ при синдроме Ледда (СЛ) у новорожденных.

Материал и методы исследования. При ЭХО-сканировании (ЭХОс) векторным датчиком 5-8 МГц диагностирован заворот средней кишки (ЗК) у 42 детей в возрасте от 2 до 36 сут. Выполнялось ЭХОс во фронтальной, пара- и сагиттальных плоскостях в В- и ЦД-режиме. Количественная оценка мезентериального кровотока выполнена у 8 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. В 27 случаях характерной для низкой кишечной непроходимости дилатации кишечных петель не выявлено. ЗК в виде концентрической фигуры локализовался в эпигастрии в 26 случаях справа от брюшной аорты (БА), в 7 случаях - левее от нее. В центре ЗК располагалась верхнебрежеечная артерия (ВБА) диаметром около 1,5 - 2 мм. Диаметр ЗК составлял 16 - 20 мм. В 3 случаях выявлены критические нарушения мезентериального кровотока (МК). У 6 детей ЗК соответствовал на 180-360°, в остальных случаях на 540-720° с умеренными нарушениями МК, которая типично для дилатации вен в структуре ЗК. В 1 случае ЗК имел интермитирующий характер. При сохранности МК у младенцев с СЛ (39) длительность предоперационной подготовки составляла от 12 ч до 14 сут. Только у 1 из 3 пациентов в эпигастрии удалось визуализировать концентрической формы структуру: собственно, заворот. В остальных случаях заключение УЗИ формулировалось в предположительной форме на основании косвенных ЭХО- признаков.

Выводы. ЭХО - диагностика ЗК при СЛ у младенцев является высокоточной и основана на обнаружении в эпигастрии концентрической фигуры 15-29 мм в диаметре, в состав которой входят закрученные вокруг ВБА сосуды диаметром 2-4 мм; нижележащие фрагменты кишечника обычно спавшиеся. ЭХО является достаточным основанием для определения оперативной тактики ведения пациента: необходимости в рентгеноконтрастном исследовании нет.

НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ ГЕПАРИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Турищев И.В., Смирнов Г.В., Бабаев Б.Д., Беседина М.В., Зайцева О.В., Толстова Е.М.
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
ДГКБ святого Владимира, ДЗМ г. Москвы
Turischev I.V. ORCID is 0000-0003-1544-8564

На сегодняшний день клинические рекомендации являются основным юридическим документом, регулирующим деятельность врача в РФ. Однако, в действительных рекомендациях по лечению пневмонии у детей отсутствуют упоминания об антикоагулянтной терапии. Многочисленные письменные российские и зарубежные работы подтверждают выраженные нарушения гемостаза, риски тромботических осложнений у детей с тяжелой пневмонией, подчеркивают влияние адекватного назначения антикоагулянтов на течение и исход заболевания.

Цель исследования. Оптимизация методики антикоагулянтной терапии при лечении тяжелых внебольничных деструктивных пневмоний у детей.

Материал и методы исследования. Всего в исследование вошли 86 детей, проходивших лечение в ОРИТ с диагнозом внебольничная де-

структивная пневмония. У всех пациентов контролировалась коагулограмма раз в 48 часов как в ОРИТ, так и во время дальнейшего нахождения в профильном отделении, всем пациентам назначалась антикоагулянтная терапия. Пациенты ретроспективно были разделены на две группы: Группа №1 - было включено 42 пациентов, которым проводилась продленная инфузия гепарина из расчета 100-200 ед/кг/сут с дальнейшей коррекцией по уровню АЧТВ, группа №2 - было включено 44 пациентов, которым проводилась терапия дельтапарином из расчета 110 МЕ/кг 2 раза в сутки подкожно с дальнейшей коррекцией по уровню анти Ха.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении статистического анализа получены следующие данные. У всех детей, поступивших в ОРИТ, исходно отмечались выраженные нарушения коагулограммы с тенденцией к гиперкоагуляции, повышением уровня Д димера. В группе №1 значения коагулограммы стабилизировались до субнормальных значений в среднем за 6 суток, в группе №2 за 4 суток. У двух пациентов в группе №1 отмечалась гепарин индуцированная тромбоцитопения, в группе №2 подобных случаев не отмечалось.

Выводы. Использование рациональной антикоагулянтной терапии является необходимым и безопасным компонентом комплексного лечения деструктивной пневмонии у детей.

ПРИМЕНЕНИЕ «ХИРУРГИИ КОНТРОЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК

Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Хидиров Л.А.
Самаркандский филиал Республиканского научного центра скорой медицинской помощи

Актуальность. Быстрое внедрение технического прогресса в нашу повседневную жизнь, увеличение числа развитых скоростных автомобилей, рост урбанизации, рост травматизма на наших улицах остаются одной из причин получения населением серьезных травм. Тяжелые повреждения суставов являются одними из самых смертельных повреждений в детской травматологии. Раненые обычно умирают от множественных ранений вследствие массивной кровопотери.

Цель исследования. Снижение послеоперационных осложнений в результате применения Damage control при повреждениях почек при политравмах у детей.

Материал и методы исследования. В данное исследование включены 18 пациентов, находившиеся на лечении в результате политравмы в отделении неотложной детской хирургии Самаркандского филиала Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи и областных отделений скорой медицинской помощи за последние 10 лет. Из них 12 больных были прооперированы в филиале и в 6 случаях в подотделении. По полу 7 девочек и 11 мальчиков. По причинам травм - автомобильные аварии в 7 случаях, физические тренировки - в 6 случаях, травмы почек - в 5 случаях. В стационарах всем пациентам проводились общий анализ крови и резус-фактор, общий анализ мочи, УТТ и рентгенологические исследования (экскреторная урография).

Результаты исследования и их обсуждения. В последнее время Damage Control стали широко применять не только при травмах грудной клетки, живота и скелетно-мышечной системы, но и при травмах почек. У 2 больных была выполнена срочная лапаротомия без экскреторной урографии в связи с тяжестью состояния и макрогематурией, увеличением забрюшинной гематомы. При лапаротомии повреждение правой почки выявлено в 6 случаях, повреждение левой почки - в 12 случаях. При оценке повреждений почек по классификации Мура повреждение почек II степени выявлено у 3 пациентов, повреждение почек III степени — у 9 пациентов, повреждение почек IV степени. У 2 из них повреждение печени было ушито в связи с сопутствующим повреждением печени. Спленэктомия и спленэктомия были выполнены одновременно 3 пациентам с повреждением селезенки. Учитывая тяжесть политравмы в последний период ушивания повреждений почек, после ушивания повреждений почек был установлен контроль повреждений, тампоны удалены на 7-8-е сутки. При повторных обследованиях функция почек больных удовлетворительная.

Выводы. Целесообразно применять контроль повреждений в почках при тяжелых травмах суставов, при размозженных ранениях почки, чтобы не продлевать время операции, подвергая жизнь больного опасности в результате большого количества потери крови.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ (ЗОЯ) У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Умарова М.Н., Умарзода С.Г., Мадаминова З.А., Азимов С.Х.
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Изучение анамнестических и клинико-морфологических особенностей течения ЗОЯ у детей по данным обращаемости в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ за 2008-2020 года.

Материал и методы исследования. Проведено **с**равнение клинико-анамнестических особенностей 49 случаев ЗОЯ у детей, получавших специальное лечение в отделении детской онкологии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ за 2008-2020 года. Для выявления клинических морфологических особенностей между группами пациентов с гистотипами «тератобластома» (17 пациентов) и «дисгерминома» (25 пациентов) все пациенты были разделены на 2 группы. В исследовании использовались анамнестические, физические, клинико-лабораторные, лучевые, морфологические, статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что основными жалобами при поступлении были боли и пальпируемое образование в брюшной полости, которое имело размеры до 10 см в 19 (40,4%) случаях, и в 28 (59,6%) случаях – более 10 см. УЗ картина опухоли характеризовалась, как опухолевидное образование неоднородной / кистозной структуры, с плотными стенками, многокамерное, с включениями, бугристое, достигающее значительных размеров – 40-400 мм. Средние значения онкомаркера АФП составили 155 Ед/мл, Са-125 – 87 Ед/мл, что превышало референсные значения. Дисгерминома встречалась в более чем половине случаев -25 (53,2%). Статистически значимых различий в клинико-анамнестических показателях между различными гистологическими вариантами выявлено не было.

Заключение. Сравнительный анализ особенностей клинико-морфологического течения ЗОЯ у детей в зависимости от гистологического типа не выявил статистически значимых различий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Умарова М.Н., Мадаминова З.А., Азимов С.Х., Негматова Д.А., Хайталиева Н.Р.
По данным детского отделения РОНЦ Республики Таджикистан
Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения опухолей у новорожденных за 2021-2023 годы в детском отделении ГУ «РОНЦ».

Материал и методы исследования. За 2021-2023 годы в детском отделении ГУ РОНЦ зарегистрированы 145 первично выявленных больных детей со злокачественными опухолями. Из них 11 детей в возрасте до 1 месяца. По нозологии: 2 детей с эмбриональным раком печени, 4 детей с крестцово-копчиковой тератобластомой и 1 ребенок с тератобластомой брюшной полости и забрюшинного пространства, 3 детей с саркомами мягких тканей и один ребенок с нефробластомой эктопированной почки. Из них у 5 больных родители находятся в близкородственном браке.

Результаты исследования и их обсуждение. В отделение детской онкологии ГУ РОНЦ был направлен новорожденный, которому было 20 дней. Со слов родителей опухоль определили 10 дней назад, когда мама купала ребенка. Ребенок от первой беременности, брак не близкородственный. Наследственность не отягощена.Местно: При пальпации в брюшной полости определяется опухолевидное образование размерами 8Х6см, плотной консистенции, подвижное.Ребенок обследован: При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в проекции левой почки имеется опухолевидное образование размерами 6.8Х7.5см.КТ брюшной полости и забрюшинного пространства. Заключение: картина объемного образования верхнего полюса левой почки.Под контролем УЗИ произведена пункция образования. Цитологическое заключение: нефробластома. Произведен консилиум с участием неонатологов, неврологов и анестезиологов по поводу проведения оперативного вмешательства –нефрэктомия слева. Ребенок подготовлен к операции.При ревизии со

стороны органов брюшной полости без патологии. Правая почка обычных размеров. В проекции левой почки имеется опухолевидное образование, которое спаянно с левой почкой. При выделении образования она не исходит от левой почки. Левая почка обычных размеров без патологии. Образование размерами 6Х8 см спаянно с брюшной аортой. С техническими трудностями опухоль удалена. При разрезе почечная ткань.Направлено для гистологического исследования. Послеоперационный период протекал хорошо. Гистологическое заключение: Нефробластома эктопированной почки. Ребенок выписан на 9-ые сутки после операции в удовлетворительном состоянии.В данный момент ребенок находится на учете. Рецидив опухоли не отмечается.

Выводы. Учитывая маленький возраст (до 1месяца) детям со злокачественными опухолями проведение комплексного лечения невозможно из-за уязвимости и некомпенсации некоторых функций организма новорожденного. Исходя из этого альтернативным методом лечения опухолей у новорожденных остаётся хирургический.

ДОСТУПЫ ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т.

Ташкентская медицинская Академия

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста. г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Вопрос о создании эндоскопического доступа (ЭД) к органам грудной полости при видеоторакоскопических (ВТ) операциях представляется важным и не до конца изученным.

Цель исследования. Определить оптимальные зоны установки торакопортов при ВТ эхинококкэктомиях легкого у детей.

Пациенты. В РНПЦМЭХДВ с 2005- по 2023 гг было проведено ВТ эхинококкэктомии 41 детям с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2 до 16 лет.

Для проведения ВТ в верхнем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье (м.р.) по передней подмышечной линии, для троакаров – V м.р. по задней подмышечной линии и III м.р. по парастернальной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V м.р. по передней подмышечной линии, для троакаров – IV м.р. по задней подмышечной линии и III м.р. по парастернальной линии. Для проведения ВТ в среднем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V м.р. по задней подмышечной линии, для троакаров – V и III м.р. по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V м.р. по задней подмышечной линии, для троакаров – IV и II м.р. по среднеключичной линии. Для проведения ВТ в нижнем этаже плевральной полости спереди для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V м.р. по передней подмышечной линии, для троакаров – V м.р. по задней подмышечной линии и III м.р. по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V м.р. по передней подмышечной линии, для троакаров – IV м.р. по задней подмышечной линии и в III м.р. по среднеключичной линии.

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (4,9%) больных: остаточная полость - у 1 (2,5%), экссудативный плеврит - у 1 (2,5%).

Выводы. Сравнительный анализ ближайшего послеоперационного периода показывает высокую эффективность ВТ при эхинококкэктомии лёгких.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Хаиров К.Э., Жумадуллаев Б.М., Калабаева М.М.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г. Алматы, Республика Казахстан.

Актуальность. По статистическим данным опухоли печени у детей составляют 3% от всех новообразований и встречаются чаще до 5 лет. Первичные опухоли печени у детей являются относительно редкой патологией и составляют по данным различных авторов, от 1 до 4% всех новообразований, встречающихся в детском возрасте и до 70% случаев среди них является гепатобластома. [Urata H. Hori H. andother 2004]

У большинства детей гепатобластома обнаруживается поздно, и как правило, по данным визуальной диагностики выясняется, что хирургическое лечение первым этапом не возможно, из-за обширности или мультифокальности поражения. С применением предоперационной химиотерапии значительно улучшились результаты лечения гепатобластомы. Ежегодно в Республике Казахстан выявляются 6 - 8 первичных пациентов с гепатобластомой, что соответствует 1,0–1,3% в структуре всех злокачественных опухолей детского возраста. Отмечается два возрастных пика заболеваемости: с рождения и 16–18-й месяцы жизни

Цель исследования. Повышение эффективности лечения при объемных образованиях печени у детей

Материалы и методы: В НЦП и ДХ с 2009года по 2024 год произведены 61 резекции печени у детей, в возрасте от новорожденности до 18 лет.Из них мальчиков – (30,3%), девочек – (69,7%). Гепатобластома печени – 48 (78,7%). Гепатоцелюларный рак – 4 (6,6%). Гемангиома печени – 6 (9,8%). Альвеококкоз печени – 3 (4,9%). Дети в возрасте до 5 лет – 53, от 5 -10 лет 2 ребенка и старше 10лет – 6 детей. Распределение по объему резекции: правосторонняя гемигепатэктомия- 46 (75,4%), левосторонняя гемигепатэктомия - 8 (13,1%), атипичная резекция печени -4 (6,6%), расширенная гемигепатэктомия – 3 (4,9%). Все пациенты прошли предварительное полное обследование (общеклинические исследования, МРТ брюшной полости с контрастированием, КТ брюшной полости, ЭхоКГ, определение уровня онкомаркеров)

Результаты исследования и обсуждение. Предоперационную химиотерапию от 2 до 4 курсов из 52 детей получили 48. 4 детей не получали предоперационную химиотерапию, так как 3 из них были новорожденными и были оперированы в первую неделю жизни, и 1 ребенок оперирован по жизненным показаниям из-за огромных размеров образования, которое сдавливало жизненно важные органы, что вызывало синдром полиорганной недостаточности. Двум новорожденным с гигантскими гемангеомами печени проведено комбинированное лечение. Первым этапом – эмболизация правой ветви печеночной артерии, вторым – правосторонняя гемигепатэктомия, через 30 минут после первого этапа.Интраоперационные осложнения в виде массивного кровотечения отмечались в 2 (3,3%) случае, из-за инфильтрации опухоли в нижнюю полую вену.У 3(4,9%) пациентов в послеоперационном периоде наблюдались желчные свищи. Все оперированы повторно с наложением У-образного гепатоеюноанастомоза по Ру. Ранняя послеоперационная летальность отмечалась у 4 (6,6%) пациентов. Остальным детям в послеоперационном периоде проведена адъювантная химиотерапия по протоколу, в зависимости от радикальности хирургического вмешательства, биологической активности опухоли, лечебного патоморфоза. В послеоперационном периоде и по завершению терапии проводились визуальные методы диагностики и определялся уровень альфа-фетопротейна. Нормальный уровень онкомаркера достигнут у 77,8% пациентов и у 22,2% больных оставался незначительно увеличенным. При оценке результатов комбинированного лечения больных с ГБ и ГЦК, общая выживаемость составила 90,0±6,8%, с медианой наблюдения 49,5 мес.

Заключение. Таким образом, опыт различных авторов и наш опыт лечения злокачественных новообразований печени у детей свидетельствует о том, что при хирургическом вмешательстве необходимо обязательно производить тотальную экстирпацию опухолевидного образования и затем провести хорошо подобранную адъювантную химиотерапию. При неоперабельной опухоли предварительно проводится продолжительная предоперационная химиотерапия, а потом операция - удаление пораженного участка, затем постоперационная химиотерапия. Применение предоперационной химиотерапии способствует возможности проведения различных вариантов радикальных хирургических резекций опухоли печени, что возможно только в результате междисциплинарного подхода высокоспециализированных специалистов, наличии и применении современных технологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НХЛ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Хайталиева Н.Р., Хусейнзода З.Х., Умарова М.Н., Мадаминова З.А
Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Введение. Описан наш первый опыт внедрения эндолюмбальной химиотерапии в детском отделении ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ Неходжкинская лимфома (НХЛ) у детей. Все дети получали ПХТ согласно протоколам лечения BFM NHL-90. Внедрение этого метода позволило уменьшить риск возникновения одного из грозных осложнений НХЛ у детей - лейкемизации оболочек головного мозга. Это позволило улучшить процент выживаемости больных детей с НХЛ в Республике Таджикистан.

Цель исследования. Оценить результаты лечения НХЛ у детей в Республике Таджикистан по схеме BFM.

Материал и методы исследования. За период 01.03.2017 по 03.03.2019 гг. в детском отделении ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ на обследовании и лечении по схеме BFM NHL - 90 находились 27 больных детей с диагнозом НХЛ. В возрастной категории от 6 месяцев до 16 лет, среди которых мальчики составили 17(62,9%) наблюдений, девочки – 10 (37,1%). Пик заболеваемости приходится к 5-7 (59,2%) году–16 детей из 27. По топической принадлежности первичная опухоль локализовалась в забрюшинном пространстве – в 16 (59,2%) случаях и средостении - 5 (33,4%), лимфоузлы на шее и периферии – у 6 (22,2%) пациентов, в связи с чем клиника, в основном, складывалась из жалоб на увеличение размеров живота, кашель, затруднение глотания, дыхания, отдышку, а также слабость, потливость, субфебрильную температуру. В наше исследование было включено 27 больных детей, у которых выявлен диагноз НХЛ, верифицированный иммунохистохимическим исследованием. В процессе обследования у 2 больных детей после миелограммы выявлена бластная трансформация и больные дети переведены в гематологическое отделение.

Результаты исследования и их обсуждение. Поражение костного мозга по данным миелограммы было диагностировано в 2 случаях. Всем больным после 4 курса было проведено КТ исследование, миелограмма, цитологическое исследование ликвора на бластные клетки. Во всех случаях проводили морфологическую верификацию диагноза.

При распределении по гистологическим вариантам превалировали: Т клеточный вариант у 18 (66,7%) больных и В - клеточный у 9 (33,3%) больных. У 17 больных после проведения интратекальной химиотерапии была достигнута полная регрессия опухолевого процесса. Эти больные получили по 6 курсов эндолюмбальной химиотерапии, 2 (7,4%) больных получившим ПХТ, из-за отсутствия эффекта, были проведены еще 2 курса ПХТ. У 2(7,4%) больных в процессе лечения отмечалось прогрессия заболевания, в результате чего больные экзотировали. Полная регрессия заболевания после каждого курса: 17 (62,9%), частичный ответ 4 случаев (14,8%)- стабилизация у 2 (7,4%) случаев, прогрессия опухоли у 2 (7,4%)случаев. 3 летная выживаемость составила 77,7%.

Заключение. Результаты химиотерапии показывают эффективность лечения, хороший прогноз заболевания, улучшилось качество жизни больных. 3-х летняя выживаемость увеличилась до 77,7%/

ОСОБЕННОСТИ АУДИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Хакимов Б.Дж., Холиков З.Х.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Повысить эффективность ранней диагностики патологии слуха у детей

Материал и методы исследования. На базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» было обследовано 45 детей в возрасте от 8 до 17 лет за 2020-2022 г. Все дети были обследованы аудиометром «Interacoustics AD226». Обследования проводились в тихих помещениях в соответствии с процедурой. Определялись пороги слышимости в диапазоне частот 150 до 8000 Гц. Положительным результатом аудиологического скрининга принято значение 25 Дб на любой из частот.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании детей положительный результат получен у 29 (64,4%) детей. У 11 (24,4%) выявлена

нейросенсорная тугоухость. У 6 из них (13,3%) отмечалось односторонняя тугоухость, а у 4 (8,9%) остальных отмечалось двухсторонняя тугоухость. Среды 6 выявленных больных с односторонней нейросенсорной тугоухостью также было обнаружено снижение слуха на низкие частоты, а у остальных 4 больных было отмечено снижение слуха на высокие частоты.

Кондуктивная тугоухость было у 5 (11,1%) детей, где отмечалась нарушение слуха по воздушному пути, при этом изменение в костной проводимости не отмечается.

Выводы. Таким образом было выявлено, что снижение слуха среды детей школьного возраста является одним из актуальных проблем и занимает лидирующую позиция среды патологии ЛОР – органов. Аудиометрические методы диагностики позволяет своевременно выявлять начальные стадии заболеваний и предотвращать стойкое нарушение слуха. Следовательно, ежегодный аудиологический скрининг детей школьного возраста позволяет значительно снизить патологии органов слуха.

ТОТАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Хамитов М.[1], Аипов Р.[2], Лозовой В.[1], Танат З.[1], Бураев Г.[1]
НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан.
КазНМУ имени С.Д. Асфедиярова, Алматы, Казахстан.

Цель исследования. Поделится опытом применения способа снижения рисков развития энтерита при тотальной форме болезни Гиршпрунга (ТБГ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 24 больных с ТБГ оперированных в период с 2000 по 2023 годы. Дети с другими формами болезни Гиршпрунга в исследование не входили. В первой группе 17 детей, оперированные с низведением тонкой кишки: из них 2 по способу Кимура; 8-Соаве/Болея; 7-Свенсон. Вторая группа – 7 детей с низведением тонкой кишки по Свенсону и формированием клапанного механизма по разработанной нами методике.

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети наблюдались в период от 1 года до 15 лет после операции, особое внимание уделялось признакам энтерита, связанным с внутрикишечной гипертензией и восходящим инфицированием тонкой кишки. За явления энтерита принимались следующие симптомы: вздутие живота, рвота, повышения температуры тела, диарея. В первой группе атаки энтерита отмечались у 14 (82,3%) детей. При этом, у 7 (41,1%) эпизоды повторялись 3-4 раза в год; у 1 (5,9%) ежемесячно и требовало проведения инфузионной терапии. Во второй группе атаки энтерита отмечались 2-3 раза в год у 2 (28,5%) детей, у 3 детей отмечались только эпизоды вздутия живота. Ни одному них не требовалась госпитализация. Всем детям второй группы проведено рентгенконтрастное исследование низведенной тонкой кишки с водорастворимым контрастом, которое показало удовлетворительное функционирование искусственного клапанного механизма.

Вывод. Новый подход к хирургическому лечению ТБГ с формированием искусственного клапанного механизма из тонкой кишки позволяет снизить частоту Гиршпрунг-ассоциированного энтерита.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики геморроя у детей, путем изучения особенностей клинического течения.

Материал и методы исследования. На клинической базах (1-ГДКБ, СДМЦ и частной клинике ДХ-Шифо) за последние более 11 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 108 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 год – 4 (3,7%); 1–3 лет – 30 (27,7%); 3–6 лет – 49 (45,3%); 7–12 лет – 13 (12%); 13–18 лет – 12 (11,1%). При

этом, высокая частота геморроя отмечена у детей раннего (27,7%) и дошкольного (45,3%)возраста, где составляет 73%.

Выявлен наружный геморрой – у 103 (95,3%); внутренний – у 4 (3,8%) и комбинированный – у 1 (0,9%). Мальчиков было 71 (66%), девочек 37 (34%). Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ортостатической физической нагрузки (переседения), ректальное пальцевое исследование, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно: УЗИ доплером изучали сосудистое нарушение органов тазового дна и промежности; при полипозиционнойирригографии (ППИ) выявлено состояния удлинения и дефекты фиксации толстой кишки; при ректороманоскопии (РРС) состояние слизистое прямой и сигмовидной кишки, приводящей к кровотечению или двухмоментному акту дефекацию.

Результаты исследования и их обсуждение. При клиническом обследовании изучен причины геморроя у детей: упорные хронические запоры (ХЗ) – у 42% больных; усиленная диарея – у 18%; двухмоментный акт дефекации длительного сидения и натуживания - у 30%; напряжения в спорте - у 10%; напряженный и непрерывный кашель – у 5,5%; затрудненные и напряженные мочеиспускание – у 4,5%) и др., которое способствовали повышению внутрибрюшного давления. Они в возрастном аспекте отличались; В дошкольном возрасте - периодические и длительные сидение на горшке или унитазе; в школьном - часто способствовали упорные ХЗ; в подростковом - перенагрузки и перенапряжения в процессы спортивных упражнениях или физической работе и долгое сидение около компютерах и др.

У детей с геморроем, в анамнезе которых отмечались долгое сидение и натуживания в горшке, при ирригографии выявлена колоноптоз и многопетлистые формы долихосигмы. У больных с ректальными кровотечениями при ректороманоскопии выявлена: полипы прямой кишки, эрозивный проктосигмоидит и дизбактериоз кишечника 2 степени.

Детей с геморроем в анамнезе установлены: протрузия мягких тканей в области ануса – 84%, сочетание выделение крови из ануса в анамнезе – 52%, кровотечение на момент поступления – 11%, беспокойство и болевой синдром -7%. По клиническому течению острый геморрой (ОГ) отмечен у 32 (30,2%) детей, хронический геморрой (ХГ) у 70 (66%). У 3 (0,3%) больных кровотечение из расширенных геморроидальных вен развилось на фоне портальной гипертензии, у 1 (0,1%) больного на фоне гемангиомы прямой кишки. У 13 (12,2%) детей родители страдали геморроем.

При первичной диагностике ГУ чаще выявляли на локализации 3, 7 и 11 часах условного циферблата. на соответствующей локализации геморроидальных подушках (ГП): на 2-5 часах по циферблату – у 24 (32,5%); на 6-9 – у 30 (40,5%), на 10-12 часах – у 20 (27%). Эти типичные локализации ГУ потверждают врожденный генез заболевания у детей. Размеры ГУ были от 0,5 см. до 2,5 см.

По количеству ГУ было отмечено: с одним выявлен– у 52 (60%) больных; с двумя – у 25(29%); с тремя – у 8 (9%), более 3-х - у 2 (2%). Выпячивание ГУ при ортостатической нагрузке, транзиторное состояние было у 39 (36,1%) и постоянное выпячивание – у 60 (55,5%), из них у 9 (8,4%) больных отмечался тромбоз ГУ.

Геморрой у детей в младшем возрасте клинически протекал более атипичной форме, чем у детей старшего возраста. Геморрой у маленьких детей проявляетсяпостепенно, незаметно, возникает чувство дискомфорта в области заднего прохода, кровотечение отсуствовали. В школьном возрасте к этому симптому присоединяется зуд заднего прохода. В старшем возрасте локальные боли в области ануса появляется позднеепосле присоединения воспалительных явлений (трещины ануса, эррозии, язвыили полипы слизистые прямой и сигмовидной кишки). При тромбофлебите на фоне ущемлении ГУ акт дефекации был затруднён и болезненный, на УЗИ выявлены тромбированных ГУ, где отмечено замедление кровотока.У всех возрастных группах основным симптомом геморроя было только увеличение ГУ или ГП, геморроидальных кровотечений было редко.

Выводы. Геморрой у детей часто встречается дошкольного возраста в виде протрузии с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. У детей школьного возраста кроме протрузии беспокоит зуд и боли в области ануса на фоне воспалительного процесса.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Равшанбеков Ш.Ж.
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Республики Узбекистан

Цель исследования. Представить опыт лечения пациентов с гемангиомами толстой кишки.

Материал и методы исследования. На базе первой городской детской клинической больницы г. Ташкента за последние 5 лет. Полечено 2 мальчика в возрасте 7, 8 и 13 лет с сосудистыми аномалиями толстой кишки. У двух детей дебют заболевания в виде кровотечений из прямой кишки про явился в возрасте 3 лет. В одном случае родителями отмечена связь с перенесенной ранее вирусно-бактериальной инфекцией с последующими функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, в другом — причиной явилась стрессовая ситуация (потеря мамы). У больного 13 лет заболевание развилось остро с клиникой обильного кишечного кровотечения, что потребовало экстренной госпитализации.

Результаты исследования и их обсуждение. Детям в плановом порядке выполнили фиброколоноскопии (ФКС) на которых, в двух одном случаях обнаружен сосудистые образования 1,5 см до 3,0 см в диаметре в верхних отделах прямой кишки и у одного пациента диагностирована гемангиома размером до 4,5 см в ректосигмовидной кишке. В дальнейшем пациенты были отправлены на медицинскую паузу с назначением курса противовоспалительного, гемостатического лечения и рекомендациями по питанию. При этапной госпитализации у детей 7 и 8 лет патологию на ФКС подтвердили, что свидетельствовало не спонтанную регрессию процесса. Применения БППП по Соаве-Болей в двух случаях потребовалось ликвидировать гемангиому в стенке ректосигмовидного отдела толстой кишки с последующим низведением и наложением однорядного непрерывного швов. При гистологическом исследовании гемангиома была подтверждена. В послеоперационном периоде осложнений не отмечали. На контрольных осмотрах со стояния детей соответствовало удовлетворительному, кровотечений при дефекациях не было. Показатели гемоглобина, эритроцитов соответствовали возрастным нормам.

Таким образом, больные с гемангиомами ректосигмоидного отдела толстой кишки требуют клинического наблюдения и ФКС-контроля, так как патологическое состояние в ряде случаев, способно к спонтанной регрессии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

[1,2]Ходжаева Дж. К., [1,2]Икромов Т.Ш., [1]Абдулалиев А., [2]Икромов П.Б.
[1]ГОУ ИПО СЗ РТ, кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста
[2]ГУ "Республиканский научно-клинический педиатрии и детской хирургии" МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Разработка методов обезболивания при операции на легких.

Материал и методы исследования. Нами изучены 70 больных детей с заболеваниями легких в возрасте от 7 до 17 лет в комбинации нейролепанальгезии (НЛА) и кетаминовой анестезии. Проведен сравнительный анализ течения двух видов анестезии при оперативных вмешательствах на лёгких у детей. Больных с заболеваниями легких распределили на 2 группы в возрасте от 7 до 17 лет. Первую группу составили 52 больных, из них с хроническим деформирующим бронхитом (ХДБ) было – 11 (21,1%), с односторонней бронхоэктазией 18 (34,6%), с двусторонней – 6 (11,5%), с хроническим абсцессом легких – 9 (17,3%) и хронической эмпиемой плевры – 8 (15,3%) больных. Было проведено: резекция верхней доли – 4 (7,6%), средней – 1 (1,9%), нижней – 17 (32,6%), нижней и средней – 4 (7,6%), нижнего и язычкового сегментов – 15 (28,8%), декортикация с сегментарной резекцией лёгкого – 4 (7,6%) и пульмонэктомия – 7 (13,4%). 2-ю группу составили 18 больных из них ХДБ был у 2 (11,1%), односторонняя бронхоэктазия у 2 (11,1%) и хроническая эмпиема плевры – у 2 (11,1%) больных. Им были произведены следующие операции; пульмонэктомия (4), резекция нижней доли и язычкового сегмента 7 (38,8%), резекция нижней и средней долей правого легкого - 5 (27,7%).

Также изучены показатели центральной гемо-

динамики: МОК, УО, СИ, УИ, ЧСС и ОПСС по общепринятой методике на 3-х этапах операции (начало, травматичный этап и конец).

Результаты исследования и их обсуждение. Больным 1-ой группы с целью премедикации внутримышечно вводили следующие препараты: атропин, димедрол и промедол из расчёта 0,1 мл/год жизни, дроперидол (0,25% - 0,1мг/кг) и кетамин (0,1мл/кг). В качестве вводного наркоза использовали раствор тиопентала натрия (5-7 мг/кг) и кетамина (1 мг/кг). Миоплегию проводили ардуаном (0,03-0,04 мг/кг) и листеноном (2,0 мг/кг) и проводили интубацию трахеи. ИВЛ осуществляли аппаратом Hemilton C1 в режиме умеренной гипервентиляции в возрастной параметрах с ингаляцией 100% кислородом. До начала операции внутривенно вводили фентанил (0,003-0,005 мг/кг) и дроперидол (0,1 мг/кг).уровень наркоза поддерживали фракционным введением фентанила и кетамина по необходимости, расход фентанила и кетамина составлял 0,005 мг/кг/ч и 4,0 мг/кг/ч.

Больным второй группы премедикация по вышеуказанной дозировке внутримышечно вводили атропин, димедрол и промедол из расчета 0,1 мл/год жизни. Вводный наркоз осуществлялся внутривенным введением тиопентала натрия (5-7 мг/кг). После введения дитилина (2мл/кг) выполняли интубацию трахеи. За 5 минут до начала операции внутривенно струйно вводили фентанил (0,009мг/кг), дроперидол (0,2-0,3мл/кг) и кетамин (2,0 мг/кг). Для поддержания анестезии применяли НЛА с внутривенным введением фентанила (0,009 мг/кг/ч) и кетамина (6 мг/кг/ч) через каждые 20 мин. Последнюю дозу вводили за 30 мин до окончания операции. Средняя продолжительность операции составляла 2,5 ч.

У больных 2-ой группы (18) после введения вводного наркоза и интубации трахеи (II этап) наблюдалось уменьшение ОПСС на 28,4±6,1 от исходного. На II-III этапах исследования отмечалась гемодинамическая реакция кровообращения. На II этапе наблюдали увеличение уровня МОК на 35±11%, УИ – 11,2±3,2%, ИС – 20,4±4,3% от исходных данных. Снижение показателей гемодинамики САД происходит в результате снижения периферического сосудистого сопротивления 28,4±6,2% от исходной величины за счет периферической вазодилатации, увеличения ёмкости венозной системы, в результате создаются для централизации кровообращения и уменьшения ОЦК.

На III этапе исследования у больных 2-ой группы наблюдалось снижение показателей по сравнению с исходными величинами: УО - на 12,2±1,1%, МОК - на 16,3±2,4%, УИ – на 15,1±2,3%, и СИ – на 8,1±1,4% Повышение показателей центральной гемодинамики на III этапе происходит в результате увеличения ОПСС на 15,3±3,2% от исходной величины на счет усиления катехоламинов в результате неадекватного обеспечения анестезии, что приводит к снижению уровня МОК, УО, СИ, УИ и увеличения МРЛЖ.

Следует отметить, что у 6 больных 2-ой группы с III степени операционно-анестезиологического риска (СОР) на II-III этапах исследования наблюдалось уменьшение уровня МОК на (12,1±3,2%), УО (18,1±2,7%), УИ (22,3±3,3%) и СИ (18,1±2,8%), данный уровень держался до конца операции.

Таким образом, введение поддерживающей дозы наркотического анальгетика (НА) по клиническим признакам наркоза позволяет уменьшить расход НА, ослабить кардиодепрессиный эффект и обеспечить адекватную анестезию у детей при операциях на легких.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТАХ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Холиков З.Х., Хукумзода М.З.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить клинический эффект аэрозольной формы интерферона альфа 2b (интераль) при острых риносинуситах вирусной этиологии в монорежиме.

Материал и методы исследования. Клинические исследования включали анализ данных 57 больных с острыми риносинуситами вирусной этиологии в возрасте от 7 до 13 лет. Из них 32 мальчика и 25 девочек. Больные методом случайного распределения были разделены на основную (n=29) и контрольную (n=28) группы. Всем больным проведены эндоскопия ЛОР - органов, рентгенография околоносовых пазух и клинико-лабораторные исследования.

Больные основной группы получали аэрозольную форму интерферона альфа 2b (интераль) интраназально по 2 дозы 3 раза в день. Больным контрольной группы назначены традиционные методы лечения, без применения препарата интераль.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении консервативного лечения состояние больных улучшилось в обеих группах. В основной группе к 3-му дню затрудненность носового дыхания снизилась на 32,7%, к 7-му на 96%, в контрольной группе – лишь на 24% и 87,8% соответственно; выделения из носа уменьшились в основной группе соответственно на 37,4% и 93,4%, в контрольной – на 33,4% и 91% отек слизистой носа купирован на 30% и 94,7% в основной группе и на 25,6% и 90% - в контрольной; гиперемия слизистой оболочки полости носа у больных основной группы уменьшилась на 34,7%, и 96,7%, в контрольной – лишь на 26,7% и 93,6%. На 3 сутки на фоне применения препарата – интераль аэрозольной формы, такие клинические проявления как: затрудненность носового дыхания на 8,7%, выделения из носа на 4%, отек на 4,4% и гиперемия слизистой носа на 8% уменьшились в основной группе в сравнении с контрольной. В группе детей, принимающих аэрозольную форму препарата интерферона альфа 2b (интераль) на 7 сутки терапии, отмечены единичные случаи сохранения субъективных ощущений у 3 человек. Проведенные исследования показали, что в результате лечения аэрозольной формой интерферона альфа 2b (интераль) у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины.

Выводы. Таким образом, интраназальное применение аэрозольной формы интерферона альфа 2b (интераль), является перспективным методом лечения острых риносинуситов вирусной этиологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФУРАСОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Холиков З.Х., Хукумзода М.З.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинический эффект «Фурасол» при лечении риносинуситов у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 больных с риносинуситом. Средний возраст детей от 5 до 15 лет, из них 16 мальчиков и 14 девочек, которые получали препарат «Фурасол» (основная группа) и 12 пациентов, которым проводили общепринятое лечение (контрольная группа). До начала лечения пациентам проводилось риноскопия, исследованы основные функции носа, изучены иммунологические параметры. Проводили промывание носа раствором фурасола – 2 -3 раза в сутки в течение 5-8 дней без каких-либо негативных последствий.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных основной группы, получавших фурасол к 5-му дню лечения наблюдалось улучшение, а к 8 дню выздоровление. В группе контроля отмечены более медленные темпы выздоровления: к 8 дню наблюдалось улучшение, а лишь к 10 дню выздоровление. Проведена сравнительная оценка результатов лечения в основной и контрольной группах. При оценке результатов лечения учитывались динамика таких показателей, как затруднение носового дыхания, количество выделений из носа, отек слизистой оболочки носа, ее гиперемия и инфильтрация, рентгенологические признаки. Благодаря хорошей эффективности препарата, фурасол быстро проникает в воспалительные ткани и эффективно устраняет воспалительный процесс. Фурасол – противомикробное средство, производное нитрофурана. В зависимости от концентрации оказывает бактериоцидное или бактериостатическое действие. Хорошо переносится, доступен.

Выводы. Для профилактики и лечения риносинуситов следует начинать использование фурасола не дожидаясь каких-либо осложнений. Рекомендуется в качестве обязательной терапии в лечении риносинуситов, что приводит быстрому эффективному выздоровлению.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Хукумзода М.З. Холиков З.Х.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и лечения различных форм аллергического ринита (АР) с сопутствующими заболеваниями со стороны ЛОР-органов.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 188 пациентов с сезонной и круглогодичной формами аллергического ринита в возрасте от 9 до 15 лет. Мальчиков было - 103, девочек - 85. Аллергологическое исследование больных включало: сбор аллергологического анамнеза по специальному вопроснику, составленному нами, скарификационные кожные пробы с 35 видами пыльцевых аллергенов, провокационные пробы назальные.

Результаты исследования и их обсуждение. Для диагностики и лечения использовались пыльцевые аллергены, изготовленные вакцины и сыворотки и краевые аллергены (т.е. аллергены, изготовленные из трав, произрастающих только в данной местности), изготовленные лабораторией аллергенов эпидемиологии и микробиологии. Особенностью этиологии АР с сопутствующей патологией со стороны ЛОР-органов является ведущее значение пыльцы сорных трав, второе место занимают луговые травы и злаковые, а участие пыльцы деревьев, кустарников незначительно. Причем к пыльце местной аллергенной флоры определялась высокая степень чувствительности. Также проверена связь результатов кожных аллергических проб с данными анализа показателя повреждения нейтрофилов (ППН). Совпадение положительных ответов на кожные пробы и ППН отмечено для пыльцевых аллергенов в 44% случаев. Следовательно, достоверное определение этиологии АР с сопутствующими заболеваниями со стороны ЛОР-органов может быть только при комплексном применении указанных диагностических тестов. Совпадение данных по всем показателям достоверно чаще наблюдалось для краевых аллергенов. Характерным является повышенная чувствительность к большому числу аллергенов одновременно - полисенсибилизация. Так, при АР в 30% случаев была повышенная чувствительность к 9 аллергенам и более. С помощью аллергометрического титрования эндоназально (как более безопасного) установлено, что чувствительность больных к краевым аллергенам очень высока. Так, пороги чувствительности к аллергену пыльцы деревьев равнялась в среднем 10-4 разведения аллергена. Чувствительность к пыльце луговых трав у 53% больных достигала 10-6 разведения. В то же время у 50% больных с сенсибилизацией к сорным травам пороги были выше, до 10-9 разведения аллергена (при аллергометрическом титровании на слизистой оболочке носа). В настоящее время аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) по-прежнему остается единственным этиологически обоснованным методом лечения аллергических заболеваний. АСИТ модулирует иммунологический ответ на специфический аллерген, изменяя соотношение Th2 и Th1 в сторону преобладания Th1 ответа. Также АСИТ предупреждает расширение спектра аллергенов, обеспечивает длительную ремиссию. Но этот метод терапии нельзя назвать универсальным, особенно когда аллергический ринит протекает в ассоциации с другими заболеваниями со стороны ЛОР-органов. Поэтому постоянно ведется поиск наиболее перспективных модификаций, направленных на многие звенья патогенеза заболевания, так как отдельно взятые методы лечения не всегда приносят желаемые результаты. В настоящее время особый интерес представляет иглорефлексотерапия (ИРТ). Лечебное действие ИРТ при аллергических заболеваниях объясняется возникновением как общей реакции организма, приводящей к десенсибилизации, так и местных изменений в «шоковом» органе, то есть в носовой полости и околоносовых пазухах. Было доказано иммуномодулирующее воздействие акупунктуры у пациентов с различными формами аллергического ринита с сопутствующими заболеваниями со стороны ЛОР-органов. При этом исследован иммунный статус (содержание CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD72+ - лимфоцитов, концентрации IgM, IgG, IgA, IgE и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови. Изучено содержание цитокина «атопического» IL-4 в сыворотке крови, а также его концентрации в смывах с мазков-отпечатков со слизистой носа, проведенные по усовершенствованной авторами методике.

Выводы. Категория больных с различными формами аллергического ринита с сопутствующей ЛОР - патологией должна получать комплексную терапию, включающую АСИТ, иглорефлексотерапию; также, по показаниям**,** используются и

хирургические методы лечения.

В профилактическом лечении сезонного аллергического ринита эффективна иглорефлексотерапия с использованием аурикулярных и корпоральных биологически активных точек, особенно учитывая поливалентную сенсибилизацию у этих больных. Сопутствующие аллергическому риниту заболевания носовой полости, околоносовых пазух, глотки, гортани и среднего уха оказывают взаимовлияние и с этих позиций вполне закономерно параллельное развитие воспаления, как в носовой полости, так и со стороны других ЛОР - органов. Поэтому необходимость коррекции имеющегося искривления перегородки носа, необходимость хирургического лечения гипертрофического ринита и другой патологии при аллергическом рините не вызывает сомнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБАТРОФИЧЕСКИХ ФАРИНГИТАХ

Хукумзода М.З., Холиков З.Х.
ГУ «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Изучить эффективность препарата прополиса для восстановления и повышения местного защитного свойства слизистой оболочки глотки при хронических фарингитах

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2019 по 2020 гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» находились 43 больных с хроническим субатрофическим фарингитом, среди них 31 мужчин и 12 женщин. Возраст больных варьировал от 15 до 46 лет, средний возраст 27±5.

В зависимости от методов терапии все пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили 28и вторую 15 больных. Всем больным проведено оториноларингологическое и бактериологическое исследования до и после лечения. До начала лечения больные предъявляли жалобы на першение и чувство инородного тела в горле при глотании, сухость, дискомфорт, прикоторых часто возникает желание выпить глоток воды. При пальпации отмечалось увеличение верхних шейных лимфоузлов. При фарингоскопии были видны истонченность и сухость слизистой оболочки задней стенки глотки и небных дужек, которые имеют бледно-розовый цвет с блестящим оттенком.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение больных проводили в течении 7 дней по следующей схеме: пациентам 1-ой группе назначали полоскание с шалфеем, смазывание задней стенки глотки токоферолам на глицерине по 10 мг. 2 раза в день и облепиховое масло 3-5 капли в нос 1 раз на ночь.Пропасол аэрозоль 3 раза в день брызгать в горло.Парентеральное применение комплекса витаминов группы В по 1 таблетки 3 раза в день.

Пациентам второй группы назначен препарат фарингосепт 30 мг/сут., который имеет противовоспалительное и антисептическое действие, освежает полость рта.

После проведенного лечения у больных 1 группы наблюдалось улучшение общего состояния больных. Пациентов меньше стали беспокоить кашель, сухость и першение в горле.Уже через 5-6 дней после применения пропасола была отмечена положительная динамика. При фарингоскопии отмечалось уменьшение сухости и субатрофическогопроцесса слизистой оболочки, которая указывает об улучшение общего состояния, что связанос антимикробным, иммуномодулирующим, а также антисептическим свойствами прополиса.

У больных второй группы после применения фарингосепта отмечалось улучшение состояния. Фарингоскопическая картина показало, что слизистая оболочка задней стенки глотки оставалась розовой, влажной, без участков выбухания и истончения.Однако сухость задней стенки глотки и першение все еще отмечались у 4 (26,7%) больных данной группы.

Выводы. Применение местнойтерапии препаратом прополиса, имеющего антибактериальное, противовоспалительное иимуномодулирующее свойства в лечении хронического субатрофическогофарингита эффективно способствует уменьшению субъективных и фарингоскопических симптомов.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ВИДЕОТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНЫЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Рузиев Ж.А.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Хирургическая коррекция – единственный эффективный метод лечения воронкообразный деформации грудной клетки (ВДГК) у детей, о чем свидетельствуют многочисленные исследования, констатирующие улучшение качества жизни у детей.

Материал и методы исследования. В Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского медицинского университета с 2017 по 2022 гг. 22 больным успешно проведено нами разработанный модифицированный метод видеоторакопластики больным с ВДГК.

Материал и методы исследования. Техника проведения модифицированный метод видеоторакопластики:

Положение больного на спине. Под общим интубационным наркозом, после обработки операционного поля на грудную клетку прицельно на место установки прикладывается специальная, Т-образная коррегирующая металлопластина, подготавливанная заблаговременно, для каждого больного индивидуально, по специальному шаблону, снятому с грудной клетки пациента. В отличие от традиционной торакопластики в модифицированном методе видеоторакопластики не создавался широкий травмирующий подкожный тоннель, необходимость в этом отпадала путем выполнения с каждой стороны грудной клетки по 2 разреза: медиального у края грудины и латерального по среднеаксиллярной линии. Длина кожных разрезов не превышала 2,0 см. Для визуального контроля через два латеральных прокола с обеих сторон в грудную полость устанавливали камеры торакоскопа. Латеральный и медиальный разрезы с каждой стороны соединялись подкожным туннелем. Через левый медиальный разрез вводили инструмент-проводник, которым, скользя непосредственно по задней поверхности передней грудной стенки, формировали тоннель в правую плевральную полость. К концу инструмента-проводника, выведенного из правостороннего медиального доступа, привязывали прочную нить - проводник. Инструмент-проводник извлекали в обратном порядке. Конец пластины привязывали к нити-проводнику слева. Проведение пластины осуществляли через левый латеральный разрез слева-направо вдоль сформированного тоннеля выпуклой стороной к позвоночнику. Затем пластину переворачивали на 180°. Давление пластины на заднюю поверхность грудины вызывало коррекцию грудинно-реберного комплекса на глазах. Учитывая увеличение грудной клетки ребенка по мере роста, между концами пластины и грудной стенкой оставляли просвет 0,5 - 0,8 см. Концы пластины фиксировали к ребрам и укрывали мышцами. Плевральные полости не дренировали. Раны послойно ушивали.

Таким образом, модифицированный метод видеоторакопластики при хирургической коррекции ВДГК у детей позволяет максимально точно моделировать металлопластину для каждого пациента индивидуально и стереовидеоторакоскопический контроль снижает риск развития интраоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Шахриев А.К., Махмудов З.М., Байжигитов Н.И.
Самаркандского Государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.

Введение. Гематогенный остеомиелит у детей – патологическое состояние, при котором происходит гнойное поражение всех структур кости вместе с окружающими их тканями, а также костного мозга (ГО). ГО может поражать любые кости в организме, но чаще всего страдают длинные трубчатые кости конечностей (бедренная, большеберцовая, плечевая). В структуре гнойно-септической патологии ГО составляет от 2,0% до 15,0%. Несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике и лечении ГО на сегодняшний день сохраняется большое количество осложнений, а летальность составляет от 0,2% до 17,0%.

Цель исследования. Применение современных инновационных технологий в лечения гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и методы исследования. Данная работа проведена в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета. В работу включены данные 398 детей от 3 до 17 лет с диагностированным ГО, которые пролечены за последние 25 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. При ГО длинных трубчатых костей (112 больным) была применена остеоперфорация костей с установлением игл - щурупов (ИЩ). А при поражении костей тазобедренного сустава (81 больным) применили оригинальный метод дренирующей остеоперфорации крыши вертлужной впадины (ДОКВВ). Применение ИЩ и ДОКВВ в данных группах больных позволил снизить летальность с 10,8% до 1,8%, хронизацию воспалительного процесса с 48,3% до 22,7%, ортопедические последствия с 25,4% до 4,8%. 106 пациентам с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХГРО) применили разработанный нами способ - методику расширенной секвестрнекрэктомии с реканализацией пораженной кости. Предложенная тактика хирургического лечения ХРГО способствовала снижению частоты раневых гнойных осложнений с 20,3 до 3,8%, сокращению сроков стационарного лечения с 31,2±2,1 до 21,9±0,6 дней.

Выводы. Результаты данного исследования свидетельствуют о возможности совершенствования хирургического лечения гематогенного остеомиелита у детей. Разработанные и внедренные на основе проведенного исследования инновационные методы, позволяют улучшить результаты лечения, снизить количество ортопедических последствий и летальность.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Бабаяров К.Р., Дусяров Ж.Т, Унабоев Ж.О., Исоков А.М.
Шамсиев Ж.А. – ORCID 000-0002-4193-7372
Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Инородное тела (ИТ) дыхательных путей одна из самых распространенных медицинских проблем у детей раннего возраста. Существует негласное правило: все мелкие предметы, которые находятся у малыша в руках, без просмотра родителей быстро оказываются в носу или во рту. Для удаление ИТ дыхательных путей единственной манипуляцией спасающей жизнь ребенка является бронхоскопия.

Цель исследования. Усовершенствование анестезиологических пособий при инородных телах дыхательных путей у детей.

Материал и методы исследования. В специализированной детской хирургической клинике СамГМУ за период 2020-2023 годы пролечено 117 детей с инородными телами дыхательных путей в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. В нашей клинике бронхоскопии проводились в экстренном порядке 106 (90.5%), плановая бронхоскопия в 11 (9.5%) случаях, когда инородное тело находилось в дыхательных путях более 1 месяца. Возраст детей был до 5 лет 89 (76%) до 10 лет 22 (18.8%) старшя 10 лет 5 (4,2%) детей. Мальчики 65 (55.5%), девочки 51 (43,5%). Перед бронхоскопией всем больным назначена премедикация без наркотических анальгетиков за 30 минут до манипуляции. Применяли стандартную премедикацию (атропин сульфат, димедрол и ненаркотические анальгетики возрастной дозировке). Анестезия проводилась с применением миорелаксантов средного действия атракуриум с управляемым дыханием и подачей кислорода. Вводный наркоз кетамин 2-3мг/кг. В качестве миорелаксации раствор артрокуриум 0,3мг/кг, после гипервентиляции в течение 60-70 секунд произведилась интубация трахеи тубусом бронхоскопа. Продолжительность манипуляции длился от 10 до 25 минут. Однократное ведение анестетиков и миорелаксантов было достаточным во время бронхоскопии. После удалениея инородного тела проведен лаваж трахеобронхиального дерево озонированной жидкостью. Восстановление самостоятельного дыхания, появление глотательных и кашлевых рефлексов служило показанием к экстубации трахеи.

Выводы. Таким образом при использовании этой методики общей анестезии мы не отмечали каких, либо серьезных нарушений функции сердечно сосудистой системы и системы дыхания. После наркозном периоде у больных не наблюдалась головная боль, тошнота и другие негативные ощущения. Указанные дозировки были вполне адекватны и эффективны у данный категории больных, что дает основание к применению при данных манипуляциях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ АНОРЕКТОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Бабаяров К.Р., Тагаев И.У., Сайфутдинов С.Х.
Ж. А. Шамсиев – ORCID 000-0002-4193-7372
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Аноректальные пороки развития встречаются с частотой 1 на 4000 новорожденных, и их распространенность не имеет тенденции к снижению. Оперативная коррекция этой патологии до настоящего времени является одной из наиболее сложных и развивающихся проблем в хирургии детского возраста. Лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика представляет собой инновационный подход к лечению этого патологического состояния, который обещает улучшить результаты хирургического лечения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оценка эффективности и безопасности лапароскопической видеоассистированной аноректопластики у детей с аномалиями развития аноректальных пороков и болезнь Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Произведено ретроспективное исследование случаев детей, подвергнутых лапароскопической видеоассистированной аноректопластики с 2023 по 2024 год в клинике. Общая численность пациентов составила 11. Мальчиков было 8 (72,7%), девочек 3 (27,3%). Оценка эффективности процедуры проводилась путем анализа клинических данных, включая длительность операции, осложнения, период госпитализации и результаты последующего наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение. В каждом случае выполнения лапароскопической видеоассистированной аноректопластики достигнуты положительные результаты, осложнений во время операции не было. Длительность операции составляла в среднем 130-140 минут, кровопотеря во время операции была минимальная. В послеоперационным периоде у детей имелась склонность к запору. Эти пациенты которые получали регулярно очистительные клизмы и курс физиотерапевтических процедур.

Выводы. Лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика эффективна и безопасна для лечения аномалий развития аноректальных пороков и болезни Гиршпрунга у детей, демонстрируя хорошие клинические результаты с минимальным риском осложнений. Дальнейшие исследования требуются для подтверждения этих результатов на более крупной выборке и для оптимизации техники выполнения процедуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж. З.
Базовый докторант кафедры детской хирургии №1 Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов лечения абдоминальной травмы различной этиологии у детей.

Материал и методы исследования. С 1990 по 2023 гг. во 2-й клинике СамГМУ пролечено 247 детей от 1 года до 18 лет с абдоминальной травмой. Частые причины травм — падение с высоты — 86 (34,8%), автоавария — 58 (23,5%), бытовая травма — 103 (41,7%). Наиболее высокий уровень госпитализации больных с множественной и сочетанной травмой пришелся на весну и лето (с мая по июль). По полу дети разделились следующим образом: мальчиков было 192 (77%), девочек — 55 (33%). Тяжелая черепно-мозговая травма и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдались у 6 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечебная тактика выбиралась с учетом характера повреждения и осложнений, состояния гемодинамики и степени кровопотери. 5 (2%) детям с повреждением селезенки при выявлении «малого» и «среднего» гемоперитонеума по данным УЗИ при отсутствии продолжающегося кровотечения и со стабильной гемодинамикой проведено консервативное лечение: строгий постельный режим, инфузионную, гемостатическую, антибактериальную исимптоматическую терапию. Инфузионная терапии включала коллоидные и кристаллоидные растворы по степени кровопотери от 70 до 120 мл/кг сутки. Гемостатическая терапия проводилась, раствором аминокапроновой кислоты 100 мг/кг в первые 6 часов, затем 50 мг/кг 1 день, тренакса-

мин 10–15 мг/ кг 2 раза в сутки в течении 2 дней. Этамзилат 1–2 мл одномоментно, далее 0,5 — 1 мл каждые 4–6 часов в течении 4–5 дней, викасол по возрастной дозировке в 2–3 приема в сутки, длительностью 2 дня. С целью антибиотикотерапии внутривенно назначен цефалоспорин III поколения по 100 тыс. ед/кг сутки в течение 5–7 дней. 23 (24%) больные с клиникой продолжающегося внутрибрюшного кровотечения оперированы: в трех случаях выполнена спленорафия, двум больным с размозжением органа — спленэктомия с аутотрансплантацией селезеночной ткани в сальник. Больные с разрывом печени (7) вылечены консервативно, при субкапсульарном разрыве выполнено его ушивание (5). При повреждении полых органов проведено: ушивание разрыва 12-п.к. (2), тощей (1), подвздошной (1), илеостомия (2), колостомия при проникающем ранении прямой кишки (3).

Выводы. Таким образом, любая абдоминальная травма требует экстренной госпитализации ребенка в стационар. Выбор лечебной тактики зависит от тяжести повреждения органов брюшной полости и направлен по возможности на органосохраняющее мероприятие. При повреждении паренхиматозного органа при выявлении «малого» и «среднего» кровотечения методом выбора является консервативное терапия.

ПРОБЛЕМА ТРАВМАТИЗМА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Шамсов Х.А., Раджабзода И.М., Нурбобоев Х.О.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Анализ динамики травматизма на основе данных экстренного травматологического отделения Областного клинического центра города Бохтар за последние три года и выявление основных причин и видов травм.

Материал и методы исследования. Исследование базируется на анализе статистических данных о 3245 пациентах, получивших травмы опорно-двигательного аппарата, собранных в период с 2019 по 2022 годы. Особое внимание уделялось половозрастным характеристикам пострадавших, региональным особенностям травматизма и его социальным последствиям. Для проведения анализа использовались как качественные, так и количественные методы исследования, включая сбор данных через структурированные интервью с медицинским персоналом и анализ медицинских карт пациентов. Особое внимание было уделено анализу возраста, пола, характера и серьезности травм, а также обстоятельствам, при которых они были получены. Исследование включало оценку эффективности первичной медицинской помощи и своевременности госпитализации. Для статистической обработки данных применялись методы дескриптивной статистики, корреляционного и регрессионного анализа, что позволило оценить взаимосвязи между различными переменными и определить ключевые факторы риска.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показал, что уровень травматизма в Хатлонской области за последние три года колеблется от 2306 до 3781 случаев на 100 тыс. населения. В 2019 году наблюдался рост числа травм на 48,5%, что в 1,9 раз превышает среднереспубликанский показатель за 2017 год.

Анализ данных показал, что большинство травм происходило в результате ДТП (дорожно-транспортные происшествия) и бытовых несчастных случаев. На бытовые травмы приходится (39,5%), уличные (29,1%) и производственные (13,6%) ситуации. Процент травм, связанных с производственной деятельностью, оставался сравнительно низким.

В структуре травм первые места занимают повреждения верхних конечностей (30,4%), нижних конечностей (28,5%) и головы (15,6%). Травмы головы и конечностей составляли значительную часть всех случаев, что подчеркивает необходимость улучшения мер безопасности как на дорогах, так и в быту. Анализ показал, что в сельских районах задержка в оказании первой медицинской помощи составила в среднем 4-6 часов после получения травмы, в то время как в городских условиях этот показатель был в пределах 1-2 часов. Эта задержка коррелирует с увеличением тяжести последствий травм: в сельских районах уровень осложнений составил 30%, в то время как в городских — только 15%.

Для травм у детей, произошедших в результате нарушения правил дорожного движения, было установлено, что 40% случаев были связаны с отсутствием присмотра со стороны взрослых. В 25% случаев детские травмы происходили на улицах, где отсутствовали пешеходные переходы или они

были плохо обозначены.

Выводы. Большинство случаев травматизма приходится на поражения нижних конечностей, костей таза и головы, составляя в сумме 74,7% от общего числа травм. Эта статистика подчеркивает высокую распространенность травм в указанных анатомических регионах, что требует особого внимания со стороны медицинских специалистов при диагностике и назначении лечения.

Задержки в оказании первой медицинской помощи в сельских районах значительно повышают риск развития серьезных осложнений после травм. Рекомендуется введение обязательных курсов по дорожной безопасности в школах и разработка специализированных программ для родителей.

СОЧЕТАНИЕ УДВОЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СО СТРИКТУРАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Шарипов А.М.[1,2,3], Мазабшоев С.А.[1,2], Додочонов Ю.Т.[1], Абдуллов Ф.Р.[1], Махмадалиев А.А.[1]

[1]ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан, «Шифобахш»

[2]ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

[3]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. В практике детской хирургии удвоение желчного пузыря (ЖП) крайне редкая патология, встречающаяся с частотой 1 на 4000 родившихся детей. Впервые мир узнал о данной патологии в 1674 г., когда Blasius из Амстердама описал вскрытие двухлетнего мальчика. В детском возрасте патологию выявляют крайне редко, или не распознают вообще. Зачастую аномалия развития обнаруживается при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, либо непредвиденно выявляется во время оперативного вмешательства у взрослых пациентов.

Согласно анатомической классификации E.Boyden различают следующие варианты удвоения ЖП: удвоение с общей шейкой; два желчных пузыря с отдельными пузырными протоками, сливающимися в один перед впадением в общий желчный проток; два желчных пузыря с отдельными протоками, которые отдельно открываются в общий желчный проток.

Стриктура общего желчного протока (ОЖП) также довольно редко встречается в хирургии детского возраста. Согласно литературным данным, формирование стриктуры связано с такими заболеваниями как: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз с рецидивирующим холангитом, хронический панкреатит, первичный склерозирующий холангит и различные травмы. Сочетание удвоения ЖП и стриктуры ОЖП в детской практике – явление довольно редкое, где выявить стриктуру до операции практически невозможно.

Цель исследования – показать на клиническом примере насколько сложна диагностика симультанной патологии гепатобилиарной системы у детей, которую не всегда удается выявить на первом этапе обследования.

Материал и методы исследования. Пациентка С. в возрасте 14 лет поступила в отделение торакоабдоминальной хирургии Государственное Учреждение Национального медицинского центра «Шифобахш» с предполагаемым диагнозом «Аномалия желчевыводящих путей, киста общего желчного протока». Из анамнеза выяснилось, что девочка неоднократно получала амбулаторное и стационарное лечение, но без положительного эффекта. До поступления к нам больная находилась на лечении в клинике детской хирургии на базе многопрофильного комплекса «Истиклол» с диагнозом «киста общего желчного протока». В медицинском учреждении девочка всесторонне была обследована. С целью декомпрессии печени и желчевыводящих путей была выполнена фиброгастродуоденоскопия с папиллосфинктеротомией, попыткой стентирования ОЖП, которое не увенчалось успехом. В последующем родители пациентки отказались от дальнейшего лечения и обратились в нашу клинику, где и была произведена госпитализация с целью обследования и дальнейшего лечения.

При поступлении состояние больной было средней тяжести. Наличие жалоб на постоянные ноющие боли в правом подреберье. Кожа нормальной окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно в легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот обычной формы, свободно участвует в акте дыхания,

при пальпации мягкий и слегка болезненный в области правого подреберья. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Стул был окрашен. Больная была обследована в отделении. Клинические показатели биохимии, общих анализов крови и мочи соответствовали возрастной норме. Было проведено неоднократное УЗИ органов брюшной полости, где в одном из них было выявлено удвоение ЖП. В дальнейшем для уточнения точного диагноза также была проведена компьютерная томография (КТ) с контрастированием органов брюшной полости, которая подтвердила признаки расширения (размером до 1,3 см) ОЖП. Кроме того, при исследовании возникло подозрение кисты ОЖП, либо удвоение ЖП. После кратковременной предоперационной подготовки в плановом порядке 21.01.20 г. с предварительным диагнозом «Аномалия желчевыводящих путей, киста общего желчного протока? удвоение желчного пузыря?» выполнена операция «лапаротомия, удаление удвоенного желчного пузыря, дренирование подпечёночного пространства». Разрезом по Федорову справа длиной 8,0 см послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии выявлено, что имеется два сформированных ЖП размерами 10,0х2,0х3,0 см и 6,0х2,0х3,0 см с одним пузырным протоком длинной 0,5 см, который сливается в общий желчный проток. С техническими трудностями была выполнена холецистэктомия от «шейки», с одновременным удалением двух желчных пузырей. Следует отметить, что при выделении шейки желчных пузырей, возникли трудности из-за выраженного воспалительного процесса и разрастания рубцовых тканей в области попадания ее в холедох. Далее образование гемостаза во время операции. При кратковременном наблюдении выделение желчи не наблюдалось. Подпечёночное пространство было дренировано полиэтиленовой трубкой, которая выведена через отдельный разрез на переднюю брюшную стенку. В послеоперационном периоде через дренажную трубку было отмечено ежедневное выделение желчи до 400,0 мл, постепенное снижение до 100,0 мл, которое было отмечено на 14 день после вмешательства. В последующем для исключения патологии ОЖП было принято решение о проведении магнитно-резонансной холангиографии, результат которой определил наличие стриктуры в дистальном отделе холедоха. Повторное оперативное вмешательство с диагнозом «стриктура дистального отдела общего желчного протока» проведено на 18- й день пребывания в стационаре. Во время операции не удалось определить источник желчеистечения. После снятия наложенного шва в области шейки была проверена проходимость ОЖП зондом в дистальном направлении, который оказался непроходимым. Параллельно было выявлен аномальный печеночный проток, исходящий из правой доли печени, который самостоятельно впадал в 12 - перстную кишку. Была совершена попытка откачивания желчи иглой, не увенчавшаяся успехом. Затем выделен холедох проксимально до общего печеночного протока, была выполнена операция «гепатикоеюноанастомоз по типу конец в бок на свободной петле по Ру».

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период протекал гладко и без осложнений. Контрольное УЗИ органов брюшной полости показало отсутствие патологии в зоне вмешательства у пациента. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 10 - сутки после повторной операции. Контроль через 6 месяцев показал следующие результаты: стул регулярный, оформленный, окрашенный, девочка крепкая и здоровая.

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика и выбор хирургической тактики при симультанной патологии гепатобилиарной системы у детей не простая задача даже для опытного специалиста. На наш взгляд, адекватная оценка клинических проявлений, поиск нестандартных причин отдельных симптомов, и своевременная коррекция дооперационных упущений приводит к благоприятному исходу лечения.

ТАКТИКА ПРИ ЗАДНЕСАГИТАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П.Ш., Гуриев Х.Дж., Сатторов А.М., Бобоев Т.Х., Рахимов М.Ф

Кафедра детской хирургии, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с аномалием развития аноректальной области с применением заднесагитальной проктопластики.

Материал и методы исследования. За последние 8 лет в период с 2000 до 2023 года в клинике детской хирургии пролечено 45 новорожденных больных с аноректалными пороками; несвищевая форма - у 15 (33,3%) детей с промежностными свищами и у 13 (28,8%) девочек были вестибулярные свищи, ректовагинальные свищи – у 10 (22,2%) девочек.С ректоуретральными, ректопузырными свищами и тяжами было – у 7 (15,5%) мальчиков.

При диагностике широко применялись УЗИ - диагностика и рентгенологическая диагностика (рентгенография по Вангестину). Больным было проведено этапное лечение; из них 25 (55,5%) больных оперированы на фоне колостомы или сигмостомы. После наложения колостомы или сигмостомы основной этап заднесагитальной проктопластики, т.е.операция Альберто Пенья производилась в возрасте преимущественно от 5 дневного возраста до 12 месяцев. Больные в этой группе оперированы по экстренным показаниям или полусрочным показаниям. Из них 9 больных оперированы в новорождённом возрасте с высокой формой атрезией ануса и прямой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Разрез кожи выполняют по межъягодичной складке от копчика до уровня ниже расположения анального сфинктера на 1-1,5 см. Острым путём с использованием коагулятора производят рассечение кожи, подкожной клетчатки, фасции и мышечного слоя промежности.

Нами был предложен усовершенствованный доступ для заднесагитальной проктопластики. При этом увеличивается диаметр операционного поля за счёт рассечения кожи, и мягкие ткани окаймляют копчик на 2 -3 см.Форма окаймляющего копчика разреза и сагиттального приобретает форму на подобие креста. В конце разреза оставляем кожно-мышечный мостик до места предполагаемого ануса на 2,5 -3см. Дополнительный окаймляющий разрез увеличивает доступ к слепому концу прямой кишки или ректоуретральному свищу. Оставление мостика поможет хирургу сохранить волокно наружного сфинктера.

Размеры анального отверстия калибрирует при помощи бужа Гегара (у новорождённых детей он не должен быть менее 12-го размера, у детей грудного возраста– не менее 14-16-го размера). Края кожного разреза ушивают. В просвете прямой кишки оставляют турунду с мазью Левомиколя. С целью профилактики нарушения кровообращения в стенке вновь созданной прямой кишки, тугое тампонирование раны нецелесообразно.Во всех случаях; 10 - ректовагинальные свищи и 7 - ректоуретральные, ректопузырные свищи ликвидированы заднесагитальным доступом без осложнений.

Выводы. Операция заднесагитальная проктопластикапри аноректальных пороках должна проводиться в хирургических центрах, имеющих опыт лечения детей разного возраста с подобной патологией. Длина и форма разреза заднесагитального доступа может меняться от типа аноректального порока и может быть расширена для достаточной мобилизации низводимой кишки. Наилучшие функциональные результаты могут быть получены присоблюдении срока радикального оперативного лечения и соблюдении техники вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шиланбаев Н.Р., Хаиров К.Э., Калабаева М.М., Ахтаров К.М.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии». Г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Идиопатическая ахалазия — воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся аперистальтикой пищевода и нарушением релаксации НПС из-за потери тормозных нитринергических нейронов в пищеводном межкишечном сплетении. Предполагаемые причины ахалазии включают обструкцию желудочно-пищеводного перехода, дегенерацию нейронов, вирусную инфекцию, генетическое наследование и аутоиммунное заболевание. Текущие данные свидетельствуют о том, что первоначальное поражение пищевода, возможно, вирусной инфекцией или каким-либо другим фактором окружающей среды, что приводит к воспалению мышечно-кишечного сплетения. Затем воспаление приводит к аутоиммунному ответу у восприимчивой популяции, которая может быть генетически предрасположена. Впоследствии, хроническое воспаление приводит к разрушению тормозных мезэнтеральных ганглиозных клеток, что приводит к клиническому синдрому идиопатической ахалазии(Woosuk Park [1], Michael F Vaezi, *The American Journal of Gastroenterology.* 2005 Jun;100(6):1404-14).

Ахалазия пищевода - хотя и редкое заболева-

ние (с частотой 1 на 100 000 человек в год), является одной из частых причин моторной дисфагии и характеризуется нарушением перистальтики в теле пищевода и отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера (Laparoscopic treatment in achalasia of the cardia, B Ursut, L Alecu, A Tulin, O Enciu, Sep-Oct 2014;109(5):604-7). Идиопатическая ахалазия пищевода была описана в 1682 г. как двигательное расстройство гладкой мускулатуры. В 1913 г. была введена трансабдоминальная кардиомиотомия, а в 1958 г. эта техника стала популярной через торакотомию слева, в 1991 г. была введена лапароскопическая кардиомиотомия, с тех пор многие хирурги приняли эту технику в качестве основного лечения ахалазии пищевода. Целью лечения является устранение функциональной непроходимости на уровне желудочно-пищеводного перехода.

Материал и методы исследования. За период с 1994 по 2024 гг. на лечении в Научном центре педиатрии и детской хирургии находилось 26 детей, в возрасте от 1 до 15 лет. Средний возраст клинических проявлении составил 6,1±2,5. Соотношение мальчик/девочка составил 2:1.

Ведущими клиническими проявлениями являлись рвота и дисфагия, независимо от возраста пациента у 26 детей (100%). Жалобы на боли за грудиной предъявляло 16 детей (61,5%). Больные плохо переносили задержку пищи, так для облегчения прохождения пищи дети более старшего возраста прибегали к вспомогательным движениям (делали усиленные глотательные движения, запивали еду водой), количество таких детей составило 16 (61,5%). Отставание в физическом развитии дефицит массы тела, являющиеся результатом нарушений алиметарного характера имелись у всех детей, но в разной степени выраженности, так гипотрофия 1 степени диагностирована у 16 детей, 2 степени – 10 детей (40%). Ночная регургитация отмечалась у 3 детей (симптом «мокрой подушки»). По результату анализов крови, анемия 1-2 степени диагностирована у 11 детей. 18 было выявлено с проявлениями затяжных воспалительных изменении со стороны бронхо-легочной системы (продуктивный кашель, бронхиты, затяжные пневмонии, бронхоэктазы). Всем больным проведено комплексное обследование, включающие общеклинические обследование, обзор органов грудной клетки и брюшной полости, компьютерную томографию органов грудной клетки, рентгеноскопию органов брюшной полости с контрастированием ЖКТ, эзофгогастрофиброскопию, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ пищеводно-желудочного перехода на моторно-эвакуаторную функцию, цитологическое исследование рефлюктата.

При обзорной рентгенографии грудной клетки у 11 детей отмечалась картина расширенного средостения, бронхиты, у 19 - пневмонии аспирационного генеза, у 7 детей диагностированы бронхоэктазы (веретенообразные, цилиндрические). Так же, характерным признаком являлось отсутствие газового пузыря в желудке и наличие скопления воздуха в пищеводе у 16 детей.

На эзофагографии с использованием контрастного вещества у 17 детей определялось умеренное расширение пищевода, у 9-ти - значительная дилатация, в 4-х случаях отмечена некоординированная перистальтика. Длительная задержка контрастной взвеси над кардией и постепенно суживающегося книзу контура и последующим внезапным «проваливанием» большой порции контраста в полость желудка, является характерным симптомом «опрокинутого пламени свечи» и диагностирована у всех детей (100%). При проведении эндоскопического исследования у всех детей выявлено расширение пищевода в различной степени, при значительном увеличении обнаруживалась его выраженная складчатость, обилие слизи, остатки пищи съеденной накануне. Фиброскоп легко проходим через кардиальный отдел пищевода. Анализируя результаты исследуемых пациентов, можно отметить, что воспалительные изменения со стороны пищевода в виде катаральных изменений имели место у 17 пациентов, фибринозно-эррозивного эзофагита у 5детей; эрозивно-язвенного эзофагита у 4 пациентов. При ультрасонографии пищевода определялась утолщенность циркулярного мышечного слоя пищевода в нижней его трети. Толщина мышечного слоя коррелировала со стадией ахалазии и при II стадии достигала 3-4 мм, при III стадии в большинстве наблюдений отмечалась диффузная гиперэхогенность мышечного слоя в месте сужения, как признак развития соединительной ткани и рубцового изменения мышечного слоя.

Данные компьютерной томографии органов грудной клетки позволили определить степень дилатации пищевода, исключить объемные образования грудной полости, сдавливающие просвет пищевода, характер и тяжесть воспалительных изменений бронхо-легочной системы.

После установления диагноза, хирургическому лечению подлежали все 26 пациентов, из которых, кардиомиотомия по Heller в сочетании с эзофагофундопликацией по Toupet произведена

у 17 детей, из них 7 пациентам операция произведена с использованием лапароскопического метода. Кардиомиотомия по Heller в сочетании с зофагофундопликацией по Nissen - 9 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Интраоперационные осложнения - повреждение слизистой пищевода во время кардиомиотомии произошло в 2 наблюдениях. Дефект слизистой ушивали отдельными швами. Герметичность швов проверяли при помощи желудочного зонда, который затем оставляли в желудке. Однако, у одного ребенка дефект слизистой пищевода не закрылся, в связи с чем развился медиастенит, перитонит. Произведена операция по ушиванию дистальной части пищевода с выведением шейной эзофагостомы. У всех остальных пациентов энтеральную нагрузку в виде питья начинали в день операции, а активизировать больных начинали с первых суток. У одного больного через 2 месяца после операции вновь появились дисфагия и рвота при приеме пищи. По видимому, это было связано с недостаточной мобилизацией мышечного слоя при кардиомиотомии. Проведено однократное бужирование пищевода по струне проводнику.

Выводы. На данном этапе развития хирургии, широкое распространение получает использование минимально инвазивных методов коррекции. Лапароскопическая кардиомиотомия пищевода по Heller и фундопликация по Тупе эффективно облегчают дисфагию, регургитацию и боль в груди, сопровождающую ахалазию. А так же, отмечается высокая удовлетворенность пациентов в послеоперационном периоде, быстрой реабилитацией в послеоперационном периоде и экономической эффективностью.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПУТЕМ ЧРЕСКОЖНОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Шиланбаев Н.Р., Хаиров К.Э., Оразалинов А.Ж., Калабаева М.М.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г.Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Кормление для ребенка является решающим фактором для развития и его способности переносить тяжелые условия.

В клинической практике часто встречаются проявления недоедания у детей. Они редко упоминаются среди сопутствующих заболеваний и не проявляются в истории болезни, хотя нарушения трофического состояния наблюдаются у 30% пациентов хирургического и терапевтического профиля. При этом, выраженность недоедания зависит от типа имеющейся патологии и продолжительности заболевания.

Первичные нарушения питания, нарушение обмена веществ и недостаточная коррекция БЭН, недоедание в стационаре значительно снижают эффективность лечебных мероприятий, негативно влияют на продолжительность пребывания больного в стационаре и ухудшают прогноз лечения. Именно у этих больных в 3 раза повышается риск развития серьезных осложнений и летальных исходов.Энтеральное питание (ЭП) физиологично по сравнению с парентеральным питанием

ЭП устраняет белково-энергетический дефицит в краткосрочной перспективе, улучшает трофику тканей, способствует раннему заживлению, консолидации переломов, нормализует иммунную систему, снижает риск развития системной бактериальной инфекции, способствует быстрому выздоровлению больных, снижает потребление медицинских ресурсов и в связи с этим экономит финансовые затраты.

Энтеральные особенности питания часто определяются доступом к пищеварительному тракту. Такой доступ может быть выполнен с соблюдением анатомической целостности этого пути, то есть с использованием назогастрального (NH) или назоэнтерального (NE) зонда (зондового питания) или специальных хирургических вмешательств, то есть с использованием различных свищей (гастростом). Если энтеральное питание должно проводиться в течение длительного времени, то есть более 4 недель, пациенту следует установить гастростому.

В мире с неврологическими расстройствами общая распространенность детей (расстройство глотание) составила 2,11 на 1000 живорождений. Чрескожная гастростомия является альтернативой хирургической лапаротомной гастростомии. Своевременное энтеральное питание оптимально для лечения прерывистого роста, чтобы избежать осложнений, связанных с неправильным питанием.

Цель исследования. Оптимизировать комплексный подход к лечению детей с нарушением глотания, связанным с неврологическими расстройствами, закупоркой пищевода, тяжелой

формой белково-энергетической недостаточности и онкологическими заболеваниями

Материал и методы исследования. На базах Института педиатрии и детской хирургии и городской больницы №2 г. Астаны с 2021 года по настоящее время наложение чрескожной гастростомии с эндоскопической ассистенцией проведено 36 пациентам. 19 пациентов были мальчиками (52%), 17-девочками (48%). Средний возраст пациентов составлял 3,5 года. После того, как все пациенты прошли предварительное полное обследование (рентгеноконтрастное исследование желудка, эндоскопическое исследование), их желудочное пространство было прооперировано в зависимости от того, подходит ли гастростома. Среди пациентов тяжелая степень дефицита белковой энергетической недостаточности наблюдалась у восьми пациентов (22%), у двух пациентов с рубцовым сужением пищевода (5%), у одного пациента, связано с опухолью средостения (3%), у остальных двадцати пяти детей был церебральный паралич (70%).

Результаты исследования и их обсуждение. Операция была проведена подкомбинированной анестезией. Этот момент также имеет значение (эндотрахеальный наркоз позволяет беспрепятственно выполнять манипуляции с желудочно-кишечным трактом). Продолжительность операции в среднем не превышала 10 минут (при лапаротомии и лапароскопии продолжительность гастростомии составляет 20-30 минут). Всем больным ставили низкопрофильную гастростому разного размера. Осложнений после операций неотмечалось. Продолжительность госпитализации составила в среднем 7 суток. Все дети начали набирать вес в первую неделю после установки. Пациентам в течение 21 суток после операции было проведено эндоскопическое исследование(видеоэзофагогастроскопия). Часто встречающийся после лапаротомной гастростомии губавидный свищ не встречался после гастростомии с эндоскопической ассистенцией

Выводы: Чрескожнаяэндоскопическая гастростомия не уступает другим методам энтерального питания, имеет ряд преимуществ, дает хороший функциональный результат и открывает новые перспективы эффективного ведения больных с дисфагией. Оптимизация методов подкожной гастростомии с эндоскопической ассистенцией у детей позволит в будущем разработать общие принципы их проведения с целью полного восстановления энергетического баланса и нормального роста и развития детей. Операция чрескожной эндоскопической гастростомии характеризуется минимальной смертностью и отсутствуем осложнений. Она может быть успешно выполнена врачами-эндоскопистами после соответствующей подготовки, а гастростома может использоваться пациентами для длительного энтерального питания в домашних условиях. На основании сравнительного анализа ясно видно, что чрескожнаяэндоскопическая гастростомия имеет очень много преимуществ перед зондовым питанием и хирургической гастростомией.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Эргашев Б. Б., Мухтаров Ж. У., Камолов Ш.Б.

Республиканский учебно - лечебно методический центр неонатальной хирургии при РПЦ. Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП) является одним из частых врожденных пороков развития верхнего отдела пищеварительного тракта у новорожденных и младенцев, встречается с частотой 3 - 4 случая на 1000 новорожденных. Причем, важно отметить связь развития заболевания с полом, так, мальчики болеют чаще девочек практически в 4 раза. Опасность развития пилоростеноза обусловлена быстротой прогрессирования клинических проявлений, таких как: ацидоз, гипокалиемия, азотемия и нарастающий дефицит массы тела.

До настоящего времени “золотым стандартом” в лечении врожленного гипертрофического пилоростеноза остается принцип внелизистой пилоромиотомии, предложенный C. Ramstedt в 1911 году.

Оставляя неизменным основной принцип оперативной коррекции гипертрофии привратника, на протяжении 100 лет ведется оживленная дискуссия о выборе оперативного доступа для выполнения внелизистой пилоромиотомии. В своем развитии место оперативного доступа претерпело значительные изменения пройдя путь от срединной

лапаротомии до трехпортовой лапароскопической внеслизистой пилоромиотомии.

Цель исследования. Улучшение результатов врожденного пилоростеноза с использованием современного метода диагностики и хирургической тактики.

Материал и методы исследования. С 2014 - 2023 г.г. в республиканском учебно - лечебно методическом центре неонатальной хирургии при РПЦ находились 242 детей, из них у 97 (40%) операция проводилась традиционным и у 145 (60%) лапароскопическим способом. Среди них было с ВГП мальчиков было 203 (83,9%) мальчиков и 39 (16,1%) девочек. Доношенные дети (по гестационному возрасту) составили 237 (98%), недоношенные – 5 (2%).

Для диагностики пилоростеноза всем больным проведены следующие инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости-242 (100%), ЭхоКГ-206 (85%), НСГ- 242 (100%), Рентгенография (пасаж ЖКТ) органов брюшной полост-198 (81,8%).

Результаты исследования и их обсуждение. У 97детей, оперированных традиционным способом послеоперационное количество койко - дней составило в среднем 8-10 дней, обезболивание продолжалось в течение 3 дней. Кормление начато через 6 часов после операции. Вторичное заживление послеоперационной раны отмечено у 4 детей, рецидива пилоростеноза не было. В двух случаях отмечена перфорация слизистой желудка во время пилоромиотомии. Продолжительность операции составила 35-50 минут. Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии все дети этой группы.

В группе детей с пилоростенозом, оперированных лапароскопическим способом послеоперационное койко-дней составило в среднем 4-5 дней, обезболивание продолжалось в течение первых суток. Кормление начато через 6 часов после операции. Вторичное заживление послеоперационной раны не отмечено. Незавершенная миотомия отмечена в 2 случаях, которая была успешно ликвидирована повторно лапароскопическим путём. В двух случаях был осуществлён переход на конверсию из-за повреждения слизистой желудка. Продолжительность операции составила 20-30 минут. Из стационара в удовлетворительном состоянии выписаны также все дети этой группы.

Вывод. Лапароскопическая пилоромиотомия обладает значительными преимуществами перед традиционным способом, которые выражаются в сокращении койко дней, отсутствии болевого синдрома и отличными косметическими результатами.Таким образом, наши результаты лапароскопической пилоромиотомии обнадеживают. Они позволяют предположить, что по мере развития эндохирургических технологий и совершенствование техники самой процедуры лапароскопический метод может стать серьезным конкурентом традиционной пилоротомии в лечении врожденного гипертрофического пилоростеноза.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ КЛОАКИ У ДЕВОЧЕК

[1,2]Эргашев Н.Ш., [2]Умаров К.М. [2] Бобокулов И.Х., [2]Ёкубов А.А., [2]Дустмуродов Ж.А.
[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт.
[2]Национальный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан.

Введение. В детской колоректальной хирургии реконструкция органов малого таза является сложной и дискутабельной проблемой. Это применительно и для персистируюшей клоаки, отличающейся большой вариабельностью анатомических форм. Каждый вариант имеет свои особенности по длине общего канала и характеру слияния анатомических структур, а также форм ассоцированных аномалий, отрицательно отражающихся на непосредственные и отдаленные результаты лечения этой относительно редкой и сложной патологии. Комплексная диагностика позволяет определить анатомические структуры, участвующие в формировании порока, длину общего канала, сочетанных аномалий, требующих применения неоднозначной тактики в отношении хирургической коррекции, последовательности и сроков проведения дополнительных операций.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения персистирующей клоаки у девочек на основе идентификация клинических форм патологии и оптимизации комплексной дооперационной диагностики по материалам клинки.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии детского возраста Национального детского медицинского центра, являющегося клинической базой кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицин-

ского института, в 2020 - 2024гг. на обследовании и лечении находились 221 девочек в возрасте от 1 дня до 16 лет с аноректальными мальформациями (АРМ). Среди них, у 21 (9,5%) установлена персистирующая клоака. Пациенткам проводились комплексные клинические и специальные методы обследования (УЗИ, клоакоскопия с контрастированием общего канала и участвующих компонентов с последующей рентгенографией или МСКТ, МРТ органов малого таза, цистоскопия, дистальная колостография в случаях наложения колостомы). В случае не информативности состояния внутренних половых органов по данным УЗИ и МРТ, исследование дополняли диагностической лапароскопией. Всем больным произведена клоакаскопия с цистоскопией.

Результаты исследования и их обсуждение. Проблемы создаются при различных вариациях клоаки при определении длины общего канала, характера сообщения анатомических структур, выявляемых при клоакоскопии и цистоскопии. Большие сложности наблюдаются при оценке анатомических структур со стороны внутренних половых органов в виде аплазии, гипоплазии влагалища, удвоения матки в изолированном виде или с дупликацией яичников. В наших наблюдениях всем больным проведена клоакоскопия, при которой у 13 (61,9%) пациенток длина общего канала состояла до 3см; у 5 (23,8%) - до 5 см; у 3 (14,3%) этот показатель был равен 5 см и более.

При оценке места слияния влагалища с общим каналом, установлены следующие данные: с проксимальным отделом - 3 (14,3%), со средним отделом - 5 (23,8%) и с дистальным отделом - 8 (38,1%). При клоакоскопии у 3 (14,3%) больных выявлена агенезия, у 2 (9,5%) - гипоплазия. Слияние прямой кишки с общим каналом также было в различной глубине от ее устья: на расстоянии до 4 см у 2 (9,5%), - до 3,5 см. у 3 (14,3%), - до 3 см у 5 (23,8%), до 2 см у 6 (28,6%), до 1,5-1,0 см у 5 (23,8%) девочек. У 2 (9,5%) пациенток выявлен гематокольпос, в обоих случаях произведено дренирование.

Общеизвестным фактом, влияющим на результаты лечения, являются длина общего канала, характер присутствующей аномалий органов гениталий и ассоциация сочетанных пороков развития другими органами и системами. С увеличением длины общего канала отмечалось увеличение частоты ассоциированных аномалий с выраженными анатомическими и функциональными нарушениями, усложняющими хирургическую коррекцию и снижающими их эффективность. При клоаке у больных преобладали сопутствующие аномалии мочеполовой системы, аномалии внутренних гениталий, аномалии позвоночника. У 4 (19%) пациентов аномалии расценены как множественные пороки развития.

При клоаке нередко во время операции хирург сталкивался со сложными анатомическими особенностями, требующими индивидуального подхода, нередко этапной коррекции, предусматривающей обеспечение не только разделения анатомических структур, но и максимальный контроль за актом мочеиспускания и\ аноректального удержания, а также возможности сексуальной и репродуктивной функции. Большое практическое значение имеют аномалии влагалища в виде агенезии и гипоплазии, требующие на этапе коррегирующей операции наращивания влагалища из местных тканей промежности или создания неовагины из отдела тонкой кишки или толстой кишки. Для получения полноценной информации о возможных разнообразиях анатомических форм клоаки, чередующихся с пороками развития других органов и систем, требуется проведения комплекса исследований, включающего: функциональные состояние аноректальной зоны, УЗИ, МСКТ и МРТ органов малого таза; специальных колопроктологических и урогинекологических методов диагностики. Диагностическая лапароскопия является более информативным методом для оценки состояния внутренних половых органов и оценке участия толстой кишки в формирование клоакального комплекса. Данный способ также является более ценным для установления место наложения стомы и упрощения техники формирования толстокишечного свища.

В заключении можно отметить, что клоака является сложным пороком развития, трудно поддающийся хирургической коррекции. Комплексное обследование, в том числе клоакаскопия, являются более информативными методами обследования, при котором определяет длина общего канала и анатомическая структура участвующих компонентов клоаки, достоверность которых увеличивается при дополнительном контрастном исследовании, что служит критерием для выбора соответствующей хирургической тактики. Результаты хирургической коррекции зависят не только от длины общего канала, но и от его диаметра, структуры органов, образующих клоаку. Наложение колостомы и собственно коррекцию порока следует проводить в оптимальные сроки в специализированных учреждениях, имеющих опыт лечения детей с тяжелыми формами аноректальных аномалий.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ В СТРУКТУРЕ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Национальный детский медицинский центр, г.Ташкент, Узбекистан

Введение. Бронхолегочная секвестрация (БЛС) - патологический участок в легочной ткани, частично или полностью отделившийся на ранних стадиях эмбриогенеза от основного легкого, развивается самостоятельно и имеет отдельное кровоснабжение аномальной артерией, отходящей от аорты или ее ветвей. Встречается в виде интралобарной и экстралобарной формы. По данным большинства авторов патология является самым редким вариантом бронхолегочных аномалий, лишь в отдельных работах отмечается достаточно высокая их частота.

Цель исследования. Определить частоты клинических вариантов и особенности клинико-морфологических вариантов секвестраций легких в структуре бронхолегочных аномалий у детей.

Материал и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период 2007-2022 гг. находились на обследовании и лечении 115 детей с бронхолегочными аномалиями, среди них - 106 (92.2%) составили дети с кистозными формами бронхолегочных аномалий. Возраст пациентов при первичном обращении колебался от 1 дня до 16 лет. БЛС диагностирована у 3 больных мужского пола в возрастеодного дня -1 и старше 10 лет – 2. Больным проводились комплексные клинические исследования, направленные на оценки анатомо-функционального состояния легких и сопутствующих заболеваний, были проведены ультразвуковые, рентгенологические, МСКТ исследования органов грудной клетки. Клинический материал верифицированы операционными данными и результатами морфологических исследований резецированных участков легкого.

Результаты исследования и обсуждение. Все больные были мужского пола, что соответствуют редкости и преобладании патологии среди мужчин. Основным методом диагностики является рентгенологический, включающий в себя обзорную рентгенографию, мультиспиральную компьютерную томографию и контрастное исследование МСКТ ангиографию. У двух больных диагностирован интралобарная форма, общим для этих наблюдений был локализация кистозного образования в заднемедиальном отделе базальных сегментов с обедненным легочным рисунком и отсутствие связи с бронхиальным деревом, у первого ребенка справа, у второго ребенка слева. При МСКТ ангиографии удалось обнаружит аберрантный сосуд, что позволила окончательно определится с диагноз БЛС.В третьем случае во времяэкстренно проведеннойоперации по поводу ложной врождённой диафрагмальной грыжи слева, после перемещения органов брюшной полости было обнаружено экстралобарный секвестрне связанный с паренхимой лёгкого с наличием аномального питающего сосуда, длиной 1,0 см отходящий от аорты. Секвестр размерами 3х4 см расположенного в зоне нижней доли левого легкого прилегающее к грыжевому вороту со стороны грудной полости. Образование удален без технических трудностей.

Макроскопический участок секвестрации синтралобарнойформой был представлен кистовидным образованием со слизисто-гноевидным содержимым, расположенные в заднемедиальном отделе базальных сегментов легких справа, размерами 3,0-4,0 см.При гистологическом исследовании выявлен множество недоразвитых бронхиол и ацинусов состоящих из альвеолярных ходов неправильной формы обычных или расширенных альвеолимеющее эпителиальную выстилку.Выявлены изменения и воспалительного характера.

Характерное макроскопические данныеи менее выраженные морфологические изменения воспалительного характера былвыявлен иу ребенка с экстралобарниой секвестрацией. Представленные данные свидетельствуют о присутствии воспалительных изменений на фоне порочно формированных структур в пределах зоны с интралобарной секвестрации и тенденция их кпрогрессированию по мере продолжительности срока заболевания.

В заключении можно отметить, что БЛС входит в число редких аномалий развития легких, как правила протекает на фоне присоединения воспалительного компонента. Наблюдается внутри долевую ивнедолевую формы, патология может сочетаться с другими аномалиями развития. Своевременная диагностика вызывает определенные трудности из-за редкости патологии, отсутствия характерных симптомов и настороженности у вра-

чей по врожденной патологии легких. Основным методом диагностики является рентгенологический, включающий обзорную рентгенографию и мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием сосудов. Окончательный диагноз устанавливается результатами морфологических исследований.

ОДНОВРЕМЕННАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАСТИКА РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МОРГАНЬИ - ЛАРРЕЯ И ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДАУНА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Эргашев Н.Ш., [1.2]Юлдашев М.Э., [1.3]Мухаммадиев М.Х.,[1]Бобокулов И.Х.,[1]

[1.]Детский национальный медицинский центр, г. Ташкент,

[2.]Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,

[3.] Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – порок, возникающий в результате замедления или отсутствия процесса закрытия всего или части плевро-перитонеального канала или же в результате несостоятельности диафрагмы. Выпячивание органов брюшной полости через щелевидные отверстия диафрагмы в области грудинно-реберного треугольника называется грыжейМорганьи-Ларрея. ВДГ нередко сочетается с аномалиями развития других органов и систем. Это как степень гипоплазии легких относятся к основным прогностическим признакам коррелируюшее с выживаемостью. К наиболее значимым из них относятся врожденные пороки сердца, центральной нервной и мочевыделительной системы. Диафрагмальная грыжа может явиться составной частью различных наследственных синдромов и хромосомной патологии.

Цель исследования. Описание успешного одновременного последовательного устранения диафрагмальной грыжи Морганьи-Ларрея и дефекта межжелудочковой перегородки у ребенка 7 мес. с синдромом Дауна.

Материал и методы исследования. В Детском национальным медицинским центре, являющиеся клинической базой кафедры детской хирургии ТашПМИ среди наблюдавшихся 103 больных с ВДГ в 2012-2023 гг у одного ребенка 7 мес. с синдромом Дауна установлен грыжа Морганьи-Ларреяи дефект межжелудочковой перегородки. Для установления диагноза проведены рентгенологические исследование и МСКТ с контрастированием органов грудной клетки, эхокардиография, кариотипирование. Проведена консультация генетика, кардиохирурга, торакального хирурга и педиатра.

Описания случая: Больная Х. М., 7 мес. Ист. бол. №2024/ID-15474. Девочка от 1 беременности и 1 родов, родилась в 39 недели беременности с массой тела 2500 гр. Наследственные болезни у родителей отрицается, родители не родственники, во время беременности перенесла инфекции мочевыводяших путей и получала антибиотики.

Поступила в отделении кардиохирургии детей старше 3-х лет ДНМЦ 30 апреля 2024 года сжалобами со слов матери на учащенное сердцебиение, цианоз в носогубном треугольнике после кормления, быстрая утомляемость, частые простуды. Месяц тому назад по месту жительства установлен диагноз «Дефект межжелудочковой перегородки», синдром Дауна и находилась под наблюдением кардиолога. Простудные явления участились, что послужила обращения в НДМЦ.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Масса тела равен 4100 гр – дефицит 40%. Температура тела - 36,6°С. Ребёнок в сознании, активный. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дышит свободно через нос - 34в мин. Грудная клетка правильной формы, несколько отстает в акте дыхания справа. При перкуссии легочный звук в передних отделах чередуется тимпанитом. При аускультации на фоне везикулярного дыхания выслушивается перистальтика кишечника. Частота пульса 142 в 1 мин, нормального напряжения.При пальпации область сердца безболезненна, относительные границы сердца в норме. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, эпицентр - слева от III-IV межреберья грудины. Язык влажный и чистый. Живот симметричен, вздутий нет, участвует в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень находится по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника регулярно выслушивается по всей поверхности живота. Стул и мочеиспускание в

норме. В анализе крови выраженных изменений нет. При кариотипировании результат - 47,XX,+21.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции купола диафрагмы четкие, ровные, с обеих сторон на уровне У1 ребра. Органы средостения срединно расположены, на уровне грудины визуализируются гаустры ободочной кишки? Тень сердца и аорта четко не визуализируется. Вывод: Рентген картина диафрагмальной грыжи. Данные Трансторакальной эхокардиографии ДМЖП размером 0,6х0,5 см. При **3D**МСКТ ангиография сердца и магистральных сосудов «Юнигексол 350», КТ признаки ВПС. ДМЖП. Декстрапозиция Ао Дилатация ЛА. Диафрагмальная грыжа.

После консилиума кардиохирурга, детского хирурга и анестезиолога подтверждено установленный диагноз при обследовании и решено провести одновременно-последовательное устранение диафрагмальной грыжи и дефекта межжелудочковой перегородки с использованием искусственного кровообращения.

06.05.2024 гоперация начата со срединной стернотомии. В переднем средостении определяется петель тонкой кишки расположенное в грыжевом мешке достигающее до средней ее части. При вскрытии грыжевого мешка выяснилось, что перемещение петель кишечника из брюшной полости происходить через грыжевое кольцо в диафрагме диаметром 3.0х4.0см в области правого грудинно-реберного треугольника. Признаки ущемления нет. Петли кишечника свободно вправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок иссечен, дефект ушит узловыми швами 3/0 этибонд. За тем в условиях искусственного кровообращения (42 мин) и сдавления аорты (29 мин) вскрыт перикард, правая атриотомия: при ревизии отмечается подаортальный ДМЖП размером 0,7х0,6 см. Произведена пластика аутоперикардиальной заплатой непрерывным обвивным швом нитью пролен. Дренирование средостения. Тщательный коагуляционный гемостаз. Стягивание грудины. Послойное вшивание раны. Ассептическая повязка. Послеоперационный диагноз, множественные пороки развития: дефект межжелудочковой перегородки, врождённая парастернальная диафрагмальная грыжа Морганьи-Ларрея справа. Лёгочная гипертензия 3ст. Синдром Дауна. Послеоперационное течение без осложнений. Больная на 8 -е сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписано домой. При повторном осмотре через 1 месяц осложнений нет. Находится под наблюдением.

В данном случае имело место сочетание патологий усиливающие явления сердечных нарушений, обусловленные с ДМЖП и гемодинамических расстройств на фоне повышения внутригрудного напряжения при ретростернальной грыже у ребенка хромосомной патологией – синдромом Дауна. Мультидисциплинарный подход в диагностике и выборе тактики лечения позволил выбор оптимального варианта с благоприятным исходом хирургической коррекции двух патологии требующее оперативного лечения в один этап.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш. Маркаев А.Я., Бобокулов И.Х., Абдуазизов М.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр, г.Ташкент, Узбекистан

Введение. Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – это различные предметы, попавшие в него случайно или умышленно. В некоторых случаях – это пациенты с психическими отклонениями или вредными привычками, у которых образуется безоары желудка. Различные отделы ЖКТ могут стать резервуаром для проглоченных инородных тел (ИТ). Чаще они безболезненно проходят через ЖКТ, не сопровождаются осложнениями, выходят наружу в течение нескольких дней. Необходимость в оперативном лечении возникает при развитии осложнений виде кишечной непроходимости и перфорации кишечника. В последнее десятилетие отмечается рост частоты случае проглатывания магнитных и металлических изделиями.

Цель исследования – анализ клинического течения, диагностики и выявления характера поражения при ИТ ЖКТ у детей по материалу клиники.

Материал и методы исследования. В 2010-2024 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находилось 74 детей в возрасте от 1 дня до 16 лет с инородными телами ЖКТ. Из них у 6 (8,1%) детей проведено оперативное вмешательство. Среди них: мальчиков – 4 (66,7%), девочек – 2 (33,3%). При

обследовании детей использованы общепринятые клинические, лабораторные, рентгенологические методы, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, ФГДС и компьютерную томографию (КТ).

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина при ИТ ЖКТ был чрезвычайно разнообразна: от полного отсутствия и скудности объективных и субъективных симптомов до очень резких проявлений. Это зависит от размера, формы проглоченного предмета, локализации и длительности его нахождения в ЖКТ. В большинстве случае не удалось установить срок и обстоятельства проглатывания ИТ. Больные поступили с диагнозом: кишечная непроходимость (2), острый аппендицит (4).

В наших наблюдениях соответствующие клинические признаки непроходимости желудка при трихобезоаре (1), задержка 500 сумовой монетки в желудке в течение 14 дней у ребенка 3 лет, перенесшего операцию пилоромиотомию в грудном возрасте (1), явления обтурации и непроникающее повреждении стенку кишечника изнутри со стороны ее просвета с местными параинтестинальными воспалительными явлениями в терминальном отделе подвздошной кишки, наблюдавшего у одного пациента возник при заглатывании многокомпонентного состава ИТ. У 2 из этих 3 детей имелось явления психомоторной задержки. В данном наблюдении преобладали клинико-рентгенологические признаки кишечной непроходимости, и был оперирован с указанным диагнозом. При лапаротомии обнаружены явления обтурационной кишечной непроходимости в пределах дистальной части подвздошной кишки. Нарушения целостности серозной оболочки не было, но стенка кишки находилась в предперфоративном состоянии. Операционную находку расценили непроникающим повреждением кишечника. При энтеротомии удалены множественные куски пластмассы и полиэтиленовой пленки, резины и пневматический шарик. Экономного иссечение позволило сохранить целостность кишки наложением двурядных швов в поперечном направлении.

При перфорации стенки кишки остроконечным предметом (игла) или зубочисткой часть их остаются в просвете кишки, часть проникают в брюшную полость или перфорирует просвет другого отдела кишки. Из-за малого объема поступления кишечного содержимого из тонкого перфоративного отверстия в зоне повреждения развиваются выраженные воспаления и межкишечные сращения с формированием инфильтрата (2). В этих случаях характерным был медленное нарастание болезненных местных проявлений без признаков перфорации полого органа при УЗИ и рентгенологическом исследовании. ИТ с воспалительным инфильтратом вокруг установлено при КТ брюшной полости. Такие же явления выявлены у ребенка с дивертикулем Меккеля (ДМ). Во время операции данное образование без воспалительных явлений был припаян к брыжейке кишечника рудиментарным тяжом на расстоянии 45 см от Баугиновой заслонки. В 10-12 см от ДМ обнаружена микроперфорация терминального отдела подвздошной кишки зубочисткой, проникшей в червеобразный отросток и вызвавшей сквозные ее перфорации, с образованием межкишечных сращений.

Повреждения магнитными ИТ имеют особенности. Как правило, единичный магнитный объект мигрирует неопознанным и самостоятельно эвакуируется из кишечной трубки. При длительном нахождении магнита в ЖКТ в одной позиции могут возникать местные воспалительные изменения с последующей перфорацией. Множественные магнитные объекты мигрируют по отделам пищеварительного тракта, активно взаимодействуют между собой, притягивая сегменты кишки, содержащие магнитные пластины. При соприкосновении магнитных объектов через стенку кишки возникает воспалительно-дегенеративные изменения со стороны ее просвета с охватом наружных слоев прилегающих сегментов кишки. Время формирования перфораций значительно короче, чем время, необходимое для формирования магнитного кишечного соустья, что приводит к развитию перитонита. Косвенные рентгенологические и ультразвуковые проявления указывали на повреждения полого органа: наличие свободного газа и скопления жидкости в брюшной полости; расширение латеральных каналов и теней межпетлевых промежутков. При металлическом ИТ генез перфорации становиться очевидным.

В заключение следует отметить, что повреждения кишечника могут быть обусловлены осложнениями ИТ в виде перфорации стенки и/или обтурации просвета кишки. Патология часто наблюдается среди детей раннего возраста и у пациентов с психомоторными нарушениями в виде одиночных или множественных перфораций в одном отрезке кишки или многоместной локализации, соответствуют I - III степени тяжести. Характер поражения зависит от размеров,

формы, остроты краев повреждающего агента, длительности его нахождения в пищеварительном тракте. Срок и обстоятельства проглатывания ИТ детьми не всегда удается установить. Образование множественных перфораций характерно при повреждениях магнитными ИТ. Использование рентгенологических, УЗИ и КТ исследований помогает установить диагноз.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б.Б., Хамроев У.А., Абдуганиев А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский Институт
Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при перинатальном центре, г. Ташкент, Узбекистан.

По данным мировой литературы, каждый год у одного из 5000 - 10000 рождающихся детей отмечается дуоденальная непроходимость.

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения у новорожденных с дуоденальной непроходимостью.

Материал и методы исследования. В 2020-2023 гг. в нашем центре лапароскопически прооперированы 49 пациентов с данной аномалией. Больным проводились общеклинические, рентгенологические, УЗИ внутренних органов, нейросонографическое и эхокардиографическое исследования. Мальчиков было 28 (57%), девочек - 21 (43%). По гестационному возрасту: доношенные - 36 (73,5%), недоношенные - 13 (26,5%).

На момент операции у 10 (20,4%) были атрезии двенадцатиперстной кишки, у 21 (42,8%) кольцевидная поджелудочная железа, у 15 (31%) дуоденальная мембрана, у 3 (6%) стеноз. Сопутствующие патологии у 8 (16,3%) больных, была выявлена трисомия 21 хромосомы (синдром Дауна), у 7 (14,2%) — врожденные пороки сердца, у 2 (4%) — гидронефроз.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы лапароскопически выполнили в 28 (57%) случаях дуоденодуоденоанастамоз, в 14 (28,5%) дуоденотомию, резекцию мембраны, в 3 (6%) продольную дуоденотомию и поперечное наложение швов. Всего конверсию прошли 4 (8%) пациентов. Продолжительность операции при лапароскопии составляла до 100 минут, послеоперационная анестезия - 24-48 часов, средний срок пребывания в стационаре - 18,5 дней.

В послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения, как 1 кологастральный свищ и 2 несостоятельности анастомозов (оба имели синдром Дауна).

Из 49 прооперированных больных умерли 4 (8%), из них 2 родились преждевременно, у 2 имелся синдром Дауна.

Вывод. Больных с врожденной дуоденальной непроходимостью лечили лапароскопически, продолжительность операции была больше, чем при традиционном методе. Сроки стационарного лечения сократились до 1,6 суток, наркотическая анестезия сократилась до 24 часов, косметический эффект был высоким.

Показатели смертности и послеоперационных осложнений при обоих методах оставались одинаковыми. Длительность лечения больных не только связана с врожденной верхней кишечной непроходимостью, но прямо пропорциональна сопутствующим ей соматоневрологическим и дополнительным порокам.

ПЕРВИЧНЫЕ ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ

Якубов С.Я., Дехканов М.К., Асадуллоев А.Л, Алимов Р.И.
Областной детский хирургический центр ГКБ №1 им С.Урунова, г. Худжанд
ЦРБ Гафуровского района, Согдийской области

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения патологии заболевания большого сальника у детей.

Материал и методы исследования. За 10 лет (2014-2023 г.) в областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) г. Худжанда и в детском хирургическом отделении ЦРБ Б.Гафуровского района Согдийской области лечились 9 детей с

первичными заболеваниями большого сальника, что составлялось 0,08% всех оперированных с острой абдоминальной патологии. В возрасте от 3 до 7 лет-3, от 7 до 15 лет-6 больных. У 5 из них выявлен заворот сальника и у 4 первичный оментит. Инфаркт сальника не наблюдалось. Дооперационная диагностика первичных заболеваний сальника у детей чрезвычайно трудна. Правильный диагноз до операции не установлен ни у одного больного. 5 из 9 детей оперированы с диагнозом острый аппендицит, 2-е с аппендикулярным инфильтратом с подозрением на абсцедирование, 2-е с аппендикулярным перитонитом.У всех детей заболевание началось остро, однако давность заболевания к моменту поступления в стационар у 7 из них составила от 2 то 5 суток. Только 2 из 9 больных поступили в стационар первые сутки от начало заболевания. У них на операции обнаружен заворот сальника на 3-4 оборотов.

При сравнении наиболее постоянного симптома первичных заболеваний сальника боли в животе были различными. Увсех больных с заворотом большого сальника боли носили периодический, приступообразный характер, а при первичном оментите боли в животе были постоянными, ноющими.

Боли локализовались у 5-больных в правой подвздошной области, в мезогастрии у 4.У всех больных заворот был походу часовой стрелки. Способствующим фактором является усиление перистальтической движении кишечника, какой бы причиной оно невызывалось, ведет к усилению движений большого сальника, создавая большую возможность его перекрута.Этому же способствует резкое внезапное движение тело, поднятие тяжести, внезапное сокращение брюшных мышц с резким повышением внутрибрюшного давления и ожирения.

Общее состояние у 6 детей было средней тяжести, у 3-тяжелым, эти больные поступили в стационар на 4-5 дни от начало заболевания.

Тяжесть состояния было обусловлено интоксикацией, дети отказывались от еды, были вялыми, лихорадили (до 38-39^{0}С). Наблюдались многократная рвота. При пальпации живота локальное напряжение брюшной стенки отмечалось у всех больных. Симптом Щеткина-Блюмберга был положительным у 7 и сомнительными у 2 больных. У 1 больного в правой подвздошной области пальпировалось малоподвижное, умеренно болезненноеобразование. В анализах крови у 7 больных отмечались повышении лейкоцитов в пределах 10—15х10^{9}г/л. УЗИ органов брюшной полости произведено всем больным. У 5- больных выявлены косвенные признаки острого аппендицита, 2-аппендикулярный инфильтрат и у 2-аппендикулярный перитонит.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные оперированы в экстренном порядке. У 5 –детей применен доступ Волковича-Дьяконова в правой подвздошной области, у 2- нижняя поперечная лапаротомия и у 2-срединная лапаротомия. При осмотре червеобразного отростка находили его неизменённым у 2-х больных, изменение вторичного характера у 7, что заставило предпринять дальнейшую ревизию брюшной полости. При завороте большого сальника обнаружены серозно—геморрагический выпот. У 1 – больного обнаружен заворот сальника на 1 Оборот (360*), у 2 –на 2 оборота и у 2 на 3-4 оборота. Всем больным произведено резекция в пределах здоровыхтканей. Для уточнения объема резекции -1 наблюдение при завороте сальника перед его резекцией произведено раскручивание заворота. Такую тактику считать ошибочной, считаем, что раскручивание заворота может явится причиной восходящего венозного тромбоза.

У 4-х больных с выявленным на операции первичным оментитом брюшной полости имелось серозно-гнойный выпот. Воспалительные изменения на ограниченных участках сальника были у 3-больных, им произведена его резекция в пределах здоровой тканей. У 1 ребенка отмечалось тотальное поражение сальника воспалительным процессом, произведено оментэктомия.

При гистологическом исследовании удавленных сальника в 5 препаратах выявлено некроз и кровоизлияние, в 4 неспецифическое воспаление. Больными с вторично измененным червеобразного отростка и оперированыиз доступа в правой подвздошной области по Волковичу Дьяконову, наряду с резекцией большого сальника по поводу его патологии, произведено апппендэктомия.

Выводы. Первичные острые заболевания большого сальника не имеют специфических симптомов, оперируют с дооперационным диагнозом «острый аппендицит». Отсутствие макроскопических изменений й в червеобразном отростке или вторичный их характер, наличие в брюшной полости изменённого выпота являются показание для ревизии брюшной полости.Результатылечениями прогноз благоприятный.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Якубов С.Я., Сангинов М.Т., Ахмеджанов С., Нуров Ф.Н.
Областной детский хирургический Центр ГКБ №1 им. С. Урунов, г. Худжанд

Цель исследования. Информировать возможности симуляции острой хирургической патологии органов брюшной с острым аппендицитом.

Материал и методы исследования. За 5 лет (2019 - 2023гг.) в областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) г. Худжанда прооперированы с диагнозом острый аппендицит 1258 детей, из них у 44 больных (3,4%) операционная находка не соответствовало с клиническими данными, в связи с чем произведено ревизия органов малого таза и терминального отдела тонкого кишечника на расстоянии 80-90см от илеоцекального отдела и органов малого таза.

При этом установлено апоплексия правого яичника у 12 (27,2%) больных,острый неспецифический мезаденит у 11 (25,0%), Меккелев дивертикул у 5 больных (11,3%), перекрут кисты яичника у 3 (6,8%), диплококковый перитонит у 3(6,8%), панкреатит у 1 (2,2%), перекрут правого яичника У 2 (4,5%), перфорация кишечника инородным телом (зубочистка) у 1 (2,2%) перворация язвы 12 перстной кишки у 1 (2,2%), язвено некротический энтероколит у 1 (2,2%), тонкокишечная инвагинатция у 1 (2,2%), холецистит у 1 (2,2%), перекрут большого сальника у 1 (2,2%) и первичный оментит у 1 (2,2%).

В 37 (84%) случаях был доступ аппендикулярным, в 1 случае

При апоплексии левого яичника аппендикулярный разрез расширено вниз до прямой мышцы живота, в 3 случаях кроме аппендикулярного доступа произведено поперечная лапаротомия, а в 4 случаях широкая срединяя лапаротомия

Возрастной состав больных был: 2-6 лет - 8; 7-11 лет - 16; 12 лет и старше 20.

Клиническая картина заболевания отличалось большим разнообразием: единственным постоянным признаком во всех случаях являлось боль, которая у 71% детей локализовалась в правой половине живота, у 20,1% по всему животу, у 5,7% в арзличных участках живота и у 3,2% вэпигастрии.

У 30% больных бол сопровождалась тошнотой и рвотой. Чаще всего боль была постоянной, иногда периодической, реже схваткообразной.

Результаты исследования и их обсуждение. Впервые 6 часов с момента поступления прооперировано 31 (70,4%) больных, остальные 13 (29,5%) в сроки от 8 до 12 часов. Этим больным произведено почасовое динамическое наблюдение с определением лейкоцитоза крови, температуры тела, частота дыхания, частоты пульса и анализа мочи. 3-м больным произведено обзорная рентгенография органов брюшной полости. 85% случаев УЗИ органов брюшной полости, которые указывали на косвенные признаки острого аппендицита и связи нарастанием болей в животе, появлением симптомов Щеткина-Блюмберга, Воскресенского исключить диагноз острого аппендицита было невозможным, произведено лапаротомия.

Из 44 оперированных больных у 41 (93,1%) червеобразны отросток был изменен вторично, им произведено аппендэктомия и у 3 (6,8%) больных в связи отсутствии изменений в червеобразном отростке аппендэктомия не произведена. Летальных исходов не было

Выводы. Таким образом, при обращении больного с болями в животе тщательно собрать анамнез заболевания, произвести пальцевое исследование прямой кишки, при необходимости обзорную рентгенография органов брюшной полости, почасовое динамическое наблюдение и повторное УЗИ органов брюшной полости, позволит уменьшить диагностических ошибок при остром аппендиците.

В сомнительных случаях, когда исключить острое хирургическое заболевание органов брюшной полости в течении 6-8 часов стационарного наблюдения не представляется возможным, необходимо лапаротомия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

[1]Яхшибекова Ш,Дж., [1,2]Ибодов Х., [2]Рофиев Р., [1]Давлатов А.Р.

[1]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Актуальность. Аноректальные пороки развития наиболее часто встречающиеся пороки развития в работе детского хирурга. По данным литературы аноректальные пороки встречается от 1:500 до 1:5000 новорожденных. Интерес детских хирургов к аноректальным порокам развития велик. Начало 20 столетия ознаменовалось внедрением нового подхода к диагностике и лечения аноректальных пороков развития. При помощи рентген - лучевой диагностики на сегодняшний день стало возможным определение расстояние дистального конца атрезированной кишки и предполагаемого ануса, состояние пуборектальной мышцы и мышцы наружного/ внутренного сфинктера, а также наличие органного свища. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечение аноректальных пороков развития все еще данная проблема далеко от своего полного решения.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики аноректальных пороков развития у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Нами анализированы результаты диагностики и лечения 121 детей с аноректальными пороками развития. Возраст детей от 0 до 3 лет. Порки развития были следующее: атрезия ануса -25, атрезия ануса и прямой кишки -5. Свищевые формы атрезии прямой кишки составляло 91 (75,2%) из 121 больных; со свищем в мочевой пузыр -7 (7,6%), свищ в уретру -14 (15,3%), свищ в преддверие влагалища – 48 (52,7%), с вагинальным – 16 (8,8%), свищ в промежности -12 (13,1%), промежностная эктопия ануса – 7 (7,6%), клоакальная форма атрезии -3 (3,2%). Антенатально из 121 детей аноректальные пороки развития установлено у 25. Остальным детям диагноз выставлен после рождения на основание осмотра области промежности при котором выявили отсутствие ануса на обычном месте и/или наличие свища на промежности, в предверие влагалища. Всем детям проведены клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические исследование. Рентгеновские исследование проведено по Вангенстину у 30, по методу разработанной в клинике у 28 новорождённых. Сущность применении технического устройство, который разработан в клинике заключается в том, что сконструирован из рентгенонегативного материала и поверхность из оргстекла, легко дезинфицируемой поверхности и безопасности для новорожденных. Исследование брюшной полости новорожденного при атрезии ануса и прямой кишки в положение ребенка лежа на животе с приподнятым тазовым концом. Угол наклона приподнятой части устройство в пределах от 90 до 120 градусов. При рентгенологическом исследование устройство устанавливают на деку рентгена-диагностического аппарата или на кушетку при использование переносной рентгеноаппаратуры.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования новорожденных всегда начинается с УЗИ органов брюшной полости, обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки в вертикальном положении в двух проекциях (прямой и боковой). Желательно, чтобы этот снимок был сделан, как можно раньше после рождения так, как при атрезии прямой кишки, сакральный отдел позвоночника будет плохо виден и затемнен накопившимся газом в этой кишке. Это исследования позволяет определить состояние легких, сердца и исключить непроходимость 12-ПК и аномалии развития позвоночника, которые сочетаются иногда с аноректальными пороками. Рентгенография в положение стоя в раннем периоде после рождения сделано всего 66 новорожденным. Важным шагом в диагностике аноректальных пороков является определение уровня слепого мешка. С этой целью мы в своей работе использовали метод инвертографии по Вангенстину и метода клиники. Инвертография проведено у 121 детей. На инвертограммах определялось высота стояния слепого мешка от метки, расположенной на промежности, в области предполагаемого ануса. Высокой формой атрезии выявлено у 17 новорожденных (расстояние 2,0 ± 0.2 см от метки до слепого мешка). У 55 новорожденных при раннем выполнение рентгенографии получено не правильная информация, из-за раннее выполнения процедуры (от 12 до 20 часов). У 66 детей инвертограмма проведено от 24 до 30 часов после рождения. При подозрении на свищ в мочевую систему проведено экскреторная урография и цистография (24). У 7 новорожденных выявлено ректоуретральный свищ, а у 5 ректовезикальный

свищ. У 69 больных со свищевыми формами атрезии проведена рентгенологическое исследование, цель которого заключалось в определение функциональной состояние и степени повреждения аноректальных структур и кишечника вследствие нарушения акта дефекации. Нами применены дозированная ирригография у 69 и рентгенологическое исследование с катетером Фолея (19).

При ирригографии свищевых форм аноректальных пороках развития определяли наличие мегаколона (60). Дозированная ирригография основана на стандартизации условий выполнения процедуры по давлению, при которой производится заполнение толстой кишки и по фактической ее вместимости. Перед выполнением процедуры для подготовки кишечника применяется однократная гипертоническая клизма 1% раствором поваренной соли. При эктопии анального канала в преддверие влагалища или на промежность рентгенологические исследования проводится с применением катетера Фолея. Данная методика применена у 5 пациентов.

УЗИ выполнено у 121 новорожденных при этом выявлено расширение петель толстого кишечника с гипоэхогенным содержимым, отсутствие гаустрации толстой кишки и увеличение живота, иногда наличие сводной жидкости в молом тазу.

Таким образом, рентгенлучевая диагностика при аноректальных пороках развития является одним из основных методов исследования для выставление диагноза атрезии ануса и прямой кишки.

ТЕЗИСЫ

ПЕДИАТРИЯ

ДЕФИЦИТ МИНЕРАЛОВ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить гомеостаз кальция при хронической почечной недостаточности у детей и влияния на него факторов.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ за 2022 – 2024 год, 20- историй болезни в возрасте от 5 лет до 18 лет с хронической почечной недостаточностью, развившейся в результате гломерулонефрите n -12 и тубулопатии n - 8. Больные находились на лечение в ГУ КЗ «Истиклол» в нефрологическом отделении. Диагностика основывалась на комплексе клиника - лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе истории болезни у 9 (20%) детей отмечена вальгусная деформация голени у 8 (21%) – боли в костях, рентгенологические проявления ренальных остеопатий, включающие остеопороз различной степени выраженности, остеомаляцию и остеофиброз обнаружены у 16 больных (80%). Этиология хронической почечной недостаточности было установлено четыре варианта изменений во фракционном составе сывороточного кальция 1. снижения концентрации общего и ионизированного Са у 15 больных (75%); 2. нормальное или повышенное содержания общего и ионизированного Са на фоне гипокальцемии у 6 больных детей (30%); 3. нормальное или повышенное содержание общего и ионизированного Са у 4 (20%); 4. снижения уровня ионизированного Са на фоне нормального или повышенного содержания общего кальция у 2 (10%). У детей с хронической почечной недостаточностью которая развившейся в результате в тубулоинтерстициального поражения почек, при наблюдении содержания общего кальция в сыворотке крови было ровно 2,01 + 0,09 ммоль/л , ионизированного Са – 1,12+0,1ммоль/л, степень ионизации ровно 49,6+3,1% кальций, кальций связанный с белком составил 0,89+0,1ммоль/л, и диффузная фракция кальция ровна 1,12+0,1ммоль/л. Анализ у больных с хронической почечной недостаточностью развившейся в следствие гломерулопатий , концентрация в сыворотке крови составляло 1,85+0,1 ммоль/л, ионизированного кальция 1,12+0,07ммоль/л, степень ионизации - 46,8+5,05%; Са связанный с белком – 0,80+0,02ммоль/л, диффузная фракция Са

– 1,13+0,1ммоль/л. Общая концентрация кальция и ионизированного в крови зависит от степени креатининемии, то есть от степени выраженности почечной недостаточности.

Выводы. Таким образом, нами установлена определенная связь изменений гомеостаза Са с этиологией хронической почечной недостаточностью и выраженностью некоторых ее синдромов, необходимо учитывать при разработке комплексных терапевтических мероприятий еще до перевода больного на гемодиализ и трансплантацию почек.

ОСОБЕННОСТИ МАНЕФЕСТАЦИИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений пневмоцистной пневмонии у детей различного возраста**.**

Материал и методы исследования. Для данного исследования был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни детей с диагнозом «Пневмоцистная пневмония», возраст которых колебался от 1 мес до 14 лет. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «ИСТИКЛОЛ» (2022 - 2024 гг.), из них от 1 мес. до 3 лет (I-ая группа) 14 больных (47%), от 3 лет до 6 лет(II-ая группа) – 9 (30%), от 6 лет до 14 лет(III-я группа) - 7(23%). В процессе обследования и наблюдения изучены анамнестические данные, особенности клинических и лабораторных проявлений, биохимические, бактериологические и вирусологические данные (в том числе ТОРЧ- инфекцию) в комплексе с рентгенологическими исследованиями. Иммунный статус у детей определяли содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно данным анамнеза, у преимущественного числа детей раннего возраста первой группы установлена высокая частота перинатального риска и фоновых состояний, в частности, гипоксически-ишемическая энцефалопатия выявлена у 12 (81,9%) детей, рахит у 14 (100%) детей, анемия у 13 (96,7) детей, экссудативно-катаральный диатез у 8 (57%) больных. Клиническая картина пневмоцистоза полиморфна, определяется возрастом и состоянием иммунитета. Основным клиническими маркерами пневмоцистной пневмонии составили: пролангированнаядлительнаяь лихорадка (1-2 месяца) с выраженными признаками интоксикации. Ренгеногенологически на начальном этапе заболевания регистрировались прикорневые уплотнения, усиление интерстициального рисунка, а также характерная для пневмоцитоза картина «ватных легких» или «хлопьев снега». У 5 детей (17%) старшего возраста пневмоцистная пневмония протекала с кишечным синдромом. У детей снижены как показатели клеточного, так и показатели гуморального иммунитета. Наиболее сильное снижение наблюдается на уровне клеточного иммунитета, особенно CD4, CD95 почти в 1,5 раза ниже нормальных значений, CD16 и CD25 в 2 раза ниже нормальных значений. Иммунограмма показывает, что началось истощение иммуноглобулинов. Усугубление заболевания приводит к истощению CD8, CD16,CD20. При тяжелом течении в процессвступает гуморальный иммунитет, что отражается в клиническом анализе крови лейкоцитозом, увеличением зрелых и незрелых форм нейтрофилов.

Выводы. Таким образом, верификация диагноза пневмоцистной пневмонии основана на выявлении характерной клинической картины, сопровождающейся иммунодефицитным состоянием у детей. При постановке диагноза пневмоцистная пневмония необходимо повысить настороженность педиатров и детских пульмонологов на особенности течения атипичных пневмоний.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдуллаева Н.Ш.[1], Пачаева Р.П.[2], Султонова С.К. [3]

[1]Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

[2]Медико-консультативный центр «Медиан», г. Душанбе

[3]Городской центр здоровья №9, НМЦ «Шифобахш», г. Душанбе

Актуальность. Одной из ведущих задач современной системы здравоохранения является обеспечение качественной амбулаторно-поликлинической помощи населению на уровне первичного звена, так как именно это направление в настоящее время является приоритетным. Анализ степени удовлетворенности потребности населения в получении качественной медицинской помощи является одним из важных социальных аспектов эффективности деятельности системы здравоохранения.

Цель исследования. Изучить мнение законных представителей детей о качестве оказываемой медицинской помощи в городских центрах здоровья.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ и городских центров здоровья 6 и 9 г. Душанбе. С целью изучения мнения населения о качестве медицинской помощи детям на уровне ПМСП проведен социологический опрос родителей или законных представителей детей от 0 до 6 лет. Было проанализировано 160 анкет, специально разработанных для исследуемой группы, состоящая из 28 вопросов и 125 ответов. Разработанная анкета состояла из вопросов по оценке уровня и качества оказываемой педиатрической помощи, организации работы центров здоровья, доступности служб, квалификации и профессионализма врача и среднего медицинского персонала, а также о возможностях и необходимости свободного выбора лечащего врача, об отношении к платным медицинским услугам.

В исследовании были использованы социологический, статистический и аналитический методы исследования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ MSOffice 2019 с оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение опрошенных респондентов, являющихся законными представителями детей, показало, что 75% из них были матерями, 11,4% представлены отцами, в остальных 13,6% - бабушки.

Распределение по возрастам показало, что большинство из них были в возрасте от 19 до 35 лет (66%), от 36 до 45 лет – 18% и более 46 лет было 16% респондентов. Более половины опрошенных имели высшее образование – 56,8%, каждый третий из них со средним полным образованием – 31,8%, неполным средним –11,4%. Социально-профессиональное положение респондентов было следующим: служащие – 27,8%, предприниматели (средний и малый бизнес) – 18,5%, рабочие – 34,7% и 19% - временно не работающие (домохозяйки и студентки).

Медицинская активность родителей является важным фактором, влияющим на качество оказываемой медицинской помощи. Результаты опроса показали, что в первые дни возникновения заболевания ребенка только четверть родителей (26,3%) обращаются к врачу за помощью, на 3-4 день болезни – 59,3% респондентов и 14,4% ответили, что прибегнут к помощи врача «когда не поможет самолечение». 92% опрошенных обращались за медицинской помощью в городские центры здоровья по месту жительства.

В основном, причиной обращения к врачу являлся эпизод заболевания (53,3%), для профилактического осмотра или с целью вакцинации обращались почти треть респондентов (31,8%), самолечением занималась каждая десятая семья – 10,4%.

Почти четверть респондентов беспокоит низкий уровень технического оснащения их центров здоровья (23,2%), вследствие чего, естественно, страдает диагностическое звено в цепочке оказания качественной медицинской помощи. Очевидно, что это является одной из причин обращения пациентов к услугам платной медицины. Итак, 43,2% опрошенных достаточно часто пользуются услугами платных учреждений или частнопрактикующих специалистов. Треть респондентов «иногда» пользуются (36,4%) данными услугами, а каждый пятый указал, что «не может себе этого позволить» (20,4%) из-за дороговизны услуг.

При анализе причин обращения к платной медицине наиболее частыми формулировками были

«получения медицинских услуг более высокого качества» (68,2%), «из-за отсутствия такого высококвалифицированного подхода к лечению в их центре здоровья» - 31,2%, «из-за более внимательного отношения врачей» - 22,7%, такое же количество респондентов указало на отсутствие очереди на приём к педиатру (22,7%), на хорошие санитарные условия указал каждый пятый опрошенный (20,5%).

В результате анкетирования выяснилось, что 47% респондентов были вполне удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи их детям, треть опрошенных (35%) не вполне удовлетворены, а 9% респондентов остались абсолютно не удовлетворенными оказываемой их детям медицинской помощью. 9% респондентов испытывали затруднение в ответе.

Наиболее частыми причинами неудовлетворенности были: долгое ожидание приема врача – 20,5%, частая ротация врачей – 18,2%, неудовлетворительное состояние кабинетов – 16%, невозможность выбора врача – 16%, затруднение в получении консультации врачей узких специальностей (большая очередность) – 16%.

Вызывало неудобство родителей и неудобные часы приема врачей – 6,8%, неудовлетворительная работа регистратуры – 2,3%, грубость персонала – 3,3%. Сомнения вызывали и постановка диагноза, со слов родителей, в 2,3% случаев, и полипрагмазия (7,8%).

Причинам неудовлетворенности своим семейным врачом оказались «излишняя торопливость при осмотре ребенка» - в 36,4% случаях, «недостаточное внимание к ребенку» - 22,7%, «поверхностный осмотр ребенка» - 12,3%, «неумение расположить ребенка к себе» - 6,8%. Родители часто оставались недовольными тем, что врач не полностью информирует о заболевании ребенка, методах его лечения, назначает дорогостоящие препараты (18,2%) и 6,8% респондентов указывали на отсутствие эффекта от терапии. Каждый десятый из опрошенных отметил некомпетентность врача.

Высокая степень доверия семейному врачу подтверждается и степенью его квалификации. Так, по мнению респондентов, почти треть опрошенных считают своего семейного врача специалистом высокой квалификации (29,5%). В то время как чуть более половины родителей (54,5%) оценивают своего участкового врача как специалиста средней квалификации, 2,3% - низкой квалификации. В 13,7% случаев респонденты затруднялись ответить.

В результате анкетирования было выявлено, что наибольшая часть опрошенных выразила высокую потребность в педиатрах (86,4%). В пользу семейного врача было 6,8% голосов и стольким же респондентам (6,8%) было совершенно не принципиально, кто будет наблюдать за их ребенком. При рассмотрении причин столь высокой потребности респондентов в педиатре ведущее место занимала формулировка «является специалистом в области детских болезней» (66%). Оставшиеся голоса одинаково были распределены среди формулировок «более квалифицированный подход в вопросах питания, ухода, профилактики и лечения ребенка» - 36,4% и «занимается только состоянием здоровья детей» - 36,4%.

Таким образом, выявлена достаточно низкая удовлетворенность респондентов по различным аспектам оказания медицинских услуг; причинами неудовлетворенности своим участковым врачом оказались – торопливость при осмотре, недостаточное внимание к ребенку, поверхностный осмотр, назначение дорогостоящих препаратов, некомпетентность врача; для получения более квалифицированной помощи к услугам платной медицины обращались почти половина пациентов; результаты опроса показали высокую потребность в педиатрах.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗДОРОВЫХ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Агаева Г.Т., Дадашова К.Г.[1], Нуриева Ш.В.[2]
Кафедра педиатрии АМУ, НИИ Физиологии имени акад. А.И. Караева[1],
Детская поликлиника №7[2], г. Баку, Азербайджан

В связи с началом обучения в младшем школьном возрасте детский организм ребенка подвергается как физической, так и психологической нагрузке, что отражается на деятельности головного мозга, высшей нервной деятельности, а также поведенческих реакциях. Цель работы заключалась в

изучении особенностей функционального состояния биоэлектрической активности головного мозга здоровых детей раннего школьного возраста. В исследовании приняли участие здоровые девочки и мальчики в возрасте 6-7 и 8-9 лет. Биоэлектрическую активность головного мозга регистрировали на компьютерном электроэнцефалографе по международной схеме 10-20. Рассчитаны индексы и спектральная мощность основных ритмов в различных отделах коры головного мозга, распределение частот по областям. В результате проведенных исследований установлено, что индекс альфа-ритма в обеих возрастных группах увеличивается от лобных долей к затылочным, причем наиболее высокие коэффициенты выражены в затылочных отделах. В отличие от 6-7 лет, в возрастной группе 8-9 лет динамика тета-ритма не претерпевает существенных изменений от передних областях к каудальным. Выраженность дельта-ритма слабо выражена в передних долях, увеличивается к задним у детей 6-7 лет, в группе 8-9 лет существенно не меняется. Что касается частоты ритмов, то было отмечено, что у здоровых детей 6-7 лет в затылочных долях наблюдалось преобладание альфа-волн с частотой 8 Гц, а также в каудальных отделах регистрировались тета-волн с частотой 4 -7 Hs выражены также, тогда как у детей 8-9 лет наблюдалась частота 9-11 Hs в затылочных долях, в которых доминировали альфа-волны, составляющие преимущественно частоту 10 Hs. В отличие от 6-7-летних, у 8-9 летних школьников выраженность тета-волн в каудальных отделах снижалась. Установлено, что в обеих группах спектральная мощность альфа-ритма была максимально выражена в теменно-затылочных областях, снижалась во фронтальных направлениях и была выражена примерно на одинаковом уровне в этих областях. Спектральная мощность тета- и дельта-ритмов также находилась на более низком уровне и была более выражена в центрально-теменно-затылочных отделах. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что в этом возрастном периоде процессы созревания ритмов мозга продолжаются быстрыми темпами, создается баланс синхронизирующих и десинхронизирующих интегративных систем.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Ахмеджанова М.Ш., Ахмедова М.М.
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Улучшить возможности эхокардиографии в диагностике дилатационной кардимиопатии у детей.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положен анализ результатов эхокардиографического исследования у 12 детей до 10 – летнего возраста. По возрасту пациенты распредилились следующим образом: от 1 года до 3 лет – 3 (25%) , от 3 до 5 лет - 5 (41,6%), от 5 до 10 лет – 4 (33,3%), из них девочек - 8 (66,6%) и мальчиков – 4 (33,3%). Исследование проводились на ультразвуковом сканере экспертного класса TOSHIBA XARIO с помощью мультичастотного секторного датчика, на базе ГУ «Республиканский центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ. При исследовании в М - режимах из парастернального доступа по длинной оси измеряют диаметр обоих желудочков, толщину межжелудочковой перегородки и толщину задней стенки ЛЖ.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании было выявлено снижение фракции выброса менее 40% у 6 (50%) пациентов, что указывает на снижение глобальной сократительной функции ЛЖ. Расширение полостей сердца, преимущественно левых отделов определялось у 10 (83,3%), при этом левый желудочек утрачивает присущую ему в норме эллипсоидную форму, деформируется и округляется. Расширение ЛЖ сердца отчетливо заметно при двухмерном сканировании из апикального доступа в четырехкамерном сечении и из парастернального доступа по длинной оси. При дилатационной кардиомиопатии увеличен конечно - диастолический диаметр ЛЖ. Толщина стенок ЛЖ и межжелудочковой перегородки оставалась нормальной, но если рассматривать их с учетом расширившейся полости ЛЖ, то отмечалось характерное относительное истончение. У 8 (66,6%) детей с дилатационной кардиомиопатией определялось наличие митральной недостаточности, которое является частым спутником этой патологии - из-за расширения полости ЛЖ и, вызываемого им растяжения фиброзного кольца митрального клапана, становится невозможным плотное смыкание створок митрального клапана.

При сниженной функции ЛЖ из-за возникающего при этом давления в левом предсердии было повышено у 6 (50%) детей.

Выводы. Эхокардиография играет центральную диагностическую роль в выявлении дилатационной кардиомиопатии у детей. Эхокардиография в настоящее время остается самым доступным, безопасным и информативным исследованием, позволяющим диагностировать дилатационную кардиомиопатию у детей и выбрать правильную тактику введения и лечения данных больных.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АГЕНЕЗИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш.
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оптимизация ультразвукового исследования в диагностике агенезии мозолистого тела.

Материал и методы исследования. На базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН МЗ РТ за 2023 год у 12 новорожденных в возрасте до 6 месяцев, направленных на ультразвуковое исследование головного мозга, был выявлен врожденный порок развития головного мозга - агенезия мозолистого тела. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате экспертного класса TOSHIBA XARIO с использованием мультичастотного секторного датчика. Были использованы коронарные и сагитальные сечения, в особенности 2-е, 3-е и 5-е коронарные сечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Изолированная форма агенезии мозолистого тела выявлена у 10 (83,3%) детей, у 2 (16,7%) в сочетании с другими пороками развития головного мозга (голопрозэнцефалия, синдром Денди-Уокера, синдром Арнольда – Киари, агенезия прозрачной перегородки и др.). При исследовании в группе новорожденных с полной агенезией мозолистого тела – у 3 (25%) больных - эхографическими признаками являются исчезновение нормальной архитектоники борозд и извилин: передние рога боковых желудочков расположены широко, III желудочек подтянут кверху, затылочные рога боковых желудочков расширены идут паралелльно (кольпоцефалия). Мозолистое тело и поясная борозда не опредяляются, борозды медиальной поверхности полушария отходят веерообразно. Для частичной агенезии мозолистого тела, выявленных у 9 (75%) новорожденных характерно определение мозолистого тела и поясной извилины только в передних отделах, в задних отделах они не определяются. У 3 (25%) новорожденных с агенезией мозолистого тела определялась межполушарная киста.

Выводы. Полученные результаты показали высокую информативность нейросонографии при выявлении врожденных пороков развития головного мозга, в частности агенезии мозолистого тела, позволяющим выявлять наличие патологии на ранних стадиях заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Ахмедова М.М., Ахмеджанова М.Ш.
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Улучшить возможности ультразвукового исследования в диагностике заболеваний вилочковой железы у детей.

Материал и методы исследования. На ультразвуковом аппарате экспертного класса TOSHIBA XARIO (Япония) с помощью линейных датчиков с частотой сканирования 7,0-14,0 МГц выполнялось исследование тимуса у 38 детей в возрасте от 1 до 12 мес. на базе ГУ Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ. В ходе исследования оценивали расположение, форму, контуры, структуру и размеры вилочковой железы. УЗИ проводилось с использованием различных доступов: транстернальный, парастернальный и межреберные промежутки с использованием поперечных и продольных срезов.

Показаниями для проведения исследования тимуса является: часто болеющие дети (пневмонии, бронхиты, простудные заболевания), длительно субферильная температура тела, частые срыгивания, увеличение лимфатических узлов и миндалин, аллергические состояния.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования у 13 (34,2%) детей сонометрические показатели вилочковой железы соответствовали возрасту, структура железы однородная, эхогенность - средняя. У 23 (60,5%) детей было выявлено увеличение размеров вилочковой железы – тимомегалия: у 18 (78,2%) детей - структура тимуса однородная, эхогенность средняя, у 4 (17,4%) выявлена неоднородная структура и неровность контуров, у 1 (4,3%) - кальцинаты. У 2 (5,3%) детей было выявлено уменьшение размеров – гипоплазия вилочковой железы. УЗИ вилочковой железы возможно провести пока не произошло окостенение грудины, поэтому чем младше ребенок, тем лучше можно оценить орган. Основным размером вилочковой железы является ее поперечник. На поперечном срезе тимус имеет форму, близкую к квадрату с закругленными углами, на продольном - обе доли вилочковой железы имеют одинаковую каплеобразную форму. В ходе исследования вилочковой железы основными ультразвуковыми критериями были следующие: возрастные размеры тимуса, его форма, нечеткость и неровность контуров, снижение эхогенности, неоднородность структуры, наличие микрокальцинатов.

Выводы. УЗИ вилочковой железы является информативным, безвредным и простым в исполнении, методом для определения параметров органа. УЗИ следует использовать как скрининг для выявления детей с синдромом увеличенной вилочковой железы и гипоплазии тимуса, дальнейшего динамического наблюдения и изучения с целью обоснования и оптимизации дифференциального диспансерного наблюдения и оздоровления детей данной группы.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Вохидов А., Зарипова М.Ч., Каюмов Ф.Дж.
ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Определить изменения активности специфических протеаз копрофильтратов, как микробных факторов патогенности у недоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 50 детей, поступивших на лечение в отделение выхаживания маловесных детей «Мать дитя» ГУ МК «Истиклол» за период с 2018 по 2021 гг. Исследованы копрофильтраты у 50 недоношенных новорожденных, находившихся в патологии новорожденных по поводу бактериальной инфекции, из них на парентеральном питании — 30 детей, на энтеральном — 20 детей. Группа сравнения (условно здоровые дети) — 30 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди ассоциированных с ВУИ осложнений преобладают потери беременности и плацентарная недостаточность. Ведущим проявлением плацентарной недостаточности является задержка роста плода (32,4%), максимальные проявления которой регистрируются при смешанной инфекции (57,9%). При этом частота различных форм фетоплацентарной недостаточности у беременных без инфекции не превышала 5,3%, а среди женщин с внутриутробной инфекцией достигала 26,6% (в 5 раз больше) ($p<0,001$).

После перенесенных инфекционных заболеваний во время беременности эхографические маркеры инфекции обнаруживаются у 27,7% женщин. Сочетание трех или более эхографических маркеров инфекции позволяет с 80% вероятностью подтвердить реализацию инфекции плода.

При этом только в группе пациенток с ВУИ встречалась симметричная форма задержки роста плода, что связано с началом плацентарной недостаточности до 22 недель гестации.

Гемодинамические изменения при плацентарной недостаточности, обусловленной внутриутробной инфекцией, характеризуются нарушениями в плодово-плацентарном звене кровообращения в 3,5 раза чаще (68,5%) в отличие от других причин фетоплацентарной недостаточности.

Во время беременности у женщин с внутриутробной инфекцией чаще отмечалась угроза прерывания беременности - 41,1% (15,8% - у женщин без ВУИ). Наиболее часто при отсутствии инфекции угроза прерывания беременности проявлялась во II и III триместрах, а у беременных с внутриу-

тробной инфекцией - на протяжении всего срока гестации, постепенно увеличиваясь к третьему триместру.

Отмечено, что для 62,5% женщин с внутриутробной инфекцией, в последующем подтвержденной, было характерно длительное (более 3 недель) наличие угрозы прерывания беременности даже на фоне проводимой комплексной терапии. Среди пациенток с внутриутробной инфекцией плода тяжелые формы гестоза наблюдались в 1,44 раза реже по сравнению с пациентками без ВУИ.

При внутриутробной инфекции значительно меняются субпопуляции Т-лимфоцитов: второй триместр беременности ассоциирован с прогрессирующим снижением относительного содержания Т-хелперов/индукторов и естественных киллеров по сравнению с I триместром, что отражает парадигму пролиферативной (противовоспалительной) направленности иммунного статуса беременности; характерным общим признаком фенотипической характеристики лимфоцитов в III триместре беременности при инфекции плода является снижение лимфоцитов СБ3+ в сравнении с неосложненной беременностью; связь функциональной характеристики лимфоцитов с перинатальными исходами выражается в более высоком содержании лимфоцитов СО3+ в группах женщин с неинфекционной патологией и синдромом инфицированности новорожденного и С04+ при ВУИ без очага по сравнению с пациентками, родивших здоровых детей, а также в более высоком содержании лимфоцитов СО3+ у беременных с неинфекционной патологией и синдромом инфицированности новорожденного по сравнению с женщинами с тяжелыми формами инфекции плода.

Интерес к внутриутробным инфекциям обусловлен неуклонным ростом и прогрессирующим течением, приводящих к инвалидизации.

Установлено, что в случае отсутствия или неадекватного лечения у инфицированных детей отмечается персистенция хламидий, НВ-вируса, цитомегаловируса, герпесвируса, токсоплазм и высокая заболеваемость в течение первых пяти лет жизни, особенно на первом году. Этому способствует морфологическая и функциональная незрелость организма ребенка, а также несовершенство его адаптивных реакций, которые в значительной мере определяются состоянием иммунитета к моменту рождения.

При катамнезе за детьми, перенесшими внутриутробные инфекции, мы пришли к выводу, что необходимо после выписки из стационара наблюдение не менее 2 лет после клинико-лабораторной ремиссии. Причем после выписки необходимо продолжить терапию. Если преобладает поражение печени в амбулаторных условиях лечение проводят гепатопротекторами, мембраностабилизаторами, оротатом калия по 15 мг/кг/ в сутки в 3 приема. При токсоплазмозе назначалась терапия хлоридином в дозах 0,5—1 мг/кг веса в сутки на 4 приема в течение дня. Цит хлоридина пятидневный. Хлоридин сочетался с сульфадимезином из расчета 0,2 г/кг на 3 приема. Сульфадимезин — семидневный цикл. Такие циклы повторялись 3 раза с интервалом в 7—10 дней. Одновременно назначалась фолиевая кислота 1—5 мг 3 раза в день на протяжении 30 дней. Детям с хламидийной инфекцией назначался эритромицин в дозе 40—50 мг/кг в сутки в 2 приема в течение 7 дней. Дети получали биопрепараты, витамины группы В. Всем детям независимо от этиологии процесса назначался виферон в свечах в дозе 150 тысяч 2 раза в день в течение 10 дней. Затем курсом до 3 месяцев по 2 раза в день 2 раза в неделю.

Выводы. Результаты наших наблюдений позволили констатировать положительную роль амбулаторно - поликлинического этапа реабилитации, позволившего снизить число больных с остаточными явлениями гепатита, энцефалопатии, предупредить развитие затяжных и хронических форм.

ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТНОГО СПЕКТРА КОПРОФИЛЬТРАТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Вохидов А., Зарипова М.Ч., Каюмов Ф., Хакироев Д.А.
ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Определить изменения активности специфических протеаз копрофильтратов, как микробных факторов патогенности у недоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 50 детей, поступивших на лечение в отделение выхаживания маловесных детей «Мать дитя» ГУ МК «Истиклол» за период

с 2018 по 2021 г. Исследованы копрофильтраты у 50 недоношенных новорожденных, находившихся в патологии новорожденных по поводу бактериальной инфекции, из них на парентеральном питании — 30 детей, на энтеральном — 20 детей. Группа сравнения (условно здоровые дети) — 30 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Бактериологически были выделены следующие микроорганизмы: бифидобактерии в (53,4%) случаях, лактобактерий в (69,2%), кишечная палочка (48,2%), энтерококки (3,3%), протей (13,1%) детей.

Количественный состав кишечной микрофлоры выглядел следующим образом: среднее содержание лактобактерий в фекалиях составляло 10х107 КОЕ/г; бифидобактерии в среднем выделялись в количестве 100х107 КОЕ/г; E.coli в среднем 20х107КОЕ/г; энтерококки в среднем 1,5х107КОЕ/г; содержание протея в фекалиях составило 0,5х106КОЕ/г.

Активность Ig — протеаз копрофильтратов определялась биохимическим методом в мкг/час с применением ингибиторов протеаз, субстратом явился раствор нормального иммуноглобулина человека (I.R. Henderson, J. Czeczulin C. Eslava and all., 1999; Тюрин Ю., 2003).

Активность микробных lg — протеаз копрофильтратов недоношенных новорожденных, находившихся в реанимационном отделении: получавших парентеральное питание (60) М±м — общие (р = 0,007) — 6,69 0,3, сериновые р - 0,0017) — 2,05±0,21, металлзависимые (р - 0,005) — 3,75±0,1, тиоловые (р = 0,00006) — 5, 14±0, 1; получавших энтеральное питание (20) М±м — общие — 6,62+0,5, сериновые — 4,48±0,48, металлзависимые — 5,68±0, 12, тиоловые — 0,25±0,08; условно здоровые новорожденные (30) — общие — 3,04±0,30, сериновые — 3, металлзависимые — 6,06±0,4 , тиоловые — 0,16 ± 0,05

Полученные данные характеризуют средний уровень активности Ig-протеаз копрофильтратов у недоношенных новорожденных без клинико-лабораторных проявлений бактериальной инфекции: у всех 30 детей группы сравнения выявлена определенная активность сериновых, металлзави-симых и тиоловых Ig-протеаз, которая не претерпела изменений с момента поступления до выписки из отделения, кроме снижения уровня активности тиоловых протеаз. У детей контрольной группы активность Ig-протеаз копрофильтратов незначительно менялась в диапазоне значений тиоловых и металлзависимых классов в сторону уменьшения, а в классе сериновых ферментов оставалась постоянной.

Установлено, что активность сериновых протеаз в копрофильтратах недоношенных новорожденных, находившихся на энтеральном питании, значительно превышала таковую у недоношенных новорожденных , получавших парентеральное питание. Наблюдалась обратная зависимость активности тиоловых протеаз в копрофильтратах у больных недоношенных, что подтверждает наличие более выраженного патогенного микробного процесса у детей на парентеральном питании в крайне тяжелом состоянии.

Дальнейшее исследование ферментного спектра перспективно в плане диагностики и адекватной коррекции лечения.

Сравнение полученных данных с результатами бактериологического обследования детей группы контроля на вероятность дисбиоза кишечника по результатам корреляционного анализа показало следующее: а) отсутствует линейная связь между количеством активности общих Ig-протеаз и количественными значениями наличия энтерококков (r=0); б) существует прямая связь между уровнем активности общих Ig-протеаз и количественными значениями E.coli (r =0,36, p<0,05) и Proteus vulgaris (r=0,36, p<0,05); в) имеется обратная связь между уровнем активности общих Ig-протеаз и количественными значениями как бифидобактерий (r = -0,35, p<0,05), так и лактобактерий (r = -0,36, p<0,05).

Различия уровней иммуноглобулин-расщепляющей активности копрофильтратов недоношенных новорожденных с нарушениями микробиоценоза, по сравнению с условной нормой, косвенно отражает качественные различия в составе микрофлоры при этом состоянии и может служить интегральным показателем дисбиотических состояний.

Полученные в исследовании данные характеризуют средний уровень активности Ig-протеаз копрофильтратов у условно здоровых новорожденных. У всех 30 новорожденных контрольной группы выявлена активность сериновых, металлзависимых и тиоловых Ig-протеаз. Надо отметить, что активность Ig-протеаз у условно здоровых детей сильно не менялась от момента поступления до выписки из отделения, кроме достоверного изменения величины активности тиоловых протеаз в сторону уменьшения (p<0,05).

Исходя их полученных результатов, условная норма активности Ig-протеаз копрофильтратов у недоношенных новорожденных детей (мкг/ч) будет следующей: общая протеазная активность:

1,35 — 3,95, сериновая протеазная активность: 0,44 — 3,84, металлзависимая протеазная активность: 0 - 0,34, тиоловая протеазная активность: 0,08 — 0,56.

Как видно, изменение состава полостной микрофлоры толстого кишечника у обследованных нами детей сопровождается изменением общей микробной Ig-протеолитической активности копрофильтратов, в основном, за счет сериновых ферментов — факторов патогенности грамотрицательной микробной флоры, что является интегральным показателем изменения кишечной микробиоты у новорожденных детей; изменения уровней активности других классов протеазных ферментов копрофильтратов (металлзависимых и тиоловых), превышающих диапазон колебаний, приведенной выше условной нормы, дополняют оценку состояния нарушений микробиоценоза у детей неонатального периода.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Вохидов А., Зарипова М.Ч., Каюмов Ф., Хакироев Д.
ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы при сверхранних преждевременных родах.

Материал и методы исследования. Проведен анализ статистической учетной формы 32р №оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным форма 32 за период с 2018 по 2021 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Заболеваемость детей, родившихся от преждевременных родов до 36 недели гестации, превышает заболеваемость доношенных новорожденных и составила в 2016 г. 1889,1 на 1000 родившихся недоношенных против 3402,4 доношенных. На протяжении 5 лет анализируемые показатели, как среди недоношенных, так и доношенных детей, имели значительную тенденцию к росту.

По нашему мнению, достаточно важным моментом является то, что исходы у таких детей в значительной степени определяются не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно были произведены интервенции по оказанию первичной реанимационной помощи, успешности и эффективности выхаживания на первом и втором этапах, включая моменты реабилитации на ранних сроках развития.

Необходимо учитывать тот момент, что показатели смертности новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ сами по себе не могут служить адекватным индикатором оценки конечных результатов их выхаживания по той причине, что выживание детей, у которых регистрировано наличие тяжелых последствий, также может быть весьма нежелательным. У данного контингента больных, рожденных в крайних пределах жизнеспособности, достаточно высока вероятность долгосрочной заболеваемости и инвалидности, по причине полной или частичной незрелости органов и систем.

Нами установлено, что в структуре ПС основную долю при сверхранних родах составляют мертворождение, частота которого в десятки раз превышает, чем при своевременных родах. Значительная часть мертворождений происходит по сходным причинам и механизмам. В наиболее развитых странах более 2/3 смертей плода происходят в пренатальном периоде и 1/3 в перинатальном периодах родов. Интранатальная асфиксия относится к лидирующей причине мертворождения в странах, данный факт наиболее характерен для стран с низким и средним уровнем развития.

ВОЗ отмечает, что максимально пристальное ведение учета и более глубокое понимание причин летальных исходов относится к ключевым условием решения проблемы бремени 2,7 млн. случаев смерти новорожденных и почти столько же - 2,6 млн. случаев мертворождения, которые происходят ежегодно.

Асфиксия продолжает оставаться основной причиной смерти, как плода, так и новорожденного; она имеет мультифакторальный механизм, в который объединены стресс, преждевременная отслойка нормально распложенной плаценты, патологию прикрепления, как плаценты, так и пуповины, преэклампсию, внутриутробные инфекции, особая роль отводится вирусной этиологии, заболевания матери, включающие сахарный диабет, хроническую гипертензию, а также ряд осложнений беременности, в том числе резус - сенсибилизации.

Проведенные исследования показывают, что достаточно высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности более характерны

для группы детей ОНМТ и ЭНМТ при рождении. Указанные дети данной возрастной категории в значительной степени предрасположены к развитию заболеваний и осложнений, которые могут привести к фатальному исходу или оказать негативное влияние на состояние здоровья, физическое и когнитивное развитие в последующие этапы жизненного цикла. Среди данного контингента детей ДЦП развивается у каждого 4 ребенка, слепота у каждого 10 ребенка, нарушения слуха — в 5% случаев.

Следовательно, наиболее важным этапом оказания медицинской помощи детям с ОНМТ и ЭНМТ является стремление к максимальному снижению риска их инвалидизации и, как итог этого, повышение качества последующей жизни.

Как в клинической, так и в научной практике существует единая терминология понятие мертворождения, оно подразделяется на антенатальные (охватывает временный интервал до начала родовых схваток) и интранатальные (от момента после начала родовых схваток и до родов).

По данным мировой статистики ежегодно рождаются более 7200 мертворожденных детей. На долю стран с низкой и средней степенью развития приходится до 95% из всех случаев мертворождения. Тогда как, в странах с высоким уровнем дохода – один мертворожденный приходится на 320 новорожденных детей. Чёткой динамики изменений данного показателя за последние 10 лет не отмечено.

Уменьшение динамики данных мертворожденности происходило замедленными темпами, нежели снижение случаев смерти матерей и детей за этот же период. По данным экспертов ВОЗ, в мире выраженной тенденции снижения числа случаев мертворождения не регистрируется и отмечено уменьшение всего на 1,1% в год – с 3 млн. в 1995 году до 2,5 млн. в 2009 году.

Коэффициенты мертворождаемости достаточно вариабельный показатель, который существенно отличается в зависимости от стран: чем страна имеет высокую степень развития, тем анализируемый показатель самый низкий, так в Финляндии и Сингапуре число мертворожденных составило 2 случая на 1000 родов, идентичные данные регистрируются в Дании и Норвегии. Однако в тех регионах, где уровень развития стран низкий, показатель мертворождения высокий – 47‰ в Пакистане, 42 в Нигерии, 36 в Бангладеш и 34 - в Джибути и Сенегале. В то же время, отмечаются и внутристрановые колебания показателя, так в различных штатах Индии показатель составляет от 25 до 70%.

По данным ВОЗ более 2/3 случаев мертворождения, что составляет около 2 миллиона случаев, регистрируется всего лишь в 10 странах. К десятку таких стран относится Индия, Пакистан, Нигерия, Китай, Бангладеш, Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Индонезия, Афганистан и Объединенная Республика Танзания.

Анализ динамики мертворождения в Республике Таджикистан за последние пять лет показал, регистрируется снижение частоты показателя с 468 случаев среди детей <1000 г. в 2016 до 358 в 2020 г., где темп убыли составил - 23,5%. Среди плодов с ОНМТ в 2020 г. было на 11 случаев меньше, чем в 2016 г., число случаев смерти новорожденных в РНП среди детей с ЭНМТ в 2016 на 19 случаев больше, чем в 2020 г., среди детей с ОНМТ зарегистрирована такая же динамика.

В тех странах, где на недостаточном уровне налажена перинатальная служба, потери плодов и новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ встречаются достаточно часто, так как их выживание требует дорогостоящих медицинских технологий. Основным условием их выживания является улучшение качества клинической практики. Из этого следует, что перинатальные факторы, приводящие к высоким перинатальным потерям, должны своевременно определяться и оцениваться до рождения ребенка, что позволит определить их потенциальную предотвратимость с последующим их устранением или смягчением их действия.

Выводы. Системный мониторинг перинатальных исходов позволяет вести соответствующие коррекции по предотвращению рождения маловесных детей с ОНМТ и ЭНМТ. Проведение оздоровительных мероприятий на этапе прегравидарной подготовки является основным резервом снижения перинатальной смертности.

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Вохидов А., Хакироев Д., Зарипова М., Каюмов Ф.
ГУ РНКЦ Педиатрии и детской хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Изучить факторы поражения мозга в перинатальном периоде и определить пути их предотвращения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ статистический учетной формы 32 Оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильница и нарожденным форма 32 за период с 2018 по 2021 г. карт развития новорожденных и историй болезни.

Результаты исследования и их обсуждение. Именно в неонатальном периоде нервная система представляет собой достаточно уникальную биологическую структуру, которая на начальном этапе онтогенеза способствует как в прямом так и в косвенном управлении важнейшими функциями организма плода и новорожденного, тем самым регулируя и интегрируя роли в течении всех процессов, протекающим внутри целостного организма. Данному процессу располагает то, что важной особенностью нервной ткани новорожденного является высокая интенсивность энергетического метаболизма, которая обусловлено интенсивным темпом потребления кислорода, глюкозы. Значительная интенсивность метаболизма является важным фактором, именно данный аспект позволяет обеспечить протекание таких специфических процессов, как передача нервных импульсов, хранение и переработка поступающей информации, интегративная деятельность мозга и многие другие.

Результаты ретроспективного и проспектового анализа медицинской документации показало, что достаточно большая группа факторов, провоцирующих травматизму новорожденного, непосредственно связанны с самим плодом. К таким факторам относятся тазовое предлежание плода, количественная характеристика околоплодных вод маловодие, или многоводие, факторы связанные с положением плода - неправильное (асинклитическое или разгибательное вставление головки) предложение частей тела (лица, ягодиц, плеч) выпадение рук, ножек, малый гестационный возраст до 36 недель, факторы связанные с физическим параметрами плода - крупные размеры плода, аномалии развития плода, внутриутробная гипоксия и асфиксия и др.

Достаточно значимая группа факторов связанная с течением процесса родов, в частности аномалии родовой деятельности: затяжные роды более 18 часов или быстрые от 2 до 6 часов, медикаментозная стимуляция родой деятельности при слабой родовой деятельности, дискоординированная или чрезмерно сильная родовая деятельность.

Различные интервенции, связанные с процессом родовой деятельности, также могут способствовать травматизации новорожденного, достаточно серьезную группу причин составляет применение различных пособий, без особого показания, нарушение технологии применения акушерских пособий (поворота плода на ножку, наложение акушерских щипцов, использование вакуум-экстрактора, проведение кесарева сечения и др.).

В определенных условиях травматизации новорожденного возможно сочетание ряда неблагоприятных факторов, которые суммарно могут повысить риск нормального биомеханизма родов.

Клинические признаки родовой травмы новорожденных, могут возникнуть в зависимости от органа мишени, в частности нарушение целостности тканей или непосредственно органов ребенка, причиной которых могут выступать факторы воздействовавшие в процессе родов механическими силами.

Сам процесс травматизации новорождённого может сочетаться с травматизмом матери в процессе родов (разрывами вульвы, влагалища, промежности, матки, мочеполовыми и влагалищно-прямокишечными свищами и др.).

Проведен сравнительный анализ основных показателей, между обще республиканскими данными и г. Душанбе, играющих значительную роль в процессе развития тяжелых форм церебральных нарушений и в конечном итоге повышающих потенциальное число детей инвалидов.

Проведя мониторинг доли новорожденных, родившихся больными или заболевших за пять лет установлено, тенденцию к росту, показатель Т/приб. составил 47,7%. По сравнению с обще республиканскими данными в 2017 г. по г. Душанбе на 70,6% меньше родилось больных или заболевших новорожденных. В последующие пять лет динамика имело тенденцию к росту, анализируемый показатель составил 56,7%, что свидетельствует о том, что почти на 14% увеличилось число больных или заболевших новорожденных

по сравнению с 2017 г.

Число детей, родившихся с родовой травмой в 2017 г. в г. Душанбе почти в 10 раз меньше по сравнению с общереспубликанскими данными, однако в течении последующих 5 лет выявлена определенная тенденция, при росте общереспубликанских данных число, травмированных при родах новорожденных, снизилось показатель Т/убыли - 4,2%.

Вывод. Определение группы факторов приводящих к травматизации новорожденных, снижение их воздействия, является основным резервом снижения инвалидизации детей. Рациональное ведение и прогнозирования возможных осложнений способствует рождению здорового ребенка.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОКЛЮША У НОВОРОЖДЕННЫХ

Давлатова Н.А.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

Цель данного исследования заключалась в анализе клинических и эпидемиологических характеристик коклюша у детей первых трёх месяцев жизни и идентификации первичных источников инфекции.

Материал и методы исследования. В рамках исследования были рассмотрены медицинские данные 60 детей, госпитализированных с коклюшем в период с 2020 по 2023 год. Из них 3 ребенка страдали легкой формой заболевания, 49 детей — средней степени, и 8 детей имели тяжелую форму. У 18 детей (30,0%) была диагностирована пневмония. Большинство детей (83,3%) находились на грудном вскармливании, остальные (16,7%) — на искусственном. Эпидемиологические данные подтвердили, что у 95% детей источником заражения являлся домашний очаг.

Результаты исследования их обсуждение. Наблюдения показали, что клинические проявления коклюша соответствовали типичному катаральному периоду с начальным проявлением простого кашля, который в течение первой недели приобретал приступообразный характер с репризами и эпизодами апноэ. Рвотные рефлексы во время приступов кашля были зафиксированы у 46,7% пациентов, в среднем 3,8 ± 0,5 раза в сутки; апноэ наблюдалось у 13,3% малышей. Приступы усиливались с присоединением пневмонии, что также сопровождалось нейтрофилезом в периферической крови.

Выводы. Исследование подтвердило, что основным источником заражения коклюшем у детей первого триместра жизни является семейная среда. Зарегистрирована высокая частота осложнений в виде пневмонии. Также выявлено, что коклюш может рецидивировать в любом возрасте. Особенно целесообразна диетическая коррекция для детей на искусственном вскармливании.

ОМӮЗИШИ ТАЪСИРИ ИХТИЛОЛҲОИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР КӮДАКОН

[1,2]Давлатова Н.А., [1,2]Шоев Қ.А., [1]Нарзиқулов Х.И.

[1]МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» ВТ ҲИА ҶТ

[2]Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон»

Мақсади омӯзиш: омӯхтани таъсири ихтилолҳои сереброваскулярӣ дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои ташхис: аз ҷониби муаллифон 72 таърихи бемории кӯдакони синни аз 0 то 5 сола, ки дар соли 2020 дар МД «Маркази миллии тиббии ҶТ – Шифобахш»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон табобати статсионариро бо ташхиси оқибати иллатёбии ПП СМА табобат гирифтаанд, омӯхта шуд. Аз 72 таърихи бемории омӯхташудаи кӯдакон дар 41 (56,9%) бемориҳои ҳамрадиф ҷой доштанд (илтиҳоби бронхҳо, илтиҳоби шуш ва уфунат ва ғ.).

Ба ҳамаи беморон тадқиқотҳои клиникию озмоишгоҳӣ гузаронида шудааст (таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, тадқиқоти УС мағзи сар, ТК, электроэнсефалография).

Натиҷаҳо ва муҳокима. Аз гурӯҳи кӯдакони дар мушоҳида қарордошта, 49,4% дар анамнез асфиксияи вазнинии дараҷаи II ва III аз сар гуза-

ронидаанд. Қайд кардан лозим аст, ки баҳодиҳии кӯдакон аз рӯи ҷадвали Апгар аз ҳолати солимии модар, равиши ҳомиладорӣ ва таваллуд вобастагии якумдараҷа дорад. Ҳолатҳои гузарандаи кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар 29,2% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудаанд ва бо камшавии калони вазнини бадан зиёда аз 10% дар 11,1% кӯдакон, як бора баландшавии ҳарорат (транзиторӣ) дар 9,7% кӯдакон, эритемаи токсикӣ дар 5,6% навзодон, зардшавии неонаталии дараҷаи I-II дар 2,8% кӯдакон нишон дода шудааст.

Давраи бармаҳали мутобиқшавӣ дар кӯдакон дар заминаи ишемияи серебралии дараҷаи I-II (дар 29,4% навзодон), дараҷаи II дар 46,4% ва дараҷаҳои II ва III дар 24,2%, боздошти рушди дохилибатнии ҷанин дар 13,6% кӯдакон, норасидии морфофункционалӣ дар 14,8% беморон гузаштааст. Дар 60% ҳолатҳо якҷояшавии ихтилолҳои гуногун ба қайд гирифта шудааст.

Давраи шадидро ҳамчун механизми бакорандозии пайдошавии оқибатҳои иллатҳои ППСМА баррасӣ намуда, дар байни кӯдакон бо ишемияи серебралӣ аксар вақт кӯдаконро бо ишемияи перивентрикулярӣ ва субкортикалии бофтаҳои мағзи сар ҷудо мекарданд – зиёда аз 60%, аз онҳо кӯдакон бо варами бофтаҳои мағзи сар 2 маротиба кам ба назар мерасиданд – 30,0%, камтар аз 5маротиба кӯдакон бо дилятатсияи системаи меъдачаҳо (6,0%) ва кӯдакон бо ишемияи ядроҳои зери қишри мағзи сар бо рушдёбии гидросефалия мутаносибан 6,0% ва 3,2% муайян мешуданд.

Дар аломатҳои клиникии кӯдакон бо ишемияи серебралӣ алоими ангезиши СМА, аломатҳои баландшавии фишори дохили косахонаи сар ва афсурдаҳолии СМА ва ҳамчунин якҷояшавии онҳо афзалият доранд.

Ҳамин тавр,маълумотҳои тадқиқот нишон доданд, ки маълумотҳои анамнезӣ (вазнинии асфиксияи аз сар гузаронида, солимии модар, равиши ҳомиладорӣ ва бемориҳои ҳамрадиф) ба оқибати ихтилолҳои серебровaскулярӣ таъсири мутаносиб доранд. Дар ҳамин раванд, дар аломатҳои клиникии кӯдакон бо ишемияи серебралӣ алоими ангезиши СМА ва аломатҳои фишорбаландии дохили косахонаи сар афзалият доштанд.

Хулоса. Қайд кардан лозим аст, ки тадқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки механизми бакорандозии пайдошавии оқибатҳои иллатёбии перинаталии СМА, дар байни кӯдакон бо ишемияи серебралӣ, асосан ишемияи бофтаҳои мағзи сар бо варамӣ мебошад.

ВРОЖДЁННЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Давлатова С.Н., Султонбеков Н.С.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан

Цель исследования. Представить особенности клинического течения врождённого нефротического синдрома в неонатальном периоде на примере клинического случая.

Материал и методы исследования. В условиях неонатального отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в апреле 2024 года под нашим наблюдением находился пациент Э. в возрасте 21 дня с диагнозом: «Врождённый нефротический синдром. Очаговая пневмония справа. Дыхательная недостаточность 2 степени. Кефалогематома правой теменной области. Энцефалопатия смешенного генеза». Ребёнку были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, бактериологический посев крови, кровь на ВИЧ-СПИД, гепатиты В и С, общий анализ мочи и кала, эхокардиография. а также рентген грудной клетки, черепа, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Со слов матери выяснилось, что ребёнок от 7-ой беременности и пятых родов, 4 и 5-ая беременность закончились самопроизвольным абортом, а 4-й ребёнок умер в двухмесячном возрасте. Малыш родился в условиях родильного дома района Вахш, в сроке гестации 36 недель, с весом 2100 г. Беременность протекала на фоне токсикоза в первом триместре беременности, вульвовагинита, пиелонефрита, анемии и ОРИ. Мать отрицает наследственные заболевания в роду. Брак родителей является близкородственным. Околоплодные воды мекониальные, со зловонным запахом, плацента была с деструктивными изменениями. После рождения ребёнок был синюшным. Пупочный остаток выпал на 21-й день. Со слов матери ребёнок болен с рождения, отмечался слабый сосательный рефлекс, недомогание, тихий крик, заложенность носа, температура, синюшность кожи. На 3-4 сутки появилась пастозность лица, затем отёчность рук и ног. Был выставлен диагноз: ВУИ. ЗВУР по гипотрофическому типу. Недоношенность 36 нед. гестации, низкая масса

тела. Получил стационарное лечение. Ребёнок был выписан на 14-й день с некоторым улучшением, но через несколько дней из-за ухудшения общего состояния и отёчного синдрома он был доставлен в ГУ НМЦ «Шифобахш» в отделение неонатологии. Общее состояние новорожденного на момент поступления было крайне тяжелым. Тяжесть состояния обусловлена основным заболеванием, неврологической симптоматикой, недостаточностью дыхания, интоксикационным и отёчным синдромом. Сознание сопорозное, вялая реакция на осмотр и раздражители. Цвет кожных покровов и слизистых бледный, с акроцианозом. Отмечалось пастозность лица, в области живота, рук и ног визуализировались отёки. В правой теменной области головы пальпировалась кефалогематома. Дыхание через нос, в акте дыхания участвовала вспомогательная мускулатура грудной клетки. ЧД-72-76 в мин., S_{PO2} - 86%. В лёгких выслушивалось жёсткое дыхание с влажными хрипами. ЧСС - 172-176 в мин., тоны сердца приглушены. В лабораторных данных от 5.04.2024 г. были следующие изменения: Hb-182 г/л, Эр-5,2*$10^{12,}$ Лей.-5,8*10^{9}, общий белок-64,4 г/л. Общий анализ крови от 21.04.2024 г.: Hb-163 г/л, Эр-4.90*10^{12}, Лей.-4.80*10^{9}, Эоз.-4%, Ней- 59%, Лиф-30%, тром-180 тыс., СОЭ-3 мм/ч, Биохимия: белок-43 г/л, альбумин 24 г/л, мочевина -5,7 ммол/л, креатинин-68 мкмоль/л, СРБ-12 мг/л, Са-2,0 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 2,64‰, Лей.-8-12 в п/зр, соли-оксалаты. УЗИ внутренних органов - признаки диффузных изменений в паренхиме обеих почек. Наличие небольшой жидкости в подвздошных областях. ЭхоКГ – открытое овальное окно - 5 мм, открытый артериальный проток - 2 мм. Пациенту наряду с общей терапией была проведена трансфузия 20% альбумина, после чего отметилось уменьшение отёков, но на 4-5-тые сутки после трансфузии отёки опять наросли. Лабораторные данные от 25.04.2024 г., биохимия: белок 46 г/л, альбумин 29 г/л; Общий анализ мочи: белок -3,3‰, Лей. -9-11, соли-оксалаты. Ребёнок проконсультирован нефрологом. Был выставлен диагноз: «Врожденный нефротический синдром новорожденных. Период клинико-лабораторных проявлений». Были даны рекомендации.

Выводы. Врождённый нефротический синдром представляет собой сложный симптомокомплекс, который чаще имеет наследственный генез. Клинико-лабораторные проявления данного синдрома могут манифестировать с первых дней жизни в связи с ограниченными компенсаторными возможностями организма новорожденных. Заболевание имеет неблагоприятный исход для младенцев в связи с присоединением вторичных инфекций, тромбозов и отсутствия специфического лечения. Больные резистентны к гормональной терапии. Без трансплантации почек исход заболевания является фатальным из-за развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности уже в возрасте 2-3-х лет. Необходимо проведение биопсии почек, но золотым стандартом диагностики врождённого нефротического синдрома является молекулярно-генетическое исследование.

МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш., Шарипова М.М.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Определить эффективные стратегии для ранней диагностики и комплексного лечения муковисцидоза у детей на основе анализа клинического случая.

Материал и методы исследования. В исследовании использовался клинический случай ребёнка с диагнозом муковисцидоз. Было проведено полное обследование пациента, лабораторные и инструментальные методы исследования: семейный анамнез, медико-генетическое обследование на изменение в гене трансмембранного регулятора муковисцидоза (CFTR), потовый тест, определяющий уровень хлоридов пота, определение химотрипсина в кале, общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, ИФА на Covid-19, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты, общий анализ мочи и кала, копрограмма, пульсоксиметрия, рентгенография грудной клетки, УЗИ - органов брюшной полости, ЭхоКГ, ЭКГ, а также консультации специалистов различных профилей.

Результат исследования. В отделение интенсивной терапии 11 корпуса ГУ НМЦ РТ поступила девочка О. 9 лет, в очень тяжёлом состоянии с

жалобами на сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку, повышение температуры тела до 38,0 - 38,5^0 С, вздутие живота, анорексию. Вес ребёнка был 8 кг, отмечалась кахексия. Кожа бледного цвета, сухая на ощупь, периорбитальный цианоз; подкожно жировая клетчатка отсутствовала по всему телу. Видимые слизистые чистые, бледные. Деформация дистальных фаланг в виде барабанных палочек, деформация ногтевых пластинок в виде часовых стёкол. Сатурация крови кислородом - 78-82%. Волосы тусклые, тонкие и редкие. Периферические лимфатические узлы не увеличены, миндалины рыхлые. Носовое дыхание затруднено. Отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка цилиндрической формы. Аускультативно в лёгких выслушивалось равномерно ослабленное дыхание и влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тона звучные, ритм правильный, тахикардия 120–122 в минуту; живот увеличен в объёме до 55 см, пальпация затруднена из-за отчётливого метеоризма; мочевыделение свободное; стул 1–2 раза в сутки, блестящий, жирный, светло-жёлтого цвета, кашицеобразной консистенции, с неприятным специфическим запахом; периферических отёков не было. Отмечалась задержка психического и физического развития. Кормление через зонд. Через 3 дня ребёнок был переведён в отделение детской пульмонологии для продолжения терапии.

Из анамнеза: ребёнок с двух лет часто болеет ОРВИ, пневмонией, диареей. Девочка неоднократно лечилась в условиях стационара, но последние 2 года - только амбулаторно. Её состояние ухудшилось последние 3 месяца, обратились в клинику. Последнюю неделю она полностью отказывалась принимать пищу.

Лабораторные данные: гемоглобин 78 г/л, эритроциты 2.88 млн., лейкоциты 14,2 тыс., СОЭ 19 мм/ч, общий белок 46 г/л, кальций 1,86 ммоль/л, АЛАТ 472 ед/л, АСАТ 399,6 Ед\л, альфа амилаза крови 395,1 ед/л, диастаза мочи 1490 ед/л.

На рентгенограмме грудной клетки: деформация и усиление легочного рисунка, бронхоэктазы и буллы.

Бактериологический посев мокроты: высеяна синегнойная палочка.

УЗИ органов брюшной полости: признаки цирроза печени. Хронический холецистопанкреатит.

Консультация детского хирурга: выпадение прямой кишки.

Результаты потового теста: концентрация хлоридов в поте – 82 ммоль/л.

Генетическое исследование: Муковисцидоз (F508del/F508del).

На основании анамнеза, клиники и лабораторных данных ребёнку выставлен диагноз: «Муковисцидоз, смешанная форма, тяжёлое течение. Хроническая пневмония. Синегнойная инфекция. Хронический холецистопанкреатит. Цирроз печени. Осложнения: Дыхательная недостаточность II степени. Выпадение прямой кишки. Полидефицитная анемия тяжёлой степени. Белково-энергетическая недостаточность 3-й степени (Кахексия)».

Проведено лечение: инфузионная терапия с целью дезинтоксикации, увлажнённый кислород через маску, антибиотикотерапия (цефалоспорины IV поколения), циклоферон, ферментные препараты из расчёта по липазе 95 тыс. в сутки, амброксол, холосас, холудексан, витамин Е. Девочка выписана домой с некоторым улучшением. Рекомендовано продолжить ферментную и муколитическую терапию. В результате исследования были определены оптимальные методы ранней диагностики муковисцидоза, включая потовый и генетический тесты, специализированные клинические исследования. Был разработан индивидуализированный план лечения, включающий медикаментозную терапию, физиотерапию, диету и психологическую поддержку. Исследования подтверждают, что чем младше ребёнок к моменту манифестации болезни, тем тяжелее течение и более неблагоприятен прогноз заболевания. В представленном случае у девочки констатирована терминальная стадия муковисцидоза.

Выводы. Исследование подтвердило важность ранней диагностики и комплексного лечения муковисцидоза у детей для улучшения прогноза заболевания и повышения качества жизни пациентов. Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести муковисцидоза необходимо проведение лучевой диагностики – рентгенографии органов грудной клетки, КТ лёгких; бронхоскопии, а также лабораторной диагностики - потового теста, исследования панкреатической эластазы кала, посева мокроты, молекулярно-генетического исследования. Скрининг новорожденных на наследственные заболевания, в том числе и на муковисцидоз, должен проводиться в государственных муниципальных учреждениях здравоохранения. Молекулярно-генетическое исследование имеет решающее значение для определения риска рождения ребёнка с муковисцидозом при планировании семьи. Разработанные стратегии (специфическая медикаментозная терапия, лечебное питание, массаж, кинезитерапия) могут быть эффективно применены в клинической практике для улучшения результатов лечения данного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Давлатова С.Н., Хусенова М.С.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений поражения опорно-двигательного аппарата у ребёнка с ВУИ.

Материал и методы исследования. Представить клинический случай сочетания врождённой косолапости и косорукости у ребёнка на фоне врождённой цитомегаловирусной и герпетической инфекции. Анализ литературных данных по диагностике, профилактике и принципах терапии данной патологии.

Физическое обследование и анализ данных дополнительных методов исследования ребёнка грудного возраста с врождённой косолапостью и косорукостью. Для подтверждения диагноза и оценки тяжести состояния больного проведено клиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования. Проведены консультации ортопеда, невролога и педиатра.

Результаты исследования и их обсуждение. В отделении детской реанимации ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» поступил трёхмесячный мальчик К., с жалобами со слов матери на повышение температуры тела до 39^0 С, кашель с мокротой, одышку, жидкий стул зелёного цвета, рвоту 3 раза в сутки, судороги. Ребёнок от третьей беременности, роды срочные, родился с весом 3600 гр. Из анамнеза: беременность протекала на фоне внутриутробной инфекции (цитомегаловирусная IgG 1:800 и герпетическая инфекция IgG 1:200) и маловодия. Брак родителей неродственный. Ребёнок находится на грудном вскармливании, отстаёт в физическом развитии, масса тела 2900 гр. Со слов матери болеет больше месяца, несколько раз получал амбулаторное лечение. Ребёнок поступил в тяжёлом состоянии, сознание было сопорозным, реакция на осмотр слабая, отмечаются гипорефлексия, гиподинамия. Объективно: кожные покровы бледные с мраморным рисунком, подкожно -жировая клетчатка очень слабо развита по всему телу, цианоз носогубного треугольника. При пальпации живота отмечалось вздутие, гепатомегалия +4 см. Температура тела 39^0 С, ЧД – 66 уд/мин, ЧСС – 154 уд/мин, АД 50/20 мм.рт.ст, SpO2 – 86%. При осмотре отмечается подошвенное сгибание стоп, приведение и супинация, а также деформация рук в лучезапястных суставах.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования: Гемограмма: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – 3,7 х 10^{12}/л, Лейкоциты – 13,1х10^9/л, тромбоциты – 156,0 х 10^9/л, нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 60%. Биохимия крови: С-реактивный белок – 28,0 мг/л, креатинин – 42,8 мкмоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л, белок – 58 г/л, АЛАТ – 33,0, АСАТ – 26,0, билирубин общий – 11,0 мкмоль/л, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л, К – 3,6 ммоль/л, Са – 1,93 ммоль/л, Na – 136,7 ммоль/л, Р – 0,9 ммоль/л. TORCH-инфекция: цитомегаловирусная (IgM 1:200, Ig G 1: 800) и герпетическая инфекция (IgM 1: 100, IgG 1: 400). Коагулограмма: АВР – 49, Фибрин – 32,0, Фибриноген – 710,6, тромботест – 7 ст, этаноловый тест – положительный. Рентген грудной клетки: Правосторонняя пневмония.

Консультация ортопеда: Артрогрипоз. Типичная форма. Врождённая косолапость. Врождённая косорукость. Сгибательные контрактуры локтевых и коленных суставов.

На основе анамнеза, клиники, лабораторных и дополнительных методов исследования был выставлен клинический диагноз: Правосторонняя очаго - сливная пневмония. Дыхательная недостаточность II степени. Цитомегаловирусная и герпетическая инфекция. Артрогрипоз. Типичная форма. Врождённая косолапость и косорукость.

Принципы лечения включают лечебную физкультуру, массаж, гипсовую коррекцию контрактур, физиопроцедуры. При отсутствии эффекта от консервативного лечения проводят оперативное лечение, которое показано в возрасте 5-6 месяцев; оно направлено на восстановление активных движений и устранение вывихов в суставах.

Выводы. Сочетание врождённой косолапости и косорукости является редким проявлением поражения опорно-двигательного аппарата (по литературным данным частота заболевания - 1 случай на 50 тысяч новорожденных). На наш взгляд, возможными причинами развития данной патологии у ребёнка в представленном случае является воздействие неблагоприятных факторов на организм матери, таких как, маловодие, когда матка давит на ножки плода, а также цитомегаловирусная и герпетическая инфекция в первом триместре беременности, когда идёт закладка верхних и нижних

конечностей.

На сегодняшний день нет специфических способов профилактики данной патологии. Можно лишь снизить риски развития данной проблемы: в период беременности избегать воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Важным направлением является проведение скрининговых исследований плода (УЗИ в 12 недель беременности, однако до 24 недели беременности патология диагностируется только в 25% случаев. При подозрении на пороки развития после 17-18 недели беременности необходимо выполнить МРТ плода), своевременное обращение к врачам при подозрении на инфекцию, здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

[1,2]Джумаева Л.Ф., [1,2] Исмоилов К.И.

[1,2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

[1,2]ТГМУ им. Абуали ибни Сино кафедра детских болезней №2

Цель исследования. Изучить иммунологические особенности у новорождённых с бактериальной пневмонией

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 53 новорождённых с бактериальной пневмонией в условиях отделения патологии новорожденных ГУ НМЦРТ «Шифобахш». Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. Из общего числа включенных в исследование детей сформировано три группы. Иммунологическое исследование проводилось всем детям в периоды максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления. Биологическим субстратом для исследования являлась сыворотка крови. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини (1965). Для определения средней и стандартной ошибки показателей Ig A, M, G и сравнение их в группах использовался ANOVA тест. При сравнении групп и оценки степени достоверности между собой использовался тест непараметрической статистики Mann-Whitney Test .

Первую группу составили 26 (49%) новорожденных детей с тяжелой пневмонией, у 5 (17,4%) новорожденных детей первой группы была диагностирована врожденная пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 новорожденного пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесенной ОРВИ.

Вторую группу составили 27 (50,9%) новорожденных детей с очень тяжелой пневмонией. У 10 (37%) пневмония протекала на фоне сепсиса, у 5 (18,5,%) больных она была проявлением внутриутробной инфекции. У 12(44,%) пневмония развилась на фоне ОРВИ.

Данные исследования гуморального иммунитета показали, что средние значения IgA (0,05±0,01), IgM (0,73±0,2) и IgG (3,2 ±0,14) в сыворотке крови детей первой группы были достоверно ниже показателей контрольной группы IgA (0,5±0,06), IgM (0,82±0,2) и IgG (10,2±0,5), ($p<0,05$). Среднее значение IgA (0,03±0,05) и IgG (2,6±0,09) детей второй группы также было достоверно ниже показателей контрольной группы ($p<0,05$). Показатели IgM (2,2±0,01) детей второй группы были значительно выше аналогичных показателей контрольной группы и детей первой группы ($p<0,05$). Среднее значение IgA (0,03±0,05) и IgG (2,6±0,09) детей второй группы также было ниже соответствующих показателей детей первой группы IgA (0,05±0,02) и IgG (3,2±0,09), однако статистически достоверная разница не отмечалась.

После проведённого комплексного лечения и иммуномодулирующей терапии к моменту выздоровления у новорождённых детей с бактериальной пневмонией было выявлено, что у детей первой группы отмечалось достоверное повышение концентрации IgA (0,12±0,01) и IgG (7,9±0,2) ($p<0,05$) и умеренное повышение IgM (1,2±0,04). У детей второй группы отмечалось достоверное повышение IgA (0,06±0,05) и IgG (4,8±0,1) ($p<0,05$) и умеренное повышение IgM (2,6±0,09)

Выводы. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о выраженных нарушениях гуморального звена иммунитета, у новорождённых детей обеих групп с бактериальной пневмонией, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию препаратов иммуномодулирующего действия.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

[1,2]Джумаева Л.Ф., [1,2]Исмаилов К.И., [2]Юнусбаева М.Ш.
[1] Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии И детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить клинико-бактериологические особенности пневмонии у детей грудного возраста

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторное обследование было проведено 55 детям от 1 месяца до 1 года находившихся в отделениях патологии детей грудного возраста и отделении реанимации ГУ НМЦРТ «Шифобахш».

Все обследованные дети были разделены на две клинические группы. Первую группу составили 27 (49,1%) детей с тяжёлой пневмонией. Вторую группу составили 28 (50,9%) детей с очень тяжёлой пневмонией.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными клиническими признаками детей первой группы были дыхательная недостаточность I и II степени, субфебрильная температура тела, беспокойство.

Основными клиническими признаками детей второй группы были дыхательная недостаточность III степени, выраженные симптомы интоксикации, гипертермия свыше 38,6 С в 42 (71,2%) случаях, вялость, гипорефлексия 39(66,1%) случаях.

Результаты микробиологического исследования показали, что этиологическая структура у детей обеих групп в большинстве была представлена грамположительной флорой. У детей с тяжёлой пневмонией удельный вес S.aureus, высеянный из задней стенки глотки, составил 6 (22,2%), крови – 2 (50%), БА – 4 (44,4%). Удельный вес S.aureus, высеянный из задней стенки глотки у детей с очень тяжёлой пневмонией, составил – 5 (18,5%), крови - 6 (37,5%), БА – 7 (50%).

Удельный вес S. Pyogenes у детей первой группы, высеянный из задней стенки глотки, составил - 4 (16%), крови - 2 (50%), БА - 3 (33,3%). У детей второй группы удельный вес S. Pyogenes, высеянный из задней стенки глотки, составил – 4 (14,8%), крови - 5 (31,5%), БА – 5 (35,7%).

Удельный вес S.aureus+ S. Pyogenes в бактериальных ассоциациях у детей первой группы составил – 3(12%), доля S.aureus+K.pneumoniae – 2(8%), доля S. pyogenes+K.pneumoniae составила 4%, доля S.aureus+Candida albicans составила 1(4%).

Удельный вес S.aureus+ S. Pyogenes в бактериальных ассоциациях у детей второй группы составил 5(33,3%), доля S. pyogenes+K.pneumoniae составила 3(11%), S.aureus+ Candida albicans составила 2(7,4%).

Удельный вес S.epidermalis из задней стенки глотки у детей первой группы составил 3(12%), БА -1(11,1%), у детей второй группы из задней стенки глотки – 2(7,4%), крови -2 (12,5%), БА – 2(14,3%).

Доля грибов рода Candida albicans у первой группы из задней стенки глотки составила 1(4%), у детей второй группы из задней стенки глотки – 1(3,7%), крови -1(6,25%).

Выводы. Результаты бактериологического исследования показали, что у детей обеих групп с бактериальной пневмонией в большинстве случаев из задней стенки глотки, крови бронхиального аспирата высеивалась грамположительной флора, где наибольшую долю занимали S.aureus и S. Pyogenes.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

[1,2]Джумаева Л.Ф., [1,2]Исмаилов К.И., [2]Юнусбаева М.Ш.
[1] Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить клиническое течение и генотипическую характеристику возбудителя пневмонии у новорождённых детей.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование было проведено 53 новорождённым, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии новорождённых ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Из общего числа, включенных в исследование детей, были сформированы две группы. Первую группу составили

26 (49,1%) новорожденных с тяжелой пневмонией, вторую группу составили 27 (50,9%) новорождённых с очень тяжёлой пневмонией. Генотипированию были подвергнуты 15 образцов S.aureus, полученных от больных с тяжелой пневмонией и 18 образцов S.aureus полученных от больных с очень тяжёлой пневмонией.

Результаты исследования и их обсуждение. У детей с тяжёлой пневмонией основными клиническими признаками, были дыхательная недостаточность I и II степени, субфебрильная температура тела, беспокойство.

Анализ рентгенологических исследований показал, что в 15 (57,7%) случаев отмечался односторонний, чаше правосторонний характер поражения.

У детей данной группы в основном встречались внелегочные осложнения такие как, ДВС синдром в 5 (19,2%), нейротоксикоз 1 фаза в 6 (23,1%) случаях. Во всех случаях отмечалось острое течение с длительностью заболевания от 14 до 30 дней.

Генотипическое исследование возбудителей показало, что в образцах ДНК S.aureus, были обнаружены 3 генотипа из сочетания различных хромосомных генов. Наиболее чаще в 11 (73,3%) случаев был обнаружен генотип одного гена (Pls). Генотип из комбинации 2 генов (Pls, Sac) был обнаружен в 4 (26,7%) случаев. Генотип из комбинации всех трех генов (Pls, Sac, scn) был обнаружен в 1 (6,7%) случаев.

У детей второй группы основными клиническими признаками были дыхательная недостаточность III степени, выраженные симптомы интоксикации, гипертермия свыше 38,6^{0}C в 19 (70,4%) случаев, вялость, гипорефлексия 18 (66,7%) случаях.

Анализ рентгенологических исследований показал преобладающий двухсторонний характер поражения лёгких в 11 (40,7%) случаев. Легочными осложнениями пневмонии были бактериальная деструкция лёгкого 1 (3,7%), отёк лёгкого в 1 (3,7%) случае и инфекционно-токсический шок в 3 (11,1%) случаях.

Летальный исход отмечался в 4 (15,4%) случаях. В 7 (12,9%) случаях отмечалось затяжное течение с длительностью заболевания от 45-50 дней.

Генетическое исследование возбудителей показало, что в образцах ДНК штаммов S.aureus в отличие от больных первой группы наиболее чаще был обнаружен генотип из вариации всех трех генов (pls, sac, scn) в 9 (50%) случаев. В 7 (38,9%) случаях был обнаружен генотип из комбинации двух генов (pls, sac). В 2-х (11,1%) случаях был обнаружен генотип из 1 гена.

Выводы. Результаты исследования показали, что количество клинических признаков и их проявления напрямую коррелировали с количеством генов в хромосомной ДНК. При очень тяжёлой пневмонии интенсивность клинических проявлений была более выражена в исследуемых образцах и все осложнения пневмонии, длительность заболевания и летальные исходы были ассоциированы с таковыми штаммами.

ПНЕВМОНИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА

[1,2]Джумаева Л.Ф., [1,2]Исмаилов К.И., [2]Юнусбаева М.Ш.

[1]Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

[2]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить особенности гуморального иммунитета при пневмонии у новорождённых.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 53 новорождённых с бактериальной пневмонией, которые находились на стационарном лечении в условиях отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Из общего числа включенных в исследование детей сформировано три группы. Иммунологическое исследование проводилось всем детям в периоды максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления. Биологическим субстратом для исследования являлась сыворотка крови. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини (1965).

Для определения средней и стандартной ошибки показателей Ig A,M,G и сравнение их в группах использовался ANOVA тест. При сравнении групп и оценки степени достоверности между собой ис-

пользовался тест непараметрической статистики Mann-Whitney Test .

Первую группу составили 26 (49,1%) новорождённых детей с тяжёлой пневмонией, у 5 (19,2%) новорождённых детей первой группы была диагностирована внутриутробная пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 новорождённых детей пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесённой ОРВИ.

Вторую группу составили 27 (50,9%) новорождённых детей с очень тяжёлой пневмонией. У 10 (37,0%) пневмония протекала на фоне сепсиса, у 5 (18,5%) больных она была проявлением внутриутробной инфекции, У 12(44,4%) пневмония развилась на фоне ОРВИ.

Контрольную группу составили 20 здоровых новорождённых.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные исследования гуморального иммунитета показали, что средние значения Ig A (0,05±0,02), Ig M (0,73±0,02) и Ig G (3,2 ±0,14) в сыворотке крови детей первой группы были достоверно ниже показателей контрольной группы Ig A (0,5±0,06), Ig M (0,82±0,04) и Ig G (10,2±0,51), ($p<0,05$). Среднее значение Ig A (0,03±0,05) и Ig G (2,6±0,09) детей второй группы также было достоверно ниже показателей контрольной группы ($p<0,05$). Показатели Ig M (2,2±0,01) детей второй группы были значительно выше аналогичных показателей контрольной группы и детей первой группы ($p<0,05$). Среднее значение Ig A (0,03±0,05) и Ig G (2,6±0,09) детей второй группы также было ниже соответствующих показателей детей первой группы Ig A (0,05±0,02) и Ig G (3,2±0,14), однако статистически достоверная разница не отмечалась.

После проведённого комплексного лечения и иммуномодулирующей терапий к моменту выздоровления у новорождённых детей с бактериальной пневмонией было выявлено, что у детей первой группы отмечалось достоверное повышение концентрации Ig A (0,12±0,01) и Ig G (7,9±0,2) ($p<0,05$) и умеренное повышение Ig M (1,2±0,04). У детей второй группы отмечалось достоверное повышение Ig A (0,06±0,05) и Ig G (4,8±0,1) ($p<0,05$) и умеренное повышение Ig M (2,6±0,09)

Выводы. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о выраженных нарушениях гуморального звена иммунитета, у новорожденных детей обеих групп с бактериальной пневмонией, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию препаратов иммуномодулирующего действия.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА К НА СВЁРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ

Зоитов А.О., Кушаков Д.Н., Джалолов У.Ш.
Центральная больница города Истаравшана, Республика Таджикистан

Цель исследования. Сравнить детей, которые получили Витамин К после рождения и детей, которые не получили Витамин К после рождения.

Материал и методы исследования. Были обследованы в первой половине 2023 года 145 детей, которые получили Витамин К после рождения и 12 детей, которые не получили Витамин К после рожднения.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 145 детей, которые получили Витамин К после рождения, всего лишь у двоих из них обнаружили нарушение свёртываемости крови, в виде кровоизлияния мозга и кишечника. Оба больных лечили консервативно, и выписаны домой в удовлетварительном состоянии. А у 12 детей, которые не получили Витамин К после рождения, у десятерых из них обнаружили нарушение свёртываемости крови в виде кровоизлияния мозга (9), и кровоизлияния кишечника (1). Из 9 больных детей которым диагностировали кровоизлияние мозга, троих из них лечили консервативно в течение 21 дня, в последствии они выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Остальные 6 детей с кровоизлиянием мозга после 21 дня консервативного лечения отправлены к нейрохирургу, и их успешно оперировали.

Вывод. Дети, которые не получили Витамин К после рождения, имеют высокий уровень риска нарушения свёртываемости крови в виде кровоизлияния мозга и кишечника.

ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГИПОТРОФИИ

Кабилова Б.Х., Негматуллаева С.М.
Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

Цель исследования. Изучить и выявить пути улучшения качества ведения детей с тяжелой формой недостаточности питания.

Материал и методы исследования. В отделении маловесных детей «КЗ Истиклол» под наблюдением было 60 больных с тяжелой недостаточности питания. Из них составило 25 девочек и 35 мальчика. В зависимости от возраста дети были подразделены на 4 группы: дети до 6 месяцев 27 (45,0%), от 6 до 12 мес – 23 (38,3%), от 1-го года до 2 лет- 9 (15,0%) и от 2-х до 5 лет-1 (1,7%). Диагностика этих больных детей проводилось по клинико-лабораторным данным. Принимались, во внимания; анамнез, физикальные осмотры, лабораторные исследования, оценка статуса питания по весу-росту (весоростовой показатель). Основной контингент больных детей, это дети, поступившиеся из села, что составило 56,7%. Состояние детей при поступлении в отделение было оценено как тяжелое – 42 (70,0%), средне-тяжелое- 3 (5,0%) и очень тяжелое 15 (25,0%) соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. При сборе анамнез выявлено, что основной причиной заболевания были экзогенные факторы и эндогенные факторы. Алиментарные факторы, со стороны матери, такие как количественный недокорм при гипогалактии у матери или затруднениях при вскармливании со стороны матери (плоский, втянутый сосок, тугая молочная железа) было выявлено у 15,4% детей села и 8,4% города. Со стороны ребёнка (срыгивания, рвота, маленькая нижняя челюсть, короткая уздечка языка) отмечены у 64,2% детей села и 27,3% города. Причиной гипотрофии различной степени тяжести явились: позднее введение прикормов или однообразный вид питания, инфекционые факторы- внутриутробные генерализованные инфекции, интранатальные инфекции, токсико-септические состояния и кишечные инфекции. Из общего количество обследованных детей 3 находились на преимущественном грудном вскармливании, что составило 5,0%, на смешанном вскармливание – 29 детей (48,3%) и на искусственном вскармливание -28 детей (46,7%). Большая часть детей находились на смешанном и искусственном вскармливании. Клиническая картина больных с тяжелым нарушением питания характеризовалась значительными нарушениями общего состояния ребёнка, такие как, слабость, вялость, сонливость, апатия, раздражительность, повышенная плаксивость, резкая задержка в физическом и нервно-психическом развитии, полная анорексия. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала по всему тело, тургор мягких тканей был снижен, с признаками гипотония мышц. Со стороны лабораторных и инструментальных данных из число обследуемые; у 33 больных выявлено анемия легкой степени (55,0%), у 12 больных анемия среде-тяжелое степени (20,0%) и у 3 больных анемия тяжелое степени (5,0%). Из числа 60 больных в биохимическое анализ крови у 47 больных выявлено гипокальциемия (78,3%). Гипопротеинемия было выявлено у 21 больных (35,0%). Со стороны бактериологического анализа кала из 60 больных у 31 ребенка(51,7%) выявлено разные бактерией (стафилаккок, протеи, кандида). У 10 больных (16,7%) кровь на стерильность был положительное. У 6 больных (10,0%) анализ крови на опортунистические инфекции был положительным, это цитомегаловирусы и герпес.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кабилова Б.Х., Салихова Д.С.
Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические особенности заболевания НЭК у недоношенных новорожденных детей родившихся с внутриутробной гипоксией.

`Материал и методы исследования. Нами было исследовано 50 детей с НЭК и 20 условно здоровых недоношенных новорожденных детей со сроком гестации менее 37 нед с массой тела менее 2500 г. Дети были разделены на 2 группы: группа исследования и контрольная группа. Всем детям проводили лабораторное и инструментальное исследование.

Результаты исследования. Состояние детей при рождении напрямую было связано со сроком гестации, от 27 до 32 недель гестации составило 18 (36%) новорожденных, от 33 до 37 недель 32 (64%) новорожденных. Чем меньше срок гестации тем состояние детей при рождении оценивалос как очень тяжелое 28 (56%), тяжелое 16 (32%) и средней тяжести 6 (12%). У всех недоношенных детей основной группы отмечалис симптомы дисфункции желудочнокишечного тракта. Преобладающими патологическими синдромами со стороны ЖКТ были нарушения моторики желудка и кишечника. У большинства детей клинические проявления поражения ЖКТ возникали в 1-3-и сутки жизни в виде пареза кишечника (43,2%), желудочных кровотечений (22,7%), застойных явлений в желудке (59,1%), синдрома срыгиваний и рвоты (62,9%). В начале заболевания наблюдались неспецифические признаки: понижение температуры тела, потеря жидкости, постоянный метеоризм, кровавый стул, рвота желчью, приступы апноэ, брадикардия. Усиление метеоризма, метаболический ацидоз, сепсис, ДВС-синдром, дыхательная недостаточность привели к хирургической стадии, перфорации и смерти. При рентгенологическом обследовании брюшной полости у детей с ЯНЭК 3-й стадии имели место признаки пареза и динамической кишечной непроходимости, в трех случаях - свободный газ в брюшной полости, дети в срочном порядке были переведены в отделение хирургии. Осложнение и летальный исход, такие как перфорация кишечника с ухудшением состояния было отмечено у 4 детей с очень низкой массой тела.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) нередко регистрируется в постнатальном и раннем неонатальном периоде у недоношенных детей без ярких симптомов внутриутробного инфицирования (ВУИ). Отсутствие ранней диагностики и иммунотропной терапии в лечении этой группы детей нередко приводит к летальным исходам.

МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Косимов М.М., Чумаев Ш.М., Бадалов Ф.Б., Холов С.А., Назаров Ч.Р.
ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Изучить возможные и рентабельные пути вскармливания и ухода за детьми с врожденным дефектом губы и неба.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни и опрос матерей 250 детей, поступивших на консультацию и лечение в ГУ НКИ СиЧЛХ за период с 2011 по 2021 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Общепризнанно, что наилучшим вскармливанием является - естественное вскармливание ребенка грудным молоком матери. Однако, практика показывает, что большинство детей с расщелинами губы и неба уже в роддоме переводятся на искусственное вскармливание, что нельзя признать правильным. Детей этих не прикладывали к груди и не обучали мам правильным способам кормления, не принимали мер для сохранения лактации. Следует помнить, что психологическая травма матери, вызванная рождением ребенка с такой патологией, может обернуться гипогалактией. По этой причине беседа врача с матерью в роддоме о важности естественного вскармливания, реальных возможностях исправления этого врожденного порока развития, жизнеспособности и социальной приемлемости ребенка в будущем может успокоить мать и поможет сохранить или продлить период лактации. Кроме того, следует знать, что в первые месяцы жизни показаны более частые кормления этих детей по сравнению со здоровыми. С одной стороны, способ вскармливания ребенка напрямую зависит от вида расщелины губы или неба. С другой стороны, мы знаем, что естественным путем (энтерально) ребенка (новорожденного) можно накормить, если он сосет грудь матери, а также через соску, с ложечки или через желудочный зонд. Следовательно, задача врача заключается в том, чтобы добиться наиболее оптимального и физиологичного для данного ребенка способа вскармливания, исходя из конкретно имеющейся патологии. Новорожденные с изолированными расщелинами верхней губы могут и должны сосать грудь матери в обычном положении. При этом на период кормления для создания герметизма в полости рта, при неполных и полных расщелинах верхней губы, края расщелины следует свести пальцами или липким пластырем. Естественно,

что при двусторонних расщелинах верхней губы возникнут некоторые затруднения, однако они при известной настойчивости, вполне преодолимы, так как у ребенка сохранена целостность альвеолярного отростка и неба, а функция глотания почти не нарушена. Это значит, что ребенок может сосать грудь матери, прижимая сосок к альвеолярному отростку и твердому небу, компенсируя расщепление мышцы верхней губы более активным включением мышц языка в акт сосания. Новорожденные с изолированными скрытыми расщелинами неба могут и должны сосать грудь матери. Для профилактики аспирации пищи вследствие функциональной недостаточности мышц мягкого неба детей во время кормления следует держать в вертикальном или полувертикальном положении. Дети с изолированными неполными расщелинами неба, когда целостность большей части неба сохранена, также в большинстве случаев могут сосать грудь матери. Для предупреждения забрасывания пищи в дыхательные пути ребенка его следует держать во время кормления в вертикальном или полувертикальном положении.

Не вызывает сомнений, что именно грудное вскармливание относится к самому наилучшему питанию для ребенка. Беря во внимание данный факт и желание матери продолжить естественное вскармливание, нами разработаны рекомендации, способствующие улучшению и более длительному сохранению грудного питания ребенка.

Механическое массирование груди повышает приток молока в ротовую полость ребенка, что будет стимулировать отделению молока.

Хорошему притоку крови к молочным железам ним будут способствовать тепловых аппликаций, продолжительностью не более 20-25 минут.

Достичь увеличению выстояние соска можно применяя пальцевое сдавления ареолы (темная область вокруг соска) данная процедура облегчит захват и дальнейшее удержание соска ворту ребенка.

Развитие трещин на соске может быть следствием инфекции или лекарственной терапии, в этих ситуациях наиболее целесообразно использовать специальные накладки, что может обеспечить нормальную форму соска акт сосания облегчится.

Принцип кормления по требованию без ночного перерыва, будет содействовать постоянному притоку молока в железы.

Механического сдавления ареолы (темная область вокруг соска), даст возможность большему выпячиванию соска и увеличение вытекания молока из соска.

Для придания соску необходимой формы перспективным является использование дополнительных технических средств.

Применение молокоотсоса относится к техническим средствам, что может быть использовано для дополнительного сцеживания молока при докорме ребенка из бутылочки через соску.

Применение специальных средств для кормления детей с небные пластинки, повторяющие кривизну неба, они способствуют разделению двух полостей рта и носа, что может гарантировать хороший результат кормления. Но необходимо помнить о том, что использование дополнительных технических средств повышает риск травматизации слизистой оболочки полости рта ребенка. Длительное использование различных приспособлений требует необходимости коррекции размера в зависимости от возраста ребенка.

Выводы. Дети с врожденным дефектом верхней губы и неба, как правило, могут сосать грудь матери. Следовательно, кормление грудным молоком, должно быть приоритетом при вскармливании детей с данной патологией.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЕБА

Косимов М.М., Ибрагимов И.У., Иброхимова Р.К., Сирочидинов Ш.Б.
ГУ НКИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Изучить основные факторы способствующие нарушению слуха и определить пути их профилактики.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и результаты опроса родителей детей, госпитализированных в клинику ГУ НКИ СиЧЛХ, страдающих врожденной расщелиной губы и неба за период с 2018 по 2021 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Достаточно велика роль оказывающего влияния на речевое развитие детей, является состояние слуховой функции. При наличии даже незначительного отклонения в сторону ухудшения слуха может

способствовать развитию нарушения восприятия речи. Имеющее место анатомический дефект артикуляционного аппарата при ринолалии приводит к значительному нарушению слуха на фонетический строй речи. Достаточно остро стоит вопрос о начале выявления отклонения слуха, чем раньше у ребенка возникло снижение слуха, тем выраженнее будет проявляться речевая патология, именно это и должно постоянно мотивировать как персонал, так и родителей на раннее выявление нарушения и своевременное профилактическое медико-педагогическое воздействие. Для этого необходимо прибегать к стройной четко организованной системе профилактики нарушений слуха у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Врожденную расщелину верхней губы и неба относят к значимому фактору риска по тугоухости. Установлено, что более 2/3 (70%) детей с расщелинами неба имеют снижение слуха в различной степени выраженности, чаще на одно ухо.

Для детей с врожденными расщелинами неба характерно наличие патологических изменений в ЛОР-органах. Достаточно часто возникают эпизоды воспалительного процесса, отиты, которые со временем принимают хроническое течение. Значительная роль отводится в этиологии нарушения слуха аденоидным разращениям. Именно имеющее место заболевания носа и носоглотки способствуют развитию воспаления среднего уха и, как следствие, в большинстве случаев приводят к поражению слуха у детей, фактором тому в большинстве случаев является формирование воспалительного процесса в среднем ухе могут, что в свою очередь приводит к изменениям во внутреннем ухе. Постепенное развитие понижение слуха, с легкой степени, без специального лечения может привести к значительной тугоухости, а иногда и почти к полной глухоты.

Для детей с врожденными расщелинами неба характерно наличие функциональной недостаточности слуховой трубы. Возникающее отклонение дисфункции слуховой трубы в большинстве своем провоцирует развитие хронического экссудативного среднего отита и, как итог этого, приводит к кондуктивной тугоухости, когда возникает нарушение звукопроводимости. В то же время достаточно часто у детей с данной патологией характерно развитие врожденной сенсоневральная тугоухости, связанная с нарушением звуковосприятия.

В большинстве своём, причина стойкого нарушения слуха может быть связана с нарушением развития слухового органа, которое связано еще с пренатальным периодом. Как итог травмы плода, особенно в первые месяцы беременности, когда имеет место процесс зачатка слухового анализатора, именно этот период опасен тем, что он является особенно ранимым периодом. Множество внешних и внутренних факторов воздействия на эмбрион, свойственных именно этому периоду, приводят и могут привести к развитию врожденных дефектов лица и неба, и к врожденному нарушению слухового органа.

Процесс организованной системы профилактики нарушений слуха у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, должна включать достаточно стройную систему мер:

1) комплекс мер направленных на охрану антенатального периода и всего периода течения беременности;

2) ранняя диспансеризация ребенка с врожденной расщелиной неба на учет и отметка врачом в карте новорожденного при выписке из роддома – "Угрожаемый по тугоухости";

3) проведение разъяснительной работы с родителями и родственниками о необходимости обследования слуха у ребенка в первые недели жизни до хирургического устранения дефекта неба.

Все дети с врожденной патологией неба как правило должны пройти аудиологическое исследование;

4) ранний осмотр специалистами всех новорожденных при наличии определенной патологии при необходимости организация своевременного оказания соответствующей медицинской и коррекционной помощи;

5) организация и проведение своевременной хирургической коррекции порока;

6) своевременное выявление и проведение комплексного лечения экссудативного среднего отита (ЭСО), частота которого может достигать до 65% случаев у детей с врожденной небной патологией;

7) учет ограничения к аденотомии у данной категории детей после первичной уранопластики, по той причине, что возможно развитие нарушения функции сформированного ранее небно-глоточного кольца;

8) систематическое, на регулярной основе диспансерное наблюдение оториноларингологом и сурдологом детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба и экссудативным средним отитом для исключения часто возникающих после рецидивов заболевание. Частота обязательного аудиологического обследования детей должно быть

не реже двух раз в год, а также после каждого эпизода вялотекущего ринита любой этиологии или воспаления среднего уха в течение 1-2 лет после последней реабилитации.

Выводы. Оценка факторов риска нарушения слуха у детей и их прогнозирования является основой сохранения и восстановления нарушения слуха. Комплексный подход к диагностике и лечения основного заболевания является успехом профилактики нарушения слуха у детей с ВРГиН.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК, КФК-МВ) У ДЕТЕЙ С СЕПТАЛЬНЫМИ ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Сатторова А.П.
ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»

Цель исследования. Изучить особенности биохимических показателей (КФК, КФК-МВ) у детей септальными врождёнными пороками сердца (ВПС).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 детей с подтверждённым диагнозом ВПС в возрасте от 1 года до 3 –х лет, находившихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2015-2017 гг. Всем детям, поступившим в стационар на обследование и лечение, кроме измерения антропометрических параметров, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведённых исследований показал, что уменьшение общей активности креатинфосфокиназы (КФК) указывает на нарушение энергетического потока в фосфокреатиновом пути. Это ведёт к снижению способности миокарда к сокращению из-за ингибирования фосфорилирования АТФ и замедления передачи энергии к миофибриллярным белкам. Ухудшение энергетического обеспечения миокарда способствует развитию повреждений кардиомиоцитов, компенсаторному склерозу и интерстициальному фиброзу, что дополнительно ослабляет сократительную функцию миокарда. Повышение активности КФК-МВ может отражать повреждение кардиомиоцитов с последующим высвобождением изофермента в кровоток.

Исследования показали, что у детей с сердечной недостаточностью при ВПС наблюдалось снижение активности КФК и повышение КФК-МВ в зависимости от степени НК. КФК снизилось от 67,4 до 40,6 ед/л, от 1 до 3 степени. КФК-МВ повысилось от 9,7 до 15,6 ед/л в зависимости от степени. Эти показатели были наиболее выражены у больных с тяжёлым течением порока, с НК 3 степени.

Среди биомаркеровмиокардиального повреждения, МВ-фракция креатинфосфокиназы (КФК-МВ) классифицируется как ранний индикатор, поражения сердечной мышцы. Обобщённый анализ результатов исследований детей во всех наблюдаемых группах показал, что среди всех анализируемых ферментов значительное повышение по сравнению с нормативными показателями наблюдалось для КФК-МВ. Так, КФК – МВ- у детей с ДМПП составил 44, с ДМЖП – 48, в контрольной группе – 10,8. Показатели КФК были в пределах нормы (92, 110). У детей с ДМЖП показатели уровней КФК-МВ были повышенными (КФК-МВ-48).

Вывод. Исследования показывают, что у детей, страдающих ВПС, характерным является увеличение уровней таких ферментов, как МВ-фракция креатинфосфокиназы, которые объективно отражают состояние гомеостаза и снижение уровня КФК. Этот биомаркер обладают высокой диагностической значимостью для определения миокардиальной дисфункции и оценки степени повреждения миокарда. Уровни данных показателей связаны со степенью сердечной недостаточности. Важным является определение биохимических показателей повреждения миокарда при ВПС у детей, изменения которых появляются раньше клинических и инструментальных признаков нарушения функции сердца.

ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С COVID-19

Латипов М.М., Саъдуллоева И.К.
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояние новорожденных родившихся от матерей с COVID-19

Материал и методы исследования. Для изучения особенности новорожденных, родившихся от матерей с COVID-19 на базе Каганского“COVID госпитал” Бухарской области были обследованы 153 истории болезни новорожденных. У матерях всех новорожденных ПЦР тест на SARS-CoV-2 были положительны. Нами было изучено истории болезни в течение июль-сентябрь месяцах 2021 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение и анализ полученных материалов показал, что в данный период роды от матерей с COVID-19 были у 158 новорожденных. Из них у 5 новорожденных наблюдался летальный исход. Причины неонатальной смертности были тяжелая асфиксия новорожденных(1), ВУИ(1) и морфофункциональная незрелость(3).

Анализ паритета 153 живых новорожденных показал, что 52% составили мальчики, 48% - девочки.

Анализ полученных материалов показал, чтоза изученный период наблюдались преждевременные роды в 43 случаях из 153, что составляет 28%. Надо отметить, что в наблюдаемой группе были 108 случаев своевременных родов, и в 2х случаях запоздалые роды.

Необходимо отметить, что в рассматриваемый промежуток времени в “COVID госпитал” низкая масса тела при рождении наблюдалась у 18% новорожденных, а нормальная масса тела у 72% случаев.

Обращают внимания анализ состояния новорожденных по шкале Апгара. 86 (56%) новорожденных родились без признаков асфиксии, 62 (41%) с асфиксией средней тяжести и остальные 5 (3%) случаев оценивались как асфиксия тяжелой степени.

Диагноз новорожденных детей родившихся в рассматриваемый промежуток времени, от матерей с COVID-19распределилась следующим образом. Так, в наших исследованиях 86 (56,2%) новорожденных были здоровыми, у 14 (9,1%) диагностировали родовую асфиксию, у 26 (17%) морфофункциональную незрелость, у 18 (11,7%)синдром дыхательных расстройств, у 4 (2,6%) ВУИ-врожденная пневмония, а у 5 (3,2%) новорожденных диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы ишемического генеза.

Таким образом, анализ статистических данных истории болезниноворожденных детей родившихся от матерей с COVID-19 показал, что число детей родившихся ранее гестационного срока возросло, кроме этого в наблюдаемой группе увеличилось количество детей новорожденых с диагнозом родовая асфиксия и морфофункциональная незрелость.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мавлянова З.Ф., Ашуров Р.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Детский церебральный паралич (ДЦП) развивается, по разным данным, в 2-3,6 случаях на 1000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. К примеру, в Российской Федерации распространённость зарегистрированных случаев ДЦП составляет 2,2-3,3 случая на 1000 новорожденных [Власенко С.В., 2012; Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., 2011; Омарова М.Н., 2015]. Для эффективной реабилитации и абилитации ребенка с ДЦП требуется комплексный уход. Значительную роль в этом комплексе играет питание. Если речь идет о ребенке с серьезными нарушениями развития, то на его физическом и психическом состоянии будет неблагоприятно сказываться дефицит основных нутриентов, поступающих с пищей. У детей с ДЦП проблемы с жеванием и глотанием приводят к быстрому прогрессированию нутритивной недостаточности [Текебаева Л.А., с соавт., 2016; Семенова Е.В., 2018].

Цель исследования. Оценить особенности физического развития, как параметра оценки ну-

тритивного статуса пациентов с детским церебральным параличом.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное изучение нутритивного статуса у детей с различными формами ДЦП (n=128): гемипаретическая форма (I-я группа) - 30 человек (23,44%), гиперкинетическая форма (II-я группа) – 20 человек (15,62%), спастическая диплегия (III-я группа) – 30 человек (23,44%), атонически-астатическая форма (IV-я группа) – 20 человек (15,62%), двойная гемиплегия (V-я группа) – 28 человек (21,88%). Средний возраст детей с церебральным параличом составил – 7,8±0,6 лет (от 3 до 14 лет). В контрольную группу вошли 20 здоровых детей, средний возраст которых составил 8,1±0,7 лет. Оценка нутритивного статуса у пациентов с детским церебральным параличом проводилась путем измерения стандартных антропометрических параметров, таких как вес, рост, окружности верхних и нижних конечностей, а также определения толщины кожно-жировой складки (ТКЖС).

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексная оценка нутритивного статуса у пациентов с ДЦП в сравнении с группой контроля, указывала на нарушения нутритивного статуса различной степени выраженности во всех пяти исследовательских группах больных детей. У детей с ДЦП по сравнению со здоровыми детьми отмечался медленный прирост не только мышечной массы, выявленный при измерении окружностей верхних и нижних конечностей ($p<0,05$-$0,001$), но и подкожной жировой клетчатки при измерении толщины кожно-жировой складки в 3-ей точке (8,9±0,73, 7,34±0,34, 9,2±0,69, 7,45±0,45, 6,89±0,39 соответственно группам при ДЦП против 11,07±0,35 мм в контрольной группе; $p<0,05$-$0,001$) у нижнего угла лопатки и в 4-ей точке на 2 см выше середины пупартовой складки в паховой области (2,78±0,25, 2,24±0,76, 3,1±0,31, 2,1±0,67, 2,05±0,63 соответственно группам при ДЦП против 4,09±0,33 мм в контрольной группе; $p<0,05$-$0,001$).

При этом нарушения нутритивного статуса в основной группе были различной степени выраженности в зависимости от формы детского церебрального паралича: наиболее выраженные нарушения отмечались у больных с двойной гемиплегией и при гиперкинетической форме ДЦП и носили достоверный характер по отношению к 1, 3 и 4 группам ($p<0,05$-$0,001$). Так менее выраженная симптоматика нарушений нутритивного статуса определялась при атонически-астатической форме, и в некоторых случаях при спастической диплегии и гемипаретической форме ДЦП, однако достоверных значений не достигали ($P>0,05$).

Нарушения нутритивного статуса у больных с ДЦП были определены в первую очередь дополнительными нарушениями, обусловленными выраженными затруднениями в приеме пищи более половины всех обследованных (в 96 наблюдениях, 75%). Это обусловлено несколькими основными факторами, в первую очередь напрямую связанными с нарушениями со стороны регуляции нервной системы. Основной причиной являлось повреждение мозговых центров, проявляющееся нарушениями глотательной (88-68,75%) и жевательной функций (85 - 66,4%) у данной категории больных. И мело место также значительное ограничение активных движений (98 - 75,56%), что, в свою очередь, порождало несоответствие пищевых привычек. Усугубляющими обстоятельствами при ДЦП, затрудняющими прием пищи, были стоматологические проблемы, выявленные у 104 (81,3%) пациентов. В целом, проведенная оценка физического развития пациентов с ДЦП при динамическом наблюдении выявила преобладание дисгармоничного развития у преобладающего большинства обследованных в пяти группах наблюдения в отличие от обследованных детей контрольной группы 109 (85,9% в основных группах против 1 (5%) в группе контроля; $p<0,001$).

При изучении типа телосложения обследуемых методом расчета индекса Пинье, у пациентов с ДЦП диагностировано физическое развитие и телосложение ниже среднего - у 68 (53,13%) пациентов, и низкое - у 60 (46,87%) больных, составляя в среднем 25,96±0,31 во всех группах наблюдения, что носило достоверный характер ($p<0,05$-$0,01$). При этом у детей контрольной группы телосложение и физическое развитие определялось как среднее и составило в среднем 18,34±0,24. Аналогичные результаты были получены при расчёте индекса Рорера в интерпретации Н.А. Беляковой и А.Н. Маслова. В преобладающем числе наблюдений - 104 (81,3%) значения ИНр у больных с ДЦП составили 9,5±0,23 кг/м³, что соответствовало низкому физическому развитию, в отличие от детей контрольной группы ($p<0,01$), для которых были характерны значения индекса Рорера в среднем 12,26±0,65 кг/м³, что соответствовало среднему (гармоничному, нормальному) физическому развитию.

Анализируя значения индекса Вервека при различных ДЦП, можно проследить определенную тенденцию: умеренная низкорослость (брахимор-

фия), проявляющаяся умеренным отставанием в росте, была характерна для гемипаретической формы ДЦП и спастической диплегии со значениями индекса 0,83±0,22 ед. и 0,79±0,45 ед. соответственно, что не имело достоверных отличий с контрольной группой (P>0,05).

Для больных с гиперкинетической, атонически-астатической формами и двойной гемиплегией были характерны выраженная низкорослость (брахиморфия), свидетельствующая о выраженном отставании в росте. При этом наиболее выраженная низкорослость была характерна для двойной гемиплегии - значение индекса Вервека составили 0,71±0,49, что достоверно ниже контрольных значений (P<0,01).

Выводы. Определение нутритивного статуса с помощью общедоступных антропометрических характеристик и расчётных индексов является, простым, надёжным и высоко информативным методом, позволяющим оценивать динамику физического развития детей с патологией центральной нервной системы и может учитываться при разработке индивидуальных программ реабилитации данной группы пациентов.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА РОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мамедова А.А.,[1] Гараева С.З.,[2] Рзаева З.Р.[1]
Научно-исследовательский педиатрический институт имени К. Я. Фараджовой
I кафедра детских болезней Азербайджанского медицинского университета

Актуальность. Врожденная инфекция остается одной из актуальных проблем современной педиатрии. В дальнейшем в здоровье этих детей могут развиться серьезные изменения, которые могут привести к формированию хронических заболеваний, инвалидности и снижению качества жизни ребенка, социальной дезадаптации, что определяет актуальность данной проблемы.

Цель исследования: изучить заболеваемость болезнями органов дыхания у детей, рожденных с врожденной инфекцией, до 1 года.

Материал и метод. В исследование вошли 107 недоношенных детей, рожденных от матерей с осложненным гинеколого-акушерским анамнезом с признаками врожденной инфекции (основная группа) и 60 здоровых детей без признаков врожденной инфекции (контрольная группа). Обе группы были обследованы на базе ЭТ педиатрического института и детской поликлиники.

Обсуждение случая: В структуре общей патологии второе место занимают заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит, фарингит, назофарингит, синусит, ринит и др.). При сравнении уровня заболеваемости болезнями органов дыхания в обследованных группах установлено, что частота данной патологии у детей, рожденных в срок с врожденной инфекцией, равна 54,2±4,8%, что честно выше по сравнению с контрольной группой - 31,7. ±6,0% (p<0,01). У 30,8±4,5% детей основной группы в течение года чаще наблюдались заболевания органов дыхания, так что в первые 3 мес жизни острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) сопровождались обструктивным бронхитом у 4 детей (2,5%). эпизоды повторялись 2-3 раза. У 14 детей (8,9%) на первом году жизни возникла бронхопневмония, что потребовало госпитализации ребенка. На втором году жизни ХБП заболели 10,8% из 17 детей, но большинство из них (7 человек) болели 2 и более раз. Каждый случай респираторной инфекции у одного ребенка сопровождался случаями обструктивного бронхита.

Заключение. У детей, рожденных с врожденной инфекцией, общая заболеваемость в младенческом возрасте остается высокой. Поиски в области первичной и вторичной профилактики патологий младенческого периода требуют разработки новых технологий реабилитации этих детей, регионального мониторинга заболеваний.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Мавлянова З.Ф., Хайдарова С.Х., Ашуров Р.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Бронхиальная астма (БА), характеризуясь многогранностью этиологических факторов и патогенетических механизмов развития, разнообразием клинической манифестации, протекает зачастую под маской ряда заболеваний бронхолегочной системы. Полиморфизм клинических симптомов БА заключается в вариабельности степени выраженности бронхиальной обструкции, ответа на средства базисной терапии. Вследствие чего у 75% наблюдаемых с БА отмечается задержка в постановке диагноза в среднем на 3,3 года, а, соответственно, недостаточная терапия или вообще отсутствие ее [Lynch B.A. et al., 2012]. Выбор лечения в первую очередь определяется тяжестью течения, степенью контроля и периодом БА. Однако в любом случае необходим индивидуальный подход в выборе средств и методов лечения. Результаты исследований последних лет показывают, что у большинства детей, больных БА, в анамнезе имеются указания на перинатальные повреждения центральной нервной системы (ЦНС), которые в 3,4 раза увеличивают риск ее формирования у детей в дошкольном возрасте. При этом не изучалось влияние последствий перинатального поражения ЦНС, особенно травм спинного мозга на течение БА у детей в зависимости от психосоматического статуса, а также нет данных, касающихся особенностей течения и лечения БА у детей с различными клиническими вариантами проявления патологии ЦНС.

Цель исследования: разработка новых подходов к терапии бронхиальной астмы у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС.

Материал и методы исследования. В исследование включено 103 детей с БА средней степени тяжести в возрасте от 5 до 7 лет (70 мальчиков и 33 девочки), подразделенных на 2 группы: основную, в которую вошли 72 ребенка (51 мальчик и 21 девочка), больные БА с наличием отдаленных последствий перинатального поражения ЦНС, и группу сравнения, состоящую из 31 ребенка (19 мальчиков и 12 девочек), больных БА, без сопутствующих неврологических нарушений.

Результаты и их обсуждение. Анализ оценки по шкале Апгар показал, что количество детей основной группы (с отдаленными последствиями перинатального поражения ЦНС), родившихся в состоянии асфиксии различной степени тяжести, оказалось достоверно выше, нежели в группе сравнения. У всех детей с оценкой по шкале Апгар менее 8 баллов было диагностировано перинатальное поражение ЦНС, тяжесть поражения которого находилась в обратной зависимости от количества баллов. Сразу после рождения у 12,5% (n=9) детей основной группы выставлен диагноз перинатального гипоксического поражения ЦНС; к концу первого месяца жизни количество их увеличилось до 31,9% (n=23). К концу первого года жизни уже 70,8% (n=51) детей имели диагноз перинатальное поражение ЦНС, восстановительный период. В возрасте 2-3-х лет у 8,3% (n=6) наблюдаемых диагностированы неврозы, невротические реакции, минимальная мозговая дисфункция (ММД). У остальных – 20,8% (n=15) детей последствия перинатального поражения ЦНС диагностированы только лишь в 5-6-летнем возрасте во время участия в нашем исследовании. Чаще всего среди выявленных синдромов отмечались СДВиГ и дислалия, т.е. те заболевания, при которых активные жалобы со стороны пациентов или их родителей отсутствуют, а на профилактических осмотрах они, как правило, не выявляются. Синдромальная оценка последствий перинатального поражения ЦНС у детей основной группы выявила, что наиболее часто у них регистрировались различные нарушения речи (43,1%), вегетативная дисфункция (36,1%) и синдром гиперактивности и дефицита внимания (34,7%). При этом у 29,2% детей основной группы отмечались различные сочетания последствий перинатального поражения ЦНС.

В последующем дети основной группы в зависимости от проведенной терапии были подразделены на две подгруппы: подгруппа А – 38 детей (52,8%), получавших на фоне базисного лечения, терапию, направленную на коррекцию выявленных неврологических нарушений; подгруппа Б – 34 пациента (47,2%), получавших базисную терапию. Всем пациентам основной группы была назначена следующая терапия: гипоаллергенный режим; гипоаллергенная диета (элиминационная диета с исключением или ограничением причинно значимых аллергенов в зависимости от степени сенсибили-

зации); базисная противовоспалительная терапия в виде комбинированных препаратов (сальметрол + флутиказон) в дозе 25/125 мг, в межприступном периоде с целью тренировки дыхательных мышц назначалась лечебная физкультура, массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика с форсированным выдохом. Наряду с базисной терапией пациенты подгруппы А для коррекции выявленных последствий перинатального поражения ЦНС получали метионил-глутамил-гитидил-фенилаланин-пролил-глицил-пролин (семакс капли назальные 0,1%) и процедуры транслингвальной нейростимуляции при помощи аппарата «Нейропорт». У подавляющего большинства детей подгруппы А (84,2%, n=32) удалось достичь контроля над заболеванием в течение трех месяцев от начала комплексной терапии. Только 15,8% (n=6) детям понадобилось увеличение объема базисной противовоспалительной терапии до 375 мкг/сутки. На этой дозе у всех детей достигнут контроль над заболеванием в течение 4-х недель. В подгруппе Б в течение трех месяцев контроль над заболеванием был достигнут менее, чем у половины (44,1%, n=15) детей (p=0,0078). Остальным 55,9% (n=19) пациентам потребовалось усиление терапии (step-up) и увеличение объема базисной терапии до 375 мкг/сутки по флутиказону. Из них у 23,5% (n=8) был достигнут контроль, но 32,4% (n=11) детей (p=0,011) в течение 6 недель сохраняли интолерантность к физической нагрузке, им базисная терапия была увеличена до 500 мкг/сутки, что привело к достижению контроля над заболеванием. У 2 детей (5,9%) отсутствовал контроль над заболеванием на базисной терапии в объеме 500 мкг/сутки, в связи с неблагоприятными бытовыми условиями. Поэтому у них была пересмотрена степень тяжести БА, диагностирована тяжелая астма и назначена базисная терапия в соответствии со степенью тяжести.

Также было установлено, что среди детей основной группы, которым потребовалось увеличение дозы ингаляционных глюкокортикостероидов, ИГКС (25 пациентов; 34,7%), 48% (n=12) детей имели вегетативную дисфункцию, у 40% (n=10) детей был СДВиГ, и только 12% (n=3) детей были нарушения речи. То есть, дети с СДВиГ и вегетативной дисфункцией достоверно чаще нуждались в назначении более высоких доз ИГКС.

Выраженное улучшение на фоне комплексной программы терапии в подгруппе А выявлено также в психоневрологическом статусе. У 36,8% детей (n=14) отмечалось улучшение сна и его качества, концентрация внимания и память восстановились в 34,2% (n=14) наблюдений, при этом дети охотнее занимались, значимо увеличилась продолжительность концентрации внимания, уменьшилась утомляемость. За счет активации речевых зон головного мозга как экспрессивной (моторной), так и импрессивной (сенсорной) речи отмечалась динамика в нормализации темпа речи, ее ритма (19; 50%). За счет активации центра регуляции акта мочеиспускания Баррингона у 31,6% (n=14) детей сформировались суточные ритмы и привычка удержания мочи в ночное время.

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий в стадии ремиссии детям больным БА на фоне отдаленных последствий перинатального поражения ЦНС медикаментозной (назальный раствор семакс 0,1%) и немедикаментозной (транслингвальная нейростимуляция) коррекции выявленных неврологических синдромов, оказывает значимый положительный эффект, проявляющийся улучшением функционального состояния мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем и лучшим контролем над заболеванием.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОПТИМИЗИРУЮЩИЕ ШКАЛЫ В НЕЙРОДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мамадаминова С.Х., Хамроева Д., Икромов Т.Ш.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Определить информативность диагностических шкал в детской нейродиабетологии.

Материалы и методы исследования. В исследовании были использованы соматоневрологические, психопатологические, нейрофизиологические и нейропсихологические методы в качестве диагностических шкал. В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте от 6 до 18 лет, страдающих сахарным диабетом 1 типа с различным стажем заболевания, находящихся на диспансерном наблюдении в течение пяти лет. Существуют слож-

ности в выборе методик оценки функционирования центральной нервной системы (ЦНС) у детей с СД. Учитывая прогрессирующее поражение головного мозга и астенические проявления у этих пациентов, необходим постоянный неврологический и нейропсихологический мониторинг. Разработка и внедрение эффективных диагностических шкал являются актуальными задачами для улучшения качества жизни и лечения детей с СД.

Для объективизации состояния церебральной нейродинамики проведена компьютерная электроэнцефалография (ЭЭГ) у 25 детей, а при необходимости у 8 детей использовалась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Для статистической обработки данных использовались методы дисперсионного анализа для сравнения групп с различным стажем заболевания, а также корреляционный анализ для выявления связей между показателями нейродиагностических шкал и клиническими характеристиками пациентов.

Результаты исследований и их обсуждение. Клинический образ детской нейродиабетологии включает в себя психопатологический симптомокомплекс, включающий церебрастению, неврологический дефицит, а также нейрофизиологические и нейропсихологические нарушения. В ходе исследования был использован определенный набор методик, наиболее информативных в детской нейродиабетологии.

Среди примененных методов выделяются следующие: тест Тулуз-Пьерона, направленный на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, успеваемости и переключаемости); тест на запоминание 10 слов А.Р. Лурия, который позволяет оценить особенности памяти; визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) для измерения интенсивности болевого синдрома; шкала оценки тяжести диабетической полинейропатии И.А. Строкова; опросник для выявления признаков вегетативных нарушений (А.М. Вейна); тест на определение уровня невротизации (тест К.Х. Яхина и Б.Д. Менделевича); а также проективный тест "Я и моя болезнь".

Выводы. Использование валидных методик в детской нейродиабетологии позволяет ранее выявлять неврологические и нейропсихологические нарушения у детей с сахарным диабетом 1 типа в начальные стадии заболевания при диспансерном наблюдении. Это подтверждается результатами исследования, где использование различных тестов и шкал показало эффективность в диагностике изменений в центральной нервной системе.

Компьютерная электроэнцефалография (ЭЭГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) также играют важную роль в объективной оценке состояния церебральной нейродинамики у таких пациентов. Разработка стандартизированных диагностических протоколов важна для улучшения качества жизни и прогноза у детей с сахарным диабетом 1 типа, обеспечивая своевременное вмешательство и эффективное управление их состоянием.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мамадаминова С.Х.

ГОУ РМК МЗ СЗН РТ, Кафедра педиатрия

Цель исследования. Язвенная болезнь (ЯБ) остаётся наиболее серьёзной патологией гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у детей, сочетающие в себе наивысшее проявление хронического воспалительного процесса с изъязвлением слизистой оболочки (СО) желудка и ДПК. ЯБ характеризуется рецидивирующим течением и возможностью осложнений, приводя к инвалидизации детей школьного возраста, ограничивая социальную адаптацию.

Материал и методы исследования. Лечение ЯБ - сложный последовательный многоступенчатый процесс, не ограничивающийся только эрадикацией Helikobakter pilori (HP) инфекции с ингибированием кислотно - пептического фактора. Заживление язв принципиально отличается от регенерации повреждений других тканей; оно происходит в условиях действия на поверхность дефекта агресивных факторов (кислотно-пептических HP – инфекция, желчь обилие экзогенных воздействий и т.д.) Гастродуоденальная цитопротекция включает большой спектр внутрипросветных и тканевых механизмов, взаимодействие которых обеспечивает целостность СО и её устойчивость к факторам агрессии.

Результаты исследования и их обсуждение. Были проведены исследования в КЗ «Истиклол»

соматический корпус отделение детской гастроэнтерологии, накоплен практический опыт дифференцированного использования разных групп цитопротекторов для полноценного использования разных групп цитопротекторов для полноценного восстановления резистентности и функциональной активности СОЖ и ДПК при изъявлениях ГДЗ. Препараты с цитопротективными свойствами были распределены по основным механизмам восстановления СОЖ и ДПК на 4 группы. 1 – группа - пленкообразующие цитопротекторы, 2- группа - синтетические аналоги простогландинов и энкефалинов, 3 - группа ангиопротекторы и активаторы регионарной гемодинамики, 4- группа - препараты комплексного действия. Они назначились нами дифференцированно, в зависимости от индивидуальных особенностей и преобладающих факторов повреждения, а также с учетом выраженности сочетанной патологии, сопровождающие ЯБ (во влечение пищевода, поджелудочной железы, гепато-билиардной зоны, кишечника).

Вывод. Наиболее востребованными, безопасными, эффективными и удобными в педиатрической практике при лечении ЯБ в последние года зарекомендовали себя классические плёнкообразующие цитопротекторы на основе коллоидного субсалицилата Bi, а также препараты комплексного действия с мощным цитопротективным эффектом; синтетические аналоги энкефалинов, смектиты, комплексные невсасывающиеся антоциды, актовегины и ангиопротекторы, многочисленные природные антиоксиданты, а также гвайазулен с диметиконом и альгинаты. Все вышеуказанные препараты активно и всесторонне изучались и с успехом используются в нашей лечебной работе, доказали свою эффективность.

ОПТИМИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСТА И РАЗВИТИЯ

[1,2]Мамадаминова С.Х., [2] Хамроева Д.Х., [2]Икромов Т.Ш.

[1] ГОУ Республиканский медицинский колледж

[2]ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ СЗН РТ

Цель исследования. Здоровое питание определяется как питание, которое обеспечивает рост, оптимальное развитие, полноценную жизнедеятельность, способствует укреплению здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая диабет, болезни сердца, инсульт и рак.

Материал и методы исследования. Нами был проведен опрос среди учащихся 5-7 классов СОШ №35 г. Душанбе. В исследовании приняли участие 45 школьников. В ходе анкетирования выявлено, что регламентируемого пятиразового питания придерживаются лишь 16,7% школьников. Чуть меньше половины обучающихся предпочитают питаться 1-2 либо 2-3 раза в день. Количество школьников, которые питаются 3-4 раза в день не велико (16,7%). При этом больше половины опрошенных (53,3%) питаются с интервалом в 5 часов. Меньшая доля учащихся, а именно 6,7% придерживаются рекомендуемого интервала между основными приемами пищи. Около 67% школьников принимают пищу в специально организованном месте, остальные – в местах, не предназначенных для приема пищи. Согласно данным опроса, большая часть опрошенных (63,3%) во время приема пищи параллельно просматривает телевизор, соц. сети, YouTube и т.д. Всего лишь 3,4% опрошенных стараются не отвлекаться, а 33,3% школьников в отношении данного вопроса дать конкретного ответа не могут. Установлено, что половина опрошенных завтракают ежедневно перед уходом в школу, 30% завтракают не всегда. К сожалению, 20% предпочитают пропускать данный прием пищи. Что касается рациона питания, то среди школьников наибольшим спросом по утрам пользуются каша – ее предпочитает половина респондентов, яичница/омлет (50%), бутерброды и молочные каши. В меньшей степени дети завтракают блинами, хлебом с сосиской и сливочным маслом. При этом около 30% детей регулярно обедают в школе, но больший процент – посещает столовую образовательного учреждения не всегда, либо не посещают вообще. Молоко и молочные продукты ежедневно присутствуют в рационе у половины опрошенных детей, мясные продукты у 26,7% школьников. При этом третья часть школьников употребляет данные группы продуктов 3-4 раза в неделю. К сожалению, имеются школьники, которые включают эти продукты в свой рацион 1 раз в 2-3 недели, а также учащиеся не употребляющие молоко и молочные продукты совсем.

Результаты исследования и их обсуждения. Режим питания школьников должен предусматривать не менее 5 приемов пищи с рекомендуемым интервалом в 3-4 часа. У школьников г. Душанбе режим питания существенно нарушен, т.к. большая часть питается с интервалом более 5 часов, 1-2 либо 2-3 раза в день. Рацион школьников должен включать все основные продукты, являющиеся источниками макро- и микронутриентов. При анализе было выявлено, что большинство школьников употребляют молоко и молочные продукты, а также мясо и мясные продукты 1 раз в 1неделю, рыбу и рыбные продукты – 1 раз в 3-4 недели, фрукты и овощи – ежедневно, что является весьма положительным показателем. Что же касается структуры приемов пищи, то анализ показал, что половина опрошенных завтракает дома регулярно, чуть меньшая часть – нерегулярно, и малая часть – не завтракает совсем. Практически все опрошенные предпочитают перекусывать между основными приемами пищи, однако чаще всего школьники предпочитают перекусывать кондитерскими изделиями, чуть меньшая часть – хлебобулочными изделиями или фруктами. Весьма опасный является факт частые употребления «фаст-фуда» и газированных напитков.

Выводы. У школьников г. Душанбе отмечаются нарушения пищевого поведения, в частности из-за того, что питание их нерегулярное и нерациональное. Решением данной проблемы является совершенствование организации питания детей путем использования биологически полноценных продуктов, замены традиционных рецептур более современными, более приятными и желаемыми растущему поколению. Кроме того, стоит проводить беседы с учениками и их родителями, потому что именно теория формирует надежный «фундамент» для практики.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ У ДЕТЕЙ

Мамаджанова Г.С.

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования: Изучить распространенность гастродуоденальной патологии у детей.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено в отделение гастроэнтерологии ГУ МК «Истиклол» 93 детей с патологией в возрасте от 7 до 16 лет. У детей был подтвержден диагноз гакстродуоденит и язва двенадцатиперстной кишки. Из них у 18 (19,4%) детей дошкольного (5-7 лет), у 22 (23,7%) подросткового (12-15 лет) и 53 (56,9%) раннего юношеского (16-18 лет) возраста. Частота гастродуоденальных заболеваний у детей раннего юношеского (16-18 лет) возраста была выше по сравнению с детьми школьного и подросткового возраста в 3 и 2,4 раза соответственно. При детальном обследовании у детей выявлена следующая нозологическая последовательность: хронический гастродуоденит (ХГД) - 79 (84,9%), язвенный болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) - 3 (3,2%). Среди больных с ХГД эрозивная форма установлена у каждого третьего ребенка - 28 (35,4%). Поверхностный гастродуоденит с гиперплазией установлен в 1 (1,3%), поверхностный гастродуоденит - в 50 (63,3%) случаях. Среди больных в возрасте 7-15 лет ни в одном случае не установлена ЯБДПК. В 3 случаях обнаружена ЯБДПК у детей раннего юношеского возраста. Хеликобактерный генез заболевания был подтвержден у 47 (50,5%) обследованных детей. Из них школьного возраста у 6 (12,7%), подросткового возраста у 13 (27,7%), и среди детей раннего юношеского возраста у 26 (55,3%). Среди НР позитивных больных число мальчиков в 2 раза превышало число девочек. В 4,3 раза реже Helicobacter pylori выявлена у детей школьного возраста (7-11 лет) – 6 (12,7%), из них мальчики составили 4 (8,5%), а девочки – 2 (4,3%). Helicobacter pylori отрицательная патология гастродуоденальной зоны выявлена у 45 (49%) обследованных больных.

Выводы: Частота заболеваний у детей раннего юношеского возраста оказалась выше по сравнению с другими возрастными группами. Helicobacter pylori ассоциированная гастродуоденальная патология выявлена у 6 (12,7%) детей школьного возраста, у 13 (27,7%) подросткового возраста и у 26 (55,3%) детей раннего юношеского возраста. Анализ эндоскопических проявлений показал различия в формах гастродуоденита у детей с и без Helicobacter pylori ассоциированной патологии. Связь между хеликобактерным генезом заболевания и тяжестью эндоскопической картины была отмечена.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЁХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Маматкулова Р.П., Гулмуродова М.Ш., Хасанова Н.Р.
ГЦБ г. Турсунзаде, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей коклюша у детей первых трёх месяцев жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование охватило 60 новорожденных, госпитализированных в стационар в период с 2020 по 2023 год с диагностированным коклюшем различной степени тяжести: легкой степени — 3 (5%), средней степени — 49 (81,7%), тяжелой степени — 8 (13,3%). Основные методы диагностики включали бактериологическое исследование мочи, цистоскопию с биопсией, с последующим гистологическим исследованием и посевом биоптата на питательные среды, а также урологические исследования. Эпидемиологический анализ подтвердил диагноз на основе контакта в семье у 57 (95%) детей.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования было установлено, что основными проявлениями заболевания являются приступообразный кашель с репризами и апноэ, которые усиливаются при присоединении пневмонии. Фиксация повышенного числа приступов и лейкоцитурии указывает на активность воспалительного процесса и важность ранней диагностики и адекватного лечения. Особенно важно отметить, что включение инстилляций раствора диоксидина в комплексную терапию значительно улучшало исходы лечения, уменьшая продолжительность амбулаторного лечения и улучшая клинические показатели.

Заключение. Исследование подтвердило высокую эффективность введения диоксидина в комплексную терапию острого пиелонефрита, что позволило значительно сократить длительность лечения и повысить его эффективность, минимизировать риски рецидивов и улучшить общее состояние пациентов. Эти данные являются основой для пересмотра существующих протоколов лечения инфекций мочевых путей у новорожденных и малых детей.

БЛОК В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ТРИГГЕР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ЛЕЙКЕМИЯХ У ДЕТЕЙ

Мухаммаднабиева Ф.А., Табаров М.С., Исмаилов К.И., Саидов Х.Ш.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования: выявить триггер летального исхода при лейкемиях обусловленным нарушением свертывающей системы гемостаза у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 89 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Дети были разделаны на 2-группы. Первую группу составили 64 ребенка впервые выявленным с острым лейкозом; во вторую в группу вошли 25 детей с рецидивом болезни. Контрольную группу составили 25 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования их обсуждения: При ранней стадия лейкемии наблюдалась выраженный геморрагический синдром у 53% пациентов, проявляется различными профузным кровотечением (носовым, желудочно-кишечным, церебральным и др.) В развернутой (второй) стадии лейкемии геморрагическому синдрому свойственны кожные геморрагии петехиально-пятнистого характера 76%. При парентеральном введении препаратов появллись значительные по размерам кровоизлияния в местах инъекций у 47%. В последней стадии на месте данных кровоизлияний в стенке ЖКТ появляются язвенные и некротические изменения. У больных при лейкемиях появлялись кровоизлияния на местах травм, эпистаксис, маточные кровотечения, кровоизлияния в жизненно важные органы у 37% больных. В развитии геморрагий немаловажную роль играют сами лейкозные клетки, которые содержат большое количество тромбопластина на своей поверхности и в цитоплазматических гранулах. При разрушении лейкозных клеток потенцируется развитие синдрома дессименированного внутрисосудистого свёр-

тывания крови из-за высвобождения фактора свёртывания крови III и лизосомальных протеаз вне клетки. Геморрагический синдром отсутствовал у% детей острым лимфобластном лейкозе.. В 15% случаев геморрагический синдром был основным фактором, который привел к гибели пациентов из-за массивных кровотечений и кровоизлияний, так самая частая причина гибели пациентов с острым лейкозом - апоплексический удар, легочное кровотечение. По нашим данным и данных зарубежных источников, такое явление связана с несколькими обстоятельствами. Первое, что ведет к данным последствиям - при острых лейкозах в различных органах и тканях, в том числе в сосудистой стенке, появляются очаги экстрамедуллярного кроветворения. Это говорит о том, что в стенке кровеносного сосуда появляется кроветворная ткань, из-за чего стенка сосуда становится хрупкой, что является базой для геморрагий. Второе, у пациентов появляется тромбоцитопения, данное явление при условии повреждения сосудистой стенки является основанием для длительного кровотечения.

Выводы. Нарушение свёртывающей система гемостаза у детей при лейкемиях страдает еще до начала лечения и ее состояние ухудшается на фоне терапии по программе, нарушения имеют разнонаправленный характер. В первой стадии болезни и после лечения они вызваны активацией внутрисосудистого свертывания крови с умеренной и высокой тромбинемией. В начале заболевания геморрагический синдром был вызван тромбоцитопенией, а в ходе проведения химиотерапии и использованием факторов свертывания крови и становлением синдрома дессименированного внутрисосудистого свёртывания которое приводит к летальному исходу и является решающим триггером болезни. Возникновение геморрагического синдрома при острых лейкозах - сложный вопрос, так как имеет прямую связь с самим опухолевым процессом, лечением и осложнениями. Учитывая вышеизложенное, необходимо изучать воздействие нарушения системы гемостаза на развитие геморрагического синдрома у пациентов с острым лейкозом.

МАРКЁР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ЖЁСТКОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табаров М.С., Ходжаева Н.Н.
Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель. Изучение циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), как маркера дисфункции эндотелия сосудов у детей при острым миелобластном лейкозе в результате жёсткой химиотерапии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Дети были разделаны на 2-группы. Первую группу составили 34 ребенка впервые выявленным с острым лейкозом; во вторую в группу вошли 18 детей с х рецидивом болезни. Контрольную группу составили 25 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование. Оценка и обзор циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови выполнялась 52 обследованным пациентам в возрасте от 1 до 16 лет до терапии, в процессе введения цитостатиков, и в течение продолжительного периода после иммунодепрессивной терапии. Был применён способ определения состояния циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови в лаборатории кафедры патологической физиологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино по методике Hladovec (1978) в модификации Н.Н. Петрещева с соавторами (2001).

Результаты. Проведённое нами исследование крови детей с острым миелобластном лейкозом, которым была назначена иммунодепрессивная терапия препаратами Цитазар и Рубомицин по схеме «7+3» констатировало, что количество ЦЭК в отличие от исходного уровня снижалось одновременно с форменными элементами крови, и сопровождалось глубокой цитопенией в процессе и после окончания курса лечения в течении 20 дней, что было связано с длительным воздействием химиопрепаратов на эндотелий сосудов и возрастало уже через месяц после проведенной терапии и в стадии ремиссии болезни. Сопоставимый анализ численных изменений циркулирующих эндотелиальных клеток в периферической крови больных детей с острым лейкозом указывает на степень поврежденности интимы сосудов – эндотелия в зависимости от введенных нами схем иммунодепрессивной терапии. Значительный подъем ЦЭК наблюдался у пятерых пациентов, в терминальной стадии до на-

чала лечения, получавших химиотерапию по схеме "7+3" (в 5 и 14 раз соответственно). Тенденция к снижению циркулирующих эндотелиальных клеток наблюдалась в период выраженного истощения форменных элементов крови после проведённой химиотерапии. В процессе лечения, ремиссии, а также в терминальный стадии количество ЦЭК у всех больных детей в периферической крови снижалось, но сохранялось выше референсных значений, которые были в дебюте заболевания до поступления в стационар.

Выводы. Полученные нами результаты говорят о тотальной деэндотелизации интимы сосудов в процессе иммунодепрессивной терапии. Подключение в схему лечения Рубомицина существенно повышает риск нарушения интимы сосудов, что коррелирует с приведёнными ранее результатами нашего исследования у 45 пациентов исследуемой группы in vitro. Данные проведенного исследования указывают на высокий уровень повреждения сосудистого эндотелия до начала и в период применения иммунодепрессивной терапии, что приводит к повышению ЦЭК у больных детей с ОМЛ и раскрывает представления о развитии сосудистой патологии.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Набиева Ш.З., Набиева Н.З.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Таджикистан

Цель исследования. Определение особенностей биоэлектрической активности головного мозга у недоношенных новорожденных в неонатальном периоде

Материал и методы исследования. Исследование базировалось на анализе амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии (аЭЭГ) у 29 недоношенных детей, рожденных до достижения 34 недель 6 дней гестационного возраста. Запись аЭЭГ проводилась на третий-девятый день жизни детей, используя аппаратуру Нейрон-спектр 63 (Россия), согласно методическим рекомендациям Союза клинических нейрофизиологов стран Азии и Европы.

Результаты исследования и их обсуждение. Электроэнцефалографический анализ выявил наличие специфических паттернов, таких как позитивные роландические острые волны, обнаруженные у 79,3% недоношенных детей. Эти волны демонстрировали положительный инициальный компонент продолжительностью более 400 мс, с локализацией преимущественно в центро-темпоральных областях головного мозга. У 65,5% детей (n=19) зафиксировано снижение нижнего края амплитуды (A min) до значений менее 5 мкВ, что указывает на высокую степень незрелости ЦНС, \ ти паттерны характеризовались острыми волнами с положительным инициальным компонентом, что свидетельствует о возможной незрелости центральной нервной системы. Также, значительное количество новорожденных 86,2% демонстрировало паттерн «вспышка-подавление», указывающий на высокий риск развития судорожных состояний, при этом клинические проявления судорог фиксировались лишь у 27,6% исследуемых детей.

Выводы. ЭЭГ демонстрирует высокую информативность в диагностике субклинической судорожной активности у недоношенных детей, обеспечивая возможность ранней интервенции для предотвращения дальнейших неврологических нарушений. Интеграция данного метода в неонатальную практику может существенно повысить качество нейрологической диагностики и последующего лечения.

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ

Наврузкулова Ш.Ф.
Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Провести анализ постнатального периода у детей с малой массой тела и выявить основные факторы, ассоциированные с дисфункцией тиреоидной системы.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни

родившихся детей с малой массой тела (n = 37), у которых имели повышенный уровень ТТГ в неонатальном периоде. Результаты ТТГ были получены путем анализа детей с малой массой тела новорожденных на врожденный гипотиреоз.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе новорожденных с дисфункцией тиреоидной системой антропометрические данные варьировали: масса тела — 1550/40 см, гестационный возраст — 31 ± 33 недель. По шкале Апгар на 1-й минуте оценка была 5–6 баллов, на 5-й минуте — 6–7 баллов. Уровень ТТГ при первичном тестировании — 7,8 мЕд/л, при вторичном тестировании — 5,6 мЕд/л. Дети новорожденные, которые родились путем кесарева сечения, — 76,0%. Асфиксия средней и тяжёлой степени в родах встречалась в 60,0%. Основная часть заболеваемости недоношенных была связана с поражением ЦНС. РДС — 60%, дыхательная недостаточность — 80,2%, пневмония — 39,0%, церебральная ишемия — 50,1%, в 29,0% случаев наблюдалось ВЖК. Внутриутробная инфекция наблюдалась у 26,9%, анемия недоношенных — 50,0%, задержка внутриутробного развития — 48,1%, геморрагический синдром — 8%, коньюгационная желтуха новорожденных — 28,6%, была группа детей с риском развития ретинопатии- 30,7%. ГБН встречалась в 2,9% случаев. Анализируя тиреоидную систему было выявлено, что 4,8% новорожденных с малой массой тела родились с диагнозом «врожденный гипотиреоз», а у 24,8% — «транзиторный гипотиреоз», который позже пришел в норму. Также у этих детей наблюдалось открытое овальное окно — 57,5%, пороки сердца встречались у 14,5% детей, стигмы дисэмбриогенеза — у 28,0%.

Выводы. Вышеизложенные данные позволяют сделать вывод о том, что дисфункция тиреоидной системы у недоношенных новорожденных может быть связана с различными факторами, как перинатального, так и постнатального периода. Ранняя диагностика и своевременное лечение дисфункции тиреоидной системы у недоношенных новорожденных позволяет улучшить их прогноз и предотвратить развитие долгосрочных последствий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насирова С.Р., Мехтиева С.А.
Научно-исследовательский институт педиатрии имени К.Я.Фараджевой, Баку, Азербайджан

Актуальность. Некротический энтероколит — тяжелое заболевание, возникающее у новорожденных, поступивших в отделение интенсивной терапии с различными неотложными состояниями. В последнее время одним из основных направлений лечения НЭК является применение биопрепаратов – пробиотиков.

Цель исследования. Оценить эффективность пробиотиков при некротическом энтероколите у новорожденных.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели было обследовано 100 новорожденных с НЭК. По клиническим признакам эти дети были разделены на следующие группы: I группа - 28 больных НЭК I стадии, II группа - 42 больных НЭК II стадии, III группа - 30 больных НЭК III стадии, контрольная группа - 51 пациент. Помимо комплексного лечения 49 детям из 100 больных с момента начала энтерального питания были назначены пробиотики в виде капель. Некоторые показатели цитокинового статуса (IL-1β, IL-6, TNF-α) определяли у пациентов, которым назначались пробиотики и у тех, кому не назначались.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе детей, получавших пробиотик уровень ИЛ - 1β составлял 1,99±0,18 (0,43-3,6) до лечения и 1,35±0,19 (0,26-3,2) после лечения, а в контрольной группе до 2,06±0,06 (1,28-2,53) после лечения. 1,68±0,10 (1-2,5) ИЛ-6 до лечения в группе, назначавшей пробиотик 30,8±1,8 (19,6-44,2), после лечения - 15,2±2,2 (4,4-31). В контрольной группе после лечения уровень ИЛ-6 несколько снизился по сравнению с группой пробиотика, до лечения он составлял 29,2±0,8 (22,84-36,21), после лечения - 21,1±1,7 (11,25-32,6). Значительная разница была обнаружена в уровне TNF-α до и после лечения в группе, получавшей пробиотики. Таким образом, если до лечения TNF-α составлял 47,7±1,5 (36,5–64,2), то после лечения он составил 22±2,9 (7,8–42,2). В контрольной группе TNF-α до лечения составлял 49,6±0,8 (45,2-56,7), после лечения - 30,7±3,6 (10,2-50,2).

Выводы. Проведенные исследования показали, что у пациентов, получивших пробиотики, лабораторные и цитокиновые показатели статуса активнее приближались к норме.

ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насридинова Н.Н.
Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Выявить факторы риска заболеваний мочевыделительной системы у новорожденных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 39 историй новорожденных, находившихся в отделении патологии новорожденных при ГУ МК «Истиклол» с 2018 по 2021 гг. Параллельно с изучением медицинских карт новорожденных, анализировались материнские истории родов.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что на возникновение заболеваний мочевыводящих путей оказывает непосредственное воздействие это здоровье матери. Наиболее часто дети с заболеваниями мочевыделительной системы рождаются у женщин, возраст которых составлял 30-36 года первородящие (33,3%), повторнородящих - 66,7%, при этом количество беременностей коррелирует со степенью риска возникновения заболеваний мочевыделительной системы. Среди осложнений течения беременности, в большей степени рождению ребенка с поражением мочевыделительной системы способствует хроническая фетоплацентарная недостаточность - (24%); преэклампсия - (21%); внутриутробная инфекция (17,0%). Стоит отметить среди хронических заболеваний женщин - хроническую сердечную недостаточность – 21%. Рождение недоношенных детей, новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии при рождении являются важными факторами, способствующими возникновению заболеваний мочевыделительной системы, и влияющие на уже имеющиеся дефекты развития мочевыделительной системы. В структуре мочевыделительной системы у новорожденных 60,1% - составляет пиелоэктазия, формирующая отдаленные последствия нарушения работы мочевыводящих путей у детей; врожденные пороки мочевыделительной системы составляют 18,0%, сопряжены с ренальным синдромом, что позволяет предположить наличие общего механизма нарушения эмбриогенеза.

Выводы. Любой из периодов внутриутробного развития ассоциирован с факторами риска повреждения мочевыделительной системы, реализация которых зависит от многих факторов, а особенно от состояния здоровья матери. Воздействию гипоксических повреждений отводится основная роль в формировании патологии мочевыделительной системы. При своевременном прогнозировании патологии, раннем выявлении факторов риска – можно уменьшить степень реализации повреждающих факторов в формировании патологии мочевыделительной системы у новорожденных.

АКТИВНОСТЬ ЭНДОТОКСИНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАГНОЗОМ СЕПСИС

Полухова А.А., Керимова Н.Т., Мустфаева Н.М.
Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Ю.Фараджевой,
Кафедра биохимии Азербайджанского медицинского Университета, г. Баку, Азербайджан.
etplaboratoriya @mail.ru

Введение. Неонатальный сепсис является чаще всего основной причиной заболеваемости и смертности у новорожденных. Эндотоксины граммотрицательных бактерий являются одним из ведущих патогенетических факторов при сепсисе. Актуальным является изучение маркера эндотоксина и выявление взаимосвязи их в патогенезе сепсисе. Липополисахариды (ЛПС) также называемые эндотоксинами относятся к высокотоксичным компонентам клеточной стенки патогенных грам (–) бактерий. Большинство животных, включая человека, реагируют на присутствие ЛПС в крови возникновением острых лихорадочных состояний и системным воспалением.

Актуальность. При неонатальном сепсисе количество эндотоксинов в крови резко увеличивается. Это происходит еще до увеличения белков острой фазы. Эндотоксины считаются одним из врожденных неспецифических гуморальных факторов иммунной системы. Эндотоксины защищают организм от ряда патогенов (вирусов, бактерий, грибков и т. д.). Основная локализация этих пеп-

тидов — лизосомы нейтрофилов, обладающих широким спектром биологической активности, обеспечивают кроветворение дендритных клеток, микро- и макрофагов при воспалительных процессах, стимулируют дегрануляцию иммунных клеток

Цель исследования: Определить содержание Эдотоксинов у новорожденных, перенесших неонатальный сепсис.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в НИИ Педиатрии им. К.Я.Фараджевой г. Баку. Определение концентрации Эдотоксинов проводилось методом иммуноферментного анализа (ELISA) по принципу «сэндвич» – на иммуноферментном анализаторе «ElisysUno» производство Германии. Статистическую обработку данных проводили с помощью U-критерия Уилкинсона (Манна-Уитни). В исследование были включены 95 новорожденных. Больные были разделены на 2 группы:

I группа-15 новорожденных

II группа-50 новорожденных

Контрольную группу составляли 30 здоровых новорожденных детей. Эндотоксины, равно как и другие микробные токсины, участвуют не только в патогенезе инфекционных заболеваний, но также и при других патологических процессах. Этому также способствовало и выявление участия в ответе острой фазы ЛПС-связывающих белков. По наличию заболеваний систем органов дети основной I и II группы сравнения достоверно не различаются между собой, но количество заболеваний в среднем в I и во II группе в 2 раза выше, чем в контрольной

Результаты исследования и их обсуждения:. Бактериальный эндотоксин - постоянный структурный компонент наружной клеточной стенки грамотрицательных бактерий, он освобождается при их разрушении. При исследовании было выявлено, что количество эндотоксина в I группе составляло 4,4 (1,487±0,034) МЕ/мл, при контроле (0,337±0,019) МЕ/мл, а во II группе 4,5 (1,526±0,015) МЕ/мл, при контроле (0,337±0,019) МЕ/мл. Повышение количества дефенсина, отражает степень активации нейтрофилов.

Выводы. Эдогенные антимикробные пептиды и белки играют очень важную роль в защитной системе организма и важную роль в развитии процессов воспаления, поддержании и регуляции адаптивной иммунной системы. Бактериальные эндотоксины (липополисахариды (ЛПС)) являются сильными активаторами иммунной системы человека, взаимодействуя с сывороточными и мембранными белками, такими как липополисахарид - связывающий белок (LBP) и CD14, с высокой специфичностью. При таких низких концентрациях ЛПС, как 0,3 нг/мл, такие взаимодействия могут привести к тяжелым патофизиологическим эффектам, включая сепсис и септический шок.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ

Самиева Н.Ш.

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Определение состава микробиоты кишечника у здоровых новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Нами был проведен проспективный анализ микробиоты кишечника у здоровых новорожденных. В исследование были включены 45 здоровых доношенных детей с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, родившиеся различными способам: естественным путем и путем кесарево сечения. Были взяты образцы микробиоты кишечника в трех временных измерениях – первые 24 часа жизни, 1 неделя и 1 месяц жизни.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что кишечная микробиота новорожденных представлена поликомпонентными ассоциациями микроорганизмов. В первые сутки жизни меконий оказался стерильным лишь в 20% (9 детей) случаев. У остальных детей выделена разнообразная микрофлора и уже с первых суток жизни кишечник большинства детей колонизирован лактобациллами, бифидобактериями и разнообразной условно патогенной микрофлорой. На 7-е сутки а затем на 30-е сутки жизни состав микробиоты значительно расширялся в основном за счет энтеробактерий, лакто- и бифидобактерий. Наметились определенные отличия колонизации кишечника новорожденных в зависимости от способа родоразрешения: при естественном родоразрешении видовой состав лактобацилл был более разнообразным. Бактероиды преимущественно выделены у 36 (80,0%) детей, рожденных естественным путем, а клостридии напротив у 9 (20,0%) детей, родившихся путем кесарево сечения Условно-патогенные

такие как S.aureus чаще колонизировали детей, рожденных путем кесарева сечения. Полученные данные позволяют предположить, что рождение ребенка оперативным путем в определенной степени сдерживает процесс нормального становления микробиоты кишечника за чет того, что он не встречается с естественной средой.

Выводы: Микробиота кишечника у детей, рожденных путем операции кесарево сечение, отличается меньшим количественным и видовым составом.

ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Самиева Н.Ш.

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Выявит влияние внутриутробной инфекции на тяжесть поражения головного мозга детей родившихся на 24-36 неделях.

Материал и методы исследования. На базе отделения реанимации новорожденных, отделения патологии новорожденных выполнено ретроспективное исследование недоношенных детей с внутриутробными инфекциями. В исследование включено 55 детей, родившихся от женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, которым после рождения потребовалось проведение реанимации.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен ретроспективное исследование 55 историй женщин течение беременности у которых было осложнено факторами способствующими развитию внутриутробной инфекции. В большинстве случаев (94,5%) единственным методом родоразрешения было кесарево сечения. Всем новорожденным проводили в родильном зале неотложную медицинскую помощь, направленную на стабилизацию жизненно важных функций организма. После стабилизации дети переводились в ОРИТ новорожденных, где всем пациентам была продолжена комплексная интенсивная терапия. У 47 (85, 5%) детей в периоде новорожденности были выявлены клинико-лабораторные признаки врожденной пневмонии. У 10 (18,1%) недоношенных детей признаки инфекционного процесса отсутствовали. По данным нейросонографии в динамике и МРТ головного мозга частота выявления внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК). У недоношенных детей с наличием тяжелой внутриутробной инфекции была выше частота ВЖК.

Выводы. В комбинации поражение головного мозга и врожденная пневмония, врожденный сепсис существенно повышает риск развития ВЖК.

ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКИИ СИНДРОМИ ГЕМОЛИТИКӢ-УРЕМИКИИ КӮДАКОН, МАСЪАЛАҲОИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСӢ

Табарова Н.М., Шамсов Б., Набиев.З.Н., Ганиев А.Р.

МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҷанбаҳои клиникии ихтилоли функционалӣ, омилҳои пешгӯӣ ва натиҷаҳо дар кӯдакони гирифтори сироятҳои шадиди меъдаю рӯда, ки бо синдроми гемолитикӣ-уремикӣ мураккабанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот аз соли 2019 то 2022 дар миёни 438 кӯдаке анҷом шудааст, ки барои сирояти шадиди меъдаю рӯда дар МД МТ “Истиқлол” табобат гирифтаанд. 41 (9,4%) нафар аз онҳо бо синдроми гемолитикӣ-уремикӣ (СГУ) мураккаб муайян гардидаанд. Таҳлили пурра аз рӯи таърихи беморон гузаронида шудааст, ки дар он шумораи зиёди ҳолатҳои СГУ дар кӯдакони то 3 сола (28 аз 41 ҳолат) мушоҳида шудааст, ки маълумоти адабиётро дар бораи хатари баланди инкишофи ин ҳолат дар ин гурӯҳи синну сол тасдиқ мекунад. Духтарон аз СГУ 1,4 маротиба бештар аз писарон азият мекашиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он. Нишонаҳои беморӣ дар се рӯзи аввали сар задани зуком дар 21 кӯдак (51%) зоҳир шуданд, ки ин оғози фаъоли бемориро таъкид мекунад. Дар давоми 5 рӯзи аввали пайдоиши нишонаҳои зуком, СДУ дар 13 кӯдак (31,7%) ва аз рӯзи шашум то ҳаштум дар 7 кӯдак (17,1%) ташхис карда шуд. Ин бозёфтҳо тасдиқ мекунанд, ки СГУ метавонад

дар давоми ҳафтаи аввал пас аз оғози нишонаҳои аввалия рушд ва пешрафт кунад.

Аломатҳои клиникӣ табларза, қайкунӣ, дарди шикам ва тангии нафасро дар бар мегирифтанд, дар ҳоле ки колит ва гемоколит мутаносибан дар 100% ва 14,6% ҳолатҳо мушоҳида мешуданд. Гематурия ҳамчун нишонаи мушаххаси осеби гурда дар 6 кӯдак ба қайд гирифта шудааст. Пешгӯиҳои натиҷаи номатлуб анурияи дароз, вайроншавии системаи марказии асаб, гемолизи шадиди эритроситҳо, гиперкалиемия ва гемоколитро дар бар мегирифтанд.

Аз 41 кӯдаки гирифтори СГУ, бадшавии вазнин, ки табобати шадидро талаб мекунад, дар 14 кӯдак, ки дар шакли бесарусомонӣ, таназзул ва кома зоҳир мешаванд, мушоҳида карда шуд, ки ин ба осеби захролуд ва аз ҳад зиёд бор кардани организм бо маҳсулоти метаболизм ва вайроншавии тавозуни электролитҳо ишора мекунад.

Хулоса. Тадқиқот тасдиқ кард, ки синдром дар фоизи зиёди кӯдакон дар ҳафтаи аввали пайдоиши нишонаҳои дарунравӣ инкишоф меёбад, ки таваҷҷӯҳи зиёд ва омодагии кормандони тибро барои ташхис ва табобати фаврӣ талаб мекунад. Инчунин тасдиқ карда шуд, ки баъзе аломатҳои клиникӣ, аз қабили анурия ва ихтилоли ҷиддии кори системаи марказии асаб, метавонанд пешгӯиҳои аввали натиҷаи номатлуби беморӣ бошанд.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Темирова М.И.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность: Врожденные пороки сердца (ВПС) представляют собой структурные изменения в сердечном строении, которые образуются во время развития плода в утробе матери. Эти пороки могут затрагивать структуру сердца, клапаны, стенки сердца или крупные сосуды, ведущие к и из сердца.

ВПС составляют около 30% от всех аномалий развития у детей и являются одними из самых распространенных пороков в настоящее время. По данным статистики различных стран мира, от 0,6% до 1,4% младенцев рождаются с ВПС.

Иммунная система представляет собой функционально взаимосвязанный комплекс органов, тканей и клеток, регуляторных пептидов, которые обеспечивают защиту от чужеродных антигенов, сохранение генетически детерминированного антигенного постоянства организма, его рост и развитие.

У детей с ВПС может быть измененный иммунный статус, особенно если порок связан с тяжелым нарушением кровообращения и функционирования сердца.

Цель исследования. Определение особенностей содержания фактор роста(TGF-β) в сыворотке крови у детей с ВПС.

Материал и методы исследования. Включены 52 ребенка с установленным диагнозом ВПС белого (28 пациентов) и синего (24 пациентов). **Группу контроля составили 28** практически здоровых детей, аналогичного возраста. Концентрацию трансформирующего фактора ростабета(TGF-β) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем АО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Результаты: Анализ полученных результатов выявил, что уровень TGF-β высокое содержание в группе детей с ВПС белого типа. Так сывороточная концентрация изученного фактора роста в основной группе детей был повышен в 3,9 раза, со средним значением 182,7±7,31 пг/мл, с индивидуальным размахом от 112,5 до 251,5 пг/мл, тогда как в группе практически здоровых детей данный показатель составил 47,42±2,21пг/мл ($p<0,001$).

Полученные результаты, вероятно, указывают на то, что повышенный уровень TGF-β в сыворотке крови при ВПС без цианоза может быть связан с сердечной нагрузкой, воспалением и ремоделированием тканей, а также с ролью TGF-β в развитии и дифференциации тканей.

Оценка результатов выявил достоверно значимые показатели TGF-β в группе детей с ВПС синего типа. Так сывороточная концентрация изученного фактора роста в основной группе детей был повышен в 4,2 раза, со средним значением 201,45±6,69 пг/мл, с индивидуальным размахом от 125,3 до 255,1 пг/мл, тогда как в группе практически здоровых детей данный показатель составил 47,42±2,21 пг/мл ($p<0,001$).

Согласно полученным результатам, мы предполагаем, что избыточный TGF-β в крови может иметь как защитный, так и деструктивный эффект на организм в зависимости от контекста и продолжительности его действия. Сильное повышение уровня TGF-β в сыворотке крови при ВПС с цианозом может быть обусловлено такими факторами как: гипоксия и ишемия в ответ на повреждение тканей и попытку организма адаптироваться к измененной окружающей среде; воспаление и ремоделирование тканей, механические факторы, так как при врожденных пороках сердца может наблюдаться повышенная нагрузка на сердце и сосуды, что может активировать производство TGF-β в ответ на механическое напряжение.

Выводы. Установленные иммунологические изменения вызывают каскадные реакции в организме с целью адаптации к недостатку кислорода и кровоснабжения. Активация клеток и тканей для справления с повреждениями и стрессом приводит к увеличению продукции биологически активных веществ.

ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Файзуллоев Ф.А.[1], Таджибаева З.А.[2], Хасанова Т.М.[3], Каримов Б.Х.[2],
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».
Кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибн Сино»
ГЦЗ №1, Душанбе

Цель исследования. Изучить особенности пневмонии у детей грудного возраста на фоне врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращение.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 детей грудного возраста на фоне врожденных пороков сердца (ВПС) с обогащением малого круга кровообращение находившихся на лечение в детском кардиоревматологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан в 2019 гг. в возрасте от 0 до 1 лет, из них 25 (50%) мальчиков и 25 (50%) девочек.

Результаты исследования и их обсуждение. Структура ВПС у обследованных детей чаще включала в себя простые пороки - дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) было 46,% (n -23), с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) 30,% (n-15) открытый артериальный проток (ОАП)10,% (n-5), и их сочетание ДМПП и ДМЖП 14,% (n-7).

У всех поступивших детей констатирована пневмония различной морфологической формы, в том числе очаговая – у 56% (n-28) очагово-сливная – у 44% (n-22).

Поводом для поступления больных в большинстве случаев явилось повышение температуры, одышка, симптомы интоксикации, кашель, что расценивалось как пневмония подтвержденная рентгенологическом. Тяжесть состояния поступивших детей обусловлена дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточность. Большинство детей имели фоновые заболевания: рахит, гипотрофия, перинатальная энцефалопатия, экссудативно- катаральный диатез. Все дети получали антибиотики, бронхолитики, сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, диуретики, симптоматическую терапию.

Регресс клинических симптомов отмечался в среднем в конце второй и начале третей недели пребывания больных в стационаре.

Наблюдались осложнения пневмония на фоне ВПС в виде: нейротоксикоз 12%, ДВС синдром 21%, дыхательная недостаточность 60%, прогрессирование сердечное недостаточность 60%.

Выводы. Особенностью клиники пневмонии при ВПС является тяжелое и более длительное течение и быстрое развития различных осложнений. При появлении клинических симптомов поражения респираторного тракта дети с ВПС должны госпитализироваться в стационар во избежание осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить особенности клинического течения и лечения пиелонефритов у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни детей с пиелонефритом, находящихся на стационарном лечение в нефрологическом отделении ГУ МК «Истиклол» за период с 2023-2024 года, среди них детей от 1года до 3лет –13 (32,5%), от 3 до 7 лет - 16 детей (40%), и от 7 до 15лет - 11детей (27,5%). Из обследованных детей с острым пиелонефритом было – 33 (82,5%), с хроническим – 7 детей (17,5%). Из них девочек - 28 (70%), мальчиков - 12 (30%). Всем детям был взят общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ почек.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза было выявлено: наследственный фактор отмечался у 5 детей (12%), неблагоприятный преморбидный фон у детей раннего возраста: анемия – у 12 (30%), гипотрофия – у 7 (51%), рахит – у 11(84,6%)больных; также у детей раннего возраста отмечались: ОРВИ, воспалительные заболевания у девочек (вульвиты, вульвовагиниты), а у детей старшего возраста - ОРВИ, ангины. В клинической картине отмечались признаки интоксикации (слабость, утомляемость, вялость, нарушения сна, повышение температуры) особенно у детей раннего возраста. У старших детей преобладал болевой синдром, боль локализовалась в поясничной области (симптом Пастернацкого был положительный с одной или с двух сторон), дизурические расстройства проявлялись учащенным или редким мочеиспусканием, а симптомы интоксикации были менее выражены. У детей раннего возраста с неблагоприятным фоном, клинические признаки протекали тяжелее, чем у детей старшего возраста.

Со стороны лабораторных данных: в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и ускоренная СОЭ, у 22 детей отмечалась анемия (55%). В общем анализе мочи отмечалась незначительная протеинурия (менее 1г/л), лейкоцитурия, микрогематурия. В биохимическом анализе крови выявлялась: диспротеинемия у 12%), гипокальциемия у 84% больных.Ведущее значение в диагностике пиелонефрита имелиместо посевы мочи на флору, где в основном Высевалась E. Coli (50%), Proteusmirabilis (7%). На УЗИ почек отмечалась картина пиелонефрита.

Проводилось комплексное лечение. В зависимости от тяжести состояния больного и активности процесса назначался определенный режим. В остром периоде заболевания назначался постельный режим, диета стол №5. Основой лечения была антибактериальная терапия, при выборе которой учитывалась нефротоксичность препарата и чувствительность к антибиотикам. Наиболее часто используемыми антибиотиками были: ингибиторзащищенные пенициллины -амоксиклав и цефалоспорины 3 поколения (цефтазидим, цефатаксим, цефазолин). После курса антибиотикотерапии лечение продолжали уроантисептиками (фурагин,фурамаг, невиграмон и т.д.),а также проводилась патогенетическая и симптоматическая терапия.

Выводы. Клиническая картина и лечение ПН зависит от возраста ребенка и активности процесса. У детей раннего возраста заболевание протекает тяжелее, особенно при наличии неблагоприятного преморбидного фона (анемия, гипотрофия, рахит), чем у детей старшего возраста. Лечение необходимо проводить с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.

ТЕНДЕНЦИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У ДЕТЕЙ

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадирова М.Р.
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности течения респираторных аллергозов у детей.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни

у 227 детей с респираторным аллергозом в возрасте от 1 до 15 лет, находившихся на базе ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» с 2022-2024 года в отделении аллергологии и иммунологии. Из обследованных детей мальчиков было 153 (67%), а девочек 74 (33%). Из них бронхиальной астмой страдали 23 больных, что составило 10%, астматическим бронхитом 180 больных (33%),поллинозом по типу риноконъюнктивита 10 больных (4,4%). Возрастные параметры имели колебания до 2 лет – 104 больных (45,7%), от 2 до 5 лет – 75 больных (33%), от 5до 10 лет – 28 больных (12,3%) и от 10 до 15 лет 20 больных (8,8%). Диагностика основывалась на комплексе клинико-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза выяснено, что чаще всего респираторный аллергоз проявлялся у детей с отягощенной наследственностью (из общего число больных 178 (76%)– родители страдали аллергологическими заболеваниями, а у 50% выявлен поллиноз). Также в зоне риска были дети с ослабленной иммунной системой, вследствие частых простудных заболеваний или кишечных расстройств (дисбактериоз). Существенное влияние на возникновение респираторных аллергозов оказывали токсикозы беременности у матерей, погрешности в ее питании во время беременности и при вскармливании грудью, а также кормлении детей искусственными неадаптированными смесями. Клиническая картина бронхиальной астмы зависела от этиологических факторов, возраста, тяжести заболевания и особенности реактивности больных. В аллергологическое и иммунологическое отделение дети поступали в основном в приступном периоде. При осмотре у детей отмечалось вынужденное положение, одышка экспираторного характера с участием вспомогательных мышц грудной клетки и брюшного пресса, втяжение уступных мест грудной клетки.

Клинически астматический бронхит проявлялся экспираторной одышкой, свистящем дыханием на расстоянии, обилием катаральных изменений в легких (на фоне жесткого дыхания выслушивались проводные влажные хрипы на выдохе), влажным приступообразным кашлем с обилием вязкой мокроты. Астматический бронхит возникал на фоне респираторной инфекции, имел склонность к осложнению пневмонией, а также повторному рецидивированию. Чаще всего астматический бронхит протекал тяжелее у детей раннего возраста на фоне паратрофии 60 (25%) и тимомегалии у 62 (27,3%).Поллинозы у детей встречались реже, чем у взрослых. Проявлялась болезнь повышенной чувствительностью к пыльце различных растений и деревьев. Клинические симптомы поллиноза по типу риноконъюнктивита были очень похожи на респираторно - вирусную инфекцию дыхательных путей: зуд и жжение в носу и горле, чихание, заложенность носа, головная боль, водянистые или слизистые выделение, отечность, слезоточивость, покраснение глаз.Со стороны лабораторных данных: в общем анализе крови отмечалась анемия легкой степени у 159 больных (70%), у 20 больных (8,8%) – отмечалась эозинофилия. В биохимическом анализе крови у 34 больных (15%) отмечалась гипокальцемия (Са-0,8-1,5ммоль/л). Повышение общего IgEв сыворотке крови отмечалось у 200 больных (88,1%). В общем анализе мочи у 45 больных (20%) отмечалась лейкоцитурия (L – 15-20в.п.з.). Глистная инвазия была обнаружена у 20 больных (8,8%)-лямблии, острицы. Из обследуемых детей у 30 больных (13,2%) в посеве из зева на флору высеяны Candidaalbicans и у 27 больных (10%) – St.aureus. На рентгенограмме у 215 (94,7%) больных отмечалась картина бронхита у 62 (27,3%) –выявлена тимомегалия. Лечение больных было комплексным.

Выводы. Таким образом,аллергические реакции при респираторных аллергозах часто маскировались под простудные заболевания. Респираторные аллергозы развивались в течении нескольких минут или часов после контакта с аллергенами. Простудные заболевания не начинались резко и ухудшение состояния могло наблюдаться на протяжении даже нескольких дней. Течение респираторных аллергозов зависело от этиологических факторов, возраста ребенка, тяжести заболевания и особенностей реактивности больных. Наиболее чаще из респираторных аллергозов встречался асматический бронхит и протекал тяжелее у детей раннего возраста на неблагоприятном преморбидном фоне (паратрофии, анемии), глистной инвазии и при наличии тимомегалии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Ҳамроева Д.Ҳ., Махсумова С.Л., Хакимова Н.И., Маматкулова Р.П.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» ГЦБ г. Турсунзаде

Цель исследования. Изучить особенности пневмоний у детей, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 56 историй болезней детей раннего возраста с пневмонией. Дети были разделены на 2 группы, в 1 группу (основная группа n=28) вошли дети с пневмонией, протекавшей с синдромом бронхиальной обструкции. В контрольную группу вошли 28 детей раннего возраста с клинически подтверждённой пневмонией, протекавшей без бронхиальной обструкции.

Все дети находились на стационарном лечении в отделении детской пульмонологии ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Анамнестический анализ исследуемых детей выявил, что в структуре перенесенных заболеваний у детей основной группы достоверно чаще отмечались: обструктивный бронхит (35,7%), атопический дерматит (32,1%), аденоидиты (28,6%), бронхиальная астма (14,3%). По морфологии в обеих группах доминировали очаговые формы пневмонии.

Физикальная симптоматика была достаточно специфичной у детей основной группы: выслушивались рассеянные сухие и влажные хрипы с обеих сторон в 67,9% против 32,1% у детей группы сравнения. Также, у больных 1-й группы достоверно реже отмечалась фебрильная лихорадка по сравнению с пациентами 2-й группы (10,7% против 17,9%). При расшифровке этиологии у детей 1-й группы чаще верифицировались: вирусы парагриппа (10,4%), риновирусы (13,6%), респираторносинцитиальная вирусная инфекция (17,5%), а также, микоплазменная инфекция (9,1%).

Выводы. Отмечается тенденция к росту частоты пневмоний, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции. Данная форма пневмонии наиболее часто встречается у детей раннего возраста, с аллергической конституцией, что требует проведения бронхолитической и противовоспалительной терапии.

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М., Расулова С.А.
Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинической эффективности различных подходов к профилактическому лечению пациентов с гемофилией.

Материал и методы исследования. В исследование включены две группы пациентов: основная группа, получавшая профилактическое лечение в соответствии с протоколами, и контрольная группа, получавшая эпизодическое лечение по необходимости. Обе группы сопоставлены по клиническим и демографическим характеристикам (возраст, степень тяжести заболевания, наличие гемартроза, состояние коагулограммы). Профилактическое лечение в основной группе проводилось в течение не менее 12 месяцев. Основная группа разделена на три подгруппы: первичная профилактика (10 пациентов с тяжелой и 6 со средней гемофилией А), вторичная профилактика (12 и 9 пациентов соответственно), и третичная профилактика (18 пациентов с тяжелой и 6 с средней гемофилией). В контрольной группе наблюдали более частое возникновение геморрагических эпизодов по сравнению с основной группой.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе у 38,5±6,85% пациентов с тяжелой гемофилией и 42,5±7,85% пациентов со средней формой гемофилии не было геморрагических эпизодов в течение 12 месяцев. В контрольной группе случаи тяжелых кровотечений были в 2 и 4 раза чаще по сравнению с основной группой. Частота геморрагических проявлений, таких как гематурия, подкожные и внутримышечные гематомы, желудочно-кишечные кровотечения, а также обострения хронического гемартроза, была значи-

тельно выше в контрольной группе. Сравнение протоколов лечения показало, что частота геморрагических эпизодов не имела значимых различий. Наиболее эффективной оказалась первичная профилактика, при которой у 14% пациентов с тяжелой гемофилией наблюдались тяжелые кровотечения, а обострения хронического гемартроза не выявлены. Вторичная профилактика дала аналогичные результаты. Третичная профилактика снизила риск тяжелых кровотечений с 48% до 36% и обострения хронического гемартроза с 14% до 6%.

Заключение. Профилактическое лечение гемофилии на протяжении 12 месяцев значительно снижает частоту геморрагических эпизодов по сравнению с эпизодическим лечением. Первичная и вторичная профилактика оказались наиболее эффективными, тогда как третичная профилактика также продемонстрировала существенное снижение риска серьезных осложнений.

ИНГАЛЯЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ НЕБУТАМОЛА И НЕБУФЛЮЗОНА ПРИ АДЕНОИДАХ У ДЕТЕЙ

Хокимова Ф.Г.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель работы. Оценить состояние детей с аденоидами до и после методов лечения ингаляторной терапии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 51 детей в возрасте от 1 года до 12 лет с диагнозом аденоидами, подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего рентгенологическое исследование, которые были распределены на 2 группы.Группа 1 (основная) – 24 (47%) пациентов, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно ингаляционно (с помощью небулайзера) применяли комбинированный препарат небутамола и небуфлюзона (ингаляция в течение 5-7 минут) в течение 7 дней. Группа 2 (контрольная) - 27 (53%) пациент, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ необходимости проведения симптоматической терапии показал, что ни у одного пациента, закончившего исследование, не потребовалось применения жаропонижающих препаратов. При этом использование назальных сосудосуживающих препаратов по потребности (чаще на ночь для облегчения сна) для уменьшения сильной заложенности носа в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 14 из контрольной.

Удобство ингаляционного применения комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона, как метод лечения острого риносинусита и ларинготрахеита отметили 16 (76,1%) пациента основной группы, окончивших исследование. Ни у одного из пациента основной группы не отмечали каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутамол и небуфлюзон.

Аденоидами называются дефектные изменения в глоточной миндалине. Это может быть наследственным дефектом или приобретенным вследствие перенесенных инфекционных заболеваний, таких как корь, паротит, грипп и прочее. Аденоиды – это детское заболевание. В зоне риска дети от года до пятнадцати лет.

Из выше сказанного можно сделать вывод, что аденоиды являются заболеванием дыхательных путей. Можно ли лечить аденоиды небулайзером? Когда только прибор был выпущен на рынок врачи считали ингалятор неэффективным, но с течением времени специалисты все больше стали уделять внимание этому удивительному аппарату. Небулайзер при аденоидах – самое эффективное лечение на сегодняшний день. Преимуществами такой ингаляционной терапии являются возможность использования у детей с периода новорожденности, точность дозирования лекарственных препаратов, доставка большей дозы препарата и получение эффекта за более короткий промежуток времени, простая техника проведения ингаляций, в т. ч. в домашних условиях. Отсутствие необходимости синхронизировать вдох с потоком аэрозоля (не требует совершения форсированных дыхательных маневров) позволяет применять ингаляции независимо от тяжести заболевания. В зависимости от

заболевания небулайзерная терапия может выполнять различные задачи: уменьшение бронхоспазма, отека слизистой, воспалительной активности, улучшение дренажной функции бронхиального дерева, муколитическое действие и др. В последние годы расширились возможности применения ингаляционной терапии для лечения большинства бронхолегочных заболеваний: могут быть использованы все стандартные растворы для ингаляций и их комбинации (можно одновременно применять 2 и более лекарственных препаратов)

Выводы. Ингаляционное применение препаратов небутамола и небуфлюзона в лечении нетяжелых и не осложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей современный,эффективный, удобный и безопасный метод лечение.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ.

Хотамова М.Н.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Д., Таджикистан

Цель исследования. Исследование состояния системы гемостаза у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

Материал и методы исследования. Производили забор пуповинной крови в объеме 5,0 мл у 80 новорожденных детей различного срока гестации, перенесших хроническую гипоксию в антенатальный период.

В I-группу вошли 30 здоровых новорожденных детей от здоровых матерей в возрасте от 20 до 35 лет. Вторую группу составили 50 новорожденных, рождённых от матерей с отягощенным акушерским анамнезом и осложненной беременностью и родами. Признаки хронической внутриутробной гипоксии плода подтвержден данными УЗИ. Причинами хронической внутриутробной гипоксии плода по данным УЗИ были: многоводие - 30%; маловодие - 20%; помутнение околоплодных вод - 31%; раннее созревание плаценты - 33%. Отмечены осложнения беременности: в 44% случаев тяжёлая анемия матери (гемоглобин-70г/л и ниже); у 11% случаев - тяжелая преэклампсия; в 24% случаев беременность осложнилась артериальной гипертензией; и 25% случаев беременность протекала на фоне позднего токсикоза беременных и угрозы прерывания беременности.

Лабораторные исследования проводились: общий анализ крови.

Результаты исследования и их обсуждение. В общем анализе крови в группе с хронической гипоксией лейкоцитоз составил в среднем 13,02±1,13Х109 /л, гемоглобин 164,9±2,9 г/л и тромбоциты 154,54Х109 /л. При исследовании показателей гемостаза ПТВ, МНО, АЧТВ, ТВ при хронической гипоксии новорожденного выявили их изменения, которые не имели статистически достоверной разницы. Так, ПТВ при хронической гипоксии 11,84±0,84 сек в среднем, а ПТИ 116,62±6,02 сек. Отмечалось выраженное снижение показателей МНО и АЧТВ у обследованных новорожденных больных по сравнению со здоровыми. Необходимо отметить отсутствие статистически значимой разницы между показателями ПТВ, ТВ, ПТИ, МНО и АЧТВ у больных и здоровых новорожденных. Однако среди показателей гемостаза пуповинной крови лишь уровень фибриногена у обследованных новорожденных имел статистически значимую разницу между здоровыми и новорожденными, перенесшими хроническую внутриутробную гипоксию с разницей до 3,98±0,62г/л, $p1<0.01$.

Выводы. Таким образом, хроническая внутриутробная гипоксия является фактором риска формирования тромбоцитопении и гиперкоагуляции системы гемостаза у новорожденных.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НАЧАЛА ПРИКОРМА НА РАЗВИТИЕ БЭН У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Шамсов Б.А.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оценить, как возраст начала прикорма влияет на риск развития белково – энергетической недостаточности (БЭН).

Анализ влияния возраста введения прикорма на риск развития белково-энергетической недостаточности среди детей до 5 лет.

Материал и методы исследования. Исследование охватило 250 семей из городской (Душанбе) и сельской (Хатлонская область) местности. Данные о возрасте начала прикорма и его составе были собраны через структурированные интервью с родителями. Также были собраны данные о практике грудного вскармливания и общем пищевом статусе детей. Использовались статистические методы для анализа данных, включая ковариационный анализ для оценки влияния времени начала прикорма на питательный статус детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Опрос выявил, что 92,5% матерей практиковали грудное вскармливание. Исключительное грудное вскармливание (ИГВ) до 6 месяцев сохраняли только 36,7% матерей. Начало прикорма до 4 месяцев увеличивало риск БЭН до 22%, в то время, как начало после 6 месяцев ассоциировалось с уменьшением этого риска до 8%. Значительное различие в практиках вскармливания наблюдалось между сельскими и городскими регионами, где сельские дети начинали прикорм раньше и испытывали выше уровни БЭН.

В сельских районах часто отмечалось раннее введение прикорма, преимущественно твердой и полутвердой пищи. В городе Душанбе 73% детей начинали прикорм с рекомендуемого возраста 6 месяцев, в сельской местности этот показатель составил 53,3%. Около 19,2% матерей начинали вводить мягкую пищу детям в возрасте от 3 до 5 месяцев, что было значительно выше в сельской местности.

Выводы. Результаты подчеркивают критическую роль возраста начала прикорма в профилактике БЭН среди детей. Необходимо активизировать образовательные и профилактические программы, нацеленные на соблюдение оптимальных сроков введения прикорма, особенно в сельских районах. Это поможет улучшить питательный статус и общее развитие детей, снижая распространенность БЭН и укрепляя здоровье будущих поколений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ F-100 И BP-100 В ЛЕЧЕНИИ БЭН У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Шамсов Б.А.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Исследование влияния комбинированного терапевтического питания на показатели физического здоровья детей с белково – энергетической недостаточностью (БЭН).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди 96 детей, страдающих БЭН, которые получали комбинированное терапевтическое питание F-100 и BP-100. Мониторинг состояния детей проводился на протяжении 6 месяцев, включая измерения физического развития и лабораторные исследования крови. Для анализа данных использовался метод парных t-тестов для сравнения средних значений до и после вмешательства, а также анализ ковариации для оценки влияния начального состояния на конечные результаты.

Результаты исследования и их обсуждение. На первоначальном этапе все дети получали терапевтическое питание F-75, дозировка которого составляла 130 мл/кг/день, разделенная на 8 приемов пищи в сутки. Средняя продолжительность этой фазы составила 5±3,5 дня. Затем переходили на F-100 в фазе стабилизации, продолжение приема F-100 в той же дозировке продолжалось в течение 3±5,7 дней. Начиная с четвертого дня, пациентам основной группы назначали стандартную диету F-100, которая чередовалась с BP-100, с постепенной заменой одного из приемов пищи на эквивалентное количество BP-100 с четвертого дня лечения. Контрольная группа продолжала

получать только F-100 в объеме 200 мл/кг/день.

Эффективность терапии оценивалась по улучшению антропометрических показателей и общему состоянию здоровья.

В начале исследования средний показатель Z-счета в обеих группах был ниже -3,2, что свидетельствует о тяжелой степени недоедания. Затем в основной группе было зафиксировано более значительное улучшение показателей физического здоровья и среднесуточной прибавки массы тела, составившей 11,7±0,5, в сравнении с 10,3±0,4 в контрольной группе. В процессе лечения дети из основной группы демонстрировали более выраженное улучшение показателей физического развития, чем дети из контрольной группы. Среднесуточная прибавка веса у детей основной группы была значительно выше, чем у контрольной, что подтверждает более высокую эффективность комбинированного питания.

Выводы. 1. Исследование подтвердило значительное преимущество комбинированного применения терапевтических питаний F-100 и BP-100 по сравнению с использованием одного F-100 в лечении детей с БЭН.

2. Комбинированная терапия способствовала более быстрому восстановлению нормальных показателей физического развития, что отражается в улучшении общего состояния здоровья, сокращении продолжительности госпитализации и увеличении среднесуточной прибавки веса.

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БЭН СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Шамсов Б.А.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучение социальных и клинических факторов, влияющих на развитие белково – энергетической недостаточности (БЭН) у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 250 детей, данные собирались через врачей первичной здравоохранительной сети. Анкетирование родителей проводилось для сбора информации о социоэкономических условиях жизни, образовании и здоровье детей. Использовались многофакторный анализ дисперсии и множественная регрессия для определения наиболее значимых социальных и клинических факторов, влияющих на развитие БЭН.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показал, что основными факторами, способствующими развитию БЭН, являются низкий социоэкономический статус, низкое образование родителей и плохие санитарные условия проживания. Более 68% детей с БЭН проживают в семьях с низким социоэкономическим статусом. Большинство родителей (35%) имеют неполное среднее образование, а лишь 15% обладают высшим образованием. Анализ сферы деятельности родителей показал, что более двух третей (66,7%) матерей не работают и являются домохозяйками. Из работающих матерей 36,7% заняты в сельском хозяйстве, что является доминирующей сферой занятости в данной выборке. Неквалифицированным трудом занято 12,4% матерей.

Клинические проявления БЭН включали задержку роста, анемию и повышенную утомляемость у детей. Задержка роста была замечена у 55% детей, анемия — у 50%, и повышенная утомляемость — у 60% участников исследования.

Выводы. Исследование подчеркивает влияние социальных условий, включая образование родителей и сферу их занятости, на здоровье детей. Улучшение образовательных возможностей и экономических условий для семей может снизить уровень БЭН среди детей. Рекомендуется разработка и реализация социальных программ, направленных на улучшение доступа к качественному питанию и здравоохранению, что поможет уменьшить распространенность БЭН в регионе.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Шамсов Б.А.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Оценка эпидемиологии и идентификация основных факторов риска белково-энергетической недостаточности у детей до 5 лет жизни.

Материал и методы исследования. Исследование базировалось на анализе данных 250 детей, включая 150 детей из сельской местности и 100 из городской. Данные включали антропометрические измерения (вес, рост, окружность головы), демографические данные (возраст, пол), и социоэкономический статус семьи. Использование методов описательной статистики, корреляционный анализ и логистическая регрессия.

Расчеты включали средние значения, стандартные отклонения для количественных переменных и проценты для качественных переменных. Взаимосвязи между социоэкономическими переменными и БЭН оценивались через коэффициенты корреляции Пирсона и регрессионный анализ.

Результаты исследования. Выявлена значительная превалентность БЭН среди детей в г. Душанбе (37 на 1000 детей) и Хатлонской области (10 на 1000 детей). Анализ показал значимую связь между уровнем образования родителей и БЭН, указывая на более высокий риск развития БЭН у детей из семей с низким уровнем образования родителей.

Так на момент исследования возраст матерей составлял от 17 до 49 лет, более половина из них были в возрасте до 30 лет (57%).

Более 38% матерей имели неполное среднее образование, что коррелирует с высоким уровнем детской питательной недостаточности. Около двух третей опрошенных матерей не работали, что усиливает социальную уязвимость их семей. Наибольшее число работающих матерей (36,7%) было занято в аграрном секторе.

Исследование подтвердило, что социоэкономический статус, в частности уровень образования и занятость матерей, оказывают значительное влияние на здоровье и питательный статус детей до пяти лет.

Выводы. Данные указывают на критическую необходимость разработки и реализации целевых образовательных и социальных программ, направленных на улучшение условий жизни и повышение осведомленности о питании среди населения.

ЭФФЕКТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ БЭН У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Шамсов Б.А., Бекмурадов Б.Б.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Анализ эффективность образовательных программ, направленных на повышение осведомлённости родителей о правильном питании, как средства профилактики белково-энергетической недостаточности у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования. Исследование включало ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации 96 детей, госпитализированных с тяжёлой БЭН. Для повышения уровня знаний родителей были проведены образовательные сессии, охватывающие аспекты детского питания, гигиены и подходы к грудному вскармливанию. Обучение включало демонстрации приготовления прикормов и разработку индивидуальных питательных планов на основе местно доступных продуктов.

Результаты исследования и их обсуждение. Изначальный анализ показал, что только 36,7% матерей соблюдали исключительное грудное вскармливание до 6 месяцев. Большинство родителей начинали вводить прикорм ранее рекомендованного возраста, особенно в сельской местности.

Пост-обучающий мониторинг показал значительное улучшение в практиках вскармливания. Родители, прошедшие курс, успешно интегрировали знания о балансированном питании в ежедневное меню своих детей, что снизило рецидивы БЭН, которые наступил у 3 детей, тогда как среди детей матери которых не были охвачены обучением показатель рецидива заболевания за 6 месяцев

составила 18 случаев.

Выводы. Таким образом, результаты подтверждают необходимость интеграции таких программ в регулярные здравоохранительные практики, особенно в регионах с высоким уровнем БЭН. Это позволит не только снизить текущую заболеваемость, но и предотвратить будущие случаи недостаточности питания среди детской популяции.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Шарипова Н.А., Алишерова Н.А.

Кафедра детских болезней №1 именн профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Провели анализ эффективности антибактериальной терапии при врожденной пневмонии у новорожденных детей в соответствии с клиническими рекомендациями.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 новорожденных детей при ГУ МК «Истиклол». В родильном отделении с диагнозом врожденная пневмония. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации..

Результаты исследования и их обсуждение. Все новорожденные дети были разделены на 2 группы: 1 группа - доношенные дети (n=20), 2 группа – недоношенные (n=20). Масса детей из 1й группы составила от 2500 до 3900 граммов, из 2й группы - от 1800 до 2500 граммов. У всех матерей имел место отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. Состояние детей расценивалось как средней и тяжёлой степени тяжести за счет дыхательных расстройств, интоксикации и неврологической симптоматикой. Диагноз был подтвержден рентгенологически. При бактериологическом обследовании у 12% новорожденных превалировали Staphylococcus aureus, а у 2-х детей была выделена Klebsiella pneumonia.

Всем детям было назначено лечение врожденной пневмонии по протоколам т.е. назначены антибиотикотерапия по эмпирической схеме. У 50% детей стартовая терапия включала комбинацию защищенных пенициллинов и аминогликозидов: Ампициллин/сульбактам 2 раза в сутки в/м на 7-8дней) + амикацин/гентамицин 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней). У оставшейся половины комбинация включала аминогликозиды + макролиды: амикацин (в/м 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней) + азитромицин (1 раз в день peros на 5 дней). Как альтернативное лечение применялась схема: цефалоспорины 3 поколения + аминогликозиды: цефтазидим/цефтриаксон в/м 2 раза в день, курсом 7-10 дней + амикацин (в/м 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней). Критериями прекращения антибактериальной терапии при лечении врожденной пневмонии у наблюдаемых нами детей было улучшение общего состояние новорожденных, исчезновение дыхательных расстройств, купирование воспалительных изменений в общем анализе крови. приятным.

Выводы. Эффективность доказана проводимой антибактериальной терапии у новорожденных и недоношенных детей при врожденной пневмонии. Использованные схемы антибактериальной терапии соответствовали клиническим рекомендациям при лечении врожденной пневмонии у новорожденных детей. Осложнений и нежелательных эффектов проводимой антибактериальной терапии у новорожденных детей не установлено.

НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ СЕПСИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эфендиева М.З., Мехтиева С.А., Алиева А.М.

Научно-исследовательский институт педиатрии имени К.Фараджевой, Баку, Азербайджан

Высокая частота сепсиса у новорожденных (17-60%), высокая летальность при септическом шоке (40-50%), коренные изменения в его этиологической структуре за последние годы, развитие тяжелых осложнений, инвалидности; трудности, возникающие при нутритивной поддержке и др. обуславливают актуальность проблемы. Критическое состояние, возникающее при сепсисе, как правило, сопровождается изменениями метаболизма и возникновением гиперкатаболизма. На-

рушения обмена веществ играют ведущую роль в развитии системно-воспалительной, полиорганной недостаточности и негативно влияют на эффективность проводимого лечения при сепсисе. В связи с этим рациональное этиопатогенетическое лечение, применяемое при сепсисе, правильно организованное в сочетании с адекватной нутритивной поддержкой, позволяет новорожденному выйти из критической ситуации.

Цель исследования: оптимизация качества лечения путем организации рационального питания новорожденных с сепсисом.

Материал и методы исследования: в исследовании приняли участие 80 младенцев с диагнозом неонатальный сепсис. Из них было 20 доношенных детей, гестационный возраст которых составлял 38-41 неделю, и 60 недоношенных детей, гестационный возраст которых составлял 28-37 недель. Среди обследованных новорожденных с сепсисом 35 младенцев имели массу тела менее 2500 граммов - низкую массу тела (НМТ), а 15 младенцев имели массу тела более 1500 граммов - очень низкую массу тела (ОНМТ)

Результаты исследования и их обсуждение: в этиологической структуре сепсиса преобладают отрицательные бактерии (80%). Общее состояние младенцев с сепсисом оценивалось как тяжелое и очень тяжелое (80%). У 70% недоношенных детей развилась мультиорганная дисфункция. Естественная поддержка правильного питания осуществлялась следующими способами: энтеральное питание, капельным с помощью зонда (катетера) или парентеральным питанием. Энтеральное вскармливание грудничков, у которых выявлено тяжелое состояние, острая интоксикация, высокая температура, в течение нескольких дней было осуществлено с уменьшением общего объема пищи - физиологической нормы 2/3-1/2-1/3. На фоне стабилизации общего состояния малыши были переведены на грудное вскармливание. Для новорожденных с сепсисом в критическом состоянии, в том числе недоношенных, нутритивная поддержка проводилась при полном парентеральном питании (ППП). При парентеральном питании использовали глюкозо - солевые растворы, в качестве источника белка - аминокислотные растворы (4% инфезол), жировые эмульсии. Минеральные вещества, витамины вводились комплексно внутривенно. Состав и объем ППП был изменен в зависимости от общего состояния малыша, массы тела и результатов биохимических показателей (белок, альбумин, электролиты, глюкоза, остаточный азот, С-реактивный белок, коагулограмма, кислотно-основное соотношение и др.). Младенца после ППП перевели на энтеральное - "минимальное питание". Энтеральное питание назначали в тех случаях, когда в период "метаболической стабильности" не наблюдается рвота, тошнота и т. д. В питании новорожденных предпочтение отдавалось грудному молоку. При недостатке или отсутствии грудного молока новорожденных с сепсисом назначались адаптированные лечебные молочные смеси.

Выводы. Проведенные исследования показали, что правильно организованная нутритивно - метаболическая поддержка препятствует катаболизму белков при сепсисе, приводит к улучшению белково-энергетического обмена. Нутритивно - метаболическое лечение в целом позволяет значительно повысить выживаемость новорожденных при данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Юнусбаева М. Ш.

ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии" МЗ и СЗНРТ, г. Душанбе

Цель исследования. Определить возможности и преимущества метода ультразвуковой диагностики для выявления заболевание поджелудочной железы у детей с сахарным диабетом 1-го типа в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. Нами было проведено диагностическое ультразвуковое исследование поджелудочной железы у 25 детей, в возрасте от 3-10 лет, в условиях поликлиники. Дети были разделены на 2 группы. 1 группа (основная группа) 11 детей страдающими сахарным диабетом. 2 группа (контрольная группа) 14 детей страдающими панкреатитом. Ультразвуковое диагностическое исследование проводилось на диагностическом приборе фирмы Sono-Star (C200 Color Dopler Ultrasong System). Для оценки кровотока использовали доплеровский режим ЦДК (Цветное доплеровское картирование) со стандарт-

ными настройками, которые позволит оценить кровоток поджелудочной железы. При клиническом обследовании детей учитывали наличие жажды, снижение веса, чрезмерное выделение мочи(более 2-3 л в сутки), повышенная утомляемость, не способность концентрировать внимание. При учете лабораторных данных оценивали признаки повышения уровня сахара в крови натощак (более 6,1 ммоль/л).

Результаты исследования и их обсуждение. УЗИ исследования поджелудочной железы у больных с сахарным диабетом показал уменьшение в размерах поджелудочной железы при нормальной величине протока и повышение эхогенности ткани с уменьшением его зернистости. А оценки кровотока с доплеровским режимом ЦДК со стандартными настройкам, которые позволит оценить кровоток поджелудочной железы в 1 группу у 9 (36%) детей.

УЗИ исследование поджелудочной железы у больных с панкреатитом показал увеличение в размерах головки, тела и хвоста поджелудочной железы, со снижением эхогенности. А оценки кровотока с доплеровским режимом ЦДК со стандартныминастройками, который позволяет оценить кровоток поджелудочной железы, показало усиление васкуляризации в тканях поджелудочной железы, во 2 группе у 11 (44%) детей.

Выводы. Таким образом при сахарном диабете 1-го типа у детей наряду с другими диагностическими мерами УЗИ является достаточно информативным методом диагностики для оценки состояния органа и ткани поджелудочной железы, а также для выявления возможных осложнений, которые могут возникнуть в связи с этим заболеванием.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОФУРИЛ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Юнусбаева М.Ш., Гулмуродова М.Ш., Хасанова Н.Р.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»
ЦРБ г. Турсунзаде

Цель Исследования. Изучить эффективность препарата энтерофурил в комплексном лечении диарейных заболеваний у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. В амбулаторных условиях нами был анализирован результат эффективности препарата энтерофурил у 56 больных детей с различными диарейными заболеваниями легкой и среднетяжёлой степенью (тяжёлая степень заболевания подлежала госпитализации). Возраст детей в среднем от 1-го года до 4-х лет. В первую группу входило 30 детей, получивших препарат энтерофурил. Доза препарата энтерофурил в комплексном лечении диарейных заболеваний подбиралась строго индивидуально от возраста ребёнка. Детям от 1-2 лет - по 2.5 мл 4 раза в день (с интервалом 8 часов), разбавленный в тёплой воде до образования суспензии. Детям с 2-3 лет - по 5 мл 3 раза в день (с интервалом 8 часов в день), разбавленный в тёплой воде до образования суспензии.

Во 2 группе дети получили препарат креон. Дозирование препарата проводилось с учётом возраста ребёнка: детям от 1-го года и старше от ½ капсулы до 3-4 раза в день. Критериями оценки эффективности были нормализация стула, интоксикации и улучшение аппетита.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования лечения диареи у детей в обеих группах, различавшихся схемой лечения, показал различные эффекты.

Основным клиническим проявлением у всех пациентов был колитический синдром: частый жидкий стул, боли в животе, метеоризм, урчание в животе, а также появление в стуле слизи и крови. У всех детей наблюдался синдром интоксикации, который выражался нарушением аппетита, вялостью, уменьшением массы тела.

У всех больных в 1 группе, которые получили препарат энтерофурил, была отмечена положительная клиническая динамика уже в течении 24-48 часов. Улучшение состояние выражалось в виде появления аппетита, нормализации температуры тела и стула, спокойствие и прибавка в массе тела. Со стороны анализа крови – улучшение показателей форменных элементов (Н.В.L. СОЭ) ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, препарат энтерофурил является уникальным препаратом обладающим успокаивающим, бактерицидным, антипротозойным, спазмолитическим эффектом.

ИНДЕКС КОМОРБИДНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Шарипова М.М.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и структуру коморбидных состояний во взаимосвязи с типом сахарного диабета у детей.

Материал и методы исследования. В группу исследования включены 20 детей с СД 1 и 15 детей с СД 2 типа на фоне ожирения II – III ст., как ведущего клинического маркёра метаболического синдрома (МС). Возрастной диапазон варьировал от 1 года до 18 лет. Изучены особенности коморбидной патологии с определением индекса коморбидности по функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы (ССС), ЦНС, почек во взаимосвязи с гормонально-метаболическими показателями в различные периоды детства. Установлены факторы риска, влияющие на частоту и структуру коморбидной патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Определены частота и структура коморбидной патологии при СД 1 и 2 типов. Анализ патологии пациентов СД 1 типа выявил у > 60% ХБП с проявлениями хронического пиелонефрита (50%), врождённой и наследственной патологии органов мочевыделительной системы (40%) и диабетической нефропатии (ДН) у 20% детей. У большинства больных патология почек была сочетанного характера. 5 детей были до 3-х лет. Установлены ведущие предикторы нефропатологии у детей раннего возраста – отягощенная наследственность по патологии ОМС с прогрессирующим течением и ранним развитием ХБП на 1-2 году жизни с манифестацией патологии на фоне дебюта СД 1 типа с проявлениями кетоацидоза II–III степени. Подобная сочетанная коморбидность значительно затрудняла раннюю диагностику и ухудшала адекватность и эффективность интенсивной терапии вплоть до летального исхода. Результаты исследований позволяют расценить нефропатологию как высокий индекс коморбидности при СД 1 типа. В последующем по мере нарастания длительности СД (≥ 3-5 лет) у > 50% больных развились: кардиоваскулярная патология, полинейропатия, синдром мальабсорбции и ретинопатия I-II степени, нередко сочетанного характера. Изменения ССС характеризовались тахикардией, нарушением ритма, дисметаболической кардиопатией с проявлениями миокардиодистрофии (20%) и транзиторной АГ. Стабильная АГ в пределах 240/120 – 180/100 мм рт ст отмечалась у 20% больных с ДН (III - IV ст). Ведущими предикторами, ухудшающими уровень прогностических показателей, были: лабильное течение СД 1 типа со склонностью к частым коматозным состояниям, неудовлетворительный контроль гликемического статуса с высокими показателями Hb A1c (≥ 8,2) и ранняя дисфункция почечного кровотока. У 15 детей с СД 2 типа на фоне МС выявлено преимущественно преобладание девочек (n=12) пубертатного возраста. Структуру коморбидности с высоким уровнем неудовлетворительных прогностических показателей составили абдоминальный тип ожирения II–III ст., пубертат, дислипидемия и патология эндокринной системы. У >50% больных выявлены гормонально-метаболический дисбаланс с проявлениями гиперкортицизма (≥600 ммоль/л), гиперпролактинемии (≥900-1300ммоль/л) и дислипидемия, которые способствовали высокой частоте кардиоваскулярных нарушений, проявляющихся кадиалгией ишемического характера, дисметаболической кардиопатией с начальными признаками миокардиодистрофии, транзиторной АГ. У 3-х мальчиков с ранним пубертатом сформировалась гипертоническая болезнь (АД 200/120 – 170/90 мм рт ст), рефрактерная к антигипертензивным препаратам. Изменения ССС позволяют дифференцировать их как фактор омоложения возрастного ценза в будущем по социально-значимым заболеваниям – инфаркт миокарда, инсульт, АГ и атеросклероз. Серьёзную озабоченность вызывает низкое качество репродуктивного здоровья. У >50% девочек с СД 2 типа были отмечены нарушения менструального цикла, склонность к ациклическим кровотечениям и поликистоз яичников. У 8 девочек с СД 2 типа на фоне МС выявлена ассоциация с диффузной мастопатией и дисфункцией щитовидной железы (нетоксический зоб, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит). Основные компоненты МС (ожирение, гормонально-метаболический дисбаланс пубертатного периода) в ассоциации с эндокринной патологией оказывают прямое влияние на высокий индекс коморбидности при СД 2 типа, ухудшая прогностические показатели и исходы в фертильном возрасте.

Выводы. Высокий индекс коморбидности при СД 1 и 2 типов у детей отличается дифференцированными клиническими маркёрами. Широкий диапазон коморбидных состояний при СД у детей требует целенаправленных, организационных, лечебно-профилактических мероприятий с привлечением узких специалистов и повышение уровня информированности по данной проблеме.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинические и диагностические особенности хронической болезни почек у детей с исходом в хроническую почечную недостаточность.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинического течения патологии 45 детей с хронической болезнью почек (ХБП) в возрастном диапазоне от 3 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Длительность наблюдения составила от нескольких месяцев до 5 лет. Диагноз верифицирован на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных, отражающих функциональное состояние органов мочевыделительной системы (ОМС). Были использованы УЗИ, КТ и рентгенологические методы исследования, по результатам которых выявлено одностороннее сморщивание почек у 34 и двустороннее у 11 детей. I - II стадии ХБП были обнаружены у 55,6% (n=25), III стадия у 6,6% (n=3), IV стадия у 15,6% (n=7) и V стадия у 22,2% больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Основную структуру заболеваний и исходов в ХПН составили – хронический гломерулонефрит с рецидивирующим течением у 15 (33%), врождённые и наследственные заболевания почек у 10 (22%), хронический пиелонефрит (МКБ, рефлюкс-уропатии) у 13 (28%), диабетическая нефропатия у 6 (13%) больных. У 3-х пациентов преимущественно до 3-х лет ввиду ограниченности диагностических возможностей причина развития ХБП не установлена. Согласно анамнестическим данным у 20% детей дошкольного возраста выявлены отягощенная наследственность по патологии ОМС и артериальной гипертензии (АГ). Оценка возрастного фактора показала, что дети дошкольного возраста составили 3 больных, от 6 до 9 лет – 12 и 30 детей от 10 лет и старше. Приведенные данные свидетельствуют о том, что частота ХБП возрастала в старшей возрастной группе, т.е. у детей пре- и пубертатного периода (≥10 лет). У всех пациентов отмечено стойкое нарушение азотовыделительной функции, особенно на стадии уремии. Уровень мочевины был в пределах 14-20 ммоль/л, креатинина 600-1000 мкмоль/л и резкое снижение СКФ (≤ 30 мл/мин). Из-за тяжести состояния больные первоначально были госпитализированы в реанимационное отделение. Клинико-лабораторная симптоматика характеризовалась отсутствием манифестного начала и скудными изменениями мочевого синдрома, что значительно затрудняло своевременную диагностику данной патологии. Так у 31,1% (n=14) пациентов ХБП была выявлена случайно при УЗИ почек в возрасте до 10 лет. Симптомы ХБП либо не замечались, либо трактовались как проявления других заболеваний. Анализ клинических особенностей ХБП у детей позволил выявить ряд «клинических масок», явившихся основной причиной диагностических ошибок с неадекватной интерпретацией. Вместе с тем, нами отмечено разнообразие клинических маркёров, указывающих на патологию различных органов и систем. В большинстве случаев оценка состояния больных детей с ХБП на догоспитальном этапе чаще была неадекватной. Так, нефрогенная анемия (Hb < 90-70 г/л и ниже) у более 70% больных интерпретированы как анемия с наблюдением у педиатра и гематолога. Такие симптомы как задержка роста, жажда, гипостенурия и полиурия у 22% пациентов интерпретированы как эндокринная патология с наблюдением у эндокринолога. Изменения сердечно-сосудистой системы у 30% больных с проявлениями АГ, тахикардии и перикардита рассматривались как самостоятельное кардиологическое заболевание. Поздняя неадекватная диагностика и терапия при высоких цифрах АД (180/120 – 240/120 мм рт ст) нередко были причиной развития почечной эклампсии и инсульта у наблюдаемых нами больных. При осмотре были выявлены признаки выраженной интоксикации уремического генеза на фоне высоких значений

мочевины, креатинина и снижения СКФ. Проявления почечной энцефалопатии – головные боли, снижение памяти, успеваемости в школе, раздражительность были поводом для длительного наблюдения у невролога. Абдоминальная форма по типу «острый живот» нередко наблюдалась у больных с нефротическим синдромом и диагностировалась как острый аппендицит, кишечная непроходимость, требующие консультации хирурга. Результаты исследований свидетельствуют о разнонаправленности клинических маркёров ХБП, способствующих диагностическим ошибкам, поздней диагностике и неблагоприятным исходам нефропатологии.

Выводы. Повысить информированность семейных врачей, педиатров, эндокринологов по клиническим маркёрам ХБП в плане ранней диагностики и профилактики. Выделить группу высокого риска по нефропатологии и детей с систематическим контролем функционального состояния почек.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ

Янгибаева Б.У., Ҳокимова Ф.Г.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить функциональное состояние вегетативной нервной системы у детей с железодефицитной анемией в зависимости от тяжести.

Материал и методы исследования. Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы обследовано 94 ребенка с различной степенью тяжести ЖДА в возрасте от 6 месяцев до 12 лет и 32 практически здоровых ребенка контрольной группы такого же возраста. Дети были разделены на две группы в зависимости от возраста. I группу составили 54 больных с ЖДА различной степени тяжести в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, средний возраст которой составил 1,01±0,1 года. Во II группу вошли 40 детей с различной степенью тяжести ЖДА в возрасте от 3 до 12 лет, средний возраст которой составил 7,64±1,1 лет. Группу контроля составили 16 детей от 6 месяцев до 3 лет и 16 от 3 до 12 лет со средним возрастом 1,0±0,2 года и 6,8±0,4 лет соответственно.

Дети I и II групп сЖДА были разделены в зависимости от степени тяжести ЖДА в соответствии с критериями (ВОЗ, 2001). В I группу вошли 25 больных с легкой степенью тяжести заболевания (с уровнем гемоглобина 110-90 г/л), 14 со средней степенью ЖДА (с уровнем гемоглобина 90-70 г/л), 15 с тяжелой формой заболевания (уровнем гемоглобина <70 г/л). II группу составили: легкая степень ЖДА -22 больных, средняя степень ЖДА -10 и тяжелую степень 8 пациентов.

Обследование включало: изучение исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по анкете-опроснику А.М. Вейна в модификации Н.А.Белоконь ссоавт. (1987) и кардиоинтервалографии (КИТ) в положении лежа; вегетативной реактивности (ВР) по результатам КИТ с проведением клиноортостатической пробы (КОП); вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) по данным КОП.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке исходного функционального состояния вегетативной нервной системы в структуре ИВТ во II группе детей (3-12лет) с железодефицитной анемией в 1,7 раза чаще по сравнению с контрольной группой регистрировалась симпатикотония. При легком течении анемии симпатикотония встречалась у 22,7% детей, при среднетяжелой - у 30%, а при тяжелой - у большинства детей (62,5%). Эйтония преимущественно отмечалась у детей с легким течением анемии (59,1%), При анализе состояния ИВТ у детей I группы (6мес-3года) было установлено преобладание исходной симпатикотонии как у большинства детей с железодефицитной анемией (легкой, средней и тяжелой степени), так и у здоровых детей, что было обусловлено возрастными особенностями функционирования ВНС у детей раннего возраста. Наиболее информативным в оценке состояния вегетативной нервной системы у детей обеих групп был показатель вегетативной реактивности. Таким образом, у пациентов II группы (3-12 лет) с железодефицитной анемией установлена зависимость характера распределения вегетативной регуляции от тяжести заболевания. При этом с увеличением степени тяжести анемии от легкой до средней и тяжелой уменьшалось число детей с нормальной

ВР при сравнении с контрольной группой детей (52,9%; 22,7%; 20,0% и 12,5%, соответственно). В то же время увеличивалось количество детей с гиперсимпатикотонической вегетативной регуляцией. Число больных с гиперсимпатикотонической ВР у пациентов с легкой и средне-тяжелой формами заболеваний составило 68,2% и 70,0% соответственно.

Частота выявления асимпатикотонической вегетативной регуляции, свидетельствующей о возможном срыве функционирования сердечно-сосудистой системы, нарастала с увеличением степени тяжести анемии и составила с легкой железодефицитной анемией- 9,1%, со средне-тяжелой - 10,0%. В случаях тяжелого заболевания асимпатикотонническая ВР выявлялась в 2 раза чаще (25%) по сравнению с пациентами легкой железодефицитной анемией.

При оценке вегетативной реактивности у детей I группы с увеличением степени тяжести анемии достоверно увеличивалась доля детей с асимпатикотонической вегетативной реактивностью и уменьшалось количество пациентов с гиперсимпатикотонической ВР ($p<0,05$), что свидетельствует об уменьшении истощения адаптивных механизмов у детей раннего возраста с железодефицитной анемией легкой и средней степени и их истощении в случаях тяжелого течения заболевания.

В целом гиперсимпатико-тоническая вегетативная реактивность у всех детей I группы с железодефицитной анемией регистрировалась в 46,3%, что в 1,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой (31,3%). Частота нормальной реактивности вегетативной системы у детей с железодефицитной анемией отмечалась в 2 раза реже по сравнению со здоровыми ($p<0,05$). Так при тяжелой форме заболевания частота регистрации её составила 26,7%, при среднетяжелой форме (35,7%),а при легком течении (52,0%). При анализе параметров КИТ у детей I группы с железодефицитной анемией отмечалось увеличение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (AMoi) и индекса напряжения компенсаторных механизмов организма, уровня функционирования центрального контура регуляции ритма сердца (ИН,) при одновременном снижении дельта X_1, что также свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела ВНС.

Выводы:

1. Адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы у детей с ЖДА характеризуются стадийностью и зависят от степени тяжести заболевания.

2. Установлены признаки активации компенсаторных механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы: активация симпатической нервной системы, мобилизация центрального контура регуляции ритма сердца, ослабление парасимпатических влияний и гуморального канала регуляции ритма сердца, что подтверждается увеличением АМо, ИН, ВНР и увеличением доли детей с асимпатикотонической ВР.

3. Изменения вегетативной регуляции ритма сердца у детей с железодефицитной анемией, вероятно, в свою очередь, послужили причиной таких изменений как синусовая тахикардия, миграция водителя ритма, активация работы левого желудочка.