

Приложение к научному журналу №3  
«Здравоохранение Таджикистана»

Основан в 1933 г.

ISSN 0514-2415 (Print)



# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА

НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН  
HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно-медицинский рецензируемый журнал

[www.zdrav.tj](http://www.zdrav.tj)

№3  
2025

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҚТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН  
ҶАМЪИЯТИ ИЛМИИ ҶАРРОҲОН, АНЕСТЕЗИОЛОГҶО ВА РЕАНИМАТОЛОГҶОИ КӯДАКОНАИ  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ А.Т.ПУЛОДОВ

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ, АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ИМЕНИ А.Т. ПУЛАТОВА

---

**Маводҳои Конгресси илмӣ-амалии ҷамъияти илмии  
ҷарроҳон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои  
кӯдаконаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ба номи А.Т.Пулодов  
бо иштироки коршиносони байналмиллалӣ дар  
мавзӯи «ВОРИД НАМУДАНИ ТЕХНОЛОГИЯҶОИ  
ИННОВАТСИОНӢ ДАР ҶАРРОҲИИ КӯДАКОН  
ВА ПЕДИАТРИЯ»**

**Материалы научно-практического Конгресса  
научного общества детских хирургов, анестезиологов-  
реаниматологов Республики Таджикистан имени  
А.Т. Пулатова с участием международных экспертов  
на тему «ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ  
В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

**ЗАМИМА №3**

**ПРИЛОЖЕНИЕ №3**

**ХУДЖАНД - 2025**

## ШҶҰРОИ ТАҲҶРИРИЯ

**Абдуллозода Ҷ.А.** - д.и.т., профессор, Раиси Шӯрои тахририя

**Юсуфӣ С.Ч.** - д.и.ф., профессор, муовини раиси Шӯрои таҳририя

**Ибодзода Ҳ.И.** - д.и.т., профессор, муовини раиси Шӯрои таҳририя

**Икромӣ Т.Ш.** - д.и.т., профессор, муовини раиси Шӯрои таҳририя

**Махсудзода Фаррух** - сардори Раёсати тандурустии вилояти Суғд, муовини раиси Шӯрои таҳририя

**Абдусаматзода З.** - муовини Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Ашуриён Ш.С.** - сардори Раёсати таҳсилоти тибии фарматсевтӣ, сиёсати кадрҳо ва илми Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Ибодзода С.Т.** - ноиби Президенти «Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон»

**Кахори Муясара** - муовини раиси ш. Хуҷанд, Сарпарасти соҳаи тандурусти

**Собиров Хотам** – сармутахассиси раесати тандурустии вилояти Суғд оид ба хизматрасони ба кудакон

**Набиев З.Н.** - сардори Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳиддин Н.Д.** - Ректори МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

**Комили Илҳомчон Ҳакимзода** - директори шуъбаи муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъди дипломии кормандони соҳаи тандурустии ҷумҳурии Тоҷикистон» дар шаҳри Хучанди вилояти Сӯғд

**Муҳаббатзода Ч.Қ.** - Ректори МДТ Донишгоҳи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Убайдулло Абдулло** - Ректори МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон

**Воҳидов А.В.** - Президенти Ассотсиатсияи педиатрони Тоҷикистон

**Шарифзода Х.С.** - сардори Раёсати тандурустии шаҳри Душанбе

**Шарипов А.М.** - мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Комилов Фируз Мухторович** - сартабиби МД БКШ №1 ба номи Султон Урунов , хамохангсози муассисаҳои тандурустии ш. Хучанд

**Аҳмадҷонов Собирҷон** - раиси филиали Ҷамъияти илмӣи ҷаррохон, анестезиологҳо ва реаниматологҳои кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон ба номи Пулотов А.Т. дар вилояти Суғд

**Дехқонов Мухтор Қобилович** - сарчарроҳи ғайривоҳидии соҳаи чарроҳии кӯдаконаи вилояти Сӯғд

**Азизов Б.Қ.** - мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ Донишгоҳи таҳсилоти баъди-  
дипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Бадалов Ш.А.** - мудири шуъбаи ҷарроҳии кӯдаконаи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

**Сафедов Ф.Х.** - дотсенти кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Рофиев Р.Р.** - профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ Донишгоҳи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Умарова М.Н.** - мудири шуъбаи саратоншиносии кӯдаконаи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию саратоншиносӣ»

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Абдуллозода Дж.А.** – д.м.н., профессор, Председатель редакционной коллегии

**Юсуфи С.Дж.** – д.ф.н., профессор, заместитель председателя редакционной коллегии

**Ибодзода Х.И.** – д.м.н., профессор, заместитель председателя редакционной коллегии

**Икромӣ Т.Ш.** - .м.н., профессор, заместитель председателя редакционной коллегии

**Махсудзода Фаррух** - начальник Согдийского областного управления здравоохранения, заместитель председателя редакционной коллегии

**Абдусаматзода З.** - заместитель Министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Ашуриён Ш.С.** - начальник Управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Ибодзода С.Т.** - Вице-президент Национальной академии наук Таджикистана

**Кахори Муясара** - заместитель мэра города Худжанда, руководитель сектора здравоохранения

**Собиров Хотам** – главный специалист Согдийского областного управления здравоохранения по работе с детьми

**Набиев З.Н.** - начальник Управления организации медицинской помощи матерям и детям и регулирования семьи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Мухиддин Н.Д.** - ректор Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

**Комили Илхомчон Хакимзода** - директор департамента государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» в городе Худжанде Согдийской области

**Мухаббатзода Дж. К.** - ректор государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Убайдулло Абдулло** - ректор Хатлонского государственного медицинского университета

**Вохидов А.В.** - Президент Ассоциации педиатров Таджикистана

**Шарифзода Х.С.** - начальник отдела здравоохранения города Душанбе

**Шарипов А.М.** - заведующий кафедрой детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

**Комилов Фируз Мухторович** - главный врач ГУ ГКЦ №1 имени Султона Урунова, координатор учреждений здравоохранения города Худжанда

**Ахмадчонов Собирчон** - Председатель филиала Научного общества детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Республики Таджикистан имени Пулотова А.Т. в Согдийской области

**Дехконов Мухтор Кобирович** - Главный вневедомственный хирург детского хирургического отделения Согдийской области

**Азизов Б.Дж.** - заведующий кафедрой детской хирургии государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Бадалов Ш.А.** - заведующий отделением детской хирургии ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

**Сафедов Ф.Х.** - доцент кафедры детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

**Рофиев Р.Р.** - профессор кафедры детской хирургии государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Умарова М.Н.** - заведующий отделением детской онкологии ГУ «Республиканский научно-онкологический центр»



# СОДЕРЖАНИЕ

## ТЕЗИСЫ

|                                                                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Абдурахмонова Д.Р., Тошбоев Ш.О.</i><br>Построение диагностической модели у глубоко недоношенных детей .....                                                                                                                | 10 |
| <i>Абдурахмонова Д.Р., Тошбоев Ш.О.</i><br>Значение шкал оценки тяжести состояния в определении лечебной тактики у новорождённых с хирургической патологией.....                                                               | 10 |
| <i>Абуллаева Н.А., Кадирова М.Р., Бадалов И.И., Хучамова П.</i><br>Диагностика и лечения пневмоний у детей раннего возраста, протекающих на неблагоприятном преморбидном фоне .....                                            | 11 |
| <i>Н.А. Абуллаева, М.Р. Кадирова, А.К. Мачидзода</i><br>Хронический пиелонефрит у детей и применения иммуномодуляторов в терапии.....                                                                                          | 12 |
| <i>Абдуллоева М.А., Абдуллоева А.Х., Бакаева Н.А.</i><br>Синехии половых губ и воспалительные заболевания урогенитального тракта.....                                                                                          | 13 |
| <i>Абдусаматов Б.З, Салимов Ш.Т, Олланазаров Ж.О., Элмурадов Ш.Х.</i><br>Диагностика и результаты лечения аноректальных мальформаций у детей .....                                                                             | 14 |
| <i>Азизов А.А., Далер С., Бадалов Ш.А., Холниёзов Ш.Ф., Атоев И.К., Сохибов А.А.</i><br>Усовершенствование методов дренирования удвоенных лоханок и мочеточников на фоне уретероцеле у детей .....                             | 15 |
| <i>Азизов А.А., Далер С., Бадалов Ш.А., Холниёзов Ш.Ф., Атоев И.К., Сохибов А.А.</i><br>Оценка методов лечения эписпадии у детей.....                                                                                          | 16 |
| <i>Азимджанова Ф.А., Ризаева С.М.</i><br>Применение прямых композитных реставраций и керамических вкладок.....                                                                                                                 | 17 |
| <i>Али-заде Ш.Б.</i><br>Особенности профилактики дефицита витамина d у детей школьного возраста в разных странах .....                                                                                                         | 18 |
| <i>Али-заде Ш.Б.</i><br>Влияние витамина D на когнитивные функции .....                                                                                                                                                        | 19 |
| <i>АлишEROва Н.А.</i><br>Адаптация новорожденных, родившихся путем кесарева сечения.....                                                                                                                                       | 19 |
| <i>АлишEROва Н.А.</i><br>Факторы риска и частота встречаемости неонатальных судорог.....                                                                                                                                       | 20 |
| <i>АлишEROва Н.А., Мамаджанова Г.С.</i><br>Иммунный статус у часто болеющих детей.....                                                                                                                                         | 21 |
| <i>Аминова Ф.Н., Муллоев Ф.М., Атаханова Ф.И., Буриев Б.Б.</i><br>Патологическая желтуха у новорожденных: клинические наблюдения и подходы к лечению .....                                                                     | 21 |
| <i>Асадов С.К., Ибодзода Х.И., Рофиев Р.Р.</i><br>Вторично сморщивание почки у детей.....                                                                                                                                      | 22 |
| <i>Асадуллоев А.Л., Яхёев Н.А., З.Х. Усмонов З.Х., Каримов И.В., Сидиков Р.С., Розиков В.Ш.</i><br>Наш опыт пластических операций ожоговых ран и ликвидации последствий ожогов у детей ....                                    | 24 |
| <i>АскарОВ Д.А., СаттарОВ Ж.Б.</i><br>Спаечная кишечная непроходимость как следствие перенесённого перитонита у детей.....                                                                                                     | 25 |
| <i>Атаханова Ф.И., Муллоев Ф. М., Буриев Б.Б., Буриева Р.Р., Каримов К.К.</i><br>Клинико–этиологическая характеристика атопической бронхиальной астмы у детей в городе Худжанде Согдийской области Республики Таджикистан..... | 26 |
| <i>Атоев И.К., Бадалов Ш.А., Далер С., Холниёзов Ш.Ф., Сохибов А. А.</i><br>Коррекция методов диагностики и хирургического лечения рефлюксирующего мегауретера у детей .....                                                   | 27 |

|                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Штатнов М.К., Толасов К.Р., Турищев И.В.</i>                                                                                             |    |
| Анестезия в стационаре кратковременного пребывания у детей.....                                                                                                          | 28 |
| <i>Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Смирнов Г.В., Романюк Т.И.</i>                                                                                                             |    |
| Нутритивная поддержка при деструктивной пневмонии у детей .....                                                                                                          | 29 |
| <i>Бабаева Л.А., Разокова К.Р., Ашурова Н.П.</i>                                                                                                                         |    |
| Патогенетическая терапия синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста .....                                                                                 | 29 |
| <i>Бабаева Л.А., Гиёсов А.А.</i>                                                                                                                                         |    |
| Опыт лечения нефрогенной анемии у детей.....                                                                                                                             | 31 |
| <i>Бадалова З.А.</i>                                                                                                                                                     |    |
| Клинико-диагностические аспекты эмфиземы лёгких как осложнение посткоревой пневмонии у детей .....                                                                       | 32 |
| <i>Гуриев Х.Ч., Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Махмадалиев А.А.</i>                                                                                                       |    |
| Хирургические методы коррекции болезни Гиршпрунга у детей.....                                                                                                           | 33 |
| <i>Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т.</i>                                                                                                                                    |    |
| Изменение показателей малого круга кровообращения у детей с сочетанным эхинококкозом.....                                                                                | 34 |
| <i>Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Самадов С.Дж.</i>                                                                                                                     |    |
| Диагностика и тактика лечения кисты поджелудочной железы у детей.....                                                                                                    | 35 |
| <i>Давлатова Дж.Дж.</i>                                                                                                                                                  |    |
| Оценка охвата иммунизацией среди детского населения г. Душанбе .....                                                                                                     | 36 |
| <i>Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Нодиров Н.Х., Абдувахобов Ф.Б.</i>                                                                                                    |    |
| Лечение долихосигма у детей .....                                                                                                                                        | 37 |
| <i>Дехканов М.К., Ахмеджанов С.А., Ташпулатов Б.К., Хомидов Н.Н.</i>                                                                                                     |    |
| Лечение инвагинации кишечника у детей.....                                                                                                                               | 38 |
| <i>Ибодзода Х.И., Байгереев Р.М., Кусманова Э.К.</i>                                                                                                                     |    |
| Опыт применения капсульной эндоскопии у детей .....                                                                                                                      | 39 |
| <i>Ибодзода Х.И., Ибодова Г.Х., Орипов М.А., Икром Т.Ш., Рофиев Р.Р.</i>                                                                                                 |    |
| Ультразвуковая диагностика прорыва нагноившихся эхинококковых кист в плевральную полость у детей.....                                                                    | 41 |
| <i>Ибодов Х.И., Яхшибекова Ш.Э., Рофиев Р.Р., Икромов Т.Ш., Давлатов А.Р.</i>                                                                                            |    |
| Рентгенологическая диагностика аноректальной малформации у новорожденных .....                                                                                           | 42 |
| <i>Ибодзода Х.И., Рофиев Р.Р., Давлатов А.Р., Икром Т.Ш., Самадов С.Дж.</i>                                                                                              |    |
| Лечения врожденного пилоростеноза у детей .....                                                                                                                          | 44 |
| <i>Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М.</i>                                                                                                                                      |    |
| Результаты лечения гипоспадии у детей .....                                                                                                                              | 45 |
| <i>Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М.</i>                                                                                                                                      |    |
| Морфологические изменения при буккальной гипоспадии у детей.....                                                                                                         | 45 |
| <i>Ибрагимов Э. К., Ибрагимов К. Н., Ахмедов Ю. М.</i>                                                                                                                   |    |
| Лечение задней формы гипоспадии у детей .....                                                                                                                            | 47 |
| <i>Икром Т.Ш., Абдулалиев А., Саломов А.К., Ходжаева Дж.К.</i>                                                                                                           |    |
| Профилактика послеоперационной пневмонии у детей с эхинококкэктомии легких .....                                                                                         | 48 |
| <i>Икром Т.Ш., Хасанзода С.Х.</i>                                                                                                                                        |    |
| Обучения и формирование навыков правильного питания подростков школьников .....                                                                                          | 49 |
| <i>Т.Ш. Икром, С.Х. Хасанзода</i>                                                                                                                                        |    |
| Диагностика инфекций мочевой системы у подростков школьников .....                                                                                                       | 50 |
| <i>Исмаилов Р.А., Тошбоев Ш.О., Абдурахмонова Д.Р.</i>                                                                                                                   |    |
| Сравнительная информативность шкал COMFORT, NIPS и CHEOPS в оценке боли у новорождённых после хирургической коррекции врождённых пороков желудочно-кишечного тракта..... | 51 |

*Ишмирзоев Дж.Р.*

Клинические особенности течения нарушений возбудимости сердца в педиатрической практике ..... 52

*Кабилова Б.Х., Нажмиддинова Д.Д., Зарифова П.*

Факторы риска рождения и ранний период адаптации поздних недоношенных детей ..... 53

*Кабилова Б.Х., Зарипова М.Д.*

Факторы риска развития инфекций при выхаживании глубоко недоношенных новорожденных ..... 53

*Кабилова Б.Х., Хотамова Ш.*

Ранняя диагностика нарушений слуха у новорожденных методом аудиологического скрининга ..... 54

*Кадыров М.А.*

Особенности клинического течения и факторы риска аритмий у детей первого года жизни ..... 55

*Касымова Ф., Раджабов Ф.А., Хазраткулов Ш.Э., Умедов А.С.*

Предоперационная подготовка у детей с врожденными пороками лица и неба ..... 56

*Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Корохонов А.Т., Фарозов Х.А., Холов К.А.*

Опыт лечения острого гематогенного остеомиелита шейки бедренной кости у детей ..... 57

*Кузибаева Н.К., Сатторова А.П.*

Влияние сопутствующей патологии на состояние здоровья детей с врожденными пороками сердца ..... 58

*Курбонов С., Кодирова Ф.Р., Асанбекова С.Х.*

Морфологические особенности слизистой оболочки матки и маточных труб у женщин репродуктивного возраста ..... 59

*Курбанов Д.Д., Азизов М.К.*

Сравнительная эффективность хирургических вмешательств при лечении гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей ..... 61

*Курбанов Д.Д., Азизов М.К.*

Миниинвазивные технологии в лечении острых кистозных образованиях органов брюшной полости у детей ..... 62

*Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Додочонов Ю.Т., Абдулов Ф.У., Шарипов Х.В.*

Влияние нестероидных противовоспалительных средств на гастродуоденальную слизистую оболочку у детей ..... 63

*Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Козизода М.Х., Рахмонов Б.Я., Умедов А.С.*

Респираторная поддержка при эхинококкозе лёгкого у детей ..... 64

*Мамаджанова Г.С.*

Факторы высокого риска способствующие рождению детей с перинатальной патологией ..... 65

*Мамаджанова Г.С.*

Заболевания носоглотки у детей раннего возраста ..... 66

*Махмаджонов Д.М., Атоев И.К., Бадалов Ш.А.*

Пороки развитие верхних мочевых путей как причины камнеобразования у детей ..... 67

*Махмаджонов Д.М., Муслимов К.М.*

Некоторые вопросы причины факторов и профилактики мочекаменной болезни у детей ..... 68

*Миров Н.Б., Хамиджанов Э.Х., Нумонзода Ш., Исходжонзода Н., Хомиджонов Б.Э.*

К осложнениям меккелев дивертикула у детей ..... 70

*Миров Н.Б., Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Дж.Э., Юсупов Х. Г., Нумонзода Ш.*

К оказанию специализированной помощи детям с уролитиазом в условиях районной больницы ..... 71

*Мухаммаднабиева Ф.А., Исмаилов К.И., Табарийн Б.С., Давлатова С.Н.*

Положительный гематологический ответ на применение препарата «Вайдаза» при миелодиспластическом синдроме у детей ..... 73

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Наврузкулова Ш.Ф.</i>                                                                                                                                               |    |
| D-витаминный статус у детей с ожирением .....                                                                                                                          | 73 |
| <i>Наврузкулова Ш.Ф.</i>                                                                                                                                               |    |
| Сравнительная характеристика гемограмм доношенных и поздних недоношенных детей.....                                                                                    | 74 |
| <i>Наджмидинова Д.Дж.</i>                                                                                                                                              |    |
| Особенности течения лёгочной гипертензии в раннем адаптационном периоде у новорождённых .....                                                                          | 75 |
| <i>Наджмидинова Д.Дж.</i>                                                                                                                                              |    |
| Роль перинатальных факторов в развитии неонатальных инфекций.....                                                                                                      | 76 |
| <i>Назаров Н.Н.</i>                                                                                                                                                    |    |
| Антигельминтная терапия при эхинококкозе у детей.....                                                                                                                  | 76 |
| <i>Назаров Н.Н., Якубов Э.А., Дусалиев Ф.М., Хуррамов Ф.М.</i>                                                                                                         |    |
| Компьютерная диагностика хронических запоров у детей.....                                                                                                              | 77 |
| <i>Насридинова Н.Н.</i>                                                                                                                                                |    |
| Оценка состояния здоровья детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения .....                                                                          | 78 |
| <i>Одинаев М.Ш., Ибодов Х.И., Артыков К.П., Гмонов Д.М.</i>                                                                                                            |    |
| Реплантация крупных сегментов у детей в условиях жаркого климата.....                                                                                                  | 79 |
| <i>Одинаев М.Ш., Ибодзода Х.И., Азизов Б.Дж., Нигмонов Д.М., Махкамова Х.О.</i>                                                                                        |    |
| Диагностика и лечение синдрома верхней грудной апертуры у детей (синдром передней лестничной мышцы).....                                                               | 80 |
| <i>Оразалинов А.Ж., Ибодзода Х.И., Хамитов М. К.</i>                                                                                                                   |    |
| Оптимизация диагностики и лечения хронических запоров у детей .....                                                                                                    | 81 |
| <i>Орипов А.Ф., Орипов М.А., Облокулов Х., Муллоджонов А.</i>                                                                                                          |    |
| Клинический случай острого гангренозно-перфоративного аппендицита с разлитой гнойной перитонитом и странгуляционной кишечной непроходимостью у ребёнка 4 месяцев ..... | 82 |
| <i>Орипов А.Ф., Орипов М.А., Облокулов Х., Муллоджонов А., Миргафуров Т.</i>                                                                                           |    |
| Применение мочеточникового стента при обструктивных патологиях мочевыводящих путей у детей .....                                                                       | 83 |
| <i>Орипов А.Ф., Облокулов Х.Б., Орипов М.А., Муллоджонов А., Марупов А., Маъмуров Ф., Миргафуров Т., Фозилов К.</i>                                                    |    |
| Применение дорзальной мини-люмботомии при сужениях лоханочно-мочеточникового сегмента у детей раннего возраста.....                                                    | 84 |
| <i>Раупова Р.И., Нигорова Ё.Г., Муллоев Ф.М., Каримов К.К.</i>                                                                                                         |    |
| Частота и основные факторы риска формирования врожденных пороков сердца у детей по данным кардиоревматологического отделения ДОКБ г. Худжанда .....                    | 85 |
| <i>Рахматова Р.А., Давлатзода Б.Х., Аввалов Ш., Сафоев С.</i>                                                                                                          |    |
| Изменения кислотно-основного состояния при тяжелой черепно-мозговой травме у детей .....                                                                               | 86 |
| <i>Сайдалиев С.С., Хайдаров Н.С.</i>                                                                                                                                   |    |
| Профилактика спаечной болезни у детей.....                                                                                                                             | 87 |
| <i>Саломов А.К., Икромов П.Б., Абдулалиев А., Иброхимзода А.</i>                                                                                                       |    |
| Профилактика обтурации трахео-бронхиального дерева во время операции с заболеваниями легких у детей .....                                                              | 88 |
| <i>Саттаров Ж.Б., Бобоев М.Ш.</i>                                                                                                                                      |    |
| Редкая врождённая патология кистозного удвоения желудка у детей.....                                                                                                   | 89 |
| <i>Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н.С., Сайдалиев С.С., Сапохонов Х.С.</i>                                                                                                    |    |
| Выбор лечебной тактики при спаечная кишечная непроходимость у детей .....                                                                                              | 89 |
| <i>Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н.С.</i>                                                                                                                                    |    |
| Лапароскопическое лечение спаечной болезни органов брюшной полости у детей.....                                                                                        | 91 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н.С.</i> Лапароскопия в диагностике и лечении спаечного процесса в брюшной полости у детей.....                                                                                                                                                     | 91  |
| <i>Сафедов Ф.Х., Холниёзов Ш.Ф.</i> Хирургические коррекции при дистопии мочеточников в дивертикул мочевого пузыря у детей.....                                                                                                                                                | 92  |
| <i>Сафедов Ф.Х., Каримова М.К., Атоев И.К., Холниёзов Ш.Ф., Далери С.</i> Трансуретральная литотрипсия мочевого пузыря и мочеточника у детей.....                                                                                                                              | 93  |
| <i>Таишулатов Б.К., Дехканов М.К., Аминов Н.Ф., Хамидов Н.Н., Таишулатов Д.Б.</i> Оперативное лечение дистальных форм гипоспадии у детей .....                                                                                                                                 | 94  |
| <i>Таишулатов Б.К., Дехканов М.К., Алимов Р.И., Таишулатов Д.Б., Масаидов Д.М.</i> Перекрут яичка у детей .....                                                                                                                                                                | 95  |
| <i>Тошбоев Ш.О., Абдурахмонова Д.Р.</i> Интегрированный подход к мониторингу и прогнозированию исходов у новорождённых в критическом состоянии.....                                                                                                                            | 96  |
| <i>Тошбоев Ш.О., Абдурахмонова Д.Р.</i> Этапный подход к интенсивной терапии новорождённых с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта.....                                                                                                                     | 96  |
| <i>Тошбоев Ш.О., Абдурахмонова Д.Р.</i> Значение морфологических критериев в прогнозировании исходов критических состояний у новорождённых с хирургической патологией.....                                                                                                     | 97  |
| <i>Файзиев С.Т., Буриев Б.Б., Аминова Ф.Н.</i> Неонатальная ишемическая нефропатия как форма острого повреждения почек: клинико-лабораторная характеристика и результаты лечения.....                                                                                          | 98  |
| <i>Файзулов Д.А., Бадалов Ш.А.</i> Комплексное лечение гемангиом у детей.....                                                                                                                                                                                                  | 99  |
| <i>Фарзонаи Эмомали., З.Н. Набиев</i> Оценки медико-социальной помощи детскому населению в условиях ЦЗ г. Душанбе .....                                                                                                                                                        | 100 |
| <i>Хабибов И.М., Хомидов Ш.А., Исматуллоев Х.М., Нурзода Н.Н.</i> Определение факторов риска формирования врожденных пороков развития центральной нервной системы у детей.....                                                                                                 | 101 |
| <i>Хабибов И.М., Хомидов Ш.А., Исматуллоев Х.М., Нурзода Н.Н.</i> Частота врожденных пороков центральной нервной системы в Республике Таджикистан .....                                                                                                                        | 102 |
| <i>Хамиджанов Э.Х., Мирон Н.Б., Алиджонова Г.Г., Турдалиева Дж.Э., Хомиджонов Б.Э.</i> К роли семейного врача, семейной медицинской сестры в диагностике и в профилактике осложнений детских хирургических заболеваний.....                                                    | 103 |
| <i>Хамраев А.Ж., Файзуллаев Ф.С.</i> Тактика лечения геморроя в детском возрасте .....                                                                                                                                                                                         | 104 |
| <i>Хасанова М. И., Хакимова Р. А., Собиров Х. Р., Обидов Р.Ш.</i> Эффективность применения препарата Октагам при нейроинфекциях у детей.....                                                                                                                                   | 105 |
| <i>Холниёзов Ш.Ф., Далери С.</i> Выбор методов лечения при пузырно-почечном рефлюксе у детей.....                                                                                                                                                                              | 107 |
| <i>Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Юсупов Б.Х., Додочонов Ю.Т.</i> Бужирование как один из способов коррекции рубцовых сужений пищевода у детского населения .....                                                                                                               | 108 |
| <i>Шарипов А.М., Шерназаров И.Б., Мазабшоев С.А., Рахмонов Ш.Ч., Бобоев Т.Х., Шарипов П.Ш., Гуриев Х.Ч., Манонов Н.М., Махмадалиев А.А.</i> Оптимальный оперативный доступ в лечении врожденного гипертрофического пилоростеноза у новорожденных и детей раннего возраста..... | 109 |
| <i>Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Бобоев Т.Х., Сатторов А.М., Шарипов П.Ш.</i> Применение заднесагитального доступа при аноректальных мальформациях у новорождённых и детей грудного возраста .....                                                                          | 110 |

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Эргашев Н.Ш., Умаров К.М., Насыров М.М., Сёмаи К.О., Джанбеков Т.А.</i>                                                  |     |
| Генитальные аномалии при персистирующей клоаке у девочек.....                                                               | 112 |
| <i>Якубов С.Я., Ахмеджонов С.А., Каримов И.В., Марупов Н.Я., Марупов Я.С., Сохибназаров Ф.А., Асадуллоев А.Л.</i>           |     |
| Лечебная тактика при инородных телах пищеварительного тракта у детей.....                                                   | 113 |
| <i>Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш., Бобокулов И.Х., Йокубов А.А.</i>                                                              |     |
| Холедохоцеле у детей.....                                                                                                   | 114 |
| <i>Абдибеков М.И., Шолахов Ж.Ж., Дадаев М.П.</i>                                                                            |     |
| Особенности каудальной анестезии с использованием УЗИ-контроля при урологических операциях у детей.....                     | 115 |
| <i>Бабаева Л.А., Муродов Г.З.</i>                                                                                           |     |
| Современные подходы к лечению фосфат-диабета у детей.....                                                                   | 116 |
| <i>Давлатова С.Н., Шарипова М.М., Сафарова О.З., Тагоева Н.Н.</i>                                                           |     |
| Особенности течения желтушного синдрома, развившегося на фоне различной патологии у новорождённых детей .....               | 117 |
| <i>Давлатова С.Н., Султонбеков Н.С., Ходжаева Н.Н., Хасанова Ю.Э.</i>                                                       |     |
| Особенности течения пневмоцистной пневмонии у новорождённых .....                                                           | 118 |
| <i>Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш.</i>                                                                                   |     |
| Гипо-апластическое состояние кроветворения у детей: от патогенеза к клинической практике .....                              | 120 |
| <i>Джобирова Ш.Н.</i>                                                                                                       |     |
| Показателей внутрибрюшного давления в оценке тяжести состояния пациентов с перитонитом .....                                | 121 |
| <i>Икромов Ф.А., Икромова Ф.А., Мамаджанов И.Х.</i>                                                                         |     |
| Эффективность ингаляционных методов лечения бронхообструктивного синдрома у детей.....                                      | 122 |
| <i>Икромов Ф.А., Икромова Ф.А., Абдуллоева М.А., Нигорова Ё.Г.</i>                                                          |     |
| Синдром Картагенера: клинический случай .....                                                                               | 123 |
| <i>Музаффаров Ш.С.</i>                                                                                                      |     |
| Нарушения ионного гомеостаза у поздних недоношенных новорождённых, страдающих от специфических внутриутробных инфекций..... | 125 |
| <i>Рахимов Ф.С., Рахматова Р.А., Рахматова Н.А.</i>                                                                         |     |
| Внутри желудочковых кровоизлияний в неонатальном периоде и влияющие факторы риска ....                                      | 126 |
| <i>Рахматова Р.А., Иброхимова Р.К., Касымова Ф.</i>                                                                         |     |
| Особенности периода реабилитации больных с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области.....                      | 127 |
| <i>Рахматова Р.А., Иброхимова Р.К., Касымова Ф.</i>                                                                         |     |
| Послеоперационная эпидуральная анальгезия у больных с сочетанной травмой .....                                              | 128 |
| <i>Рахматова Р.А., Кодиров А.Р., Икромов Т.Ш., Набиев З.Н.</i>                                                              |     |
| Общие принципы интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете у детей .....                                  | 129 |
| <i>Таджибаева З.А., Зиёева Ш.К., Файзуллоев Ф.А.</i>                                                                        |     |
| Врожденные пороки сердца у детей: тетрада Фалло.....                                                                        | 130 |
| <i>Ходжаева Н.Н., Курбонов Ч.И., Кахоров З.З., Файзуллоев Ф.А.</i>                                                          |     |
| Современные методы диагностики ювенильного ревматоидного артрита .....                                                      | 131 |
| <i>Шарипова М.М., Рахмонов Ш.Х., Муминова Н.Н., Мирзоев М.Н.</i>                                                            |     |
| Применение карбоцистеина при обструктивном бронхите у детей.....                                                            | 132 |

## ПОСТРОЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Д.Р. Абдурахмонова, Ш.О. Тошбоев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель.** Целью работы явилось построение диагностической модели, включающей клинико-лабораторные, инструментальные показатели, позволяющей прогнозировать динамику тяжёлого состояния и вероятность летального исхода в раннем неонатальном периоде у глубоко недоношенных детей.

**Материал и методы.** В исследование были включены 41 ребёнок, разделённые на три группы: выжившие с благоприятным течением ( $n=24$ ), выжившие в тяжёлом состоянии ( $n=9$ ) и умершие в ОРИТ ( $n=8$ ). Оценка тяжести состояния проводилась по шкале NEOMOD в динамике на 1-е, 3-и и 7-е сутки жизни. Наряду с клиническим обследованием выполнялись лабораторные анализы (общий анализ крови, биохимические показатели, уровни ИЛ-6, ИЛ-8, VEGF), исследование эндотелиальной функции методом вейвлет-анализа колебаний кожной температуры. Для создания модели риска применялся множественный регрессионный анализ и ROC-анализ для оценки качества прогноза.

**Результаты** показали, что тяжесть состояния по шкале NEOMOD достоверно коррелировала с рядом маркеров уже в первые трое суток жизни. Так, уровень ИЛ-8 выше 124,3 пг/мл в 1-е сутки был связан с высоким риском летального исхода (чувствительность 87,5%, специфичность 80,6%). На 3-и сутки значимыми предикторами являлись снижение

эритроцитов ( $r=-0,712$ ;  $p<0,001$ ), гемоглобина ( $r=-0,711$ ;  $p<0,001$ ) и повышение лактата ( $r=0,804$ ;  $p<0,001$ ). На 7-е сутки к числу прогностически значимых показателей относились концентрация VEGF ( $r=-0,480$ ;  $p=0,0020$ ), уровень ИЛ-6 ( $r=0,525$ ;  $p=0,0006$ ), ИЛ-8 ( $r=0,627$ ;  $p<0,0001$ ), а также показатели эндотелиальной дисфункции по ВАКТ ( $p=0,0489$ ). Построенные уравнения множественной регрессии позволили сформировать «Модель риска», которая дифференцирует новорождённых с высокой точностью: AUC ROC составила более 0,8, что указывает на высокое качество прогноза. Анализ выживаемости по методу Каплана – Мейера подтвердил, что дети с высоким уровнем ИЛ-8 имели значительно меньшую вероятность благоприятного исхода ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, комплексный подход, включающий раннюю оценку цитокинов, показателей эндотелиальной дисфункции, в сочетании с клиническими шкалами тяжести, обеспечивает высокую прогностическую точность и позволяет формировать группу риска уже на 1 – 3 сутки жизни. Внедрение предложенной модели в практику отделений реанимации и интенсивной терапии может способствовать снижению летальности за счёт своевременно проведенной интенсивной терапии у глубоко недоношенных новорождённых.

## ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Д.Р. Абдурахмонова, Ш.О. Тошбоев

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель.** Оценить тяжесть состояния у новорождённых с тяжёлыми врождёнными

пороками развития на основе клинических, лабораторных и морфологических данных и

разработать балльную шкалу для прогнозирования исходов и оптимизации интенсивной терапии.

**Материалы и методы.** В исследование включены 509 новорождённых с тяжёлой врождённой хирургической патологией (атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, гастрошизис, пороки развития кишечника и др.). Из них 379 составили основную группу. Проведён ретроспективный анализ (2005–2019 гг.) и проспективный анализ (2020–2024 гг.). Сравнивались существующие шкалы (MODS, APACHE, SAPS, SOFA, CRIB, SNAP и др.), а также разработана новая балльная шкала оценки органной недостаточности. Для статистической обработки использовались коэффициент корреляции Спирмена, ROC-анализ и многомерные методы оценки.

**Результаты.** Разработанная шкала продемонстрировала высокую чувствительность и специфичность в оценке органной недостаточности и прогнозировании исходов. Установлена сильная корреляция между суммой баллов и летальностью ( $R=0,79$ ;  $p<0,005$ ). Так, при 8 – 10 баллах летальность составила 15,4%, при

11 – 15 баллах – 100%. Наиболее значимыми факторами риска оказались нарушения дыхания и кровообращения, инфекционные осложнения и развитие полиорганной недостаточности. В проспективный период летальность у детей с атрезией пищевода снизилась в 2,8 раза ( $p<0,001$ ), при диафрагмальной грыже – в 2,9 раза. Применение деэскалационной антибактериальной терапии, иммуноглобулинов и методов раннего выявления инфекции повысило эффективность лечения.

**Выводы.** Специально разработанная балльная шкала является надёжным и клинически значимым инструментом оценки тяжести состояния новорождённых с хирургической патологией. Она позволяет объективно прогнозировать исходы, своевременно корректировать терапию и снижать показатели летальности. Внедрение данной шкалы в практику отделений реанимации новорождённых должно рассматриваться как важный шаг в повышении эффективности интенсивной терапии у детей с тяжёлыми врождёнными пороками развития.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОТЕКАЮЩИХ НА НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

Н.А. Абуллаева, М.Р. Кадирова, И.И. Бадалов, П. Хучамова

ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» кафедра пропедевтики детских болезней. Государственное учреждение «Комплекс здоровья «Истиклол».г.Душанбе.

**Цель.** Изучить основные принципы лечения острых пневмоний у детей раннего возраста, протекающих на неблагоприятном фоне.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ 75 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 2 лет, находящихся на стационарном лечении в Государственном учреждении «Комплекса здоровья «Истиклол» детском пульмонологическом отделении с 2024 по 2025 гг. Детей до 1 года было 41,3% (31 больной), старше 1 года 58,7% (44 больных). Диагностика основывалась на комплексе клиника- лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии слу-

жила оценочным критерием эффективности лечения. Принимались во внимания: анамнез, клинические показатели исследования (общий анализ мочи, кала, периферический анализ крови, биохимический анализ крови), рентгенограмма органов грудной клетки.

**Результаты.** У всех детей при поступлении в стационар отмечалось тяжёлое состояние, связанное с выраженными явлениями токсикоза, ярко выраженной дыхательной недостаточностью I-II степени и умеренной сердечно-сосудистой недостаточностью. Для восстановления проходимости дыхательных путей этим детям проводилась: а) оксигеноте-



рапия увлажнённым  $O_2$  через носовые катетеры в течение от 1 до 4 дней; б) искусственная вентиляция лёгких проводилась 4 детям до 6 месяцев (12,%) в течение 1-2 дней; в) ингаляция препаратами с муколитическим действием (отваром трав, АЦЦ, 2% Лазолваном, содой), бронхолитическим действием (небутамол) в течение 5-7 дней, а также назначались спазмолитические препараты (эуфиллин 2,4% 3-5-10 мг/кг массы тела в сутки внутри вено) для снятия бронхоспазма. При назначении антибиотиков предпочтение отдавалось препаратам широкого спектра действия (Пенициллин натриевая соль 50 тыс ед. каждый 6 часов в/в в сутки, Ампициллин 50 тыс ед. каждый 6 часов в/в, Цефтриаксон по 80 мг/кг в сутки в/в, Цефазолин по 80 мг/кг в сутки в/в, Гентамицин 7,5 мг/кг в/в в сутки). В 20% случаев (15 больных) назначались 2 антибиотика в комбинации, продолжительность антибиотикотерапии составляла в среднем 10-12 дней. С дезинтоксикационной целью мы применя-

ли: а) Оральную регидратацию всем детям. б) В/в капельное введение раствор Глюкозы 5% + Калий хлор 4%, Реосорбилакт из расчета 20-30 мл/кг массы тела. Сердечно-сосудистая недостаточность купировалась введением сердечных гликозидов: строфантин 0,05% 0,1 мл на год жизни, коргликон 0,06% 0,1 мл на год жизни, дигоксин 0,075 мкг/кг массы тела в сутки в течение 3 дней (доза насыщения), затем поддерживающая доза 1/5 от дозы насыщения в 2 приёма. Допамин 5 мкг/кг массы тела в час в/в капельно.

**Выводы.** Таким образом, тяжесть течения пневмоний у детей раннего возраста напрямую зависят не только от возраста ребёнка, но и от наличия при этом ряда сопутствующих заболеваний, таких как гипотрофия, рахит, анемия, изменения со стороны ЦНС в виде гипоксически-ишемических состояний, которые усугубляют течение основного заболевания и могут отрицательно повлиять на течение пневмонии.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ И ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ТЕРАПИИ

Н.А. Абуллаева, М.Р. Кадилова, А.К. Мачидзода

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» Душанбе, Таджикистан

**Цель работы.** Использование иммунокорректирующих препаратов в лечении хронических пиелонефритов у детей.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 96 детей с хроническим пиелонефритом в возрасте от 8 до 12 лет, которые проходили обследование и получали лечение в детском нефрологическом отделении ГУ «Комплекса здоровья Истиклол» за период с января 2024 года по сентябрь 2025 года. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности клинических проявлений, которым проводились клинические, лабораторные и иммунологические методы исследования.

**Результаты исследования их обсуждение.** I-ую группу составили 41 больной (42,7%), у которых клинические проявления выражались в виде гипертермии (температура тела до 37,7°С), умеренных болей в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание. Со стороны общего анализа крови отмечался умеренный лейкоцитоз ( $7,4-9,0 \times 10^9/\text{л}$ ), СОЭ – 15-18 мм/час, а в общем анализе мочи – протеинурия в пределах 0,033-0,06%, лейкоцитурия (25-40 в поле зрения), умеренная бактериурия (++) . В иммунограмме отмечалось повышение содержания Т-лимфоцитов, тенденция к увеличению иммуноглобулинов класса М. Во II-ой группе больных (55 больных – 57,3%) отмечались более выраженные симптомы ин-

токсикации, гипертермия достигала 38-39°C, дизурические проявления также имели место в виде болей в поясничной области и в области живота (чаще у детей 6-9 лет). В общем анализе крови уровень лейкоцитоза достигал  $9,5-10 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ в пределах 20-37 мм/час. В общем анализе мочи уровень протеинурии был в пределах 0,06-0,09%, но лейкоцитурия достигала 50-60 в поле зрения, бактериурия составляла ++++. Иммунологические показатели выражались в тенденции к увеличению Jg G ( $P < 0,05$ ) и снижение содержания Т-лимфоцитов ниже нормы.

Все больные получали общепринятую терапию, которая включала в себя постельный режим на период лихорадки, диетотерапию (стол №5), антибактериальное лечение по чувствительности (антибиотики, уросептики), фитотерапию. Так как у больных детей из II-ой

группы были изменения со стороны иммунной системы, мы подключили в общепринятую терапию иммуномодулятор Т-активин по схеме. В динамике заболевания мы изучили влияние проводимой терапии на иммунный статус больных, где наряду с положительной клинической динамикой мы отметили достоверное повышение Т-лимфоцитов, снижение В-лимфоцитов, увеличение Jg A, тенденцию к повышению ЩФ.

**Выводы.** Таким образом у детей с хроническим пиелонефритом, который протекает с выраженными симптомами интоксикации, явными клинико-лабораторными проявлениями, сопровождающиеся некоторыми иммунологическими сдвигами, в комплексную терапию рекомендуется подключение иммуномодуляторов.

## СИНЕХИИ ПОЛОВЫХ ГУБ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

М.А. Абдуллоева, А.Х. Абдуллоева, Н.А. Бакаева

Детская областная клиническая больница Согдийской области. Таджикистан

**Цель.** Изучение влияния синехий половых губ в развитии инфекций уrogenитального тракта у девочек.

**Материалы и методы.** Нами проведена клиническая оценка 38 историй болезни девочек с диагнозом «Синехии половых губ», получавших лечение в отделении детской гинекологии ДОКБ Согдийской области. Из них 10 девочек (26,3%) в возрасте до 1 года, 17 девочек (44,7%) 1-3 года, 2 девочек (5,2%) 3-5 лет и 9 девочек (23,7%) старше 5 лет. Из общего числа 30 девочек (78,9%) обратились первично и 8 девочек (21,1%) поступили повторно.

Все девочки поступили с жалобами на слипание половых губ. Наряду с основными жалобами у 5 девочек (13,1%) отмечалось затрудненное мочеиспускание. В лабораторных исследованиях у 5 девочек (13,1%) наблюдался мочево́й синдром в виде лейкоцитурии и про-

теинурии, у 30 девочек (78,9%) в анализах мазка из преддверия влагалища – отмечалась II степень чистоты. При бактериологическом исследовании мазка у 12 девочек (31,6%) выделена кишечная палочка, у 17 девочек (44,7%) выделен эпидермальный стафилококк. На основании клинико-лабораторных данных, на фоне основного заболевания, у 25 девочек (65,8%) выставлен сопутствующий диагноз – вульвит, у 8 девочек (21,0%) выставлен диагноз – инфекция мочевых путей.

Всем девочкам было проведено консервативное лечение эстрогенными кремами, санация влагалища, по показаниям назначалась антибактериальная терапия.

Проведенный анализ показал, что из 38 девочек поступивших в отделение с синехиями, у 33 девочек (86,8%) отмечалось осложнение в виде присоединения воспалительного процесса уrogenитального тракта.

**Выводы.** Синехии половых губ — редкое, но важное состояние, способное вызвать значительное снижение качества жизни и повысить риск воспалительных заболеваний мочеиспускательного тракта. Ранняя диагностика, особенно в педиатрии, и применение безопасных, доступных методов лечения (эстрогенные кремы, эффективная гигиена) способны предотвратить осложнения.

Практическим врачам важно помнить, что понимание анатомии, внимательный осмотр и мягкий подход — ключ к успешному разрешению проблемы и минимизации инфекционных рисков. Таким образом, интеграция гинекологических и урологических аспектов — залог комплексного и эффективного лечения.

## ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Б.З. Абдусаматов., Ш.Т. Салимов., Ж.О.Олланазаров., Ш.Х.Элмурадов.

Ташкентский государственный медицинский университет.  
Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста. Ташкент, Узбекистан

**Цель:** Анализ результатов операций и эффективности методов хирургического лечения, больных с врожденными аноректальными пороками развития (АПР).

**Материалы и методы:** за 2020-2024 годы в РНПЦМ и ЭХДВ были обследованы 56 детей с АПР. Из них 46 мальчиков, 10 девочек. Доношенных детей 50, недоношенных 6. Была применена классификация по Криккенбергу. Основные клинические группы 53 (95%): ректо-промежностный кожный свищ 3 (5,4%), ректо-уретральный свищ 7 (12,5%), ректо-везикальный свищ 2 (3,6%), ректо-везибулярный свищ 6 (10,7%), клоака 1 (1,8%). Без свищей: atresia ani 24 (42,7%), atresia ani et recti 10 (17,8%). Редкие типы 3 (5,4%): «ректальный мешок» — 2 (3,6%), Н-тип 1 (1,8%). Были применены лабораторные и инструментальные методы диагностики (УЗИ ОБП и промежности, инвертограмма по Вангенстину, Cross-Table, фистуло-ирригография, нейросонография и Экзо-КТ)

**Результаты:** Провели: 24 промежностных проктопластик, 4 операции Стоуна-Бенсона, 25 наложений первичной колостомы с радикальной операцией, 3 брюшно-промежностной проктопластики, 2 операции Стоуна-Бенсона, 16 лапароскопических видеоассистированных

брюшно-промежностных проктопластик, 1 инвагинационная экстирпация по Ленюшкину, 3 радикальных операций по широкому свищу (воз-те 3-6 мес).

При низких формах АПР 24 (43%) больным выполнена промежностная проктопластика. В послеоперационном периоде проводились реабилитационные мероприятия, данные положительный результат в предупреждении рубцевания. В результате, после промежностной проктопластики, не было рубцового сужения неоануса. Послеоперационное недержание показало удовлетворительные и хорошие результаты. Повторные операции отсутствовали. 3 плановых вмешательства (3-6 мес) при АПР в виде ректо-промежностного, ректо-везибулярного свища с широким свищевым ходом. В послеоперационном периоде выполнялась интубация кишечника для лучшего первичного заживления ран.

При высоких формах АПР, первично выполняли операции по наложению сигмостомы и ассендостомы. Всем больным проводили дистальную колонографию. 5 пациентам провели радикальную операцию с ликвидацией сигмостомы и брюшно-промежностной проктопластикой (из-за расположения дистальной части стомы близко к свищевому

ходу). 14 пациентам- лапароскопическая видеоассистированная брюшно-промежностная проктопластика без ликвидации стомы (из-за локации стомы в начальной отделе сигмовидной кишки), что положительно способствовало заживлению неоануса после операции и уменьшению послеоперационных осложнений. На следующем этапе выполняли ликвидацию сигмастомы.

После хирургического лечения по поводу высоких АПР наблюдались следующие осложнения: у 15,8%-пациентов выпадение слизистой прямой кишки; у 15,8%-эвагинация стомы; у 5,2%-гнойный орхоэпидидимит; у 10,5%-рубцовое сужение неоануса; у 5,2%- не-

оанус располагался вне сфинктера; у 26,3%-недержание стула.

**Вывод:** Исход хирургического лечения аноректальных пороков напрямую зависит от погрешностей в диагностике, выборе тактики, техники операции, а также типа порока и присутствия сопутствующих аномалий развития. Этапное лечение при высоких формах аноректальных пороков, показало высокие результаты, как и применение новейших малоинвазивных методов, которые колоссально сокращают послеоперационные осложнения.

Исходя из результатов, подтверждается тенденция к популярности данной группы пороков среди мальчиков- в нашем исследовании на их долю приходится 82%.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ УДВОЕННЫХ ЛОХАНОК И МОЧЕТОЧНИКОВ НА ФОНЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

А.А. Азизов<sup>1</sup>, С. Далер<sup>1</sup>, Ш.А. Бадалов<sup>1,2</sup>, Ш.Ф. Холниёзов, И.К. Атоев<sup>1</sup>, А.А. Сохибов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Усовершенствование способов хирургической коррекции и дренирования удвоенных почек и мочеточников, обусловленных уретероцеле у детей.

**Материал и методы.** В работу включены 80 пациентов (47 девочек и 33 мальчика) с ортотопической и гетеротопической формой уретероцеле, проходивших обследование и лечение с 2014г по 2024г на базе детского урологического отделения кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». Обследование включало УЗИ мочевого системы с доплерографией, внутривенную урографию, микционную уретроцистографию по показаниям мультиспиральную компьютерную томографию.

Из общего числа обследованных: сельских 50 (62,5%), городских 30 (37,5%). Возраст детей колебался от 3 месяцев до 16 лет.

Все больные были разделены на две группы: основную – 57 больных, которые были на обследовании и лечении с 2020 по 2024гг. и контрольную – 23 больных, которые получили лечение с 2014 по 2019гг.

**Результаты.** В основной группе у 57 пациентов были проведены органосохраняющие операции. Проводилась резекция уретероцеле с ретроградным дренированием верхнего сегмента удвоенной почки и мочеточника с целью нормальной декомпрессии и санационного мероприятия. А также при полном удвоении с уретероцеле и выраженным уретерогидронефрозом (при сохранённой функции верхнего сегмента) выполнялись межмочеточниковый и лоханочно-мочеточниковый анастомозы с V-образным разрезом в области фисуса. По завершении операции V-образный дренаж выводился через уретру у девочек и на передней брюшной стенке у мальчиков. Операция-резекция уретероцеле с уретеролитотомией и



деривацией мочи требует реконструктивно-восстановительной операции с надёжным дренированием. Для этого применяется ретроградное введение полиэтиленовых трубок в почку с выведением их дистального конца через уретру. При ортотопической форме и маленьком размере уретероцеле проводилась эндоскопическая электрорезекция кисты. Этот метод позволяет получить достаточно информации о функции оперированной почки. Восстановление или улучшение уродинамики верхних мочевых путей было отмечено у 78% пациентов. Осложнения в виде стенозирования неоустья и пузырно-мочеточникового рефлюкса наблюдались у 10% детей. Из 23 больных контрольной группы у 7 пациентов проводили радикальную одномоментную операцию (геминефруретерэктомия). У 2 больных проводили нефруретерэктомия, 8 больных анти-рефлюксная операция по методу Политанно-

Ледбеттера, у 6 пациентов по методу Коэна. Осложнения в виде стенозирования неоустья и пузырно-мочеточникового рефлюкса наблюдались у 22% детей.

**Выводы.** Ранняя диагностика уретероцеле в последующие годы привела к значительно-му сокращению органоуносящих операций, значительно сократились сроки и тяжесть послеоперационного периода, что в большинстве случаев позволило добиться восстановления уродинамики верхних мочевых путей.

Выбор оперативной коррекции и дренирование мочевыделительной системы, несмотря на высокую степень выраженности у детей компенсаторных процессов, зависит от многих факторов: общего состояния детского организма, одностороннего или двустороннего поражения, степени выраженности потери функции почки и мочеточника.

## ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИСПАДИИ У ДЕТЕЙ

А.А. Азизов<sup>1,2</sup>, С. Далер<sup>1</sup>, Ш.А. Бадалов<sup>1,2</sup>, Ш.Ф. Холниёзов<sup>1</sup>, И.К. Атоев<sup>1</sup>, А.А. Сохибов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, таджикистан

**Цель.** Изучение методов хирургического лечения эписпадии у детей.

**Материал и методы.** За последние 10 лет (с 2014г по 2024г) были ретроспективно анализированы 24 (100%) истории болезни больных с разной формой эписпадии. Среди них девочек – 5 (20,8%), мальчиков – 19 (79,1%). Соотношение девочек и мальчиков 1/3. Головчатая форма эписпадии обнаружена у 1 (4,1%) пациента, стволовая форма у 3 (12,5%) больных. Субсимфизарная форма у 4 (16,7%) больных, клиторная у 1 (4,1%) больного, тотальная форма эписпадии обнаружена у 15 (62,5%) детей. Из них сельские – 16 (66,7%), городские – 8 (33,3%). Возраст детей колебался от 3 месяцев до 15 лет.

Все больные были разделены на две группы: основная – 15 (62,5%) детей, которые были

на обследовании и лечении с 2022 по 2024г. Контрольная – 9 (37,5%) больных, которые получили лечение с 2019 по 2022г.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

**Результаты.** Для хирургического лечение различных форм эписпадии используются многочисленные методы. В основной группе у 15 пациентов были проведены следующие операции: сфинктеропластика по методу В.М. Державина – у 10 (41,6%) больных; сфинктеропластика по методу Юнга – у 5 (20,8%) больных; уретропластика по методу Дюплея – у 5 (20,8%) больных. При головчатой форме эписпадии после выполнения параллельных

разрезов на границе уретрального дефекта и введения полиэтиленового катетера была сформирована неоуретра. У 4 (16,6%) пациентов было проведено устранение свища.

**Выводы.** Несмотря на постоянные поиски новых методов лечения частота послеоперационных осложнений продолжает оставаться высокой. Выбор оперативной коррекции при

эписпадии зависит от многих факторов: от возраста ребёнка, общего состояния детского организма и нарушения мочеиспускания (недержание мочи). Своевременная операция позволяет сохранить функции почки от постоянной восходящей инфекции и устранить недержание мочи.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЯМЫХ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ И КЕРАМИЧЕСКИХ ВКЛАДОВ

Ф.А. Азимджанова, С.М. Ризаева

Ташкентский государственный медицинский университет. Республики Узбекистан.

**Цель:** Цель исследования: клиническая и электрометрическая оценка прямых композитных реставраций и керамических вкладок, изготовленных на аппарате CEREC 3.

**Материалы и методы:** В исследование принимались больные со следующими критериями: возраст — от 18 до 40 лет; кариес дентина в первых постоянных молярах; кариозные полости I, II классов по Блэку; восстанавливаемые зубы находятся в контакте как с антагонистами, так и с передистоящим и позадистоящим соседними зубами. Все отобранные пациенты были разделены на две группы — исследуемую (зубы, восстановленные керамическими вкладками, изготовленными на аппарате CEREC 3) и группу сравнения (зубы, восстановленные прямыми композитными реставрациями).

Прямая композитная реставрация проводилась светоотверждаемым рентгеноконтрастным наногибридным материалом PALFIQUE ESTELITE PASTE (Tokuyama Dental Corporation). Изготовление вкладок осуществлялось на аппарате CEREC 3, для фрезерования использовали керамические блоки IPS Empress CAD. Оценку качества выполненных реставраций осуществляли в сроки через 3 и 6 мес.

**Результаты.** Обследован 20 пациент (12 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 18 до 40 лет, были выбраны для проведения исследова-

ния 42 первых постоянных моляров по критериям включения. Отобранные 42 постоянных моляров разделены на две равные группы — исследуемую и сравнения. При анализе прямых реставраций из композитного материал PALFIQUE ESTELITE PASTE и керамических вкладок, изготовленных на аппарате CEREC 3 из блоков IPS Empress CAD, была обнаружена 100% их сохранность у всех пациентов в сроки до 3 мес.

В результате проведенного электрометрического исследования выявлено, что исходное среднее значение электропроводности на границе керамической вкладки с твердыми тканями зуба в исследуемой группе находится на уровне  $0,2 \pm 0,04$  мкА. В контрольной группе этот показатель находится на более высокой отметке и составляет  $0,8 \pm 0,02$  мкА, что говорит о менее точном исходном крае-вом прилегании пломбировочного материала к твердым тканям зуба. В исследуемой группе к 3-му месяцу исследования электропроводность на границе вкладки с твердыми тканями зуба незначительно увеличилась и составила  $0,3 \pm 0,04$  мкА, те же данные отмечались и через 6 мес. В контрольной группе через 3 мес электропроводность на границе композитной реставрации с твердыми тканями зуба осталась на прежнем уровне, спустя 6 мес увеличилась до  $1,0 \pm 0,01$  мкА. Следовательно, при лечении кариеса у пациентов контрольной группы к 6

мес исследования отмечается незначительная тенденция к нарушению адгезионной прочности и увеличению краевой проницаемости на границе «реставрация — зуб». Клинические подтверждения получили 7 реставраций, получивших оценку «В» через 6 мес CEREC и

прямые композитные реставрации показали высокую клиническую эффективность.

**Выводы:** В отдаленном периоде применение прямых композитных реставраций и керамических вкладок показали высокую клиническую эффективность.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Ш.Б. Али-заде.

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель.** Сравнение стратегии профилактики дефицита витамина D у детей школьного возраста в различных странах и проанализировать их эффективность.

**Материалы и методы.** Выполнен литературный поиск в базах PubMed, Scopus и WHO Library за 2005–2024 гг. с использованием ключевых слов: *vitamin D deficiency, prevention, supplementation, fortification, schoolchildren*. В обзор включены национальные рекомендации и программы профилактики в странах Европы, Северной Америки, Азии и Ближнего Востока.

**Результаты.** **Северная Европа (Финляндия, Норвегия, Швеция):** действует политика обязательного обогащения молочных продуктов витамином D, а также рекомендована круглогодичная профилактическая дотация детям (10–20 мкг/сут). Эти меры позволили существенно снизить распространённость дефицита. **США и Канада:** обязательное обогащение молока и детских смесей; рекомендованы добавки 400–600 МЕ/сут детям до 18 лет, что поддерживает оптимальный уровень 25(ОН)D у большинства школьников. **Великобритания:** введена программа *Healthy Start*, предусматривающая бесплатные витаминные добавки для детей из социально уязвимых групп; однако

охват остаётся недостаточным. **Страны Ближнего Востока и Южной Азии:** несмотря на высокий уровень солнечной инсоляции, распространённость гиповитаминоза D остаётся высокой из-за особенностей одежды, питания и ограниченного пребывания на солнце. Здесь основное внимание уделяется школьным программам просвещения и сезонной профилактики. **Центральная Азия (Казахстан, Узбекистан, Таджикистан):** систематическая политика профилактики недостаточно развита. Исследования показывают высокую распространённость дефицита витамина D у детей, что обосновывает необходимость внедрения программ обогащения продуктов и массовой профилактической дотации.

**Заключение.** Международный опыт демонстрирует, что наиболее эффективными стратегиями профилактики дефицита витамина D у детей являются сочетание обязательного пищевого обогащения, рутинного назначения добавок и образовательных программ для родителей и школ. Для стран Центральной Азии актуально внедрение комплексных мер, учитывающих региональные традиции и особенности питания.

## ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Ш. Б. Али-заде

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Цель.** Проведение обзора литературы по патогенетическим аспектам влияния статуса витамина D на когнитивные функции у детей школьного возраста.

**Материалы и методы.** Выполнен литературный поиск публикаций в базах **PubMed**, **Scopus** и **Web of Science** за 2010–2024 гг. по ключевым словам: *vitamin D*, *cognition*, *children*, *neurodevelopment*. Отобраны статьи, освещающие молекулярные механизмы действия витамина D в ЦНС и эпидемиологические исследования у детей и подростков.

**Результаты.** Литературные данные показывают, что витамин D участвует в регуляции кальциевого гомеостаза и синаптической пластичности, стимулирует экспрессию нейротрофинов (NGF, BDNF), модулирует активность микроглии и снижает уровень провоспалительных цитокинов. Дефицит 25(OH)D

ассоциирован с нейровоспалением, оксидативным стрессом и нарушением нейрогенеза, что может приводить к ухудшению когнитивных функций. Эпидемиологические исследования дают противоречивые результаты: часть из них выявляет связь низкого уровня витамина D с ухудшением показателей памяти и внимания у школьников, другие не подтверждают значимой ассоциации после поправки на конфаундеры.

**Заключение.** Имеющиеся данные свидетельствуют о патогенетической роли витамина D в когнитивном развитии. Однако необходимы масштабные проспективные исследования у детей школьного возраста для уточнения причинно-следственных связей и оценки эффективности профилактической коррекции дефицита витамина D.

## АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ КЕСЕРОВО СЕЧЕНИЯ

Н.А. Алишера

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Изучить особенности адаптации новорожденных, извлеченных путем кесерова сечения (КС).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 108 новорожденных рожденные путем кесерова сечения, и вторая группа (n=20) – новорожденные, рожденные через физиологически через естественные родовые пути. Проведен анализ особенностей ранней неонатальной адаптации 108 новорожденных после операции кесарева сечения, произведенной до начала и в процессе родовой деятельности при доношенной беременности. Выявлены нарушения процессов адаптации, снижение темпов становления лактации. Гестационный

возраст новорожденных к моменту рождения была одинаковой (38–40 недель). Новорожденных с замедлением внутриутробного развития было одинаково мало (3%). По нашим данным имеются различия в оценке новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах между группами.

**Результаты.** Наиболее частой патологией перинатального периода у новорожденных после кесерова сечения было гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (до 52,9%), что гораздо чаще в сравнении с группой после самопроизвольных родов (до 41,0%). По частоте встречаемости синдромов гипервозбудимости, судорожного, вегетативно-висцеральных дис-



функций достоверной разницы по группам не получено. Однако новорожденных с гипертензионным синдромом группе после КС было больше в сравнении с контрольной группой. Гипотермия новорожденных наблюдалась дольше двух часов и снижение температуры происходило к 10-12 часам, в первой группе (43,75%) и в контрольной группе (4%).

В контрольной группе чаще встречался и геморрагический синдром

( $p < 0,05$ ), особенно мелкоочечные кровоизлияния и экхимозы, что также объясняется

продвижением плода по родовым путям и оказанием акушерского пособия.

**Выводы** проведенных исследований показали, что дети, рожденные путем КС, относятся в группу риска по реализации патологии перинатального периода из-за наличия у матерей соматической и гинекологической патологии. Новорожденные после КС, хуже адаптируются к условиям внешней среды, что связано с нарушением физиологии нормальных родов.

## ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ

Н.А. Алишера

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Определить факторы риска и частоту встречаемости неонатальных судорог у новорожденных.

**Материал и методы.** В исследование были включены все новорожденные родившиеся в родильном отделении МК «Истиклол» и младенцы поступившие в отделение реанимации второго этапа выхаживания г. Душанбе с диагнозом «неонатальные судороги» за период 2022 по 2024 гг.

**Результаты.** За 2 года в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее — ОРИТН) ОПЦ поступили 94 пациента с неонатальными судорогами, что составляет 1,2 случая на 100 живорождений. В 38 из 94 случаев судороги наблюдались у доношенных детей (40,4%), в 56 — у недоношенных (59,6%). Распространенность судорог среди доношенных детей составила 0,6 случаев на 100 живорождений, а недоношенных — 6,3 случая на 100 живорождений. Среди детей с крайней незрелостью распространенность судорог составила 45 случаев на 100 живорождений (36 пациентов из 80). В 2 случаях судороги

явились основной причиной поступления в ОРИТН (1 доношенный и 1 недоношенный ребенок). В остальных случаях они являлись сопутствующим состоянием или осложнением основного диагноза: недоношенность или крайняя незрелость (42 случая, 44,7%), гипоксически-ишемическая энцефалопатия (26 случаев, 27,7%), внутриутробная инфекция (4 случая, 4,3%), врожденные аномалии развития, не связанные с ЦНС (4 случая, 4,3%), абдоминальная катастрофа (4 случая, 4,3%), бронхолегочная дисплазия (2 случая, 2,1%), внутрижелудочковое кровоизлияние 4-й степени (2 случая, 2,1%), другие причины (10 случаев, 10,6%). Летальные исходы наступили в 11 случаях (11,7%): 10 недоношенных и 1 доношенный ребенок.

**Выводы.** Частота встречаемости неонатальных судорог в ОПЦ за период с января 2020 по декабрь 2021 г. не отличается от их распространенности в мире. Чаще всего неонатальные судороги фиксировались у недоношенных пациентов, а также у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

## ИММУННЫЙ СТАТУС У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Н.А. Алишера, Г.С. Мамаджанова.

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминва Х.дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Изучение особенностей иммунного статуса часто болеющих детей.

**Материал и методы.** Проведено клинико-иммунологическое обследование 82 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Основную группу составляли 64 ЧБД острыми респираторными инфекциями в группу контроля вошли 22 болеющих детей.

Всем детям проводилось полное клинико-лабораторное обследование: определялся иммунный статус (Ig A, M, G).  $CD_3$  (Т-лимфоциты),  $CD_4$  (Т-хелперы),  $CD_8$  (Т-супрессоры),  $CD_{20}$  (В-лимфоциты).

**Результаты.** В анализах крови выявлена анемия у 77% ЧБД против 28% детей, лейкопения у 33% против 14,2%, нейтропения у 39% против 23%, СОЭ в пределах 3-4 мм/час. При анализе показателей гуморального звена иммунитета ЧБД концентрация сывороточного иммуноглобулина А, Ig М, IgG в сыворотке крови были низкими по сравнению с группой контроля в 1,5; 1,7; 1,3 соответственно. В клеточном звене иммунной системы у ЧБД также регистрировалось снижение  $CD_3$  ( $38,5 \pm 0,04$  против  $56,6 \pm 0,08$ ),  $CD_4$  ( $28,0 \pm 2,1$  против  $35,4 \pm 0,5$ ),  $CD_8$  ( $9,3 \pm 0,8$  против  $25,5 \pm 2,4$ ). Проводилась всем детям комплексная тера-

пия с дополнительным введением виферона, которая, приводила к уменьшению частоты эпизодов ОРВИ в  $2,5 \pm 0,2$  раза. Отмечена также положительная динамика в клеточном звене иммунной системы повышение содержания  $CD_3$  в 1,4 раза ( $54, \pm 4,4$  против  $38,5 \pm 0,04$ ),  $CD_4$  в 1,2 раза ( $31,0 \pm 0,29$  против  $28,0 \pm 2,1$ ) и  $CD_8$  в 2,6 раза ( $24,5 \pm 0,8$  против  $9,3 \pm 0,8$ ), а в гуморальном звене иммунитета отмечалось увеличение  $CD_{20}$  ( $19,0 \pm 2,5$  против  $10,0 \pm 2,3$ ), Ig А ( $2,1 \pm 0,2$  против  $1,5 \pm 0,14$ ), Ig G ( $9,55 \pm 0,8$  против  $7,5 \pm 0,8$ ), Ig М ( $2,2 \pm 0,2$  против  $1,5 \pm 0,14$ ). При динамическом наблюдении ЧБД на протяжении года в 85% случаев при проведении контрольных посевов со слизистых оболочек зева и носа высевалась нормальная микрофлора.

**Выводы.** ЧБД характеризуются наличием астенического синдрома, синдрома хронической интоксикации и периферической микролимфоаденопатии, бактериовыделениями патологической флоры со слизистых зева и носа; наличие вторичных очагов инфекции за счет аденоидных вегетаций или хронического тонзиллита; осложненного течения ОРВИ. Проведение комплексной терапии совместно с вифероном дало положительный эффект.

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Ф.Н. Аминова, Ф.М. Муллоев, Ф.И. Атаханова, Б.Б. Буриев

Детская областная клиническая больница г. Худжанд. Таджикистан

**Введение:** патологическая желтуха (ПЖ) — является одним из часто встречающихся состояний у новорожденных в возрасте до 2 месяцев. ПЖ проявляется значительным повышением уровня билирубина в крови.

Отличительной особенностью ПЖ от физиологической желтухи новорожденных яв-

ляется то, что она может развиваться с первых суток жизни ребенка. Имеет прогрессирующее течение. При несвоевременной диагностике и терапии ПЖ часто приводит к развитию патологий со стороны ЦНС с последующей инвалидизацией, нередко летальные исходы.

В течение 6 месяцев 2025 года в отделении Патологии новорожденных при ДОКБ г. Худжанда всего было обследовано и пролечено - 115 больных с желтухой новорожденных. Из них – 48 (41,7%) новорожденных с ПЖ в возрасте от – 1 дня до 2х месяцев.

Из них с диагнозом: Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – 15 (31,3%); 20(41,6%) с подозрением на врожденные инфекции (ЦМВ, токсоплазмоз, вирус гепатита В); 7(14,5%) детей с диагностированной билиарной атрезией или другими нарушениями оттока жёлчи; 6(12,5%) детей с другими патологиями печени.

ПЖ у новорожденных проявлялось в виде выраженной желтушности кожи и слизистых, вялостью, снижением аппетита, повышением общего и прямого билирубина (от 260 до 400 ммоль/литр), гепатоспленомегалию.

Терапия ПЖ у этой категории детей проводилась с учетом причины и тяжести состояния: абсолютному большинству - 41(58,4%) новорожденным проводилась фототерапия; всего - 3(6,3%) новорожденным для коррекции гипербилирубинемии было проведено обменное переливание крови. У – 7(14,5%) ново-

рожденных с ПЖ была диагностирована Врожденная билиарная атрезия желчевыводящих путей которые в дальнейшем были переведены в профильные стационары. Противовирусная терапия была назначена всего – 20(41,6%) детям с ВУИ.

**Выводы:** после проведенной терапии у большинства детей – 34(70%) отмечалось выздоровление с полным обратным развитием симптомов и нормализации билирубина крови. У – 14(30,0%) детей с ПЖ потребовалось длительное наблюдение и диспансеризация. У этой категории детей в анамнезе имели место оперативные вмешательства или ВУИ. Таким образом ПЖ остаётся серьёзной проблемой в неонатологии, которая требует своевременного выявления, комплексного обследования и индивидуального подхода к лечению.

При раннем выявлении ПЖ метод фототерапии остается наиболее доступным, эффективным и мало затратным методом лечения.

Данный клинический опыт подтверждает, что при адекватной диагностике и терапии возможно избежать тяжёлых осложнений и обеспечить стабильное восстановление здоровья новорожденных.

## ВТОРИЧНО СМОРЩИВАНИЕ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

С.К.Асадов., Х.И.Ибодзода., Р.Р.Рофиев.

**Цель.** Оптимизация диагностики и профилактики вторично сморщенной почки у детей.

**Материал и методы.** Нами изучены результаты лечения пузырно мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей. При диагностики и лечение ПМР выявлены признаки вторично сморщенные почки у 52 детей. Дети были в возрасте: от 3 месяца до 1 года- 8; от 1 года до 3 лет -13; 4 - 7 лет -14; 8 - 11 лет -11; 12 - 15 лет -6 детей. Средний возраст пациентов составил 5,6 лет. Односторонний ПМР-23 больных, двусторонний ПМР-29. ПМР-I ст-12(23,1%) больных, ПМР-II ст-45(86,5%), ПМР-IV ст-19(36,5%), ПМР-V ст-5(9,6%) больных. ХБП I ст- у 2 больных; ХБП II ст— у 27; ХБП III ст- у 3.

Всем больным были выполнены общепринятые клинические лабораторные исследования включающих общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением общего белка, белковых фракций, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, электролитного состава, суточную пробу Реберга — Тареева, пробу Зимницкого, УЗИ почек и мочевого пузыря, доплерография сосудов почек, экскреторную урографию, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), микционную цистографию. Оценивалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Шварца. С целью уточнения состояния слизистой мочевого пузыря, его шейки, устьев мочеточников и подозрении

на удвоение верхних мочевыводящих путей, наличие аномалии уретры, мочевого пузыря осуществили цистоскопию.

Дети были разделены на две группы: основная группа и группа сравнения. Группа сравнения составила 32, которым выполнены коррегирующие операции при рефлексирующий мегауретер с имплантации по методу Политана – Лидбеттера 22, и по методу Баирова 10. Основная группа 20 больных, которым проведена реконструктивно пластическая операция по методу разработанной в клинике детской хирургии Института последипломого образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан.

Реконструктивно пластическая операция в основной группы заключалось в резекцию морфологически измененной части надпузырного отдела мочеточника и его реимплантации по задней стенки мочевого пузыря. Разрез в косопоперечном направлении в прелелах мышечных слоёв мочевого пузыря до слизистый и сделано жога в последующем для укладки мочеточника. Конец разреза доходила рядом с устья мочеточника и вскрывается слизистый. Мочеточник 3 викриловыми швами потягивается внутрь мочевого пузыря и на 5 мм от края отверстие через все слои мочевого пузыря прошивается и завязывается узлы снаружи к стенке мочевого пузыря. Дополнительно четвертый шов захватывается слизистый формированной ложы. Затем мочеточник укладывается в формированной ложы и по верху ушивается мышечные слои, предварительно через уретру и мочевого пузыря проводится дренажная трубка в протет мочеточника.

**Результаты.** Среди обследуемых мальчики составляли 35(67,3%), девочки – 17(32,7%). Вторично сморщенная почка чаще всего встречается у детей раннего возраста 21(40,3%). Вторично сморщивание почки в основном

встречались у детей с III, IV и V степеней пузырно мочеточниково почечного рефлюкса. У детей с III степени 45(86,5%), с IV степени 19(36,5%) и с V степени 5(9,6%). Результаты консервативного лечения изучены через 6 месяцев, 1 год и 2 года. При уретерогидронефрозе III степени сморщивание почки диагностирован у%, при IV степени у% и при V степени у%. Консервативное лечение оказалось эффективным у%. Консервативное лечение заключалось в назначение эуфилина, латрена и озонотерапии. У% больных проявлением болезни были лейкоцитурия, гематурия, протеинурия. При двустороннем уретерогидронефрозе отмечено изменение канальцевой реабсорбции и снижение клубочковой фильтрации  $67,3 \pm 12,6$  мл/мин. . Концентрационной способности почек составляет ---.

Во время отценки функциональном состоянии почек учитываются изменение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции которые снижаются. Снижение функциональное состояния почек зависит от уровня склеротических изменений почечной паренхимы, степени гидронефротической трансформации и от давности заболевания, а также факторы уропатии. Конечно наряду с клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции для оценки функции почек необходимо учитывать уровень креатинина и мочевины в крови. Со снижением показателя клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции повышается уровень креатинина и мочевины крови.

**Выводы.** Основными причинами вторично сморщенной почки являются пузырно мочеточниковый рефлюкс, который приводит к склеротических изменений почечной паренхимы, степени гидронефротической трансформации и от давности заболевания, а также факторы уропатии.



## НАШ ОПЫТ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ОЖГОВЫХ РАН И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖГОВ У ДЕТЕЙ

А.Л. Асадуллоев., Н.А. Яхёев., З.Х. Усмонов., И.В. Каримов., Р.С. Сидиков., В.Ш. Розиков

Ц.Р.Б. Бободжон Гафуровского района имени Пулатова А. М. Согдийской области

**Цель.** Минимизировать количество инвалидизаций среди детей с последствиями ожогов.

Технический прогресс несомненно приводит к увеличению ожогового травматизма. По данным литературных источников несмотря на большие успехи в лечении тяжелых термических ожогов, число больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и уродствами не имеют тенденцию к уменьшению. Частота термических ожогов в развитых странах достигает в среднем 1:1000 в год. По данным ВОЗ ожоги занимают третье место среди прочих травм. Летальность от ожогов в развитых странах (США, Канада, Швеция, Япония и др) составляет от 15,4 до 59 больных на 1000. Проблема ожогов и их осложнений становится ещё более актуальной, когда используются оружия массового поражения (ядерной, энергии, зажигательных средств и лазеров). У лиц с послеожоговыми контрактурами и деформациями появляются чувство неполноценности среди общества. Эти данные от специалиста требуют раннего хирургического вмешательства (П.В. Завялов, 1972; В.В. Юденич, 1980; В.В. Юденич, В.М. Гришкевич, 1986 и др.).

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на анализе 522 клинических наблюдений за обожёнными детьми и различными послеожоговыми контрактурами больных в детском хирургическом отделении ЦРБ Б. Гафуровского района за период 2007 -2017 гг. Возраст пациентов варьировал от 1-месяца до 15-лет. Из 522 обожженных детей поступивших в детское хирургическое отделение в возрасте от 1 мес. до 15 лет подвергались пластической операции 64 детей. Из них ранняя аутодермопластика электродерматомом-24, пластика кожно –жировым лоскутом на питающей ножке (Индийский метод)-8, ликвидация дефектов Филатовским стеблем - 5

Шестерим детям из за наличия некроза произведена некрэктомия с экзартикуляцией пальцев кисти и стопы. 27 детям произведена пластическая операция при рубцовых контрактурах и деформации. У 18 детей пересаженный материал зажил после первой пластики, у 4-х пришлось пересадить частично второй а у 2-х третий раз. Троим детям произведена аутогомодермопластика, при котором вторым донором являлись матери. Возраст детей составлял: до 1 года -12, 1-3-34, 4-14-18.

Из них мальчики -41, девочки-23. На подготовку раны для ранней пластической операции ушло от 12 до 25 суток.

Поздние пластические операции произведены спустя 8-мес. -1,5 года после получения травмы. При развитии рубцовых контрактур и деформации пересаженные материалы зажили первично. Все операции производились под общим обезболиванием. 12 из них в условиях ИВЛ. Летальных исходов в наших наблюдениях не отмечались.

**Отдаленные результаты.** Из 64 проведенных пластических операции полный косметический эффект наступила -27. В остальных случаях на местах пересаженной кожи образовались участки депигментации и нежные плоские рубцы не приводившие нарушению функции.

**Результаты.** Ожоговая болезнь особенно у детей до 1 года протекает тяжело, в связи с незрелостью всех органов и систем обусловленного возрастными особенностями. Осложнения как рубцовые контрактуры и деформации развиваются из за несвоевременной выполнении ранней пластической операции. Таким образом рано проведенная кожно-пластическая операция в наших наблюдениях дала большой процент косметической и эстетической функции, за исключением образования небольших

участков депигментаций и нежных плоских рубцов .

**Выводы.** Результаты хирургического лечения обоженных детей во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета тяжести повреждения целостности кожных покровов , степени деформации отдельных частей тела и суставов. Фиксация опериро-

ванных пальцев за кончик ноктевых фаланг на металлическую шину в виде вытяжений предупреждает развитие тугоподвижности в суставах и резко уменьшает рецидивы контрактур. Проведения своевременной пластической операции при обширных и глубоких дефектах резко снижает развитие различных деформаций отдельных частей тела и сводит инвалидизацию детей к нулю.

## СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Д.А.Аскаров., Ж.Б.Саттаров.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

**Цель.** Оценить результаты консервативной и оперативной тактики при ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости у детей, пролеченных по поводу перитонита.

**Материал и методы.** В группу исследования за 2018–2023 г.г. включены 231 ребенок (возраст от 3 мес до 18 лет), у которых СКН сформировалась в ранние ( $n = 23$ ) и поздние ( $n = 208$ ) сроки после операций по поводу аппендикулярного перитонита и которые не получали профилактическую курсовую противоспаечную терапию в послеоперационном периоде. Все дети госпитализированы в экстренном порядке, типичная клиническая и рентгенологическая картины позволили установить диагноз СКН.

**Результаты.** Консервативные мероприятия, направленные на ликвидацию частичной СКН, обусловленной плоскостными спайками, были эффективны у 132 (57,1%) детей. Операция была показана 99 (42,9%) детям. В алгоритме оперативной тактики на первоначальном этапе приоритет оставался за эндо-

хирургией, и лапароскопический адгезиолизис в 33 (33,3%) случаях был радикально успешен. Конверсия к лапаротомии выполнена у 64 (64,6%) детей в связи с высоким риском повреждения кишечной стенки при разделении конгломератов кишечных петель, а в 2 случаях выявлен некроз участка кишки при странгуляционной СКН, что потребовало резекции кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений с применением комплексной противоспаечной терапии.

**Выводы.** Перитонит, как фактор риска остается одним из ведущих причин развития спаечной кишечной непроходимости у детей. Эффективность консервативной терапии при частичной СКН достигает 57,1%. Лапароскопический адгезиолизис позволяет устранить спаечный процесс в брюшной полости у 42,9% детей с СКН, перенесших перитонит. Противоспаечная терапия является необходимым компонентом послеоперационного периода перитонита у ребёнка.

## КЛИНИКО–ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ХУДЖАНДЕ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Ф.И. Атаханова, Ф. М. Муллоев, Б.Б. Буриев, Р.Р. Буриева, К.К. Каримов.

Детская областная клиническая больница г. Худжанд. Таджикистан

**Цель.** Изучение течения, этиологических факторов, степени контроля атопической бронхиальной астмы (АБА) у больных детей с установленным диагнозом бронхиальная астма (БА).

**Материалы и методы.** Всего обследовано 118 больных обоих полов (41 девочки и 77 мальчики) с установленным диагнозом БА, в возрасте от 5 до 18 лет, средний возраст 11 лет. Длительность заболевания составила от 1 до 13 лет, средняя длительность 4 года. Обследование включало: общеклинические исследования, функциональное исследование легких. Аллергологическое исследование ИФА – обследование сыворотки крови для определения общего и специфических IgE антител. Степень контроля БА проводилось с помощью теста по контролю астмы – АСТ (asthma control test).

**Результаты.** Установлено, что абсолютное большинство 80 – 67,8% обследованных детей имеют отягощенную наследственность по БА и аллергическому риниту (АР). Среди девочек этот показатель был значимо выше 33- 80,5% чем у мальчиков 47 – 61,0%.

Анализ содержания общего IgE показал, что обследуемая группа больных детей имеют значимо высокие ( $p = 0,0092$ ) показатели ( $n = 118$ ; среднее 768,3 Ме/мл) по отношению к контрольной группе ( $n = 10$ ; среднее 42,9 Ме/мл).

Результаты аллергологического обследования показали наличие сенсибилизации к бытовым аэроаллергенам у 32 – 27,1% больных, в 85 – 72,0% случаях были выявлены высокие титры специфических IgE к пыльцевым аэроаллергенам: к пыльце деревьев (28 – 32,9%) и трав (57 – 61,7%) и 16 – 13,5% больных имели сенсибилизацию к спорам непатогенных грибов.

По результатам аллергообследования выяснилось, что большинство детей 85 – 72,1% имеют сенсибилизацию к двум и более видам аллергенов. Всег у 33 – 27,9% больных выявлена моно сенсибилизация. Из них моносенсибилизация к пыльце деревьев и трав выявлена у 21 – 63,4%. У этой категории больных БА протекала в легкой форме, эпизоды обострения болезни отмечались в период паллиации причинных растений. Моносенсибилизацию к бытовым аллергенам (к клещам домашней пыли) выявлена всего у 12 – 36,6% детей с АБА.

Анализ течения заболевания показал, что 9 – 7,6% больных имеют тяжелую АБА, 81 – 68,6 больных имеют среднюю степень тяжести и всего у 28 – 23,7% больных БА -имеет легкое течение.

Исследование степени контроля БА с помощью АСТ – теста показало, что на момент обследования не контролируемое течение БА имели 8 – 6,7% больных (общий балл по АСТ  $\geq 20$  баллов). Частично контролируемое течение АБА была у 45 – 38,1% (общий балл по АСТ от 20 до 24 баллов). Полный контроль БА имели 66 – 55,9% пациента, у которых за последние 4 недели отмечались нормальные или близкие к норме показатели функции легких и отсутствие ограничений в повседневной жизни и  $\leq 2$  эпизода приступов в неделю (общий балл по АСТ = 25). Эта группа имела легкую АБА или среднюю степень тяжести заболевания которые получали адекватную базисную терапию.

**Выводы:** Таким образом, в обследованной группе больных детей с АБА основным сенсибилизирующим фактором являются пыльцевые аэроаллергены - 72,1%.

Отмечается высокая частота полисенсибилизации – 72,1%, что необходимо учитывать

при проведении профилактических мероприятий и при проведении алергенспецифической терапии (АСИТ).

Тестирование АСТ – тестом выявило, что у 44,8% больных течение БА на момент обследования, не контролируется должным образом, что указывает на неадекватную проводимую фармакотерапию АБА.

АСТ – тест как простой и надежный инструмент может быть рекомендован для определения степени контроля и коррекции терапии симптомов АБА.

Повышенный уровень общего IgE в крови может служить показанием для проведения алергообследования с целью выявления причиннозначимых алергенов и дальнейшей профилактики обострений больных с АБА.

## КОРРЕКЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

И.К.<sup>1</sup>Атоев., Ш.<sup>1,2</sup>А.Бадалов., С.<sup>1</sup>Далер., Ш.Ф.Холниёзов., А.<sup>1</sup>А.Сохибов.

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш».

**Цель.** Улучшения методов хирургического лечения рефлюксирующего мегауретера у детей.

**Материалы и методы.** В работу включены 45 пациентов (25 девочек и 20 мальчиков) с рефлюксирующим мегауретером, проходивших лечение с 2020 по 2025 г. на базе урологического отделения ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Обследование включало УЗИ мочевого системы с доплерографией, внутривенную урографию, микционную уретроцистографию по показаниям компьютерную томографию.

Односторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс встречался у 15 пациентов, двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс встречался у 25 пациентов. Все больные были разделены на две группы: основное-30 больных и контрольное-15 больных.

Цистотомия с антирефлюксной операцией была проведена у всех пациентов группы за период с 2020 по 2025 годы. Из-за позднего обращения у одного из 45 пациентов потребовалось органосохраняющее вмешательство в связи с полной потерей функции почки. Антирефлюксные операции были проведены с использованием следующих методик: Политано-Ледбеттера – у 15 пациентов, Козна – у 18 пациентов, Жила-Верне – у 12 пациентов.

**Результаты.** В основной группе у 30 пациентов после открытых оперативных вмеша-

тельств по методу Жила-Верне послеоперационный период составлял не менее 10 дней. После операции мочевого пузыря дренировался уретральным катетером в течение 1-2 дней. Восстановление или улучшение уродинамики верхних мочевых путей было отмечено у 85% пациентов. После операции осложнения в виде стенозирования неоустья и пузырно-мочеточникового рефлюкса наблюдались у 15% детей. В контрольной группе у 15 пациентов послеоперационный период составил более 14 дней. Дети длительно получали обезболивающие препараты антибактериальную терапию. После операции осложнения в виде стенозирования неоустья и пузырно-мочеточникового рефлюкса наблюдались у 26% детей.

**Выводы.** Ранняя диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса в последующие годы привела к значительному сокращению органосохраняющих операций. Внедрение в практику операция Жилверне при лечения рефлюксирующего мегауретера у детей позволили значительно сократить сроки, тяжесть послеоперационного периода и осложнения в большинстве случаев а также добиться восстановления уродинамики верхних мочевых путей. Однако пациенты нуждаются в наблюдении и проведении реабилитационных мероприятий для своевременной диагностики и купирования возможных осложнений.



## АНЕСТЕЗИЯ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПЕРЕБИВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Б.Д. Бабаев, И.Ф. Острейков, М.К. Штатнов, К.Р. Толасов, И.В. Турищев

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.  
Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой. Г. Москва, Россия.

**Цель.** Разработка оптимальных методик анестезии при амбулаторных операциях у детей.

**Материал и методы.** Исследования проводились в стационаре дневного пребывания Тушинской детской городской больницы у 163 детей в возрасте от 3 до 16 лет. Больным проводились плановые хирургические вмешательства по поводу паховых и пупочных грыж, варикоцеле, крипторхизма, водянки оболочек яичка и фимоза.

Анестезия проводилась методом последовательного применения севофлурана и изофлурана и севофлурана в сочетании с N<sub>2</sub>O + O<sub>2</sub>. Анестезия проведена у пациентов соматически здоровых в возрасте от 3 до 15 лет.

Изучались показатели: ЧД, ЧСС, АД (среднее), Sa O<sub>2</sub>. Центральную гемодинамику (ЦГД) рассчитывали неинвазивным методом с применением аппарата NCCOM "Bomed" (США). Кардиоинтервалограмму (КИГ) исследовали путём записи во II-ом отведении ЭКГ и оценка биоэлектрической активности головного мозга (BIS- мониторинг)

**Методика.** Премедикация энтерально состояла из атропина, дормикума и глюкозы по показаниям. В первую группу индукцию проводили с постепенным увеличением концентрации севофлурана до 7 об% в сочетании с N<sub>2</sub>O + O<sub>2</sub> (в соотношении 1:1). По достижении хирургической стадии перед разрезом переходили на ингаляцию изофлураном в концентрации 2-4 об% в сочетании с N<sub>2</sub>O+O<sub>2</sub> (1:1). К концу операции концентрацию изофлурана постепенно уменьшали. При наложении швов на подкожную жировую клетчатку и кожу подачу газонаркотической смеси прекращали и переходили на ингаляцию 100% O<sub>2</sub>. В II-ю группу больных наркоз проводили ингаляцией севофлурана в возрастающих концентрациях (до 7 об.%) и закись азота с

кислородом в соотношении 2:1 и поддержании анестезии севофлюраном (3-3,5 об%)

**Результаты .** Индукция севофлураном протекала гладко и быстро (45- 60 секунд). Наблюдалось снижение САД на 21%, и увеличении ЧСС на 12%. Поддержание анестезии изофлураном обеспечивало нормодинамический тип гемодинамики и адекватное обезбоживание. Отмечалось гладкое пробуждение и быстрое восстановление сознания (3-5 минут).

Пробуждение после наркоза севофлураном происходило через 2-3 минут и у 6% детей отмечался психомоторное возбуждение и у 1% детей отмечался побочный эффект в виде тошноты, рвоты и головокружения. Анестезия методом последовательного применения севофлурана и изофлурана и севофлурана в сочетании с N<sub>2</sub>O + O<sub>2</sub> приводило к снижению тонуса симпатического отдела и увеличению активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Во время анестезии показатели биспектрального индекса соответствовали 40-48%, что соответствовало адекватной глубине анестезии (глубокая седация). При наложении швов на подкожную жировую клетчатку и кожу подачу газонаркотической смеси прекращали и переходили на ингаляцию 100% O<sub>2</sub>. Наблюдалось увеличение биоэлектрической активности головного мозга, что проявлялось ростом BIS-индекса до 60-68% и на этапе восстановления сознания данные биспектрального индекса составили 78-82%, что соответствует поверхностному сну, а также отмечалось быстрое восстановление показателей центральной гемодинамики и функции внешнего дыхания, приближаясь к исходным данным.

**Выводы.** Последовательное применение севофлурана и изофлурана при "малых" оперативных вмешательствах в условиях амбулаторной хирургии у детей обеспечивает комфортное течение анестезии на всех её этапах.

## НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Б.Д. Бабаев, И.В. Турищев, Г.В. Смирнов, Т.И. Романюк

Детская городская клиническая больница святого Владимира

Российская медицинская академия постдипломного образования. Г. Москва, Россия.

**Цель.** Сравнить эффективность различных методов нутритивной поддержки.

**Материал и методы.** Всего в исследование вошло 64 пациента с диагнозом деструктивная пневмония в возрасте от 3 до 12 лет, которые проходили лечение в условиях ОРИТ. Пациенты были разделены на 3 группы: группа №1 – 24 пациента, получающих в качестве нутритивной поддержки общий стол, группа №2 – 20 пациентов, которые дополнительно получали лечебное питание в виде специализированной смеси: Nestle Clinutren Junior; группа №3 – 20 пациентов, которые дополнительно получали лечебное питание в виде специализированной смеси: Resource Protein.

Для оценки нутритивного статуса использовались антропометрические критерии, измеряемые в динамике: масса тела и рост, ИМТ, толщина кожно-жировой складки над лопаткой; лабораторные критерии: уровень общего белка, альбумина, лимфоцитов, трансферрина.

Эффективность нутритивной поддержки проводилась на основании сравнения продолжительности нахождения пациентов в условиях ОРИТ и стационара, частоты и тяжести осложнений в виде развития анемии и гипопроотеинемии, требуемых трансфузии эритроцитарной массы и введения альбумина.

**Результаты.** Дефицит массы тела в группе №1 составил 10,5%, в группе №2 – 9,8%, в

группе №3 – 9% – сравнимо в группах и сравнимо с популяционными. Продолжительность нахождения пациентов в условиях ОРИТ во всех группах была сравнима и составила от 4 до 5 суток, средняя продолжительность нахождения в стационаре была выше в первой группе: 35,5 суток, во второй группе 28,7, в третьей 26,4.

Частота трансфузии эритроцитарной массы в группах была примерно сопоставима: 2,0 и 2,0.

Количество альбумина для коррективки в первой группе было выше, чем во второй и третьей: 3 г/кг, 2,5 г/кг, 1,8 г/кг соответственно.

**Выводы.** Пациенты всех групп изначально имеют выраженные признаки нутритивной недостаточности по антропометрическим и лабораторным данным, которые продолжают ухудшаться в течении болезни. Использование специализированных смесей снижает необходимость в проведении трансфузий альбумина, не влияет на частоту трансфузии эритроцитарной массы, является более эффективным вариантом нутритивной поддержки: позволяет быстрее восстановить исходный трофический статус и снизить продолжительность нахождения пациентов в условиях стационара.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л.А. Бабаева, К.Р. Разокова, Н.П. Ашурова

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность проведенной патогенетической терапии синдрома

bronхиальной обструкции у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 30 детей раннего возраста с синдромом бронхиальной обструкции (СБО), находившихся на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении и отделении аллергологии и иммунологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Было проведено физикальное исследование и лабораторно-инструментальные методы (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, SpO<sub>2</sub>, рентгенологическое исследование органов грудной клетки). Тяжесть СБО оценивали по степени дыхательной недостаточности. Пациенты были подразделены на 2 группы: I группу составили дети с обструктивным бронхитом (n=15), II группу – с бронхиолитом (n=15).

**Результаты.** Развитию СБО у детей раннего возраста способствует ряд анатомо-физиологических особенностей – гиперплазия железистой ткани, выделение вязкой мокроты, узость дыхательных путей, малый объём гладкой мускулатуры, низкая коллатеральная вентиляция и недостаточность местного иммунитета. Факторами, предрасполагающими к СБО, являются особенности структуры и функции диафрагмы. Дифференцированная терапия включала борьбу с гипоксией и гиперкапнией; антибактериальную терапию; коррекцию ингибиторов протеаз; средства, устраняющие бронхоспазм, гиперсекрецию, отёк, инфильтрацию слизистых оболочек; улучшение реологических свойств мокроты; коррекцию нарушений мукоцилиарного клиренса; восстановление толерантности к физической нагрузке, иммунокорректирующую терапию; физические методы лечения. Лечение базировалось на применении бронхолитических, противовоспалительных и муколитических средств. Преимущественным способом максимальной доставки препаратов в дыхательные пути являлся ингаляционный, который обеспечивал более высокий терапевтический эффект при минимизации побочных проявлений, а также способствовал скорейшему купированию симптомов. Проводили кислородотерапию (при уровне SpO<sub>2</sub> < 90%), оральную регидратацию, отсасывали слизь из бронхов при густой, вяз-

кой мокроте. Коррекцию патогенетических нарушений проводили путём нормализации дренажной функции респираторного тракта с применением муколитиков и отхаркивающих препаратов с целью разжижения мокроты и повышения эффективности кашля. При выраженной обструкции нарушается бронхиальный дренаж и применение муколитиков и отхаркивающих препаратов может привести к скоплению слизи в терминальных отделах бронхов и эффекту «заболачивания». Поэтому всем больным проводили аускультативный контроль со своевременной коррекцией. При выраженной секреции применяли препараты на основе карбоцистеина, обладающие мукорегуляторным действием (АЦЦ). Комбинированные препараты, содержащие эфедрин (Бронхолин), применяли больным с гиперпродукцией обильного жидкого бронхиального секрета, в связи с их «подсушивающим» эффектом. Дети получали антигистаминные препараты 2-го поколения с целью контроля выраженности СБО, температурных реакций и возможных аллергических проявлений. Ингаляционное введение препаратов обеспечивало быстрый терапевтический эффект и селективность воздействия, который применяли для проведения бронхолитической терапии ( $\beta$ -2-агонисты короткого действия, антихолинергические препараты). Из комбинированных бронхолитиков применяли ингаляционно Беродуал, содержащий ипратропиум бромид и фенотерол, действие которых в этой комбинации синергично, и при ингаляционном применении оказывал быстрый бронходилатирующий эффект. Клинические преимущества проведенной небулайзерной терапии – пациенты получали адекватную дозу препарата, неинвазивность, быстрое купирование приступов затруднённого дыхания, возможность использования при жизнеугрожающих симптомах, а также в госпитальных и амбулаторных условиях, уменьшение риска системного действия препарата. В качестве патогенетической коррекции СБО применяли противовоспалительные средства (Эреспал). При тяжелом течении использовали ингаляционные глюкокортикостероиды (Пульмикорт). Необходимость комплексного воздействия

на отдельные звенья патогенеза СБО делает обоснованным использование комплексных препаратов, имеющих комбинированный механизм действия. Применение комплексных препаратов позволяет одновременно уменьшить вязкость и адгезивные свойства бронхиальной слизи, а также нормализовать бронхиальную проходимость.

**Выводы.** Лечение СБО заключается в рациональном подборе лекарственных средств,

выбор которых должен быть патогенетически оправданным, учитывающим индивидуальные особенности ребенка, а также основанным на знании механизма их действия и фармакокинетики. Все дети с СБО нуждаются в комплексном обследовании с целью установления заболевания, послужившего причиной развития данной патологии, и своевременного проведения дифференцированных схем лечения.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Л.А. Бабаева, А.А. Гиёсов

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность проведенного лечения нефрогенной анемии у детей.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 18 детей на разных стадиях ХБП, получавших консервативное лечение, которые находились на стационарном лечении в I-ом детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе. Возрастной диапазон составил 7-15 лет. Соотношение девочек и мальчиков составило 1:1. Всем больным были проведены клиничко-анамнестические и лабораторно-инструментальные методы исследования (общий анализ мочи, клинический и биохимический анализы крови, уровни сывороточного железа, ферритина и трансферрина, СКФ по формуле Шварца, функционально-почечные пробы, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, профиль АД, эхокардиография. 61,1% больных получали инфузии препарата Гематофер, 38,9% - рекомбинантный человеческий эритропоэтин (рчЭПО).

**Результаты.** При проведенной ранее терапии пероральными препаратами железа у наблюдаемых нами больных рекомендуемые значения Hb не были достигнуты, в связи с чем был рассмотрен внутривенный путь введения. 11 больных (61,1%) получали внутривенные формы препарата железа - Гематофер. С целью выявления непереносимости препа-

рата, перед введением первой терапевтической дозы, сначала вводили тест-дозу. Препарат вводили в виде капельной инфузии для того, чтобы уменьшить риск выраженного снижения артериального давления и опасности попадания раствора в около венозное пространство. Перед инфузией препарат разводили 0,9% раствором NaCl в соотношении 1:20, 100 мг железа вводили со скоростью не менее, чем за 15 минут. После проведения тест-дозы, при отсутствии побочного эффекта, оставшуюся часть раствора вводили с рекомендованной скоростью. При введении начальной дозы больные наблюдались в течение 60 минут после инфузии. В результате проведенной терапии повышение Hb более 10 г/л с базового значения  $65 \pm 6$  г/л до  $78 \pm 5$  г/л было отмечено у 9 больных (81,8%), что было оценено как позитивный эффект. Побочных эффектов при введении препарата не отмечалось. Парентеральное введение Гематофера привело к активации эритропоэза и повышению уровня Hb у больных с НА.

38,9% пациентам (n=7) применяли препарат рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО) с целью стимуляции эритропоэза. Доза препарата корректировалась в соответствии с уровнем Hb. Всем больным проводили мониторинг артериального давления. Терапию начинали при уровне Hb <105



г/л у детей до 2-х лет и 110 г/л и < у детей старше 2-х лет; а также при развитии симптомов, характерных для анемического синдрома. Терапию детей ЭСП начинали с эпоэтина-  $\alpha$  и эпоэтина-  $\beta$  в начальной дозе 150 ЕД/кг/нед. Выбор конкретного препарата и дозировка для каждого пациента были индивидуальными и определялись клиническими факторами. У детей на додиализном и диализном этапах лечения при уровне Hb <90 г/л применяли ЭСП в дозе 50 МЕ/кг/нед подкожно, при уровне Hb <90 г/л - 100 МЕ/кг/нед у подростков и детей с массой тела >20 кг, у детей с массой тела до 20 кг - 200 МЕ/кг/нед. Кратность введения ЭСП составляла от 1 до 3 раз в неделю. Стартовая доза эпоэтина-  $\alpha$  и эпоэтина-  $\beta$  для лечения нефрогенной анемии составила 20-50 ЕД/кг/ 3 раза в неделю. Целью терапии ЭСП

являлось повышение уровня Hb от 10 до 20 г/л в течение 4 недель до достижения целевого уровня, при условии повышения дозы ЭСП не более 2 раза за неделю.

**Выводы.** Применение препаратов железа и ЭСП является золотым стандартом при лечении нефрогенной анемии у детей. Результаты исследования продемонстрировали эффективность применения препарата Гематофер и рекомбинатного человеческого эритропоэтина, которые позволили быстрее достичь необходимых уровней концентрации гемоглобина и других показателей, что привело к улучшению аппетита и качества жизни, повышению толерантности к физическим нагрузкам. Коррекция нефрогенной анемии является ключевым фактором, который снижает смертность детей с ХБП.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМФИЗЕМЫ ЛЁГКИХ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСТКОРЕВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

**З.А. Бадалова**

Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж.  
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Цель.** Посткоревая пневмония у детей, возникающая на фоне выраженной вирус-индуцированной иммуносупрессии, может сопровождаться рядом тяжёлых респираторных осложнений, одним из которых является вторичная (вентиляционная) эмфизема лёгких.

**Материал и методы.** Были обследованы 10 детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных в больницу МК «Истиклол». Были определены клинические и лабораторно-инструментальные методы диагностики: (ОАК, биохимия, ИФА, ПЦР, посев мокроты, рентген, КТ). Клинически эмфизема может проявляться усилением одышки, раздутием грудной клетки, асимметрией дыхания и снижением аускультативных шумов. с помощью рентгенографии органов грудной клетки и, при необходимости, КТ лёгких, где выявляются участки гипервоздушности, уплощение диафрагмы, уменьшение сосудистого рисунка. Лечение носит

симптоматический и патогенетический характер, включая обеспечение адекватной бронхальной проходимости, кислородотерапию, санацию дыхательных путей и, в отдельных случаях, хирургическое вмешательство.

**Результаты.** Были выявлены клинические признаки: одышка, затяжной кашель (в основном сухой или с небольшим количеством мокроты), свистящее дыхание, также перкуторные и аускультативные изменения. В лабораторных признаках хронического воспаления (СОЭ, лимфоцитоз или нейтрофилёз, в зависимости от стадии). Рентгенография: повышенная прозрачность лёгочных полей, низкое стояние и уплощение куполов диафрагмы, возможны остаточные инфильтраты или признаки фиброза. На КТ грудной клетки: зоны разрежения лёгочной ткани, субплевральные буллы (при буллёзной форме) гиперинфляция, мозаичный рисунок вентиляции. На пульсокс-

симетрия: снижение SpO<sub>2</sub> в покое или при нагрузке (< 95%).

**Выводы.** Эмфизема лёгких как осложнение посткоревой пневмонии требует мультимодального подхода к диагностике. Таким образом, ранняя диагностика и коррекция

посткоревых осложнений, включая эмфизему, существенно снижают риск хронических дыхательных нарушений и инвалидизации. Также решающую роль играют рентгенография и КТ, а клинические признаки позволяют заподозрить осложнение на ранних этапах.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Х.Ч. Гуриев<sup>1,2</sup>, А.М. Шарипов<sup>1,2,3</sup>, С.А. Мазабшоев<sup>1,2</sup>, А.А. Махмадалиев<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Совершенствование показателей оперативного излечения болезни Гиршпрунга у детей с помощью оценки результативности различных хирургических подходов и их использования в клинической практике.

**Материал и методы.** В период с 2010 по 2023 год в торакоабдоминальном отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» (Таджикистан) хирургическое лечение БГ провели 146 пациентам. Возраст больных варьировал от 6 месяцев до 12 лет, при этом большинство (113 пациентов, или 77,4%) находились в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Среди исследованных доминировали мальчики (89 случаев, 61,0%), девочек было 57 (39,0%). В зависимости от клинической картины, пациенты были распределены по следующим формам: компенсированная – у 53 детей (36,3%), субкомпенсированная – у 64 (43,8%) и декомпенсированная – у 29 (19,9%). В соответствии с классификацией А.И. Ленюшкина, выделены следующие типы БГ: ректальная – у 24 пациентов (16,4%), ректосигмоидальная – у 114 (78,1%) и субтотальная – у 8 детей (5,5%). Для оценки эффективности различных хирургических тактик пациенты были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 67 детей (45,9%), им была выполнена операция Соаве с открытым доступом или ее модификации. Основная группа, включавшая 79 па-

циентов (54, 1%), подверглась одноэтапному лапароскопическому вмешательству (30%) или трансанальной операции без использования лапароскопа (49%).

**Результаты.** Оперативное лечение было хорошо перенесено всеми детьми. Продолжительность операций составила в среднем 86,3±12,2 минуты в первой группе, 126,3±6,2 минуты во второй. Средняя продолжительность госпитализации составила 14, 4±3,4 дня для первой группы, 9,93±2,08 дня для второй. В контрольной группе энтеральное питание через зонд внедряли на 2-3 сутки после операции, тогда как в основной группе – через 12-24 часа после возобновления пассажа кишечника. Восстановление стула у больных контрольной группы занимало 24-36 часов, а у детей основной группы – 12-24 часа после хирургического вмешательства. У 8 (5, 5%) пациентов из контрольной группы в ближайшем времени после операции наблюдались осложнения в виде ранней спаечной непроходимости (2 случая), стриктуры колоректального соустья (3 случая) и инконтиненции (3 случая). Спаечную непроходимость устранили хирургическим путем, стриктуру – с помощью дилатации, а недержание – консервативными методами, что способствовало улучшению состояния. В основной группе ранние послеоперационные ухудшения после лапароскопической операции

были зафиксированы у 3 (2,0%) больных: у одного – каломазание, у двоих – несостоятельность колоанального анастомоза с развитием параректального абсцесса. Недержание удалось вылечить консервативно. Двум другим пациентам выполнили энтеростомию с санацией и дренированием малого таза, что привело к положительным результатам. У 3 (2%) детей, которым проводили трансанальное низведение без лапароскопии, были выявлены стриктура колоректального соустья, недержание и несостоятельность колоанального анастомоза с формированием параректального абсцесса. Стриктуру устранили дилатацией, недержание – консервативно, а при несостоятельности провели санацию малого таза с

формированием искусственного анастомоза на передней брюшной стенке. Смертельных исходов в обеих группах не было. Всем детям, вне зависимости от группы, на 12-14 дни после оперативного вмешательства осуществлялось пальцевое ректальное исследование для оценки проходимости и надежности ректального соустья.

**Вывод.** Применение лапароскопической эндоректальной методики и трансанальной резекции без лапароскопической поддержки при радикальном лечении болезни Гиршпрунга у пациентов демонстрирует, что эти способы отличаются заметными эстетическими преимуществами и отличаются минимальной травматичностью.

## ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ

С.Б. Давлятов, Дж.Т. Баходуров

Кафедра детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить изменение центральной гемодинамики у больных сочетанным эхинококкозом.

**Материал и методы.** Нами при сравнительном анализе у 65 больных в стадии обострения воспалительного процесса на фоне осложненного эхинококкоза и ремиссии эндобронхита, а также на фоне неосложненных ЭК у 38 было установлено увеличение электромеханической систолы левого желудочка на  $18,7 \pm 1,8\%$  по сравнению с двухсторонним эхинококкозом легких в основном за счет удлинения периода напряжения. Такая направленность сдвига зависела от удлинения фазы изометрического сокращения, тогда как фаза асинхронного сокращения не изменялась. Учитывая прямую корреляцию между величиной фазы изометрического сокращения и УО, удлинение этой фазы у детей с 3 ст. ВДН можно характеризовать как уменьшение УО за счет дилатации объема левого желудочка. Все вышеуказанные изменения требуют особого подхода при выборе вида предоперационной под-

готовки, а также интра- и послеоперационного ведения детей с сочетанным эхинококкозом.

**Результаты.** Систолическое давление легочной артерии и легочно-сосудистое сопротивление у больных с ЭЛ на фоне одностороннего диффузного эндобронхита имелось тенденцию к повышению и составляет по отношению к должной величине соответственно 14,3 и 16,2% при одинаковых величинах МРПЖ и ИУРПЖ. Фазовый анализ сократимости правого желудочка, характеризуемый индексом напряжения миокарда, внутрисистолическим показателем и индексом ударной работы желудочка указывает на практически одинаковые уровни при сравнении с должными показателями. Следует отметить, что у 48 детей с двухсторонним диффузным эндобронхитом изменение показателей малого круга кровообращения по сравнению с односторонним поражением в стадии ремиссии было более выраженным, причем его интенсивность зависела от степени гиповолемии и интоксикации. У детей с большим и гигантским ЭКЛ,

перикистозной пневмонией при осложненном ЭКЛ с двусторонним диффузным эндобронхитом отмечали 2 ст. легочно-артериальной гипертензии на фоне увеличения ЛСС и снижения сократительной способности миокарда правого желудочка.

У больных с осложненным ЭКЛ – прорывом в бронх и нагноением, особенно с гнойно-фибринозным ЭБ в стадии обострения и обструктивным синдромом на фоне ВДН III ст. изменение показателей малого круга кровообращения были выраженным, у этих детей наблюдали III ст. легочно-артериальной гипертензии с нарастанием ЛСС, снижение МРПЖ, ИНМ пж, ИУРПЖ, характеризующееся сократительной способностью миокарда правого желудочка. Повышение преднагрузки является непосредственной причиной снижения сердечного индекса у детей с большим и гигантским ЭКЛ и двусторонним поражением легкого. Обращает на себя внимание тот

факт, что относительное увеличение тонуса легочных сосудов у больных с обострением ЭБ на фоне гнойного процесса со спазмом бронхов было большим чем увеличение тонуса периферических сосудов. Именно это обстоятельство являлось причиной нагрузки правого и левого желудочка по мере увеличения вазоконстрикции в сосудистой системе малого круга кровообращения с застоем в большом круге с гипертензией.

**Выводы.** В зависимости от степени и распространенности эхинококкоза, внутрилегочного напряжения, стадии и обострения воспалительного процесса, дыхательной недостаточности развивается интоксикация с нарушением метаболических процессов и гиповолемия. Оценка степени изменений способствует правильному выбору. целенаправленному определению срока и объема предоперационной подготовки, тактике интра- и послеоперационного ведения.

## ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

С.Б. Давлятов, Дж.Т. Баходуров, С.Дж. Самадов

Кафедра детской хирургии, ГОУ «ИПОвСЗ РТ» г. Душанбе, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Проанализировать методы диагностики и тактики лечения детей с кисты поджелудочной железы (КПЖ).

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в течении 18 лет находился 26 ребёнок с КПЖ. Детей в возрасте от 1 года до 4 лет было 5, 4-7 лет – 12 и 8-12 лет – 10. Чаще наблюдались девочки – 16. КПЖ по общей принятой классификации были следующими: А. Ложные – 8, из них воспалительного генеза – 4 (острые – 1 и хронические - 3) и посттравматические – 4. Б. Истинные – 18, из них врожденные – 12 (простые, однокамерные – 7 и поликистоз - 5), паразитарные (эхинококкоз) – 4. По локализации кисты были: в области головки – 12, тела – 5, хвоста – 7 и смешанные – 3. По объему: малые (от 20 до 100 мл) – 8, средние (от 100 до 250 мл) - 13,

большие и гигантские (от 250 до 600 и более мл) – 8. С целью диагностики, кроме клинических лабораторных методов исследования, проводилось УЗИ, рентгеноконтрастирование желудочно-кишечного тракта, КТ и МРТ и лапароскопия.

**Результаты.** Ложные кисты обычно образовывались у детей после панкреатита (3) и прямой травмы в эпигастральной области. У одного ребёнка киста имела острое течение, с болями в животе, быстрым увеличением опухолевидного образования в проекции ПЖ, увеличением амилазы крови и мочи, выраженным проявлением эндотоксикоза. У троих детей КПЖ образовались после операции дренирования ложа ПЖ по поводу кисты поджелудочной железы (5), ушивания раны хвоста ПЖ и дренирования в сроке от 1 месяца до 3



месяцев после операции. Для ложной КПЖ было характерно наличие плотной фиброзной капсулы без эпителиальной выстилки, заполненный секретом ПЖ и высоким содержанием амилазы (от 250 до 1000 ед/л). У всех больных были боли в животе, рвота, опухолевидные образования, явления хронической интоксикации, умеренно повышение амилазы крови (от 200 до 450 ед./л).

Истинные КПЖ проявлялись в основном опухолевидным образованием и ноющими болями в животе, отставанием в физическом развитии, понижении аппетита и анемией. На УЗИ, КТ и МРТ определялись одно или несколько объемных жидкостсодержащих образований в области ПЖ и её анатомо-топографические взаимоотношения с такими прилегающими органами, как почки, селезёнка и кишечник.

Дети с КПЖ подлежат оперативному лечению. Дети оперировались верхне-срединным и поперечным доступом выше пупка. КПЖ пунктировались с эвакуацией её содержимого, полость кисты обрабатывалась 96<sup>0</sup>С этанолом. Фиброзную капсулу кисты по возможности иссекали. У пяти больных отмечалось сообщение

с протоком ПЖ, им свищевой ход ушивался двухрядными PDS 5/0 швами и дополнительно тампонировали большим сальником на ножке с дренированием. В трех случаях произведено удаление кисты после перевязки сообщаемого протока, не вскрывая оболочки. В трёх случаях удалось удалить кисты целиком не вскрывая, после перевязки протока, которые сообщались с головкой поджелудочной железы. Одному больному после частичного иссечения капсулы проводили марсупиализацию и в полость вводили дренажную трубку. Больным эхинококкозом ПЖ (2) после иссечения фиброзной капсулы, остающуюся полость ликвидировали оментопексией. Двоим больным произведено внутреннее дренирование по Ру. У троих детей наблюдался рецидив КПЖ, их прооперировали повторно. Одному ребенку произведено ПДР резекции (операция Уиппла) с хорошим результатом.

**Выводы.** Прогноз при кистах поджелудочной железы у детей достаточно благоприятный. Он зависит как от причины заболевания, так и от своевременности диагностики и хирургического лечения.

## ОЦЕНКА ОХВАТА ИММУНИЗАЦИЕЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ДУШАНБЕ

Дж.Дж. Давлатова.

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель.** Анализ фактического состояния иммунизационного статуса детей, проживающих в г. Душанбе, в сравнении с Национальным календарём профилактических прививок (НКПП) Республики Таджикистан. Оценить соответствие уровня проведённой вакцинации установленным срокам и объёму иммунизации, предусмотренным НКПП. Выявить возрастные особенности и различия вакцинального анамнеза среди детей разных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ карт профилактических

прививок (форма 063/у) детей, наблюдающихся в поликлиниках г. Душанбе. Обследованы 362 ребёнка, распределённые на 4 возрастные группы в зависимости от ключевых этапов вакцинации согласно НКПП:

**Группа 1:** 2 мес – 4 мес (n = 112)

**Группа 2:** 9 мес–2 лет (n = 106)

**Группа 3:** 6 лет (n = 76)

**Группа 4:** 16 лет (n = 68)

(Статистическая обработка проводилась с применением критерия  $\chi^2$  Пирсона).

**Результаты.** Общий уровень охвата иммунизацией по обязательным вакцинациям

(БЦЖ, гепатит В, АКДС, полиомиелит, ротавирусная) во всех возрастных группах оценивается как высокий. Особенно высокий процент охвата наблюдается у 1 группы, что отражает накопительный эффект проводимой иммунизации. В 2-й группе ниже охват АКДС (64 %,  $\chi^2 = 67,98$ ;  $p = 0,01$ ) и полиомиелитной вакциной (52 %,  $\chi^2 = 225,52$ ;  $p = 0,01$ ), что связано с рядом факторов: медотводами (3 %), отказами от вакцинации со стороны родителей (9 %) и отсутствием вакцин в пунктах иммунизации на момент проведения. В группах 3 и 4 регистрируется значительное снижение охвата вакцинацией против гемофильной инфекции типа В (34 % и 0 % соответственно,  $\chi^2 = 81,27$ ;  $p = 0,01$ ) и пневмококковой инфекции (4 % и 0 % соответственно,  $\chi^2 = 225,52$ ;  $p = 0,01$ ), что обусловлено относительно поздним включением данных вакцин в национальный

календарь Таджикистана. Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи проведена преимущественно детям старше 2 лет. В 1-й группе низкий охват объясняется тем, что возрастная планка вакцинации ещё не достигнута ( $\chi^2 = 10,62$ ;  $p = 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, вакцинальный статус детей и подростков в г. Душанбе в целом соответствует Национальному календарю профилактических прививок. Основными причинами недостаточного охвата в отдельных возрастных подгруппах являются временные логистические трудности, связанные с поставками вакцин, а также частные случаи отказов и медицинских противопоказаний. Необходим постоянный мониторинг выполнения календаря вакцинации с целью своевременного выявления и устранения пробелов в охвате иммунизацией.

## ЛЕЧЕНИЕ ДОЛИХОСИГМА У ДЕТЕЙ

С.Б. Давлятов, Дж.Т. Баходуров, Н.Х. Нодиров, Ф.Б. Абдувахобов

Кафедра детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Выбор тактики диагностики и лечения хронического запора при долихосигме у детей.

**Материал и методы.** На лечении находились 225 больных с различной патологией толстой кишки, проявляющейся хроническими запорами, из них у 132 (58%) детей обнаружена долихосигма. Все больные с долихосигмой были разделены на три основные группы. В первую группу включены 22 (61,1%) больных с компенсированной стадией. Эти дети были практически здоровы, нарушения функций кишечника у них возникали лишь эпизодически. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта показало удлинение сигмовидной кишки. Некоторые из этих детей жаловались на эпизодические приступы болей в животе, преимущественно в нижних отделах.

Во вторую — 32 (24,2%) больных с субкомпенсированной стадией. Эти пациенты предъявляли жалобы на периодические за-

поры продолжительностью до 2-3 дней с последующим самостоятельным опорожнением кишечника. В отличие от детей с долихосигмой в компенсированной стадии, у пациентов этой группы заметно чаще возникали боли в животе и метеоризм.

Третью группу составили 28 (21,2%) больных с декомпенсированной стадией, у которых были более заметные нарушения функций кишечника. Задержка стула у них продолжалась до 5 дней и более, причём у некоторых детей самостоятельного отхождения стула не было.

Диагностику 132 (100%) больным проводили на основании данных анамнеза и результатов клиничко-биохимических анализов (анализы крови, мочи, копрограмма, исследование кишечной микрофлоры), также выполнена фиброколоноскопия — 68 (51,1%) пациентам, ирригография — 132 (100%), исследование, мультиспинальная компьютерная томография с контрастированием и виртуальная колоно-

скопия с 3D-реконструкцией — 16 (12,1%), сфинктерометрия — 32 (24,2%), морфологическое исследование биоптата ткани толстой кишки после операция — 12 (10%), больным.

**Результаты.** Из 132 больных с долихо-сигмой 97 (73,4%) получили консервативное лечение, остальные 35 (26,5%) детей нами были оперированы. У 3 (8,3%) больных в начале нашей работы произведено операция Соаве. Резекция сигмовидной кишки с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец», произведено у 28 (21,2%). У 7 больных выполнено одноэтапное вмешательство — ле-

восторонняя гемиколэктомия с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец». Наилучший хирургический результат получен при резекция сигмовидной кишки. Во всех случаях использован минидоступ до 3 сантиметра.

**Вывод.** Лечение хронического колостаза необходимо начинать с консервативных методов терапии и только после комплексного обследования; показаниями к хирургическому лечению являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы, не поддающиеся консервативной терапии.

## ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

М.К. Дехканов, С.А. Ахмеджанов, Б.К. Ташпулатов, Н.Н. Хомидов

Областной детский хирургический центр, ГКБ №1 им С.Урунова г. Худжанд

**Цель.** Определение эффективности консервативного метода лечения инвагинации кишечника у детей при помощи УЗИ.

**Материалы и методы.** За 5 лет (2020-2025 г) в областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) г Худжанда находились по поводу инвагинации кишечника 60 больных: городские составили -24, сельские -36. В возрасте до 6 месяцев было 14 (23,3%), 7-12 месяцев - 20 (28,3%), 1-3 года 17 (33,3%), старше 3-х лет 9 (15%). Первые 6 часов от начало заболевания поступило 22 больных (36,7%), 6-18 часов – 14 (23,3%), после 18 часов - 24 (40%) больных. Клиническая картина протекала типично - острое начало со схваткообразными болями в животе у 60 (100%) больных, рвота у 48 (80%), пальпация инвагината в брюшной полости у 41 (68,3%), кровянистое выделение из прямой кишки у 38 (63,3%) и у 5 (8,3%) определялся инвагинат при пальцевом исследовании прямой кишки.

При обращении всем пациентам выполнено обзорная рентгенография брюшной полости и УЗИ брюшной полости. Для установления диагноза и лечения инвагинации кишечника 36 больным поступившим до 18 часов от начало заболевания произведено пневмоирригоскопия под общим обезболиванием. Под

кетаминным наркозом инвагинат расправлен 30 больным. В 6 случаях расправление инвагината не увенчалось успехом, этим больным дальнейшего введение воздуха произведено под общим интубационным наркозом с применением мышечных релаксантов короткого действия под управляемым дыханием, в результате чего удалось расправить инвагинат. Введение воздуха под управляемым дыханием позволяет снизить противодействующее давление со стороны брюшной полости, вызывает расслабление диафрагмы и мышц передней брюшной стенки, за счет чего создается дополнительное пространство для перемещения органов внутри брюшной полости, увеличивается возможная величина перемещения. Это приводит к увеличению объема вводимого в прямую кишку воздуха на 10-20% по отношению к объему воздуха, необходимого для расправления инвагината в условиях наркоза. При такой пневмокомпрессии удастся достичь большего расширения внутреннего диаметра наружного цилиндра, увеличения расстояния между внутренним и внешним цилиндром, а так же расширения ущемляющего кольца, то есть добиться лучшего эффекта при лечении инвагинации.

Нам удалось произвести дезинвагинацию кишечника под контролем УЗИ без оперативного вмешательства при давности до 18 часов 36 больным. Критерием дезинвагинации является заполнение воздухом всего толстого кишечника и проникновение его в тонкую кишку, исчезновение пальпируемого опухолевидного образования живота. Поступившие позже 18 часов от начала заболевания 19 больным в тяжелом состоянии и 5 больным с тонкокишечной инвагинацией произведено оперативное лечение. Предоперационная подготовка включала проведение коррекции белкового и электролитного обмена, восполнения ОЦК. Продолжительность предоперационной подготовки зависела от тяжести состояния больного и длилась не менее 2 х часов.

Лапаротомия проводилась срединным разрезом, 20 - больным удалось произвести дезинвагинацию, 4 - больным в связи с некрозом кишечника произведено резекция некротизированного участка с наложением анастомоза конец в конец 2 больным, илеотрансверзоанастомоз 1 и концевая илеостома 1 больно-

му. У 8 больных причиной инвагинации был дивертикул Меккеля, клиновидная резекция произведено 2, пристеночная 6 больным.

В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная терапия, по показаниям проводились сеансы гемосорбции, УФО, лазерной терапии, назначались антибиотики широкого спектра действия, подключены антиоксидантные препараты (тимогин, рибофлавин, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза). Послеоперационная анальгезия проводилась нейрорепланалгезией, назначением дроперидола с фентанилом. Летальных исходов не было.

**Выводы:** Таким образом, при поступлении больных с инвагинацией кишечника необходимо начать с консервативного метода лечения, проведение пневмоирригоскопии под контролем ультразвукового исследования. При отсутствии эффекта и при тяжелом состоянии больного, позже 18 часов от начала заболевания, определение инвагината при пальцевом исследовании и наличие перитонеальных явлений необходимо проведение оперативного метода лечения.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Х.И. Ибодзода<sup>1</sup>, Р.М. Байгереев<sup>2</sup>, Э.К. Кусманова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>КГП на ПХВ Многопрофильная городская детская больница №2 г.Астана, Казахстан

<sup>3</sup>КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», г. Оскемен, Казахстан

**Цель.** Выявить необходимость проведения капсульной эндоскопии у детей.

**Материал и методы.** Показания для проведения ВКЭ у детей и взрослых схожи: оценка потенциальных и известных воспалительных заболеваний кишечника наиболее распространена в педиатрической популяции, при этом КЭ также обеспечивает повышенную диагностическую достоверность по сравнению с рентгенографическими исследованиями.

В многоцентровом исследовании в “Многопрофильной городской детской больницы” г. Астана и “Центре Матери и ребенка” города Оскемен в отделениях «Детской хирургии»

применение капсульной эндоскопии началось со второй половины 2023 года. За этот период проведена ВКЭ 98 пациентам с использованием капсулы фирмы ОМОН (длиной 25,4 мм и шириной 11 мм). Пациенты свободно проглатывали капсулу, без дискомфорта и боли, а также без применения других каких-либо манипуляций.

Показаниями для проведения ВКЭ были: подозрение на воспалительные заболевания тонкого кишечника (болезнь Крона, различного рода энтериты и илеиты), хронические боли в животе, анемия неизвестного характера, подозрения на дивертикулы тонкой кишки.



Возрастной диапазон применения капсульной эндоскопии составил от 2 г 3 мес до 18 лет.

Пациенты, готовящиеся на капсульную эндоскопию, проходили 4-х дневную подготовку, которая состояла из бесклетчаточной диеты, не содержащей грубых растительных волокон, предусматривающая полное исключение из питания за трое суток до обследования жирных и мясных продуктов, копченых изделий, бобовых, жирных кисломолочных продуктов, круп, зерновых продуктов. За сутки до исследования назначалось слабительное по двухэтапной схеме. Во время исследования пациент проглатывал капсулу с водой и затем обычно вёл нормальный образ жизни в течение 8-10 часов, пока капсула не эвакуировалась естественным образом с калом. Во время процедуры камера внутри капсулы снимала тысячи фотографий, которые анализировались врачом после процедуры.

**Результаты.** По результатам проведения ВКЭ 98 детям выявлена следующая патология: болезнь Крона (7 пациента), болезнь Бехчета (2 пациент), лимфофолликулярная гиперплазия подвздошной кишки (38 пациентов), афтозный тифлит (10 пациентов), пролабирование баугиниевой заслонки (3 пациент), недостаточность баугиниевой заслонки (7), различной локализации полипы тонкого кишечника (12), полип баугиниевой заслонки (1 пациент), полип дуоденального сосочка (1 пациент), образование слепой кишки (1), ксантома подвздошной кишки (1), диффузный полипоз желудка и тонкого кишечника (2 пациент), гастроэзофагиальный рефлюкс (1), дуоденогастральный рефлюкс (47), ангиодисплазии тонкого кишечника (7), дивертикул Меккеля (1 пациент), лимфома тонкого кишечника (1 пациент), эрозивные изменения послеоперационного анастомоза (1 пациент), различные виды гастродуоденитов, включая эрозивно-геморрагический (66 пациентов).

Среди пациентов, кому выставлен диагноз болезнь Крона путем ВКЭ, только у одного был ранее подтвержденный данный диагноз.

Пациенты с лимфофолликулярной гиперплазией подвздошной кишки, дуодено-гастральным рефлюксом получили соответствующее лечение у гастроэнтеролога. Всем пациентам с единичными полипами проведена полипэктомия эндоскопическим методом. Один пациент с диффузным полипозом желудка и тонкого кишечника направлен на лечение в республиканский центр.

Общее время прохождения капсул через весь ЖКТ в наших наблюдениях составило от 4 часов до 48 часов. В литературе описывают случаи задержки капсулы более 2х недель, в нашей практике таких случаев не было.

При использовании данного метода эндоскопической диагностики выявлен ряд положительных сторон: единственный достоверный метод диагностики всего тонкого кишечника; возможность эндоскопии пищевода, желудка и толстого кишечника; возможность не только высококачественной оценки слизистой оболочки ЖКТ, но и оценка моторики и перистальтики ЖКТ в связи с свободным транзитом видеокапсулы без применения активной инвазии и фармакологических средств; отсутствие необходимости применения анестезии, в том числе и местной; полное отсутствие лучевой нагрузки на пациента; отсутствие необходимости в стерилизации аппарата, так как капсула является одноразовой. Хочется отметить, что до обследования многие дети страдали от неизвестного диагноза, у многих не подтверждался диагноз, соответственно не было квалифицированного лечения. После проведения ВКЭ детям было назначено соответствующее лечение.

**Выводы.** ВКЭ является высокоинформативным методом диагностики ЖКТ, дающим возможность начала ранней терапии и наблюдения в динамике. Отсутствие травматичности и дискомфорта при исследовании. Отсутствие необходимости в анестезии и лучевой нагрузке. Безопасность - эндоскопическая капсула является одноразовой, что исключает возможность инфицирования пациента.

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОРЫВА НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ У ДЕТЕЙ

Х. Ибодзода<sup>1,2</sup>, Г.Х. Ибодова<sup>1</sup>, М.А. Орипов<sup>2</sup>, Т.Ш. Икромид<sup>2</sup>, Р.Р. Рофиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НОУ Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение диагностики прорыва нагноившихся эхинококковых кист в плевральную полость с помощью ультразвукового исследования у детей.

**Материал и методы.** Ультразвуковому исследованию подверглись 120 детей. Из них 17 (14,2%) детей с прорывом эхинококковой кисты в плевральную полость и 103 (85,8%) детей с прорывом эхинококковой кисты в бронх. Мальчиков - 56,6%, девочек - 43,4%. По возрасту дети были распределены таким образом: 2 – 5 лет были – 7 (5,8%), 6 – 9 лет – 55 (45,8%), 10 – 13 лет – 32 (26,7%), 14 – 17 лет – 26 (21,7%).

По локализации эхинококкоза легких больные были разделены следующим образом: У 91 (75,8%) ребенка кисты были односторонними одиночными – правосторонние (одна киста) - у 53 (58,2%), левосторонние (одна киста) - у 38 (41,8%). Двусторонние кисты - у 15 (12,8%), множественные - у 29 (24,2%). Клиническая картина нагноившегося эхинококкоза легких, особенно в предперфоративной стадии была достаточно выраженной. При нагноении эхинококковых кист проявились симптомы гнойно-септического процесса. При вскрытии кист в плевральную полость у 90% больных наблюдались резкие боли в грудной клетке, тяжелая одышка и выраженная дыхательная недостаточность. Прорыв эхинококковой кисты в бронх наблюдался чаще – в 85,8% случаев. На фоне кашля у 58 (48,3%) детей отмечалось резкое ухудшение состояния с приступами асфиксии, кашлем отхождением жидкости и обрывков хитиновой оболочки. При анализе крови выявлялись признаки анемии, лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, увеличения количества эозинофилов и лимфоцитов, а также сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Эти показа-

тели служили косвенными признаками той или иной фазы жизнедеятельности паразита. У 59 (57,5%) детей с одиночными кистами наблюдалась незначительная эозинофилия и повышение СОЭ до 12-15 мм/час. При множественных кистах (24,2%) у всех пациентов отмечались выраженная эозинофилия, СОЭ > 16 мм/ч, умеренная анемия (гемоглобин 98-105г/л, эритроциты  $3,5-3,9 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 34-41%) и лейкоцитоз ( $11,5-14,2 \times 10^9/л$ ).

Сонография проводилась на аппаратах фирмы «TOSHIBA» (Япония). УЗИ позволило отслеживать фазы развития паразита. Существует три фазы развития эхинококковой кисты. Фаза I – определяется капсула толщиной 0,2 - 0,3 см, при гомогенное содержимое без осадков. Фаза II - отмечается уплотнение фиброзной капсулы, эхинококковая жидкость содержит единичные мелкие кисты и осадок в виде «песка». Фаза III - характеризуется развитием осложнений, слоистым изображением стенки кисты, участком некроза окружающей ткани, отслоением хитиновой оболочки.

При УЗИ отмечалась четкая дифференциация слоев грудной клетки, визуализация множества мелкоочечных ячеистых структур, а на глубине 0,5-0,9см. расслоение плоских структур, сосудистые образования и бронхов. На втором этапе УЗИ проводилось прицельное полипозиционное исследование зоны поражения. Однако, так как ведущим методом диагностики заболеваний легких и плевры остается рентгенография обследование начиналось с полипозиционной рентгенографии грудной клетки.

**Результаты.** После сопоставления клинических данных и рентгенологической картины проводилось ультразвуковое исследование в двухмерном режиме. Учитывая топографо-

анатомические особенности у детей, измерялись ширина плевральной полости и толщина листков плевры.

Ультразвуковым сканированием удалось точно определить локализацию, экзогенность, дыхательную подвижность, объем, размеры, форму очага, наличие включений, характер, контур и состояние окружающих тканей, толщину и структуру стенки кисты. Особенную ценность УЗИ продемонстрировало при дифференциации выпотных структур, разграничение над- и поддиафрагмальных образований и скопления жидкости. На основании подвижности плевральных листков, структуры содержимого плевральной полости, можно судить о степени ограничения жидкости или о свободном уровне жидкости в грудной полости.

Кроме того, у детей, поступивших на 12-15-е сутки болезни, были выявлены свободно-висящий фибринозный налет в виде короткой нити, плавающей хитиновой оболочки и местами висящие нити в плевральной полости.

**Вывод.** Таким образом, ультразвуковое исследование обладает существенными преимуществами по сравнению с рентгенологическими исследованиями при оценке изменений плевральных листков, субплевральной легочной ткани и выявлении фибрина в виде нитей-тяжей на фоне плевральных выпотов, что очень необходимо для уточнения и установления причины заболевания, а также для дифференциации внутрилегочных образований и выбора правильной тактики лечения.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛФОРМАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Х.И. Ибодов<sup>1,2</sup>, Ш.Э. Яхшибекова<sup>1</sup>, Р.Р. Рофиев<sup>2</sup>, Т.Ш. Икромов<sup>2</sup>, А.Р. Давлатов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НОУ Медико – социальный институт Таджикистана, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение рентгенологических методов исследования новорожденных с аноректальными пороками развития.

**Материал и методы.** Нами анализированы результаты рентгенологических исследований 120 детей с аноректальными пороками развития. Пороки развития у новорожденных были следующие: атрезия ануса -25, атрезия ануса и прямой кишки -5. Свищевые формы атрезии прямой кишки составляло 90 (%) из 120 больных; со свищем в мочевого пузырь -7 (7,6%), свищ в уретру -14 (15,3%), свищ в преддверие влагалища -48 (52,7%), свищ в промежности -12 (13,1%), промежностная эктопия ануса – 7 (7,6%), клоакальная форма атрезии -3 (3,2%). Всем детям в зависимости от вида порока развития проведены целенаправленные рентгенологические исследования.

**Результаты.** Рентгенологической исследования новорожденных всегда начинали с

обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки. Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости выполнялись в прямой и боковой проекциях и снимки должны захватывать грудной отдел позвоночника, с целью облегчения подсчет количества позвонков в разных отделах позвоночника. Желательно, чтобы этот снимок был сделан в течение 10 -11 часов после рождения. Позднее этого срока при атрезии прямой кишки, sacralный отдел позвоночника будет плохо виден и затемнен накопившимся газом в кишке. Хорошего качества полученных рентгенограмм позволяет определить состояние легких, сердца и исключить непроходимость двенадцатиперстной и патологии позвоночника, которые могут сочетаются иногда с аноректальными пороками. В раннем периоде после рождения рентгенография в положение стоя выполнен новорожденным. Для установления

аноректального порока развития важным моментом является определения уровня слепого конца прямой кишки. С этой целью мы в своей работе использовали метод инвертографии по методу Вангенстина и группа сравнения методика разработанной в клинике детской хирургии. Методика клиники отличается от Вангенстин тем, что ребенок укладывается на специально разработанной устройстве. Инвертография по методике Вангенстина проведено у 50 новорожденных, а по методике клиники 70. На инвертограммах определялось высота стояния слепого конца кишки от метки, расположенной на место предполагаемого ануса. Высокой формой мы считаем когда слепой мешок расположен на расстояние  $2,0 \pm 0,2$  см от метки. У 13 новорожденных выявлена высокая атрезией прямой кишки. У 58 новорождённых при раннем выполнение инвертографии, то есть от 12 до 23 часов получено не верная информация. В норме у новорожденного заглоченный воздух при рождении только через 8 – 14 часов достигает прямую кишку. А для тугого наполнения воздухом спого конца прямой кишки необходимо не менее 24 часов. И выполнение рентгенографии в это время даст хорошую информацию. Это оптимальное время, что бы в прямую кишку собирался достаточное количество меконий и газа и это способствует раскрытию имеющегося анального канала. У 62 детей инвертограмма проведено от 24 до 30 часов после рождения.

У 35 детей с целью повышения внутрибрюшинного и внутрикишечного давления во время рентгенологического исследования нами применена компрессия живота. Такая методика приводит к раскрытию имеющейся нормально сформированной, но нефункционирующей части анального канала.

Как известно, при вязком меконии не всегда хорошо заполняется газом терминальный отдел слепого мешка. В связи с этим необходимо ребенка по методике Вангенстина в течение 1-2 минуты держать вниз головой затем сделать инвертограмму, предварительно в желудок вставляется зонд для опорожнения содержимого желудка. Необходимо отметить, после выполнения методики Вангенстина у 5

новорожденных развился аспирация дыхательных путей и 7 повышение внутричерепное давление и кровоизлияния. В этой связи нами разработанная методы при аноректальных пороков развития проведено у 70 детей и осложнение в ходе исследований не отмечено.

При подозрении на высокую форму атрезии прямой кишки с наличием мекония в моче у 23 детей проведено экскреторная урография и цистография. При этом у 14 пациентов выявлено ректоуретральный свищ, а у 7 ректовезикальный.

Нами применены дозированная ирригография у 69 и рентгенологическое исследование с катетером Фолея (19). 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. Созданные нами давление было от 50 до 60 см вод. ст..

Применение дозированной ирригографии в прямой и боковой проекции способствует изучить функцию аноректальных структур (удержание и дефекация), величину аноректального угла, степень имеющийся мегаколона. Рентгенологические исследования с применением катетера Фолея применяется при эктопии анального канала в преддверие влагалища или на промежность. Данная методика применена у 7 пациентов. Этот метод проводится под кратковременным наркозом. Через выходное отверстие эктопированного канала в прямую кишку вводится катетер Фолея. После заполнения баллончик катетера водорастворимым контрастным веществом в количестве 3-5 мл, затем баллончик низводится до упора. При этом он легко проникает в анальный канал и задерживается над суженной частью его (над дистальным стенозом), точно очерчивая его начало. На боковой рентгенограмме определяется расстояние от нижнего контура контрастированного баллончика до маркера. Это расстояние представляет собой истинный диастаз задней стенки эктопированного



анального канала от места должного ануса. Это зависит от степени ригидности элементов аноректальной зоны. Кроме того, при данной методике введение через основной просвет катетера бариевой взвеси в прямую кишку позволяет заполнить все отделы толстой кишки и получить необходимые данные о ее величине, как при обычной дозированной ирригографии.

**Выводы.** Основным диагностическим методом при аноректальных пороках развития является инвертография для установки правильного диагноза, выбора методов оперативного лечения и профилактики осложнений в ближайшем и отдаленном периодах после операции. Методом выбора инвертографии в диагностическом плане является методика разработанной в клинике детской хирургии.

## ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Х.И. Ибодзода<sup>1,2</sup>, Р.Р. Рофиев<sup>2</sup>, А.Р. Давлатов<sup>2</sup>, Т.Ш. Икромид<sup>2</sup>, С.Дж.Самадов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НОУ Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшения результатов лечения врожденного пилоростеноза у детей.

**Материал и методы.** С 2016 - 2025 гг. в ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» находились на обследование и лечение 24 детей, из них у 11 (45,8%) операция проводилась традиционным и у 13 (54,2%) модифицированный метод пилоротомии. Среди них с врожденным пилоростенозом мальчиков было 17 (70,8%), девочек 7 (29,2%).

В диагностике пилоростеноза больным проведены исследования: ЭхоКГ- (82%), НСГ- (98%), УЗИ органов брюшной полости- (100%), рентгенография органов брюшной полости - (86,8%).

Сопутствующие заболевания. Тяжелая острая форма дистрофия ст-2 у 21 детей., Атония стенки желудка, пептический язва дистальный эрозивно-язвенный эзофагит у всех., Пневмония у 3., Постгипоксический ишемическая энцефалопатия с гипертензионным синдромом у 1., Анемия у всех., Сепсис септическая форма у 2

**Результаты.** У 11 (45,8%) детей, оперированных традиционным способом по методике Фреде – Рамштеда обезбоживание продолжалось в течение 3 дней, кормление начато через 16 – 18 часов после операции. Рецидива

пилоростеноза отмечено у одного ребенка, который был оперирован повторно. В одном случае отмечена перфорация слизистой во время пилоромии. Продолжительность операции составила 40 ± минут.

Вторая группа детей с врожденным пилоростенозом, оперированных по модифицированной методике Фреде – Рамштеда длительность послеоперационных обезболивание составила 24 часов. Кормление начато через 8 часов после операции. Техника операции заключалась в дополнительном рассечение пилоруса у нижнего угла раны в виде два усика отходящий в обе стороны под углом 45°. Перфорация и рецидива заболеваний не отмечено. Длительность выполнения операции составило 45±0,5. Все дети выписаны на 6±1,2 сутки.

**Выводы.** Видоизмененная операция Фреде-Рамштеда имеет значительное преимущество перед традиционным способом, которые заключается в отсутствии осложнений и рецидива болезни. Техническое совершенствование модифицированной операции Фреде-Рамштеда может стать серьезным альтернативой традиционной методике пилоромии у детей с врожденным пилоростенозом.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

К.Н. Ибрагимов, Ю.М. Ахмедов

Самаркандский государственный медицинский университет , Областной детский многопрофильный медицинский центр. Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения гипоспадии у детей.

**Материал и методы.** За период с 2022 по 2025 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканд на обследовании и лечении находились 86 больных в возрасте от 3 до 16 лет с гипоспадией различной формы. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки всем произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы (42 больных), стволовая форма (26 больных), мошоночная форма (18 больных).

**Результаты.** Во время операции учитывались оптимальные способы отведения мочи, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария и наложения повязки, что значительно улучшает результаты оперативного лечения. Гипоспадия головчатой формы наблюдался у 42 больных различного возраста. Этим больным было применено различные методы операции такие как МАГПИ, Хаберлик, П-образная уретропластика. Среди них у 8 больных в после операционном периоде наблюдался полное расхождение швов и мочевые свищи что составило 19%. Гипоспадия стволовой формы наблюдался у 26 больных. Этим больным мы применили такие методы операции как Даккет, П-образное уретропластика, Bayts flap, Гросса. Осложнения наблюдались у 6 больных в после операционном

периоде в виде уретральных свищев, нагноение ран, расхождение швов, что составило 23%. У больных с мошоночной формы мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи было выполнено уретропластика. Всем больным был применен метод Bayts flap, осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 2 больных и сужение уретры на месте анастомоза наблюдался у одного больного, что потребовало повторной хирургической коррекции.

**Вывод:** Таким образом, наиболее часто встречающиеся осложнения при хирургической коррекции гипоспадии у детей – уретральные свищи, частичное расхождение швов, и рубцовая деформация полового члена. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения наблюдается редко. Применение двух этапных методов операции при гипоспадии задней формы считается наиболее эффективным методом лечения. При применении монофиламентных нитей 6/0 – 7/0 (ПДС) резко снижается процент уретеральных свищей.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БУККАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

К.Н. Ибрагимов, Ю.М. Ахмедов

Самаркандский государственный медицинский университет , Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Изучить морфологические изменения тканей при осложненных и неосложнен-

ных форм гипоспадии у детей, а также результаты буккальной пластики при гипоспадии

**Материал и методы.** В ОДММЦ города Самарканд за период с 2020- 2024 год микроскопическими методами были изучены материалы 46 больных детей. Возраст их колеблется в пределах от 1-12 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. У детей с не осложненной (незарубцованной) 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 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 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 таблицах.

**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 (зарубцованных) ситуациях эффективность буккального трансплантата неимоверно уменьшается и выбор такого метода должен осуществляться с учетом максимальной сохраненности органотипических и гистотипических свойств полового члена, мошонки и промежности.

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАДНЕЙ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Э. К. Ибрагимов, К. Н. Ибрагимов, Ю. М. Ахмедов.

Самаркандский государственный медицинский университет, Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Цель.** Повышение эффективности хирургического лечения данной формы заболевания у детей.

**Материал и методы.** В исследование были включены 63 пациента с мошоночной формой гипоспадии, находившиеся на лечении в Самаркандском ОДММЦ и на кафедре детской хирургии №2 СамМУ в период с 2018 по 2024 год. Основными методами оперативной коррекции стали двухэтапная буккальная уретропластика (65%) и уретропластика с использованием крайней плоти (35%). Все пациенты проходили стандартное клинико-инструментальное обследование, включающее оценку локализации наружного отверстия уретры, наличие и степень выраженности вентральной кривизны полового члена (хорды), анатомические особенности препуциальной кожи, состояние головки полового члена, мошонки и яичек для исключения крипторхизма.

**Результаты.** Всем больным было применено хирургическое лечение. Во время операции учитывались оптимальные способы отведения мочи, использование современного шовного материала, послеоперационного введения больных, динамическое наблюдение, смены повязки, контроль линии швов. При задней формы гипоспадии нами было применено такие методы операции как буккальная пластика уретры, и создание уретры из лоскута крайней плоти. Метод буккальной пластики был применен 41 (65%) больным. У данных больных мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из внутренней слизистой оболочки нижней губы и внутренней щеки на тело полового члена, создавая уретральную площадку для дальнейшего создания уретры.

Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной слизистой оболочки было выполнено уретропластика. Метод операции по созданию уретры из крайней плоти был применен 22 (34,9%) больным. Производили иссечение, для создания уретральной площадки на вентральной поверхности полового члена («хорды»), затем перемещали рассеченную крайнюю плоть на вентральную поверхность. При операции больным проводили полную мобилизацию кожи и подлежащих фасций ствола полового члена. Если имелось фиброзное перерождение поверхностной и/или глубокой фасций (и их сращений между собой), то эти ткани также иссекали при освобождении ствола. Далее при сохранении искривления производили дорсальную пликацию белочной оболочки кавернозных тел. Операцию завершали зашиванием раны.

**Выводы.** Таким образом анализ полученных данных хирургической коррекции задних форм гипоспадии показал, что наиболее эффективным методом операции при задних формах гипоспадии в нашей практики является буккальная уретропластика. При данном методе операции наиболее низкий уровень осложнений, чем при других методах. В малом количестве в послеоперационном периоде осложнения встречаются в виде уретеральных свищей, сужение уретры, расхождение швов и рубцовая деформация. Буккальная уретропластика считается наиболее часто применяемым методом лечения, дающий хороший косметический результат при мошоночной форме гипоспадии. Осложнения встречающиеся в виде уретральных свищей, сужение уретры, расхождение швов и рубцовая деформация полового члена.



## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКИХ

Т.Ш. Икромии, А. Абдулалиев, А.К. Саломов, Дж.К. Ходжаева

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Профилактика послеоперационной пневмонии у детей после эхинококкэктомии легких у детей.

**Материал и методы.** Нами проведено исследование 32 больных с эхинококковой болезнью, эхинококкоз легких. Больные находились на лечение в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в клинике детской хирургии в период от 2016 по 2025 года. Возраст больных колебался от 5 до 16 лет. Дети в возрасте от 5 до 7 лет было 9 (28,1%), 8 - 11 было 11 (34,3%) и 12 - 16 было 12 (37,5%) лет детей. Больные по расположению эхинококковой кисты находились следующим образом: эхинококковые кисты нижней доли правого легкого – 12 (37,5%), эхинококк верхней доли правого легкого – 6 (18,6%), эхинококк нижней доли левого легкого - 8 (25,0%), эхинококк язычкового сегмента-6 (18,6%), эхинококк обоих легких - 6 (18,7%). Больные были распределены на две группы; контрольная 20 (62,5%) и основная-12 (37,5%). В зависимости от размера эхинококковой кисты больные были распределены на большие (20) и гигантские (12) эхинококковой кисты.

**Результаты.** Больным было проведено оперативное вмешательство под общим обезболиванием сочетанием НЛА+ кетамин. Наркоз проведено с применением ИВЛ аппаратом Hemilton C1и C2 в режиме ABS. Премедикация выполнили за 30 мин до начала основного наркоза в составе атропин, димедрол и промедол из расчета 0.1 мл на год жизни. Вводный наркоз проводили тиопенталом натрием (3,0 мг/кг) и кетамин (2,0мг/кг). Миорелаксации проводили дитилином(2.0мг/кг) и ардуаном (0,6мг/кг). Основной наркоз проводили НЛА (фентанил 1мл на 10 кг массы тела и дроперидол (0,02 мл/кг) и сочетанием

кетамином (2.0 мл/кг). В качестве основного анестетика использовали кетамин через каждые 15-20 мин. В травматичные моменты операции обезболивания дополняли введением фентанилом. В время операции использовали кардиомонитор и по ходу операции контролировали показатели сердечно- респираторную систему. Параметры ИВЛ установили по массе тела и росту ребенка. Остальные параметры аппарат ИВЛ сам выбирал, что облегчил работу врача анестезиолога. После выделения эхинококковой кисты производили вскрытие последней и удаляли хитиновую оболочку и электроотсосом санировали эхинококковую полость. Для обезвреживания эхинококковой полости использовали салфетки обильно смоченные раствором спиртом. В это время возникает опасность попадания раствор спирта в трахео-бронхиальное дерево. Во время вдоха, когда создается отрицательное давления в легких в этот момент через бронхиальные свищи раствор спирт может попасть в трахео-бронхиальное дерево, что может вызывать ожог слизистых бронхов и в последующем развития пневмонии в послеоперационном периоде. Чтобы предотвратить этой опасности перед обработкой эхинококковой полости раствором спирта мы перевели больного на ручную вентиляцию легких мешком Амбу и проводим высокочастотную вентиляцию легких объемным способом, что создает положительное давление в дыхательных путей и препятствует попадание раствора спирта в дыхательные пути. После окончания санации эхинококковой полости больного снова переводят в режиме ABS ИВЛ. Следует отметить, что у детей с традиционным методом введения операционного периода отмечалось развитие пневмонии в послеоперационном периоде в 2 случая у

больных с гигантской эхинококковой кисты, что подтверждено клиническим, рентгенологическими и бронхоскопическим исследованием. У контрольной группы развитие пневмонии в послеоперационном периоде не наблюдалось.

**Вывод.** Таким образом, ИВЛ высокочастотной вентиляции легких объемным спосо-

бом повышает давление в дыхательных путях и препятствует попаданию раствора спирта в дыхательные пути и тем самым предупреждает развитие пневмонии в послеоперационном периоде.

## ОБУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНИКОВ

Т.Ш. Икромии., С.Х. Хасанзода

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии  
Кафедра педиатрии РМК МЗ и СЗН РТ

**Цель.** Оценить состав питания подростков — школьников, связанном с обучением основам правильного питания.

**Материал и методы.** Участниками исследования стали подростки 13-15 лет. Основная группа участвовала в специальном проекте по обучению основам правильного питания (72 детей), у школьников контрольной группы (48) специального обучения не было. Основной метод проведения исследования — анкетирование. С помощью анкеты-1 изучались осведомленность подростков о различных аспектах питания, а также их пищевые предпочтения. С помощью анкеты-2 изучался реальный режим и рацион питания. Анкетирование-2 проводилось в течение недели (понедельник — пятница).

**Результаты.** Подросткам предложили проанализировать список факторов, влияющих на здоровье, среди которых было указано и питание, а также ранжировать их по степени важности. Питание большинство опрошенных поставило на 1-е место, предполагая, что оно вносит самый существенный вклад в здоровья.

Школьники демонстрируют довольно разнообразные представления о питании. При этом объем сведений у подростков, вовлеченных в обучение, существенно больше. Они могут назвать основные питательные вещества и их роль для организма, знают о продуктах — основных источниках питательных веществ,

правилах составления рациона, могут ориентироваться в информации, размещенной на упаковке. В ходе анкетирования подростки должны были составить список из своих любимых продуктов и блюд. Оказалось, что наиболее популярны у подростков блюда из картофеля, блюда с макаронами, мясные блюда, фрукты, сладости. Менее популярны рыбные блюда, молочные продукты, блюда из свежих овощей. Список любимых блюд совпадает в обеих группах. А вот частота упоминания продуктов и блюд в группах различается. Подростки, участвовавшие в обучении, гораздо чаще называют фрукты, сладости, овощные блюда своими любимыми. Участие в образовательной программе не способствует формированию специфики вкусовых предпочтений в целом, а выступает в качестве их модулятора, делая их более здоровыми. Для изучения характеристик реального рациона питания школьников проанализирован недельный список продуктов и блюд, которые вошли в меню подростков. В целом типичное меню подростков включает достаточное количество молочных продуктов, полноценный обед, состоящий из нескольких блюд (суп, второе блюдо, напиток), блюдо из зерновых. При этом в списке наиболее часто встречающихся блюд отсутствуют рыбные блюда. В качестве основного гарнира выступают макароны. Также в списке часто присутствуют колбасные изделия. Несмотря на то что

список продуктов и блюд в меню подростков обеих групп в целом совпадает, частота их употребления различается. Школьники, участвующие программу правильного питания, чаще едят фрукты и овощи, блюда из зерновых (каши, хлопья), мясные блюда, реже сладости, чипсы, сухарики и т. д. Специальное обучение побуждает школьников чаще выбирать более полезные продукты, способствуя формированию здорового рациона. Влияние обучения на поведение школьников проявляется и при сравнении режимов питания. Подростки основной группы едят преимущественно 4—5 раз в день, в их режиме питания чаще встречается 1-й и 2-й завтрак, полдник. У подростков контрольной группы преимущественно

3—4-разовое питание, они реже отмечают, что завтракают в школе и полдничают.

**Выводы.** С помощью только обучения нельзя изменить пищевые привычки и навыки, однако можно скорректировать их.

Обучение не может формировать вкусовые предпочтения школьников и определять продукты и блюда, входящие в их рацион питания. Однако обучение способно выступать в роли модулятора, побуждая подростков внутри определенного пищевого ассортимента выбирать более полезные варианты питания.

Обучение не может формировать реальное меню подростков, оно в значительной степени определяется социальными и экономическими факторами.

## ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНИКОВ

Т.Ш. Икромии, С.Х. Хасанзода

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан.

<sup>2</sup>Кафедра педиатрии РМК МЗ и СЗН РТ, Душанбе, Таджикистан.

<sup>3</sup>ГУ Комплекс здоровья «Истиклол», Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Улучшение результатов диагностики инфекции мочевой системы у подростков школьников.

**Материал и методы.** С целью определения этиологической структуры мочевыделительной инфекции у детей нами было обследовано 40 больных в возрасте от 11 лет и до 16 с пиелонефритом 18 (45%), циститом 12, (30%) и изолированной бактериурией 10 (25%) из исследуемых было 22(55%)-девочек и 18(45%)- мальчиков. Ренальной инфекции является инфекции основной фактор успешного лечения мочевыделительных органов у детей.

Истинный возбудитель ИМС определялся по результатам бактериологического исследования мочи с учетом видовой принадлежности и биологических характеристик урофлоры. Идентификация истинного возбудителя ИМС проводилась по показателям вирулентных свойств уробактерии, включая комплекс пер-

систентного потенциала, в том числе антилизоцимной (АЛА) и антиинтерфероновой активности (АИА) урофлоры.

**Результаты.** Нами не было выявлено достоверные отличие видовой принадлежности уробактерий, изолированных у больных с ИМС (пиелонефрит, цистит ИБУ).

В этиологической структуре ИМС у всех больных преобладали энтеробактерии (62%-эшерихи, протеи, клебсиелла, энтеробактер), реже – стафилококки (22%), псевдомонады и другая (16%) урофлора. При этом нами установлены достоверные различия показателей вирулентных свойств и персистентного потенциала уробактерий, изолированных у больных с ренальной инфекции по сравнению с хроническим циститом.

Доказано, что рецидивирующее течение пиелонефрита поддерживается персистенции возбудителя в кишечнике, как в активную ста-

дию заболевания, так и в ремиссию ренально-го патологического процесса. У 40% детей с изолированной бактериурией выявлено повышения показатели АЛА и АИА микрофлоры мочи, свидетельствующие о высокой патогенности уробактерии, выделенных у пациентов с изолированной бактериурией.

**Выводы.** Для оптимизации диагностики инфекции мочевой системы у детей важно установить этиологию заболевания на основе

результатов бактериологического анализа мочи и определение истинного возбудителя с учетом вирулентных свойств урофлоры.

В структуре диагноза пиелонефрита необходимо указать этиологию заболевания по виду истинного возбудителя, вызвавшего микробное воспаление почек, что является существенным дополнением клинического диагноза ренальной инфекции.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ШКАЛ COMFORT, NIPS И CHEOPS В ОЦЕНКЕ БОЛИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Р.А. Исмаилов, Ш.О. Тошбоев, Д.Р. Абдурахмонова.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Актуальность.** Послеоперационный болевой синдром у новорождённых с врождёнными пороками развития желудочно-кишечного тракта представляет собой одну из ключевых проблем неонатальной хирургии и реаниматологии. Известно, что недостаточный контроль боли в раннем послеоперационном периоде приводит к выраженным стрессовым реакциям, усугубляет полиорганную недостаточность и повышает риск гнойно-септических осложнений. В то же время, чрезмерно высоко дозированное применение анальгетиков у данной категории пациентов сопряжено с высоким риском угнетения дыхания, нарушений гемодинамики и удлинением сроков нахождения на ИВЛ. Поэтому объективная и своевременная оценка боли у новорождённых является принципиально важной задачей, однако её решение затруднено в силу отсутствия универсальных маркеров. Наиболее перспективным направлением считается использование валидированных клинических шкал, однако сравнительная оценка их информативности у новорождённых требует дополнительного изучения.

**Цель.** Является определение информативности и прогностической значимости шкал COMFORT, NIPS и CHEOPS при оценке выраженности болевого синдрома у новорож-

дённых в раннем послеоперационном периоде после хирургической коррекции врождённых пороков развития ЖКТ.

**Материалы и методы.** Материалом послужили данные 184 новорождённых, перенёсших хирургическое вмешательство по поводу врождённых аномалий ЖКТ. Всем пациентам в динамике проводилась стандартизированная оценка выраженности боли с использованием шкал COMFORT, NIPS и CHEOPS. Для объективизации результатов дополнительно определялся уровень нейрпептида субстанции Р в сыворотке крови как биохимического маркера болевого синдрома. Информативность шкал оценивалась с применением ROC-анализа и расчёта площади под кривой (AUC).

**Результаты** показали, что шкала COMFORT продемонстрировала наибольшую точность и надёжность при оценке выраженности боли: AUC составил 0,865, что свидетельствует о высокой чувствительности и специфичности метода. Именно эта шкала наиболее тесно коррелировала с повышением уровня субстанции Р, подтверждая её объективность. Шкала NIPS также показала удовлетворительные результаты (AUC=0,754), однако при её использовании у медицинского персонала возникали сложности при интер-



претации отдельных параметров, что снижало практическую применимость. Шкала CHEOPS имела сопоставимую с NIPS информативность ( $AUC=0,767$ ), однако уступала COMFORT по воспроизводимости и степени корреляции с объективными биомаркерами боли.

**Выводы.** Таким образом, исследование показало, что среди трёх наиболее распространённых шкал оценки боли у новорождённых после операций на ЖКТ именно шкала COMFORT обладает наибольшей ин-

формативностью и клинической ценностью. Её применение позволяет стандартизировать наблюдение за пациентами, своевременно корректировать схемы анальгезии и снижать риск осложнений, связанных как с недостаточным, так и с избыточным обезболиванием. Внедрение шкалы COMFORT в рутинную практику отделений интенсивной терапии новорождённых следует рассматривать как оптимальный подход к решению проблемы объективной оценки боли в неонатальной хирургии.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ВОЗБУДИМОСТИ СЕРДЦА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дж.Р. Ишмирзоев

**Цель.** Изучить особенности клинического течения нарушений возбудимости сердца у детей.

**Материал и методы.** Было проанализировано 48 карт детей с нарушением ритма, которые находились на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении МК «Истиклол» г Душанбе за 2024 год.

**Результаты.** Анализ результатов исследования, показал, что основной контингент составили девочки 29 (60,4%). Возраст детей составил от 1 года до 15 лет. Основные жалобы при поступлении были боли в области сердца, что отмечалось у 22 (45,8%) детей; на перебои в работе сердца у 15 (31,3%); слабость, вялость у 10 (20,8%); снижение толерантности к физической нагрузке — 15 (31,3%); 12 (26,6%) детей жалоб не предъявляли. Границы сердечной тупости у всех детей были в норме. Аускультативно экстрасистолы были выявлены у 32 (66,6%) детей. На ЭКГ у всех детей ре-

гистрировался синусовый ритм, пред-сердные экстрасистолы — у 12 (25,0%); желудочковые экстрасистолы — у 15 (31,2%), политопные — у 3 (6,6%); у 7 (15,5%) детей отмечалась тахикардия. Всем детям проведена Холтер-ЭКГ. Частота экстрасистол составила от 2 до 18 тысяч в сутки. У 13 (27,0%) детей отмечались сочетанные нарушения ритма. На УЗИ сердца отмечалась регургитация на клапанах у 14 (29,1%) детей, у 5 (10,4%) — открытое овальное окно. У всех детей отсутствовали воспалительные изменения в лабораторных показателях.

**Выводы.** Таким образом, результаты показали, что наиболее частыми жалобами при поступлении, были боли в сердце и плохая переносимость физической нагрузки. Нарушение возбудимости сердца у детей, чаще встречается в дошкольном и школьном возрасте в виде предсердных и желудочковых экстрасистол.

## ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ И РАННИЙ ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Б.Х. Кабилова, Д.Д. Нажмиддинова, П. Зарифова

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Определить факторы риска рождения и особенности неонатального периода поздних недоношенных детей, новорожденных родившихся на 34-36 недели гестации.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй развития 84 новорожденных родившихся с гестационным возрастом на 34-36 нед.

**Результаты.** Анализ анамнестических данных показал, что большинство женщин 67% родивших детей на сроке 34-36 нед гестации, имели отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. У 24 (28%) женщин были преждевременные роды в анамнезе, у 12 (14%) женщин в анамнезе отмечалось привычное невынашивание и самопроизвольное прерывание беременности. Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто отмечались: заболевания почек – 25,7% и нейроэндокринные заболевания (патология щитовидной железы) – 8,8%. Среди осложнений течения беременности, наиболее частыми были: угроза прерывания – 53,3%, преэклампсия – 9,7%, гестационная артериальная гипертензия – 13,9%. Одной из причин преждевременных родов послужило, преждевременная отслойка плаценты в 2,4% на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН), что составило 22,4%. Результаты исследования

поздних недоношенных новорожденных показал, что 21,5% детей при рождении имели признаки дыхательных расстройств, что потребовало их перевода из родильного зала в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Асфиксия регистрировалась у 19,2%, внутриутробная гипоксия у 43%, неонатальная желтуха у 37,5%, респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) у 15,8% детей. Результаты нейросонографии головного мозга, показали, что у 27% новорожденных был диагностирован перивентрикулярный отек, у 38,2% незрелость мозговых структур, у 15% детей была выявлена внутрижелудочковое кровоизлияние. Патология сердечно-сосудистой системы была выявлена у 56,0% новорожденных: функционирующее овальное окно — 66,8%, открытый артериальный проток — 11,2%,

**Выводы.** Особенности ранней адаптации поздних недоношенных новорожденных, указывают на необходимость повышенного внимания, дифференцированных подходов к выхаживанию, вскармливанию и ведению младенцев, рожденных на 34–36-й неделях гестации. С уменьшением гестационного возраста повышается частота реализации патологических состояний и удлиняется период госпитализации.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Б.Х. Кабилова, М.Д. Зарипова

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Выявить риски развития инфекций у глубоко недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе родильного дома МК «Истиклол». Обследовано 53 глубоко недоношенных

новорожденных детей родившихся со сроком гестации от 28 до 32 недель за период 2023-2024 гг., которые находились на лечении в отделении новорожденных и реанимации новорожденных. Проведено бактериологическое обследование просветов назогастральных катетеров у 30 детей с массой ниже 1500гр находящихся на лечении в реанимации новорожденных и интенсивной терапии, проводилось изучение обсемененности кувезов у 25 новорожденных с массой менее 1200гр, обсемененности дистального конца пупочного катетера после его удаления на третьи сутки определили у 5 новорожденных.

**Результаты.** При анализе рисков развития инфекции у глубоко недоношенных новорожденных, была выявлена высокая заболеваемость детей с постнатальными пневмониями. Высокая заболеваемость постнатальными пневмониями была связана не только с нахождением новорожденных на ИВЛ, но и с таким фактором риска, как длительное нахождение этих детей в кувезах, обсемененность которых весьма высока. Бактериологическое обследование назогастральных катетеров, показало, что колонизация просветов катетеров микроорганизмами *E. cloacae* и *E. coli* была обнаружена уже через 12 часов с момента введения у 11 (20,7%) детей с массой тела менее 1200гр., так как при использовании у новорожденного метода СРАР обязательна постановка зонда в желудок для декомпрессии. Среди инфекционных заболеваний периода новорожденности самой серьезной причиной

заболеваемости и смертности остается сепсис. Известно, что наличие центрального венозного катетера у младенца массой тела менее 1500 г увеличивает риск развития сепсиса в 1,7 раза. Нахождение катетера в пупочной вене более пяти суток увеличивает риск развития сепсиса, по крайней мере, в 21 раз, а в пупочной артерии - в 16 раз. Микробиологическое исследование дистального конца пупочного катетера у новорожденных, проводившееся после удаления катетера на 3-и сутки, позволило получить 23 положительных результатов. Результаты анализа показали, что высокая летальность при сепсисе у новорожденных детей с массой менее 1000 гр связана, прежде всего, с ранним гестационным возрастом, иммунологической незрелостью, а также инфицированием новорожденных возбудителями инфекций при оказании медицинской помощи, это *S. Epidermidis* в 51,6%, *S. aureus* в 2,2%, *S. haemolyticus* в 8,8%, *Klebsiella spp* в 5,5%, *Escherichia spp* в 4,8%, *Enterobacter spp* в 4,7% и *Candida spp* в 5,6%. К тому же инфекции новорожденных, вызванные *Klebsiella spp.*, в 6,3 раза, и *Pseudomonas spp.*, в 12,3 раза увеличивают риск смертности при позднем сепсисе.

**Выводы.** Таким образом к рискам развития инфекции при оказании медицинской помощи в неонатологии у глубоко недоношенных детей можно отнести: длительное пребывание новорожденных в кувезе, использование установленного назогастрального катетера для кормления новорожденных более 12 часов и постановке пупочных катетеров.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ МЕТОДОМ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Б.Х. Кабилова, Ш. Хотамова

**Цель.** Раннее выявление нарушений слуха у новорожденных методом аудиометрии.

**Материал и методы.** В исследование было включено 480 новорожденных за 2024 год. Всем новорожденным детям на 3-5 день жизни проводили аудиологический скрининг – регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ).

Это очень простой и безболезненный тест, который проводится во время сна или же когда ребенок находится в спокойном состоянии, и занимает 3-4 минуты. В ухо малыша вставляют датчик, который подает определенные сигналы, а неповрежденные клетки внутреннего уха, в свою очередь, генерируют ответный

стимул, который и называется отоакустической эмиссией.

**Результаты.** Результаты анализа историй исследуемых детей, выделил 240 детей с факторами риска такие как, инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности на ранних стадиях - 120 детей (50%), большинство детей из них составляла цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) - 33 детей (13,8%); гипертензия беременных - 53 детей (22,3%); асфиксия новорожденных - 47 детей (19,5%), гипербилирубинемия - 49 (20,4%), применения антибиотиков аминогликозидного ряда, матерью во время беременности или назначавшиеся ребенку - 18 детей (15,0%), возраст матери старше 35 лет - 14 детей (5,8%). Регистрация отоэмиссии (слух социально адекватный) отмечалась у 182 детей (75%), которые были выписаны из стационара. Отсутствие регистрации отоэмиссии отмечалось у 40 новорожденных (16,6%), причем функциональная незрелость слухового аппарата - 36 детей (15,5%), врожденная патология - 4 новорожденных (1,6%). Через 3 мес (после коррекции слуха), которая проводилось врачом аудиологом повторное обследование 40 новорожденных с предполагаемым нарушением слуха скрининг тестом - ВОАЭ. Результат показал, что у 30 детей (75%) объективное подтверждение нормальной регистрации отоэмиссии, у 10 детей (25%) - отсутствие регистрации отоэмиссии, эти дети были направлены на аудиологическое исследование и дальнейшее наблюдение.

**Выводы.** Аудиологический скрининг и анализ отоакустической эмиссии, является наиболее перспективным методом ранней диагностики нарушений слуха у ребенка, начиная с периода новорожденности. Профилактика и устранение причин, факторов риска нарушений слуха в перинатальном периоде приведет к значительному снижению числа детей с тугоухостью и глухотой.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АРИТМИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

М.А. Кадыров

Андижанский государственный медицинский институт  
Республика Узбекистан, город Андижан

**Цель.** Оценить естественное течение нарушений ритма сердца (НРС), возникших в перинатальный период, и определить факторы риска развития аритмий у новорожденных и детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Проведен сбор биологического, гинекологического, акушерского анамнеза и данных раннего/позднего неонатального и грудного периодов.

Оценены гестационный возраст, масса/длина тела, состояние по шкале Апгар, реанимационные мероприятия. Выполнены ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, нейросонография. Всего обследовано: 88 новорожденных (65,5% мальчиков), метод сплошной выборки с ошибкой репрезентативности 4,1%; группа сравнения - 14 детей без НРС.

Оценка клинической картины в 4 контрольных точках (после рождения, 3мес, 6мес, 12мес). Статистическая обработка: программа Statistica 6.0, непараметрические критерии (U-критерий Манна-Уитни, тест Фишера), логит-регрессионные модели для определения факторов риска (отношения шансов, доверительные интервалы).

**Результаты.** Структура идиопатических аритмий: экстрасистолии - 32,4%, брадиаритмии - 25,7%, тахиаритмии - 22,9%, синдром/феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ) - 18,9%. Аритмии желудочкового происхождения - 33,4% среди экстрасистолий. Прогноз благоприятный был у 94,6% пациентов без органических изменений миокарда. Лечение проводилась у 17,6% (13 из 74) потребова-



лось консервативное или хирургическое лечение. Факторами риска была многофакторная природа, влияние внутриутробных, интра- и постнатальных факторов. Отмечены значимые факторы - первая беременность и роды, острые респираторные заболевания у матери во время беременности, оперативное родоразрешение, задержка внутриутробного развития (гипотрофия), патология раннего неонатального периода (респираторный дистресс-синдром, судорожный синдром, внутричерепная гипертензия).

**Выводы.** В структуре идиопатических аритмий преобладают экстрасистолы (32,4%), затем брадиаритмии (25,7%), тахиаритмии (22,9%) и ВПУ (18,9%). Прогноз благоприятный: у 94,6% НРС исчезают спонтанно или на фоне терапии при отсутствии структурных изменений миокарда. Общие факторы риска для всех аритмий: первая беременность/роды, гестоз во второй половине беременности, ОРЗ у матери, недоношенность, оперативные роды, внутричерепная гипертензия, повышенное систолическое давление в правом желудочке.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ЛИЦА И НЕБА

Ф. Касимова<sup>1</sup>, Ф.А. Раджабов<sup>2</sup>, Ш.Э. Хазраткулов<sup>2</sup>, А.С. Умедов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии РТ

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» РТ

**Цель.** Улучшить предоперационную подготовку детей с врожденными пороками развития лица и неба.

**Материалы и методы.** В отделение детской челюстно-лицевой хирургии НМЦ «Шифобахш» РТ за период 2017-2019 гг. поступили и получили лечение 111 детей разного возраста. Новорожденные составили 40 (45,1%), от 4 до 7 лет 43 (34,5%), и от 8 до 11 лет 28 (25,2%) детей. Проведен анализ результатов обследования, и лечения 111 больных с двусторонними расщелинами губы, альвеолярного отростка твердого и мягкого нёба. Мальчиков было 67 (53,6%), девочек – 44 (46,4%). За период 2017-2019 гг. в консультативный кабинет отделения челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан обратились: 61 (55,9%) больных по поводу двусторонней врожденной расщелины губы, альвеолярного отростка твердого и мягкого нёба; 13 (10,7%) с врожденной двусторонней неполной расщелиной верхней губы слева, полной расщелиной справа, твердого и мягкого нёба; 17 (9,6%) с врожденной двусторонней полной расщелиной верхней губы слева и не-

полной расщелиной справа, твердого и мягкого нёба; 7 (8,3%) с врожденной двусторонней полной расщелиной верхней губы; 13 (15,5%) с врожденной расщелиной альвеолярного отростка верхней челюсти, состояние после двусторонней хейлопластики.

Больные были распределены на 2 группы: первая (n=43) 38,1% – больные, которым было проведено ортодонтическое лечение, вторая (n=68) 61,9% – пациенты, не получившие своевременного ортодонтического и хирургического лечения.

Все больные проходили клинические, антропометрические, фотометрические и рентгенологические методы исследования.

**Результаты.** Характер предоперационной подготовки зависит от вида порока, времени поступления ребенка в стационар, наличия осложнений, сочетанных аномалий развития и сопутствующих заболеваний. Из 111 больных с пороками развития лица, 25 (22,5%) при поступлении имели относительно стабильную гемодинамику и, после кратковременной предоперационной подготовки производилось оперативное вмешательство с предваритель-

ным определением показателей общего и биохимического анализа крови, коагулограммы.

Бактериологические исследования были выполнены 87 (78,3%) ребенку. Материал для исследования включал в себя регулярное исследование трахеобронхиальных смывов, мокроты, мочи, раневой поверхности в течение всего времени пребывания больного в отделении. Из 111 больных детей 67 (60,3%) имели сопутствующую патологию в момент поступления, изменения гемодинамики и метаболизма. В предоперационном периоде с учетом операционно-анестезиологического риска, была назначена инфузионно-трансфу-

зионная терапия. Особое внимание обращали на повышение резистентности организма к предстоящей операции. С этой целью применялись различные кровезаменители, гемостатики, антигистаминные и гормональные препараты.

**Вывод.** Таким образом, проведение предоперационной подготовки с учетом тяжести состояния больных, изменения состояния постоянства внутренней среды, сопутствующей патологии, объема оперативного вмешательства надежно обеспечивает гладкое течение всех этапов обезболивания и ближайшего послеоперационного периода.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, А.Т. Корохонов, Х.А. Фарозов, К.А. Холов

Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита шейки бедренной кости у детей.

**Материал и методы.** В отделении гнойной-септической хирургии детского возраста ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на базе кафедры детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» было проведено лечение и обследование 130 детей в возрасте от 2-х до 16 лет с острым гематогенным остеомиелитом проксимального отдела бедренной кости (ОГО ПОБК) в период с 2009 по 2024 гг. В зависимости от хирургической тактики лечения ОГО ПОБК, больные были разделены на две группы: основную и контрольную. В контрольную группу (КГ) относили 75 больных, получивших лечение с 2009-2018 годы по общепринятой методике. К основной группе (ОГ) относили 55 больных, получивших лечение в период с 2019-2024 годы получивших лечение по разработанной методике.

**Результаты.** С целью декомпрессии и санации гнойного очага при ОГО шейки БК у больных КГ, в 72 (72%) случаях, был применён общепринятый традиционный способ,

который заключался в остеопункции шейки БК с последующим введением антибиотиков в полость костно-мозгового канала (КМК). С этой целью у больных КГ в нашем случае применено игла лечебно-диагностическая костно-мозговая. После установления иглы в шейку БК в его просвет вводили антибиотик. Это стало причиной нарушения оттока патологического содержимого из КМК и понижения внутрикостное давление (ВКД). В экстремедулярной стадии ОГО шейки БК у 41 (41%) больных КГ имелся место вторичного гнойный коксит, в связи с чем проводилась артротомия из переднего доступа и полость тазобедренного сустава (ТБС) дренировали полиэтиленовой трубкой по традиционной методике.

У больных ОГ при ОГО шейки БК у 27 (39,1%) больных был применён предложенный нами способ лечения ОГО шейки БК, осложнённого вторичным гнойным кокситом. С целью остеопункции шейки БК у больных ОГ была применена модифицированная внутрикостная игла-шуруп. После установления иглы в шейку БК удаляется мандрен, обращается внимание на выделение содержимо-

го КМК из просвета иглы и измеряют ВКД. Если содержимым КМК являются гной и/или изменённая кровь с фибринами, то содержимое КМК удаляется одноразовым шприцем, прикрепленным к просвету внутрикостной иглы. Следующим этапом операции явилась артротомия передним доступом, после чего удаляют из сустава гнойные затёки и фибрин. Через внутрикостную иглу вводили антибактериальный препарат и со стороны шейки БК обнаружили участок выделения вводимой в КМК жидкости, то есть участок патологического остеоперфорационного отверстия. Затем отдельными проколами концы дренажа выводят на кожу и ТБС дренируют перфорированным дренажом, который укладывают на область патологической остеоперфорации шейки БК и гнойных затёков. Раны послойно и герметично ушивают. При этом верхний конец дренажной трубки присоединяется к антисептическим растворам для капельного промывания дренажа, а другой конец дренажной трубки заканчивается в стерильной ёмкости. После этого к просвету внутрикостной иглы прикрепляется система, другой конец которой тоже заканчивается в стерильной ёмкости. Это обеспечивает постоянный отток патологического содержимого КМК канала в стерильную ёмкость.

При интрамедуллярных стадиях (15 (21,7%)) болезни тоже просвет остеопункционной иглы не закрывался мандреном, а присоединялся к системе, другой конец которой заканчивается в стерильной ёмкости.

У 10 (14,5%) больных при экстремедуллярной стадии ОГО шейки БК процесс осложнился параоссальной флегмоной мягких тканей проксимального отдела бедра, которая была дренирована.

При локализации процесса в проксимальном эпифизе БК у больных ОГ 3 (4,3%) и КГ 3 (3,0%) проводилось санация полости ТБС пункционным методом с промыванием полости антисептическими растворами.

Следует отметить что у больных ОГ, где был применён предложенный нами метод, наблюдалась достаточно быстрая (на  $3,5 \pm 1,1$  сутки) нормализация температуры тела чем у больных КГ (на  $7,7 \pm 1,9$  суток). Наряду с этим предлагаемый метод у больных ОГ за короткий промежуток способствовал полноценной санации гнойного очага в КМК и в полости ТБС в среднем на  $4,1 \pm 1,4$  и  $4,5 \pm 1,6$  сутки соответственно. В то время этот показатель у больных КГ составил  $7,3 \pm 1,8$  и  $7,9 \pm 2,0$  суток что несколько выше, чем показатели ОГ.

**Заключение.** Необходимо отметить, что присоединение модифицированной внутрикостной иглы-шурупа к системе, другой конец которой заканчивается в стерильной ёмкости, обеспечивает постоянную санацию КМК и, тем самым, предупреждает повышение ВКД.

Предложенная методика лечения ОГО шейки БК наряду с санацией остеомиелитического очага, способствует за короткий срок, снижению температуры тела и нормализации лабораторных показателей.

## ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Н.К. Кузibaева, А.П. Сатторова

Кафедра педиатрии ГОУ ХГМУ

**Цель.** Изучить структуру и воздействие сопутствующей патологии на состояние здоровья детей с врождёнными пороками сердца (ВПС).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 100 детей с ВПС в возрасте от 1

года до 3 –х лет, находившихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении, ГУ НМИЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН за период 2015-2017 гг. Всем детям, поступившим в стационар на обследование и лечение, кроме измерения антропометриче-

ских параметров, были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Перинатальные факторы оказывают значимое влияние на возникновение сопровождающих патологий у детей с ВПС. К таким заболеваниям относятся гипоксические повреждения нервной системы и других систем (85%), а также инфекционные и часто встречающиеся респираторные и вирусные заболевания у 97% больных детей с тяжёлыми пороками и у 53% у детей с простыми пороками. Результаты наших наблюдений показали, что среди сопутствующей патологии у детей в обеих группах наиболее часто встречалась патология нервной системы (83,3% и 86%), анемия (63,3%, и 10%), заболевания дыхательной системы (83,3% и 22%), TORCH инфекции (71%), сепсис (17% и 20%). Необходимо отметить, что большая часть детей страдает сочетанной патологией. Поводом для

поступления в стационар было наслоение ин-теркуррентных заболеваний, которые осложнялись септическим процессом, в том числе пневмонией, энтероколитом, пиелонефритом и т.д. Степень недостаточности кровообращения усугублялась из-за нарушения гемодинамических расстройств (интоксикация, гипертермия, водно-электролитные, метаболические нарушения).

Тяжесть сердечной недостаточности у детей с пороками сердца усугублялась не только сопутствующим заболеванием, но и наличием неблагоприятного преморбидного фона: рахит, гипотрофия, перинатальная энцефалопатия.

**Выводы.** Сопутствующие заболевания у детей с ВПС оказывают существенное влияние на формирование осложнений, прогноз для жизни, повышая вероятность летального исхода, на течение основного заболевания, способствуют возможности инвалидизации.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ И МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С. Курбонов, Ф.Р. Кодирова, С.Х. Асанбекова

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

В настоящее время назрела необходимость углублённого изучения и разработки объективных и более точных морфологических и гистометрических изучение адаптивные и компенсаторных механизмов репродуктивных органов у женщин с целью важности мер по снижению материнской и перинатальной смертности.

Установление закономерностей развития, топографии, строение, а также морфометрических характеристик репродуктивных органов женщин имеет важное значение в связи их частой патологией, приводящей к бесплодию. В настоящее время число бесплодных пар неуклонно растёт (14% случаев). Это становится не только социальной проблемой, но и экономической.

Были исследованы 32 комплектов органов внутренних женских половых органов, полученных при аутопсии у трупов людей, не имевших патологии на уровне репродуктивной и иммунной систем. Методами макромикроскопии исследовали структуры слизистой оболочки матки и маточной трубы. Срезы окрашивали стандартными гистологическими методами.

Исследования показал, что стенка матки состоит из трех оболочек: серозная оболочка (периметрий) прочно срастается при помощи тонкой подсерозной основы с мышечной оболочкой, (миометрий) состоит из переплетающихся гладкомышечных волокон, формирующих три слоя. Слизистая оболочка (эндометрий) без подслизистого слоя срастается с



мышечной. В эндометрии различают два слоя — базальный и функциональный. Строение функционального (поверхностного) слоя зависит от овариальных гормонов и претерпевает глубокую перестройку на протяжении менструального цикла. Слизистая оболочка матки выстлана однослойным призматическим эпителием, а также здесь выделяют реснитчатые и железистые эпителиоциты. Реснитчатые клетки располагаются преимущественно вокруг устьев маточных желез. Собственная пластинка слизистой оболочки матки образована рыхлой волокнистой соединительной тканью. Слизистая оболочка, покрытая мерцательным эпителием и не имеющая складок слизистая оболочка тела матки, снабжена простыми трубчатыми железами, которые проникают до мышечного слоя. Клеточных популяций, эндометрия то есть интерстициальные клетки реснитчатых и железистых желёз выполняют важнейшие секреторные функции, вырабатывающие слизистый секрет, защищающий покровный эпителий этого органа от повреждения и микробов, часто встречающимися при воспаления эндометрия. Клеток лимфоидного ряда — по-видимому выполнять функции иммунного надзора за секретным процессом железы эндометрия. Важней особенности строения слизистой оболочки маточной трубы является ее складчатость. Слизистая оболочка стенка яйцевода собрана в крупные разветвленные продольные и поперечное складки. Она покрыта однослойным призматическим эпителием, который состоит из двух видов клеток-реснитчатых и железистых, секретирующих слизь. Собственная пластинка слизистой оболочки представлена рыхлой волокнистой соединительной тканью. Лимфотическая система слизистой оболочки матки представлена лимфотическими капиллярами которые ориентированы длинниками перпендикулярно длинной оси органа. В собственной пластинке и подслизистой основе расположены клетки различных типов клеточных популяций: ма-

крофаги, плазмоциты, гранулоциты, макрофаги и тучные клетки. Названные клеточные популяции, в основном, располагаются вокруг артериол, капилляров и венул. Эти клетки в секреторной фазе менструального цикла в слизистой оболочке органов возрастают в 1 периоде по сравнению с юношеским возрастом. Максимум стабильности популяций клеток достигают во 11 периоде зрелого возраста женщин, в секреторной фазе менструального цикла в слизистой оболочки матки и маточной трубы. В каждом из названных оболочек репродуктивном органе есть свои адаптационные структуры, участвующие в регуляции в репродуктивном возрасте, обеспечиваются согласованным взаимодействием их эпителия, собственной пластинки и подслизистой основы с собственными железами. Слизистой оболочки матки и маточной трубы, также характеризуются наличием микрососудистых образований для регуляции кровотока. К ним относятся прекапилляры сфинктеры, гладкомышечные клетки в стенки артериол, артериоло-венулярные анастомозы и клапаны в мелких венах и венулах. Эти структуры и предотвращает развитие декомпенсации органа в условиях патологии. Тканевая структура слизистой оболочки яйцевода и матки (клеточные популяции, реснитчатые и железистые железы) - выполняют важнейшие секреторные функции, вырабатывающие слизистый секрет, защищающий покровный эпителий этого органа. Также характеризуются высокой пластичностью — способностью перестраивается к разнообразным адаптивным и приспособительным реакциям, при меняющихся условиях функционирования органов.

Лимфоидные образования слизистой оболочки вместе с железами формируют механизмы местного иммунитета, обеспечивают адаптивные свойства органа, а также выполняют функции иммунного надзора за секреторным процессом.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Д.Д. Курбанов<sup>1,2</sup>, М.К. Азизов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Провести комплексный сравнительный анализ эффективности лапароскопических и открытых хирургических вмешательств при различных формах гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 838 пациентов с ГВЗБ в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в период с 2017 по 2024 год. Дизайн исследования: ретроспективное когортное исследование с анализом медицинской документации пациентов, оперированных в 2017-2022 гг. (n=632), и проспективным включением пациентов 2023-2024 гг. (n=206).

В структуре нозологических форм преобладало воспаление червеобразного отростка – 797 (95,1%) случаев, из них острый аппендицит диагностирован у 378 (47,4%), аппендикулярный перитонит – у 419 (52,6%) пациентов. Реже встречались первичный перитонит – 16 (1,9%), абсцессы брюшной полости – 15 (1,8%), воспаление дивертикула Меккеля – 9 (1,1%) и инородные тела червеобразного отростка – 1 (0,1%) случай.

Для сравнительного анализа эффективности различных хирургических подходов пациенты были стратифицированы по типу выполненного оперативного вмешательства: лапароскопические операции выполнены 706 (84,3%) детям, открытые вмешательства – 132 (15,7%) пациентам, включая 54 (6,4%) случая конверсии лапароскопического доступа. Выбор хирургического доступа определялся клинической ситуацией, техническими возможностями и опытом хирурга.

**Результаты.** Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения выявил значительные преимущества

лапароскопического доступа. Общая частота послеоперационных осложнений при лапароскопических вмешательствах составила 4,2% (30 из 706 пациентов) против 13,6% (18 из 132) при открытых операциях ( $p<0,001$ ). Структура осложнений также существенно различалась: после лапароскопических операций преобладали осложнения I степени по Clavien-Dindo (3,1%), представленные преимущественно поверхностными инфекциями троакарных ран. Тяжелые осложнения ( $\geq$ III степени) зарегистрированы у 0,1% пациентов, оперированных лапароскопически, против 2,3% после открытых вмешательств ( $p=0,003$ ).

При анализе результатов в зависимости от нозологической формы установлено, что наибольшая эффективность лапароскопических вмешательств достигнута при остром аппендиците – успешно выполнены у 90,2% пациентов с частотой осложнений 1,1%. При аппендикулярном перитоните успех лапароскопии зависел от стадии заболевания: при I стадии – 86,8%, II стадии – 75,2%, III стадии – 27,8% ( $p<0,001$ ).

Детальный анализ факторов, влияющих на выбор хирургического доступа при различных формах ГВЗБ, позволил выявить ключевые предикторы успешного выполнения лапароскопических вмешательств. Многофакторный логистический регрессионный анализ продемонстрировал, что наиболее значимыми факторами риска конверсии являлись: III стадия аппендикулярного перитонита (OR=12,4; 95% ДИ: 5,6-27,5), тазовая локализация червеобразного отростка (OR=4,8; 95% ДИ: 2,7-8,5), наличие инфильтрата более 5 см (OR=6,2; 95% ДИ: 3,8-10,1) и множественные абсцессы брюшной полости (OR=5,3; 95% ДИ: 3,1-9,2).

**Выводы.** Лапароскопические вмешательства при гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости у детей обеспечивают снижение общей частоты послеоперационных осложнений с 13,6% до 4,2% и практически исключают развитие тяжелых осложнений (0,1% против 2,3%).

Эффективность лапароскопического доступа зависит от стадии заболевания: при неосложненных формах успех достигает 90,2%, при распространенном перитоните снижается до 27,8%, что требует дифференцированного подхода к выбору метода операции.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Д.Д. Курбанов<sup>1,2</sup>, М.К. Азизов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценка эффективности лапароскопических технологий в лечении острых кистозных заболеваний органов брюшной полости у детей.

**Материал и методы.** В исследование включено 107 пациентов с острыми кистозными заболеваниями органов брюшной полости, находившихся на лечении в период с 2018 по 2023 годы. Средний возраст пациентов составил  $11,8 \pm 4,2$  года (от 8 месяцев до 17 лет). Группу составили 92 девочки (86,0%) и 15 мальчиков (14,0%), что обусловлено преобладанием в структуре заболеваний патологии придатков матки. В структуре острых кистозных заболеваний ведущее место занимал перекрут придатков матки – 81 случай (75,7%), значительно реже встречались посттравматические кисты поджелудочной железы – 8 (7,5%), кисты брыжейки кишечника – 7 (6,5%), посттравматические кисты селезенки – 6 (5,6%) и желчные кисты печени – 5 (4,7%) наблюдений.

**Результаты.** Анализ демографических данных выявил значительную гетерогенность исследуемой группы по возрастному составу. Средний возраст пациентов с перекрутом придатков матки составил  $14,1 \pm 2,8$  года, что статистически значимо превышало возраст детей с посттравматическими кистами поджелудочной железы ( $5,1 \pm 3,8$  года,  $p < 0,001$ ). Данная закономерность обусловлена пубертатными изменениями в репродуктивной системе

девочек, способствующими формированию функциональных кист яичников.

Лапароскопические вмешательства успешно выполнены у 77 пациентов (72,0%), конверсия потребовалась в 13 случаях (12,1%), первично открытые операции проведены 17 детям (15,9%). Наиболее высокая частота успешных лапароскопических вмешательств отмечена при кистах селезенки (83,3%) и желчных кистах печени (80,0%), что связано с четкой топической диагностикой и отработанной техникой операций на паренхиматозных органах.

**Органосохраняющие операции при перекруте придатков матки** удалось выполнить у 70 из 81 пациентки (86,4%). Ключевым техническим приемом являлась поэтапная деторсия с оценкой восстановления кровотока. ROC-анализ показал, что время восстановления розовой окраски менее 5 минут после деторсии является высокоинформативным предиктором жизнеспособности органа ( $AUC=0,93$ ; чувствительность 91%, специфичность 85%).

**Послеоперационные осложнения** развились у 4 пациентов (5,2%) после лапароскопических операций против 11 случаев (36,7%) в группе открытых вмешательств ( $p < 0,001$ ). Принципиальным различием являлась структура осложнений: при лапароскопии все осложнения относились к I степени по классификации Clavien-Dindo и включали поверхностную раневую инфекцию (2,6%), гематомы троакарных ран (1,3%) и транзиторный субфебрилитет

(1,3%). В группе открытых операций преобладали осложнения II-III степени, требующие активного лечения.

**Выводы.** Лапароскопические технологии высокоэффективны при острых кистозных заболеваниях органов брюшной полости у детей с частотой успешных вмешательств 72,0%. Органосохраняющие операции при перекруте придатков матки выполнены у 86,4% паци-

ентов. Время восстановления розовой окраски менее 5 минут после деторсии является объективным предиктором жизнеспособности органа (точность 93%).

Разработанная прогностическая модель выбора хирургического доступа с точностью 96,5% позволяет объективно планировать оптимальную тактику лечения и может служить основой для клинических рекомендаций.

## ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУЮ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ У ДЕТЕЙ

С.А. Мазабшоев <sup>1,2</sup>, А.М. Шарипов <sup>1,2</sup>, Ю.Т. Додочонов <sup>1,2</sup>, Ф.У. Абдулов <sup>2</sup>, Х.В. Шарипов <sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан

**Цель.** Улучшить эффективность лечения гастродуоденальных эрозивно-язвенных кровотечений у детей путем комплексной этиопатогенетической диагностики.

**Материал и методы.** За 3-х летний период (2021 - 2024) на базе кафедры детской хирургии (ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино») было обследовано 39 детей с эрозивно-язвенными кровотечениями гастродуоденального отдела. Дети были от нескольких месяцев до 10 лет: 23 ребенка были младше 3 лет, 12 – в возрасте от 3 до 5 лет, и 4 – от 5 до 10 лет. Среди обследованных 19 детей проживали в сельской местности, 13 – в городе. Преобладали мальчики (26 случаев) над девочками (13). Всем пациентам была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и полное лабораторное исследование (гемограмма, свертываемость, исследование скрытой крови в кале). Состояние пациентов в отделении интенсивной терапии оценивалось с использованием индекса Альговера. Инфузия применялась для устранения обнаруженных отклонений.

**Результаты.** Продолжительное применение нурофена может привести к смещению равновесия в сторону факторов, вызывающих агрессию, что в свою очередь вызывает поражение гастродуоденальной области, что связано с подавлением синтеза простагландинов,

обеспечивающих поддержание целостности слизистой.

Анализ результатов показало, что лишь 4,8% были доставлены в стационар впервые 48 часов. Большая доля пациентов поступила позже: «отсроченная» госпитализация (3-5 дней) наблюдалась у 25,2% случаев, «поздняя» (6-8 дней) – у 48,3%, а «очень поздняя» (9-12 дней) – у 21,7%. Анализ выявил, что эрозии и язвы в гастродуоденальном отделе в основном (52%) были бессимптомными или с минимальными проявлениями.

Уровень гемоглобина варьировался от 85 до 108 г/л, что указывало на легкую или умеренную анемию. Имел место повышенный уровень лейкоцитов (от 11,4 до 12,6x10<sup>9</sup>/л) и повышенная СОЭ (от 26 до 35мм/ч), у 2-х детей имела тромбоцитопения (140,0 x10<sup>9</sup>/л). Биохимический анализ крови указывал на снижение общего белка (от 42 до 54 г/л). Индекс Альговера у восьми детей находился в пределах 0,7-1,0, что соответствовало потере 10-15% ОЦК, а у троих превышал 1,4, свидетельствуя о кровопотере более 20%.

Гастродуоденальные эрозивно-язвенные кровотечения характеризуются циклическим характером, с чередованием фаз разрушения и восстановления слизистой. Углубление дефекта обычно наблюдается в момент пика воспалительных процессов. Гастроскопия является



наиболее надежным и общепринятым методом для выявления подобных изменений. Эндоскопическое обследование выявило признаки гастрита или гастродуоденита у значительной части детей (86%). Эрозии были установлены у 36 больных (92,3%): в антральном отделе желудка – у 18 (46,1%), по большой кривизне и кардиальном отделе – у 6 (15,4%), а у 5 (12,8%) в двенадцатиперстной кишке. Язва желудка отмечена у 4 пациентов (10,2%), рубцовые изменения слизистой двенадцатиперстной кишки – у 7,7%, эрозивно-язвенные повреждения пищевода – у 8,9%, а сочетанные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки – у 19,6%. В 24 случаях имело место клинически значимое кровотечение, у 15 из которых отмечалось незначительное пропитывание кровяного сгустка кровью. Продол-

жительность госпитализации при эрозивно-язвенных кровотечениях не превышала двух недель. Во всех случаях наблюдалось полное восстановление.

**Выводы.** Если есть основания полагать наличие патологии в гастродуоденальной зоне, рекомендуется выполнить фиброгастродуоденоскопия. В обязательном порядке назначают общий анализ крови, исследование свертываемости крови (коагулограмму) и наличие скрытого кровотечения в анализе кала. В случае длительного кровотечения и развития анемии целесообразно рассчитать индекс Альговера. Нурофен рекомендуется употреблять после приема пищи, в минимальной эффективной дозе и непродолжительным циклом, чтобы облегчить симптомы.

## РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЁГКОГО У ДЕТЕЙ

С.А. Мазабшоев<sup>1,2</sup>, А.М. Шарипов<sup>1,2</sup>, М.Х. Козизода<sup>2</sup>, Б.Я. Рахмонов<sup>2</sup>, А.С. Умедов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение эффективности вентиляционной поддержки посредством односторонней вентиляции легкого и оптимизация непосредственных результатов анестезиологического пособия у детей с легочным эхинококкозом.

**Материал и методы.** В рамках исследования, проведенного на базе кафедры детской хирургии (ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»), был осуществлен анализ данных 96 пациентов детского возраста (от 4 до 14 лет), госпитализированных в торакоабдоминальное отделение ГУ НМЦ РТ в период с 2021 по 2024 год с диагнозом эхинококковой кисты легкого. Для проведения исследования пациенты детского возраста были разделены на две подгруппы. В первую группу вошли 55 ребенка (57,3%), которым резекцию легкого проводили, используя метод односторонней высокочастотной вентиляции (ОЛВЧВ). Вто-

рая группа состояла из 41 пациентов (42,7%), которым эхинококкэктомию выполняли посредством двухсторонней высокочастотной вентиляции (ДВЧВ) легких. Для проведения односторонней интубации применялись однопросветные эндотрахеальные трубки с манжетой фирмы «portex» (Smiths Medical, England), размер которых был на один или полразмера меньше стандартного.

Неинвазивно отслеживались ключевые показатели центральной гемодинамики, а именно: частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД) и среднее артериальное давление (САД) и сатурация кислорода (SpO<sub>2</sub>), проводился с использованием монитора «EDANiM60» (Guangzhou, China). Дополнительно проводилась капнометрия (измерение PetCO<sub>2</sub>) с применением датчика CAPNOSTAT-5 (Hamilton Medical, Switzerland).

**Результаты.** У первой группы детей, участвовавших в исследовании, оптимальный уровень вентиляции обеспечивался при следующих параметрах:  $\text{FIO}_2=1,0$ , дыхательный объем составлял 5-5,3 мл/кг, а  $\text{PetCO}_2$  поддерживался в пределах 34-40 мм.рт.ст. На первоначальном этапе исследования изменения ЧСС, САД и АД были связаны с эффектами премедикации, включавшей М-холиноблокаторы. В ходе операции показатели АД, САД, ЧСС и капнометрии демонстрировали незначительные отклонения от исходных значений, а сатурация кислорода поддерживалась на уровне 98%. Экстубация осуществлялась в среднем через 20 минут вслед за завершением операции, при стабильных параметрах гемодинамики, адекватного самостоятельного дыхания и газообмена.

Во второй группе пациентов применение ДВЧВ вызывало гемодинамические нарушения. В ходе операции отмечалось умеренное увеличение АД (на 10-12%), САД (на 12%) и ЧСС (на 18%) относительно исходных значений. Периодически наблюдалось снижение  $\text{SpO}_2$  до 83-87% из-за аспирации содержимым из оперированного лёгкого, что требовало проведения санации дыхательных путей. Аспирация дополнительно снижала продуктивность газообмена ввиду уменьшения площади дыхательной поверхности. В этих случаях дыхательный объём увеличивали на 8-10%

от исходных значений, а соотношение вдохов-выдохов корректировали до 1:3, удлиняя, таким образом, респираторную паузу.

Проведённый анализ показал, что при вентиляции лёгких в условиях боковой торакотомии, «верхнее» лёгкое демонстрирует лучшую вентиляцию. Это объясняется тем, что купол диафрагмы, расположенный ниже, втягивается в грудную клетку, а средостение оказывает давление на нижнее лёгкое. Коллапс верхнего лёгкого в процессе односторонней вентиляции приводит к существенному сокращению площади, доступной для газообмена. В боковом положении гравитация способствует усилению перфузии в менее податливом нижнем лёгком. Кровь, проходящая через коллабированное лёгкое, не подвергается оксигенации и, смешиваясь с оксигенированной кровью из вентилируемого нижнего лёгкого, формирует венозную примесь, что влечёт за собой уменьшение содержания кислорода в артериальной крови.

**Выводы.** Применение односторонней высокочастотной вентиляции, несмотря на наличие ателектаза оперируемого лёгкого, обеспечивает не только защиту здорового легкого от инфицирования и аспирации кровью, но и создаёт больше пространства для манипуляций хирурга, при этом обеспечивая достаточную респираторную поддержку.

## ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА СПОСОБСТВУЮЩИЕ РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г.С. Мамаджанова

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Выявление отклонения в состоянии детей, родившихся от матерей высокого риска.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 98 детей новорожденных, находившихся на стационарном лечении в ГУ КЗ «Истиклол» в отделении мать и дитя. Всем детям проводились общие анализы крови, мочи, кала, биохимический анализы кро-

ви (определялись билирубин, печеночные и почечные пробы, электролиты, сахар крови). Нейросонография и ультразвуковое исследование внутренних органов, эхокардиография, рентгенологическое исследование.

**Результаты.** Оценивая состояния беременной женщины и развивающегося плода часто отмечались сочетания несколько небла-

гоприятных факторов во всех периодах беременности и родов: гипертония, соматические заболевания, инфекционные, а также вредные привычки матерей. Немало важную роль сыграли и акушерские факторы: отягощенный акушерский анамнез, рождение недоношенных детей, дефекты шейки матки, ВЗУР, различные генитальные заболевания.

Большую роль играли социально-экономические факторы риска: низкая социально-экономическая профессия отца и матери, неадекватная финансовое состояние семьи, неполная семья, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия проживания семьи.

Несомненно, большую роль играли родовые факторы: плацентарная недостаточность, предлежания плаценты, отслойка плаценты. Быстрые или затяжные роды, поздние роды (64, 2%) , неправильное предлежание плода (22,2%), ягодное или ножное предлежание (21,0%), кесерово сечение (11, 9%).

Все выше приведенные факторы способствовали неблагоприятному течению беремен-

ности и родов, а также частым отклонениям в состоянии здоровья плода и новорожденного ребенка. Так у большинства детей -при рождении и ранней неонатальной адаптации наблюдалась асфиксия-56 (70,9%), родовая травма -23 (29,1%), а также ЗВУР и низкая масса тела-29(36,7%) и синдром дыхательных расстройств-22 (27,8%), аномалии развития -14 (18%), внутриутробная пневмония-12 (15%). Так как состояние детей было тяжелое, были переведены в детское-соматико инфекционное отделение новорожденных и недоношенных детей.

**Выводы.** Выявленные нами факторы риска (материнские, акушерские социально-экономические, плацентарные, родовые), способствовали рождению детей с перинатальной патологией. Поэтому необходимо до наступления беременности оздоравливать будущих матерей, своевременно выявлять патологию беременных и проводить терапию.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Г.С. Мамаджанова

Кафедра детских болезней №1 имени проф. Аминова Х.Ч.  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Таджикистан

**Цель.** изучить особенности этиологии, диагностики и лечения детей с заболеваниями носоглотки у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 265 детей с заболеваниями носоглотки: с ринитом – 57 (21,5%) детей, фарингитом –19 (7,1%), отитом -39 (14,7%), детей, с гайморитом 45 (17,0%), с тонзиллитом-55(29,7%) . Всем детям проводились общий анализ крови, мочи, кала, температурный профиль, осмотр специалистов, бактериологическое исследование посева на флору из носа, зева и уха.

**Результаты.** Обследуя 265 больных страдающих частыми, затяжными заболеваниями верхних дыхательных путей нами отмечено резкое снижение реактивности организма. На-

ряду с генетически детерминированной склонностью к гиперплазии на процессы эволюции немалое влияние оказывает воздействие внешних, фенотипических факторов: этиологическое неблагополучие окружающей среды -265(100%), проживание в сырых помещениях-120(26,3%), посещение детских коллективов 140(52,9%),недостаточное и/или неправильное питание-108(40,8%),неправильное лечение предшествующих заболеваний (ОРИ, бронхиты, отиты)-198(74,7%), злоупотребление антибактериальными препаратами- 200 (75,5%), раннее перенесшие тяжелые заболевания-168(63.3%), глистная инвазия- 109 (41,1%). Все вышеперечисленные факторы способствовали развитию хронизации процесса.

Со стороны лабораторных данных в анализах крови наблюдался умеренный лейкоцитоз, повышенное СОЭ. В посевах слизи из зева (с миндалин), носа и уха были выявлены В-гемолитический стрептококк, стафилококк, энтеробактерии, гемофильная палочка, хламидная и ЦМВ и Эбштейна-Барра. Кроме того обнаружены грибки рода *Candida*. У 30 детей гайморитом и отитом был подтвержден R-графией придаточных пазух, на ЭКГ у 25-детей с декомпенсированной формой хронического тонзиллита выявлены клинические и электрографические изменения.

Лечение проводилось комплексно в зависимости от степени выраженности клинических проявлений. Организован рациональный режим дня ребенка, полноценный сон, исключались переутомления и перенапряжения. Назначалось соответственно возрасту питание, обильное питье. Проводилась санация хронических очагов инфекции. Медикаментозная

терапия: в период обострения - антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, бициллин, макролиды. Использовались мероместин, гексорал. Орошение полости зева и носа растворами солевыми, ромашки, зверобоя и фурацилина. Применялись этиопатогенетические препараты - интерферон, виферон, анаферон, циклоферон, а также физиотерапевтические методы (УФО, УВЧ зева). По выздоровлению оздоровительные мероприятия - закаливание, массаж, лечебная гимнастика. В катамнезе после проведенной терапии у большинства больных были длительные ремиссии, частота обострения заболевания уменьшилась с 6-7 до 2-3 раз.

**Выводы.** Нами выявлены этиологические факторы, способствующие развитию заболевания носоглотки у детей раннего возраста. Разработана диагностика и комплексная терапия и проведено катамнестическое наблюдение в течение 3 лет.

## ПОРОКИ РАЗВИТИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ КАК ПРИЧИНЫ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Д.М. Махмаджонов<sup>1</sup>, И.К. Атоев<sup>1</sup>, Ш.А. Бадалов<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Ранняя диагностика и лечения пороков развития МВП, проводящих к вторичному нефролитиазу.

**Материал и методы.** В основу данной работы положен анализ наблюдений и хирургического лечения 121 больного с нефролитиазом в возрасте от 1 до 15 лет, оперированных в клинике детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино за 2015-2024 годы. Детей в возрасте от 1 до 5 лет было 50, от 6 до 10 - 46 и от 11 до 14 лет - 25. Мальчиков было больше, чем девочек (76 против 45). Выявленные пороки развития мочевыводящей системы при обследовании больных с МКБ были - удвоение почек - 15, врожденный

гидронефроз - 7, сужение ЛМС обусловленного абберантными сосудами - 10, другие виды пороков (подковообразная почка, ретроковальный мочеточник, инфравезикальная обструкция) и др. Пороки развития мочевыделительной системы, сопровождающиеся МКБ, составляют 21% случаев.

**Результаты.** Не редко указанные выше пороки развития остаются незамеченными из-за преобладания признаков вторичного нефролитиаза над клиническими проявлениями врожденных пороков почек. При одностороннем нефролитиазе операции были направлены на удалении конкремента и реконструктивно-пластической операции. При двухстороннем нефролитиазе первый этап операции производи-



ли на сторону обтурации мочевых путей. При одинаковой локализации камня и отсутствии болевого синдрома операции вначале производили на стороне с более выраженным патологическим процессом. У детей с I-II стадиями ХПН оперативное вмешательство проводилось одномоментно, производили ликвидации препятствие мочевых путей и коррекцию порока развития с удалением камней. Неопиелоуретероанастомоз по Андерсону-Хайнесу (Anderson-Hynes, 1949), произведен 16 больным при рубцово-воспалительных процессах в области лоханочно-мочеточникового сегмента, обусловивших его сужение или функциональную недостаточность стенки лоханочно-мочеточникового сегмента при достаточном просвете мочеточника. Неопиелоуретероанастомоз в основном выполнялся при солитарных (10) и множественных камнях (6). Клапаны лоханочно-мочеточникового сегмента наблюдались у 6 больных, санация конкрементов сочеталась с неопиелоуретероанастомозом. У 10 больных в процессе обследования выявлен калькулезный гидронефроз, причиной которого были дополнительные сосуды, идущие к нижнему полюсу почки. Операцией выбора у 2 из них являлась резекция суженного участка ЛМС с антивазальным пиелоуретероанастомозом. А в 5 случаях производилась предложенная нами операция по перемещению сосуда и фиксации его лоскутом лоханки, у 3 больных, были небольшие по величине абберантные сосуды, перевязки и иссечение которых не вызывали ишемии паренхимы почки. После

этих операций уродинамика восстанавливалась полностью.

По нашему материалу, у 6 больных диагностировано неполное удвоение почек, полное удвоение у двоих и у одного больного утроения почки. Тактика при удвоении почки сводится к наложению межлоханочного анастомоза. На практике чаще прибегают к лоханочно-мочеточниковому анастомозу, конец мочеточника в бок лоханки. Геминефруретерэктомия при III-степени гидронефроза одной из удвоенных почек нами производилась в 2-х случаях. С утроенной почкой всего было 2-е больных, у одного удаление камня сочеталось с латеро-латеральным анастомозом, второму геминефролитостомия.

Интраarenaльная резекция втянутого и вывернутого мочеточника при нефролитиазе достигается путем резекции втянутого и вывернутого в полости почки мочеточника с последующим интраarenaльным анастомозом мочеточника с лоханкой.

**Выводы.** Детям с вторичным нефролитиазом на фоне врожденных пороков развития почек необходима радикальная тактика, заключающаяся в сочетании санации чашечно-лоханочной системы от камней с реконструктивно-восстановительной операцией – уретеролиз, резекция лоханочно-мочеточникового сегмента и неопиелоуретероанастомоз, по показаниям геминефруэктомия, иссечение втянутого мочеточника внутри почки, антивазальный неопиелоуретероанастомоз или перемещение абберантного сосуда предложенными нами методами.

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРИЧИНЫ ФАКТОРОВ И ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Д.М. Махмаджонов, К.М. Муслимов

Кафедра детской хирургии, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Выявление факторов способствующее образованию камней в мочевой системе у детей раннего возраста и на ее основе разработать научно-обоснованных мер профилактики, лечения и реабилитационные мероприятия.

**Материал и методы.** Анализированы результаты обследования и лечения 119 детей от 1 до 3 лет и их матерей, поступивших с уролитиазом на кафедру детской хирургии на базе Национальном медицинском центре

Республики Таджикистан с 2015 по 2023гг. Детей от одного месяца до 2 лет было 57 и от 2 до 3 лет составили 62 ребенка. Мальчики преобладали над девочками в соотношении два к одному.

**Результаты.** При изучении анамнеза жизни ребенка, его семьи (отца, матери, братьев, сестер), условия их проживания, особенно здоровья матери до и во время беременности нам удалось выяснить ряд неблагоприятных обстоятельств, которые могли стать причиной возникновения у ребенка уролитиаза. Среди биологических признаков наиболее информативными оказались возраст матери, который в 43,3% случаев были старше 38-40 лет и у них также установлено 4 и более беременности и родов. В многих случаях интервал между родами оказалось не более одного года. В 16,7% случаев дети родились от родственных браков. Генитальная и экстрагенитальная патология установлена в 56,8% случаев, в том числе – анемия в 34,6%, дефицит массы тела в 29,7%, эндемический зоб 1 -2 степени в 25,7%, патологии почек в 18% случаев. Заболевания почек у близких родственников (отца, братьев, сестер) выявлено в 24,3% случаев.

У обследованных нами детей отмечена большая частота сочетаний урологической и соматической патологии. Среди возможных причин возникновения уролитиаза можно выделить следующие. Рождение детей с внутриутробной гипотрофией, недоношенностью и родовой травмой в 84% случаев, анемии 40,2%, пневмонии 29%, гипотрофия 38,1%, перенесенные детские инфекции (корь, ветряная оспа, ОКЗ, ОРВИ) установлены у 40% больных. Среди общих факторов возникновения уролитиаза у детей, которые наиболее изучено и доказано, это сухой и жаркий климат, экологические факторы (повышенное минерализация воды и почвы, загрязнение атмосферного воздуха солевыми аэрозолями, токсинами, из-

менение растительного мира, а также у обследованных больных в 21% случаев выявлены различные аномалии мочеполовых органов (гипоплазия почки, неполное удвоение почек, дистопия почек, сужение мочеточников, склероз шейки мочевого пузыря и т.д.).

Таким образом, наши исследование показывают и подтверждают, что уролитиаз наиболее часто может развиваться у детей, матери которых по возрасту старше 40 лет и имеют в анамнезе свыше пяти беременностей и родов, страдающие заболеванием почек и генитальной патологией. Немаловажную роль может играть родственный брак и наличием заболеваний почек не только у матерей но и у отца, братьев и сестер ребенка. Со стороны ребенка в прогнозе развития уролитиаза наиболее значение имеют перенесенные инфекционные заболевания, недоношенность, отставание в физическом развитии, а также пороки развития мочевыводящих путей. Установленные факторы риска могут служить основой для разработки комплексной программы профилактики и снижение уролитиаза у детей.

**Выводы.** В целом результаты исследования дают возможность практическому врачу педиатру прогнозировать риск возникновения уролитиаза в детском возрасте, а также позволяют организовать адекватные профилактические мероприятия и диспансеризацию детей с риском данной патологии. Это позволит укрепить здоровье и снижение уровня заболеваемости и смертности детям страдающим мочекаменной болезнью.

Своевременная диагностика обеспечивает предотвращение грозных осложнений требующих дорогостоящих консервативных и оперативных методов лечения. Повысить уровень образованности и навыков родителей по уходу и профилактике заболеваемости уролитиаза у детей.

## К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛА У ДЕТЕЙ

Н.Б. Мирон, Э.Х. Хамиджанов, Ш. Нумонзода, Н. Исходжонзода, Б.Э. Хомиджонов

Межрайонное детское хирургическое отделение ЦРБ Дж.Расуловского района, Худжанд, Таджикистан

Кафедра семейной медицины ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд, Таджикистан

**Цель.** Анализ опыта работы отделения, профилактика осложнений.

**Материал и методы.** В межрайонном детском хирургическом отделении (МРДХО) за 42 лет (1982-2024 г) с острой хирургической патологией органов брюшной полости находились 10571 больных, из них оперировано 8718 (82,4%) детей, в том числе с диагнозом острый аппендицит 8518 (80,6%) детей, острой кишечной непроходимостью – 51(0,6%) и 168 (1,9%) с другими патологиями.

Среди 8517 оперированных детей с диагнозом острый аппендицит у 60 (0,7%) причиной абдоминального синдрома являлся дивертикулит - у 41 флегмонозный, 15 гангренозный, у 4 гангренозно - перфоративный. Кроме того у 17 детей имело место явление перитонита, в том числе у 10 детей местного, разлитого у 7. Детей до 1-3 лет было - 6, 4-7 лет-27, 8-14 лет – 27. Длина дивертикула была от 4 до 20 см.

Среди 51 оперированных детей с острой кишечной непроходимостью у 33 причиной являлся дивертикул Меккеля: у 21 инвагинация, у 2 странгуляция, у 3 узлообразование. У одного ребенка 9 мес. имело место кровотечение из Меккелев дивертикула.

**Результаты.** Произведены дивертикулэктомии кисетным способом у 33, клиновидная резекция дивертикула у 15, резекция тонкого кишечника вместе с дивертикулом у 12 больных, причем у двоих из-за тяжелого состояния и разлитого калового перитонита наложена илиостомы, а отводная часть заглушена, ликвидация стомы и наложение анастомоза произведены по мере улучшения состояния. Таким образом, до операционная диагностика дивертикула Меккеля крайне трудна ввиду схожести с картиной острого аппендицита и острой кишечной непроходимости.

**Выводы.** Меккелев дивертикул чаще встречается у детей школьного и до школьного возраста. При не соответствии операционной находки с клинической картиной абдоминального синдрома необходимо произвести ревизию подвздошной кишки на расстоянии 1 метра с целью исключения патологии Меккелев дивертикула.

При тяжелом состоянии ребенка (перитоните, некрозе кишки) необходимо ограничиться минимальным хирургическим вмешательством - наложением илиостомы. Затем по мере улучшения состояния произвести ликвидацию илиостомы, с наложением анастомоза кишечника конец в конец.

**К оказанию специализированной помощи детям с уролитиазом в условиях районной больницы**

Н.Б. Мирон, Э.Х. Хамиджанов, Дж.Э. Турдалиева, Х. Г. Юсупов, Ш. Нумонзода.

Межрайонное детское хирургическое отделение ЦРБ Дж. Расуловского района, Кафедра семейной медицины ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ.

**Материал и методы.** В межрайонном детском хирургическом отделении (МДХО) ЦРБ Дж. Расуловского района за последние 30 лет на лечении находились 758 детей с уролитиазом, в том числе с солитарными камнями мочевого пузыря –31,0% (235), уретры 27,2% (206), почек – 25,4% (193) и мочеточников –7,2% (55) и с множественным уролитиазом – 9,1% (69), детей.

При поступлении у 57,2% (434) из них выявлены осложнения уролитиаза, в том числе: хроническая почечная недостаточность (ХПН) – у 39,4% (299), острая почечная недостаточность (ОПН) – у 7,6% (58), пиелонефроз (ПНЗ) – у 6,4% (49), паранефрит (ПНТ) – у 2,5% (19), мочевые затеки и флегмоны у 9 детей.

ОПН развивалось в результате острой обструкции верхних мочевых путей камнем и сопровождалась клиникой болевого шока. Из 58 больных 22 (37,9%) поступили в начальной стадии ОПН, остальные 36 в олигоанурической стадии. При обзорной урографии и УЗИ у 43 выявили множественный уrolитиаз, у 12 коралловидные камни обеих почек, камни мочеточника у 3 больных.

Лечебные мероприятия у 53 больных с ОПН заключались в проведении консервативных мероприятий - коррекция гомеостаза, введение спазмолитиков; 5 больным производилась катетеризация мочеточника с последующим удалением камня оперативным путем с дренированием ЧЛС.

ХПН преобладала у детей старше трехлетнего возраста - 218 (72,9%). У больных отмечалось отставание в физическом развитии 164 (75,2%), бледность кожных покровов (203), сухость и серо-землянистый оттенок кожи (193). Детей беспокоила жажда (98), рвота (53), вздутие живота (153), понос (48), головные боли (27), повышение артериального давления крови (11). У 77 больных сопутствовало бронхолегочное заболевание.

ПНЗ выявлено у 49 (6,4%) детей с мочекаменной болезнью. У больных отмечались симптомы анемии и гнойной интоксикации. Пальпировалась увеличенная, плотная, болезненная, малоподвижная почка. На экскреторной урографии у 36 больных выявлено отсутствие и у 6 - резкое замедление функций пораженной почки. Учитывая тяжесть пора-

жения почек у этих детей были направлены в Областной детский хирургический центр, где им оказано специализированная урологическая помощь.

Основным принципом хирургического лечения уrolитиаза на сегодняшний день остается органосохраняющая тактика.

Из 465 детей уrolитиазом 441 (94,8%) детям произведены оперативные вмешательства. Наиболее часто производили эпицистолитотомию 335 (75,9%), нефролитостомию 69 (15,6%), пиелолитотомию 19 (4,3%), уретеролитотомию 6 (1,3%). Показанием к нефрэктомии служил пионефроз 12 (2,7%).

За последние годы отмечено некоторое уменьшение частоты уrolитиаза среди детей. Так, если до 1990 г. дети с уrolитиазом составляли 2,5% из общего числа больных с хирургическими и 24,7% с урологическими заболеваниями, то за последние 15 лет этот показатель снизился в 3-5 раз, что составляет 0,7% и 4,6% соответственно. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что распространенность уrolитиаза среди детей раннего возраста еще остается высоким - 44,5%, что диктует о необходимости дальнейшего проведения активной оздоровительной работы среди населения.

Таким образом, эндемичность мочекаменной болезни в Дж. Расуловском районе имеет экологические и социальные основы, в профилактике данной болезни большая роль принадлежит медицинским работникам и другим инфраструктурам общества.

## К ХИРУРГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Н.Б. Мирон, Э.Х. Хамиджанов, Ш. Нумонзода, Н. Исходжонзода, Б.Э. Хамиджанов.

Межрайонное детское хирургическое отделение ЦРБ Дж.Расуловского района, Худжанд, Таджикистан

Кафедра семейной медицины ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд, Таджикистан

**Материал и методы.** Ребенок 8 мес. (28.09.2022) поступил в отделение интенсивной терапии и реанимации Джабор Расуловской ЦРБ (и/б №1978\715\429) 25.05.2023 г.

в тяжелом состоянии. Со слов матери ребенок заболел остро. В течении 4 дней проводилось амбулаторное лечение дома. Наблюдались диарея, рвота. затем присоединилось повышение



температуры тела и судороги, потеря сознания. по поводу чего родители обратились в стационар. Общее состояние ребенка тяжелое. сознание - ступорозное, кожные покровы и слизистые обычного цвета, температура тела 38°C, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 154 ударов в минуту, язык сухой, живот вздут, стул 4 раза в сутки зеленоватый.

В отделении реанимации с участием специалистов инфекциониста, невропатолога, ребенок получал интенсивную корригирующую лечение.

**Результаты.** На 14 сутки нахождения в реанимационном отделении 08.06.2023 г состояние больного резко ухудшилось, нарастало вздутие живота и напряжение брюшной стенки, стул черного цвета с прожилками чистой крови. При обследовании состояние больного крайне тяжелое, без сознания, температура тела 37.6°C, частота дыхания 38 в минуту, пульс 144 ударов в минуту. язык сухой. живот во всех отделах резко вздут. При пальпации во всех отделах наблюдается болезненность и напряжение брюшной стенки. При пальцевом исследовании прямой кишки сфинктер расслаблен, в перчатке следы чистой крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ под куполами диафрагмы с двух сторон.

Выставлен диагноз Острый гастроэнтероколит, перфорация кишечника. перитонит. После 2 часовой предоперационной подготовки, под общим внутривенным комбинированным обезболиванием кетаминотом на фоне ИВЛ 08.06.2023 год произведена лапаротомия (операция №206) верхним срединным доступом. Брюшная полость послойно вскрыта. Отошли в большом количестве газы и кишечное

содержимое. Тонкий кишечник спаян между собой фибринными пленками, которые по возможности очищены. В нескольких местах обнаружены раны размером 0.2 x 0.3 см, но без перфорации. При дальнейшей ревизии в правой части ободочной кишки обнаружена перфорированная язва размером 0.4 x 0.5 см, и в стенке сигмовидной кишки обнаружена перфоративная язва размером 0.6 x 0.8 см с выделением содержимого кишечника из этих язв. Кроме этого в нескольких местах толстого кишечника обнаружены язвы размерами 0.2 x 0.3 см без перфорации. Перфоративные язвы толстого кишечника ушиты викриловыми швами в поперечном направлении. Через раны в правой подвздошной области наложена концевая илеостома. Брюшная полость по возможности очищена от фибринных пленок и через раны в правой подвздошной области установлена трубка с множественными отверстиями в подпеченочное пространство и такие же трубки через раны левой подвздошной области установлены в левом боковом канале и в полости малого таза. Трубки ушиты к коже. Остановка кровотечения по ходу операции, послойные швы на рану.

Швы сняты на 8 сутки после операции, заживление первичным натяжением. Илеостома ликвидирована через 5 мес. (01.11.23 год) с формированием обходного анастомоза толстой кишки.

**Выводы.** Таким образом, острые кишечные инфекции у детей раннего возраста протекают очень тяжело. Поэтому всегда независимо от степени тяжести состояния, дети грудного возраста для ранней профилактики, выявления и лечения фатальных осложнений должны быть госпитализированы в специализированный стационар.

## ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ НА ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВАЙДАЗА» ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Ф.А. Мухаммаднабиева, К.И. Исмаилов, Б.С. Табариев, С.Н. Давлатова

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан.

**Цель.** Выявить варианты ответов на лечение препаратом Вайдаза (азациитидин), связанных с улучшением показателей общей выживаемости (ОВ) больных детей с миелодиспластическим синдромом (МДС).

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ историй болезни 10 детей с МДС в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей, приближённых к исследуемым группам по возрасту и полу. Вайдаза назначалась подкожно по 75 мг/м<sup>2</sup> в течение 7 дней каждые 28 дней. Терапия препаратом продолжалась 2 года. Эффективность оценивали по модифицированным критериям IWG 2006 г. ОВ рассчитывали от даты начала терапии Вайдазой. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование. Диагноз у всех включённых в настоящее исследование пациентов установлен в соответствии с критериями классификации ВОЗ.

**Результаты.** Проведено исследование крови детей с МДС, которым была назначена Вайдаза по схеме в течение 2-х лет. Число проведённых курсов было 12. Полная костномозговая ремиссия достигнута у 8 больных. Общий ответ составил 80% (8 из 10 больных). Не обнаружено связи эффективности терапии с возрастом, другими вариантами заболевания,

длительностью предшествующего периода, исходными уровнями гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов, зависимостью от трансфузий и тромбоконцентрата. Терапия расценена как неэффективная у 2 (20%) больных. У 6 больных детей с МДС констатирована стабилизация лабораторных данных с сохранением потребности в трансфузии компонентов крови. У двух больных детей отмечено постепенное повышение числа бластных клеток в костном мозге. Медиана ОВ в группе больных с костномозговой и клинико-гематологической ремиссией составила 14 мес.

**Выводы.** Полученные нами результаты говорят об улучшении общей выживаемости больных детей с миелодиспластическим синдромом, что связано со снижением потребности в переливаниях компонентов крови и/или стабильным улучшением показателей крови при назначении препарата Вайдаза. Минимальное число курсов терапии, которое необходимо провести для определения раннего положительного ответа на Вайдазу, составляет 6 мес. При этом отмечается стабилизация болезни, улучшение соматического статуса, а также заметная положительная динамика цито-морфологических и гистологических показателей в костномозговом пунктате.

## D-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ш.Ф. Наврузкулова

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино».

**Цель.** Провести оценку обеспеченности 25(ОН)D (кальцидиол) детей, страдающих ожирением разной степени.

**Материал и методы.** В проспективном исследовании наблюдались две группы детей

в возрасте 4–15 лет: основная и контрольная. Основная группа включала 30 детей, имеющих ожирение различной степени (индекс массы тела (ИМТ) <sup>3</sup> +2 SDS для данного пола и возраста). Контрольную группу составили 40 де-

тей без ожирения. Концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа. Адекватный уровень витамина D определяется как концентрация 25(OH)D более 30 нг/мл, недостаточность — как 21–30 нг/мл, дефицит — менее 20 нг/мл.

**Результаты.** В ходе исследования определено, что уровень 25(OH)D у детей с ожирением составил  $Me = 18,9$  нг/мл (НГ — 11,3, ВГ — 25,91 нг/мл), что достоверно ниже, чем в группе контроля  $Me = 43,2$  нг/мл (НГ — 32,5, ВГ — 55,1 нг/мл) ( $p < 0,05$ ). Во всех возрастных группах у детей с ожирением установлен низкий уровень витамина D. При сравнении обеспеченности витамином D в зависимости от тяжести ожирения и пола достоверно значимых различий получено не было ( $p > 0,05$ ). При исследовании обеспеченности витамином

D внутри группы с ожирением в зависимости от состояния костной прочности получены данные о значимо более низких показателях костной ультрасонометрии. Уровень кальцидиола статистически значимо снижался при более тяжелой степени снижения костной прочности. При корреляционном анализе получены значимые прямые связи уровня кальцидиола с показателями костной прочности ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Установлено, что 100% детей с различной степенью ожирения имеют низкий уровень витамина D в сыворотке крови. Пол и степень тяжести ожирения не влияют на сывороточный уровень кальцидиола. Дети с ожирением имеют достоверно более низкие показатели костной прочности в сравнении с детьми из группы контроля.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОГРАММ ДОНОШЕННЫХ И ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ш.Ф. Наврузкулова

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан.

**Цель.** Проведение сравнительного анализа основных показателей гемограммы у доношенных и поздних недоношенных новорожденных.

**Задачи.** 1. Провести сравнительный анализ гемограмм поздних недоношенных и здоровых доношенных детей. 2. Выявить особенности гемограммы поздних недоношенных детей и по итогу составить таблицы нормативных показателей.

**Методы.** На базе Перинатального центра г. Душанбе ретроспективно проанализировано 350 историй развития новорожденных с гестационным возрастом при рождении 34–36 нед (основная группа). Критерии включения в исследование: отсутствие дыхательных расстройств и воспалительных заболеваний при рождении. Группу контроля составили 100 здоровых доношенных новорожденных. Контроль гемограммы проводился на 2-е сут

жизни в качестве скринингового метода на анализаторе Sysmex XS 800. Для определения различий между группами обследуемых использовались методы вариационной статистики: 1>Стьюдента и точный критерий Фишера. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Имелись различия в уровне гемоглобина у детей основной и контрольной группы —  $166 \pm 26$  и  $196,5 \pm 26$  г/л соответственно ( $p < 0,05$ ). У здоровых доношенных детей эритроциты находились на уровне  $5,6 \pm 0,7 \times 10^{12}$  г/л, у детей основной группы —  $4,8 \pm 0,7 \times 10^{12}$  г/л. В основной группе гематокрит составлял  $51,2 \pm 8\%$ , в группе контроля —  $56,3 \pm 9,7\%$ . Уровень тромбоцитов в основной группе составлял  $253 \pm 77 \times 10^9$ /л, в группе контроля —  $293 \pm 90 \times 10^9$ /л ( $p < 0,05$ ). Показатели «белой крови» также отличались в представленных группах. Лимфоциты в основной

группе находились на уровне  $36 \pm 15 \times 10^9/\text{л}$ , у группы контроля —  $30,2 \pm 12 \times 10^9/\text{л}$ . Уровень лейкоцитов в основной группе составлял  $15 \pm 6,7 \times 10^9/\text{л}$ , в группе контроля —  $20 \pm 7,6 \times 10^9/\text{л}$ . Была выявлена разница в показателях биохимического анализа крови в основной группе и группе контроля, уровень общего белка составлял в основной группе  $45,5 \pm 8 \text{ г/л}$ , в группе контроля —  $62 \pm 7 \text{ г/л}$  ( $p < 0,05$ ). Уровень альбумина крови в основной группе со-

ставлял  $36 \pm 3,4 \text{ г/л}$ , в группе контроля —  $39 \pm 3,8 \text{ г/л}$ , по уровню креатинина также имели место различия —  $57 \pm 22$  и  $61 \pm 20 \text{ мкмоль/л}$  соответственно.

**Заключение.** Имеют место различия в гемограммах поздних недоношенных детей и здоровых новорожденных. При оценке показателей гемограмм необходимо, прежде всего, учитывать гестационный возраст новорожденного ребенка.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАННЕМ АДАПТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Д.Дж. Наджмидинова

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Цель.** Изучить клинические особенности течения лёгочной гипертензии (ЛГ) у новорождённых в раннем адаптационном периоде, а также определить прогностические критерии тяжёлого течения.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное клинико-инструментальное исследование 60 новорождённых с диагностированной лёгочной гипертензией в возрасте от 0 до 7 суток жизни. Все дети были разделены на две группы: Группа I – новорождённые с транзиторной лёгочной гипертензией ( $n=35$ ), Группа II – с персистирующей лёгочной гипертензией новорождённых (ПЛГН) ( $n=25$ ). Использовались методы: общеклинический осмотр, оксиметрия, ЭХО-КГ с оценкой давления в лёгочной артерии, доплерография, анализ показателей газового состава крови.

**Результаты.** У новорождённых с ПЛГН выявлены более выраженные проявления ги-

поксемии, ацидоза и системной гипотензии. Среднее давление в лёгочной артерии у этой группы превышало 45 мм рт. ст., в то время как в группе с транзиторной формой – не более 30 мм рт. ст. Стойкая тахикардия, снижение сатурации менее 88% при  $\text{FiO}_2 > 0,6$ , а также наличие открытого артериального протока с право-левым сбросом были наиболее частыми признаками тяжёлого течения.

**Выводы.** В раннем адаптационном периоде лёгочная гипертензия может протекать как в транзиторной, так и в персистирующей форме. Выявление ряда клинико-инструментальных признаков в первые сутки жизни (стойкая гипоксемия, высокий уровень давления в ЛА, отсутствие ответа на оксигенотерапию) позволяет заподозрить тяжёлое течение ЛГ и требует раннего назначения комплексной терапии, включая ингаляционный оксид азота и инотропную поддержку.



## РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Д.Дж. Наджмидинова

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

**Цель.** Оценить влияние ключевых перинатальных факторов на риск развития неонатальных инфекций, включая ранний и поздний неонатальный сепсис, внутриутробные и постнатальные инфекционные осложнения.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 124 историй новорождённых, находившихся на лечении в неонатологическом отделении, из которых 68 детей имели клинически и лабораторно подтверждённую неонатальную инфекцию. Контрольную группу составили 56 новорождённых без признаков инфекционного процесса. Изучены следующие перинатальные факторы: срок гестации, масса тела при рождении, характер течения беременности (инфекции, преэклампсия, анемия), длительность безводного промежутка, признаки хориоамнионита, методы родоразрешения, наличие внутриутробной гипоксии, применение антенатальной антибиотикотерапии и кортикостероидов, оценка по шкале Апгар, необходимость реанимационных мероприятий.

**Результаты.** Наиболее значимыми предикторами развития неонатальной инфекции

оказались: преждевременный разрыв плодных оболочек  $>18$  часов ( $p<0,01$ ), клинические и морфологические признаки хориоамнионита ( $p<0,001$ ), недоношенность ( $<34$  нед.,  $p<0,01$ ), внутриутробная гипоксия ( $p<0,05$ ), экстренное кесарево сечение по поводу фетального дистресса ( $p<0,05$ ). У новорождённых, чьи матери получали антенатальные кортикостероиды и профилактическую антибиотикотерапию по показаниям, риск инфекционных осложнений был достоверно ниже (ОШ=0,42, 95% ДИ 0,21–0,84).

Кроме того, низкие баллы по шкале Апгар и необходимость интубации при рождении коррелировали с развитием позднего сепсиса, особенно при наличии инвазивных вмешательств в раннем неонатальном периоде.

**Выводы.** Перинатальные факторы играют ключевую роль в формировании предрасположенности к неонатальным инфекциям. Особое внимание должно уделяться профилактике хориоамнионита, рациональному ведению преждевременных родов.

## АНТИГЕЛЬМИНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Назаров

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан

**Цель.** проанализировать консервативную тактику лечения эхинококкоза у детей.

**Материал и методы.** В 2005-2025 годы в клинических базах нашей кафедры находились 32 детей с эхинококкозом. Из 32 больных 29 (90,6%) оперированы и получили химиотерапию, 3 (9,4%) больным проведено химиотерапия без оперативного вмешательства. У этих больных множественные эхинококковые кисты были расположены в печени с размера-

ми 0,8-1,5 см, и это служило выбрать тактику консервативной терапии.

**Результаты.** В качестве консервативного метода лечения на сегодняшний день используется химиотерапия альбендазолом. Показаниями для лечения антигельминтными препаратами являются:

– противорецидивная терапия после любого вида оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза;

– спонтанный или травматический разрыв кисты.

– множественные кисты в одном или нескольких органах размером не более 3,5 см, при условии невозможности выполнить оперативное лечение по тем или иным причинам;

– неоперабельный эхинококкоз (технические трудности, множественные поражения и т.д.)

Число курсов терапии определяется объемом поражения, состоянием больного. По литературным данным при лечении неоперабельного эхинококкоза возможно проведение 9-10 курсов. Однако, в наших наблюдениях не встречались неоперабельные случаи. С целью противорецидивной терапии после оперативного вмешательства рекомендованы как минимум 3 курса лечения. Всем 32 больным альбендазол назначали в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в сутки в 2 приема – утро/вечер с интервалом 12 ч в течение 28 дней. Больные принимали препарат во время приема жирной пищи, что увеличивало его биодоступность. Интервал между курсами были 14 дней. Несмотря на относительную безопасность препарата, его следует с осторожностью назначать

при тяжелых заболеваниях печени. Контроль функции печени и мониторинг клеточного состава крови проводили до лечения и каждые 14 дней первого курса терапии. При этом у 9 (28,1%) больных выявлено повышение показатели трансаминаз (АЛТ и АСТ), а у 3 (9,4%) больных выявлена лейкопения. При возникновении лейкопении терапию прекращали до нормализации показателей. Лечение альбендазолом проводили на фоне базис-терапии (режим питания, диета). Назначение гепатопротекторов и десенсибилизирующих препаратов снижали побочные эффекты при длительном лечении. По данным мировой литературы абсолютными противопоказаниями к назначению антигельминтных препаратов являются индивидуальная непереносимость, локализация кист в сердце, головном мозге до оперативного вмешательства, первый триместр беременности. Однако, в наших исследованиях таких случаев не выявлено.

Таким образом, когда нет абсолютных противопоказаний проведения химиотерапию при эхинококкозе у детей, всем больным рекомендуем провести антигельминтную терапию с альбендазолом.

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Н.Н. Назаров, Э.А. Якубов, Ф.М. Дусалиев, Ф.М. Хуррамов

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить роль МСКТ в режиме ВК при диагностике хронических запоров у детей.

**Материал и методы.** В 2-ГДХКБ города Ташкента (клиническая база кафедры) в 2019-2025 гг. находился на обследовании и лечении 262 детей с хроническим запором в возрасте от 3 мес. до 18 лет.

**Результаты.** Метод МСКТ в режиме ВК основан на компьютерной обработке аксиальных срезов с помощью специального программного обеспечения, путем выделения просвета толстой кишки из окружающих мягких тканей. Из 262 у 132 (50,4%) детей проведено МСКТ в режиме ВК. Подготовка детей к ис-

следованию начиналась с полного очищения толстой кишки. Из 132 детей у 18 (13,6%) МСКТ ВК проведено под медикаментозным сном. С помощью этой исследования установлен следующие патологии толстой кишки, вызывающий хронический запор: болезнь Гиршпрунга - у 3 (2,3%); долихоколон – 126 (95,4%); долихосигма – 3 (2,3%). У 27 (20,4%) больных была предположение синдром Пайра, который подтверждался при дополнительном проведении ирригографии. МСКТ в режиме ВК был высокоинформативным при долихоколоне, долихосигме и при болезни Гиршпрунга, а при синдроме Пайра информативность этой

исследовании уступал ирригографию. Во многих случаях родители отказались от данного метода за счет применения общей анестезии своим детям. При таких случаях роль ирригографию несколько раз превосходило МСКТ в режиме ВК. При подготовке к исследованию МСКТ ВК проводились сифонные клизмы в течение 3-8 дней. У детей более старшего возраста при подготовке применяли слабительное средство «Фортранс» в возрастной дозировке. Данные МСКТ в режиме ВК оказались более достоверны и чувствительны в дооперационной диагностике у 99 (75%) больных с долихоколомом, у 3 (2,3%) с болезнью Гиршпрунга и у 3 (2,3%) больных с долихосигмой. В 27

(20,5%) случаях был ложноположительный результат в связи с повышением внутрикишечной давлении за счет нагнетание воздуха в большом объеме.

**Выводы.** МСКТ в режиме ВК показала высокие диагностические возможности и преимущества перед другими традиционными способами диагностики при хронических запорах у детей. Недостаткам МСКТ в режиме ВК явилась невозможность проведение данного метода у детей младшей возрастной группы и применение общей анестезии. Исследование обладает высокой чувствительностью в выявлении причин хронических запоров у детей старшего возраста.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ЭКТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Н.Н. Насридинова

Кафедра детских болезней №1 им профессора Аминова Х.Д. ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им Абуали ибни Сино».

**Цель.** Оценить состояния здоровья новорожденных детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование 50 историй развития новорожденных и история развития детей (форма 112/у), зачатых с помощью ЭКО. Исследование приводилось в НИИ АГиП за 2020-2023гг.

**Результаты исследования.** В большой мере перинатальная смертность после ЭКО определяется числом преждевременных родов, так и по нашим исследованиям было выявлено, что частота многоплодия и преждевременных родов после ЭКО в 8 раз превышает таковую при спонтанной беременности. Анализ сроков беременности, при которых произошли преждевременные роды после ЭКО, свидетельствует о том, что в сроки до 31 нед родились 4 (одна пара детей это двойня) детей, от 31 до 34 нед — 11 детей (из них 1 тройня, 2 двойня), от 34 нед до 36 нед — 16 детей (из них 3 пары двойня). В общем из 50 детей 62% составили недоношенные дети,

38% доношенные дети родившиеся со сроком гестации выше 37 нед. По результатам исследования из обменной карты новорожденного, наиболее часто отмечалось поражение ЦНС (у 98,0% новорожденных). Патология сердечно-сосудистой системы была установлена у 66,0% новорожденных: функционирующее овальное окно — 96,8%, открытый артериальный проток — 11,2%, дефект межжелудочковой перегородки — 3,1%. Патология органов дыхания была отмечена — в 82,0% случаев. Были установлены следующие диагнозы при рождении: врожденная пневмония — у 28,9%, бронхолегочная дисплазия — у 8,8%, респираторный дистресс-синдром — у 2,5% и дыхательная недостаточность — у 53%. Патология системы кроветворения была зарегистрирована у 56% новорожденных: ранняя (59%) и поздняя (42,8%) анемия недоношенных новорожденных, геморрагический синдром (1,78%). Поражения ЖКТ отмечены у 25,0% недоношенных детей в виде функционального нарушения пищеварения, что составило у 48,0% детей. Надо отметить, что у 71%

недоношенных детей отмечалась неонатальная желтуха, у 58,7% желтуха имело затяжную форму. Соответственно срокам беременности, при которых происходят роды, большинство доношенных или почти доношенных детей после ЭКО выписывают домой. Из 50 ребенка, 32 (64,5%) были выписаны домой, 16 (32,2%) переведены в другие стационары, умерли 2 детей (летальность 4,0%).

**Выводы.** У недоношенных детей, рожденных с помощью ЭКО, при рождении наиболее часто поражается ЦНС (98%) и дыхательная система (96%), так как беременность и роды после ЭКО сопровождаются высоким риском для плода в связи с высокой частотой многоплодия и невынашивания.

## РЕПЛАНТАЦИЯ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

М.Ш. Одинаев, Х.И. Ибодов, К.П. Артыков, Д.М. Гмонов

Кафедра детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оптимизировать хирургическую тактику при ампутации крупных сегментов у детей в условиях жаркого климата.

**Материал и методы.** В нашей практике, во время работы по Российскому контракту в Республике Йемен, была произведена реплантация ампутированных крупных сегментов конечностей трём пациентам. Среди поступивших с травматическими ампутациями конечностей: два случая ампутации верхней конечности (один на уровне нижней трети правого предплечья после укуса верблюда, другой – отрыв на уровне средней трети левого плеча) и один случай ампутации на уровне средней трети правого бедра, полученный в результате автоаварии.

Возраст пациентов составил: двое – 14 лет и один – 4 года. Все пациенты мужского пола с ампутацией крупных сегментов были доставлены на попутном транспорте, без использования холодовой ишемии, в течение 2 часов с момента получения травмы. На момент поступления они находились в состоянии тяжёлого комбинированного шока. Шоковый индекс у пациентов был выше 1,0. Их госпитализировали в палату интенсивной терапии, где немедленно начали проводить противошоковую терапию. В это же время произвели подготовку ампутанта: после ме-

ханической очистки его промыли проточной водой, обработали антисептиками, выполнили первичную хирургическую обработку мягких тканей, резекцию кости в пределах 4 см, выделили сосудисто-нервный пучок с клипированием сосудов. Затем начали применять холодовую ишемию ампутанта. Параллельно с проведением противошоковой терапии начали подготовку ампутационной культи, выполнив ПХО раны. В ходе этой процедуры выделили сосудисто-нервный пучок, провели тромбэктомиию из проксимальной культи артерии до появления пульсирующего кровотока после резекции её конца, а также резекцию кости на расстоянии около 4 см. Операция началась с травматического этапа, который включал остеосинтез кости с использованием штифта и спицы Киршнера, а также восстановление мышц-антагонистов с помощью рассасывающегося шовного материала. Учитывая характер ампутации крупных сегментов, микрососудистый этап операции начался с артериорафии по типу «конец в конец» с использованием атравматической нити 7/0. Это позволило восстановить кровоток в ампутированном сегменте. После того как кровь начала поступать в дистальный конец вены, была выполнена флеборафия с использованием аутовенозного трансплантата длиной около 7 см. Нервы вос-



становлены путём наложения эпинеурального шва с использованием микрохирургической техники, атравматического шовного материала и оптического увеличителя. Пациенты в послеоперационном периоде получали обезболивающие, антибиотики, инфузионную терапию, гемотрансфузию и плазматрансфузию, а также местное лечение. В послеоперационном периоде все реплантированные сегменты, за исключением одного, успешно прижились. В случае ампутации после укуса верблюда, на 7-й день в послеоперационном периоде развилось тотальное нагноение раны, что привело к тромбозу восстановленного сосуда с последующей гангреной реплантированного сегмента. По жизненным показаниям была выполнена ампутация с формированием ампуточной культи.

**Результаты.** Результаты реплантации крупных сегментов у всех пациентов в ближайшем послеоперационном периоде оценивались по состоянию кровообращения репланти-

рованного сегмента. Критериями успешности были: розовый цвет сегмента; теплота на ощупь; положительная капиллярная реакция; отчётливый пульс на периферии.

Отдалённые результаты оценивались спустя полгода после реплантации. Помимо кровообращения, дополнительно оценивались: наличие регенерации нерва: отмечался положительный симптом Тинеля. Образование костной мозоли в области перелома: подтверждено на контрольной рентгенограмме. Все это свидетельствует о компенсированном кровообращении реплантированного сегмента и успешном процессе его приживления.

**Вывод.** Таким образом, учитывая особенности детского организма, изолированная ампутация крупных сегментов конечности, независимо от уровня и характера ампутации, при своевременной доставке ампутанта и начале холодовой ишемии, является абсолютным показанием для реплантации.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ГРУДНОЙ АПЕРТУРЫ У ДЕТЕЙ (синдром передней лестничной мышцы)

М.Ш. Одинаев, Х.И. Ибодзода, Б.Дж. Азизов, Д.М. Нигмонов, Х.О. Махкамова

Кафедра детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оптимизация хирургической тактики при синдроме верхней грудной апертуры у детей.

**Материал и методы.** В отделение детской травматологии лечебного комплекса «Истиклол» кафедры детской хирургии поступили 4 ребёнка в возрасте от 14 до 16 лет с диагнозом: синдром верхней грудной апертуры, левосторонней – 3, правосторонней – 1, из них 2 мальчика и 2 девочки. Все больные поступили к нам через определённые промежутки времени после долгого лечения у других специалистов, случайно через родственников. Больные повторно обследовались, были проведены дополнительные методы исследования с тем, чтобы диагноз не вызывал сомнений. Они были прооперированы в плановом порядке

под общим ЭТН надключичным Z-образным доступом (объём операции: скаленотомия и периапериальная симпатэктомия). В ходе операции после выделения наружной яремной вены и диафрагмального нерва, и взятия их на держалку обнажена передняя лестничная мышца, которая была гипертрофирована и напряжена. Указанная мышца выделена острым путём и взята на держалку. После того как было произведено полное выделение указанной мышцы, выполнили скаленотомию с использованием электрокоагулятора. После пересечения культи мышцы разошлись на расстояние около 5 см. Была проведена ревизия подключичной артерии, которая оказалась спазмированной. Учитывая ситуацию, выполнена периапериальная симпатэктомия со

стенки подключичной артерии. После этого спазм был купирован, и артерия приобрела нормальный размер.

**Результаты.** Во время операции производился контроль пульса на лучевой артерии при отведении конечности, при этом пульс не исчезал. Рана была ушита послойно. Наложены йод и асептическая повязка. В послеоперационном периоде прооперированные дети получали: обезболивающие; антибиотики; инфузионную терапию; местное лечение. Послеоперационное заживление раны протекало гладко, по первичному типу. Кожные швы были сняты на 12-й день после операции, и пациент был выписан домой с рекомендациями находиться под наблюдением детского хирурга, травматолога, невропатолога и оперирующего микрохирурга.

Контрольный осмотр был проведён через 2 месяца после операции, особых жалоб со стороны пациентов не имелось. На момент

осмотра симптомы вторичной болезни Рейно у пациентов отсутствовали.

По результатам обследования, все послеоперационные рубцы крепкие, без признаков воспаления. Конечности тёплые на ощупь, капиллярная реакция положительная. Пульс на лучевой артерии не исчезает при отведении головы в противоположную сторону и при проведении доплерографии в позиции Эдсона, что свидетельствует об успешном устранении компрессии.

**Выводы.** Таким образом детям, которые обращаются за медицинской помощью с жалобами на боли в области шеи, плечевого пояса, верхней части грудной клетки и верхних конечностей, усиливающиеся при повороте головы и поднятии рук вверх, необходима консультация микро- и сосудистого хирурга. Это важно для исключения синдрома передней лестничной мышцы и своевременного оказания специализированной помощи детям, страдающим данной патологией.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

А. Ж. Оразалинов<sup>2</sup>, Х.И. Ибодзода<sup>1</sup>, М. К. Хамитов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>Многoproфильная городская детская больница №2 г.Астана, Казахстан

<sup>3</sup>«Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан

**Цель.** Оптимизация алгоритма диагностики и лечения хронического запора у детей за счёт дифференциации функциональных и органических форм заболевания и внедрения современных минимально инвазивных вмешательств.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 598 клинических случаев у детей с хроническим запором в возрасте от 2 до 14 лет, наблюдавшихся с 2020 по 2024 гг. в детских хирургических стационарах г. Астаны и Душанбе. Их них девочек было 312 (52,2%), мальчиков - 286 (47,8%). Возраст пациентов был от 8 месяцев до 15 лет, средний возраст составил 7 лет 8,5 месяцев. Комплекс обследования включал сбор анамнеза, физикальное

обследование, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование кишечника (ирригография), а также (при необходимости) эндоскопию и морфологическую верификацию. Лечебная тактика включала:– базисную диетотерапию и регуляцию режима дефекации;– медикаментозное лечение (макрогол, лактулоза); – операции по антеградной континентной клизме (АСЕ), резекции мегаректосигмоида по Пенья, трансанальную резекцию при анатомических аномалиях.

**Результаты.** Основным клиническим проявлением была задержка стула, но кроме того так же имелись сопутствующие жалобы, такие как: боли в животе у 376 детей (62,9%), вздутие живота у 323 детей (54%), недержание

кала у 185 детей (30,1%), психологические симптомы у 78 детей (13,1%). По длительности заболевания: до 1 года 135 детей (22,6%), от 1 до 3 лет 192 (32,1%), более 3 лет: 271 (45,3%). Согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения у 467 (78,1%) детей достигнута стойкая ремиссия на фоне консервативной терапии. В 48 (8,02%) случаях потребовалось хирургическое вмешательство (операции АСЕ), резекция мегаректосигмоида по Пенья, трансанальная резекция), что обеспечило удовлетворительные функциональные результаты у 89% пациентов. Анализ внедрения предложенного алгоритма показал сокращение сроков постановки диагноза на 30% и повышение точности диагностики органических форм заболевания (чувствительность

91,5% при использовании ирригографии). Случаи морфологически подтвержденного дисганглиоза 18 детей (3,01%) потребовали радикального хирургического лечения.

**Выводы.** Современный подход к диагностике и лечению хронического запора у детей, основанный на индивидуализированной оценке клинико-функционального статуса и применении минимально инвазивных методов, позволяет достичь высоких результатов. Внедрение унифицированного алгоритма обследования способствует раннему выявлению органических нарушений, оптимизации лечебной тактики и улучшению качества жизни пациентов. Разработанная модель может быть рекомендована для широкого применения в клинической практике детской хирургии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНО-ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА С РАЗЛИТОЙ ГНОЙНОЙ ПЕРИТОНИТОМ И СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У РЕБЁНКА 4 МЕСЯЦЕВ

А.Ф. Орипов<sup>1</sup>, М.А. Орипов<sup>1,2</sup>, Х. Облокулов<sup>1</sup>, А. Муллоджонов

<sup>1</sup>ЦРБ Истаравшан, Отделение детской хирургии, Худжанд, Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Поделиться уникальным клиническим случаем и результатом лечения ребенка с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом и странгуляционной кишечной непроходимостью.

**Материал и методы.** Уникальный клинический случай редкого и тяжёлого течения острого хирургического заболевания у ребёнка 4 месяцев. Пациент поступил с симптомами высокой температуры, рвоты, вздутия живота, отсутствия стула, признаками кишечной непроходимости и прогрессирующего ухудшения состояния. Из анамнеза: ребёнок недоношенный (гестационный возраст — 7 месяцев), третий ребёнок в семье и перешел в искусственное кормление. При обследовании: живот вздут, болезненный, на рентгенограмме — признаки пареза кишечника, горизонталь-

ные уровни жидкости. Подозрение на инвагинацию и острую странгуляционную кишечную непроходимость.

**Результаты.** Срочно проведена диагностическая и лечебная лапаротомия. Ход операции (10.01.2024): Выполнены: срединная лапаротомия, аппендэктомия, устранение странгуляционной кишечной непроходимости, частичная резекция большого сальника, ретроградная интубация тонкой и толстой кишки, санация и дренирование брюшной полости. Обнаружен гангренозно изменённый и перфорированный червеобразный отросток с обширными спаечными изменениями и разлитым гнойным перитонитом. Странгуляция тонкой кишки вызвана плотными лигаментами между участками брыжейки. Кишечные петли частично ишемизированы, но после термотестов восстанов-

лены. Послеоперационный диагноз: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Спайкообразующее заболевание органов брюшной полости. Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость. В послеоперационном периоде пациент получал интенсивную инфузионную, антибактериальную, гормональную и симптоматическую терапию (цефтриаксон, глюкоза, рингер, прозерин, гепарин, лидаза, вобэнзим и др.). В течение нескольких суток состояние стабилизировалось. На 6-е сутки выявлена вентральная послеоперационная грыжа. В

удовлетворительном состоянии ребёнок выписан под амбулаторное наблюдение.

**Выводы.** Представленный случай демонстрирует исключительную важность ранней диагностики хирургической патологии у детей раннего возраста, а также необходимость своевременного хирургического вмешательства при странгуляционной кишечной непроходимости и разлитом перитоните. Сложность операции усугублялась возрастом пациента, анатомо-физиологическими особенностями и тяжёлым исходным состоянием.

## ПРИМЕНЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВОГО СТЕНТА ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПАТОЛОГИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.Ф. Орипов<sup>1</sup>, М.А. Орипов<sup>1,2</sup>, Х. Облокулов<sup>1</sup>, А. Муллоджонов<sup>1</sup>, Т. Миргафуров<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ЦРБ Истаравшан, Отделение детской хирургии, Худжанд, Таджикистан

<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность применения мочеточниковых стентов при обструктивных уропатиях у детей.

**Материал и методы.** За период с 2020 по 2024 гг. в ДХО ЦРБ г. Истаравшан были пролечены 47 детей (27 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 2 месяцев до 14 лет с диагнозами: врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) — 28 случаев; вторичный стеноз ЛМС вследствие воспалительных заболеваний — 9 случаев; обструкция дистального отдела мочеточника камнем — 5 случаев; стриктуры мочеточника посттравматического характера — 5 случаев. Всем детям проводилось эндоскопическое стентирование мочеточника с использованием мочеточнических стентов подходящего диаметра и длины (3–6 Fr). Контрольные обследования включали УЗИ почек, общий анализ мочи, бактериологическое исследование, экскреторную урографию.

**Результаты.** Восстановление адекватного оттока мочи по данным УЗИ и урографии отмечено у 44 пациентов (93,6%) в течение первых 3–5 суток после вмешательства. Сни-

жение болевого синдрома и проявлений интоксикации наблюдалось у 100% детей в течение первых 48 часов. Осложнения в виде миграции стента зарегистрированы в 2 случаях (4,3%), обострение пиелонефрита — в 3 случаях (6,4%). Все осложнения были купированы консервативно или при повторной установке стента. Средний срок нахождения стента — 4–6 недель в зависимости от патологии.

Полученные результаты подтверждают, что установка мочеточникового стента является эффективным и относительно безопасным методом лечения обструктивных заболеваний мочевыводящих путей у детей. Методика особенно полезна при необходимости быстрого восстановления оттока мочи и подготовки к плановым реконструктивным операциям. Следует учитывать необходимость тщательного подбора размеров стента, а также регулярного наблюдения для предотвращения осложнений.

**Выводы.** Мочеточниковое стентирование высокоэффективный способ временного восстановления проходимости мочевыводящих путей у детей, особенно в районных условиях.



Метод позволяет существенно снизить риск повреждения почечной паренхимы и улучшить исходы последующих хирургических вмешательств уже в более квалифицированных центральных больницах. Наибольшая эффектив-

ность достигается при использовании метода в ранние сроки после выявления обструкции. Требуется строгий контроль за положением стента и состоянием пациента в послеоперационном периоде.

## ПРИМЕНЕНИЕ ДОРЗАЛЬНОЙ МИНИ-ЛЮМБОТОМИИ ПРИ СУЖЕНИЯХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А. Ф. Орипов, Х.Б. Облокулов, М.А. Орипов, А. Муллоджонов, А. Марупов, Ф. Маъмуров, Т. Миргафуров, К. Фозилов

ЦРБ Истаравшан, отделение детской хирургии, Худжанд, Таджикистан

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность дорзальной мини-люмботомии при коррекции сужений ЛМС у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** Период наблюдения: [2023-2025гг.] Количество пациентов: 6 детей в возрасте от 9 месяцев до 4 лет. Критерии включения: врождённое сужение ЛМС, подтверждённое данными УЗИ, внутривенной и КТ урографии, ретроградная пиелография. Хирургическая методика: Доступ выполнялся через косой разрез длиной 3.5–5.5 см в поясничной области, в проекции 12 ребра. Расслоение мягких тканей проводилось тупо, без повреждения мышц, что обеспечивало низкую травматичность вмешательства. После выделения ЛМС выполнялась резекция стенозированного участка с наложением обструкционно-разрешающего пиелoureteroанастомоза по методике Хейнс-Андерсона.

**Результаты.** Длительность операции сократилась от 45 до 65 мин. Интра- и послеоперационные осложнения не наблюдались, сроки госпитализации сокращено до 7-8 дней. В послеоперационном периоде не отмечено случаев инфицирования раны или несостоятельности анастомоза. У всех пациентов на-

блюдалось снижение степени гидронефроза и улучшение уродинамики. У 92% детей восстановление функции почки составило более 10% от исходного значения. Дорзальная мини-люмботомия представляет собой эффективный и безопасный доступ при хирургическом лечении стенозов ЛМС у детей раннего возраста. Благодаря прямому выходу к ЛМС, минимальной травматизации тканей и хорошему косметическому результату, методика может служить альтернативой лапароскопической пиелопластике, особенно у детей младше 1 года, где применение эндоскопических методов может быть затруднено.

**Выводы.** Дорзальная мини-люмботомия — перспективный метод открытого хирургического вмешательства при сужении ЛМС у детей раннего возраста. Метод характеризуется высокой эффективностью, низким уровнем осложнений, сокращение сроков госпитализаций, ранняя активизация больного и хорошими функциональными результатами. Он может быть рекомендован как один из стандартных подходов в детской урологии при невозможности лапароскопии или в условиях ограниченного технического оснащения.

## ЧАСТОТА И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДОКБ Г. ХУДЖАНДА

Р.И. Раупова, Ё.Г. Нигорова, Ф.М. Муллоев, К.К. Каримов

Детская областная клиническая больница г.Худжанд, Таджикистан.

Врожденные пороки сердца являются одним из распространенных пороков развития среди новорожденных (0,8-1,2%) и нередко являются основными причинами смертности

**Цель.** Провести анализ медицинской документации больных с врожденными пороками сердца с целью определения частоты и взаимосвязи индивидуальных факторов риска с возникновением врожденных пороков сердца у детей по данным обращаемости и лечения этих больных в ДОКБ г. Худжанда

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 348 историй болезни детей, находившихся на стационарном обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении с различными врожденными пороками сердца.

Из них: 135 детей находились на стационарном обследовании и лечении в 2023 году, 135- в 2024 г. и 78- в течение 6 месяцев 2025 года. Всего 348 ребенка.

Кроме того проанализированы амбулаторные карты 1405 детей, обратившихся впервые в консультативную поликлинику к врачу кардиологу за тот же период. т.о., всего проанализировано 1753 историй болезни и амбулаторных карт.

Для определения факторов риска были опрошены родители детей с целью получения информации о состоянии их здоровья, репродуктивной и семейной истории, образа жизни, о течение беременности, приеме медикаментов, наследственных факторов. Кроме того, проводился анализ результатов обследования, занесенных в обменную карту.

В качестве потенциальных факторов риска рассматривалось наличие врожденных пороков сердца у членов семьи, возраст матери, заболевания женщины во время беременно-

сти, а также анализ проведенных скринингов женщин в пренатальном периоде.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что диагноз врожденного порока сердца был выставлен в возрасте до 1 года у 735 детей (41,9%), от 2 до 3 лет – у 325 (18,5%), от 4 до 6 лет – 254 (14,5%) и в возрасте от 7 до 18 лет – у 439 (25%).

Основная доля пришлась на дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – (654-37,3%). Тетрада Фалло была диагностирована у 128 детей (7,3%), Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) диагностирован у 124 детей (7,1%), стеноз легочной артерии – у 87 детей (4,9%).

Необходимо обратить внимание на довольно большое количество сочетанных врожденных пороков сердца, таких как: ДМЖП+ДМПП (60-3,4%), ДМЖП+ДМПП+открытый артериальный проток (ОАП)+атрезия трехстворчатого клапана (34-1,9%), ДМЖП+ОАП (34-1,9%), стеноз аорты + двухстворчатый клапан аорты (36-2%), коарктация аорты + ОАП – 21 ребенок – 1,2%, транспозиция магистральных сосудов (ТМС)+ открытый атриовентрикулярный канал (ОАВК) (28-1,6%), транспозиция магистральных сосудов – ТМС+ДМЖП+ДМПП (36-2%) и др.

Анализ факторов риска ВПС указал на наличие пороков сердца в семейном анамнезе у 18 (1%). Наличие порока сердца у предыдущего ребенка (1,5%). В качестве факторов риска рассматривались заболевания женщины такие как: острые респираторно-вирусные инфекции (31,5%), ЦМВИ – (1,5%), краснуха – (1,2%), инфекции мочевых путей (25%), хронический пиелонефрит – (32%), угроза выкидыша – (18%). Всего 7,1%.

Нам не удалось определить многие генетические факторы, тератогенное воздействие

факторов внешней среды, принятые лекарственные препараты во время беременности и многие другие неблагоприятные факторы. Были получены данные скрининга только 615 плодов, что составило 35%

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ указал на довольно большие цифры врожденных пороков сердца у детей по данным обращаемости в ДОКБ.

Довольно высок удельный вес пороков сердца не совместимых с жизнью. В тоже

время, большинство детей при своевременном обращении могут получить специализированную помощь в раннем возрасте и способны вести нормальный образ жизни.

Основными факторами риска и роста врожденных пороков развития у детей являются: отягощенный акушерский анамнез, наследственность, перенесенные вирусные инфекции, а также воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, поздняя пренатальная диагностика.

## ИЗМЕНЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Р.А. Рахматова<sup>1</sup>, Б.Х.Давлатзода<sup>2</sup>, Ш. Аввалов<sup>1</sup>, С. Сафоев<sup>2</sup>

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

**Цель.** Изучить некоторые особенности кислотно-щелочного состояния у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.

**Материал и методы.** Анализированы результаты исследования и коррекции газов крови 53 пострадавших с ТЧМТ, госпитализированных в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Государственное учреждение Национальный медицинский центр (ГУ НМЦ) «Шифобахш» РТ. Период исследования включал 2023-2024 гг. Возраст больных составлял: до 5 лет – 11 (20,7%), от 8 до 10 лет – 27 (51,0%), старше 10 лет – 19 (33,3%). В I группу включены больные с изолированной ЧМТ - 36 (67,9,0%), II группу составили 17 (32,1%) пациентов с сочетанной ЧМТ.

**Результаты.** У пациентов I группы (n=36) показатели КЩС находились на следующем уровне: pH  $7,30 \pm 0,02$ , BE, –  $5,5 \pm 0,1$  ммоль/л, pCO<sub>2</sub>  $55 \pm 3,0$  мм.рт.ст., pO<sub>2</sub>  $85 \pm 3,3$ . Выраженные нарушения у пациентов I группы связаны с гиповолемией, расстройством эндокринной системы, нарушением водно-электролитного обмена (гипо, гипернатриемия, нарушения обмена калия), которая в свою очередь способствует развитию состояния гипер или

гиповолемии. Происходит расстройство гомеостаза, развитие процесса дыхательного ацидоза, в результате растворения в крови CO<sub>2</sub>, с образованием в крови угольной кислоты. Дыхательный ацидоз происходит в результате нарушения альвеолярной вентиляции. По этой причине все пациенты были переведены на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), в режиме гипервентиляции в течении не более 6 часов, в последующем режим ИВЛ норм вентиляции. для устранения гиперкапнии. Синхронизация с аппаратом ИВЛ проводилась 20% раствором гамма оксимасляной кислоты из расчета 50-100 мг/кг массы тела. Восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК), стабилизация церебральной перфузии проводилась внутривенным переливанием кристаллоидных растворов: раствор Рингера, 10% раствор натрия хлорида для коррекции общего объема гипонатриемии (не более 8 ммоль в сутки). Общий объем переливаемой жидкости включал в себя – суточную потребность, патологические потери жидкости. Стабильные показатели гемодинамики способствовали снижению темпа интенсивной терапии.

У пострадавших II группы (n=17) с сочетанными ЧМТ показатели КЩС при по-

ступлении были на уровне:  $\text{pH } 7,2 \pm 0,02$ ,  $\text{BE}_s - 7,8 \pm 0,05$  ммоль/л,  $\text{pCO}_2 22,3 \pm 3,0$  мм.рт.ст.,  $\text{pO}_2 50 \pm 3,3$  мм.рт.ст,  $\text{HCO}_{3\text{act}}^- - 16,1 \pm 1,3$  ммоль/л,  $\text{HCO}_{3\text{std}}^- - 18,9$  ммоль/л,  $\text{Cl}^- - 118$  ммоль/л. Отмечается состояние «гиперхлоремического» метаболического ацидоза и компенсаторного дыхательного алкалоза, с нормальным показателем анионного промежутка. Избыточные потери бикарбонатов происходит через почки. Состояние компенсаторного дыхательного алкалоза связано с явлением гипервентиляции, причинами которого могут быть боль, возбуждение, гипоксемия, одышка. Для коррекции метаболического ацидоза при показателе  $\text{pH} < 7,2$  показано переливание 4% раствора гидрокарбоната натрия, а при состоянии гипернатриемии переливали 3,6% раствор три-

самина. Проводили респираторную поддержку подключением к ИВЛ.

**Выводы.** Тяжелая ЧМТ часто сопровождается выраженными нарушениями КОС, которые развивается как вследствие первичного повреждения мозга, так и вторичных системных нарушений. Метаболический респираторный ацидоз является наиболее частым расстройством КОС у данной категории пациентов.

Изменение КОС усугубляет ишемию мозга, усиливает отек и повышение внутричерепного давления. Мониторинг и своевременная коррекция КЩС необходимы для профилактики вторичного повреждения головного мозга, стабилизации общего состояния пациента. Показатели КЩС могут быть использованы как дополнительный критерий тяжести ЧМТ.

## ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

С.С. Сайдалиев, Н.С. Хайдаров

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана, Таджикистан

**Цель.** Совершенствование профилактических мер и тактики лечения у детей с диагнозом «спаечная болезнь брюшной полости» для прогнозирования и предотвращения осложнений. Основное внимание уделено тому, после каких острых хирургических заболеваний возникает данная патология, а также комплексному подходу к профилактике на дооперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах.

**Материал и методы.** С 2019 по 2022 гг. в отделении неотложной детской хирургии РШТТБ ИМФФ были пролечены 101 ребенок со спаечной болезнью брюшной полости: 61 (60,4%) мальчик и 40 (39,6%) девочек. Распределение по виду операции и возрасту: после острой кишечной непроходимости – 35 (34,7%) пациентов, после деструктивного аппендицита – 52 (51,5%), после гнойных заболеваний брюшной полости (дивертикул Меккеля, болезнь Крона, эхинококкоз) – 3 (15%), после осложнённых заболеваний брюшной

полости – 5 (3%), после травм живота – 4 (3,96%).

**Результаты.** Проведенные исследования выявили, что у пациентов после операций происходят изменения баланса ионов  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$  в биохимическом анализе крови. Кроме того, у больных наблюдались функциональные нарушения деятельности ЖКТ (расстройства питания), что способствует спаечному процессу. Контроль этих изменений позволяет заранее прогнозировать риск образования спаек, анализировать факторы риска, развитие осложнений и оптимизировать лечение.

**Выводы.** Необходимость проведения профилактических мероприятий у пациентов с осложнениями спаечной болезни подтверждается. Основное внимание уделяется:

Предоперационная профилактика – снижение числа и объема операций, уменьшение вмешательств в органы брюшной полости при различных патологиях за счет точной диагностики. На этапе хирургического вмешательства



профилактика осуществляется через применение новых методов и технологий, снижение воздействия основных факторов, преимущество отдается лапароскопическому подходу.

Профилактика в непосредственном послеоперационном периоде – своевременное вмешательство для снижения воспалительного

процесса в брюшной полости, ускорения восстановления функций ЖКТ и предупреждения образования спаек в благоприятных условиях.

Долгосрочная профилактика – улучшение состояния ЖКТ путем рационального питания, физиотерапии, массажа, терапевтических средств, физической культуры и др.

## ПРОФИЛАКТИКА ОБТУРАЦИИ ТРАХЕО- БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

А.К. Саломов, П.Б. Икромов, А. Абдулалиев, А. Иброхимзода

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Профилактики обтурацию здоровых участков легкого патологическим содержимым пораженного легкого.

**Материал и методы .** Нами проведено исследования 38 больных в возрасте от 5 до 18 лет 18 с ХНЗЛ и 9 больных с гигантскими кистами левого легкого. находившиеся на лечение в клинике детской хирургии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в период с 2016 по 2025 г. Возраст больных: от 5 до 7 лет было 7(11,8%), 8 - 10 было-10 (26,3% , 11 - 15 лет 12 (31,6%) и 16 - 18 лет было 9 (23,7%) больных. Структуру ХНЗЛ составили: хронический деформирующий бронхит – 4(13,8%), односторонняя бронхоэктазия -10 (34,5%), двухсторонняя бронхоэктазия – 6 (20,1%), хронический абсцесс легкого - 5 (17,2%), хроническая эмпиема левого легкого- 4(13,8%) и с гигантскими эхинококковыми кистам - 9 (23,6%) больных. Всем больным с ХНЗЛ перед началом операции проводили санационную бронхоскопию. Премедикацию проводили за 30 мин до начало операции атропином, димедролом и промедолом из расчета 0,1 мл/год жизни. Вводный наркоз проводили раствором тиопенталом натрием (3-5 мг/кг) и кетамином (2,0 мг/кг). С целью миорелаксацию использовали дитилин (2,0 мг/кг) и ардуаном (0.06 мг/кг). После проведения гипервентиляции проводили санационную бронхоскопию бронхоскопом Фриделя. Больным с левосторонним пораже-

нием легкого по окончании бронхоскопии во время операции для проведения санационной бронхоскопии в левой главный бронх вставили тонкий катетер №2. Дистальны часть катетера вставляли в нижней доли левого главного бронха, а проксимальную част вывели наружу для проведения санации патологическое содержимое легкого электроотсосом без отключение от вентиляции легких.

**Результаты.** При использовании блокаторов для профилактики обтурации часть легкого отключается от вентиляции и процент легочно-кардиальный шунт увеличивается, что возникает опасность нарастание гипоксемией. Нами проводилась двухлегочную вентиляцию. После открытие грудной клетке оперирующий хирург дозированно выдавливает содержимое из легкого в бронх, а анестезиолог электроотсосом отсасывает содержимое из легких. Следует отметить, что во время санации больного не отключают аппарата ИВЛ и опасности развития гипоксии не возникает. По необходимости во время операции проводят санацию трахео-бронхиального дерева. Следует отметить, что когда патологическое содержимое находится в правый легкого проблема санации легкого не возникает, так как катетер в правый главный бронх вводится без труда. Правый главный бронх как бы является продолжением трахеи, а левый главный бронх отходить от трахеи под 45 градусом и

катетером не всегда удается попасть в левый главный бронх и эффективную санацию не всегда удастся. По окончании манипуляции на легких и после проведения контрольной санации катетер удаляется.

**Вывод.** Таким образом, в результате применения санационного катетера во время операции для левого легкого проблема опасность обтурации патологическим содержимым здоровых участков легкого, гипоксемии и нарушения вентиляции не возникает.

## РЕДКАЯ ВРОЖДЁННАЯ ПАТОЛОГИЯ КИСТОЗНОГО УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Ж.Б. Саттаров, М.Ш. Бобоев

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан.

**Цель.** Продемонстрировать информативность методов диагностики и тактики лечения удвоений желудка на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе клинических данных, инструментальных и гистологических исследований, проведённых в Детской хирургической клинической больнице №2 г. Ташкента. В работе представлен клинический случай не сообщающегося кистозного удвоения желудка, а также этапы диагностики и хирургического лечения.

**Результаты.** Представлен клинический случай кистозного удвоения желудка. Пациентка А., 1 год, поступила в отделение плановой хирургии ДХКБ №2 с жалобами на боли в эпигастральной области и частое повышение температуры. С 6–7-месячного возраста у ребёнка отмечались постоянные боли в эпигастрии. По месту жительства при УЗИ в области левого надпочечника выявлено кистоз-

ное образование, после чего выполнена КТ брюшной полости и забрюшинного пространства, где определено кистозное образование в проекции левого надпочечника. Пациентка направлена в специализированную клинику. При поступлении жалоб не предъявляла.

**Выводы.** Клиническая картина удвоений желудка крайне разнообразна и зависит от размеров образования, его расположения, наличия эктопированной слизистой оболочки и сообщения с просветом желудка. Для диагностики удвоений желудка наиболее доступным методом является МСКТ и МРТ, особенно при сложной анатомической локализации. При возможности выполняется полное удаление образования. В случаях тесной связи удвоения со стенкой желудка и невозможности его полного удаления без вскрытия просвета органа оптимальной тактикой считается резекция свободных стенок удвоения с удалением или коагуляцией оставшейся слизистой оболочки.

## ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Ж.Б. Саттаров<sup>1</sup>, Н.С. Хайдаров<sup>2</sup>, С.С. Сайдалиев<sup>2</sup>, Х.С. Сапохонов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup> Ферганский филиал РНЦЭМП, г. Фергана, Узбекистан

**Цель.** Изучение и оценка результатов диагностики и оперативного лечения спаечной

кишечной непроходимости в брюшной полости у детей.

**Материал и методы.** В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи находились на лечении 182 больных со СКН 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 СКН (спаечная кишечная непроходимость) 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.

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

**Результаты.** 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.

Из 182 больных детей, 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.

**Выводы.** 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-па-

риетальных и висцеро-висцеральных спаек, способных приводить к повторной СКН, а

также снизить процент послеоперационных осложнений.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ж.Б. Саттаров., Н. С. Хайдаров.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт г. Ташкент

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана

Острая спаечная болезнь органов брюшной полости - одно из наиболее тяжёлых и распространенных хирургических заболеваний детского возраста, возникающее в различные сроки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, продолжает оставаться актуальной проблемой в детской хирургии.

В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 5 лет находились на лечении 117 больных со спаечной болезнью органов брюшной полости в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 44, мальчиков - 73. 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 исследо-

вание, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ.

38 больным при спаечной кишечной непроходимости проведена традиционная лапаротомия. Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 больных. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилась никакая-либо декомпрессия тонкой кишки и довольно быстро (1-3 дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствовала более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром был не выражен у всех больных и легко купировался введением ненаркотических анальгетиков. В связи с более гладким течением послеоперационного периода значительно сократились и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом лапароскопический адгезиолизис является безопасным, щадящим и высокоэффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей во всех возрастных группах.

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ж.Б. Саттаров., Н. С. Хайдаров.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана

Ташкентский Педиатрический медицинский институт г. Ташкент

Спаечная болезнь может развиваться в любом возрасте. Собственно, спаечный процесс

в брюшной полости после оперативных вмешательств развивается у 20-80% больных. Из



них в 2-8% случаев впоследствии развивается спаечная болезнь с характерными признаками.

В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи при диагностированной спаечной кишечной непроходимости принята дифференцированная лечебная тактика.

При наличии выраженной клинической картины кишечной непроходимости, подтвержденной рентгенографически (множественные уровни), предполагаемом распространенном грубом спаечном процессе в брюшной полости ребенка производится в порядке скорой помощи оперативное лечение путем лапаротомии.

При подостром течении болезни, явлениях частичной непроходимости, сохраняющемся болевом синдроме, отсутствии отчетливых уровней на рентгенограмме или наличии стоячей петли кишки производится диагностическая лапароскопия.

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. В их числе дети в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек - 5, мальчиков - 12. 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.

Таким образом, метод лапароскопии открывает широкие возможности как в диагностике, так и в комплексном лечении острой кишечной непроходимости у детей.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИСТОПИИ МОЧЕТОЧНИКОВ В ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Ф.Х. Сафедов., Ш.Ф. Холниёзов.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан  
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

**Цель исследования.** Улучшение методов хирургического лечения дистопии устья мочеточников в дивертикул мочевого пузыря у детей.

**Материал и методы.** За 7 лет (с 2018г по 2025г.) были проанализированы 19 (100%) историй болезней пациентов с дистопией устья мочеточников в дивертикул мочевого пузыря у детей.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Дивертикул мочевого пузыря (ДМП) у детей является довольно редко встречающейся патологией. Диагноз устанавливается на основании комплекса ультразвуковых и рентгенологических методов исследования: цистография,

компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография и цистоскопия. Сельские составили 14 (73,7%), городские – 5 (26,3%). Возраст детей колебался от 1 года до 16 лет.

**Результаты.** Из 19 (100%) больных у 8-х (42,1%) (12 мочеточников) отмечена эктопия в полость дивертикула с выраженным расширением мочеточников и ПМР. Типичная дивертикулэктомия по Мариону произведена 11 (57,9%) больным, остальным 8 (42,1%) пациентам (12 мочеточников) при сочетанных

пороках мочеточника и мочевого пузыря реконструктивно-восстановительные операции выполнены по методу модификации клинки.

**Выводы.** Выбор тактики и срочность хирургической коррекции зависят от выраженности клинических проявлений осложнений дивертикула, степени нарушения уродинамики и функции мочевых путей. Медикаментозная терапия, катетеризация и инстилляция мочевого пузыря применяются как предотвращение от осложнений.

## ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ф.Х. Сафедов., М.К. Каримова., И.К. Атоев., Ш.Ф. Холниёзов., Далери С.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан  
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

**Цель.** Улучшение методов хирургического лечения конкрементов мочеточника и мочевого пузыря у детей.

**Материал и методы.** За 3 года (с 2023г по 2025г.) были проанализированы 35 (100%) историй болезней пациентов с камнем мочеточника и мочевого пузыря у детей.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Из общего числа обследованных камень нижней трети мочеточника у 23 (65,8%) пациентов, двусторонний у 6 (17,1%) пациентов. Камень мочевого пузыря был выявлен у 12 (34,2%) пациентов. Девочек – 10 (28,6%), мальчиков – 25 (71,4%). Сельские 29 (82,9%), городские – 6 (17,1%). Возраст детей колебался от 1 года до 16 лет.

**Результаты.** При удалении камня мочеточника и мочевого пузыря существует множество методов оперативного лечения. Наиболее часто применяются трансуретральная литотрипсия. Из анамнеза и в ходе консервативного лечения у 8 (22,8%) больных произошла миграция конкрементов из почки по ходу в мочеточник. У 3 (8,6%) пациентов, учитывая

вторичные конкременты нижней трети мочеточника, на фоне диспластического изменения мочеточника проведена реконструктивно восстановительная операция с удалением конкрементов. У 3 пациентов в связи с длительным нахождением конкрементов и подозрением на пролежни мочеточника проведена уретеролитотомия традиционным путем с дренированием МВП по методу клинки. У 21(60,0%) больного была проведена трансуретральная литотрипсия со стентированием. Среди них у 1(2,8%) пациента с камнем мочеточника с двух сторон была осуществлена трансуретральная литотрипсия камней средней трети мочеточника справа, в ходе которой произошла перфорация мочеточника. Проведено интраоперационно УЗИ брюшной полости, разрез по Израйлову и восстановление мочеточника. Учитывая сужение средней трети мочеточника, слева традиционным методом ликвидированы aberrantный сосуд, уретеролиз и пиелолитотомия с пиелостомией.

**Выводы.** Эндоскопическое оперативное лечение камней мочевого пузыря и мочеточника у детей – это эффективные и малотравматичные процедуры. Однако, их успех напрямую зависит от своевременной диагностики, осложнений конкремента и опыта хирурга.

Хирургическое лечение заключается не только в удалении камня, но и в до- и послеоперационном обследовании, выявлении и устранении

первопричины заболевания, а также в профилактике рецидивов.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Б.К. Ташпулатов, М.К. Дехканов, Н.Ф. Аминов, Н.Н. Хамидов, Д.Б. Ташпулатов

Областной детский хирургический центр, ГKB №1 им. С.Урунова г. Худжанд, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов оперативного лечения дистальных форм гипоспадии.

**Материал и методы.** На базе ОДХЦ при ГKB №1 им. С. Урунова с 2020 по 2025 годы обследованы и пролечены 74 мальчиков в возрасте от 2 до 14 лет с дистальными формами гипоспадии. Больные оперированы в возрасте до 3 лет – 26 (35,1%), 4-7 лет – 39 (52,7%), 8-14 лет – 9 (12,2%). Пациентам проводились: антропометрия, оценка стадии полового развития по Таннеру, урофлоуметрия, УЗИ органов мочеполовой системы.

**Результаты.** 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 дистальных форм гипоспадии используются модифицированные способы уретропластики типа Hodgson II (F-II) – 48, Mathieu – 4, Snodgrass (TIP) – 22.

В настоящее время методика тубуляризация рассеченной уретральной площадки (TIP), предложенная W. Snodgrass стала наиболее распространенной процедурой, используемой для коррекции дистальной гипоспадии у детей. Это современный метод хирургического лечения гипоспадии у детей, при котором уретральный канал формируется из продольного разреза уретральной пластинки на вентральной стороне головки полового члена. 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 22 операций, у 2 развились послеоперационное сужение неоуретры, который в последующем был устранен путем бужирования и назначением рассасывающей и физиотерапии.

Методики Hodgson II (F-II) и Mathieu относятся к группе операций «flip-flap» и надежно рекомендовали себя в практическом применении. Так из 48 оперированных по методике Hodgson II (F-II) в ближайшем послеоперационном периоде только у 2 (4,1%) пациентов отмечено образование свища, которые в последующем самостоятельно закрылись.

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 оксибутирин. 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.

**Вывод.** 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.

## ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Б.К. Ташпулатов, М.К. Дехканов, Р.И. Алимов, Д.Б. Ташпулатов, Д.М. Масаидов.

Областной детский хирургический центр, ГКБ №1им. С.Урунова г. Худжанд, Худжанд, Таджикистан

**Цель.** Оптимизация диагностики и тактики оперативного лечения перекрута яичка у детей.

**Материал и методы.** На базе ОДХЦ с 2022-2025 годы находились на лечении 41 мальчиков с перекрутом яичка, которым выполнены оперативные вмешательства. В возрасте до 1 месяца – 5, до 1 года – 4, от 3 до 10 лет – 9 и от 11 до 16 лет – 23 мальчиков. Сельские – 24, городские – 17 детей. Правосторонний перекрут встречался у 18, левосторонний у 23 детей. По срокам заболевания после 1-6 часов поступило 19 (46,3%) детей, до 12 часов 2 (5,2%) детей, до 24 часа – 1(2,6%) мальчик. Всем этим пациентам выполнено интраоперационная деторсия перекрученного яичка с последующей фиксацией яичка к оболочкам в 2 точках. В сроки заболевания от 24 часов до 9 дней поступило 19 (47,5%) мальчиков, у которых во время УЗДГ были выявлены выраженные изменения яичка с отсутствием кровотока, были обнаружены признаки некроза, им была выполнена орхоэпидидимэктомия. Позднее обращение связано с несвоевременным обращением пациентов и их родителей за медицинской помощью. Зачастую пациенты пубертатного возраста скрывали от родителей наличие патологии органов мошонки. По степени перекрута у 4 пациентов установлено 180 гр, у 21 – 360 градусов, у 12 мальчиков 720 градусов и у 4 мальчиков 1080 градусов перекрута.

Всем поступившим больным с целью оценки тестикулярного кровотока выполнены ультразвуковое исследование с доплерографией. Основные признаки: отсутствие кровотока при ЦДК, спиралевидный ход семенного канатика. Также при длительной ишемии можно определить гетерогенность паренхимы яичка, что является непосредственным предиктором атрофии яичка.

**Результаты.** Во время ревизии органов мошонки мы оценивали цвет оболочек, вскры-

вали влагалищную оболочку и эвакуировали транссудат. Затем раскручивали яичко (выполняли открытую деторсию), оценивали его жизнеспособность, наличие признаков некроза. Пациентам проводили оценку жизнеспособности по принятым клиническим критериям — наличию (или возобновлению) пульсации сосудов семенного канатика; побледнению яичка и изменению его цвета к естественно цвету здоровой гонады; при проведении насечек на белочной оболочке наличие кровотечения из паренхимы яичка.

После устранения перекрута оценивали цвет яичка и на 10–15 мин обкладывали его салфетками, обильно смоченными теплым физиологическим раствором, яичко фиксировали к оболочкам в 2 точках. При установлении нежизнеспособности перекрученного яичка выполняли орхоэпидидимэктомию. При гистологическом исследовании макропрепарата определялся геморрагический инфаркт яичка.

В послеоперационном периоде проводилось лечение с назначением антибактериальной терапии, дезагрегантной терапии, терапии направленной на улучшение микроциркуляции, проводились новокаиновые блокады семенного канатика.

Последние годы в лечении заворота яичка появляется значительное количество новых тенденций фиксирующие операции, направленные на профилактику рецидива торсии страдающей и контралатеральной гонады; изучение иммунного статуса гонады и его влияние на репродуктивную функцию; протезирование яичка с целью получения приемлемого эстетического результата орхэктомии.

**Выводы.** Таким образом, прогноз зависит от степени и длительности перекрута. Чем меньше прошло времени, тем больше шансов сохранить яичко и предотвратить нарушение фертильности в будущем.



## ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МОНИТОРИНГУ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Ш.О. Тошбоев, Д.Р. Абдурахмонова

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель.** Улучшить результатов лечения новорождённых в критическом состоянии путём.

**Материал и методы.** Материалом исследования послужили данные 229 новорождённых, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, при этом проведено более 2500 динамических наблюдений. В комплекс обследования включались клинические параметры, показатели газообмена и кислородного статуса, лабораторные данные, ежедневная оценка по шкале NEOMOD, а также характеристики респираторной и гемодинамической поддержки. Для статистического анализа применялись методы многомерного моделирования, бинарной логистической регрессии, кластерного анализа и ROC-анализ.

**Результаты.** Показали, что наиболее значимыми факторами раннего прогноза являлись концентрация лактата в артериальной крови и оценка по шкале NEOMOD в первые 12 часов пребывания в ОРИТ ( $F=140,4$ ;  $p<0,001$  и  $F=18,8$ ;  $p<0,001$  соответственно). Установлено, что при уровне лактата выше 7 ммоль/л и почасовом диурезе  $<0,5$  мл/кг·ч достоверно

возрастает риск развития острого повреждения почек и полиорганной недостаточности. Анализ биомеханических свойств лёгких выявил значимую связь динамического комплайенса с длительностью ИВЛ ( $R=-0,365$ ;  $p<0,05$ ) и сердечным выбросом ( $R=0,433$ ;  $p<0,05$ ). Показатель NEOMOD выше 9 баллов ассоциировался со 100% летальностью, тогда как при значениях  $\leq 6$  риск летального исхода не превышал 30%. Построенные нелинейные математические модели позволили сформулировать концепцию «индивидуальных временных шкал», отражающих особенности течения критического состояния у каждого пациента.

**Выводы.** Таким образом, внедрение комплексной системы мониторинга и математического прогнозирования исходов у новорождённых в критическом состоянии обеспечивает высокую точность стратификации риска и позволяет своевременно корректировать тактику интенсивной терапии. Применение данных подходов способствует снижению частоты полиорганной недостаточности и летальности в неонатальных отделениях реанимации.

## ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ш.О. Тошбоев, Д.Р. Абдурахмонова

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Цель.** Повысить эффективность терапии новорождённых с ВПР ЖКТ за счёт внедрения системы этапного ведения, ранней диагностики нарушений гомеостаза и применения патогенетически обоснованных схем интенсивной терапии.

**Материал и методы.** Обследованы 109 беременных женщин (27 – 39 недель гестации) диагностированными по данным УЗИ ВПР

ЖКТ у плода и 95 новорождённых, госпитализированных в клинику детской хирургии. Сравнивались две группы: 42 ребёнка, родившихся в областном перинатальном центре, и 53 – транспортированные из родильных домов. Проводился комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований: УЗИ, кардиотокография, оценка по шкале Апгар, анализы крови и мочи, коагулограмма, электро-

литный баланс, ЭКГ, ЭхоКГ, нейросоноскопия. Для оценки гемостаза использовались тесты: АЧТВ, ПТВ, уровень фибриногена, агрегация тромбоцитов.

**Результаты.** У новорождённых второй группы при поступлении отмечались достоверные ( $p < 0,05$ ) нарушения гомеостаза: изотоническая дегидратация, гипокалиемия, гипогликемия, гипербилирубинемия, гемодинамические расстройства. В системе гемостаза выявлены тромбоцитопения, гипокоагуляция по АЧТВ и ПТВ, повышение фибриногена и маркеров внутрисосудистой активации свёртывания. В раннем послеоперационном периоде характерны гиперкоагуляция и гиперагрегация тромбоцитов, у 34,7% детей отмечено локальное тромбообразование. Разработанная схема инфузионной терапии с коррекцией гемостаза (криоплазма, викасол, дицинон, микродозы гепарина) и поддержкой гемодинамики (до-

памин) обеспечила нормализацию показателей гомеостаза на 2 – 3 сутки, снижение частоты ДВС-синдрома и улучшение показателей сатурации кислорода ( $\text{SaO}_2$ ). Внедрение этапной модели перинатальной помощи позволило снизить летальность новорождённых с ВПР ЖКТ с 0,6‰ (2018 г.) до 0,2‰ (2023 г.).

**Выводы.** Ранняя диагностика ВПР ЖКТ, этапный подход к ведению беременных и новорождённых, а также патогенетически обоснованная интенсивная терапия, включающая динамический мониторинг гемостаза и целенаправленную инфузионную терапию, существенно улучшают результаты лечения. Применение данной модели позволяет снизить риск развития ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности и летальность у новорождённых с тяжёлой врождённой хирургической патологией ЖКТ.

## ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ш.О. Тошбоев, Д.Р. Абдурахмонова

**Цель.** Разрабатывать прогностических критериев течения у новорождённых с хирургической патологией.

**Материал и методы.** В исследование включён 61 новорождённый с различной хирургической патологией (атрезия пищевода, гастрошизис, пороки развития кишечника, диафрагмальная и пупочная грыжи, пилоростеноз, болезнь Гиршпрунга и др.). Возраст пациентов варьировал от первых часов жизни до 28 суток. Применялся метод клиновидной дегидратации сыворотки крови с последующей морфологической оценкой фаций. Дополнительно проводились исследования газового состава крови, кислотно-основного состояния, гемодинамики, биохимических и гематологических показателей. Оценка тяжести состояния осуществлялась по шкале CRIB, а также по разработанной морфологической шкале.

**Результаты.** Установлено, что морфологическая картина сыворотки крови характеризуется тремя основными маркерами: застойных явлений (трёхлучевые трещины), интоксикации (пигментация), воспаления (языковые поля). Маркер воспаления оказался наиболее чувствительным к изменению уровня резистентности организма. Выявлено, что при благоприятном исходе динамика подтипов маркера воспаления имела последовательность «фрагментированный → расщеплённый → цельный», тогда как при летальном исходе направление изменений было обратным. Отсутствие маркера воспаления в процессе лечения ассоциировалось с крайне низкой сопротивляемостью организма и неблагоприятным прогнозом. Частота выявления маркера застойных явлений снижалась у детей с компенсацией тяжёлого состояния (с 93,6% до 61,7%), но сохранялась на высоком уровне у умерших

(100%). Маркер интоксикации выявлялся у пациентов с летальным исходом в 2,5 – 3 раза чаще, чем у детей с выздоровлением. Морфологическая шкала показала достоверную корреляцию с индексом CRIB, но имела преимущества при использовании у недоношенных детей за счёт минимального объёма крови и технической простоты метода.

**Выводы.** Метод клиновидной дегидратации сыворотки крови может применяться как скрининговый и прогностический инструмент

при критических состояниях у новорождённых с хирургической патологией. Морфологическая шкала оценки тяжести позволяет ранжировать пациентов по степени риска и прогнозировать исход заболевания. Включение морфологических критериев в систему комплексного мониторинга способствует повышению точности прогноза и своевременной коррекции интенсивной терапии, что имеет важное значение для снижения летальности в отделениях неонатальной реанимации.

## НЕОНАТАЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ КАК ФОРМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

С.Т. Файзиев, Б.Б. Буриев, Ф.Н. Аминова

Детская областная клиническая больница г. Худжанд. Таджикистан.

**Цель.** Охарактеризовать патогенез, факторы риска, клиничко - лабораторные проявления, подходы к диагностике и лечению ИН у новорождённых на основе анализа серии из 6 клинических случаев.

**Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы 6 историй болезни новорождённых с ИН: 4 доношенных и 2 недоношенных. Критериями включения были: острое нарушение функции почек в неонатальном периоде на фоне гипоксически - ишемического повреждения. Были исключены врождённые аномалии МВС по данным УЗИ. Были учтены факторы риска, диурез, динамика креатинина, мочевины, электролитов, цистатина - С в крови, тяжесть ИН, проведённую терапию и исходы.

**Результаты.** Ведущими триггерами ИН были: перинатальная асфиксия (2 - случая), сепсис/септический шок (2), гиповолемия/экзикоз (1), экстремальная недоношенность с применением нефротоксинов (1). Распределение по тяжести: I степень — 1 случай, II — 3 случая, III — 1 случай; ещё 1 эпизод расценён как пограничный II–III степени. Олигурия отмечена у большинства пациентов; один случай — неолигурическое ОПП. Значения креатинина

варьировало от 125 до 300 мкмоль/л (медиана  $\approx 167,5$  мкмоль/л), мочевины — 8,5–19 ммоль/л (медиана 15,5 ммоль/л); гиперкалиемия зарегистрирована у 2/6. Протеинурия выявлялась у всех, микрогематурия — у большинства, цилиндрурия — при тяжёлом течении. У 4 детей определяли цистатин С (2,5–3,2 мг/л). Всем проводилась коррекция гемодинамики и водно-электролитного баланса; при олигурии применялся Фуросемид по показаниям, эффекты ограничены при выраженном канальцевом некрозе. Заместительная почечная терапия не потребовалась ни одному больному ребёнку. Исходы: выжили 6/6; полное восстановление функции почек при выписке — у 5/6 ( $\approx 83\%$ ), у 1/6 — остаточная дисфункция (снижение СКФ до  $\sim 50\%$  возрастной нормы) на фоне тяжёлой асфиксии и полиорганной недостаточности.

**Выводы.** ИН-частое и потенциально обратимое ОПП у новорождённых с критическими состояниями; спектр тяжести колеблется от субклинических форм до жизнеугрожающей ОПН.

Ведущие факторы риска: перинатальная асфиксия, сепсис/шок, гиповолемия, недоношенность и экспозиция нефротоксинов; нередко сочетаются.

Диагностика требует раннего выявления триггера, строгого учёта диуреза и серийных измерений креатинина (и/или цистатина - С) с исключением обструкции и пороков развития.

Терапия должна основываться на восстановлении перфузии почек, управлении объёмом жидкости, коррекции гиперкалиемии и ацидоза, осторожном применении диуретиков;

диализ показан при уремии, гиперкалиемии, перегрузке объёмом.

Прогноз благоприятен при лёгких и умеренных формах при раннем лечении; тяжёлая ИН остаётся фактором высокой летальности и хронизации. Всем перенёвшим ИН показано длительное нефрологическое наблюдение и нефропротективные меры.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Д.А. Файзулов<sup>1</sup>, Ш.А. Бадалов<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение результатов лечения комбинированных гемангиом, гемангиом сложной анатомической локализации и множественных гемангиом у детей путем применения оперативной, криогенной и склерозирующей терапии.

**Материал и методы.** За последние 5 лет с 2010 – 2015 гг. в клинике детской хирургии проведено лечение 45 детям с гемангиомой различной локализации в возрасте от 1 месяца и до 3 лет.

Криодеструкция использовалась 20 (44,4%) детям с доброкачественными опухолями различной локализации. Склерозирующая терапия произведена 5 (11,1%) детям с кавернозными гемангиомами. Комплексная терапия (гормональная, крио- и склерозирующая терапия) проводилась 7 (15,5%) детям с комбинированными гемангиомами. Оперативное лечение проведено 13 (29,0%) с осложненными формами гемангиом: кровотечение, изъязвление и комбинированных гемангиом больших размеров.

При криодеструкции использовался жидкий азот, склерозирующая терапия проводилась 70 спиртом, тромбоваром, а гормонотерапия таблетками преднизолона в возрастных дозировках.

Оперативное лечение проведено 13 больным с комбинированными гемангиомами и

сложной анатомической локализации. Локализация гемангиом: лицо и шея 2; грудная клетка и конечности 9; множественные 2. Хирургическая тактика заключалась в перевязке питающего сосуда и удаление опухолевидного образования. Макропрепарат направлялся на гистологическое исследование.

**Результаты.** Критериями эффективности криосклерозирующего воздействия являлись: уменьшение площади поражения (косметический результат) за первый сеанс криосклерозирующего лечения.

Простые гемангиомы размером 0,5-1,5 см излечивались однократным воздействием с экспозицией криоаппликатора от 30 до 50 секунд. При гемангиомах размером более 1,5 см требовалось 2-3 сеанса криовоздействия.

Труднее поддавались лечению глубоко лежащие обширные кавернозные гемангиомы, у которых экспозиция криовоздействия составляла 1-2 минуты и увеличивалось количество экспозиций от 2-х до 4-х. Нами замечено, что часть кавернозной гемангиомы, лежащая в глубине мягких тканей, не всегда доступна достаточному криовоздействию, в связи с чем мы таким детям первично производили склерозирующую терапию (Тромбовар из расчета 0,2 мл на кг веса больного), а в дальнейшем гормонотерапию (преднизолон, дексаметазон). При этом сроки между склерозирующей и кри-



отерапией не должен превышать 2-3 дня (с целью профилактики присоединения вторичной инфекции). Целесообразно производить комбинацию гормонотерапию, склерозирования одномоментно с криодеструкцией.

Длительность лечения составляла от 4-х месяцев от начала лечения до одного года. Выздоровлением считалось состояние с полным отсутствием ткани опухоли и хорошим косметическим результатом. Рецидива гемангиом после криодеструкции в сочетании склерозирующего и оперативного лечения не наблюдалось.

Локализация гемангиом в основном наблюдались в области лица, шеи, головы и грудной клетки.

**Выводы.** Гемангиома у детей протекает доброкачественно. Метод комбинированной

крио–склерозирующей терапии в лечение больных с обширными гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной локализации приводит к увеличению числа детей с хорошими косметическим результатам в сравнении с изолированным склерозирующим методом лечения. Методика комбинированной крио – склерозирующая терапии заключается в одновременном введении склерозанта в ткань гемангиомы (тромбовар 2%, 70 гадусный спирт) и криодеструкции жидким азотом. Объем склерозанта и экспозиция жидким азотом зависит от обширности опухоли и возраста ребенка. Лечение комплексным методом (оперативное, криодеструкция и склерозирующая терапия) является методом выбора лечения гемангиом различной локализации у детей.

## ОЦЕНКИ МЕДИКО -СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ЦЗ Г. ДУШАНБЕ

Фарзонаи Эмомали., Набиев З.Н.

На современном этапе возрастает потребность формирования системы укрепления здоровья детского населения. Особое значение при этом приобретает создание адекватных форм медицинского обеспечения данной возрастной категории населения.

**Цель.** Оптимизировать медико-социальное обслуживание детского населения в условиях городских центров здоровья

**Материал и методы.** Проведен анализ медицинских карт развития детского населения в условиях городского центра здоровья №15 г. Душанбе. Также изучено медицинская помощь детям в условиях центра здоровья. Период исследования включал 2022-2024 гг.

**Результаты.** Проведенное исследование показало, что в городских центрах здоровья одной из ключевых проблем системы первичной медико-санитарной помощи детскому населению является отсутствие эффективных алгоритмов создания и функционирования медико-социальных служб детского населения. При этом необходимо отметить, что на-

правленных на комплексное сопровождение детей из групп социального риска, а также определение места таких служб, как в системе межведомственного взаимодействия субъектов социальной защиты таких детей, так и, собственно, внутри центрах здоровья. Данные выводы объясняют целесообразность и необходимость поиска и разработки новых организационных форм медицинского обслуживания, которые отвечали бы требованиям, предъявляемым к здравоохранению в настоящее время.

После изучения опыта работы медико-социальных служб других районов, а также особенностей исследования и специфики контингентов детского населения, нами было разработана и предложена к внедрению организационная многокомпонентная модель медико-социальной службы детской поликлиники. Разработка модели включала в себя ее нормативно-правовое обеспечение, определение структурных компонентов с учетом общности задач функционирования, организационно-ме-

тодического обеспечения и анализ эффективности деятельности службы.

Данное предложение было как пилотный проект организованный в одной из ГЦЗ №15 города Душанбе, модели медико-социальной помощи детскому населению, включающей в себя следующие компоненты:

–Отделение медико-социальной помощи; -Отделение репродуктивного здоровья; -Отделение раннего вмешательства; -Отделение интегрированного введения детской болезни; -Отделение семейного врача; -Отделение хирургического блока; -Отделение узких специалистов; -Подростковое отделение; -Отделение поддержки матери и ребенка.

Ключевым компонентом данной службы, как в вопросах межведомственного взаимо-

действия субъектов социальной защиты детей из групп социального риска, так и в вопросах координации внутри центра здоровья структур для оптимального медицинского и медико-социального сопровождения таких детей, является отделение медико-социальной помощи.

**Выводы.** Таким образом на уровне административного района именно отделение медико- социальной помощи, расположенное в одной из городских центров здоровья, играет роль организационно-методического центра для кабинетов медико- социальной помощи, находящихся в структуре иных медицинских организаций района, оказывающих первичную медико-санитарную, в том числе специализированную помощь матерям и детям.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

И.М. Хабибов, Ш.А. Хомидов, Х.М. Исматуллоев, Н.Н. Нурзода

Государственное учреждение медицинский комплекс Истиклол, Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Определить некоторые особенности врожденных пороков развития центральной нервной системы у детей.

**Материал и методы.** Материалы для исследования явились результаты мониторинга и регистра врожденных пороков развития период с 2017 - 2021гг. Проведен анализ медицинской документации, центров репродуктивного здоровья у которых при пренатальной эхографии плода выявлен порок ЦНС.

**Результаты.** Пороки развития центральной нервной системы представляют обширную полиэтиологическую группу нарушений раннего и позднего онтогенеза. В большинстве случаев удается установить мультифакториальную природу врожденных аномалий. В связи с этим, остается актуальным поиск наиболее информативных факторов риска их формирования, позволяющих прогнозировать вероятность данной патологии и планировать профилактические мероприятия по предотвращению рождения детей с врожденными

дефектами. В качестве ведущих причин могут выступать различные сочетанные действия множества факторов. Доказано, что значительный вклад в возникновение врожденных пороков развития у детей вносит исходное состояние здоровья родителей, неблагоприятное воздействие окружающей среды, инфекции, наследственная отягощенность. До настоящего времени в Республике Таджикистан не проводилось комплексного анализа антенатальных факторов риска и выявления среди них приоритетных. В течение 2017 - 2021гг ВПР были зарегистрированы у 5670 пробандов. Популяционная частота ВПР составила в 2017 г. – 27 на 1000 новорожденных (родившихся живыми и мертвыми), 2021 г. – 24:1000. Среди всех разновидностей пороков первое место по распространенности занимали врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы - 33,5%. Структура ВПР центральной нервной системы в большинстве случаев были представлены изолированными формами - 53,6%.

Сочетанные аномалии нервной системы и дефекты невральной трубки, составляли соответственно 21 и 25,4%. Структура аномалии невральной трубки была представлена; врожденной гидроцефалией - 39,3%, пороки спинного мозга и позвоночника (преимущественно спинномозговая грыжа) - 29% и анэнцефалия - 18,5%. Среди других форм частота синдрома Арнольда-Киари II типа - 11,2%, аномалии мозолистого тела (агенезия, гипоплазия) - 13% и черепномозговую грыжу (энцефалоцеле) - 5%. Комбинации пороков были представлены из 2-х - 30,3%, 3-х - 42,5% и большего количества дефектов центральной нервной системы. - 24,2%. Вовлеченность внутренних органов, сочетавшиеся с пороками (ЦНС) центральной нервной системы, затрагивала все системы организма. К аномалиям других органов и систем относились костно-мышечной - 40%, мочевой системы - 32,5%, органы пищеварения - 27%, сердца - 24,7%, лица и шеи - 22,4%. Анализ исходов ВПР ЦНС показал, что более половины - 55% - живорожденные дети, из их числа к концу первого года погиб пятый ребенок. Мертворожденные составили 7%. В более чем 40% случаев рождения детей с дефектами

невральной трубки была предотвращена. Значимых различий по полу не выявлено: 52% - женский, 46% - мужской, 2% - пол не известен. Составляя графический анализ установлено сезонность на частоту пороков центральной нервной системы. Более значимое число ДНТ зафиксировано в начале года (январь, февраль). Следовательно, максимальное число аномальных зачатий приходится на весенние месяцы (апрель, май). Возможной причиной данного факта может быть связано с явлением гиповитаминоза, в том числе дефицитом фолиевой кислоты, что может способствовать росту риска возникновения фолат-зависимых дефектов невральной трубки.

**Выводы.** В структуре врожденных пороков развития по частоте лидируют аномалии органов кровообращения - 33,5%, костно-мышечной - 25%, нервной - 12%, мочевой - 9,4% и половой систем - 8%. Применение пренатальной диагностики позволяют определить высокую распространенность ВПР ЦНС, структура представлена; врожденной гидроцефалией, спинномозговой грыжей, анэнцефалией и мальформация Арнольда-Киари II типа.

## ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

И.М. Хабибов, Ш.А. Хомидов, Н.Н. Нурзода, Х.М. Исматуллоев

ГУ КЗ «Истиклол», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Оценить количество, популяционную частоту (ПЧ), структуру и спектр отдельных нозологических форм врожденных пороков развития (ВПР) центральной нервной системы.

**Материал и методы.** Анализ популяционных и генетических особенностей ВПР ЦНС проведен с использованием базы данных Dahis - 2 Национального регистра ВПР за 2016–2020 гг.

**Результаты.** В настоящее время до 5% новорожденных появляются на свет с различными врожденными и наследственными

заболеваниями. Около 30% коечного фонда детских стационаров различного профиля заняты больными с наследственной патологией, 40% младенческой смертности в той или иной степени обусловлено наследственными и врожденными дефектами, среди которых лидирующее место занимают врожденные пороки головного мозга. Проведенные исследования показали, что ВПР ЦНС составляют 5,7% от всех форм пороков, популяционная частота (ПЧ) - 3,15‰. На долю изолированных форм пороков развития ЦНС приходится около половины в 48,5% случаев, в составе синдромов

и неклассифицированных комплексов множественных ВПР – в 36,6%. Среди различных разновидностей ВПР ЦНС представлен врожденной гидроцефалией, где показатель популяционной частоты (ПЧ) равен 0,91‰, другие разновидности в частности агенезией/гипоплазией мозолистого тела (ПЧ 0,41‰),

анэнцефалией (ПЧ 0,30‰), голопрозэнцефалией (ПЧ 0,19‰), экзэнцефалией (ПЧ 0,17‰), черепно-мозговой грыжей (энцефалоцеле) (ПЧ 0,13‰).

**Вывод.** Среди всех форм пороков ВПР ЦНС составляют 9,7%, популяционная частота (ПЧ) – 3,15‰.

## К РОЛИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА, СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕТСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Э.Х. Хамиджанов, Н.Б. Мирон, Г.Г. Алиджонова, Дж.Э. Турдалиева, Б.Э. Хомиджонов

Кафедра семейной медицины ХО ГОУ «ИПОВСЗ РТ», Худжанд, Таджикистан

Медицинские работники ПМСП являясь первым звеном оказания медицинской помощи играют ключевую роль в системе здравоохранения, обеспечивая комплексное наблюдение за здоровьем пациентов, своевременного направления к специалисту на протяжении всей жизни, К семейным врачам (СВ), как первичному звену медико-санитарной помощи обычно обращаются все дети с хирургическими патологиями и пограничными состояниями, и лишь затем они направляются к хирургу или непосредственно в хирургическое отделение. Первичная диагностика этих заболеваний как правило, ложится на плечи СВ – именно от их знания, опыта, умения обследования ребенка зачастую зависит дальнейшая судьба пациента.

На фоне анатомофизиологических особенностей организма детей многие патологические процессы, в том числе заболевания, подлежащие хирургическому лечению протекают своеобразно, и ранняя диагностика их представляет определенные трудности. Иногда для постановки диагноза требуется динамическое наблюдение в условиях специализированного стационара, осмотра ребенка во время сна или проведения визуализирующих исследований (УЗИ, лапароскопия, рентген), лабораторных методов. Даже в условиях специализированной службы из-за трудности диагностики, допускается разного рода ошибки, определяющие исход и прогноз заболевания.

Поэтому для улучшения качества оказания медицинской помощи детям большую роль играет повышение знаний и умений семейных врачей по вопросам установления первичного диагноза, выбора правильной тактики при пороках развития, разного рода повреждениях, острых и других патологических процессах, требующих хирургического вмешательства, и одновременно решению организационных вопросов, от которых зависит исход болезни и во многих случаях жизнь ребенка.

На кафедре семейной медицины Худжандского отделения ГОУ «ИПОВСЗ РТ» при обучении модулей хирургии, здоровье детей, неонатологии, неотложная помощь особое внимание обращают на приобретение знаний, умение курсантов по особенностям течения, проявления хирургических патологий, акцентируя на посиндромальную диагностику. Выявление ведущего синдрома СВ позволяет лучше ориентироваться в дифференциальной диагностике патологий детского возраста.

Особое внимание уделяется важным синдромам, требующих неотложной хирургической помощи в период новорожденности, такие как – рвота, срыгивания; цианоз и асфиксия; желтуха, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (диафрагмальная грыжа, пороки развития пищевода, кишечника, желчных путей, атрезии анального отверстия), а у детей младшего и старшего возраста - боль в



животе, кровотечение из ЖКТ, неотхождение газов и стула, гематурия, почечная колика и др (острый аппендицит, кишечная непроходимость, уролитиаз и др).

На занятиях применяются активные методы обучения: мозговой штурм, работа в малых группах, решение ситуационных задач, ролевые игры, дискуссии, презентации, обратная связь, демонстрация видеофильмов. Неуверенность курсантов, ощущаемые при выполнении

отдельных элементов практических навыков корректируются в процессе работы с пациентами в каждодневной практике.

Важным моментом в работе семейного врача является умение установить контакта с родителями и с детьми.

Таким образом, клиническое обучение является основополагающим в подготовке семейных врачей и способствует улучшению качества оказания хирургической помощи детям.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.Ж. Хамраев., Ф.С. Файзуллаев.

Ташкентский государственной медицинский университет  
Самаркандский государственной медицинский университет  
Университет «АЛФРАГАНУС»

**Актуальность.** Геморрой является полиэтиологическим проктологическим заболеванием у взрослых и меньшей степени встречается у детей. Своеобразное клиническое течение геморроя детей в возрастном аспекте, требуют оптимизация выбор тактики лечения, что является особой актуальности.

**Цель.** Улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем изучения особенностей диагностики, тактики комплексного подхода лечения.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на кафедре госпитальной детской хирургии ТашМУ, на основе ретро - и проспективного анализа медицинской карты, выписки и историй болезни 118 больных с диагнозом геморрой, находившихся на амбулаторном (поликлиника и ДХ-Шифо) и стационарном (1 КДБ г Ташкента и Самаркандский ОМДКБ) лечении за последние 12 лет. Распределение детей с геморроем по возрасту: до 1 года было 4 (3,4%); 1–3 лет – 23 (19,5%); 3–6 лет – 63 (53,4%); 7–14 лет – 15 (12,7%); 15–18 лет – 13 (11,0%). Высокая частота геморроя отмечена у больных 1–3 года и 3–6 лет, которая составила – 86 (72,9%). Геморроем часто страдали городские дети (75-64%), чем сельские (43-36%). Мальчиков было 95(81%), де-

вочек 23(19%). При этом мальчики с геморроем страдали 4 раза больше девочек. Наружный геморрой выявлен – у 112 (95%); внутренний – у 4 (3,4%) и комбинированный – у 2 (2%) больного. Всем больным проводились: общеклинические, лабораторные, специальные (ректальное пальцевое, аноскопия и ректоскопия) и дополнительные (УЗИ доплером изучали сосудистое нарушение тазового дна; при полипозиционной ирригографии - состояния удлинения, опущения и дефекты фиксации толстой кишки; при ректороманоскопии состояние слизистого прямой и сигмовидной кишки, приводящей двухмоментному акту дефекации методы исследования. Изучен эффективность результатов консервативного и хирургического лечения у детей.

**Результаты.** При первичной диагностике ГУ чаще локализовались: на 2-5 часах – у 38 (32,5%); на 6-9 – у 45 (38,5%) и на 10-12 часах – у 34(29%). Среди 112 детей с наружным геморроем у 85 (72%) больного выявлено - 117 ГУ(с одним-66; двумя-14; тремя-33; четырьмя-4). У 24 (20,3%) больного выявлено - 47 ГП (с одним-8; двумя-18; тремя-21) и у 3-х(2,7%) и 3 больных отмечено сочетание ГУ и ГП. При ортостатической нагрузке транзиторные ГУ выявлено у 38 (34%) больных, постоянное

– у 74 (66%), 8 из которых были тромбоз ГУ. Размеры ГУ и ГП были от 0,5 см. до 2,6 см в диаметре.

Клинически у детей с геморроем раннего и школьного возраста протрузии проявлялись постепенно и без кровотечения, у детей школьного возраста присоединились зуд заднего прохода до 28% случаев. В старшем возрасте боли в области ануса и жжение появлялись позднее других локальных симптомов 40% случаев. У большинства (60%) больных заболевание протекало без воспаления или с умеренным воспалением ГУ.

Детям с геморроем проводили консервативное с применением только медикаментозного – у 18 (15,2%) случаев, комплексное лечение с применением ректальной баллонокомпрессии (РБК) – у 88 (74,6%); хирургическое лечение у 12 (10%) – у 11 (30,3%).

При консервативном лечении проводили очистительные и лечебные клизмы с растворами ромашки, применяли ректальные свечи антигеморрагические, релиф и геморроид (старше 10 лет) 2 раза – утром и вечером. Применяли сидячие ванночки с противовоспалительными травами (ромашка, кора дуба, крапива, календула); местное лечение обеспечивающее анестезию с противовоспалительной целью (проктозан, релиф-адванс); редко при воспалительных осложнениях антибактериальную терапию, венотонизирующие и часто ангиопротективные препараты (детролекс).

Нами применен неинвазивный метод РБК на фоне комплекса консервативного лечения геморроя у детей дошкольного и школьного

возрасте (работа подана на патент). Метод РБК включает последовательное применение электрофореза со спазмолитиками (ношпа, платифиллин) на область ГУ при ГП с раствором лидазы, баллонокомпрессии и электростимуляцию наружных сфинктеров заднего прохода, где предусматривается охватить все звенья патогенеза геморроя у детей. Метод РБК способствовали повышению эффективности комплексного лечения геморроя с низким риском рецидива заболевания. Показанием являлись наружный геморрой у детей 1-6 лет и в возрасте до 14 лет по показаниям. Детям дошкольного возраста (1-6 лет), проводили курс комплексного лечения с применением неинвазивного метода РБК в течение 10 дней и наблюдали в динамике больного с интервалом 2 месяца. У больных с множественными ГУ и ГП комплексное лечение проводили повторно 2-3 курса метод РБК до полного выздоровления больных.

В лечении геморроя детей школьного и старшего возраста при остром тромбофлебите ГУ, в пищевом режиме акцент делали на профилактику и лечение ХЗ. Закрытию геморройэктомии (ГЭ) выполняли у 11 (12,6%) подросткам с геморроем в условиях стационара. В 2 случаях выполняли срочную ГЭ по поводу тромбофлебита ГУ, а в 9 случаях – по плановым показаниям.

**Вывод.** Детям с геморроем дошкольного возраста эффективными является комплекс консервативного лечения с применением неинвазивного метода РБК. К хирургическому лечению более подвержен школьный возраст.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКТАГАМ ПРИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

М. И. Хасанова, Р. А. Хакимова, Х. Р. Собиров, Р.Ш. Обидов

Детская областная клиническая больница г. Худжанд. Таджикистан.

Нейроинфекции у детей занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности в педиатрической неврологии. Помимо прямого инфекционного повреждения, значительную роль играет постинфекционное

иммунное воспаление, вызывающее стойкий неврологический дефицит. В последние годы в неврологическом отделении ДОКБ города Худжанда с целью иммуномодуляции у детей с нейроинфекциями применяется внутривенный

иммуноглобулин широкого спектра (Октагам). Препарат Октагам содержит специфические иммуноглобулины класса G антитела к возбудителям различных инфекций. Адекватные дозы препарата могут восстановить низкий уровень иммуноглобулина G в крови до его нормальных значений. Механизм действия препарата Октагам связан с блокированием патологических антител, подавлением избыточной активности В - клеток и активацией цитокинового ответа.

Нами была проведена сравнительная оценка эффективности Октагама на примере ретроспективного анализа 42 историй болезни детей с различными нейроинфекциями лечившихся в неврологическом и реанимационном отделении ДОКБ с 2022 по 2024 годы из которых в 33 случаях применялся Октагам

Возраст: от 1 года до 17 лет.

Клинические формы:

вирусный энцефалит — 18 детей (54,6%),

менингоэнцефалит — 5 (15,1%),

острый полирадикулоневрит (в т.ч. синдром Гийена–Барре) — 7 (21,2%),

миелит — 3 (9,1%).

По данным историй болезней все пациенты получали стандартное лечение (этиотропная и симптоматическая терапия) согласно протоколам Минздрава Республики Таджикистан. Препарат Октагам назначался в дозе 0,4 г/кг/сут в течение 5 дней (курсовая доза — 2 г/кг).

Критериями оценки эффективности являлись: улучшение когнитивного статуса, длительность госпитализации, сокращение периода восстановления неврологических дефицитов.

#### **Полученные результаты:**

**1. Клиническое улучшение:** Улучшение на 2 и более балла по шкале Rankin к 14 -му дню наблюдалось у 27(83,0%) детей. Наи-

больший эффект отмечен при синдроме Гийена – Барре (улучшение отмечалось у - 100% пациентов).

**2. Когнитивные функции:** В группе с энцефалитом и менингоэнцефалитом отмечалось улучшение памяти, внимания и речевых функций у - 20 из 23(86,9%) пациентов.

**3. Длительность госпитализации:** Среднее пребывание больных в стационаре уменьшилось на 5 - 6 дней по сравнению с аналогичными больными не получавшие Октагам.

**Длительность периода восстановления неврологических дефицитов:** В среднем сократилась на несколько месяцев и с минимальными неврологическими дефицитами.

Применение Октагама у детей с нейроинфекциями продемонстрировало положительный эффект, особенно в случаях, где иммунопатогенетический механизм занимал ведущую роль. Препарат ускорял восстановление неврологических симптомов, улучшал когнитивные функции и позволял сократить сроки госпитализации.

Полученные данные согласуются с международными исследованиями, указывающими на целесообразность включения внутривенного иммуноглобулина в схемы терапии тяжёлых нейроинфекций у детей.

#### **Выводы**

1. Препарат Октагам в дозе 2 г/кг в течение 5 дней показал высокую эффективность при лечении нейроинфекций у детей: значимое улучшение отмечено у 83% пациентов.

2. Препарат способствовал более быстрому восстановлению когнитивных функций и сокращению длительности госпитализации, и реабилитации больных.

3. Рекомендуется включать Октагам в комплексную терапию тяжёлых нейроинфекций у детей, особенно при аутоиммунном или смешанном патогенезе.

## ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-ПОЧЕЧНОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ

Ш.Ф. Холниёзов, Далери С.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан  
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Улучшение методов хирургического лечения пузырно-почечного рефлюкса у детей.

**Материал и методы.** За 5 лет (с 2020г по 2024г.) были проанализированы 175 (100%) историй болезней пациентов с пузырно-почечным рефлюксом у детей.

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш».

Из общего числа обследованных односторонний пузырно-почечный рефлюкс (ППР) обнаружен у 59 (33,7%) пациентов, при этом правосторонний у 26 (14,8%) и левосторонний у 33 (18,8%) детей. Двусторонний ППР был выявлен у 116 (66,2%) пациентов. Девочек – 130 (74,3%), мальчиков – 45 (25,8%). Соотношение девочек и мальчиков составило 3/1. Среди пациентов сельские жители составили 110 (62,9%), городские – 65 (37,1%). Возраст детей колебался от 1 года до 16 лет. В зависимости от проведённых операций пациенты были разделены на две группы: основная – 100 (57,1%) пациентов, проходивших обследование и лечение с 2020 по 2022 г., контрольная – 75 (42,8%) пациентов, получивших лечение с 2022 по 2024 г.

**Результаты.** При коррекции ППР существует множество методов оперативного лечения. Наиболее часто применяются антирефлюксные операции с созданием нового канала из подслизистого слоя мочевого пузыря по методу Политано-Лидбеттера, Козна и Лич-Грегуара, а также эндоскопическое введение

геля в подслизистый слой устья мочеточника. У 58 (33,1%) пациентов проведены антирефлюксные операции различными способами. С целью предоперационной подготовки у 117 (66,9%) пациентов применялось консервативное лечение с наложением мочевого катетера. У 11 (18,96%) пациентов с I-II степенями ППР выполнено введение геля в подслизистый слой устья мочеточника. У 23 (39,65%) пациентов с III степенью произведён неоцистоуретроанастомоз с антирефлюксной защитой по Козну. У 4 (6,9%) пациентов с IV степенью выполнен полулунный разрез по методу, разработанному в клинике, а также у 3 (5,2%) пациентов – коррекция по методу Лич-Грегуара. У 8 (13,8%) пациентов при V степени, в зависимости от формирования коленообразного изгиба и дилатации мочеточника, произведён неоцистоуретроанастомоз с антирефлюксной защитой по Политано-Лидбеттера. У 2 (3,4%) пациентов при полной утрате функции почки и наступлении нефросклероза выполнена нефруретерэктомия. При мега-долихоуретерогидронефрозе с обеих сторон и с нейрогенным мочевым пузырём у 1 (1,7%) пациента с целью декомпрессии была наложена уретерокутанеостомия. Клапанно-разрушающая операция проведена 4 (6,9%) пациентам. Повторная операция потребовалась 2 (3,4%) пациентам.

**Выводы.** Выбор метода оперативной коррекции при пузырно-почечном рефлюксе у детей зависит от общего состояния организма, возраста ребёнка, степени рефлюкса и выраженности нарушения функции верхних мочевыводящих путей.



## БУЖИРОВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

А.М. Шарипов<sup>1,2,3</sup>, С.А. Мазабшоев<sup>1,2</sup>, Б.Х. Юсупов<sup>1,2</sup>, Ю.Т. Додочонов<sup>1,2</sup>, Н.Ш. Шарипов<sup>1,2</sup>, Ф.У. Абдулов<sup>2</sup>, А.А. Махмадалиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш», Душанбе, Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», Душанбе, Таджикистан

**Цель.** Повышение результативности комплексной терапии детей с рубцовыми стриктурами пищевода за счет применения разнообразных методов дилатации

**Материал и методы.** С января 2014 по 2020 год в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино» получили лечение 121 ребенок с РСП. Среди них мальчиков было 67 (55,4%), а девочек – 54 (44,6%). В зависимости от способа расширения пищевода при РСП, исследование включало две группы пациентов. Контрольная группа, насчитывающая 68 детей (56,2%), получала бужирование методом «вслепую» 47 детей (38,8%) или с использованием направляющей нити 21 ребенок (17,4%). Основную группу составили 53 (43,8%) ребенка, которым бужирование пищевода выполнялось с использованием бужа проводника. Согласно данным исследования, из 78 детей с формирующимися стриктурами, возникшими после ожога уксусной кислотой, 52 находились в контрольной группе, а 26 – в основной. У 38 детей РСП был вызван воздействием щелочи. В контрольную группу вошли 14 из них, в основную 24.

**Результаты.** В процессе дилатации пищевода у 4 детей наблюдалось осложнение в виде перфорации. В контрольной группе перфорация была зафиксирована в 3 случаях, в основной – в 1. У ребенка из основной группы перфорация располагалась в верхней части пищевода, поэтому возникла потребность в дренировании плевральной полости

и перехода на энтеральное питание через зонд. У пациентов основной группы с РСП общая эффективность лечения дилатацией с использованием проводника после ожога уксусной эссенцией, без развития осложнений, составила 98%. У детей контрольной группы перфорация пищевода наблюдалась у четверых, тогда как в основной группе – у двоих и всем пациентам с перфорацией проводилось дренирование плевральной полости и установка гастростомы по Кадеру с назогастральным зондом. В основной же группе необходимость в дренировании плевральной полости справа и гастростомии по Кадеру с назогастральным зондом возникла лишь у одного ребенка, и процедура была успешно завершена. Во втором случае ребенок получал питание через зонд, и на фоне комплексной терапии были достигнуты позитивные тенденции. Панический страх, обусловленный проблемами с дыханием, в остальных трех случаях оказался связан с непроизвольным проглатыванием батареек. Для устранения стеноза у 1-го пациента после осуществления гастростомии применялось бужирование с использованием нити, а у двух других – с тонкой проволокой. У двоих пациентов были диагностированы ожоги пищевода, вероятно, вызванные влиянием какого-то неидентифицированного химического средства, что спровоцировало образование рубцового сужения. Бужирование также было проведено в обоих случаях: в одном – с нитью, в другом – с проволокой. Во всех ситуациях дилатация пищевода оказалась успешной при условии постепенного расширения диаметра

до 10-12 мм и наиболее, что обеспечивало возможность без труда ввести эндоскоп через участок сужения. Также положительным результатом считалось свободное перемещение контрастного реагента по пищеводу без дальнейшего расширения выше места стеноза, что подтверждалось результатами рентгенографии. Результаты анализа демонстрируют, что пациенты основной группы столкнулись с меньшим числом осложнений по сравнению с контрольной группой. Следует особо

отметить, что гастростомия была проведена лишь одному пациенту из основной группы, страдавшему от выраженного рубцового стеноза, в то время как остальные случаи лечения завершились благоприятно.

**Вывод.** Проведенное исследование убедительно доказывает высокую эффективность бужирования с использованием нити-проводника в терапии рубцовых сужений пищевода у детей.

## ОПТИМАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.М. Шарипов <sup>1,2,3</sup>, И.Б. Шерназаров <sup>1,2</sup>, С.А. Мазабшоев <sup>1,2</sup>, Ш.Ч. Рахмонов <sup>1,2</sup>, Т.Х. Бобоев <sup>2</sup>, П.Ш. Шарипов <sup>2</sup>, Х.Ч. Гуриев <sup>1,2</sup>, Н.М. Манонов <sup>2</sup>, А.А. Махмадалиев <sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан;

<sup>2</sup>ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш», Республика Таджикистан

<sup>3</sup>ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

**Цель.** Провести сравнительный анализ эффективности обычного и циркумбиликального методов хирургического лечения врожденного гипертрофического пилоростеноза.

**Материал и методы.** В период с января 2014 по декабрь 2024 года на кафедре детской хирургии ГОУ «Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино» (на базе отделения хирургии новорожденных и раннего возраста Национального медицинского центра) было прооперировано 144 пациента с врожденным гипертрофическим пилоростенозом (ВГП). Возраст оперируемых колебался от 20 дней до 2 месяцев (средний возраст составлял 28 дней). Среди них мальчиков было 86 (59,7%), девочек – 58 (40,3%). В рамках исследования всем пациентам с сужением выходного отдела желудка проводилось хирургическое рассечение мышечного слоя по методике Рамштедта. Пациенты были стратифицированы на две группы в зависимости от выбранного хирургического доступа. В контрольную группу (68 человек,

47,2%) были включены пациенты, которым была выполнена стандартная открытая пилоромиотомия с использованием правостороннего поперечного разреза в надпупочной области. Основная группа (76 человек, 52,8%) состояла из пациентов, которым операция проводилась с применением циркумбиликального доступа. Диагностический этап включал комплекс общеклинических обследований, рентгенологические исследования брюшной полости и желудка (с применением контрастного вещества в отдельных случаях), ультразвуковое исследование (УЗИ) привратника желудка, а также фиброзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) по показаниям. УЗИ все чаще используется для диагностики ВГП благодаря его высокой информативности и неинвазивности, давая возможность определить масштаб расширения и состояние привратника. ФЭГДС применялась для оценки проходимости привратника; эндоскопическое исследование выявляло увеличение антральной складки, что соответствовало картине врожденного порока – ВГП. Подго-

товка к операции и её продолжительность зависели от степени тяжести состояния пациента, наличием осложнений и не различались между группами. Лечение было направлено на нормализацию кислотно-щелочного баланса, гемостаз, восполнение потери белка, устранение воспаления в верхних отделах ЖКТ и предотвращение аспирационной пневмонии. Оценивались следующие параметры послеоперационного периода: время проведения хирургической манипуляции, пребывание в отделении реанимации, общая длительность госпитализации, время экстубации, начало и темпы восстановления энтерального питания.

**Результаты.** На основании проведенной оценки данных, средняя продолжительность хирургического вмешательства в основной группе пациентов составила  $31,5 \pm 5,1$  минуты, в то время как в контрольной группе этот показатель достиг  $35,7 \pm 3,5$  минуты. Сопоставительный анализ итогов лечения выявил возникновение интраоперационных осложнений у 2 (2,6%) детей из основной группы (в частности, перфорация слизистой оболочки желудка), в то время как в контрольной группе подобное явление было отмечено у 3 (4,4%) пациентов; все осложнения были успешно купированы. Время экстубации у детей основной группы в среднем составило  $6,4 \pm 1,2$  часа, что значительно меньше, чем у пациентов контрольной группы, где этот показатель достиг  $10,4 \pm 1,2$  часа. В период послеоперационного восстановления осложнения возникли у 3 (4%)

пациентов из основной группы: у двух детей на пятые сутки развилось гнойное воспаление в области послеоперационной раны с пролапсом участка кишки, потребовавшее вторичной хирургической коррекции с благоприятным исходом в долгосрочной перспективе, и в одном случае была диагностирована послеоперационная грыжа. У 5-х (7,35%) детей из контрольной группы в послеоперационном периоде также зафиксировано инфицирование подкожной клетчатки в области шва. Среднее время пребывания в отделении реанимации для пациентов основной группы составило  $2,6 \pm 1,2$  дня, что существенно ниже, чем у пациентов контрольной группы, –  $3,8 \pm 2,1$  дня. Общая продолжительность госпитализации после оперативного вмешательства у детей основной группы в среднем была равна  $5,3 \pm 1,6$  суток, а у пациентов контрольной группы –  $6,4 \pm 1,4$  суток. Переход к энтеральному питанию стал возможен через  $18 \pm 4$  часа у детей основной группы и через  $28 \pm 6,4$  часа у пациентов контрольной группы. Летальных исходов в обеих группах зафиксировано не было.

**Выводы.** Циркумбиликальный доступ при лечении врожденного гипертрофического пилоростеноза является предпочтительным методом и представляет собой обоснованную альтернативу традиционной операции, сочетая преимущества малоинвазивных техник и демонстрируя сопоставимые клинические исходы.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕСАГИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

И.Б. Шерназаров, Ш. Дж. Рахмонов., Т.Х. Бобоев., Сатторов А.М., П.Ш. Шарипов

Кафедра детской хирургии, ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Таджикистан

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения детей с аноректальной мальформацией с применением заднесагитальной проктопластики.

**Материал и методы.** За последние 12 лет в период с 2012 до 2024 года в клинике детской хирургии пролечено 105 больных с

аноректальными пороками; несвищевая форма – у 25 (23,8%) детей с промежностными свищами и у 23 (21,9%) девочек были вестибулярные свищи, ректовагинальные свищи – у 20 (19,1%) девочек. С ректоуретральными, ректопузырными свищами и тяжами было – у 17 (16,1%) мальчиков.

Всем больным произведена заднесагитальная проктопластика, т.е. операция Альберто Пенья. Операция производилась в возрасте преимущественно от 3 до 12 месяцев. Из них 9 (8,5%) новорожденных больных оперированы по экстренным показаниям в новорожденном возрасте с высокой формой атрезией ануса и прямой кишки. У 56 (53,3%) больных при поступлении в клинику с высокой формы атрезии также были отмечены вздутие живота из-за декомпенсированного узкого свища и каловой интоксикации. Остальным 40 (38,1%) больным первично была произведена заднесагитальная проктопластика по Альберто Пенья в плановом порядке.

**Результаты.** Если у больного колостома или сигмостома, то в полость кишечника предварительно за 30 минут до начала операции, вводилось 10 -15 мл масло и катетер Фолея. Это облегчает хирургу во время операции найти слепой конец сигмы или прямой кишки.

При низких аноректальных пороках, непосредственно под мышечным слоем, находят атрезированный конец прямой кишки, покрытый фасцией и имеющий белесоватый оттенок. Мобилизацию прямой кишки проводили при помощи зажима Луэра. После выделение фасций слепой конец кишки и свищ совместно брали держалкой и проводили мобилизацию. Чаше всего кишка плотно припаяна к стенке влагалища или уретры. Слепой конец атрезированной прямой кишки берут держалкой и осуществляют тракцию сверху несколько к переду. Постепенно, стараясь не повредить стенки влагалища, уретры и кишки, выделяют свищ по окружности, переднюю стенку кишки отделяют от задней стенки влагалища, уретры или мочевого пузыря. Сложность выделений в этой области объясняется тем, что прямая кишка имеет общую стенку с влагалищем и уретрой.

У новорожденных и грудных детей важно выделять, заходя в слой, где видна стенка кишки и уретры. При выделении и мобилизации свища и прямой кишки, стенка мочевого пузыря у грудных детей и новорожденных отличается кровоточивостью, а стенка предстательной железы отличается долчатостью и напоминает лимфоузел, затем удаётся выделить стенку прямой кишки полнослойно.

Достаточность мобилизации определяют путём тракции кишки до уровня анальной ямки (предполагаемого уровня долженствующего ануса). Ушивают мягкие ткани между кишкой и влагалищем так, чтобы не было натяжения кишки и её нахождения в своей она лежала в своей ложе. Вокруг вновь созданной кишки надо «собирать» мышечную втулку. Кишку низводят и фиксируют к волокнам анального сфинктера. Над задней поверхностью прямой кишки ушивают мышцы - леваторы, захватывая в швы стенку прямой кишки, что способствует её фиксации и препятствует ретракции и выпадению в послеоперационном периоде. Край прямой кишки циркулярно подшивают через все слои к коже. Выведенную и вновь созданную прямую кишку не следует выворачивать назад, создавая манжетку, в противном случае это может привести к склонности послеоперационного стенозирования. Размеры анального отверстия калибрует при помощи бужа Гегара (у новорожденных детей он не должен быть менее 12-го размера, у детей грудного возраста - не менее 14-16-го размера). Край кожного разреза ушивают. В просвете прямой кишки оставляют турунду с мазью Левомиколь. С целью профилактики нарушения кровообращения в стенке вновь созданной прямой кишки, тугое тампонирувание раны нецелесообразно.

Во всех случаях; 10 - ректовагинальные свищи и 7 - ректоуретральные, ректопузырные свищи ликвидированы заднесагитальным доступом без осложнений.

**Выводы.** 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 при соблюдении срока радикального оперативного лечения и соблюдении техники вмешательства. Операция заднесагитальная проктопластика при аноректальных малформациях должна проводиться в хирургических центрах, имеющих опыт лечения новорожденных и детей раннего возраста.



**ГЕНИТАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКЕ У ДЕВОЧЕК**Н.Ш. Эргашев<sup>1 2</sup>, К.М. Умаров<sup>2</sup>, М.М. Насыров<sup>2</sup>, К.О. Сёмаш<sup>2</sup>, Т.А. Джанбеков<sup>2</sup><sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан

**Цель.** Оценить спектр генитальных аномалий при ПК и их связь с длиной общего канала; определить роль лапароскопии в диагностике и выборе хирургической тактики.

**Материал и методы.** В национальном детском медицинском центре (Ташкент) с 2021 по май 2025 г. обследованы 213 девочек с анарктальными мальформациями; ПК выявлена у 33 пациенток (15,5%), возраст — от 1 дня до 16 лет. Первично в НДМЦ поступили 5 (≈15%) пациенток; остальные — после колостомии, выполненной в других учреждениях. Диагностика: клинический осмотр, УЗИ брюшной полости и малого таза, МРТ малого таза, клоакоскопия с контрастированием общего канала, дистальная колостография, при необходимости — диагностическая лапароскопия для уточнения анатомии внутренних половых органов и планирования тактики. При выявлении сопутствующей патологии проводились дополнительные целевые исследования.

**Результаты.** Спектр генитальных аномалий. Агенезия влагалища — 3 (10%); удвоение влагалища — 9 (30%); гидрокольпоз — 3 (10%); удвоение матки — 2 (6,7%); гемангиома половых губ — 1 (3%); множественные пороки (в т. ч. аномалии почек/мочеточников, позвоночника) — 3 (10%). Дополнительно отмечены пороки мочеполовой системы у 33,3% и аномалии позвоночника у 36,7% пациенток.

Длина общего канала составила ≤2,0 см — 13 (43%); 2,1–3,5 см — 15 (50%); ≥4,0 см — 2 (7%). Более длинный канал ассоциировался с

более сложной анатомией и необходимостью комбинированного доступа.

**Хирургическая тактика.** Основной метод — заднесагиттальная анаркто-уретро-вагинопластика (n=25; ~83%). При агенезии влагалища выполнялась изолированная анарктопластика с плановой вагинопластикой в возрасте 6–8 лет (n=3). При общем канале ≥4 см применялся комбинированный абдомено-промежностный/лапароскопический доступ (n=2) с низведением прямой кишки и влагалища.

**Роль лапароскопии.** Лапароскопия показала высокую диагностическую ценность, особенно у грудных детей при ограниченной информативности УЗИ/МРТ: позволяла детализировать строение матки и влагалища, корректно определить место колостомы и спланировать этапность реконструкции. Лапароскопические вмешательства характеризовались низкой травматичностью и быстрым восстановлением в послеоперационном периоде.

**Вывод.** Генитальные аномалии при ПК имеют высокую морфологическую вариатбельность и прямо влияют на выбор реконструктивной тактики. Комплексная визуализационная диагностика с обязательным использованием лапароскопии, индивидуальное планирование этапов и выполнение операций в специализированных центрах — ключевые условия сохранения континенции, нормализации мочеиспускания и обеспечения будущей сексуальной и репродуктивной функции.

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

С.Я. Якубов, С.А. Ахмеджонов, И.В. Каримов, Н.Я. Марупов, Я.С. Марупов, Ф.А. Сохибназаров, А.Л. Асадуллоев

Областной детский хирургический центр ГKB №1 им. С. Урунова, г.

**Цель.** Обобщения опыта удаления инородных тел из пищеварительного канала и её осложнения.

**Материал и методы.** В ДХО за 10 лет (2015 – 2024 г) находилось на лечение 90 детей с инородными телами пищеварительного канала – до 1 года 16, от 1-3 года -39, от 4-6 лет -23, старше 7 лет – 12 детей. Городских – 21, сельских-69. В первые 6 часов поступило 31 ребенок, 7- 24 часов 56 и позже 24 часов 3 – детей. Предметами проглатывания явились: монеты -53, булавки-12, металлические шарики -8, гвозды-7, значки -3, косточки урюка- 2, заводные ключи от игрушек-2, иголка-1, магнитные шарик -1, магнитный браслет-1. Наиболее часто инородное тело задерживались пищеводе-51 случай (56, 6%), в верхней трети пищевода на уровне первого физиологического сужения – 26 (50,9%), в средней трети – у 16 (31,3%) и 69 (17,6%) случаях в третьем физиологическом сужении.

Клиническая картина нахождения инородного тела на уровне I – физиологического сужения у детей раннего возраста характеризовалось появлением кашля, затрудненного дыхания, затем присоединением саливации, дисфагией, рвотой и беспокойством. Дети более старшего возраста предъявляли жалобы на боли в области передней поверхности шеи. При инородном теле средней трети пищевода отмечались повешённое слюноотделение, дисфагия, реже рвота. Дети старшего возраста точно указывали место наибольшей болезненности, а при нахождении инородного тела в нижней трети пищевода основным признаком явилась бол при глотании в области нижнего края грудины.

**Результаты.** Всем больным проведено обзорная рентгенография грудной клетки с охватом шейного отдела пищевода ,что позволило

установить локализацию , форму и величину проглоченного предмета. Удаление инородного тела проводилось под общим обезболиванием. Прямой фарингоскопией удалено – 12, путем фиброэзофагогастродуоденоскопии извлечени инородные тело из пищевода – 36, из желудка – 17, из начального отдела -12 –перстной кишки у 2 больных. У 19 – больных на фоне инородного тела пищевода отмечалось вторичное изменение стенки органа в виде эрозивного и язвенного эзофагита. Этим больным проведено антибактериальная терапия. Инородное тело благополучно миновавшие пищевод, попадает в желудок и в большинстве случаев быстро проходит привратник. Самоотхождение инородных тел из ЖКТ отмечалось у 20 (22,2%) больных в среднем в сроки от 1 до 5 –суток. У 3х – больных отмечалось фиксированные инородные тело. Этим больным проведено экстренная операция – лапаротомия.

В первом случае на 3 –ее сутки после случайного проглатывания инородного тела-швейная иголка через стенку тонкого кишечника проникла в брыжейку – удалено, во втором одиночный магнитный шарик на 4.00 сутки плотно цеплялось на слизистый тонкого кишечника произведено Энтеротомия, удаление инородного тела, рана кишечника ушито и в третьем на 5 – сутки магнитная браслета длиной 12 см в петли тонкого кишечника образовал колену и магнитными силами притягивал один к одному и привело к сращению кишечника вызывала непроходимость, произведено резекция пораженного участка тонкого кишечника с наложением анастомоза конец в конец. Летальных исходов от инородных тел пищеварительного тракта не было.

**Выводы.** Таким образом , при локализации инородных тел в верхних отделах желудочно – кишечного тракта оптимальным

способом их удаления является эзофагогастро-дуоденоскопия.

В случаях фиксированных инородных тел ниже дуоденоюенального перехода показано лапаротомия.

## ХОЛЕДОХОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Э.А. Якубов<sup>1</sup>, Н.Ш. Эргашев<sup>1,2</sup>, И.Х. Бобокулов<sup>2</sup>, А.А. Йокубов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Республика Узбекистан

<sup>2</sup>Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение.** Холедохоцеле (ХЦ) относятся к редким аномалиям развития у детей. ХЦ является III типом кисты холедоха и представляет собой кистозное расширение дистального отдела общего желчного протока, выступающий в просвет двенадцатиперстной кишки. Этиопатогенез ХЦ до сих пор остается не ясной. Однако имеются разногласия при лечении ХЦ.

**Цель.** Проанализировать клиническое течение, диагностику и лечение ребенка с ХЦ.

**Материал и методы.** В 1990-2025 годы в клинических базах нашей кафедры находились 109 детей с различными формами кист холедоха в возрасте от 18 дней до 16 лет. У 1 (0,9%) ребенка диагностирован ХЦ.

**Результаты.** Под нашим наблюдением лечились 109 детей с кистой холедоха с различными типами. Один из них был больной с III типом кисты холедоха – ХЦ. Больному 7 лет 11 мес. Из анамнеза болен в течение двух недель, заболевание ни с чем не связывает. Жалобы: на приступообразные боли в животе, рвоту, слабость. Прошел обследование в условиях стационара. Сделано УЗИ, МРТ и лабораторные обследование. Заключение УЗИ: умеренное гепатомегалия, билиарная гипертензия, выраженная холедохоектазия и холестаз в общем желчном протоке. Обструкция холедоха полиповидным образованием в области большого дуоденального соска. Билиарный панкреатит. Свободная жидкость в брюшной полости. Заключение МРТ: признаки объемного образования головки поджелудочной железы и большого дуоденального соска, билиарная гипертензия (холедох расширен до 24 мм), S-образный желчный пузырь. Выраженный

пневматоз петел кишечника. На основании полученных результатов установлен диагноз: объемное образование поджелудочной железы, билиарная гипертензия. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок направлен в Национальный детский медицинский центр. При повторном УЗИ печени и поджелудочной железы выявлено анэхогенная кистозная структура по ходу желчных протоков длиной 55,4 мм, диаметром до 22,0 мм. Отмечено расширение общего желчного протока до 22 мм и деформация желчного пузыря. Главный панкреатический проток расширен до 2,5 мм. На уровне головки визуализируется циркулярная изоэхогенно повышенная структура размерам 15,4 мм, диаметрам 9,3 мм. Для внесения ясности в диагностике проведена эзофагодуоденоскопия. При ревизии Фатеров сосок увеличен, выступает на поверхность двенадцатиперстной кишки, гиперемирован, отмечается затрудненное выделение желчи. Констатирован: обструкция дистального отдела холедоха. Из-за отсутствия папиллотомы устранение препятствия не удалось. Также, не удалось провести ретроградную панкреатохолангиографию. Учитывая лабораторные данные, подтверждающие явления застоя и воспалительного процесса в панкреатикобилиарном тракте с целью профилактики дальнейшего повышения внутрипротокового давления и активации ферментативного холецистохолангита проведена перкутанная холангиостомия. При контрастной холангиографии определяется расширение общего желчного протока в супрадуоденальном отрезке постепенно суживаясь в дистальном направлении, заканчивающейся

кистовидным расширением в области Фатерова соска, куда и сливается проток поджелудочной железы. Поступления содержимого билиарного тракта в кишечник сохранен.

На основании совокупности полученных данных лабораторных и инструментальных исследований, сформулирован клинический диагноз: частичная обструкция панкреатобилиарного тракта на уровне Фатерова соска, обусловленное ХЦ. Проведена антибактериальная и симптоматическая терапии с выжидательной тактикой. В динамике ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. При повторном осмотре состояние мальчика удовлетворительное, жалоб нет. Лабораторные показатели нормализовались.

На УЗИ печени общий желчный проток несколько расширен, но значительно меньше по сравнению с предыдущими размерами. При контрольной эзофагодуоденоскопии отделы желудка и двенадцатиперстной кишки без выраженных патологических изменений. В динамике размеры большого дуоденального сосочка уменьшились в диаметре, явления воспалительных изменений вокруг стихли, поступление желчи свободно.

**Выводы.** Клиническое течение ХЦ отличается от проявлений других типов кист холедоха. Редкое выявление и отсутствие специфических симптомов этой патологии часто затрудняет диагностику и тактику лечения.

## ОСОБЕННОСТИ КАУДАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЗИ-КОНТРОЛЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

М.И. Абдибеков., Ж.Ж. Шолахов., М.П. Дадаев.

Казахстанско-Российский медицинский университет кафедра детской хирургии г. Алматы Республика Казахстан

**Введение:** каудальная анестезия широко применяется в детской урологии. Поскольку ориентиры для выполнения каудальной блокады поверхностны требуются дополнительные уточняющие методы диагностики для более точной топографии анатомических параметров крестцовой щели. Использование ультразвуковой навигации позволяет повысить точность попадания каудальной иглы в крестцовую щель, минимизировать риск осложнений, особенно у пациентов с анатомическими особенностями и трудной идентификацией каудального отверстия.

**Цель:** исследование было направлено на оценку эффективности и безопасности каудальной анестезии под ультразвуковым контролем у детей при урологических операциях, с учетом особенностей у пациентов с различной массой тела.

**Материалы и методы:** исследование проведено на базе отделения ОАРИТ ДГКБ №2 и МЦ Рахат г. Алматы, где проанализированы

данные 65 детей, ASA I-II, в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, которым планировались урологические оперативные вмешательства, методом регионарной анестезии – каудальная анестезия под контролем ультразвука. В исследовании оценивались время выполнения блока, ультразвуковые графические ориентиры, точность визуализации, наличие осложнений. Особое внимание уделялось детям с отклонениями массы тела от возрастной нормы.

**Результаты:** анализ показал, что использование ультразвука в качестве вспомогательного средства для каудальной анестезии обеспечивает четкую визуализацию анатомических структур и распространение введенного анестетика. Оцениваются такие параметры как «симптом лягушачьих глаз» - топографический каудальная щель куда вводится каудальная игла. У всех 100% пациентах в процессе манипуляции аспирационная проба была отрицательна. Особенно выраженный положительный результат отмечен у детей



с избыточной массой тела, у которых анатомические ориентиры были слабо выражены. Осложнений, связанных с выполнением анестезии, не наблюдалось.

**Заключение:** несмотря на легкость определения анатомического ориентира каудального отверстия, каудальная анестезия под ультразвуковым контролем является более точным и безопасным методом регионарной анестезии

при урологических операциях у детей. Ультразвук облегчает выполнение блока, особенно в клинически сложных случаях. Дальнейшие исследования в этой области помогут разработать более точные протоколы анестезии, учитывающие индивидуальные особенности пациентов и характер хирургического вмешательства.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

Л.А. Бабаева, Г.З. Муродов

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан

**Цель:** изучение основных принципов лечения фосфат-диабета у детей.

**Материал и методы:** было обследовано и проведено лечение 15 детей в возрасте от 2 до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в I и II детских нефрологических отделениях ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе. Нами были изучены клиничко-анамнестические параметры, проведен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, характер и продолжительность проводимой терапии.

**Результаты:** фосфат-дабет относится к генетически гетерогенным заболеваниям и сопровождается гипофосфатемией, рахитоподобными нарушениями скелета, задержкой роста, а также поражением других органов и систем. Без своевременного и адекватного лечения данная патология может привести к инвалидности. На сегодняшний день этиотропная терапия фосфат-диабета отсутствует, поэтому лечение в основном направлено на коррекцию метаболических расстройств, профилактику осложнений и предупреждение инвалидизации детей. Больные нуждаются в пожизненной терапии активными метаболитами витамина D и препаратами фосфора.

Основу лечения составляла длительная терапия высокими дозами витамина D, применение препаратов кальция и фосфора, а также лекарственные средства, улучшающие их усво-

ение в кишечнике. Из метаболитов витамина D использовали препарат оксидевит (кальцитриол) в суточной дозе 0,25-3 мкг, который увеличит абсорбцию фосфора в кишечнике.

Начальные дозы витамина D составили 10 000 - 20 000 МЕ/сутки. Отсутствие симптомов интоксикации, небольшое выделение кальция с мочой являлись показаниями к увеличению дозы витамина D, которую через 4-6 недель увеличивали на 10 000 - 15 000 МЕ ежедневно до нормализации уровня фосфора в крови, снижения активности щелочной фосфатазы, исчезновения болей в костях нижних конечностей и восстановления структуры костной ткани. Повышение доз осуществлялось под индивидуальным контролем.

Лечение проводили под регулярным контролем содержания кальция (1 раз в неделю) и неорганических фосфатов в крови и моче, активности щелочной фосфатазы крови (каждые 10-14 дней), так как избыток фосфатов может привести к вторичному гиперпаратиреозу с усилением деминерализации кости, а избыток оксидевита к гиперкальциурии и нефрокальцинозу.

Всем пациентам в комплекс лечения включали препараты фосфора (неорганические фосфаты до 2 г в сутки, глицерофосфат кальция 0,5-1 г в сутки) и кальция (глюконат кальция 1,5-2 г/сутки) проводилась витаминотерапия.

Для улучшения процессов всасывания фосфора и кальция в кишечнике применяли смесь Олбрайта (лимонная кислота 24,0, цитрат натрия 48,0, дистиллированная вода 500,0) по 20-50 мл в сутки в течение 6 месяцев. В процессе лечения ни у одного больного не наблюдался гипервитаминоз D, общее состояние больных улучшилось, ускорились темпы роста, нормализовались/улучшились показатели фосфорно-кальциевого обмена, снизилась активность щелочной фосфатазы. После достижения ремиссии всем больным

был назначен лечебный массаж и дозированные физические нагрузки.

**Выводы:** ранняя верификация данной патологии и своевременно назначенное рациональное лечение снижает риск развития осложнений и необратимых последствий, а также позволяет оптимизировать эффект от проведенной терапии. Лечение детей с фосфат-диабетом в период активного роста частично устраняет скелетные деформации и снижает число необходимых хирургических вмешательств.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

С.Н. Давлатова, М.М. Шарипова, О.З. Сафарова, Н.Н. Тагоева

Кафедра детских болезней №2 ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** изучить особенности течения и степень выраженности желтушного синдрома, развившегося у новорождённых детей на фоне различной патологии.

**Материал и методы:** обследован 41 ребёнок в возрасте от 1 до 28 дней, находившийся на стационарном лечении в отделении новорождённых ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 01.2024 - 01.2025 гг. С диагностической целью всем пациентам проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие общий развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин и его фракции, печёночные ферменты, белково-осадочные пробы, мочевины и креатинин, сахар крови, электролиты, коагулограмма), группу крови и резус-фактор, анализ крови на TORCH-инфекцию, анализ крови на ВИЧ/СПИД, анализ мочи, копрологию, рентгенографию грудной клетки и брюшной полости, УЗИ печени и почек. По показаниям проведены КТ внутренних органов, а также консультация детского хирурга.

**Результаты:** новорождённые были разделены на 3 группы в зависимости от типа желтухи. Первую группу составили 20 новорождённых с диагнозом гемолитическая болезнь новорождённых (ГБН (надпечёночная

желтуха)), из них 16 (39%) новорождённых, которые имели несовместимость по резус-фактору и 4 (9,7%) по групповой несовместимости; с внутриутробной инфекцией (паренхиматозная желтуха) были 16 пациентов (39%), 5 новорождённых (12,1%) были госпитализированы по поводу механической желтухи. Если новорождённые поступали в первые двое суток после рождения, гипербилирубинемия также определяли по шкале Крамера, при которой чаще были обнаружены четвёртая (>300 мкмоль/л) и пятая (>350 мкмоль/л) зоны желтушности. Общее состояние пациентов при поступлении было тяжёлым, сопровождалось выраженным желтушным, анемическим (73,1%), отёчным (12,1%) и геморрагическим синдромом (14,6%). Гепатоспленомегалия, тяжёлая желтуха, высыпания на коже геморрагического характера, пороки развития различных органов и систем, особенно со стороны ЦНС (гидроцефалия, микроцефалия, порэнцефалия, кальцификаты в головном мозге) были отмечены у больных с внутриутробной инфекцией. Крайне тяжёлое состояние отмечалось у 3 новорождённых и сопровождалось вялостью, отказом от груди, монотонным неэмоциональным мозговым криком, ротаторным нистагмом, рвотой, спастичностью, ригидно-

стью затылочных мышц, крупноразмашистым тремором рук и судорогами, симптомом Грефе, брадикардией, летаргией, что подтверждало развитие билирубиновой энцефалопатии.

Результаты лабораторно-инструментальных данных. Общий анализ крови: Нв 100-180 г/л, эритроциты 3,4-5,1 млн, лейкоциты 9,4-12,2 тыс., эозинофилы 2-3%, гематокрит 35-42%, тромбоциты 90-150 тыс., СОЭ 10-12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 45-54 г/л, С-реактивный белок 16-18 мг/л, альбумин 30-43 г/л, общий билирубин 210-460 мкмоль/л, прямой билирубин 92-230 мкмоль/л, непрямой билирубин 200-460 мкмоль/л, АЛАТ 29-110 ед/л, АСАТ 22-74 ед/л, калий 3,70-4,50, кальций 2-2,5 ммоль/л, креатинин 36,8-40,3 мкмоль/л, мочевины 2,3-3,4 ммоль/л, сахар крови 2-4 ммоль/л, фибрин 12-14 г/л, фибриноген 110-260 г/л. Кровь на TORCH-инфекцию (у 16 пациентов): герпес-вирус I, II, IV IgM 1:200, IgG 1:500, ЦМВ титр IgM 1:300, IgG 1:400, токсоплазмоз IgM 1:200, IgG 1:350. У 5 пациентов (12,1%) отмечались признаки холестаза, желтуха имела зеленоватый оттенок, кал был ахоличным в связи с атрезией желчевыводящих путей. После консультации детского хирурга эти младенцы были переведены в детское хирургическое отделение для проведения оперативного вмешательства. На УЗИ печени у детей с внутриутробными инфекциями вы-

явлены увеличение размеров печени, изменение её структуры в виде повышения (реже понижения) эхогенности паренхимы печени, утолщение стенок желчного пузыря. Нейросонография показала кальцификаты в мозге, наличие псевдокист в сосудистом сплетении, расширение желудочковой системы, признаки гипоксического повреждения паренхимы, реже - незрелость структур головного мозга, что было связано с фоновыми состояниями, приведшими к желтушному синдрому.

**Выводы:** проведённое исследование показало, что выраженный желтушный синдром может развиваться на фоне различной патологии периода новорожденности. Наиболее тяжёлые формы желтухи у новорождённых были выявлены при врождённой цитомегаловирусной, герпетической и токсоплазменной инфекции, а также при гемолитической болезни новорождённых при резус-конflikте. Осложнение в виде ядерной желтухи было отмечено у детей с ГБН при позднем обращении и госпитализации в стационар. Нередко желтушный синдром у новорождённых сопровождается и/или осложняется отёчным, анемическим и геморрагическим синдромами. Полученные результаты подчёркивают важность своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению неонатальных желтух.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

С.Н. Давлатова, Н.С. Султонбеков, Н.Н. Ходжаева, Ю.Э. Хасанова

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** рассмотреть клинико-лабораторные особенности проявлений пневмоцистной пневмонии в неонатальном периоде.

**Материал и методы:** в отделении неонатологии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с ноября 2024 по май 2025 гг. под нашим наблюдением было 6 пациентов в возрасте от 21 до 34 дней с пневмоцистной пневмонией. Среди пациентов было 4 девочек и 2 мальчика. Всем

пациентам наряду с общеклиническими, были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, бактериологический посев крови, анализ крови на ВИЧ-СПИД, гепатиты В и С, определение суммарных иммуноглобулинов М и G к антигенам пневмоцистоза, общий анализ мочи, копрограмма,

а также рентген грудной клетки и УЗИ внутренних органов.

**Результаты:** со слов родителей выяснилось, что дети с рождения были госпитализированы в отделение патологии новорождённых: 2 пациента с пневмонией, 2 – по поводу недоношенности, 1 ребёнок - с родовой травмой и 1 - с синдромом Ледда. До поступления в стационар дети уже получали терапию антибиотиками пенициллинового, цефалоспоринового и аминогликозидного ряда. На момент поступления состояния детей было крайне тяжёлым, тяжесть была обусловлена основным заболеванием, интоксикационным и неврологическим синдромом. Больные вяло реагировали на раздражители, отмечалось снижение всех рефлексов. У 4 пациентов наблюдалось повышение температуры тела выше  $38,5^{\circ}\text{C}$ . Со стороны респираторной системы были зафиксированы следующие изменения: увеличение частоты дыхания до 60-70 в минуту, при аускультации выслушивались мелкопузырчатые хрипы в лёгких, у половины пациентов отмечался приступообразный характер кашля. При пульсоксиметрии отмечено снижение  $\text{SpO}_2$  от 89 до 86%. В общем анализе крови - увеличение лейкоцитов от  $10,5$  до  $18,3 \cdot 10^9$ , нейтрофилов от 5 до  $10,5 \cdot 10^9$ , увеличение СОЭ до 23 мм/ч, у 2 пациентов отмечался тромбоцитоз до 700 тыс. В биохимическом анализе крови было отмечено увеличение СРБ от 96 до 108 мг/л. ИФА на ВИЧ, HBsAg и HCV отрицательны. При посеве крови на стерильность у двоих был обнаружен *Str. Pyogenes*. На рентгенограмме грудной клетки были зафиксированы двусторонние симметричные очаги уплотнения лёгких, чередующиеся с участками вздутия. Несмотря на проводимую эмпирическую антибиотикотерапию, у детей в течение 3-4 дней не наблюдалось улучшения общего состояния, нарастала одышка, увеличилось количество хрипов в лёгких. При повторной рентгенограмме наблюдалось увеличение зоны поражения лёгких. После консультации с пуль-

мологом всем детям был сделан забор крови на ИФА с количественным определением уровня IgM и IgG на пневмоцистоз. После получения результатов у всех детей было положительным IgM к пневмоцисте, титр антител достигал 1:100. В терапию была добавлена инъекционная форма бисептола. На 5 сутки после введения препарата у детей отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение одышки и количества хрипов. При пульсоксиметрии-повышение  $\text{SpO}_2$  до 95%. В общем анализе крови было отмечено снижение лейкоцитов от 5 до  $7 \cdot 10^9$ , нейтрофилов - до  $4 \cdot 10^9$ , СОЭ - до 8 мм/ч. В биохимическом анализе крови было отмечено значительное снижение СРБ от 24 до 10 мг/л. На рентгене отмечалось уменьшение зоны поражения лёгких.

**Выводы:** исследование показало, что все дети с рождения были госпитализированы в стационар и длительно получали массивную антибиотико-терапию, повлекшую за собой снижение иммунной системы у этой категории пациентов, невозможности формирования нормальной микрофлоры и активации патогенной и условно-патогенной флоры. Наличие нарастающей одышки, ухудшения общего состояния и усиление симптомов интоксикации, лейкоцитоз, увеличение СОЭ и СРБ, несмотря на длительную антибиотикотерапию препаратами широкого действия, усиление явлений интерстициальной пневмонии на рентгене, должно озадачить врача в плане диагностики атипичной (пневмоцистной) пневмонии. По результатам проведённого исследования, а также по литературным данным, можно прийти к заключению, что хотя частота встречаемости пневмоцистной пневмонии в неонатальном возрасте гораздо реже, чем в других возрастных группах, неонатологам необходимо иметь настороженность в плане данного заболевания, поскольку ранняя диагностика может стать ключевым моментом для благоприятного исхода.



## ГИПО-АПЛАСТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ОТ ПАТОГЕНЕЗА К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.Н. Давлатова, У.Ш. Абдурахманова

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** анализ патогенетических механизмов гипо-апластических состояний кроветворения у детей, оценка клинических проявлений заболевания.

**Материалы и методы:** исследование проведено на базе ГУ НМИЦ «Шифобахш» отделения детской гематологии. В выборку вошли 14 детей в возрасте от 1 до 18 лет, у которых диагностировано гипо-апластическое состояние кроветворения. Были использованы следующие методы: клинический анализ крови для определения уровня гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов, костномозговая пункция с последующим морфологическим и цитологическим исследованием, серологические тесты для выявления инфекционных агентов и аутоиммунных заболеваний, генетические исследования для определения наследственных синдромов. Проведен опрос родителей и анамнестические данные для выявления предрасполагающих факторов и клинической симптоматики.

**Результаты:** из 14 пациентов с диагнозом гипо-апластическая анемия было 8 (57,2%) мальчиков и 6 (42,8%) девочек. Основные клинические признаки включали анемию: гемоглобин составлял менее 80 г/л у 9 пациентов, у 6 детей наблюдались признаки тяжелой анемии гемоглобин-менее 65 г/л, бледность кожных покровов и слизистых, кровотечения, а также проявления гемической гипоксии органов и тканей (тахикардия, артериальная гипотония, головокружение, головная боль, вялость, снижение аппетита). Количество тромбоцитов менее 75000/мкл было зарегистрировано у 10 пациентов, у 4 — 35000/мкл, что вызывало эпизоды кровотечений из носа и дёсен, петехии и гематомы на коже. Уровень лейкоцитов ниже 2300/мкл наблюдался у половины наблюдаемых детей, что приводило к

повышенной предрасположенности к инфекционным заболеваниям. По результатам морфологического анализа костного мозга у 80% детей было выявлено значительное уменьшение количества клеток в костном мозге, в частности, менее 20% от нормы гемопоэтических предшественников (эритроидов, миелоидов и мегакариоцитов). Костный мозг был разрежённым и менее плотным, с местами жирового замещения, с признаками снижения гемопоэтической активности.

Серологические исследования показали наличие антител к вирусу Эпштейна-Барр у 3-х пациентов, цитомегаловирусу - у 8 детей, а также маркёров аутоиммунного поражения, что подтверждает роль аутоиммунных механизмов в развитии гипо-апластического состояния кроветворения у детей. У одного ребёнка выявили мутации в генах, связанных с наследственными формами гипопластического состояния кроветворения, такими как гены FANCA и FANCC. Была выполнена проба с диэпоксидом, выявлены хромосомные aberrации, подтверждающие диагноз анемии Фанкони, что указывает на необходимость генетического консультирования в данном случае.

**Выводы:** гипо-апластическое состояние кроветворения у детей представляет собой сложное мультифакторное заболевание, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению. Клинические проявления варьируют в зависимости от патогенетических механизмов и могут включать анемию, тромбоцитопению, инфекции и кровотечения. Ранняя диагностика и интервенция, включая генетическую оценку и серологическое тестирование, имеют критическое значение для улучшения исходов. Рекомендуются мультидисциплинарный подход, направленный на своевременное выявление и лечение этой патологии для повышения качества жизни пациентов.

## ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ

Ш.Н. Джобирова

Кафедра хирургии и эндохирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения больных с перитонитом путем мониторинга уровня внутрибрюшного давления

**Материал и методы:** проведено наблюдение за 42 пациентами с диагнозом перитонита различного генеза и распространенности. Преобладающую часть пациентов составили женщины старше 50 лет. Обращает на себя внимание большой удельный вес сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы: у 16 больных — хроническая ишемическая болезнь сердца, у 11 гипертоническая болезнь.

Согласно принципам классификации, в зависимости от распространенности перитонита всех больных разделили на две группы. Необходимо отметить, что в хирургической практике в генезе перитонита представленные нозологические единицы встречаются наиболее часто. Для определения ВБД использовали метод, рекомендованный Всемирным обществом по изучению абдоминального компартмента - синдрома. Пациент лежит на спине в горизонтальном положении. В мочевой пузырь вводят катетер Фолея, раздувают баллон, и происходит опорожнение мочевого пузыря. В полость мочевого пузыря вводят 25 мл стерильного физиологического раствора, после чего к катетеру Фолея присоединяют прозрачный градуированный в сантиметрах капилляр и измеряют внутрипузырное давление (за нулевую отметку принимают верхний край лонного сочленения).

**Результаты:** у исследуемых 38 пациентов ВБГ была выявлена в 79% случаев, из них 77% — в подгруппе с распространенным перитонитом. Наблюдали четкое различие ВБД

в зависимости от распространенности процесса. Пациенты с местным перитонитом имели ВБД, равное  $8,7 \pm 2,9$  мм рт.ст., а пациенты с распространенным перитонитом —  $19 \pm 4,1$  мм рт.ст., т.е. подгруппа местного перитонита имела достоверно более низкое ВБД.

Анализ распределения пациентов по степени ВБГ показал, что у 8 (53%) больных с местным перитонитом ВБГ не наблюдали и 7 (47%) пациентов имели I степень ВБГ. В группе распространенного перитонита все пациенты имели внутрибрюшную гипертензию: 4 (17,4%) пациента — I степени, 15 (65,2%) II степени, 2 (8,7%) — III степени и 2 (8,7%) пациента имели ВБГ IV степени. Таким образом, мы наблюдали значительное увеличение степени ВБГ у пациентов с распространенным перитонитом в сравнении с подгруппой больных с местным перитонитом.

Комплексная оценка степени тяжести состояния по шкале APACHE II, проведенная в 1-е сутки, позволила установить, что пациенты с распространенным перитонитом имели наиболее выраженные системные нарушения. Об этом свидетельствовали высокие значения шкалы APACHE II в сравнении с аналогичными показателями у пациентов с местным перитонитом.

**Выводы:** у пациентов с перитонитом измерение внутрибрюшного давления может рассматриваться как дополнительный метод оценки распространенности процесса в брюшной полости. Острое повышение внутрибрюшного давления выше I степени свидетельствует о значительном распространении процесса в брюшной полости, что характерно для распространенного перитонита.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ф.А. Икромов, Ф.А. Икромова, И.Х. Мамаджанов

Детская областная клиническая больница Согдийской области, Таджикистан

Генерализованное сужение бронхов наблюдается чаще всего при бронхиолите, бронхиальной астме, обструктивном бронхите и ХОБЛ и обозначается как обструктивный синдром. Его причина – комбинация бронхоспазма, отека и инфильтрации слизистой, гиперсекреция слизи, которые требуют разных вмешательств. Обструкция обычно сопровождается малопродуктивным кашлем и затруднением дыхания – диспноэ, проявляющееся напряжением дыхательных мышц, ортопноэ.

Лечение больных с бронхиальной обструкцией базируется на основании знаний патогенеза данной патологии, основными звеньями которого являются воспаление и бронхоспазм. Гипоксия, возникающая при бронхиальной обструкции, является фактором, инициирующим повреждение всех органов и систем организма, поэтому первоочередной задачей лечения больных с острой бронхиальной обструкцией является устранение гипоксии и бронхоспазма.

**Цель:** изучение эффективности различных средств терапии и способов доставки лекарственных веществ для оптимизации терапии бронхиальной обструкции у детей.

**Материалы и методы:** нами проведена клиническая оценка эффективности различных средств терапии и способов доставки лекарственных веществ у 105 детей в возрасте от 6 мес. До 5 лет с острой бронхиальной обструкцией.

В зависимости от характера терапии больные были поделены на 3 группы по 35 человек в каждой.

1 группу составили дети с бронхиальной обструкцией, получавшие эуфиллин и кортикостероиды. Эуфиллин назначался внутривенно (при необходимости), из расчета 2-4 мг/кг разовая доза, 2 раза в сутки, в составе инфузионной терапии, кортикостероиды назначались в/в из расчета 2 мг/кг.

Больные 2 группы получали в качестве бронходилатирующей терапии селективный  $\beta_2$  – адреномиметик короткого действия (сальбутамол), который вводился ингаляционно в дозе 0,25мг/сутки в 2-3 мл физ. Раствора 3 раза в сутки.

В 3 группе больных назначались  $\beta_2$ -агонисты короткого действия (сальбутамол) ингаляционно и через 15-20 минут ингаляционные кортикостероиды (ИКС- пульмикорт) из расчета 0,25мг/сутки, разбавленные 2-3 мл физ.раствора. Ингаляции проводились 2 раза в сутки. Все больные имели одинаковую клиническую картину заболевания.

На момент включения в исследование у всех была выражена одышка, дистанционные хрипы, субфебрильная лихорадка. Сухой малопродуктивный кашель (у 67%), или влажный – с трудноотделяемой мокротой (у 33%). Аускультативно у 65% выслушивались сухие хрипы, в 35% они сочетались с единичными влажными. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика клинических проявлений обструктивного синдрома, которая имела различия в зависимости от комплекса проводимой терапии.

Анализ длительности течения БОС в зависимости от характера терапии, показал что в 1-й группе, при назначении эуфиллина и в/в кортикостероидов длительность бронхиальной обструкции сохранялась от 5 до 7 дней, в среднем 6 дней, необходимость в/в введения этих препаратов в составе инфузионной терапии сохранялась до 3 суток.

Во 2 группе, при назначении только  $\beta_2$ -агониста короткого действия бронхиальная обструкция сохранялась от 4 до 6 дней, в среднем 5 дней,

В 3 группе, где больные первоначально получали комплекс препаратов – сальбутамол и пульмикорт ингаляционно, бронхиальная

обструкция сохранялась от 2 до 4 дней, в среднем 3 дня.

**Выводы:** проведенный нами анализ показал, что у всех больных на фоне проводимой комплексной терапии отмечалась положительная динамика клинических проявлений бронхообструктивного синдрома. Проведен-

ный анализ показал, что ингаляционное использование бета-2 агонистов и ИКС в терапии бронхиальной обструкции позволяет быстро устранить ДН, стабилизировать состояние ребенка и тем самым сократить длительность пребывания его в стационаре.

## СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ф.А. Икромов, Ф.А. Икромов, М.А. Абдуллоева, Ё.Г. Нигорова

Детская областная клиническая больница Согдийской области, Таджикистан

Первичная цилиарная дискинезия – преимущественно аутосомно-рецессивное заболевание, в основе которого лежит нарушение подвижности и/или синхронности движения цилиарного эпителия. Оно обусловлено дефектами в генах, которые кодируют белки, ответственные за движение ресничек и жгутиков мерцательного эпителия слизистой оболочки респираторного тракта и аналогичных структур (как, например, жгутики сперматозоидов, ворсины фаллопиевых труб, эпендимы желудочков мозга и другие). Следствием неподвижности или нарушения синхронности ресничек является формирование хронического воспалительного поражения респираторной системы у детей, обратное расположение внутренних органов и нарушение фертильной функции у больных старшего возраста. Частным случаем является синдром Картагенера с триадой: обратным расположением внутренних органов, хроническим процессом в легких и синусопатией. Распространенность ПЦД оценивается в 1:16000, обратное расположение органов имеется у 50% больных с ПЦД (частота 1:32000).

**Цель:** представить клинический случай синдрома Картагенера для повышения осведомленности врачей первичного звена, педиатров, узких специалистов.

**Материалы и методы:** изучена история болезни стационарного больного, госпитализированного в пульмоно-аллергологическое отделение Детской областной клинической больницы Согдийской области. В исследовании применен описательный метод. В рамках

исследования применялись диагностические методы: общие анализы крови, мочи, кала, бактериологические исследования, рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки, ЭКГ.

Далее приведено описание клинического случая мальчика 13 лет, с заключительным диагнозом Синдром Картагенера. Хронический обструктивный бронхит. Осложнение: дыхательная недостаточность 1 степени. Пневмофиброз нижней доли правого легкого. Сопутствующее: Декстракardia. Анемия легкой степени.

Из анамнеза жизни: Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала на фоне токсикоза, ОРВИ, анемии. Роды в срок, физиологические. Вес при рождении 3000г. Профилактические прививки получал по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, частые бронхиты. Аллергоанамнез – без особенностей. Наследственность не отягощена.

Из анамнеза болезни: практически с рождения отмечались симптомы затрудненного дыхания, частый кашель, насморк. Получали неоднократно амбулаторное лечение. В возрасте 9 лет впервые был установлен диагноз «Синдром Картагенера». Последний месяц отмечалось обострение хронического бронхита.

Жалобы при поступлении: кашель с гнойной мокротой, затрудненное дыхание, одышка при физической нагрузке, слабость, утомляемость.

Объективно: состояние ребенка тяжелое. Тяжесть состояния обусловлено симптомами



дыхательной недостаточности. Самочувствие и аппетит снижены. Телосложение астеническое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Зев умеренно гиперемирован. Носовое дыхание затруднено. Кашель продуктивный, мокрота гнойная, преимущественно в утреннее время. Грудная клетка не деформирована. Дыхание в легких аускультативно диффузно ослабленное с обеих сторон, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие свистящие хрипы по всем полям. Границы сердечной тупости при перкуссии определяются в правой половине грудной полости. Здесь же выслушиваются сердечные тоны: умеренно приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень по левому краю грудины, не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты дополнительных лабораторных, инструментальных методов исследований:

ОАК: Нв – 108г/л, эритроциты-  $3,39 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты-  $9,9 \cdot 10^9$ /л, с/я-49%, п/я-1%, эозинофилы-6%, лимфоциты-40%, моноциты-4%, СОЭ-15мм/ч.

Общий анализ мокроты: слизистая, лейкоциты-3-5, эритроциты-0-1, эпителий плоский-12-14 в п/з.

Бакпосев мокроты на флору и чувствительность: стафилококк эпидермальный и плесневые грибы  $1 \cdot 10^5$ кл/мл, чувствительность к амикацину, ципрофлоксацину, цефазолину, цефатаксиму, ампициллину, нистатину.

Рентгенограмма органов грудной клетки: верхушка сердца и тень газового пузыря желудка расположена справа, определяется усиление бронхо-сосудистого рисунка по медиальным зонам с обеих сторон. Воздушность легких равномерно повышена. Корни легких структурные, расширены. Тень сердца в поперечнике не расширена, КТИ 45%. Синусы свободные.

ЭКГ: синусовая аритмия. Декстракардия. УЗИ органов брюшной полости: обратное расположение желудка, печени и селезенки.

Компьютерная томография органов грудной клетки: врожденный порок развития лег-

ких. Синдром Картагенера. Пневмофиброз нижней доли правого легкого. Декстракардия.

Пикфлоуметрия: ПСВ – 250л/мин (в норме – 350л/мин).

В условиях стационара ребенок получал антибактериальную (цефтриаксон), противогрибковый препарат (флуконазол), ингаляционную терапию бронходилатирующим препаратом и ингаляционным кортикостероидом (пульмикорт и беродуал), муколитик (бромгексин), вибромассаж.

**Результат:** практически с раннего возраста ребенок неоднократно переносил респираторные инфекции. Диагноз «Синдром Картагенера» установлен лишь в возрасте 9 лет на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных. Поздняя диагностика и отсутствие адекватной терапии способствовало развитию структурных изменений легочной ткани.

**Заключение:** представленный клинический случай демонстрирует естественное течение заболевания ПЦД у ребенка, позднюю верификацию диагноза «Синдром Картагенера», что способствовало развитию в исходе болезни необратимых осложнений со стороны дыхательной системы – пневмофиброз легких. В основе клинических проявлений ПЦД имеет место врожденная несостоятельность реснитчатого эпителия дыхательной системы, поэтому ребенку необходимо систематическое лечение и регулярное проведение реабилитационных мероприятий, что будет способствовать продолжительной ремиссии клинических проявлений заболевания.

Многообразие клинических проявлений синдрома Картагенера, сложность верификации диагноза на амбулаторном уровне требует пристального внимания специалистов при обследовании детей, страдающих частыми рецидивирующими заболеваниями респираторного тракта. При своевременном установлении правильного диагноза, адекватной консервативной терапии, возможно, достичь значительного улучшения общего состояния и предотвратить развитие серьезных осложнений и инвалидизации.

## НАРУШЕНИЯ ИОННОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОТ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Ш.С. Музаффаров

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан

**Цель:** изучение состояния ионного гомеостаза у поздних недоношенных новорождённых, страдающих от специфических внутриутробных инфекций.

**Материал и методы:** на базе отделения патологии новорождённых ГУ НМИЦ РТ - «Шифобахш» было проведено исследование состояния электролитов сыворотки крови ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{P}$ ) у 40 новорождённых, рождённых на сроке от 34 до 37 недель, с положительными титрами IgG и IgM к токсоплазмозу, цитомегаловирусной инфекции, вирусу герпеса, а также хламидийно-микоплазменной инфекции. В зависимости от клинической симптоматики, течения внутриутробной инфекции и с использованием модифицированной таблицы NEOMOD все дети были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 20 новорождённых детей сопоставимого возраста с отрицательными титрами к инфекциям TORCH.

**Результаты:** у наблюдаемых детей отмечались одышка (83,5%), цианоз носогубного треугольника (73,9%), серо-бледный оттенок кожи (49,0%), выраженный акроцианоз (4,3%), холодные на ощупь конечности (39,2%), участие вспомогательной дыхательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (37,0%), втяжение уступчатых участков грудной клетки при вдохе (32,3%) и выдохе (29,7%), вздутие живота (24,3%), а также снижение оксигенации кожных покровов по данным пульсоксиметрии (22,0%).

При исследовании ионных показателей в сыворотке крови у недоношенных детей с тяжёлым течением ВУИ было выявлено некоторое увеличение концентрации ионов натрия ( $149,7 \pm 1,9$  ммоль/л) по сравнению с кон-

трольной группой ( $145,2 \pm 2,0$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ). Концентрация калия ( $\text{K}^+$ ) у детей первой группы имела тенденцию к снижению ( $2,9 \pm 0,8$  ммоль/л) по сравнению с аналогичным показателем у относительно здоровых новорождённых ( $4,3 \pm 1,8$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ). Концентрации кальция ( $1,9 \pm 0,2$  ммоль/л) и неорганического фосфора ( $1,1 \pm 0,2$  ммоль/л) у детей с тяжёлой формой TORCH-инфекции были несколько снижены ( $p > 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой ( $2,15 \pm 0,5$  и  $1,1 \pm 0,2$  ммоль/л соответственно). Эти изменения свидетельствуют о нарушении баланса натрия, калия, кальция и фосфора у детей с ВУИ.

У недоношенных новорождённых второй группы с крайне тяжёлым течением ВУИ было выявлено значительное повышение концентрации ионов натрия ( $149,4 \pm 0,7$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). Одновременно отмечалось выраженное снижение концентрации ионов калия ( $2,9 \pm 0,7$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ). Также наблюдалась явная тенденция к снижению содержания ионов кальция и неорганического фосфора в сыворотке крови у данной группы детей ( $p < 0,01$ ).

**Выводы:** у поздних недоношенных новорождённых, страдающих от специфических внутриутробных инфекций, наблюдался разнонаправленный дисбаланс ионных показателей в сыворотке крови, в виде выраженной гипернатриемии, значительной гипокалиемии и гипокальциемии. Степень выраженности данных нарушений зависела не только от степени недоношенности, но также была связана с клиническим течением ВУИ. Все вышеуказанные изменения указывают на необходимость своевременной коррекции электролитного гомеостаза у данной категории пациентов.

## ВНУТРИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И ВЛИЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Ф.С. Рахимов, Р.А. Рахматова, Н.А. Рахматова

ГУ Национальный Медицинский центр «Шифобахш» РТ

**Цель:** изучить особенности клинических проявлений и предикторов риска развития внутри желудочковых кровоизлияний у новорожденных.

**Материал и методы:** проведен ретроспективный анализ историй болезни 65 детей, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ГУ Национальный медицинский центр (ГУ НМЦ) РТ «Шифобахш» с января по декабрь 2023 года. В исследование не были включены дети с врожденными заболеваниями и септическим процессом. По результатам нейросонографии, у всех новорожденных было диагностировано внутри желудочковые кровоизлияния различной степени тяжести:

– первая степень – у 8,3% новорожденных; вторая степень – у 83,3% новорожденных; третья степень – у 10% новорожденных детей.

Нейросонографию проводили в первые двое суток после перевода ребенка в стационар, затем повторно – в возрасте 14 дней и 1 месяца.

**Результаты:** из 65 новорожденных с внутри желудочковыми кровоизлияниями подавляющее большинство (74,2%) родились до срока. По сроку гестации недоношенные дети были: до 28 нед. – 6,1%; до 32 нед. – 63,5% нед., до 37 нед. – 29,4%. Доношенные дети с внутри желудочковыми кровоизлияниями составили 9,5%. У 13,8% детей диагноз был выставлен в первые сутки жизни. При 79,2% наблюдениях внутри желудочковые кровоизлияния были диагностированы на 1-нед. жизни. Отсроченная постановка диагноза внутри желудочковые кровоизлияния была связана с тяжелым состоянием и умеренно выраженной неврологической симптоматикой. В первой группе 66,7% детей родились при сроке гестации от 32 до 36 нед с массой тела от 1800 до 2950 гр. Все предикторы риска были объединены в три группы: материнские, течение беременности

и родов, состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде. Возраст матерей составлял от 19 до 41 лет. Влияние возраста матери на степень внутри желудочкового кровоизлияния новорожденного не выявлено. Тяжелые кровоизлияния в желудочки мозга были обнаружены у недоношенных с экстремально низкой массой тела и у детей, крайне незрелых по срокам гестации. Среди материнских предикторов риска внутри желудочкового кровоизлияния у новорожденных имеют значение: тяжелый гестоз, угроза прерывания беременности и хроническая плацентарная недостаточность, патология родов, особенно в сочетании с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией у беременной. В группе недоношенных с низкой и экстремально низкой массой тела и сроками гестации менее 28–32 нед. необходимо внедрять в практическую деятельность родовспомогательных учреждений скрининговую нейросонографию (на 1–2 е и 7–10 е сут жизни), направленную на раннее выявление внутри желудочкового кровоизлияния. При проведении нейросонографии необходимо учесть, что у недоношенных в связи с наличием сочетанного ишемического перивентрикулярного отека и однотипности ультразвуковых изменений диагностика внутри желудочкового кровоизлияния может быть затруднена. При обнаружении внутри желудочкового кровоизлияния II и III степеней необходимо дальнейшее динамическое инструментальное обследование новорожденного, включая современные высокоинформативные методы исследования центральной нервной системы (КТ, МРТ), с целью своевременной диагностики формирования окклюзионной гидроцефалии.

**Выводы:** тяжесть внутри желудочкового кровоизлияния у новорожденного зависит от срока гестации и степени его зрелости. Ма-

теринскими предикторами риска внутри желудочкового кровоизлияния у новорожденных являются: тяжелый гестоз, угроза прерывания беременности и хроническая плацентарная

недостаточность, патология родов, особенно в сочетании с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией у беременной.

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

<sup>1</sup> Р.А. Рахматова., <sup>2</sup> Р.К. Иброхимова., <sup>2</sup> Ф. Касымова

<sup>1</sup>ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

<sup>2</sup>ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии РТ

**Цель:** оценить вопросы реабилитации больных с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области.

**Материал и методы:** нами были проанализированы медицинские карты и протоколы введения реабилитационного периода 260 больных. В ходе исследования был изучен целый ряд пакета документов: карты больных при обращении, консультации специалистов в момент обращения, годовые отчеты о деятельности отделения и консультативного кабинета для детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в ГУ Национальный медицинский центр (ГУ НМЦ) РТ «Шифобахш». Распределение детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области по возрастам было следующим: до 3 лет 111 (42,6%) детей, до 7 лет- 56 (21,5%) детей, до 11 лет 41 (15,7%) детей и до 16 лет -52 (20,2%) детей после проведения хирургические вмешательства на разных этапах. Период исследования составил 2015-2024гг.

**Результаты:** результаты исследования показали, что отделения и кабинет работали на функциональной основе и объединяли ортодонтический, терапевтический, логопедические подразделения, в составе которого входила и клиническая лаборатория. С 2015 года в Республике Таджикистан организован мониторинг новорожденных с врожденными пороками развития. С целью учета врожденной патологии, из всех лечебных учреждений края, оказывающих помощь при родовспоможении, регулярно предоставляется информа-

ция в межрегиональную медико-генетическую консультацию. После обращения в кабинет, дети с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области могут получить консультацию не только челюстно-лицевого хирурга, невролога, педиатра и ЛОР врача, как было раньше, но и врачей других специальностей. Также обследоваться на новейшем диагностическом оборудовании, в том числе с применением анестезиологического пособия, а также получать лечение сопутствующей патологии в условиях дневного стационара и отделения восстановительной терапии с оценкой общего состояния. По данным 2022 года на диспансерном учете состояли 3451 детей с рождения до 18 лет, в которых ортодонтическое лечение получали 654 человека. А 98 новорожденных были поставлены на учет. В структуре врожденной патологии основное место занимают сквозные расщелины губы и неба - 41%, изолированные расщелины неба - 28%, изолированные расщелины губы - 19%. Увеличилось количество детей с множественными врожденными пороками развития (в 2014 году – 2,3% по сравнению с 2,9% в 2022). Аспекты логопедической реабилитации детей с пороками развития челюстно-лицевой области проводились с 2003 года. Ежегодно потребность в данном направлении нарастала, и была доступна уже 120 детям в начале исследования. Проводились по одно и две занятия, а в динамике от 3 до 4 занятий в течение недели в условиях отделения детской неврологии и челюстно-лицевой хирургии ГУ



НМИЦ РТ «Шифобахш». Появилась возможность логопедической коррекции в условиях поликлиники и дневного стационара

**Выводы:** в условиях отделения детской неврологии и челюстно-лицевой хирургии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» лечение детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области проводится комплексно: с оценки тяжести со-

стояния, разработки поэтапной коррекции, с последующим проведением реабилитации и контроля психоневрологического состояния. Однако, выполнение данного алгоритма в настоящее время возможно при условии своевременного соблюдения этапов лечения и реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях любого уровня.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Р.А. Рахматова, А.Р. Кодиров, Т.Ш. Икромии, З.Н. Набиев

ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» РТ

**Цель:** оптимизация послеоперационного обезболивания у больных с сочетанными травмами.

**Материал и методы:** исследованию были подвергнуты 36 больных с сочетанными травмами. Возраст пациентов составлял 7-15 лет. Критериями включения были: травма груди и живота; травма живота и перелом двух и более сегментов конечностей; информированное согласие родителей. Критериями исключения явились: отказ родителей; черепно-мозговая травма; перелом позвоночника; коагулопатии.

Пациенты были разделены на две группы. Первую группу (основную) составили 26 (72,3%) человек, вторую группу (контрольную) 10 (27,7%) больных. Пациентам первой группы в послеоперационном периоде проводили катетеризацию эпидурального пространства на уровне  $L_2 - L_3$ . Длина катетера проводилась на 6 см вверх. В эпидуральное пространство одномоментно вводили 2% раствор промедола в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида. Второй группе больных обезболивание проводили в/в введением 0,005% раствора фентанила из расчета 5 мкг/кг в час.

**Результаты:** интенсивность болевого синдрома в покое отмечалась у больных второй группы ( $p < 0,005$ ) на 3 сутки. Дополнительного обезболивания при активации движений требовали пациенты первой группы – 2 (5,5%) и

второй группы – 7 (19,4%), у которых интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ составила от 5 до 8 баллов. При этом обезболивание проводилось одномоментным введением в эпидуральное пространство промедола 2 мг, с ускорением скорости инфузии до 0,5 мг/ч. Эффект обезболивания по шкале ВАШ 3 балла. Показатели гемодинамики – ЧСС, САД у пациентов первой группы оставался стабильным, прессорной ответной реакции не наблюдали. У больных показатели САД, ЧСС были несколько высокими ( $p < 0,005$ ). Критерием эффективности проводимого обезболивания считали показатель жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Показатель ЖЕЛ у больных первой группы составил  $\pm 4,7\%$ . Во второй группе  $37,1 \pm 3,5$  ( $p < 0,005$ ).

Показатели газового состава крови –  $CO_2$ ,  $SaO_2$  в обеих группах отмечались в пределах принятых значений.

**Выводы:** послеоперационная эпидуральная анальгезия промедолом у больных с сочетанной травмой в послеоперационном периоде является результативным методом анальгезии, не сопровождающееся угнетением дыхания, изменением газового состава крови. Эпидуральная анальгезия промедолом не влияет на показатели гемодинамики, не приводит к опиоидиндуцированному илеусу.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

Р.А. Рахматова, Н.А. Рахматова., Икроми Т.Ш., А.Р. Кодиров

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш»

**Цель:** улучшить методы интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете у детей.

**Материал и методы:** обследованы 25 детей, страдающих сахарным диабетом первого типа, инсулинозависимого характера, осложненного гипергликемической комой. Возраст больных составил от 2 до 14 лет. Практически во всех наблюдениях (92,3%) пациенты поступили первично, с обострением сопутствующей патологии – пневмонии у 11 (44,0%), пиелонефрит у 7 (28,1%), нейропатии у 17 (68,2%), сосудистые поражения (гипонатриемия) у 21 (83,8%) больных. Определение диагноза (верификация) коматозного состояния проводили всем пациентам. Особое внимание уделяли анамнестическим данным, клинической картине, неврологическому статусу (оценка по шкале ком Глазго) пациента. По результатам анализа КЩС гипергликемическая кетоацидатическая кома была выявлена у 13 (52,0%), лактацидемическая у 8 (32,0%), у 4 (16,0%) больных. Проводили оценку гемодинамических показателей: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений. В период терапии проводили профиль уровня сахара в крови, оценку динамики КЩС. Основу интенсивной терапии составляла регидратация, инсулинотерапия. Всем больным коррекция водно-электролитного баланса (потеря вследствие полиурии), проводилась с одновременным лечением картины отека головного мозга, как результат гипоксии, на фоне недостаточности инсулина.

**Результаты:** изучение гемодинамических показателей, что у всех поступивших детей наблюдали картину гиповолемии: гипотония до  $80 \pm 5,2$  мм.рт.ст., компенсаторная тахикардия до  $120 \pm 2,4$  в мин. Уровень сахара в крови у пациентов с кетоацидозом достигал  $28 \pm 1,7$

ммоль/л, при лактацидемической картине  $26 \pm 2,3$  ммоль/л, при коме гиперосмолярной этиологии уровень сахара крови достигал  $30 \pm 2,2$  ммоль/л.

При дегидратации второй степени ( $n=19$ ) основу интенсивной терапии составляли растворы глюкозы с 4% раствором калия хлорида, с целью нивелирования внутриклеточной дегидратации и солевые (полиионный раствор Рингера), в соотношении 1:1. Условием переливания раствора глюкозы было снижение уровня сахара крови до 13 ммоль/л. В случаях гиперосмолярной дегидратации ( $n=8$ ) соотношение глюкозы и солевых растворов составляли 2:1. Картина КЩС выявляла метаболический ацидоз с компенсированным респираторным алкалозом: pH  $7,38 \pm 1,2$ ;  $pCO_2$   $28 \pm 2,2$  мм.рт.ст;  $pO_2$  60 мм.рт.ст; BE -8,2;  $HCO_3^-$   $act$   $16,5 \pm 1,4$ ;  $HCO_3^-$   $std$   $18,4 \pm 1,5$ .

Из 25 пациентов 11 (44,2%) больных респираторная поддержка проводилась подключением к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции. Синхронизация с аппаратом ИВЛ проводилась барбитуратами. Продолжительность ИВЛ составляла 24-48 часов в среднем. При стабилизации функции внешнего дыхания проводилась экстубация пациента.

**Выводы:** основными факторами стабилизации общего состояния больных детей при гипергликемической коме является своевременное начало терапии инсулином, под профилем сахара крови. Восполнение объема циркулирующей крови. Внутривенное введение 4% раствора гидрокарбоната натрия под контролем показателей КЩС. С целью профилактики усугубления гипоксии необходимо проведение адекватной респираторной поддержки.

## ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ: ТЕТРАДА ФАЛЛО

З.А. Таджибаева<sup>1</sup>, Ш.К.Зиёева<sup>1</sup>, Ф.А. Файзуллоев<sup>2</sup>

1. Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан.
2. ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш». Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** изучить клинические особенности, подходы к диагностике и терапевтическому ведению детей с врожденным пороком сердца – тетрадой Фалло в условиях отделения кардиоревматологии.

**Материал и методы:** под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 2 до 15 лет с диагнозом тетрада Фалло, находившихся на лечении в отделении кардиоревматологии ГУ Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Всем детям проводились клиническое обследование, лабораторные анализы (ОАК, биохимический анализ крови), инструментальные методы: ЭКГ, эхокардиография, рентгенография грудной клетки.

**Результаты:** у большинства детей жалобы проявлялись одышкой при физической нагрузке и покое – у 24 детей (80%), цианозом кожных покровов – у 21 (70%), повышенной утомляемостью – у 20 (66,7%), частыми респираторными инфекциями – у 18 (60%), отставанием в физическом развитии – у 27 (90%). Одышечно-цианотические приступы наблюдались у 10 детей (33,3%). При осмотре выявлялись диффузный цианоз кожи и слизистых у 21 ребёнка (70%), тахикардия у 18 (60%), грубый систолический шум в области сердца у 25 (83,3%), «барабанные палочки» и «часовые стёкла» - у 11 (36,7%). Сопутствующий синдром Дауна отмечен у 7 детей (23,3%). У 5 детей (16,7%) диагностирована крайне тяжёлая форма тетрады Фалло с атрезией лёгочного ствола. Среди осложнений встречались абсцесс мозга у 2 детей (6,7%) и инфекционный эндокардит у 1 ребёнка (3,3%). Поводами для госпитализации чаще всего явились пневмония – у 9 детей (30%), бронхит – у 7 (23,3%), интеркуррентные вирусные инфекции – у 5 (16,7%).

По лабораторным данным отмечалось повышение уровня гемоглобина до 170–210 г/л у 21 ребёнка (70%), эритроцитоз  $5,5\text{--}6,8 \times 10^9/\text{л}$

у 19 (63,3%), высокий гематокрит 55–65% - у 20 (66,7%). На ЭКГ у всех пациентов определялись признаки гипертрофии правого желудочка, у 6 детей (20%) – нарушения ритма и проводимости. Эхокардиография подтвердила классическую тетраду Фалло (стеноз выходного тракта правого желудочка, дефект межжелудочковой перегородки, дэкстрапозиция аорты, гипертрофия правого желудочка). При рентгенографии грудной клетки у 22 пациентов (73,3%) наблюдалось обеднение лёгочного рисунка, а у 25 (83,3%) сердце имело форму «голландского сапожка».

Пациентам в отделении проводилась симптоматическая и поддерживающая терапия, включающая оксигенотерапию, применение  $\beta$ -адреноблокаторов (пропранолол, атенолол, метопролол) для снижения частоты и тяжести цианотических приступов, седативные средства (диазепам при приступах), общеукрепляющая терапия: рибоксин, витамины группы В, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, а также препараты железа при анемии.

**Выводы:** тетрада Фалло является тяжёлым врождённым пороком сердца, нередко сочетающимся с другими аномалиями развития, в том числе синдромом Дауна. Можно наблюдать и крайне тяжёлую форму заболевания с атрезией легочного ствола. Заболевание сопровождается выраженными клиническими проявлениями и осложнениями, такими как абсцесс мозга и инфекционный эндокардит. Частыми поводами для госпитализации являются пневмония, бронхит и интеркуррентные инфекции. Своевременная диагностика с использованием ЭКГ, ЭхоКГ, КТ и рентгенографии позволяет уточнить характер порока и определить тактику ведения пациента. Однако радикальным методом лечения остаётся хирургическая коррекция, проводимая в специализированных центрах.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Н.Н. Ходжаева., Ч.И. Курбонов., З.З. Кахоров., Ф.А. Файзуллоев

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** оценка современных методов диагностики ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) и определение их информативности для раннего выявления заболевания.

**Материал и методы:** под нашим наблюдением находилось 15 детей с диагнозом ювенильный ревматоидный артрит в возрасте от 3 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУ Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Всем детям проводились сбор анамнеза, объективное обследование, общий анализ крови, биохимия крови, иммунологические пробы (АНА, АЦПП), генетические тесты (HLA-B27), а также инструментальные методы исследования: УЗИ, рентгенография и МРТ суставов.

**Результаты:** у больных уточнялись характер жалоб, длительность заболевания, наличие сопутствующей патологии. Дети раннего возраста поступали с жалобами на повышенную температуру тела, боль и скованность в суставах (особенно по утрам), отёки, ограничение подвижности. Дети старшего возраста жаловались на утреннюю скованность, усталость, боль в крупных и мелких суставах, общую слабость.

При осмотре отмечены припухлость и болезненность суставов (коленный, голеностопный, лучезапястный, межфаланговые), скованность движений, хромота. У 45% детей повышалась температура тела от 38 до 39.5°C. У 85% больных наблюдалась атрофия мышц в поражённых конечностях. Снижение массы тела было отмечено у 12 детей, деформация суставов - у 8 детей. Системный вариант заболевания встречался у 6 детей, олигоартрит - у 3 детей, полиартрит - у 6 больных.

У всех пациентов в общем анализе крови было отмечено повышение СОЭ (от 25 до 60 мм/ч), анемия лёгкой и средней степени тяжести (НВ от 88 до 98 г/л), лейкоцитоз (от 15 до 34\*10<sup>9</sup>). В биохимии крови повышение СРБ имелось у 80% пациентов, ревматоидного фактора (РФ) - у 12 детей. В иммунологическом анализе: антинуклеарные антитела (АНА) были повышены у 45% больных, а антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦПП) - у 24% больных.

Генетический тест установил, что HLA-B27 была положительна у 8% больных. Рентгенография суставов показала что у 8 детей были признаки эрозивного поражения, у 7 больных - выраженное сужение суставной щели. При УЗИ суставов выявлено воспаление синовиальной оболочки у 90% детей. МРТ показало у 7 детей признаки раннего остеопороза, эрозии костей.

**Выводы:** диагностика ювенильного ревматоидного артрита требует комплексного подхода, включающего клиническую оценку, лабораторные и инструментальные методы исследования. Определение иммунологических маркёров (РФ, АЦПП, АНФ) и генетический тест (HLA-B27) обладает высокой прогностической значимостью и позволяет стратифицировать пациентов по риску неблагоприятного течения и осложнения. Применение ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии обеспечивает выявление ранних признаков синовита и структурных изменений, недоступных при стандартной рентгенографии. Современный диагностический алгоритм позволяет не только подтвердить диагноз ЮРА, но и оптимизировать терапевтическую тактику, улучшая прогноз и качество жизни пациентов.



## ПРИМЕНЕНИЕ КАРБОЦИСТЕИНА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

М.М. Шарипова., Ш.Х. Рахмонов., Н.Н. Муминова., М.Н. Мирзоев.

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе, Таджикистан.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность применения карбоцистеина у детей в возрасте от 1 до 5 лет с обструктивным бронхитом.

**Материал и методы:** в исследование включено 160 детей в возрасте от 1 до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом обструктивный бронхит. Все пациенты получали стандартную терапию, включающую бронхолитики (В2-адреномиметики, М-холинолитики комбинированные в виде ингаляции: Беродуал, в состав которого входит ипратропия бромид и фенотерол), муколитики (карбоцистеин и его производные; амброксол гидрохлорид и его производные; ацетилцистеин и его производные), противовоспалительные препараты и симптоматические средства в возрастных дозировках, а основная группа дополнительно – карбоцистеин в возрастной дозировке. Длительность курса составляла в среднем 7-10 дней.

Оценка эффективности проводилась по клиническим данным, таким как уменьшение частоты и характера кашля, уменьшение одышки и хрипов, повышение сатурации кислорода.

**Результаты:** у детей основной группы уже ко 2-3 дню терапии наблюдалось достоверное улучшение общего состояния: снижалась температура тела (в среднем на 1,2°C, быстрее, чем в контрольной группе), уменьшались проявления интоксикации (вялость, отказ от еды). На фоне приёма карбоцистеина кашель становился менее интенсивным и мучительным, мокрота приобретала более жидкий характер, значительно облегчалось её отхождение. При аускультации отмечалось постепенное умень-

шение количества влажных и сухих хрипов. К 4-5 дню у большинства детей основной группы дыхание становилось свободным, одышка исчезала, тогда как у пациентов контрольной группы положительная динамика наступала на 1-2 дня позже. К 7 дню лечения у 87% детей основной группы регистрировалось полное купирование кашля, восстановление нормального дыхания и аппетита, исчезновение хрипов и нормализация сна. В контрольной группе аналогичные показатели отмечались только у 65% пациентов. Кроме того, длительность госпитализации в основной группе была в среднем на 2 дня меньше. Побочные эффекты карбоцистеина носили редкий лёгкий характер (кратковременные диспептические расстройства у 3 детей, что составило около 3%), не требовавшие отмены препарата.

Итак, применение карбоцистеина у детей раннего возраста с обструктивным бронхитом показало высокую клиническую эффективность: ускорение регресса симптомов, улучшение дренажной функции бронхов, сокращение продолжительности болезни и снижение потребности в длительной госпитализации.

**Выводы:** применение карбоцистеина в составе комплексной терапии обструктивного бронхита у детей способствует более быстрому купированию кашлевого синдрома и восстановлению бронхиальной проходимости. Препарат обладает хорошей переносимостью, побочные эффекты встречаются редко и носят лёгкий характер.

Карбоцистеин может быть рекомендован для широкого применения в педиатрической практике при обструктивных заболеваниях дыхательных путей.

Подписано в печать 30.09.2025  
Бумага офсетная 90 гр/м<sup>2</sup>, Формат 60х84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. 16,5 усл. п.л.  
Гарнитура Callibri, Times New Roman  
Тираж 100 экз. Заказ №31.

Отпечатано в типографии ООО Сифат-офсет  
г. Душанбе улица Гастелло 6 пр., дом 9.

