

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИИ МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМӢ-КЛИНИКИИ
ПЕДИАТРӢ ВА ҶАРРОҲИИ КӢДАКОНА”
АССОТСИАТСИЯИ ҶАРРОҲОН, АНЕСТЕЗИОЛОГ ВА ЭҲӢГАРОНИ КӢДАКОНА
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»
АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ, АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**МАВОДИ АНҶУМАНИ 3-ЮМИ ҶАРРОҲОН,
АНЕСТЕЗИОЛОГ ВА ЭҲӢГАРОНИ КӢДАКОНА ОИД
БА «УСУЛҲОИ МУОСИРИ ҶАРРОҲИИ КӢДАКОН
ВА МАСЪАЛАҲОИ ТАБОБАТИ ШИДДАТНОК:
ДАСТОВАРДҲО, МУШКИЛОТ ВА РОҲҲОИ
ҲАЛИ ОНҲО»**

**МАТЕРИАЛЫ 3 - СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ,
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН «СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ В
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ:
ДОСТИЖЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЙ»**

ЗАМИМА №4

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

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

Отдел рекламы:
Тел: +992 933751075

Редактор
М.Ф. Мусоева

Технический
редактор
А.А. Мурадов

Художественный
редактор
А.А. Мусоев

Переводчик
Т.Р. Халимова

Зарегистрирован в
Министерстве культу-
ры Республики Таджи-
кистан № 0032/МЧ-97,
от 27.12.17 г.

Учредитель: Мини-
стерство здравоохране-
ния и социальной защи-
ты население РТ.

Регистрационный но-
мер в государственной
регистрации информа-
ционного ресурса Ре-
спублики Таджикистан
34-02.1.085 tj

Индексы по каталогу
«Почтаи тоҷик».

77693 – для индиви-
дуальных подписчиков.

77694 – для предпри-
ятий и организаций.

Подписано в печать 12.
11.2020. Формат 60x84¹/₈.
Бумага офсетная. Печать оф-
сетная. Гарнитура Times New
Roman Tj. Усл. печ. л. 14,5.
Тираж 120 экз. Заказ №28.

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

Мухаррир

Ибодов Х., д.и.т., профессор

Аъзоёни Шӯрои таҳририя:

Икромов Т.Ш. (котиби масъул, д.и.т.)

Юсуфӣ С.Дж, д.и.ф., профессор, академики АИМ ҚТ

Набиев З.Н., д.и.т., профессор

Шарипов А.М., д.и.т.

Рофиев Р., н.и.т., профессор

Рахимов Н.Г., н.и.т.

Абдуллоева Н.Ш., н.и.т., дотсент

Сафедов Ф.Х., н.и.т.

Рахматова Р.А., н.и.т.

Музофиршоева М.М.

Шамсов Б.А.

Редактор

Ибодов Х., д.м.н., профессор

Члены редакционного Совета:

Икромов Т.Ш. (ответственный секретарь, д.м.н.)

Юсуфи С.Дж., д.ф.н, профессор, академик НАН РТ

Набиев З.Н., д.м.н., профессор

Шарипов А.М., д.м.н.

Рофиев Р., к.м.н., профессор

Рахимов Н.Г., к.м.н.

Абдуллоева Н.Ш., к.м.н., доцент

Сафедов Ф.Х., к.м.н

Рахматова Р.А., к.м.н

Музофиршоева М.М.

Шамсов Б.А.

**Масъулияти мухтавои мавод ба души муаллифони
корҳои илмӣ воғузур карда мешавад**

**Ответственность за содержание материала несут
авторы научных работ**

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

Решение президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 43/307.

Адрес редакции:

734067, г. Душанбе, ул. Дехоти, 48 (14 этаж).

Телефон +992 93-375-10-75

© «Нигахдории Тандурустии Тоҷикистон», 2020 г.

Зав. редакцией П.Ф. Зубайдов

О Г Л А В Л Е Н И Е

Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Рахматуллоева С.И. Вазъ, дурнамо ва мушкилотҳои солимии кӯдакон ва наврасон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	7
Ибодов Х., Рофиев Р. Таърихи рушди ҷарроҳии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	9
Маҳмадҷонов Д.М. Дурномаи ташкили кори шӯъбаҳои урологияи кӯдакона дар марҳалаи ислоҳоти соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон	15

СТАТЬИ

Абдурахманов Р.М., Вохидов А.В. Частота регистрации коморбидной патологии у детей с внебольничной пневмонией	16
Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В. Некоторые причины и факторы риска инвалидизации детей.....	19
Вохидов С.Д., Абдурахманова З. Информированность населения о вакцинопрофилактике.....	22
Гаибов А.Г., Кузиева Л.С., Пулатов К.Дж., Каюмов Ф.Дж. Новый взгляд на вопросы медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями Таджикистане.....	23
Ибрагимова З.О., Юнусова Д.З., Ганизода М.Х. Медико-социальные факторы репродуктивного здоровья девочек.....	26
Курбанова П.Г., Вохидов А.В. Некоторые суждения о причинах возникновения клинических признаков рахита у детей	28
Муҳидинов Х.Х., Олимов Н.Х., Джумаева М.Дж. Инфаркт миокард у больных на фоне пневмонии, диагностика и лечение	31
Хусейнова М.А., Хасанова М.А. Характеристика факторов риска задержки внутриутробного развития у новорожденных.....	35

ТЕЗИСЫ

Абдуллаева Н.Ш. Роль медицинской активности родителей в выявлении детской патологии	38
Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П. Качество жизни детей раннего возраста и определяющие его факторы	39
Абдурахманов Р.М., Вохидов А.В. Прогноз развития пневмонии у новорожденных с учетом факторов риска.....	40
Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Икромов Т.Ш., Аминов О.Т. Оценка клинические течение коронавирусной инфекции у детей	41
Алишерова Н.А., Абдурахманова Х.Н., Намозов Д.Б. Адаптации новорожденных детей от матерей с различными патологиями	42
Арслонов Ю.Ф., Раджабов Ф.А. Вазопрессорная поддержка у новорождённых детей с пороками развития желудочно-кишечного тракта.....	43
Арслонов Ф.Ю., Рахимов Н.Г., Раджабов Ф.А. Инотропная поддержка в инфузионной терапии пороками развития желудочно-кишечного тракта у новорождённых детей.....	43
Асадуллоев А.Л., Каримов И.В., Нуралиев А.У., Усмонов З.Х., Набиев М.М., Каримов И.И. Результаты хирургического лечения пострадавших с травмой поджелудочной железы.....	44
Ахмеджанов С., Тошпулотов Б.К., Нуров Ф.Н., Аминов Н.Ф., Марипов Н.Ё., Шарипов Г.М. Лечение инвагинации кишечника у детей.....	45
Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ибрагимов К.Н., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю. Эффективность эндоскопических операций при эхинококкокозе легких у детей.....	46
Ахмеджонова М.Ш., Ахмедова М.М. Эхокардиография у детей с артериальной гипертензией	46
Ахпаров Н. Н., Оразалинов А. Ж., Калабаева М. М., Ахтаров К. М., Афлатонов Н. Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения различных форм удвоения желудочно-кишечного тракта у детей.....	47
Ахпаров Н.Н., Каукенбаева Г.Т., Аширбай К.С. Ранняя диагностика и хирургическое лечение болезни гиришпрунга у новорожденных	48
Бадалов Ш.А., Намози Х. Оценка хирургических осложнений уролитиаза у детей	49

Бадалов Ш.А., Намози Х. Применение фитопрепаратов для профилактики и рецидивов мочевых инфекции у детей	49
Баротов А.А., Икромов Т.Ш., Давлатов А.Р., Ёрматов Ф.Х. Оптимизация лечения гемангиомы у детей с применением β -блокаторов	50
Баходуров Дж.Т., Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш., Абдулалиев А. Критерии операбельности детей с бронхоэктазии	51
Бобоев Б.М., Гоибова Д.Р., Ёров У.У., Эмомов Х.С. Хирургическая тактика лечения паховых грыжах у детей	52
Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В. Распространенность моторных и коммуникативных нарушений у детей при ДЦП	53
Бурхонов С.Б. Проявление анемии в полости рта беременных женщин	54
Воробьев Д.В., Коваленко Е.Б. Актуальность эффективной защиты гонад от рентгеновского излучения у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса	54
Губарь С.О., Одинец Ю.В., Жаркова Т.С., Королева В.Э. Интенсивная терапия осложнений у детей с онкогематологическими заболеваниями	55
Губарь С.О., Одинец Ю.В., Жаркова Т.С. Проблемы диагностики феохромоцитомы у детей	56
Давлятов Х.Б., Вохидов А.В. Особенности неонатальной адаптации детей от ВИЧ-инфицированных матерей	57
Ёров У.У., Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Н., Хайров Ш.А., Кубалиев К.Д. Лапароскопическая хирургия в лечение детей с желчекаменной болезнью	57
Ибодов Х.И., Сайёдов К.М., Асадов С.К., Махмудов З.Л. Перкутанной нефролитотрипсии при кораловидных и множественных камней у детей	58
Ибодов Х., Баходуров Дж.Т., Икромов Т.Ш. Состояние газообменной функции органа у детей с хирургическими заболеваниями легких	59
Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Азизов Б.Дж., Давлатов А.Р. Способ рентгенографического исследования новорожденных с аноректальными пороками развития и устройства для его осуществления	60
Ибодов Х., Рофиев Р., Икромов Т.Ш., Яхшибекова Ш.Дж., Давлатов А.Р. Современные методы диагностики и лечения детей с функциональными недостаточностями мышц сфинктерного аппарата прямой кишки у детей	61
Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Баходуров Дж.Т., Юсупов Б.Х. Устройство для устранения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей	62
Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Азизов Б.Дж., Абдулалиев А.А. Детоксикационная терапия в предоперационной подготовке детей с наружными кишечными свищами	64
Икромов Т.Ш., Абдулалиев А., Хаитмуродов Х.В., Икромов М.Ш. Определение критерии операбельности детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких	65
Икромов Т.Ш., Ибодов Х.И., Абдулалиев А., Абдувахобова Р.М., Азизова Х.Дж., Икромов М.Ш. Оптимизация диагностики детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек I – II стадии	66
Кабилова Б.Х., Бадалова З.А. Факторы риска развития и частота врожденных пороков центральной нервной системы	67
Караев И.И., Нарзуллоев Х.Н. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста	68
Карачев Б.А., Жороева М. Тяжелой сочетанной травмой у детей, осложнившаяся острым респираторным дистресс-синдромом	69
Карачев. Б.А., Токтомбоева М.А. Острая дыхательная недостаточность после тяжелой сочетанной травмы	70
Каюмова Д.А., Ёдгорова М.Дж., Мукарамова Д.А. Изучение структуры заболеваемости детского населения городского центра здоровья №15	71
Кудратова С.Н., Курбонова М.Б. Уровень активности супероксиддисмутазы и малонового диальдегида в сыворотке крови у детей с бактериальной пневмонией	72
Курбонова П.Г., Вохидов А.В. Наиболее характерные клинические признаки рахита у детей на фоне проведенной специфической профилактики	72

Магзумов Д.Р., Гуломова З.В., Гуломов Ф.М., Сабуров Д. М. Ультразвуковая диагностика врожденного гипертрофического пилоростеноза	73
Магзумов Д.Р., Гуломова З.В., Гуломов Ф.М. Трансанальное низведение толстой кишки при болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста	74
Магзумов Д.Р., Гуломов Ф.М., Гуломова З.В., Бадалов Ш. А. Рентгенологическая диагностика врожденного гипертрофического пилоростеноза	75
Мазабшоев С.А., Шамсзода Х.А., Сафедов Ф.Х., Курбонов Ш.Ш. Специфическая антидотная терапия в комплексном лечении детей с фосforoорганическими отравлениями	76
Мамадаминова С.Х., Яхшибекова Ш.Дж. Показатели функции эндотелия у детей с среднетяжёлой персистирующей бронхиальной астмой	77
Мамадаминова С.Х., Шабонов Р.З. Оптимизация нутритивного статуса у маловесных новорожденных	78
Мамаджанова Г.С., Умарова З.К., Саидмурадова Г.М. Характер поствакцинальных реакций у часто болеющих детей	79
Мамаджанова Г.С., Бакоев Б.С., Самиева Н.Ш. Состояние здоровья часто болеющих детей	79
Масайдов Г.Х., Аббосов Н.С., Мирзоев Г.И., Шокиров И.И., Раупов А.В., Вохидов О.А., Масайдов Х.Г. Лечение поврежденных костей нижних конечностей у детей при политравме	80
Масайдов Г.Х., Аббосов Н.С., Раупов А.А., Мирзоев Г.И., Шокиров И.И., Масайдов Х.Г., Вохидов О.В. Хирургическое лечение детей с врожденной варусной деформации шейки бедренной кости	80
Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х. Современные методы диагностики хирургических болезней почек у детей	81
Махмаджонов Д.М. Сафедов Ф.Х. Новое в лечении и профилактике хирургических осложнений неполных удвоений почек у детей	82
Машарипов А.Б., Ниёзов М.Н., Орипов А.Ф., Фозилов К.О. Организация и поэтапное развитие детской хирургической службы в городе Истаравшан	83
Мирзоев Д.С., Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш. Изменение портального кровотока при эхинококкозе печени у детей	84
Музаффаров Ш.С., Исmoilов К.И., Исmoilова М.А. Дисбаланс электролитного гомеостаза у новорожденных детей при внутриутробных инфекциях	85
Набиева Ш.З., Парсаева В.А. Нарушения гемодинамики головного мозга детей с детским церебральным параличом и судорожным синдромом	86
Назаров Х.Н., Мусоев Д.С., Назаров И.Х., Ёров У.У., Зоиров Н.К. Преимущество остеосинтеза при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей у детей	87
Назаров Х.Н., Линник С.А., Мирзоев Р.Р., Назаров И.Х. Преимущество применения дерината при лечении хронического остеомиелита у больных с сочетанных и множественных травмах нижних конечностей	88
Одинаев М.Ш., Махкамова Х. О., Собирова Г.М., Нигмонов Д.М. Новый метод хирургического лечения врожденной кривошеи	89
Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш. Диагностика и лечение травмы живота и забрюшинного пространства у детей	90
Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.Н., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш., Фозилов К. Активное хирургическое лечение термических ожогов у детей	91
Орипов А.Ф., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш. Лечение язвенных проктосигмоидитов у детей	92
Орипов А.Ф., Ниёзов М.И., Машарипов А., Кушоев Д.Н., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш. Лечение ожогов у детей по материалам ДХО ЦБ г. Истаравшан	92
Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш. Лечение крипторхизма у детей	94
Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Сироджзода М.С., Наджмидинов Н.С., Рахимов А.Т. Влияние первичной артропластики тазобедренного сустава на течение болезни и реабилитации больных с переломами проксимального конца бедренной кости	94

Решетняк В.И., Маев И.В., Бурмистров А.И., Чекмазов И.А., Карлович Т.И. Инфицированность детей вирусом TORQUE TENO	95
Сагымбаева А.А., Ахпаров Н.Н., Абекенов Б.Д., Турсунов К. Анализ результатов диагностики и лечения мочекаменной болезни у детей путем математического моделирования	97
Саидмурадова Г.М., Ходжаева Н.М., Джонибеки Р.И. Клиническое течение вирусного гепатита “А” у детей разных возрастов в период сезонного подъема заболевания	97
Саидмурадова Г.М., Мамадчонов Г.С., Рахмонова Г.К. Оризаҳои энтероколитҳои сабабаш стафилакокки дар кӯдакон	98
Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Корохонов А.Т. Осложнения острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка у детей	99
Сафаров Ф.М., Шарипов Ш.Б., Начмиддинов У.Я., Шарифов Д.А. Диагностика и лечение повреждения селезенки у детей при закрытой абдоминальной травме	100
Сафедов Ф.Х., Рахмонов Ш.Д., Шерназаров И.Б., Гуриев Х.Дж., Бобоев Т.Х. Особенности диагностики и лечение гастроэзофагиального рефлюкса детей грудного возраста	101
Сафедов Ф.Х., Шаханова Ф.А., Атоев И.К. Хирургическое лечение дисплазии пузырного сегмента мочеточника у новорожденных и детей грудного возраста	101
Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Сафаров А.Х., Рахимов А.Т., Наджмиддинов Н.С. Влияние высокотехнологичный метод остеосинтеза на течение травматической болезни у больных с множественной травмой	102
Солиева Л.М., Халилова З.А., Юнусбаева М.Ш. Особенности клинического течения и терапии ювенильного ревматоидного артрита у больных с дисплазии соединительной ткани	103
Файзуллоев Ф.А., Рахимов Н.Г., Боев С.Г. Состояние здоровья детей грудного возраста с впр в зависимости от вида вскармливания	103
Хотамова М.Н., Шабонов Р.З. Пороки развития желудочно-кишечного тракта	104
Хукумзода М.З., Холиков З., Нарзулоев Х.Н. Современная терапия больных с искривлением носовой перегородки, сочетающихся с аллергическим ринитом в послеоперационном периоде	105
Хукумзода М.З., Холиков З.Х., Музофиршоева М.М. Применение комбинированного антибактериального препарата при лечении острых бактериальных риносинуситов у детей	105
Хусейнова М.А., Хасанова М.А. Неонатальная адаптация недоношенных детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития	106
Шабонов Р.З., Намозов Д.Б., Исмадова М.М., Файзуллоева А.С., Усмонов Н.Р., Абдурахмонова Х.Н. К вопросу о диагностике геморрагической болезни новорожденных по данным родильного отделения ГУ КЗ “Истиклол”	107
Шамсзода Х.А., Курбонов Х.Ф., Набиев З.Н., Наимов С.Р., Набиев М. Клиника диагностика и лечение сочетания черепно-мозговой с повреждения верхней конечности	108
Шамсов Б.А. Организация грудного вскармливания в учреждениях ПМСП	109
Шарипов А.М., Шамсзода Х.А., Юсупов Б.Х., Додочонов Ю.Т., Файзуллоев А.А. Диагностика и лечение рубцового стеноза пищевода у детей	109
Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П., Гуриев Х.Дж., Разоков Дж.З. Особенности диагностики врожденного пилоростеноза у детей	111
Юнусбаева М.Ш., Нарзулоев Х.Н., Алиджанова З.Г. Особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей с врожденными пороками сердца	112
Якубов С.Я., Дехканов М.К., Хамидов Н.Н., Почоев Т. Н., Мирон Н.Б., Абдураупов Д.М. К диагностике и хирургической тактике при патологиях дивертикула Меккеля у детей	112
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г. Ингаляционная терапия в профилактике и лечении ОРВИ	114
Янгибаева Б. У., Хокимова Ф.Г. Влияние препарата цинка у детей с диареей	114
Яхшибеков Ш.Дж., Юсупов Б.Х., Абдулалиев А., Азизов Б.Дж. Состояние негазообменной функции легких у детей с острой бактериальной деструктивной пневмонией	115

ВАЗЪ, ДУРНАМО ВА МУШКИЛОТҲОИ СОЛИМИИ КӮДАКОН ВА НАВРАСОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Раҳматуллоева С.И.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳифзи солимии модар ва кӯдак – шабакаи чорабиниҳои давлатӣ ва ҷамъиятӣ, ки ба таъмини солимии модар ва кӯдак, мустаҳкамкунии оила, дастгирии модаршавӣ, муҳайё намудани шароити муносиб барои тарбияи кӯдакон, рушди ҷисмонӣ, ақлонӣ ва рушди маънавӣ равона карда шудааст. Қавӣ гардонидани саломатии модар ва кӯдак, инчунин пешгирӣ ва муолиҷаи бемориҳои паҳнғаштаи кӯдакон дар қоҳиш додани ғавт аз бемориҳо дар Тоҷикистон саҳми беандоза калон меғузорад.

Мақсади умумӣ – таъмин намудани дастрасии одилона ба занон ва кӯдакон, новобаста аз сатҳи зиндагӣ ва минтақаи зист ба хизматрасониҳои тиббӣ ва паст намудани беморшавӣ ва ғавти модарон ва кӯдакон мебошад.

Солимии модар ва кӯдак аз ҷониби шабакаи васеи муассисаҳои гуногуни тиббӣ ҳифз карда мешавад, ки ба онҳо марказҳои солимии репродуктивӣ, таваллудхонаҳо, марказҳои саломатӣ, беморхонаҳои кӯдакона, осоишгоҳҳои кӯдакона ва марказҳои солимгардонии кӯдакон дохил мешаванд.

Дар соҳаи тандурустӣ Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон татбиқ шуда истодааст, ки 16 қонунҳоро муттаҳид намудааст. Инчунин 7 қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, 5 стратегияҳо, 2 консепсияҳо ва зиёда аз 11 барномаҳо қабул гардидаанд.

Захираи кадрӣ соҳаи тандурустӣ 19 080 нафар мутахассисонро бо маълумоти олии, ки ба 10 ҳазор аҳоли ба 20,9 ва 53 982 нафар мутахассисонро бо маълумоти миёнаи тиббӣ, ки ба 10 ҳазор аҳоли ба 59,1 баробар аст, ташкил менамояд.

Дар баробари системаи давлатии тандурустӣ, солҳои охир ба рушди тибби хусусӣ дар Тоҷикистон тавачҷуҳи ҳос дода шуда истодааст. Айни ҳол хизматрасониҳои тиббиро дар соҳаи тибби хусусӣ 697 муассисаҳо пешниҳод намуда истодаанд, ки шумораи катҳои табобатишон ба 1 749 кат баробар мебошад. Ҷунин фаъолият танҳо бо шарофати қабул гардидани Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи фаъолияти тибби хусусӣ» аз 2 декабри соли 2002, №60 имконпазир гардид.

Дар натиҷаи аз қор рафтани мутахассисони баландихтисос дар ҷумҳурӣ, ки аз давраи ҷанги шаҳрвандӣ оғоз гардида, то ба имрӯз давом до-

рад, сифати хизматрасониҳои осеби ҷиддӣ дид. Ҷамҷунин давоми якҷанд солҳо барҳам ҳурдани кафедраи педиатрӣ дар Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба сифати хизматрасонӣ таъсири худро боқӣ гузошт. Ҷунин вазъ ба сатҳи таъминот бо табииҳои кӯдакона низ таъсири калон гузошт – 1 216 табииҳои кӯдакона ва неонатолоғҳо (соли 2018) ба 3 806 040 нафар кӯдакони то 18 сола (42,0% аҳолии ҷумҳурӣ). Агар дар соли 2012 таъминотнокӣ бо табииҳои кӯдакона ба 1,7 ба 10 ҳазор аҳоли баробар гашта бошад, дар соли 2018 то ба 1,3 нисбати 10 ҳазор аҳоли паст гардидааст.

Нишондоди ғавти кӯдакони то 1 сола ва то 5 сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон баланд боқӣ мемонад, ки яке аз мушкилотҳои асосии соҳаи тандурустӣ ва шарикон оид ба рушд мебошад. Аммо солҳои охир дар ин самт тамоюли мусбӣ ба назар мерасад. Новобаста аз усули интиҳобшудаи ҳисоб нишондиҳандаи умумии ғавти кӯдакон тамоюли бараълои пастшавӣ дорад ва тамоюли пастшавии ғавти кӯдакони то 1 сола хусусияти устуворро касб кардааст.

Детерминантҳои (омилҳои) ғавти кӯдакон хусусияти мураккаб дошта, омилҳоеро дарбар меғирад, ки ба он таъсири бевосита (мисол, давомнокии синамакони, ваксинатсия, назорат дар давраи ҳомилагӣ, норасоии микроэлементҳо ва ғ.) ва таъсири бавосита (камбағалии хонаводаҳо, сатҳи пастӣ маълумотнокии модарон, набудани беҳатарии озуқа ва оби нӯшокии беҳатар, дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ ва ғ.) доранд.

Шумораи аҳоли зиёда аз 9 миллион нафар одам, таваллуд ба 1000 нафар аҳоли - 25,6, ғавт ба 1000 нафар аҳоли- 3,6, афзоиши табии - 22,0, давомнокии умр - 75,0 сол, ғавти кӯдакони то 1 сола ба 1000 з/т - 14,3, ғавти кӯдакони то 5 сола ба 1000 з/т - 17,9, ғавти модарон ба 1 000 000 зиндатоваллуд - 24,2 (с.2018).

Таи солҳои охир беҳтаршавии бақайдгирии таваллуд ва ғавт аз ҷониби мақомотҳои сабти асноди ҳолати шаҳрвандӣ (САҶШ) ба назар мерасад. Агар ҳолатҳои бақайдгирии таваллудро дар соли 2010 таҳлил намоем, нишондоди бақайдгирии таваллуд дар мақомотҳои САҶШ дар умум дар ҷумҳурӣ 91,4%-ро ташкил менамояд.

Нишондоди ғавти кӯдакони то 1 сола (кӯда-

кони синни то 1 сола фавтида) аз соли 1990 аз 40,9 ба 1000 зиндатоваллуд то ба 14,3 паст гардида, нишондоди фавти кӯдакони то 5 сола (кӯдакони то синни 5 солагӣ фавтида) - аз 61 ба 1000 з/т то ба 17,9 паст гаштааст.

Мутобиқи натиҷаҳои тадқиқоти тиббӣ-демографӣ фавти кӯдакони то 5 сола аз 43 ба 1000 з/т дар соли 2012 то ба 33 ба 1000 з/т дар соли 2017 ва фавти кӯдакони то 1 сола аз 34 ба 1000 з/т дар соли 2012 то ба 27 ба 1000 з/т паст гаштааст.

Нишондоди фавти кӯдакон дар деҳот нисбат ба шаҳр баланд мебошад. Омилҳои аз ҳама муҳими фавти неонаталӣ (фавт дар 4 ҳафтаи аввали ҳаёт) аз инҳо иборат аст: дар деҳот зиндагонӣ қардан; дастрасии маҳдуд ба хизматрасониҳои тиббӣ, ки қисман бо роҳкиро ва вазъи роҳҳо вобаста мебошад.

Сабабҳои асосии фавти неонаталӣ – яқҷоя будани таваллудҳои пешазмуҳлат бо вазни кам ҳангоми таваллуд. Дар кишвар барои паст намудани фавти неонаталӣ протоколҳои клиникӣ таҳия ва ворид гашта истодаанд.

Дар Тоҷикистон 82% кӯдакон дар синни 24-35 моҳагӣ вакцинаҳои асосиро қабул ва 70% ҳамаи вакцинаҳоро аз рӯи синну сол қабул намудаанд (ТТД-2017с.). қайд қардан бамаврид аст, ки 87% кӯдакон дар синни 24-35 моҳагӣ вакцина бар зидди сурхча ва сурхаконро гирифтаанд.

Ба ғайр аз ин, ҳиссаи кӯдаконе, ки танҳо аз шири модар ғизо гирифтаанд (дар синни то 6 моҳагӣ) 36%-ро ташкил намуд ва 63% кӯдакон дар синни 6 – 12 моҳагӣ ғизои иловагӣ мегиранд. Паҳншавии қадпасти дар байни кӯдакони то 5 сола 18%, лоғарӣ – 6%, вазни кам - 8% ва вазни зиёд 3%-ро ташкил менамояд. Аз камхунӣ 42% кӯдакон дар синни 6 – 59 моҳагӣ азият мекашанд, ки бештар дар синни то 24 моҳагӣ ба назар мерасад ва дар синни 12 – 17 моҳагӣ ба 66% баробар гаштааст (ТТД-2017). Дар 92% хонаводаҳое, ки пурсиш гузаронида шудааст ва намаки хонаводагашон таҳлил гузаштааст, намаки йоднокро истифода мебаранд.

Омилҳои муайяншудае, ки ба саломатии кӯдакон дар Тоҷикистон таъсир мерасонанд, дурӯст будани муносибати умумиро ба мушкилотҳои таъхирнопазир дар соҳаи тандурустӣ, ки дар тӯли солҳои зиёд дар бисёр минтақаҳо ҳалношуда мондаанд, тасдиқ менамояд. Яқинан маълум аст, ки бисёр мушкилотҳои муайяншуда дар салоҳияти соҳаи тандурустӣ нест ва сабабҳои онҳо бо тандурустӣ алоқамандӣ надорад. Аммо оқибати ин мушкилотҳо дар нишондодҳои соҳаи тандурустӣ возеҳ намоён мешаванд. Ҳамин тавр, барои ноил

гаштан ба натиҷаҳои назаррас дар самти солимии кӯдакон соҳаи тандурустӣ бояд бо дигар ҷонибҳои манфиатдор ҳамкорӣ намуда, барои ҳалли ин мушкилотҳо яқҷоя чораҷӯӣ намояд. Дар кишвар дар сатҳи муовини сарвазир Шӯрои ҳамоҳангсозӣ оид ба тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли, шӯроҳои байниидоравӣ оид ба ғизои мактаббачагон ва оид ба васеъкунии глобалии ғизо (SUN) таъсис дода шудаанд.

Дар ҷумҳурӣ Дурномаи Ҳамбастагии бемориҳои кӯдакона ворид шуда истодааст. Барномаи тренингии худомӯзишии компютерикунонидашудаи «Стратегияи ХБК» дар сатҳи КАТС – ИСАТ таҳия ва тасдиқ қарда шудааст. Дар натиҷаи ворид намудани стратегияи мазкур беморшавӣ ва фавт аз дарунравӣ ва бемориҳои шадиди роҳҳои нафас паст шуд, ки қаблан дар сохтори фавти кӯдакони синни то 5 сола ҷойҳои аввалро мегирифтанд. Натиҷаҳои тадқиқоти тиббӣ – демографӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки муолиҷаи дарунравӣ хеле беҳтар гаштааст. Истифодабарии табобати даҳонии регидрататсионӣ ҳангоми дарунравӣ то 70% зиёд гардидааст.

Дар сохтори фавти кӯдакони синни то 1 сола зиёда аз 50% ба фавти неонаталӣ рост меояд. Дар баробари беҳтар гаштани заминаи моддӣ – техникаи муассисаҳои кӯмаки таваллудӣ, ворид намудани стандартҳо, протоколҳо ва алгоритмҳо вазорат таъсис додани 4 Маркази перинаталиро дар минтақаҳои ҷумҳурӣ ба нақша гирифтааст. Аллақай моҳи сентябри соли 2019 дар шаҳри Кӯлоби вилояти Хатлон аввалин Маркази перинаталӣ ба фаъолият оғоз намуд.

Дар кишвар Барномаи миллии оид ба тавонбахшии маъюбон барои солҳои 2017-2020» қабул гардидааст, ки барои пешгирӣ, тавонбахшӣ ва кӯмаки иҷтимоӣ ба маъюбон равона гардидааст.

Ҳамзамон, бо мақсади беҳтар намудани имкониятҳо барои ҳифзи саломатӣ ва ғизогирӣ, нигоҳубини ғамхорона ва оғози барвақти таълими кӯдак лоиҳаи “Барномаи миллии коммуникатсионии 1000 рӯзи аввали ҳаёти кӯдак барои солҳои 2020-2025” аз тарафи аъзоёни гурӯҳи кории байнисоҳавӣ таҳия гардида, бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 майи соли 2020 таҳти №292 тасдиқ гардидааст. Дар ин росто, Нақшаи байнисоҳавии барномаи мазкур барои соли 2020 таҳия гардида, амалисозии оғоз гардида аст.

Ҳамин тариқ, таъмин намудани солимии кӯдаки насли наврас хусусияти умумимиллӣ гирифта, танҳо ҳангоми муҳофизатҳои байниидоравӣ имконияти тақвиятбахшӣ ва нигоҳдории солимии кӯдакон имконпазир мегардад.

ТАЪРИХИ РУШДИ ЧАРРОҲИИ КЎДАКОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ибодов Ҳ., Рофиев Р.

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Хизматрасони чарроҳии кӯдакони дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сарчашмаи худро аз соли 1964 дар пойгоҳи кафедраи чарроҳии кӯдакони ва бемориҳои чарроҳии факултаи педиатрии Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо роҳбарии д.и.т., профессор, А.Т. Пулатов ташкил ёфта буд. Вай аз се шӯъбаи чарроҳии кӯдакони дорои 120 кат буда, дар Беморхонаи клиникаи ҷумҳуриявии №3 ба номи Дякова (холо Маркази миллии тиббии ҚТ) ҷой дода шуда буд.

Соли 1964-1965 дар соҳаи хизматрасони чарроҳӣ танҳо чарроҳони умумӣ фаъолият доштанд. Ноҳияҳои низ буданд, ки дар он ҷо хизматрасони чарроҳӣ мавҷуд набуд, хизматрасони ин соҳа бошад ба ӯҳдаи авиатсияи санитарӣ гузошта шуда буд. Ташкили чарроҳии кӯдакон дар Тоҷикистон масъалаи басо муҳим буд, зеро кӯдакон дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ аз 35 то 55%-и аҳолиро ташкил медоданд.

Рушди чарроҳии кӯдакон дар Тоҷикистон ин меҳнати коллективи бисёрнафараи ташкилотчиёни соҳаи тандурустӣ ва чарроҳон мебошад. Аз рӯзҳои аввал хизматрасони ин соҳаро вазири тандурустии ҷумҳурӣ (И.А. Саженин, Л.В. Шанский, Х.М. Абдушукурова), ректори Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон профессор З.П. Хоҷаев, сарчарроҳи ҷумҳурӣ, минбаъд ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино академик К.Т. Тоҷиев, мудирони кафедраи чарроҳии саҳроии ДДТТ профессор Н.З. Монаков дастгирӣ намуданд. Дар давоми як соли фаъолияти клиника шумораи кати беморон то 160 адад расид, ки баъдан то 180 адад зиёд карда шуд. Ҳаминро бояд қайд намуд, ки дар фаъолияти чарроҳии кӯдакони клиника ва пешравии он саҳми сардӯхтурони БКҚ №3 ба номи А.М. Дяков номзадҳои илми тиб А.К. Абдуллоев, М.К. Аюбов ва М.М. Одинамамадов басо калон мебошанд.

Дар тайёр намудани кадрҳои ин клиника коллективи кафедра ва шӯъбаҳои байнидонишгоҳии чарроҳии кӯдакон ва ДИТ-и педиатрияи Москва, Ленинград, Киев ёрии калон расониданд, ки роҳбарии онҳоро С.Я. Долетский, Ю.Ф. Исаков, Г.А. Боиров, М.Я. Студеникин, А.Г. Пугачев, В.М. Державин, Н.Б. Ситковский, Э.А. Степанов ва В.А. Михелсон ба ӯҳда доштанд.

Инчунин ғамхорони доимӣ ва дастгирии маъна-

вии чарроҳони ботачрибаи кӯдакон – профессорон А.П. Биезин (Рига), М.Л.Дмитриев (Одесса), К.Х. Тагиров (Тошкент), Н.К. Георгиу (Кишинёв), А.А. Русанова (Воронеж), И.С. Жоров (Москва), И.К. Охунбоев (Фрунзе) беҳисоб аст.

Ташкилотчиён ва аввалин устодони клиникаи чарроҳии кӯдакони Н.Х. Умедҷонов, В.Д. Бромберг, Р.И. Палагина, Б.А. Ткаченко, В.А. Игнатова буданд, ки таҳти роҳбарии мудирони кафедраи чарроҳии факултаи педиатрии Донишқадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, профессор А.Т. Пулатов фаъолият доштанд.

Соли 1974 клиника ва кафедраи чарроҳии кӯдакони мақоми Ҷамъияти илмии ҷумҳуриявии чарроҳии кӯдаконро сазовор гардид. Ҳамин тавр, тайёр намудани кадрҳои чарроҳӣ ва анестезиологияи кӯдакон ба роҳ монда шуд.

Соли 1985 дар базаи шӯъбаи қабули клиника стационари якрӯзаи чарроҳии кӯдакон, соли 1993 дар базаи Дармонгоҳи №10 Маркази чарроҳии амбулатории бачагон (МЧАБ) ташкил карда шуд.

Бригадаи сайёри машваратӣ - Реаниматсионии бачагонаи ёрии таъҷилӣ, ки соли 1978 дар назди МҚҚК (Ф.Х. Гаптулин, С.М. Дадобоева) таъсис дода шуд, барои беҳтар гардонидани сифати терапияи шиддатнок ва ёрии реаниматсионӣ дар шӯъбаҳои соматикӣ бачагон ва кам шудани фавтияти шабонарӯзӣ мусоидат намуданд.

Самтҳои асосии тадқиқотҳои илмиро омӯзиши таъсири бедардкунӣ ва амалиёти чарроҳӣ ба функцияҳои ҳаётан муҳими органзми кӯдак бо ислоҳи саривақтии ҳалалёбӣ, омӯзиши масъалаҳои анестезиологияи клиникаи бачагона ба синну соли кӯдакон мутобиқ гардонидани анестетикҳои ба таври васеъ истеъмолшаванда, коркарди аналгезияи давомноки баъдичарроҳӣ ташкил медоданд. Ҷустуҷӯҳои илми клиника доираи масъалаҳои ҳангоми амалиёти чарроҳӣ, аутогемотрансфузия, реинфузияи хун сарфакорона истифода кардани хуни донор, истифодаи гемодилютсияи сунъии гипотонияи идорашаванда ҳангоми амалиёти чарроҳии гурда фаро мегирифтанд. Масъалаҳои беҳтар намудани давраи чарроҳӣ ва баъдичарроҳии кӯдакони гирифтори бемории эхинококкоз вазифаҳои аввалиндараҷа ба шумор мераванд.

Доир ба омӯзиши ҳаматарафаи бемориҳои паҳншуда – уролитиаз (А.Т. Пулатов, Л.Ф. Степанова, Х.А. Қосимова, А.А. Азизов, Х.Х. Хайрул-

лоев, С.З. Зайниддионов) ва эхинококкози кӯдакон (А.Т. Пулодов, В.С. Ян Э.Х. Хомидҷонов, Т.А. Абдуфаттоев), флегмонаи некрози навзодон (И.Д. Дехҷонов), деструксияи шадиди бактериалии шуш (М.Н. Шнайдерман, Р.Р. Рофиев), нефролитиаз, псевдофурункулез тадқиқотҳои гуногунҷабҳаи бисёрсола гузаронида шудааст.

Дар клиника инчунин усулҳои афзалиятноки ташхису табобати бемориҳои шадиди фасоднок: тарзи дренажкунӣ ва шустани давомноки меди-астинити фасоднок, остеонетрия ва шустани канали устухону мағзи он ҳангоми остеомиелити шадиди гематогении устухонҳои найчашакл (А.С. Сафаров) коркард шудааст.

А.Т. Пулодов ва кормандони кафедра дар амалияи ҷарроҳии кӯдакон ҷамъулҷамъ беш аз 50 амалиёти нодиру такмилёфта ва дасткориҳои муолиҷавӣ-ташхисии қаблан маълумро умумӣ гардондаанд.

Бо роҳбарии А.Т. Пулодов 5 рисолаи докторӣ ва 42 рисолаи номзадӣ дифоъ шуда, 18 монография ва васоити таълимӣ, зиёда аз 72 дастури методиро ба чоп расонидаанд, 27 шаҳодатномаи муаллифӣ ва зиёда аз 350 хуччати пешниҳоди ихтироъкориро ба даст овардаанд.

Кормандони МҚҶК дар маҷаллаҳои марказиву ҷумҳуриявӣ беш аз 2000 асари илмиро ба чоп расондаанд, ки аз он ҷумла 380 номгӯй зимни маводи конфернс, анҷуман ва симпозиумҳо чоп шудааст. 15 маҷмӯи асарҳои кормандони кафедра, ҳамчунин маводи конференсияю анҷуманҳо, 80 дастури методӣ барои донишҷӯён ба таъб расидааст. Ин дастури бузург перомунӣ бахшҳои ҷарроҳии кӯдакон низ барои табибону донишҷӯён қарор дорад.

МҚҶК барои созмондиҳии чор маркази вилоятии ҷарроҳии кӯдакон дар Ленинобод (Сугд), Қўрғонтеппа (Хатлон), Қўлоб ва Хоруғ мусоидат намуд. Нахустин шўъбаҳои ноҳиявӣ ва байниноҳиявӣ дар Пролетар, Ёротеппа, Конибодом, Исфара, Мастҷох, Панҷакент, Колхозобод, Восеъ, Орҷоникидзеобод, Шаҳритус, Ҳисор, Турсунзода, Данғара ташкил карда шуд.

Тайи солҳои соҳибистиклол гаштани ҷумҳурӣ ва ба эътидол омадани вазъи сиёсии мамлакат ҷарроҳии кӯдакон эътибори қобили мулоҳиза касб намуд. Ҳамасола дар кӯдакон беш аз 35000 амалиёти гуногун татбиқ меёбад, ки 80%-и онҳо дар шароити шўъбаҳои тахассусӣ иҷро мешавад. Феълан дар ҷумҳурӣ 25 шўъбаи ҷарроҳии кӯдакон ва 13 шўъбаи анестезиологӣ-реаниматологӣ амал мекунад.

Ҷамъияти илмӣ ҷумҳуриявӣ ҷарроҳии кӯдакон, анестезиология ва реаниматология, ки бо ташаббуси профессор А.Т. Пулодов ташкил шуда буд, аз соли 1974 фаъолият мекунад ва аз соли 1997 дар Вазорати адлияи ҶТ ҳамчун “Ассотсиатсияи ҷарроҳон, эҳғарон ва беҳисгардонони кӯдакони ҶТ” ба қайд гирифта шудааст. Айни замон профессор З.Н. Набиев роҳбари он мебошад.

Дар айни ҳол МҚҶК ба клиникаи ҷарроҳии кӯдакони Маркази миллии тиббии ҶТ таъдил дода шуд, ки базаи асосии кафедраи ҷарроҳӣ, эҳғарӣ ва беҳисгардонии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ба шумор меравад.

Роҳбарии кафедра дар марҳилаҳои гуногуни таърих шахсиятҳои маъруфи соҳаи тандурустӣ ба ўҳда доштанд ва доранд.

Азам Тоирович Пулодов доктори илмҳои тиб, профессор, Ходими Хизматнишондодаи илми Тоҷикистон, Узви вобастаи АФ ҶТ, асосгузори ҷарроҳии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон тули 32 сол мудури кафедра буданд. Баъди хатми Донишқадаи I-уми давлатии тиббии Маскав ба номи И.М. Сеченов (1949) А.Т. Пулодов савияи дониши худро ҳамчун мутахассис – ҷарроҳ дар коллективе, ки олимони намоён ва барҷастаи соҳаи ҷарроҳӣ буданд, баланд бардоштааст. Қадамҳои аввалини худро оиди соҳаи ҷарроҳӣ дар ординатураи клиникӣ, ки дар пойгоҳи клиникаи госпиталии ҷарроҳии Донишқадаи I-уми тиббии Маскав ба номи И.М. Сеченов, ки профессор В.Э. Салищев роҳбарӣ мекард, мондааст.

Аз соли 1950 А.Т. Пулодов дар ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино кор ва фаъолият намуда аз ординатори клиникӣ то профессор расидааст.

Аз рӯзҳои аввали ташкилҳои кафедраи ҷарроҳии кӯдакони ДДТТ (1964) А.Т. Пулодов ва коллективи беморхона оиди масъалаҳои ҷарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакони шавқи калон доштанд.

Соли 1983 шўъбаи нашриёти Ленинградии – “Медицина” китоби А.Т. Пулодов “Ҷарроҳии эхинококкоз дар кӯдакон”-ро ба таъб расонид. Ин амалан дар ҷаҳон аввалин монография аст, ки хусусиятҳои ташхис ва усулҳои табобати эхинококкозро дар кӯдакон дар бар мегирад.

Аз соли 1965 то 1985 А.Т. Пулодов сарҷарроҳи ҷумҳурӣ ва ҷарроҳи кӯдакони ғайривоҳидии Вазорати тандурустии ҶШС Тоҷикистон буд. Аз соли 1973 ў раиси Ҷамъияти муштараки илмӣ ҷарроҳони кӯдакони ҷумҳурӣ мебошад. Дар тӯли ин солҳо бо ташаббуси ў дар самти рушди намудҳои махсуси ёрии ҷарроҳӣ дар марказҳои ви-

лоят ва ноҳияҳо корҳои зиёде анҷом дода шудаанд.

А.Т. Пулодов яке аз ташкилотчиёни фаъоли як қатор конференсиҳои ҷумҳуриявӣ, конгресси байниҷумҳуриявӣ ва симпозиумҳои умумииттиҳодӣ буд. Таҳти таҳририяти илмӣ ӯ маводҳои Конфронси ҷумҳуриявии ҷарроҳон, осебшиносон ва ҷарроҳони кӯдакон оиди ташхис ва усули табобати бемориҳои фавқуллода (1968), симпозиуми сеюми умумииттиҳодии ҷарроҳони кӯдакон дар Душанбе, (1969), Съезди дуюми ҷарроҳони ҷумҳуриявии Осиёи Миёна ва Қазоқистон дар шаҳри Душанбе (1973), Яқум ва дуум конференси илмӣ ва амалии ҷарроҳони кӯдакони Тоҷикистон (Душанбе, 1975; Ленинобод, 1983), Конфронси ҷумҳуриявии ҷарроҳон (Душанбе, 1977), Конфронси ҷумҳуриявии ҷарроҳон, осебшиносон, ҷарроҳони кӯдакон, урологон ва нейрочарроҳон баҳри ташхис ва усулҳои табобати осеби пӯшидаи шикам ва осеби мағзи сар (1986) ба таъб расонида шудаанд.

А.Т. Пулодов олими барҷастаест, ки дар навоарӣ ва ҳалли масъалаҳои воқеии илмӣ илми тиб саҳми арзанда гузоштааст.

Ӯ натавонанд иштирокчиҳои фаъоли форумҳои умумииттиҳодӣ, байниҷумҳуриявии ҷарроҳон, инчунин иштирокчиҳои як қатор конгрессҳо ва конференсиҳои кишварҳои хориҷа (Варшава, 1967; Братислава, 1972; Монте-Карло, 1978) мебошад. Аз ин рӯ, интиҳоби ӯ ба ҳайси узви комилхуқуқи ҷомеаи байналмиллалӣ ҷарроҳон соли 1983 дар Гамбург эътирофи табиӣ хизматҳои шоистаи профессор А.Т. Пулодов ба ҳисоб меравад.

Дар баробари корҳои зиёди тиббӣ, омӯзгорӣ, илмӣ ва ташкилотчигӣ, А.Т. Пулодов боз корҳои бузурги ҷамъиятӣ мебарад. Ӯ номзад ба аъзогии КМ ПК Тоҷикистон, раиси Шӯрои илмӣ тиббӣи Вазорати тандурустии ҚШС Тоҷикистон, узви Шӯрои тандурустии назди КМ ПК Тоҷикистон, раиси Ҷамъияти ҷумҳуриявии ҷарроҳони кӯдакон ва Ҷамъияти муттаҳидаи илмӣ ҷарроҳони Тоҷикистон, узви Шӯрои илмӣ умумииттиҳодӣ, Ҷамъияти ҷарроҳон, муҳаррири баҳши “Ҷарроҳии кӯдакон”-и нашри 3-ӯми Энциклопедияи Бузурги тиббӣ, узви ҳайъати таҳририяти маҷаллаи “Тандурустии Тоҷикистон”, узви ҳайъати таҳририяти маҷаллаи “Хабарнигори ҷарроҳӣ ба номи И.И. Греков” буданд. А.Т. Пулодов ҳамчун узви раёсати Ҷамъияти тоҷикон, дӯстӣ ва робитаҳои фарҳангӣ бо кишварҳои хориҷӣ (ҚТДРФК) ба ҳайси намоёндаи ҚШС Тоҷикистон ба РДГ, Фаронса, ИМА сафар карда, дастовардҳои илми тиббӣ Шӯравӣ, тарзи ҳаёти Шӯравиро дар мисоли дар мисоли

Тоҷикистон таълиф мекард.

Пас аз рафтани устод Пулодов А.Т. ба шаҳри Маскав, аз соли 1996 то 1997 вазифаи иҷрокунандаи мудири кафедраи ҷарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба уҳдаи дотсенти кафедраи мазкур **Сафаров А.С.** гузошта шуда буд. Ӯ муаллифи зиёда аз 160 корҳои илмӣ, 14-то ихтироъ, 20-то пешниҳодҳои ратсионӣ, 7- дастурҳои методӣ, ҳаммуаллифи 4 китоб, 6-то дастури методи, 2-то монография мебошад.

Дорандаи дипломи ВДНХ-и Тоҷикистон-1985с., Аълочии тандурустии СССР – 1986, Аълочии тандурустии Тоҷикистон - 1997с., Дорандаи Медали «Шафкат» - 2004с., Нишонаи ихтироъи бехтарин соли 2005с., Медали тиллои Созмони умумиҷаҳонии ҳифзи моликияти зеҳнӣ - 2008с., Таҳти роҳбарии Сафаров А.С. яқто рисолаи номзади ҳимоя шудааст.

Аз соли 1997 то 2010 мудирии кафедраи ҷарроҳӣ, эҳё ва бехисгардонии кафедраи ҷарроҳии кӯдакон ва бемориҳои ҷарроҳии факултети педиатрии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ Ибни Синоро Азизов Азам Азизович доктори илҳои тиб, профессор ба уҳда дошт.

Аввалин маротиба дар таҷрибаи ҷарроҳии кӯдакони Тоҷикистон аз тарафи Азам Азизович Азизов, усулҳои аслии ҷарроҳии ҳангоми нуқсонҳои мураккаби модарзодии системаи пешоброҳа, хусусан ҳангоми склерози гарданаи масона, дисплазияи қисми масонагии ҳолибҳо, экстротрофияи масона, амалиётҳои азнавсозии барқарорӣ дар қисматҳои болои ва поёнии системаи пешоброҳа пешниҳод ва воридотҳо кардааст. Ӯ тавонист, ки корҳои табобатии пуршиддатнокро бо илмӣ фаъол ва фаъолияти педагогӣ якҷоя кунад.

Таҷқикотҳои илмӣ А.А. Азизов баҳшида ба амалиётҳои ҷарроҳии радикалӣ ва барқарорсозии ҳангоми инкишофи нуқсонҳои системаи пешоброҳа баҳшида шудааст. А.А. Азизов муаллифи зиёда аз 500 корҳои илмӣ, 18 монография, 20 дастурамалҳои таълимӣ-методӣ ва пешниҳодҳои методӣ, 24 ихтироот, 105 пешниҳодҳои ратсионӣ мебошад. Барои донишҷӯёни донишгоҳ ду китоби дарси ҷарроҳии кӯдакон, ду роҳнамо барои урологияи кӯдакони ва ҷарроҳии абдоминали синни кӯдаки бо ду забон (тоҷикӣ ва русӣ), инчунин луғати энциклопедии терминалогияи ҷарроҳии тоҷикию русӣ ба таъб расонида шудааст. Таҳти роҳбарии Азизов Азам Азизович 18 номзади илмҳои тибб ва 2 доктори илмҳои тибб корҳои илмӣ худро дифоъ намуданд.

Азизов Азам Азизович аз соли 1998 инҷониб аз Шӯрои илмӣ калон ва Шӯрои диссертсионии махсусгардонидашудаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ Ибни Сино ва (с. 2005) Донишкадаи тақмили ихтисоси баъдидипломии коркунони тибби Тоҷикистон мебошад. Ҳамзамон аз ӯро гуруҳи машваратчи Шӯрои таҳририяи рӯзномаи «Авиценна», маҷаллаи «Вестник Авиценна» ва «Авчи Зӯҳал» ҳаст. Инчунин аз ӯро иттифоқи урологҳои Федератсияи Руссия ва ҳамсадри ассотсиатсияи ҷарроҳон, эҳё ва беҳисгардонии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Азизов Азам Азизович бо Ифтихорномаи Шӯрои Олӣ Ҷумҳурии Шӯравӣ Сотсиалистии Тоҷикистон, медалӣ ҷашнии «Барои меҳнати шӯроатнок», бахшида ба 100-солагии хотираи рӯзи таваллуди В.И. Ленин (1970), Ифтихорномаи сифорати ИҶШС дар Афғонистон (1979), Ҳукумати Афғонистон (1978) ва Ҷумҳури Малӣ (1985), нишони «Аълоҷии тандурустии ИҶШС» (1986), медали «Ветерани меҳнат» (1988), унвони «Корманди Шоистаи Тоҷикистон» (2001), академики Академияи техникаи Ҷумҳури Тоҷикистон (2005), инчунин барои фаъолияти ихтироӣ корӣ солҳои 2003-2008 бо дипломҳо ва соли 2007 бо медали тиллоӣ Ташкилоти умумиҷаҳонии интеллектуалии хусусии (ТУИХ) аз тарафи Маркази патенту иттилоотии Вазорати савдо ва рушди иқтисоди Ҷумҳурии Тоҷикистон сазовор гашта, ҳамзамон дорандаи лауреати Ташкилоти патентии Евроосиё (2007) мебошад.

Баъди ба нафақа баромадани А.А.Азизов аз соли 2010 то 2020 роҳбарии кафедраи доктори илмҳои тиб Султонов Шералӣ Раҳмонович ба уҳда дошт. Тӯли ин солҳо коллектив роҳҳои асосию гуногуни табобати ҷарроҳии бемориҳои қафаси сина ва ковокии шикам, инчунин системаи устухон хангоми бемориҳои илтиҳобӣ ва фасоднок дар кӯдаконро коркард кардаанд.

Ӯ соли 2005 рисолаи номзадиро дар мавзӯи «Усули муолиҷаи кистаҳои устухон дар кӯдакон» химоя намудааст. Дар соли 2011 бошад рисолаи докториро оиди мавзӯи «Маҷмӯи таҳқиқ ва муолиҷаи остеомиелити музмини гематогенӣ дар кӯдакон»-ро бомуваффақият дар шаҳри Маскав химоя намудааст. Султонов Ш.Р. муаллифи 2 китоб, 1 монография, зиёда аз 150 корҳои илмӣ, 15 пешниҳоди ратсионалӣ, 5 ихтироот, 20 коркарди методӣ ва муаллифи китоби дарсии «Ҷарроҳии кӯдакон», ки ҳамаи қисмҳои ҷарроҳии кӯдаконро дар бар мегирад ба таърифи расондааст. Ӯ низ китоби

«Ҷарроҳии нуксонҳои инкишоф дар кӯдакон»-ро ба забони давлатӣ навиштааст.

Ӯ савияи дониши худро оиди соҳаи ҷарроҳии кӯдакони дар Европа (Австрия, 2003-2004), Россия (Москва, 2008; 2010; 2016, Санкт-Петербург, 2011) ва Қазоқистон (Ақтубинск, 2007) баланд намудааст. Оиди баланд бардоштани таҳассуси педагогӣ дар асоси барномаи мудирони кафедра ва профессорони соҳаи ҷарроҳии кӯдакони дар солҳои 2011 ва 2016 аз худ намудааст.

Аълоҷии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 2014. Аълоҷии ҳайъати таҳририяи маҷаллаҳои Детская хирургия ва Российская Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии буданд. Ӯ аз ӯро Ассотсиатсияи ҷарроҳони кӯдакони Федератсияи Русия ва ҷонишини раиси шӯрои диссертсионӣ дар назди ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ки оиди соҳаи ҷарроҳӣ буд, ба дӯши худ дошт.

Ӯ бо маърузаҳои илмӣ дар бисёр форумҳои байналмиллалӣ, конгрессҳо ва конференсияҳо дар давлатҳои хориҷии наздик ва дур (Россия, Австрия, Франция, Германия, США, Қазоқистон, Ўзбекистон ва ғ.) баромад намудааст.

Ӯ аввалин шуда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон соҳаи эндочарроҳиро дар соҳаи ҷарроҳии кӯдакон дар амал ворид намудааст. Барои хизматҳои шоён ва пешравӣ дар соҳаи илм ва амалия Султонов Ш.Р. бо ордени «Шараф дараҷаи II» мукофотонида шудааст.

Сафедов Фахриддин Холниёзович аз 08.2020 сол иҷрокунандаи вазифаи мудирони кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино таъин шудааст. Кашфиёт-1, мақолаи илмӣ-67, тезис-9, ихтироот-10 ва пешниҳоди ратсионалӣ-2.

Дорандаи нишони МД ММПИ ВРИ ва С ҚТ 2011., Нишони фахрии МД ММПИ ВРИ ва С ҚТ 2013.

Дорандаи медали тиллоӣ ва дипломи ба номи В.И. Блинников «За вклад в изобретательское и патентное дело» ташкилоти патентии Евроосиё, Москва мебошад.

Бо дастгирии Ҳукумат ва Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон клиникаи ҷарроҳии кӯдакони ММТ ҚТ бо технологияҳои наватарин: томографияи компютерӣ, дастгоҳҳои муосири рентгенӣ (аз ҷумла дастгоҳҳои рентгении мутаҳарриқи портативӣ), эндоскопҳои муосири чандир (гастроскоп, бронхоскоп, колоноскоп, систоскоп), маҷмӯи эндовидеочарроҳии ширкати Карл Шторс (Олмон), маҷмӯи нави асбобҳои

чарроҳӣ, мизҳои чарроҳӣ, чевонҳои гармхушкунак, автоклавҳо ва ғайра таҷҳизонида шудааст.

Соли 2010 дар заминаи кафедраи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо дастгирии раёсати донишгоҳ ва Вазорати тандурустӣ аз нав курсҳои тақмили ихтисоси табибон оид ба чарроҳии кӯдакона кушода шуд.

Тайи солҳои истиқлолияти давлатӣ бо дастгирии Ҳукумат ва Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ чарроҳони кӯдакон конференсияҳои илмию амалӣ бо иштироки меҳмонони хориҷӣ “Оризаҳои уролитиази кӯдакон” (1998); конференсияи VI илмию амалии чарроҳони кӯдакони вилояти Ленинобод (1998); 24-25 майи 2013 конференси илми амали бо иштироки намоёндагони давлатҳои хориҷи дуру наздик кафедраи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар мавзӯи “Дастовардҳо ва дурнамои рушди чарроҳии кӯдакони Тоҷикистон”-ро бахшида ба 85-солагии зодрӯзи асосгузори илми чарроҳии кӯдакона дар Тоҷикистон, узви вобастаи АИ Ҷумҳурии Тоҷикистон, д.и.т., профессор А.Т. Пулатов гузарониданд, ки дар кори он 28 нафар олимони соҳа аз хориҷи кишвар иштирок доштанд.

Аз соли 1996 инҷониб бо ташаббуси Вазорати тандурустии ҚТ дар шаҳри Душанбе беморхонаи шаҳрии клиникаи чарроҳии кӯдакон ташкил ёфт, ки дорои 76 кат буд, шӯъбаҳои якҷумла дуоми чарроҳӣ бо 35 катӣ ва шӯъбаи анестезиология-реаниматсия бо 6 кат таҷҳизонида шуда буд. Беморхонаи шаҳрии клиникаи чарроҳии кӯдакон базаи кафедраи чарроҳӣ, эҳғарӣ ва беҳисгардонии ДТБКСТ ҚТ ба ҳисоб мерафт, ки роҳбарии онро профессор Абдуфаттоев Туйчи Абдуфатоевич ба зимма дошт (1996-2013). Дар клиника як профессор, 2 нафар доктори илмҳои тиб, 2 дотсент ва зиёда аз 10 номзоди илми тиб фаъолият мекунанд.

Кафедраи чарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакони МДТ Донишкадаи тахсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон (ДТБКСТ ҚТ) аз соли 1993 дар таркиби кафедраи ҳамноми Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) ба номи Абуали ибни Сино дар пойгоҳи клиникаи чарроҳии кӯдакони Беморхонаи клиникаи ҷумҳуриявӣ ба номи А.М. Дякова ташкил карда шуда буд. Решаҳои таърихи ташкилшавӣ ин ҳанӯз аз солҳои 1975 асос гирифтааст, ки он вақт ҳамчун курс дар назди факултаи тақмили ихтисоси ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино фаъолият мекард. Моҳи феврالی соли 1994 кафедра аз таркиби кафедраи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино ҷудо карда

шуд. Мудири кафедра д.и.т., профессор Абдуфатоев Туйчи Абдуфатоевич таъин карда шуд. Аз баски дар пойгоҳи клиникаи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино гурӯҳҳои бисёри донишҷӯён дарс мегузаштанд, барои фаъолият намудани кафедраи чарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакони ДТБКСТ ҚТ шароити мутобиқ мавҷуд набуд. Аз ин лиҳоз бо фармони Вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар таърихи 16 марти соли 1996 дар пойгоҳи Шифохонаи кӯдакони шаҳрӣ, кафедраи чарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакони ДТБКСТ ҚТ таъсис ёфт. Профессор Абдуфаттоев Т.А., ки мунтазам аз солҳои 1994 то 2013 фаъолияти пурсамар намуда, саҳми арзандаи худро оиди пешрафти илм, рушди намои кафедра ва соҳаи чарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакона дар ҷумҳурӣ гузоштааст. Т.А. Абдуфаттоев аз соли 2001 то 2004 раиси Шӯрои диссертатсионии соҳаи «Анестезиология ва реаниматология» ва аз соли 1997 то соли 2008 Раиси ассотсиатсияи чарроҳии кӯдакон, анестезиологон ва реаниматологонии ҚТ буд. Ӯ аъзои Шӯрои таҳририяи маҷаллаҳои «Нигоҳдории Тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Чарроҳии кӯдакон», «Илмӣ-амалии ДТБКСТ ҚТ» ва аъзои ҳақиқии ассотсиатсияи байналмилалӣ чарроҳон ба номи Н.И. Пирогов ва Анали чарроҳии-гепатология буд. Ӯ академики фанҳои тибби-техникии Федератсияи Русия, соли 2010 то 2013 аъзои байналмилалӣ конгресси тиббии Аврупо буд. Ӯ дар солҳои фаъолияташ ҳамчун олими пурсамар зиёда аз 23 номзадҳои илми тиб ва 4 доктори илҳои тиб, тайёр намудааст.

Аз соли 2000 то 2009 дар пойгоҳи клиника лабораторияи Марказии клинко-биохимиявии ДТБКСТ ҚТ фаъолият дошт. Дар кафедра тақмили ихтисос аз рӯи зиёда аз 12 давраҳо: масъалаҳои муҳими чарроҳӣ, чарроҳии фасодӣ, урология, чарроҳии навзодон, эндоскопӣ, трансфузиология, анестезиология ва реаниматология, табобати интенсивӣ дар педиатрия ва тақмили ихтисос оиди кормандони миёнаи тиб сураат мегирад. Ҳамзамон хониш оиди интернатураи клиникӣ, ординатураи клиникӣ ва таҳассусгирандагон гузаронида мешавад.

Аз соли 2013 то 2015 бошад, мудирии кафедра ба ўҳдаи н.и.т., дотсент Рофиев Рауф Рофиевич вобаста карда шуда буд. Ӯ аз соли 2005 то ҳоло саркотиби шӯроҳои диссертатсионии донишкада буда, муҳаррири маҷаллаи “Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ” ва котиби масъули маҷаллаи “Нигоҳдории тандурустии

Тоҷикистон» мебошад. Ба қалами Р.Р. Рофиев зиёда аз 210 мақолаҳои илмӣ, 11 ихтироот, 15 пешниҳоди беҳдоштӣ, 6 коркарди дарсӣ, 3 дастурамал, 4 қисми китоби дарсӣ оиди «Чарроҳии кӯдакон» тааллуқ дорад. Саҳми гузоштаи Рофиев Р.Р-ро дар соҳаи илм кадрдонӣ намуда роҳбарияти Донишкада бо фармони №915 аз 27 октябри соли 2017 бо унвони Профессори фаҳрии донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, сазовор гардониданд.

Аз соли 2015 то айни ҳол мудирии кафедра ба ўҳдаи н.и.т., дотсент Азизов Баҳром Ҷураҳонович мебошад. Ў дар ин давр зиёда аз 97 мақолаҳои илмӣ, 7 коркарди таълимӣ-методӣ, 2 ихтироот ва 3 пешниҳоди беҳдоштӣ навишта ба таъби расонидааст. Дар айни замон кафедра дар пойгоҳи МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол», ки аз қисми маъмурият, 15 шӯбаҳо ки аз 182 кат иборат мебошад, ҷойгир шудааст. Бинои чарроҳии кӯдакон дар блоки 6-уми МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» ҷойгир шудааст.

Дар беморхона ба ғайр аз чарроҳихонаи умумӣ 4 чарроҳихона дар ҳуди бинои чарроҳи кӯдакон мавҷуд аст, ки дар он ҳамаи намудҳои амалиётҳои чарроҳиро пурра мегузaronанд. Ҳаминро бояд қайд кард, ки дар назди қисми таваллудхонаи МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» шӯбаи перинаталӣ мавҷуд аст, ки бо тамоми таҷҳизоти муосир ҷиҳозонида шудааст.

Дар шӯбаҳои чарроҳии кӯдакона дар айни ҳол бо 73 намуд назологияҳо амалиётҳо гузаронида мешавад. Дар ин давра як қатор усулҳои нави амалиётҳои муосир ба беморон гузаронида шуда истодааст: торакопластика бо усули Нисса, тармии сурхрӯда, бронходилотатсия дар ҳолати тангшавии модарзодии найчаи роҳҳои нафас (бронх), сфинктеропластика дар ҳолати норасоии сӯроҳии маъд, проктопластикаи трансаналӣ бо усули Де-Ла-Торе Мондраган, Баргарафсозии бемориҳои масона: масонаи нейрогенӣ, рефлюкси масонаву холиб, баргараф намудани тангшавии модарзодии қисми холибу ҳавзак бо усули эндууролоҷӣ, стентгузорӣ дар холибҳо, баровардани сангҳои холиб ва ҳавзак, санҷидани фаъолияти мушакҳои маъд бо дастгоҳи Киргизов, сфинктеромиография.

Дар рушду нумуи кафедра хизматҳои арзандаи д.и.т., профессор Ибодов Ҳ.И. назаррас мебошад. Бо роҳбарии ӯ 6 рисолаи номзодии илмҳои тиб ва 2 рисолаи доктори ҳимоя шудааст. Ба қалами ӯ зиёда аз 200 мақолаҳои илмӣ, 11 китобҳои дарсӣ, 12 ихтироот, 10 пешниҳоди ратсионалӣ ва

8 дастурамалҳои таълимӣ тааллуқ дорад.

Профессор Ибодов Ҳ.И. сармутахассиси ВТ ва ҲИА ҶТ оиди соҳаи чарроҳии кӯдакон буда, аз соли 2009 Сармуҳаррири маҷлаи Ниғадории тандурустии Тоҷикистонро ба ўҳда дорад. Ибодов Ҳ. барои хизматҳои софдилонааш бо нишони «Аълочии тандурустии Тоҷикистон» соли 1995, «Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон» соли 2013 ва медали «Хизмати шоиста» соли 2007 кадр гардидааст. Аз соли 2010 Академики Академияи тиббӣ техникаи Федерацияи Россия, аз соли 2012 аъзои Шӯрои таҳририяи маҷаллаи илмӣ «Archiv EVROMEDICA» дар шаҳри Ганновери Ҷумҳурии Олмон. Ҳамзамон узви шӯрои диссертатсионии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Тоҷикистон буда, дар қори онҳо фаъолона иштирок менамояд.

Ў соли 1983 дар шаҳри Москва, солҳои 1985, 1986 дар шаҳри Алмаатои Ҷумҳурии Қазоқистон, соли 1990 дар шаҳри Харкови Украина, соли 2003 дар шаҳри Санкт-Петербург, соли 2005 дар шаҳри Мансураи Миср курсҳои тақмили ихтисосро гузаштааст.

Соли 1997 рисолаи намзади, соли 2004 рисолаи докториро дар шаҳри Санкт-Петербурги Федератсияи Россия ҳимоя намудааст. Соли 2010 ба гирифтани унвони илмӣ-профессор мушарраф гардидааст.

Ибодов Ҳабибулло доктори илмҳои тиб, профессор, табиби дараҷаи олӣ, узви Ассоциатсияи чарроҳони кӯдаконаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия буда, дар конференсияҳо ва конгрессҳои байналмилалӣ берун аз кишвар бо мавзӯҳои илмӣ баромад намуда, илми тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистонро муаррифӣ менамояд.

Айни ҳол бошад, дар кафедра оиди 4 рисолаҳои докторӣ ва 4 рисолаҳои номзодии унвонҷуён ва аспирантон тадқиқоти илмӣ бурда истодаанд. Дар ин давра зиёда аз 525 мақола ва тезисҳои илмӣ дар маводҳои конферонсҳо, анҷуманҳо ва конгрессҳои давлатҳои Осиёи Марказӣ, Федератсияи Русия, Украина, Изроил, Германия, Туркия ва дар маҷаллаҳои тандурустии ҶТ, «Аналоги чарроҳии чигар», «Чарроҳии кӯдакон», «Паёми Сино», «Пайёми чарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакон ва муолиҷаи интенсивӣ» Федератсияи Русия ва ғайра chop шудаанд. Бо таъаббуси кормандони кафедра соли 1997 «Ассотсиатсияи чарроҳон, анестезиология ва реаниматологияи кӯдаконаи ҶТ» таъсис дода шуд.

Дар айни ҳол кормандони кафедра дар якҷоягӣ бо кормандони клиника барои беҳтар ва хубтар намудани ташхис ва муолиҷаи беморон бо технологияи муосир ҳиссагузорӣ карда истодаанд.

Дар охир зикр кардан зарур аст, ки хизматрасонии ҷарроҳии кӯдакони ҷумҳурӣ новобаста

аз мушкилоти гуногуни давраи гузариш, бо истифодаи дастовардҳои асосгузори ин илм дар Тоҷикистон ва дӯстии бисёрсола ва ҳамкорӣ бо мактабҳои пешқадами ҷарроҳии кӯдакони Россия ва Аврупо тақия карда рушд ёфта ва пеш рафта истодааст.

ДУРНОМАИ ТАШКИЛИ КОРИ ШҶЪБАҲОИ УРОЛОГИЯИ КӯДАКОНА ДАР МАРҲАЛАИ ИСЛОҲОТИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Маҳмадҷонов Д.М.

*Сармутахассиси соҳавии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон оиди урологияи кӯдакона, дотсенти кафедраи ҷарроҳии
кӯдакони ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, н.и.т., дотсент*

Урологияи кӯдакона, яке аз мураккабтарин соҳаи илми тиб ба шумор меравад. Моҳияти омӯхтани ин соҳаи мураккаб дар он аст, ки қисми зиёди кӯдакони навзод, ширмак, то синни мактабӣ ва мактабиро дар бар гирифта, сол аз сол шумораи бемориҳои системаи пешобу таносули зиёд шуда истодааст.

Сарчашмаи тараққиёти урологияи кӯдакон дар ҷумҳурӣ аз ташкил ёфтани шӯъбаи урологияи кӯдакона, ки соли 1965 дар ҳайати клиникаи ҷарроҳии кӯдакона шурӯъ намуда ҳамчун маркази ҷумҳуриявии урологияи кӯдакон ба ҳисоб мерафт, қорҳои зиёдеро ба анҷом расондааст. Дар ин солҳо роҳбарии шӯъбаи урологии кӯдаконаро чунин шахсон донишманду қордон ба мисли профессор А.А. Азизов, дотсент Д.М. Маҳмадҷонов, номзадони илми тиб Л.Ф. Степанова, В.А. Игнатова, Х.Х. Хайруллоев, Р.К. Мирзоев ва М.К. Каримова ба ўҳда дошанд.

Ҳамчун маркази ҷумҳуриявӣ шӯъбаи мазкур барои дар марказҳои вилоятҳо ва ноҳияҳои ҷумҳурӣ шӯъбаҳои махсуси урологияи кӯдакона кушода шаванд мусоидат намуд ва ин шӯъбаҳо дар баъзе вилоятҳо фаъолият карда истодаанд.

Барои беҳтар расонидани ёрии тиббӣ ба кӯдакони гирифтори бемории ҷарроҳии системаи пешоб, баланд бардоштани савияи дониши ҷарроҳони кӯдакона, дар амал татбиқ кардани усулҳои нави ташхис ва табобати бемориҳои урологии кӯдакона, бо мутахассисон мунтазам қонфронсҳо ва ҷаласаҳои минтақавӣ ва ҷумҳуриявӣ гузаронида мешаванд. Ҳамаи дастурҳои илмӣ – амалӣ ба воситаи ин ҷамъомадҳо дар вилоятҳо, шаҳру ноҳияҳо дар амал татбиқ карда мешаванд.

Дар ҳайати шӯъбаи урологии кӯдакона хизмати хуби уроанестезиологӣ ба роҳ монда шу-

дааст. Қорҳои амалии духтурони анестезиолог; беҳисгардонӣ дар вақти ҷарроҳӣ ва ташхисҳои махсуси урологӣ қор аз нуқтаи назари илмӣ гузаронида мешавад. Аз рӯзҳои аввали бистарии бемор дар ташхис ва гузаронидани тайёрии пеш аз амалиётӣ беҳисгардонон фаъолон иштирок мекунанд. То имруз бисёр усулҳои нави беҳисгардонии урологиро ба мисли гемоделизисия дар рафти амалиёт, аутогемотрансфузия дар урология ва ғайра пешниҳод ва истифода бурда мешаванд. Дар шӯъбаи урологии кӯдакона методҳои ташхиси рентген-урологӣ ва асбоби васеъ истифода мешаванд. Ба ғайр аз муоинаҳои муқарарӣ мувофиқи назардошт, ангиография, томографияи компютерӣ, ультрасадо, доплерография ва ренографияи изотопӣ васеъ истифода бурда мешаванд. Зиёда аз 40% муоинаҳои дар боло зикршуда дар зери беҳискунии умумӣ гузаронида мешаванд. Бемороне, ки барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ эҳтиёҷдоранд, вобаста бо вазнинии ҳолати умумии бемор, марҳалаҳои пиелонефрит ва норасоии музмини гурда, омодагии пеш аз амалиётӣ гузаронида мешавад. Аз ҳама муҳим он аст, ки вақти гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар кӯдакон бояд эҳтиёткорона рафтор қард, намудҳои безарари амалиётиро истифода бурд, ки роҳҳои пешоббарорро аз монеаҳои, ки сабаби бемории санги пешоб мебошанд аз байн бурда шаванд. Гузаронидани амалиётҳои пластикӣ ва барқароркунамандаро босифат иҷро намудан асоси босамари гузаронидани амалиёт ба ҳисоб меравад.

Дар солҳои охир зиёда аз 20 намуд амалиётҳои нави барқароркунӣ ва конструктивӣ пешниҳод шудаанд. Ҷарроҳии барқароркунии дохили гурдавӣ (колик-коликаноастомоз) дар ҳолатҳои тангии гарданаи қосаҷаҳо ва гидроқоликоз; дар ҳолати тангии

дохили гурдагии сегменти хавзаку-ҳолиб; буриши ҳолиб дар мавриди дисплазияи қисми масонагӣ ба чарроҳии зиди аксулчараёни бо усули Григуар; аутоцистодубликатура дар ҳолати систити музмин; буриши гарданаи масона дар ҳолати склерози он; буриши ҳолибҳо аз ду тараф ба гузаронидани неосистоуретероанастомоз, дар вақти уретерогидронефроби дугарафа, ки ба норасоии музмини гурда овардааст, эмболизатсияи шараёнҳои гурда дар ҳолати пионефроз ба 100% этанол, тайёрии пешазамалиётӣ ва дар вақти пажмурдашавии гурда ҳамчун нефроэктомиаи альтенативӣ, реиннерватсия ва реваскуляризатсияи масона дар ҳолати нейрогени шудани он; аз бофтаҳои мавзеи сохтани масона бо усули Баиров бо пешниҳодоти клиника хангоми экстремии он ва ғайра.

Ҳамасола дар роҳҳои пешобгузар зиёда аз 350 амалиёти чарроҳӣ гузаронида мешавад, ки қариб 35% онҳо амалиётҳои барқароркунии реконструктивиро дар бар мегиранд.

Ҳар сол то 550-600 беморони гирифтори беморҳои роҳҳои пешоббарор бистари мешаванд, ки дар байни онҳо кӯдакони гирифтори бемории санги пешоб 44-55%, нуқсонҳои модарзодии роҳҳои пешобгузар-18%, беморҳои фасодию-сироятӣ 36%-ро ташкил медиҳанд.

Дар ҳамаи ноҳияҳои ҷумҳурӣ нақшаи ягонаи диспансеризатсияи (назорати доимӣ) беморҳои урологӣ; бемории санги пешоб, варикоцеле, крипторхизм, нуқсонҳои инкишофи узвҳои пешобгузар ва чинсӣ, истискои пардаи хусия (гидроцеле) ба роҳ монда шудааст.

Таҳлили кори чарроҳони кӯдакона дар маркази вилоятҳо, ноҳияҳои ҷумҳурӣ нишон медиҳад, ки шумораи бемороне, ки эҳтиёҷи бистарӣ доранд, аз беморони бистаришуда қариб 40% зиёдтар мебо-

шанд. Барои ҳамин ҳам бояд, дар ноҳияву вилоятҳо катҳои урологии кӯдакона ба нақша гирифта шаванд. То имруз фақат дар маркази вилояти Суғд ва Хатлон шӯъбаҳои урологии кӯдакона бо 20 кат фаъолият доранд халос. Дар дигар вилоятҳо ва ноҳияҳо кӯдакони гирифтори беморҳои роҳҳои пешоббарор чарроҳони кӯдакона муолиҷа меку-нанд, ки ба паст шудани сифати кори муолиҷавӣ оварда мерасонад.

Дар табоати беморони гирифтори беморҳои урологӣ 27 урологҳои кӯдакона машғуланд, 9 нафари онҳо дар клиникаи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино ба беморон ёрии табоати-мушовирӣ мерасонанд. Ёрии бевоситаи онҳо дар вақти лозимӣ тавассути мошинҳои санитарӣ ба ҳамаи ҳочатмандон мерасад. Дар маркази вилоятҳо 6 урологҳо кор мекунанд: ду уролог дар маркази вилояти Хатлон, дутои онҳо дар шаҳри Хучанд, яке аз онҳо дар шаҳри Кулоб.

Дар клиникаи корҳои илмӣ оиди ташхис ва чарроҳии бемории санги пешоб ва ташхис ва табоати чарроҳии нуқсонҳои инкишоф дар кӯдакон давом дорад. Дар натиҷаи ин тадқиқотҳои илмӣ 16 рисолаи номзадӣ ва 3 рисолаи докторӣ Ҷимоя карда шуд, дар матбуоти илмӣ тиббӣ зиёда аз 400 мақолаҳо нашр гардидаанд, 6 монография, 11 дастури илмӣ-амалӣ ба ҷоп расида, 83 пешниҳодҳои ратсионализаторӣ тасдиқ гардидаанд.

Барои беҳтар намудани сифати кор бояд, ки ординатураи клиникӣ барои урологияи кӯдакон ташкил шавад, марҳалаҳои баланд бардоштани ихтисос аз ҷанни урологии кӯдакон зиёд карда шавад. Дар маркази вилоятҳо шӯъбаҳои урологияи кӯдакона ташкил карда, дар ноҳияҳо ташкили катҳои урологӣ дар ҳайати шӯъбаҳои чарроҳӣ мувофиқи мақсад мебошад.

СТАТЬИ

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Абдурахманов Р.М., Вохидов А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Традиционно в отечественной педиатрии клинический диагноз включает в себя основное заболевание и его осложнения, а также сопутствующее заболевание. Основными могут быть несколько конкурирующих тяжелых заболеваний. Конкурирующие заболевания - это

группа патологических состояний имеющиеся одновременно у больного, взаимно зависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания. При этом выявленные педиатром сопутствующие заболевания - это случайная коморбидность, т.е. случайное

сочетание любой болезни с основной [1, 2].

Доказано, что при наличии коморбидности для постановки правильного диагноза больному необходимо соблюдать определенные правила: в диагнозе выделяются основное заболевание, фоновые заболевания, осложнения и сопутствующие патологии. То есть среди «букета» заболеваний необходимо, прежде всего определить ту болезнь, которая требует первоочередного лечения, так как она угрожает жизни пациента, снижает качество его жизни, или же может спровоцировать опасные осложнения. Бывает так, что основное заболевание не одно, а несколько. В таком случае говорят о конкурирующих заболеваниях, т. е. болезнях, протекающих у больного одновременно, взаимонезависимых по механизму возникновения [1, 2].

Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, повышая вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению вероятности инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений. Другой аспект коморбидности, требующий всестороннего изучения – это влияние этого клинического феномена на длительность пребывания больного на больничной койке, стоимость диагностических и лечебных мероприятий.

Не вызывает сомнения тот факт, что некоторые коморбидные заболевания и состояния, сопутствующие пневмониям, оказывают существенное влияние на течение пневмонии у детей [3, 5], что важно учитывать при лечении заболевания. Причины возникновения внебольничной пневмонии достаточно многообразны, отмечается зависимость частоты и разновидности коморбидных заболеваний от возраста больного ребенка. Для детей от 0 до 1 года жизни характерны факторы-условленные перинатальным периодом, недоношенность, ЗВУР, внутриутробная пневмония, травма, асфиксия, для детей раннего возраста гельминтозы, анемия, рахит, гипотрофия, а для более старших и подростков, наиболее значимые коморбидные заболевания это диабет, астма, аллергодерматоз, заболевания мочевой системы. Для всех возрастных групп острые респираторные заболевания, частые бронхиты относятся к наиболее постоянным коморбидным заболеваниям. Следовательно, отдельные коморбидные заболевания и состояния, такие как острые респираторные заболевания, железодефицитная анемия, атопический дерматит и острый отит, оказывают существенное влияние на течение и тяжесть переносимой болезни [3, 4, 6], что важно учитывать при лечении заболевания.

Развитию ВП у детей 3-5 лет способствуют: курение родителей.

Цель исследования. Изучить влияние коморбидных заболеваний на течение и исход пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка частоты сопутствующих коморбидных заболеваний у 125 детей различного возраста от 0 до 3 лет. Дети были разделены на две группы 1 группа с ВП – 75, и вторая группа без ВП – 50. При выполнении исследования, была использована методология выкопировки данных из медицинской документации как амбулаторного, так и стационарного уровня. В процессе анализа полученных данных нами определены наиболее чувствительные и специфичные признаки ВП.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе StatgraphicsPlusforWindows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в%, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (t). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различия считали достоверными при $t > 2$, $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Значительная роль в развитии пневмонии, отводится ранее перенесенным и сопутствующим заболеваниям, которые могут провоцировать снижение резистентности организма, особенно его неспецифического звена. Развитие вторичного иммунодефицита как следствие увеличение напряженности специфических факторов защиты, возникающее при задержке постнатального их созревания.

Анализируя течение антенатального периода у матерей обследованных детей обеих групп было установлено, что у матерей, дети которых страдали ВП статистически достоверно чаще регистрировалась фетоплацентарная недостаточность (42,5%) (табл.1). У более чем 1/3 (38,6%) матерей 1 группы, беременность протекала на фоне экстрагенитальной патологии, каждый 10 ребенок родился от преждевременных родов, перинатальная патология ЦНС выявлена была у более чем 2/3 (88%).

Изучая коморбидные заболевания у детей страдающих пневмонией было установлено, что частота сопутствующих заболеваний имело место у 75,3% детей, в данный перечень наименований, входят достаточно большое число болезней и состояний: состояния связанные с перинатальным периодом - постгипоксическая энцефалопатия,

недоношенность, наличие в анамнезе в периоде новорожденности перенесенных пневмонии и пневмопатии (21,4%).

периода на тяжесть течения пневмонии статистически достоверно снижается.

Таблица 1

Факторы риска внебольничных пневмоний у детей

Фактор риска	У детей с ВП, чел (%), n=75	У детей без ВП, чел (%), n=50	p
Фетоплацентарная недостаточность	32 (42,6%)	15 (30%)	0,01
Экстрагенитальная патология у матери	29 (38,6%)	5 (10%)	0,001
Гестационный возраст 36-37 недель	10 (13,3%)	2 (4%)	0,001
Перинатальное поражение ЦНС до 1 года жизни	66 (88%)	22 (44%)	0,001

Не менее важная и достаточно специфичная для развития пневмонии группа факторов, это медико-социальные, социально-гигиенические. Основными правлениями данных факторов было: многодетность в семьях, как следствие этого, отсутствие или не в полной мере оказание внимания больным детям (42,6%). Неполная семья из-за трудовой миграции одного из родителей, чаще отца - 56,1%, как следствие этого недостаточная материальная обеспеченность в некоторых семьях 22,9%. Также выявлен фактор как не соблюдения нормативных требований по медицинскому обслуживанию больного ребенка на дому со стороны медицинских работников 65,4%.

Нами изучены (табл. 2) частота коморбидных заболеваний характерных перинатальному периоду.

К факторам риска развития пневмонии у детей до года свойственных перинатальному периоду, относятся осложнения выявляемые у беременных и рожениц: гестозы ($\chi^2 = 5,42$, $df = 1$), нарушение маточно-плацентарного кровотока ($t\phi = 0,004$), патология плаценты ($t\phi = 0,001$) и различные пособия при родах, извлечение плода посредством кесарева сечения ($\chi^2 = 45,75$, $df = 1$).

Факторы риска свойственные перинатальному периоду различно влияют на течение и исход пневмонии у детей разных возрастных групп. Указанные факторы риска (таб. 2) более чувствительны для детей первого года жизни. С увеличением возраста степень влияния факторов перинатального

Таблица 2

Характеристика коморбидной патологии у детей с пневмонией свойственных перинатальному периоду

Анализируемые признаки	Частота встречаемости признаков у больных пневмонией	
	Возраст детей	
	До 1 года	От 1 года до 3 лет
Осложненное течение интранатального периода	0,45	0,22
Недоношенные	0,19	0,05
Внутриутробная гипоксия асфиксия в родах	0,55	0,10
Задержка внутриутробного развития	0,44	0,09
Внутриутробная пневмония	0,64	0,29

Другую группы заболеваний составили патологии в этиологии, которых лежат обменные нарушения. Коморбидные заболевания, такие как рахит, анемия, аллергический диатез и другие в значительной степени влияют на течение местного и общего патологического процесса, на степень тяжести и прогноза пневмонии. Среди обследованных детей, рахит регистрировался у 67,3% детей, дистрофия по типу паратрофии и гипотрофии, у 34,7% и 59,3% соответственно, анемией страдали 69,7% детей, аллергический диатез выявлен - 23,5%. Комбинация 2 и 3 сопутствующих заболеваний имело место 55,9% случаев.

Нами проведен сравнительный анализ относительной частоты признаков пневмонии (кашель, лихорадка, дыхательная недостаточность и др.), на фоне различных сопутствующих заболеваний у младенцев до года и детей раннего возраста. В процессе анализа выявлено, что степень выраженности признаков пневмонии в зависимости от сопутствующего заболевания у детей разных возрастных групп различна. Так на фоне рахита у детей до года выраженность признаков пневмонии составляли - 0,33, а у детей раннего возраста - 0,73, при анемии 0,55 и 0,79, на фоне гипотрофии 0,39 и 0,23, аллергического диатеза 0,24 и 0,19, патологии ЛОР органов - 0,26 и 0,45 (соответ-

ственно).

Выводы: Течение и исход внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, напрямую зависит от социально-гигиенических, медико-организационных и конституционно-фоновых факторов.

Коморбидные заболевания характерные раннему возрастному периоду, различно влияют на течение, длительность и исход пневмонии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.В. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения, 2 изд. исправл. и дополн. М.: ПедиатрЪ; 2015.
2. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К., Манеров Ф.К., Мизерницкий Ю.Л. Внебольничная пневмония у детей. Педиатрия. 2012; (Спец. вып.): 28-33.

3. Саиба Эль-Рахди А. Дж. Кэрролла, Н. Клейна. Лихорадка у детей: руководство, пер. с англ. под редакцией В.К. Таточенко. М.: ГЭОТАРМедиа; 2013.

4. Сидоренко С.В., Королева И.С., Харит С.М. и др. Пневмококковая пневмония в России – эпидемиологическая ситуация. Педиатрическая фармакология. 2010; 7 (4): 12-18. <http://cyberleninka.ru/article/n/pnevmonokkovaya-infektsiya-v-rossii-epidemiologicheskaya-situatsiya> (дата обращения 03.04.2016)

5. Чучалин А.Г. Пульмонология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР Медиа; 2013.

6. Sarah S. Long, Larry K. Pickering, Charles G. Prober. Principles and practice of Pediatric Infectious Diseases, fourth edition: Elsevier; 2012. <http://store.elsevier.com/Principles-and-Practice-of-Pediatric-Infectious-Diseases/Sarah-Long/isbn-9781437727029/> (дата обращения 03.04.2016).

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.

ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сотни миллионов детей во всем мире являются детьми-инвалидами, у 5% новорожденных имеются врожденные аномалии развития. Ведущие места в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные аномалии развития, болезни нервной системы и психические расстройства. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2–2,5 случая на 1000 детей.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это термин, используемый для обозначения группы не прогрессирующих нарушений позы тела и движений, вызванных повреждением центральной нервной системы (ЦНС), произошедшим в антенатальном, интранатальном или неонатальном периоде [1, 2]. Этиология детского церебрального паралича разнообразна: инфекционные, соматические и эндокринные заболевания матери, токсикозы беременности, патология пуповины и плаценты, аномалии родовой деятельности, акушерские операции, иммунологическая несовместимость крови матери и плода и др. Однако нельзя не учитывать, что родовая травма чаще всего происходит на фоне предшествующего дефекта развития плода, при патологических а иногда даже при физиологических родах. Соотношение пренатальных и перинатальных факторов поражения мозга при ДЦП, по

мнению различных авторов [3, 4, 6, 8], различно. Так дородовые формы церебрального паралича регистрируются от 35 до 62,4%, тогда как интранатальные – от 27 до 52,5%, постнатальные – менее 25,2%. Регуляция мышечного тонуса является конечным результатом совместной деятельности многих образований головного мозга, расположенных на различных уровнях ЦНС и осуществляется благодаря наличию большого количества вертикальных, горизонтальных ионокальциевых связей. Нарушение любого из звеньев этих связей приводит к той или иной степени выраженности патологии мышечной системы, в данном случае и возникновению ДЦП.

Цель исследования. Изучить основные факторы провоцирующие возникновение ДЦП.

Материалы методы исследования. Проведен анализ медицинских статистических отчетных форм 31 и 32 «Отчет о медицинской помощи детям», «Отчет медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным» за период с 2014 по 2018 гг., анализ отчетных документов ГУ РЦ Реабилитации детей.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе StatgraphicsPlusforWindows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в%, среднюю арифметическую величину (М), величину средней ошибки

(t).критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t > 2$, $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Распространенность ДЦП, зависит от многих факторов, по статистическим данным показатель распространенности в разных странах различна. Частота ДЦП в мире - варьирует от 2 до 5 случаев на 1000 родов (в среднем 2,5 на 1000 родов). В Российской Федерации составляет 2,2-3,3, на 1000 новорожденных, в Москве – 1,9 на 1000 детей. Тогда как в Таджикистане анализируемый показатель составляет – 1,3 на 1000 новорожденных.

Патология нервной системы ребёнка возникает во внутриутробном периоде вследствие воздействия негативных факторов, таких как заболевания матери, несовместимости крови матери и плода по группам и резус-фактору, натальных кранио-цервикальных травм. Анализ данных показал, что в 86% случаев неврологические заболевания, приводящие к инвалидности у детей, являются следствием патологии беременности и родов. Причем исходом такой патологии в 30% случаев является выздоровление, в 30% – стойкая инвалидность, в 40% случаев – условно инвалидизирующие состояния, которые при своевременной и правильной реабилитации могут быть частично или даже полностью обратимы.

Проведенный анализ факторов способствующих возникновению ДЦП показал, что к развитию детского церебрального паралича приводят различные осложнения в родах, частота которых превышает 40,2%. К таким факторам относятся, слабость сократительной деятельности матки во

время родов - (23,6%), затяжные роды - (24,0%), оперативное родовспоможение – (14,0%), кесарево сечение – (11,36%), длительный безводный период - (5,0%), стремительные роды - (4%), ягодичное предлежание плода - (6,5%), длительный период стояния головки в родовых путях (5,0%).

Анализ видов и частота перинатальных повреждений мозга показал, что в 47,4% имело место гипоксия-ишемия, у 28,5% случаев аномалии и дисплазии мозга (в том числе обусловленные хромосомными нарушениями), TORCH-инфекции 19%, родовая травма 4%, на долю наследственных болезней обмена приходится всего 2% случаев.

Перинатальное поражение нервной системы в последнее время вышло на первое место в структуре детской инвалидности и младенческой смертности.

Рассматривая причины перинатальных повреждений нервной системы, авторы оценивают их значимость по-разному [1, 2]. Одни определяют ведущей роль антенатальных факторов, включая многие варианты патологического течения беременности, другие уверены в значимости, прежде всего, интранатальных травм (Барашнев Ю.И., 2011).

Следует отметить, что современные достижения медицины оказывают на статистику ДЦП двоякое влияние.

Проведя анализ факторов риска в перинатальном периоде, (рис. 1) нами установлено, что более 2/3 (75,3%) причин приходится на антенатальный период, на долю интранатального периода 10,3%, постнатальный период может провоцировать возникновение ДЦП в 12,3% случаев и только 2,1%

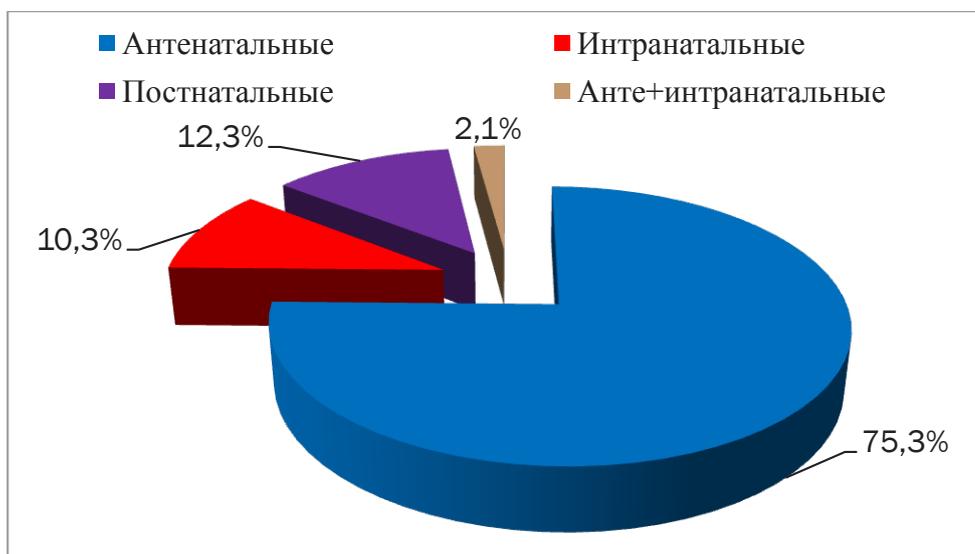


Рис. 1. Факторы риска развития ДЦП

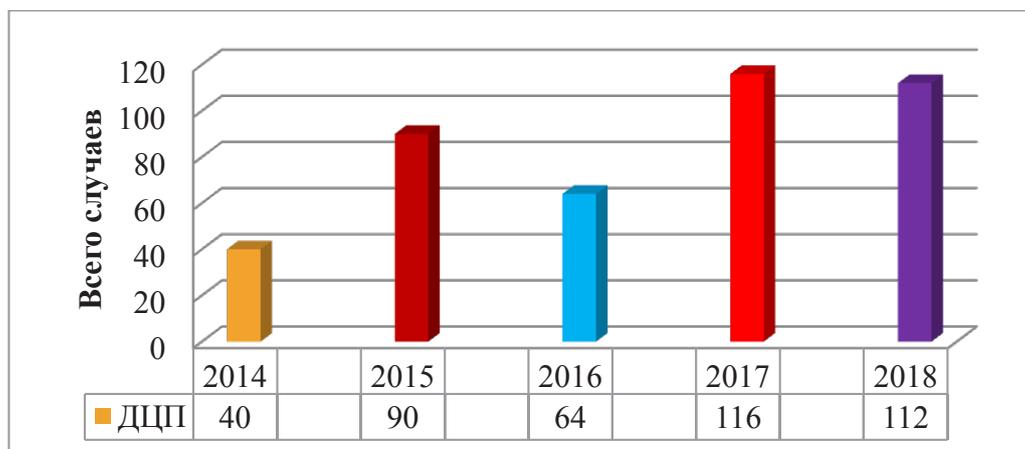


Рис. 2. Число детей 1 года жизни страдающих ДЦП в г. Душанбе за период с 2014 по 2018 гг. (форма 31)

имело место комбинирование факторов анте и интранатальных периодов.

Возрастающее воздействие социальных и экологических факторов в сочетании с увеличением распространённости перинатальных поражений центральной нервной системы являются причинами развития церебральной патологии. По данным медицинской статистики (форма 31 «Отчет о медицинской помощи детям»), по г. Душанбе за период 2014 по 2018 гг. было установлено, что в 2014 г. частота распространённости ДЦП среди детей в возрасте до 1 года составило 40 случаев, тогда как в 2018 данный показатель возрос на 2,8 раза и составил 112 случаев (Рис. 2).

Клиническое наблюдение за детьми, страдающими ДЦП, показал, что различная психопатологическая симптоматика наблюдается у 72,9% больных. Интеллектуально-мнестические нарушения выявлены у 61,5%, церебрастенические, неврозоподобные и невротические расстройства у 25,9%. Тогда как реакции носившие патологический характер и нарушения формирования личности имело место у 17% пациентов. Лишь у 12% детей, отсутствовали какие-либо психические дисфункции и нарушения.

Выводы. Частота регистрации ДЦП в Таджикистане составляет 1,3 на 1000 новорожденных, ниже чем в других странах. Частота регистрации ДЦП среди детей 1 года жизни по г. Душанбе возросло за последние 5 лет в 2,8 раза. К основным факторам развития ДЦП относятся антенатальные 75,3%, на долю интранатальных приходится 10,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев О.Г. Особенности состояния здоро-

вья, прогнозирование его нарушений у детей, рожденных с массой тела менее 1500гр: автореф. дис. канд.мед.наук – М., 2011. – 22 с. 8

2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология / Триада-Х, 2011 год, с. 640. ISBN 978-5-8249-0042-6.

3. Г.К. Исабаева Детский Церебральный паралич // Валеология. Здоровье и жизненные навыки. – 2012. - №3. – С. 27-32.

4. Смирнов Д.Н. Факторы риска и ранние проявления отдельных форм детского церебрального паралича у детей различного гестационноговозраста: автореф. дис.канд.мед.наук - М., 2006. – 22 с

5. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, WorldHealthOrganization, 2008.

6. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. International Journal of Disability, Community and Rehabilitation, 2008, 7(2) (http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, accessed 4 August 2010).

7. Grammenos S. Illness, disability and social inclusion. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf>, accessed 6 August 2010)

8. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009)

9. United Nations Children’s Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children’s Fund, 2008.

10. Bines H, Lei P, eds. Education’s missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. Milton Keynes, World Vision UK, 2007(http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_Main_Report.pdf, accessed 22 October 2009).

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Вохидов С.Д., Абдурахманова З.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Актуальность. Следует отметить, что лозунг ВОЗ на современном этапе это первые очередь «Все на борьбу с глобальной опасностью распространения инфекционные заболевания». Эпидемии натуральной оспы, холеры, чумы, дифтерии, кори, сыпного тифа и других инфекционных болезней до недавнего времени уносили множество человеческих жизней, причиняя непоправимый урон здоровью и экономическому развитию человечества [1, 2, 3]. Не менее опасны эпидемии гриппа, менингококковой инфекции, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, которые сейчас угрожают здоровью и жизни многих людей. Ежегодно на земном шаре рождается около 150 млн. детей и примерно 12-15 млн. из них умирает в возрасте от 1 недели до 14 лет. Около 10 млн. детей умирает от инфекционных заболеваний, причем 3 млн. – от инфекций, против которых имеются вакцины [4, 5]. Согласно требованиям ВОЗ, показатель охвата декретированных групп населения вакцинацией должен быть не ниже 95%. Если это условие не соблюдается, происходит накопление «не иммунных» лиц, что способствует возникновению эпидемических вспышек инфекционных болезней. Таким образом, конечной целью вакцина профилактики является ликвидация болезни, ближайшей целью – предотвращение заболеваний у отдельных лиц или групп населения. Блестящим примером эффективности вакцина профилактики является ликвидация натуральной оспы. Благодаря проведению массовой иммунизации удалось снизить до единичных случаев заболеваемость дифтерией, корью. По данным статистики в Республики Таджикистан в 2016 году зарегистрировано 46888 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, или 4521,9 на 100 тыс. населения, что превысило уровень 2015 года на 3,7%. Грипп и ОРВИ в общей 112 структуре инфекционной заболеваемости составили 92% (1045982 случая) [1, 3].

По данным Центра мед статистики МЗ и СЗ РТ в города Душанбе, за 2016 год на ее территории зарегистрировано: - 163 случая корь (4,95 на 100 тыс. населения), по сравнению с 2015г. заболеваемость снизилась на 57%; в т. ч. 157 случаев среди детей (показатель 23,3 на 100 тыс. детского населения); -24 случая заболевания менингококковой инфекцией (0,73 на 100 тыс. населения - 17488 случаев внебольничных пневмоний (531,0 на 100

тыс. населения), рост на 5%, в т. ч. у детей 5294 случая (784,3 на 100 тыс. детского населения); - 319 случаев вирусного гепатита А (9,7 на 100 тыс. населения), у детей – 136 случаев (20,2 на 100 тыс. детского населения). Доля вирусного гепатита А среди острых вирусных гепатитов составила 74%. Сугдские область является высоко.

Цель исследования. Изучить отношения населения к профилактическим прививкам.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ЦЗ №12, 14, 15 города Душанбе в 2019 году путем анкетирования родителей, чьи дети находились на лечении. В исследовании приняли участие 50 человек. Для обработки полученных данных использовался математико-статистический метод (расчет экстенсивных, интенсивных показателей).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняло участие 86% женщин и 14% мужчин. Опрошенные были в возрасте 20-29 лет (56%), 30-39 лет (24%), 40-49 лет (20%). Доля респондентов, имеющих детей в возрасте до 1 года, составила 74%, от 1-3 лет – 26%. Все опрошенные без исключения 113 считают, что проведение вакцинации необходимо. При изучении источников информации о прививках выяснилось, что 96 на 100 опрошенных родителей обращается к интернету и/или медицинским работникам, 42 на 100 опрошенных к знакомым, друзьям, коллегам, 22 на 100 опрошенных пользуются советами членов семьи. Обращает на себя внимание тот факт, что 4% родителей вообще не получают информацию о прививках, хотя логичнее предположить, что информация поступает, но не фиксируется этими родителями в силу отсутствия интереса к рассматриваемой проблеме либо абсолютного доверия медицинским работниками, назначающим и осуществляющим прививки их детям. Этот тезис косвенно подтверждается тем, что 92% проанкетированных родителей прививают ребенка строго в соответствии с рекомендациями педиатра, 8% не прививают своего ребенка. Причинами отсутствия прививок у части детей в половине случаев явился длительный медицинский отвод до достижения ребенком возраста 1 года в связи с поражением центральной нервной системы, в половине – боязнь родителей возникновения реакций и осложнений после прививок. Мы попытались выяснить,

известно ли родителям о том, против каких инфекций, кроме тех, от которых прививаются их дети, существуют вакцины. Оказалось, что всем известно о существовании вакцин против гриппа и клещевого энцефалита, 66% известно о возможности вакцинирования против гепатита А и лишь 30% родителей знают о существовании вакцины против ветряной оспы. Никто из опрошенных не знает о наличии вакцин против таких заболеваний, как менингококковая и ротавирусная инфекции. Несмотря на высокую распространенность гриппа и возможность защититься с помощью специфической профилактики, лишь 48% родителей планируют привить своего ребенка от этой инфекции. Среди тех, кто знает о существовании вакцины против гепатита А, 57,7% намерены привить детей против данного заболевания. Только каждый четвертый из участников исследования собирается проводить специфическую профилактику своим детям против клещевого энцефалита, хорошо зная о том, что Челябинская область является высоко эндемичной территорией.

В ходе проведения исследования мы узнали, население города Душанбе предпочитают проводить вакцина профилактику. Было установлено, что три четверти опрошенных выбирают поликлинику по месту жительства/прикрепления, однако, каждый пятый из этой группы обращается и в частные медицинские организации. В детских садах и школах прививаются дети 18% опрошенных. В отношении предпочтений по производителю вакцин установлено, что абсолютно все респонденты желают выбирать вакцины зарубежного производства, хотя более трети (36%) готовы применять как отечественные, так и импортные препараты. Положительным моментом является то, что все участники исследования информированы о существовании профилактических прививок для взрослого населения и о возможности постановки их в поликлинике по месту жительства или при-

крепления бесплатно.

Закключение. 1. Взрослое население положительно относится к проведению профилактических прививок, они, считают вакцинацию необходимой и прививают своих детей по назначению и под наблюдением педиатров. 2. Родители, которые отказываются прививать детей из-за боязни поствакцинальных реакций и осложнений, что требует проведения дополнительной просветительской работы. Обращает на себя внимание наличие детей с длительными медицинскими отводами, которые являются группой риска по возникновению инфекционных заболеваний и могут становиться источником заражения для других людей. Кроме того, необходимо дальнейшее исследование с целью выявления причин предпочтения импортных вакцин и влияния наличия или отсутствия их в медицинской организации на решение родителей прививать ребенка или отложить вакцинацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейник М.Д. Эпидемиологические закономерности распространения гепатита А и пути совершенствования мер борьбы с этой инфекцией / М.Д. Алейник // ЖМЭИ. 2015. - №5. - С.58-63.
2. Александрова Г.И. Применение метода генетической рекомбинации для получения вакцинных штаммов вируса гриппа / Г.И. Александрова // Вопросы вирусологии. -2014. №4. - С.387-395.
3. Быстрова Т.Н. и др. Эволюция проявлений эпидемического процесса гепатита А на территории крупного города европейской зоны России / Т.Н. Быстрова, Т.Г. Макарова, К.В. Блохин, М.И. Попкова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. - №5(18). - С. 18.
4. Петрова А.Г. Физическое развитие перинатально ВИЧ-инфицированных детей /А.Г. Петрова, М.А. Пвесева. Р.Д. Вернакова //Материалы 3-го конгресса Детских инфекционистов. 2014. - с. 186,
5. Рахманова Л.Г. ВИЧ-инфекция (клиника и лечение) /А.Г. Рахманова. -СПб,: ССЗ. 2005, 370с.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

^{1,2}Гаибов А.Г., ¹Кузиева Л.С., ¹Пулатов К.Дж., ²Каюмов Ф.Дж.

¹ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»,

²ГОУ «Республиканский медицинский колледж» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Приоритетными задачами в области здравоохранения и социальной защиты населения на современном этапе являются укреп-

ление здоровья, профилактика заболеваемости и инвалидности, развитие реабилитации. При этом инвалидность, как медико-социальная проблема,

вызывает все большую озабоченность: во - первых, это результат старения населения и увеличения числа факторов риска среди определенной категории людей, во-вторых, это глобальный рост частоты случаев таких хронических состояний, как диабет, сердечно-сосудистые, онкологические, психические заболевания и травмы [1].

Профилактика инвалидности, медицинская и социальная реабилитация - ведущие компоненты стратегии, принятой ВОЗ. В отечественной медицине реабилитация рассматривается как метод предупреждения инвалидности, снижения её бремени в общей системе профилактики и является составной частью диспансеризации.

О доступной среде для людей с ограниченными возможностями в Таджикистане говорить еще рано, на сегодня еще очень много проблем в этой сфере, но заметны и положительные тенденции. Правительством Республики Таджикистан при поддержке международных организаций приняты и реализуются соответствующие программы и стандарты по созданию без барьерной среды [2].

Не вызывает сомнения, что инвалиды имеют более низкие показатели здоровья, образования, меньшую экономическую активность и доходы, чем люди, не имеющие ограничений в реализации своих привычных возможностей получать услуги в системах здравоохранения, образования, в сферах занятости, информационного и транспортного обслуживания [1].

Таким образом, для создания инклюзивного общества требуется разработка новых, более эффективных организационных комплексных мер по реабилитации инвалидов, с одной стороны, и совершенствование путей профилактики инвалидности, с другой; реализация указанных мер является одной из актуальных задач, стоящих перед системой здравоохранения и социальной защиты населения страны [3].

Цель исследования. Разработать рекомендации по улучшению медико-социальной реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В работе использовались научные публикации, отчеты региональных структур Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, материалы Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан за период с 2015 по 2018 годы, и индикаторы Национальных программ по реабилитации инвалидов. При обработке данных исследования применялся метод эпидемиологического анализа результатов медико

- социального мониторинга и оценки характерных особенностей контингента лиц с юридическим статусом инвалидности.

Результаты исследования и их обсуждение. В Таджикистане к началу 2019 г. на учете состояло 146826 тыс. человек, или 1,8% от общего числа населения - 9,1 млн. человек, из них 27355 инвалидов с раннего детства. Детская инвалидность имеет тенденцию к росту и является важнейшей медико - социальной проблемой.

На национальном уровне инвалидность равносильна социальной недостаточности, при этом она не проявляется в равной мере у всех инвалидов. Так, женщины – инвалиды наряду с барьерами, связанными с потерей трудоспособности, подвергаются и гендерной дискриминации, лишаясь возможности активно участвовать в общественной и экономической жизни. В наибольшей степени страдают все инвалиды с самыми тяжелыми нарушениями функций организма. При этом, чем беднее уязвимые группы населения, тем шире среди них распространена неформальная инвалидность.

В современных условиях распространения социально значимых заболеваний, их последствий, таких как гиподинамия, увеличение эмоционального напряжения и повышение генетического риска, даже у здоровых людей в процессе труда могут в определенной степени вызвать кратковременную утрату биосоциальных функций организма, и инструментом их восстановления является реабилитация.

Исходя из расстройства функций, как основного критерия потребности в реабилитации, можно выявить значительный контингент нуждающихся в ее медико-социальных мероприятиях, формирующий уровень общественного здоровья, что диктует необходимость разработки новой методологии решения проблем, ее организации на территориальном уровне.

В основе этой методологии лежит процесс восстановления личностного и социального статуса человека. Для практической деятельности особое значение имеют две его основные характеристики - это инфраструктура и динамика. При этом основными принципами реабилитации становятся ее раннее начало, непрерывность, комплексность, этапность, индивидуальность, динамичность и завершенность.

Не случайно уровень здоровья инвалидов ниже, чем в общем населении страны, они наиболее уязвимы в аспектах вторичных патологических состояний, коморбидности и возрастных заболева-

ний. Подавляющее большинство инвалидов живут в областях и районах с низким уровнем жизни и доходов. Кроме того, из-за дополнительных расходов на свою персональную поддержку, медицинский уход или вспомогательные реабилитационные устройства их семьи оказываются беднее, чем другие семьи с аналогичными доходами.

Так, средний доход на одного члена семьи в месяц у 51,6% инвалидов составляет от 100 до 200 сомони; при этом это в основном пенсии по инвалидности от 40% до 51,4% в разных регионах республики. Работу среди инвалидов имеют от 22,2% до 27,7%.

Структура питания сочетает в себе калорийную недостаточность, нехватку белковых веществ, особенно животного происхождения. Естественно, это ведет к ухудшению здоровья и снижению сопротивляемости болезням. Так, на плохое питание в городах указывают от 46,5% до 43,2% в разных регионах.

С другой стороны, без мероприятий по социальной защите и обеспечению определенного уровня жизнедеятельности больного невозможна реализация реабилитационных мероприятий. В этой связи медико-социальная экспертиза (МСЭ) — это не только научно обоснованная оценка медико-социального и психологического статуса больного, претендующего на особые меры по социальной защите, определение условий обеспечения его оптимальной жизнедеятельности, но и должна рассматриваться не только как начальный этап реабилитации, но и как инструмент для пожизненного мониторинга реабилитационного статуса инвалида.

От правовой регламентации, рациональной организации МСЭ, ее качества и научной обоснованности зависят как реализация прав каждого человека на социальную защиту, так и рациональное расходование государственных и общественных средств на материальное обеспечение инвалидов.

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья и прогноза развития компенсаторных и адаптационных возможностей инвалидов службой МСЭ проводится систематическое пересвидетельствование всех категорий инвалидов. Такое динамическое наблюдение имеет важное медицинское, юридическое и народнохозяйственное значение, позволяя выяснить тенденции течения патологического процесса в клиническом и трудовом аспекте. При этом оценивается предыдущее экспертное решение, его обоснованность и выполнение индивидуальной программы реабилитации, влияние трудовой деятельности на ход восстанов-

ления здоровья и профессиональных навыков [2].

На качество и доступность медико-социальных услуг для инвалидов в регионах Республики Таджикистан негативно влияют их слабая межсекторальная координация, дефицит финансирования, поверхностная диспансеризация, недостаточное кадровое обеспечение и низкий уровень профессиональной подготовки.

Также приходится констатировать, что многие здания, в т.ч. места общественного пользования, транспортные и информационные системы часто инвалидам недоступны. По этой причине становятся распространенными отказы их от поисков работы. Неслышащие люди часто испытывают неудобства с доступом к сурдопереводу. Люди, имеющие инвалидность, значительно меньше, чем неинвалиды, используют современные информационные технологии, а также свои права при принятии в отношении них жизненно важных решений.

Наличие равных возможностей для всех групп населения, несомненно, является одной из основных особенностей современного гражданского общества.

Однако существование барьеров, обусловленных инвалидностью, усиливает социальную недостаточность как одну из важных составляющих здоровья. Многих барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды, можно избежать, и в случае их устранения можно достичь положительных результатов во всех сферах жизни, включая образование, трудоустройство, семью и общество.

Социальная работа имеет свои специфические особенности. Следует признать, что ее развитие сопряжено с большими трудностями, обусловленными демографической и социально-экономической обстановкой.

При поддержке международного сообщества в Таджикистане уже осуществлен ряд мер по утверждению методологических основ медико-социальной работы. При этом обоснованы новые образцы социальной помощи, апробированы новые технологии реабилитации и протезирования.

Государством вопрос социальной реабилитации инвалидов должен реализовываться по принципу социальной направленности и уменьшения социальной напряженности среди этой категории граждан. В связи с этим должны выбираться такие формы социальной защиты, ориентиром которых было бы удовлетворение потребностей высшего порядка, таких как: получение образования, профессиональная подготовка, содействие в трудовом устройстве, выплата соответствующих пособий и

пенсий.

Дальнейшее совершенствование системы медико-социальной реабилитации должно базироваться на приоритете интересов лиц с ограниченными возможностями, и осуществление реабилитационных мероприятий должно быть по принципу общедоступности системы реабилитации, с учетом потребностей каждого инвалида, а также обеспечения координации служб, осуществляющих реабилитацию инвалидов на всех уровнях.

Таким образом, понятие инвалидности значительно изменилось: от восприятия инвалидов лишь как получателей благотворительной медицинской помощи и государственных пособий до более объективного взгляда на них, как на равноправных граждан страны. Такой подход на основе прав человека всё чаще отражается в разрабатываемых и принимаемых к исполнению законодательных документах и стратегических программах. В то же время оценка состояния организации системы реабилитации в Республике Таджикистан показала, что служба реабилитации инвалидов в отдель-

ных регионах все еще не способна осуществлять системный подход в организации и проведении реабилитационных мероприятий. Решение проблем инвалидов и лиц с ограниченными возможностями является одним из приоритетных направлений социальной политики на современном этапе и в значительной мере определяет уровень социального благополучия, как всего населения, так и его социально уязвимых слоев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б., Рузиев М.М. Условия перехода к социальной модели инвалидности и особенности реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Республике Таджикистан//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2017. - № 3. - С.11-15.
2. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 455 от 28 октября 2016 года. – Душанбе, 2016.-136 с.
3. ЮНИСЕФ. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии. Доклад ЮНИСЕФ. - М., 2012. - 70 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Ибрагимова З.О., Юнусова Д.З., Ганизода М.Х.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Актуальность. В последние годы во всем мире большое внимание уделяется вопросам охраны репродуктивного здоровья и репродуктивное здоровье детей и подростков лишь недавно стало привлекать внимание специалистов в должной мере. Охрана репродуктивного здоровья юного населения в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики Республики [1, 3].

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях характеризуется нарастанием уровня заболеваемости, сохраняется тенденция к замедлению темпов физического развития, значительному увеличению доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Возросла частота нарушений становления репродуктивной системы и отклонений психосоматического здоровья подростков. Причем, показатели заболеваемости у девочек-подростков

на 10-15% выше, чем у юношей [2, 4].

Цель исследования. Изучение медико-социальных факторов репродуктивного здоровья девочек по результатам профилактических осмотров школьниц в 2016-2018 гг.

Материалы и методы исследования. За 2014-2015 гг. профилактически осмотрено 754 школьниц города Душанбе в возрасте 11-17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования было установлено, что гинекологические заболевания у девочек выявлено на 11,41% больше в 2014 году (31,77%), в сравнении с 2015 годом (20,36%).

Первое место в структуре заболеваемости заняли воспалительные заболевания гениталий от 38,9% в 2014 году до 45,8% в 2015 году преимущественно вульвовагинита и эрозии шейки матки. Второе - нарушения менструальной функции от 23% в 2014 году до 37,8% в 2015 году преимущественно первичная алого дисменорея от 17,1% в 2014 году до 24% в 2015 году, сопровождаемая выраженными вегетативными реакциями и гипоменструальный синдром (до 8%) в сочетании с

гиперандрогенными проявлениями и метаболическими нарушениями. У сексуально активных девочек воспаление гениталий выявлено в 45,2% случаев, тогда как у их сверстниц, не живущих половой жизнью - в 15,1% случаев. Эрозия шейки матки в этой группе выявлена у 13,4% пациенток. Наиболее значимыми из социальных факторов, влияющих на рост гинекологической заболеваемости, были хронические стрессовые ситуации связанные с нагрузкой в школах, неблагоприятной обстановкой в семье.

Одновременно с профилактическими осмотрами проводилось анонимно-добровольное анкетирование, в котором участвовало 110 девушек 14-17 лет. Все опрошенные респонденты распределены на группы:

первая группа - 22 девушки, имеющих опыт сексуальных отношений;

вторая группа - 88 девушек, не имеющих опыт сексуальных отношений.

Проведенное анкетирование в группе подростков 14-17 лет показало, что 23,5% опрошенных уже имеют сексуальный опыт, а из оставшихся еще 11% лояльно относятся к внебрачным связям. К 14-летнему возрасту сексуальный дебют имеют 7,3% девушек, к 15-летнему возрасту - 16,3%, к 16-летнему - 21,8%, к 17 годам - 26,5%.

На вопрос «Почему вы начали половую жизнь?» 86,7% ответили, что по желанию, 11,3% - случайно, 1,8% - по принуждению.

Посредством анкетирования выяснилось, что большинство девушек-подростков заинтересованы в предохранении от беременности, однако имеют неправильные или неполные представления о физиологии женского организма, механизмах зачатия, существующих методах контрацепции, их надежности и способах использования. На вопрос о благоприятном периоде для зачатия в первой группе девочек, имеющих опыт сексуальных отношений, правильно ответили лишь 33,3% опрошенных, затруднились ответить - 46,6%, и имели ошибочные представления - 20,1% респондентов.

При опросе второй группы девочек, не имеющих опыта половых связей, уровень осведомленности в вопросах репродуктивной сферы и методах современной надежной контрацепции еще ниже, не смогли ответить ни на один вопрос - 28,6%, имеют смутные знания от друзей и подруг - 71,4%. Кроме того, подростки мало озабочены своим здоровьем (в том числе, репродуктивным) и недооценивают опасность аборта.

Весьма характерной чертой стал промискуи-

тет - на одну девушку в среднем приходится по 2,4 партнера. По нашим данным девочки первой группы в 46,6% случаев имели 1 сексуального партнера, 26,6% - 2 партнера и 26,6% - более 2 сексуальных партнеров. Именно этот контингент подростков является группой риска по развитию острых воспалительных заболеваний женской половой сферы с осложненными формами течения (гнойный сальпингит, тубоооариальные гнойные образования, оментит, перигепатит), дисплазия цервикального эпителия, а также венерические заболевания.

Показатель использования методов и средств контрацепции подростками намного ниже, чем в западных странах, особенно при первом сексуальном контакте [3]. По данным анкетирования, только 44% респонденток в возрасте 14-17 лет использовали какие-либо методы и средства контрацепции при первом половом контакте.

При проведении профилактических осмотров у сексуально активных девочек воспаление гениталий выявлено в 50,4% случаев, тогда как у их сверстниц, не живущих половой жизнью - в 15,1% случаев. Эрозия шейки матки в этой группе выявлена у 13,4% пациенток. В структуре возбудителей ИППП преобладают *Ur. urealyticum* - 3,1%, *Ch. trachomatis* - 2,1%, *M. hominis* - 1,5%. В связи с отсутствием своевременной диагностики и лечения ИППП в этой возрастной группе увеличивается число девочек группы относительного риска бесплодия.

Сохранение высокой частоты абортов как способ устранения нежеланной беременности также является типичным для данной группы опрошенных. Абортом заканчивается первая беременность у 20,3% девушек в возрасте 15-17 лет, частота осложнений после абортов составила 15,3%.

Анализируя источники информации о методах и средствах контрацепции на первом месте у подростков оказалась литература 40,6% (каждый третий ответ), на втором месте друзья и подруги - 41,6%, далее - медработники - 33,3%, и на последнем месте - родители - 13,3%, затруднились с ответом 8,3% подростков. Эти данные отчетливо показывают высокую остроту проблемы полового воспитания и просвещения, которыми необходимо заниматься значительно ранее 15 лет.

Использование современных надежных средств контрацепции в опрошенной группе распределилось следующим образом: ОК - 3,7%, «condom» - 81,1%, другие методы - 14,9%, что еще раз говорит о необходимости полового вос-

питания и просвещения, так как недостаточная подготовленность родителей и отсутствие сбалансированной программы полового воспитания в школе создают вакуум, который может заполняться в лучшем случае специальной литературой, а в худшем - сомнительными знаниями сверстников.

Ослабление установок на создание семьи и деторождение у подростков, низкий уровень общего образования, экономическая и психологическая зависимость от родителей и сексуального партнера, пассивное или бездумное восприятие сексуальных отношений и рискованное поведение, поддерживаемое широкой пропагандой в СМИ вредных привычек и неблагоприятных поведенческих стереотипов, привели к значительным изменениям в репродуктивном поведении девочек-подростков. Это и раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, приводящая к значительному росту инфекций, передаваемых половым путем, нежеланная беременность и аборт. Все эти факторы оказывают огромное влияние на репродуктивное здоровье девочек-подростков - будущих матерей. Проблема репродуктивного здоровья подростков и молодежи давно вышла за рамки здравоохранения, и в настоящее время обоснованным является межведомственный подход к решению данной проблемы.

Эффективными мерами в предупреждении нежелательной беременности и сохранении репродуктивного здоровья являются консультативная помощь по контрацепции и формирование правильного репродуктивного поведения юных женщин.

Разработка и внедрение стандартов профилактики и ранней доклинической диагностики отклонений здоровья в целом и репродуктивного здоровья в частности, составление индивидуального прогноза формирования репродуктивной системы.

Проведение своевременных полноценных реабилитационных мероприятий и последовательной профилактики рецидивов гинекологических забо-

леваний, организация просветительной работы среди подростков, их родителей, педагогов и школьных социальных работников по предупреждению нарушений полового развития и гинекологических заболеваний. По формированию правильных ориентиров на роль семьи и деторождение в обществе, интеграция деятельности детских гинекологов и детских врачей других специальностей в условиях амбулаторного отдела и стационара дневного пребывания - вот перечень наиболее насущных задач, требующих безотлагательного рассмотрения и принятия комплексного решения проблем репродуктивного здоровья.

Таким образом, профилактика инфекций, передаваемых половым путем, подразумевает, прежде всего, первичную профилактику, т.е. работу со здоровыми подростками с целью формирования у них представления о ценности сексуального и репродуктивного здоровья и стремления беречь свое здоровье. Основой первичной профилактики является адекватная информация об инфекциях, передаваемых половым путем и средствах защиты от этих инфекций, в общем контексте культурологических, психофизиологических и других знаний о половой жизни и сексуальном поведении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье подростков. Руководство для врачей по ред. О.В. Шараповой. - Санкт-Петербург, 2017.
2. Руководство по разработке политики и программ охраны репродуктивного здоровья молодежи/Проект «Мать и дитя» - Москва, 2006.
3. Чечулина О.В., Уварова Е.В. Медико-социальный взгляд на проблему репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девочек-подростков в Российской Федерации // Научно-практический журнал «Репродуктивное здоровье подростков». - №5 (16), 2007. - с. 6-11.
4. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. и др. Гендерное поведение подростков и роль социальных факторов в формировании репродуктивного здоровья // Научно-практический журнал «Вопросы современной педиатрии». - №5 (5), 2016. - с. 11-16.

НЕКОТОРЫЕ СУЖДЕНИЯ О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАХИТА У ДЕТЕЙ

Курбонова П.Г., Вохидов А.В.

Государственное учреждение МК «Истиклол»

Актуальность. Витамин D играет важную роль в гомеостазе кальция и метаболизме костной системы. Установлена четкая зависимость между обеспеченностью организма витамином

D и развитием рахита у детей раннего возраста, нарушением минеральной плотности костной ткани у подростков и взрослых, а также риском возникновения ряда хронических инфекционных и

воспалительных заболеваний [1, 2]. В связи с этим особую актуальность приобретает диагностика недостаточности и дефицита витамина D у детей и подростков и организация профилактики и лечения витамин D-дефицитного состояния. Витамин D является фактически прегормоном, оказывающим многообразные биологические эффекты за счет взаимодействия со специфическими рецепторами (Vitamin-D-receptor –VDR), локализованными в ядрах клеток практически всех тканей и органов, и, таким образом, он участвует в эндокринной, паракринной и аутокринной регуляции организма [3, 4, 5].

Установлено, что низкий уровень обеспеченности витамином D является маркером плохого состояния здоровья [2, 6], ассоциирован с высоким риском развития инфекционных, сердечно-сосудистых, хронических воспалительных, аллергических, аутоиммунных и различных онкологических заболеваний. Доказана достоверная связь между приемом витамина D и снижением риска смертности как взрослых, так и детей [4–6]. Все это выводит проблему гиповитаминоза D за узкие рамки только остеопенических состояний, делая ее общемедицинской.

Цель исследования. Изучить уровень кальцидиола [25(OH)D] в сыворотке крови у детей 1 года жизни.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день, единственным метаболитом витамина D, который используется, для определения является 25 (OH)D (кальцидиол), это связано с тем, что время полураспада метаболита витамина D (кальцитриола) – 1,25(OH)2D – всего 4 часа.

Оценка обеспеченности детей витамином D проводилась на основании определения уровня кальцидиола [25(OH)D] сыворотки крови методом конкурентного хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA), выполненного в лаборатории фирмы Диамед г. Душанбе

Проведено динамическое наблюдение за течением клинических проявлений рахита у 120 детей первого года жизни. Из них 60 детей получили специфическую профилактику, среди обследованных 42% были девочки. Возраст обследованных от 1 мес. до 12 мес. Оценивались клинические признаки, в группе детей, не получавших специфическую профилактику – 1 группа, и дети, получавшие специфическую профилактику – 2 группа.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статисти-

ки, реализованных в системе Statgraphics Plus for Windows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в%, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (т). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различия считали достоверным при $t > 2$, $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Выявлены множество факторов, влияющих на обеспеченность витамином D и приводящих к формированию его дефицита у людей вне зависимости от возраста, к таковым относятся географическая широта места проживания, сезон года, особенности питания населения. На снижение выработки витамина D суммарно оказывают влияние неблагоприятные фактора, такие как низкий уровень инсоляции, плотное покрытие земли облаками, высокий уровень загрязнения и другие.

Полученные результаты позволили определить показатель распространённости дефицита витамина D у детей раннего возраста. Дефицит витамина D, оценивали в зависимости от степени выраженности дефицита и клинических проявлений.

Нарушение сна было выявлено среди детей 1 группы в возрасте 6 месяцев у 70,2% детей, к концу первого года жизни бессонница была зарегистрирована – 94,3%, с увеличением возраста частота данного признака имело тенденцию к снижению в 1,5 года – 67,34%, во 2 группе данный признак статистически достоверно выявлялся меньше в возрасте 6 и 12 месяцев соответственно –25,4%, 9,2%, а в возрасте 1,5 лет таковых детей не было. Другой признак, который наиболее часто регистрируется у детей страдающих рахитом, было возбудимость и беспокойство, среди детей 1 группы в возрасте 6, 12 мес. и 1,5 лет частота данного признака была следующей 60,1%, 84,3%, 55,4% (соответственно), тогда как во 2 группе – только у детей в возрасте 6 месяцев имело место.

Родители наиболее часто обращают внимание на наличие повышенной потливости у детей, данный признак среди детей 1 группы встречался с частотой более – 92,4% в обследованных возрастных группах, среди детей 2 группы только у детей 6 и 12 мес. – 15,4% и 5,4%.

Своеобразным маркером синдрома вегето-висцеральных дисфункции, который имел место у детей страдающим рахитом были функциональные изменения желудочно - кишечного тракта, которые выявлялись у значительного числа обследованных детей. Частота встречаемости функциональных отклонений ЖКТ у детей раннего возраста состав-

ляло до 55%, у которых клинические проявления характеризовались наличием синдром рвоты и срыгивания. У значительного числа детей выявлялся метеоризм, у 1/3 - дискинезии кишечника в виде запоров или неустойчивого стула. Все эти проявления являются свидетельством нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей страдающих рахитом, которые в абсолютном большинстве случаев регистрировались среди детей 1 группы.

Практически для детей, всех возрастных групп при условии дефицита витамина D, было характерно наличие изменение тонуса мышц, причиной которого является, нарушение захвата кальция саркоплазматическими ретикуломиоцитами, что приводит к нарушению иннервации мышечных волокон. Для детей 1 группы в 6 месячном возрасте был, характерен гипертонус – 89,3%, тогда как гипотонус имел место у - 10,4%. Тогда как в другие возрастные периоды 9 и 12 мес., напротив преобладал гипотонус над гипертонусом, частота регистрации данного признака превалировала в 1,4 раза. В последующем эти признаки стали трансформироваться в другие проявления такие как разболтанность суставов, что дает возможность производить движения большего объема, расхождением мышц передней брюшной стенки, что проявляется «лягушачьим животом», задержкой формирования статических функций: дети позже начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Нами в процессе динамического наблюдения у детей 1 группы в возрасте 12 и более месяцев выявлялось наличие характерной позы ребенок сидит со скрещенными ногами и подпирает туловище руками.

У детей страдающих рахитом, на фоне выраженных неврологических симптомов и признаков,

в патологический процесс продолжает более интенсивно вовлекаться костная система. Причиной таких изменений является уменьшение выработки кальцитриола, причиной которого является уменьшение всасывания кальция в кишечнике. Возникающая в таких случаях гипокальциемия, повышает выработку паратиреоидного гормона. В условиях вторичного гиперпаратиреоза усиливается резорбция костной ткани, для последующего сохранения нормокальциемии, в тоже время нарастает реабсорбция кальция в почках и экскреция фосфатов. Данный механизм является основополагающим фактором патогенетическим моментам формирования типичных для рахита костных изменений.

Все это способствует тому, что в зонах роста костей, нарушается процесс минерализации, в дальнейшем приводящий к развитию размягчения костей - остеомаляции. При прогрессировании процесса, разрастании неполноценной (не обызвествленной) остеоидной ткани, формируются типичные для рахита деформаций костных структур. Данные изменения в костной ткани, клинически проявляются увеличением лобных и теменных бугров. Появлением рахитических «четок» на ребрах в месте перехода костной ткани в хрящевую, «рахитических браслетов». Особенно отчетливо выраженных в области запястья; фаланги пальцев рук утолщаются, возникают так называемые «нити жемчуга».

Клинически данный процесс начинается проявляться наличием мягкости краев большого родничка, среди обследованных детей данный признак в 6 месячном возрасте имело место в 65,6%, в 9 мес. – 56,9% и в 12 мес. – 42,6%. При прогрессировании процесса повышенная податливость костей черепа выражалось краниотабесом – 49,4%,



Рис. 1. Показатель распространенности дефицита витамина D у детей 1 года жизни в%

а затем деформацией грудины и искривлением трубчатых костей. Необходимо отметить и то, что у детей с большой массой тела, костные симптомы выражены более отчетливо, чем у гипотрофиков, одной из причин данного факта по нашему мнению, является повышенная потребность в витамине D. При наблюдении за детьми страдающими рахитом нами установлено, что наибольшим патологическим изменениям подвергаются те части скелета, которые интенсивнее растут в период действия неблагоприятных факторов.

Выводы. Отсутствие специфической профилактики и лечения дефицита витамина D, способствует значительному прогрессированию и длительному сохранению клинических признаков рахита у детей в возрасте до 3 лет. Своевременно начатая специфическая профилактика рахита способствует более гармоничному развитию ребенка. Индекс здоровья детей 2 группы, был выше, чем детей, не получавших специфическую профилактику рахита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин С.Ю., Пигарова Е.А., Гусакова Д.А., Плещева А.В. Витамин D и мочекаменная болезнь. *Consilium Medicum*. 2012;14(12):97-102.
2. Шварц Г.Я. Дефицит витамина D и его фармакологическая коррекция. *РМЖ*. 2009;7:477.
3. Калинин С.Ю., Гусакова Д.А., Тюзиков И.А., Тишова Ю.А., Ворслов Л.О. Витамин D и сахарный диабет: есть ли патогенетическая связь? 2015. <http://gynea.ru/askdoctor/1049-vitamin-d-i-saharnyy-diabet-est-li-patogeneticheskaia-svyaz.html>.
4. Захарова И.Н., Васильева С.В., Дмитриева Ю.Л. Витамин D в практике педиатра. *Фарматека*. 2014;1(274):10-16.
5. Витебская А.В., Смирнова Г.Е., Ильин А.В. Витамин D и показатели кальций-фосфорного обмена у детей, проживающих в средней полосе России, в период максимальной инсоляции. *Остеопороз и остеопатии*. 2010;2:2-6.
6. Захарова И.Н., Мальцев С.В., Боровик Т.Э., Яцык Г.В., и др. Результаты многоцентрового когортного исследования «РОДНИЧОК» по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России. *Педиатрия*. 2015;94(1):62-67.

ИНФАРКТ МИОКАРД У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Мухидинов Х.Х., Олимов Н.Х., Джумаева М.Дж.

Республиканский клинический центр кардиологии Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной медицины является особая форма пневмонии – так называемая тяжелая негоспитальная пневмония (ТНП), которая характеризуется высокой летальностью и большими затратами на медицинскую помощь. ТНП – болезнь различной этиологии, сопровождается выраженной рефрактерной дыхательной недостаточностью (ДН), сепсисом, инфекционным шоком, ДВС-синдромом, полиорганной дисфункцией (ПОД), необходимостью лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [2, 6, 7]. Пациенты с диагнозом «пневмония» входят в группу повышенного риска по развитию внезапной остановки сердца вследствие гемодинамической, почечной недостаточности и нарушений метаболизма. Актуальность изучения клинических, патогенетических и лабораторных особенностей инфаркта миокарда (ИМ) при сопутствующем внутрибольничной пневмонии определяется широкой распространенностью сочетанной патологии, ростом числа вновь выявляе-

мых случаев, возможным взаимным отягощением с негативными клиническими последствиями. В основе взаимного отягощения ИБС и пневмонии лежит общность ряда факторов риска и звеньев патогенеза, включая курение, гиперинфляцию легких, гемодинамические, нейрогормональные, иммуновоспалительные сдвиги [1, 5].

В Республики Таджикистан пневмонией заболевают около 300 тыс. человек ежегодно. Большое значение уделяется госпитальной пневмонии, смертность от которой достигает 65%. Отдельный практический интерес представляет частота развития пневмоний у больных инфарктом миокарда (ИМ). Особую роль может играть системное воспаление: в недавних исследованиях показано, что высокие уровни маркеров воспаления, в том числе СРБ, связаны с неблагоприятным течением, как ИМ, так и пневмонии [1-4]. Мало изучены характер и степень системных воспалительных сдвигов, динамика СРБ.

Цель исследования. Особенности сочетан-

ного течения инфаркта миокарда и пневмонии, лечение и их диагностики.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2016 г. по 2019 г. в условиях блока кардиореанимации и отделения неотложной кардиологии и состояло из трех основных этапов. На первом этапе с целью изучения частоты встречаемости сочетанной патологии проанализированы 125 историй болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда и 34 умерших от ИМ.

На втором этапе наблюдали 65 больных с сочетанной патологией ИМ+П (изучение структуры и исходов, анализ клинической симптоматики, результатов рентгенологического обследования).

На третьем этапе осуществляли углубленное сравнительное исследование в двух группах больных. Обследованы 34 больных с верифицированным ИМ, среди которых были 24 мужчин и 10 женщин. Средний возраст составил 64,3±2,1 года. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 19 больных ИМ в сочетании с П, 2-я группа являлась группой сравнения и состояла из 15 пациентов только с ИМ. В сравниваемых группах проведен анализ клинической симптоматики, данных клинических и биохимических анализов, ЭхоКГ, результатов рентгенологического обследования и результатов определения содержания в крови про- и противовоспалительных цитокинов.

Все больные в сравниваемых группах были рандомизированы по полу, возрасту и тяжести течения заболевания.

В 1-й (основной) группе у 9 (44,4%) больных диагностирован ИМ с зубцом О, у 10 (55,6%) больных ИМ без зубца Q. Подъем сегмента БТ был отмечен в 55,6% случаев. По глубине поражения у 4 (33,3%) больных с (2-ИМ имел место трансмуральный, у 8 (66,7%) крупноочаговый ИМ. По локализации поражения передне-перегородочный ИМ отмечен у 14 (51,9%), переднебоковой у 4 (14,8%), заднебоковой ИМ у 5 (18,5%), заднедиафрагмальный у 4 (14,8%) пациентов.

У больных 1-й группы в 59,3% случаев ИМ сочетался с односторонней, а в 41,7% - с двусторонней пневмонией. В 70,4% случаев инфильтративные изменения локализовались в нижних долях, преимущественно в передне- и наружно-базальных сегментах, в 18,5% - в верхних долях легких, преимущественно в переднем сегменте и в 11,1% - в наружном и внутреннем сегментах средней доли

правого легкого. Двусторонняя пневмония чаще наблюдалась у больных с ИМ с зубцом р.

Во 2-й группе (группа сравнения) у 13 (43,4%) пациентов диагностирован ИМ с зубцом О, у 17 (56,6%) больных ИМ - без зубца О-Подъем сегмента БТ был отмечен в 53,3% наблюдений. По глубине поражения у 5 (38,5%) больных с ()-ИМ имел место трансмуральный, у 8 (61,5%) - крупноочаговый ИМ. По локализации поражения переднеперегородочный ИМ отмечен у 15 (50%), переднебоковой у 3 (10%), заднебоковой у 7 (23,3%), заднедиафрагмальный у 5 (16,7%) пациентов. У ряда больных в обеих группах (до 30%) течение заболевания осложнялось развитием сердечной недостаточности.

В план обследования пациентов в сравниваемых группах включали определение маркеров миокардиального некроза: сердечного тропонина-Т, плазменного уровня МВ - КФК (в 1-е сутки заболевания) с помощью стандартных наборов («Human», Германия), а также содержание цитокинов: провоспалительных интерлейкинов - IL-1b, IL-2, IL-6, TNF-a, IFN-γ, противовоспалительных интерлейкинов - IL-4, IL-10, IL-17, иммуноглобулинов класса А (IgA), G (IgG), М (IgM) и натрийуретического пептида (NTproBNP) при поступлении и на 28-е сутки. Исследуемые цитокины и иммуноглобулины определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов тест-систем А-8754 и А-8662 ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Двухмерную трансторакальную ЭхоКГ выполняли в состоянии покоя, в положении лёжа на аппарате фирмы «Vivid 7 Dimension Pro» (General Electric, США) с использованием М- и В-режимов. При использовании парастернального и верхушечного доступов исследовали размеры и объемы полостей сердца согласно рекомендациям Европейской и Американской эхокардиографических ассоциаций.

Результаты были статистически обработаны с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel» и «Statistica». Достоверность различий средних значений показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Средние величины представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе работы на основании анализа 1718 историй болезней были получены данные о частоте встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди

пациентов, поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения.

Частота встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди больных, поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения, колебалось от 5,6% в 2012 году до 8,2% в 2009 году. В среднем, изучаемый показатель за 4 года (с 2009 по 2012 гг.) составил 7,0%.

Длительность лечения больных с сочетанным течением ИМ и ВП была, в среднем, на 32% больше, чем сроки нахождения в стационаре больных инфарктом миокарда. Летальные исходы у больных с сочетанной патологией имели место в 2 раза чаще, чем у пациентов ИМ без ВП (16,7% и 8,0% соответственно).

При анализе 88 протоколов патологоанатомических исследований больных ИМ, умерших в первые 48 часов после госпитализации, в 22,7% случаев при вскрытии выявлялись признаки легочного воспаления. Частота расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по внебольничной пневмонии (гиподиагностика) при этом была весьма существенной и достигала до 40% в разные годы.

Таким образом, представляется очевидным, что у некоторых больных инфарктом миокарда имела место внебольничная пневмония (до 7% по клиническим данным и до 22,7% по секционным). Указанное сочетанное (ВП) заболевание в ряде случаев не диагностировалось при жизни. Длительность лечения ИМ, развившегося на фоне ВП значительно (более чем на 30%) превышала длительность лечения больных с одним лишь ИМ. Летальность среди больных с сочетанной патологией составила 16,7% и более чем в 2 раза превышала летальность в группе сравнения.

Нами изучались клинические особенности сочетанного течения ВП и ИМ, изменения показателей лабораторных и функциональных исследований. Сравнение по указанным критериям осуществлялось в двух группах больных. Основную группу (I) составили 27 больных с сочетанным течением ИМ и ВП. В группу сравнения (ИМ без ВП) вошли 30 пациентов. Группы были рандомизированы по полу, возрасту, тяжести состояния.

Первоначально исследовали особенности развития ИМ на фоне ВП. Так, в основной группе те или иные нарушения сердечного ритма и проводимости были зафиксированы практически у всех больных (в группе сравнения – в 46,6% наблюдений). Необходимо отметить, что в основной

группе гораздо чаще (в 8,0%) возникали тяжелые жизнеугрожающие виды аритмий, требовавшие проведения неотложных мероприятий.

Причиной более тяжелого течения ИМ на фоне ВП можно считать развивающуюся при легочном воспалении общую гипоксию, затрагивающую и миокард. Другой причиной более тяжелого течения ИМ в основной группе можно считать развитие выраженной интоксикации, свойственной легочному воспалению. Токсины могут воздействовать и непосредственно на миокард, вызывая нарушения его функций.

Помимо изучения особенностей развития ИМ у больных с сочетанной патологией, существенный интерес представляло исследование особенностей течения ВП у данной категории пациентов. С этой целью были обследованы 120 больных с сочетанным течением ИМ и ВП. Одним из наиболее часто встречаемых симптомов легочного воспаления у обследованных больных был кашель – в 52,5% наблюдений. Чаще всего (в 28,3%) пациенты отмечали его возникновение за несколько дней до госпитализации. В ряде наблюдений (11,6%) кашель отмечался более чем за 5 дней до госпитализации. У большинства пациентов первоначально имел место сухой кашель, в последующем у них отмечалось отхождение слизистой и слизисто-гноющей мокроты. Гипертермия имела место у 87,4% обследованных больных, причем температура тела >38°C зарегистрирована всего у 23,3% пациентов, а субфебрилитет - у 64,1%. У большинства больных повышение температуры тела также имело место за 3-4 суток до госпитализации и сохранялось до начала проведения антибактериальной терапии. Гораздо реже у больных отмечались боли в грудной клетке при дыхании, что, вероятно, объяснялось вовлечением в воспалительный процесс плевры – 15,0%. У данных больных имел место и наиболее выраженный объем инфильтрации легочной ткани. Часто встречаемые общая слабость (75,8%) и одышка (62,5%) могли быть вызваны как развитием пневмонии, так и обострением коронарной патологии. По данным ряда авторов, у пациентов без сердечно-сосудистой патологии ВП развивается с большей остротой, как правило, с фебрильной лихорадкой (39%), мучительным кашлем с отделением мокроты (64%), признаками выраженной интоксикации (48,2%), в то время как выраженная одышка отмечалась существенно реже - лишь в 36%.

Таким образом, в целом, можно констатиро-

вать малосимптомное, стертое начало ВП у большинства обследованных больных. Более чем у 40% пациентов какие-либо жалобы вообще отсутствовали. В этом случае, проявления имевшей место хронической сердечно-сосудистой патологии маскировали развитие легочного воспаления, что, безусловно, затрудняло его своевременную диагностику.

При повторном (в течение 24 часов после поступления) рентгенологическом обследовании 58 пациентов, у большинства из них признаки застоя в малом круге кровообращения нивелировались, а инфильтрацию выявляли уже существенно чаще (67,1%). Представленные данные свидетельствуют о том, что при повторном обследовании пневмония рентгенологически верифицирована гораздо чаще. Причиной указанного может быть тот факт, что на фоне активно проводимой пациентам дегидратационной терапии устранялись застойные изменения в легких, затруднявшие выявление пневмонической инфильтрации.

Таким образом, анализ результатов рентгенологического обследования свидетельствует о том, что у больных ИМ рентгенологические признаки застоя в малом круге кровообращения, имеющие место в ряде случаев, не всегда позволяют выявить воспалительную легочную инфильтрацию. Повторное контрольное рентгенологическое обследование органов грудной клетки после проведения пациентам лечебных мероприятий и устранения проявлений сердечной недостаточности позволяет точнее верифицировать наличие пневмонии и своевременно начать лечение.

Необходимо отметить относительно большую длительность сохранения у обследованных больных аускультативных признаков легочного воспаления (мелкопузырчатые хрипы, ослабленное дыхание и др.). Почти у половины пациентов (45,5%) при выписке отмечались остаточные рентгенологические изменения в легочной ткани. Развитие пневмофиброза имело место в 25% наблюдений.

Основным возбудителем ВП (по результатам посевов мокроты) у больных с сочетанием ИМ и ВП был *Strep. pneumoniae* - 41,6% положительных высевок. С одинаковой частотой (по 17%) высеивались *Strep. spp.* и *Klebsiella spp.* В единичных случаях определялись *St. Aureus*, *Enterobacter*, *Mycoplasma pneumoniae*.

При анализе сроков назначения антибиотиков пациентам с сочетанием ИМ и ВП было выявлено,

что в целом ряде наблюдений (до 17%) имело место их отсроченное применение, что, безусловно, способствовало снижению эффективности лечения.

При сравнении результатов анализов периферической крови в анализируемых группах, необходимо отметить, что в основной группе (ИМ+ВП) при поступлении на лечение статистически значимо выше был уровень лейкоцитов, СОЭ, креатинина, АЛТ и АСТ, чем в группе сравнения (ИМ). Указанное, вероятно, объясняется более выраженной воспалительной реакцией и развивающейся токсемией в основной группе.

Нами была изучена роль иммунной активации (цитокины и иммуноглобулины) в формировании и регуляции защитных реакций организма у больных ИМ при развитии ВП.

Анализируя полученные данные, можно полагать, что у больных 1-й группы (ИМ+ВП), сопровождающейся синдромом системного воспалительного ответа, по сравнению с пациентами 2-й группы, отмечается выраженная системная воспалительная реакция, ассоциированная с тяжелым течением заболевания, которую отражает высокий уровень циркулирующих провоспалительных 1Ь-1Ь ($p<0,05$), 11.-6 ($p<0,05$) и противовоспалительного 11.-17 маркера ($p<0,001$). Полученные данные позволяют предполагать, что причинами повышенной концентрации содержания провоспалительных цитокинов у больных ИМ в сочетании с ВП является воспалительный синдром и системная гипоксия ($PaO_2 - 78,3 \pm 4,2$ мм рт. ст.; группа сравнения $PaO_2 - 87,4 \pm 3,2$ мм рт. ст.; $p<0,05$). У больных 2-й группы с изолированным ИМ в динамике отмечено достоверное снижение противовоспалительных ИЛЮ ($p<0,01$) и ИЛ-17 ($p<0,001$), чего не было у пациентов 1 группы. Данные исследования выявили у больных 1 группы высокую концентрацию цитокина ИЛ-6 и достоверную степень его обратной корреляции с циркулирующими ИЛ-17 ($r = -0,33$, $p<0,05$), что свидетельствует об индукции эндогенной реакции, направленной на поддержание баланса между про- и противовоспалительными звеньями иммунного ответа организма. Высокие уровни провоспалительных интерлейкинов TNF-а ($p<0,05$), IFN- у ($p<0,05$), иммуноглобулинов А и М ($p<0,001$) у больных 1-й группы дают основание предположить, что этиологический инфекционный фактор при ВП у больных ИМ может быть дополнительным механизмом активации провоспалительных цитокинов.

Проведение адекватной и своевременной анти-

бактериальной терапии пневмонии у больных 1-й группы сопровождалось достоверным снижением концентрации IL-6 ($p < 0,05$), а также соотношений IL-6/IL-10 и IL-6/TL-17, что может указывать на способность антибактериальной терапии модулировать выраженность системной воспалительной реакции у больных ИМ в сочетании с ВП.

Таким образом, сочетанное течение ИМ и ВП достаточно часто имеет место у больных, поступающих на лечение в кардиореанимационное отделение. ВП у пациентов с ИБС в ряде случаев может рассматриваться как пусковой момент развития у них ИМ. При развитии ИМ на фоне ВП гораздо чаще возникают такие серьезные осложнения как нарушения сердечного ритма, ранняя постинфарктная стенокардия, нарастание сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Российские национальные рекомендации / С.Н. Авдеев, В.Б. Белобородов, Б.З. Белоцерковский,

Г.М. Галстян // М.: Ярославский печатный двор, 2009; 90 с.

2. Гусаров В.Г. Диагностика и факторы риска нозокомиальной пневмонии у больных тяжелым инсультом / В.Г. Гусаров, М.Н. Замятин, О.Ю. Бронов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2012; 7(2): 63-69.

3. Егорова И.Н. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика, лечение (современное состояние вопроса) / И.Н. Егорова, А.В. Власенко, В.В. Мороз, В.Н. Яковлев, В.Г. Алексеев // Общая реаниматология 2010; 6(1): 79-88.

4. Малявин А.Г. Роль пневмонии в танатогенезе у больных с инфарктом миокарда и инсультом / А.Г. Малявин, Д.В. Одинцова // Научно-практический медицинский рецензируемый журнал "Доктор Ру". Терапия. Заболевания органов дыхания. Клиническая медицина сна. 2015; 3(104)-4(105): 17-21.

5. Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ / Н.А. Грацианский.- М.: Изд. Оверлей, 2009. -243с.

6. Музалевская Н. И., Урицкий В. М. Стохастические методы функциональной диагностики и коррекции в медицине. /В кн.: Телемедицина. – СПб, 1998.- с. 209-243.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Хусейнова М.А., Хасанова М.А.

ГУ Родильный дом № 2 г. Душанбе Республика Таджикистан

ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе Республика Таджикистан

Актуальность. Задержка роста плода является одной из основных причин перинатальной смертности и заболеваемости. Сложный и динамичный механизм взаимодействия системы мать-плацента-плод обеспечивает рост плода. Формирование ЗВУР - сложный многоэтапный и пролонгированный во времени процесс, зависящий от комплекса факторов: генеалогических, биологических и социально-средовых [1, 2].

В литературе можно встретить огромное количество терминов: «задержка утробного развития», «внутриутробная задержка развития», «гипотрофия плода», «ретардация плода», «маленький к гестационному возрасту» и др. По МКБ-10 все указанные выше термины объединены под понятием «замедленный рост и недостаток питания плода» в рубрике P05 [6].

Осложненное течение беременности отмечалось у матерей, родивших детей с ЗВУР в 95,6% случаев. Наиболее часто такими осложнениями выступали гестозы второй половины беременно-

сти, угроза ее прерывания, анемия, острые респираторные заболевания, сочетание двух и более неблагоприятных факторов. Так, дети с ЗВУР, родившиеся ранее 32 недели имели более тяжелое течение неонатального периода, что выражалось более длительным сохранением метаболического ацидоза, гипогликемии, сердечно-сосудистой недостаточности и требовало более продолжительного применения полного парентерального питания, и пребывания в отделении реанимации и в стационаре [7].

Увеличение количества детей с ЗВУР особенно отчетливо прослеживается последние 15 лет. В последние годы отмечается также неуклонный рост частоты встречаемости ЗВУР у доношенных новорожденных [5].

Перинатальная смертность у детей, родившихся с массой тела менее 2500 гр. при доношенной беременности в 5-30 раз выше, чем у детей, родившихся с нормальной массой тела [3]. Ранняя неонатальная смертность в группе детей с задерж-

кой внутриутробного развития в 4-8 раз выше по сравнению с детьми с нормальными показателями физического развития [4, 7].

В настоящее время описана этиология, выявлены факторы риска задержки внутриутробного развития. Широкое распространение внутриутробной инфекции, хроническая патология матери, употребление беременными женщинами лекарственных препаратов, вредные привычки, дефицит питания, плохие социальные условия обуславливают рост данной патологии в мире [5]. Ведущая роль в патогенезе ЗВУР принадлежит нарушению маточно-плацентарного кровообращения, которое приводит к гипоксии, каскаду метаболических и функциональных нарушений у плода и новорожденного [2].

Исходя из этого, для решения актуальных проблем в этой области необходимо определить наиболее значимые факторы риска, для того чтобы поднять на новый уровень качество оказания перинатальной помощи, особенно среди детей с задержкой внутриутробного развития.

Таким образом, диапазон факторов, приводящих к возникновению ЗВУР, весьма широк. Несомненно, неблагоприятные условия внутриутробного развития определяют течение постнатального периода онтогенеза. Адаптация новорожденного с ЗВУР во многом зависит от той патологии, которая способствовала замедлению генетической программы развития.

Цель исследования: изучить влияние факторов риска на развитие внутриутробной задержки плода.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 65 недоношенных новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития. Все обследованные дети были разделены на 2 группы: основную группу составили – 30 недоношенных новорожденных детей с ЗВУР, группу сравнения – 35 недоношенных новорожденных без ЗВУР. Клинические проявления ЗВУР недоношенных детей основной группы представлены следующим образом: 54,3% детей имели симметричный, и у 45,7% детей - асимметричный вариант ЗВУР.

Оценку соотношения массы тела и роста ребенка при рождении его гестационному возрасту, и его дальнейшее развитие до 50 недели постконцептуального возраста (ПКВ) определялись на основании шкалы Фентона Т.Р. с учетом пола ребенка [8]. Показатели физического развития после 50 недели ПКВ оценивали в соответствии с таблицами роста детей [9]. Оценка антропометрических показателей у недоношенных детей про-

водилась с учетом скорректированного возраста (СВ) в 3, 6 и 12 месяцев. В процессе проведения исследования выполнен анализ клинических методов исследования, который включал в себя подробную оценку анамнестических данных, а также результаты физикального обследования.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе StatgraphicsPlusforWindows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в%, среднюю арифметическую величину (М), величину средней ошибки (т). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различия считали достоверными при $t > 2$, $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. На сегодня не вызывает сомнения тот факт, что в развитии ЗВУР ведущую роль играют неблагоприятные перинатальные факторы. Среди многочисленных факторов, влияющих на состояние плода и новорожденного, а также на показатели перинатальных потерь, огромное значение имеет состояние здоровья матери, течение беременности и родов. В процессе работы проведено изучение материнских факторов риска и их влияние на формирование задержки внутриутробного развития у недоношенных новорожденных.

Анализ показателей возраста матерей родивших детей с ЗВУР показал, что до 19 лет - (4,6%), от 18 до 29 лет - (73,2%) и от 30 до 43 лет - (22,2%) женщин. Средний возраст составил $27,6 \pm 9,4$ гг. По мере увеличения возраста матерей, заметно чаще регистрируются вероятность хронических заболеваний, которые, могут спровоцировать, возрастание риска рождения ребенка с ЗВУР. Данные социального статуса показали, что в браке состояло (84,8%) женщин. Среди обследованных матерей жителями села оказались (68,3%). По статусу образования женщины распределились следующим образом, 57,5% получили среднее образование, среднее специальное – 19,0%, высшее - 5,2%, не законченное высшее - 18,3% женщин. Антропометрические данные матерей показали, что у 39,3% женщин рост составил до 160 см, более 170 см – 9,8%. Встали на учет после 12-13 недели 41,5% пациенток.

Исследование течения беременности у женщин показало, что наиболее частым осложнением беременности у матерей как основной, так и группы сравнения была анемия (95% и 92% соответственно) (табл. 1).

Таблица 1

Особенности акушерского анамнеза матерей обследованных новорожденных

Факторы	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Медицинский аборт	35,2±6,9*	16,6±4,9
Самопроизвольный выкидыш	40,5±5,5	28,3±4,8
Кольпит	45,1±6,1	44,4±5,6
Анемия	95,4±3,2	92,1±5,5
Тром.пур.	15,5±4,5*	4,1±2,9
Пиелонефрит	40,8±5,5*	24,6±4,2
Гепатит С	25,9±4,6*	8,2±3,1

Примечание: * - достоверность данных между группами (p<0,05)

При анализе акушерского анамнеза (табл. 1) нами было установлено, что медицинские абортывстречались наиболее чаще в основной группе и составили 35% против 16%, что было в 2,2 раза больше. Так же наблюдается высокая частота встречаемости самопроизвольных выкидышей в основной группе (40,5%) по сравнению с группой сравнения (28,3%). Почти в 2 раза чаще у матерей из основной группы встречалась тромбоцитопения (15,5% против 4,1%). У 40,8% матерей основной группы наблюдаются заболевания мочеполовой системы, которые в 1,7 раз реже встречаются у матерей из группы сравнения (24,6%).

Выявлен высокий удельный вес встречаемости гепатита С у матерей из основной группы (25%) в отличии от группы сравнения, где этот показатель составил всего 8% и в 3,1 раза был ниже. Изучение исходов предыдущих беременностей и родов у 65,4% женщин основной группы выявило те или иные осложнения: самопроизвольные выкидыши, медицинские абортыв, что составило 40,5% и превышало показатели группы сравнения почти в 2 раза. Так же у женщин основной группы частота встречаемости осложнений беременности и аномалии родовой деятельности соответственно в 2,7 и 3,7 раза выше, чем в группе сравнения.

В дальнейшем, нами был проведен анализ показателей антенатального периода развития новорожденных детей в группах наблюдения (табл. 2).

В большинстве случаев основным патогенетическим фактором ЗВУР была фето-плацентарная недостаточность. Динамический анализ анамнестических данных матерей, родивших детей основной группы, показал следующие достоверные отличия,

Таблица 2.

Особенности антенатального периода развития новорожденных с ЗВУР

Факторы	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Ранний токсикоз	35,1±6,9	40,4±5,1
Поздний токсикоз	25,5±4,6*	4,2±2,9
Угроза прерывания беременности	52,8±5,5	27,8±6,4
ФПН	79,5 ±5,5*	20,3±4,2
TORCH инфекции	65,6±6,9	40,5±5,1
Преэклампсия	41,7±5,2	1,9±0,2
ОРВИ	30,2±5,2	32,5±5,0

Примечание: * - достоверность данных между группами (p<0,05)

которые характерны периоду беременности: фето-плацентарная недостаточность различных степеней тяжести – 79,5%, в группе сравнения – 29,6% (p=0,026). Нарушение маточно-плацентарной гемодинамики различной степени выраженности имело место (87,1%) беременных, 1 А степени - (50,0%), 1 Б степени - (22,8%), 2-й степени - (12,9%), 3-й степени - (1,4%). Хроническая гипоксия плода наблюдалась в (95,4%) случаях. Частота другого фактора приводящего к хронической гипоксии плода в основной группе была преэклампсия – 41,7%, в группе сравнения – 1,9% (p=0,003). У матерей основной группы достоверно чаще (52,8%) встречались угрозы прерывания беременности против 27,8% у матерей группы сравнения (p=0,006).

Как видно из полученных данных, у матерей обследованных новорожденных, как в основной группе, так и в группе сравнения наблюдались осложнения в антенатальном периоде, которые были более выражены в основной группе.

Проведенный анализ факторов риска в интранатальном периоде показал, что у женщин основной группы чаще встречались отслойка плаценты - в 3,3 раза, обвитие пуповиной - в 1,6 раз больше, чем в группе сравнения (табл. 3).

Факторы, способствующие развитие хронической внутриутробной гипоксии - отслойка плаценты на 28% чаще регистрировались среди детей основной группы (40,4% и 12,4% соответственно) (таб. 3) Оперативные вмешательства при родах в 1,3 раза чаще встречались у женщин детей основной группы (90,7% против 68,8% в группе сравнения). Так же у женщин основной группы чаще встречалось маловодие (30,4%), чем у женщин

Таблица 3.

Осложнения течения беременности и родов у матерей обследуемых новорожденных, %

Факторы	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Отслойка плаценты	40,4±2,5	12,4±1,2
Кесарево сечение	90,7±3,8	68,8±4,6
Обвитие пуповиной	70,4±6,1	44,3±4,9
Раннее излитие околоплодных вод	35,3±2,2	36,9±5,2
Многоводие	25,9±2,9	24,2±6,2
Маловодие	30,4±3,1	20,1±2,2

группы сравнения (20,1%). Частота регистрации раннего отхождения околоплодных вод практически между группами не имела различия (35,3% и 36,9% соответственно). Так же по показателям, как многоводие существенных различий в обеих группах не наблюдалось, хотя признак маловодия чаще выявлен у матерей основной группы.

Выводы: 1. В анамнезе матерей, родивших недоношенных детей с ЗВУР и ГВ 32-36 недель, выявлены факторы риска: фетоплацентарная недостаточность различных степеней тяжести - 79,5%, в группе сравнения - 20,3% ($p=0,026$); преэклампсия - 41,7%, в группе сравнения - 1,9% ($p=0,003$).

2. Отслойка плаценты в основной группе имело место в 40,4%, тогда как в группе сравнения на 3,2 раза меньше (12,4%).

3. Угроза прерывания беременности в 1,8 раза чаще регистрировалось у матерей основной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашурова Н.Г., Исмаев М.И. Задержка внутриутробного развития: современный взгляд на проблему (обзорная статья) // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2015. - №3(10). - 15-18.
2. Бабашева Ж.Б., Туребаева Л.А., Хамитова Г.А. Синдром задержки внутриутробного развития плода // Наука и здравоохранение. Научно прак. журнал- 2012. - №1. С.12-16.
3. Бочкова Л.Г. Новорожденный ребенок с крайне малой массой тела при рождении // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 6. - №3. - С. 641-646.
4. Будюхина О. А. Синдром задержки развития плода – современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – С. 83-89.
5. Бушуева Э.В., Денисова Т.Г., Сидорова Т.Н., Герасимова Л.И. Факторы риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. - №3. – С. 627-629.
6. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. – Москва: ГЭОТАР – Медиа. – 2009. – С. 91-94.
7. Гинзбург Б.Г. Задержка роста плода и постнатальная патология // Проблемы репродукции. - 2011. – С. 590-595.
8. Горбань Т.С., Володин Н.Н., Дегтярева М.В. и др. Особенности течения неонатального периода у недоношенных новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2011.- №6 - с. 38 - 43.
9. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatrics / T.R. Fenton, J.H. Kim. - 2013. - <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/59>

ТЕЗИСЫ**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ***Абдуллаева Н.Ш.**ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии*

Цель исследования. Выявить отношение и степень ответственности родителей при возникновении заболеваний у ребенка.

Материалы и методы. С целью выявления степени медицинской активности родителей при возникновении заболеваний у ребенка, было проведено анкетирование 724 матерей. Дети раннего возраста составили 315 (43,5%) и 409 (56,5%) были дети дошкольного возраста, из них мальчиков

было 58% и 42% девочек.

Результаты. Анализ медицинской активности показал на достаточно высокую профилактическую активность родителей – 73% своевременно посещали центры здоровья для проведения профилактических прививок своим детям, согласно национальному профилактическому календарю.

Более 42% опрошенных матерей говорили, что их дети перенесли за последние 3 месяца жизни

какое-либо заболевание, а в некоторых случаях и не одно.

В ходе анкетирования было выявлено, что в случае заболевания у ребенка 57,8% семей обращались за медицинской помощью в городские центры здоровья или в частные медицинские центры в первые сутки заболевания. 32,2% семей обращались на вторые или третьи сутки от начала заболевания, если состояние ребенка продолжало ухудшаться. При этом, большинство из них не знают, как оценивать болезнь их детей, в результате чего медлят с решением, когда и куда обратиться к врачу, как лечить и как кормить ребенка при заболевании.

При опросе, каждый второй родитель указывает на то, что выполняет назначения врача частично (53,2%). Необходимо отметить, что 10% семей практически не обращались за врачебной помощью, занимались «самолечением», нередко применяя при этом антибиотики и противовирусные препараты.

В результате опроса большинство семей считают, что состояние здоровья ребенка зависит от самих родителей (63,5%), медицинские работники в 31,8% случаях оказывают влияния на здоровье детей и всего лишь 4,7% приходится на наследственность.

Необходимо отметить, что преобладающее количество родителей (62,7%) больше доверяют педиатрам частных медицинских центров, нежели семейным врачам городских центров здоровья.

Заключение. Выявлена достаточно высокая профилактическая активность родителей в проведении профилактических прививок. Половина семей обращаются за медицинской помощью с самого начала заболевания ребенка; треть семей на вторые и третьи сутки. За последние годы выросла частота своевременного обращения родителей за медицинской помощью в случаях заболевания их детей, хотя процент «самолечения» или позднего обращения остается достаточно высоким.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО ФАКТОРЫ

Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Изучить влияние социально-биологических факторов риска на качество жизни детей с частыми рекуррентными заболеваниями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 197 детей от 2 до 4 лет. Из них 148 (75%) детей из группы часто болеющих (1 группа - ЧБД) и 49 (25%) детей – эпизодически болеющие (2 группа – ЭБД), мальчиков было 114 (57,9%), девочек – 83 (42,1%) соответственно. Для изучения влияния факторов риска на состояние здоровья и КЖ детей нами была разработана анкета, заполняемая родителями. Данные о состоянии здоровья детей были получены путем выкопировки из медицинской документации поликлиник и стационаров. В качестве инструмента оценки КЖ использован опросник PedsQL™4.0 (Varni J. et al., USA, 2001) для детей от 2 до 4-х лет.

Статистическую обработку результатов исследований проводили общепринятыми методами с последующим сравнением аналогичных характеристик различных групп, обследуемых между собой и с контрольной группой с расчетом критерия Стьюдента при постоянном заданном уровне надежности ($p < 0,005$).

Результаты. Результаты анализа социальных факторов и образа жизни семьи показали, что каждый третий часто болеющий ребёнок - 34.6% живёт в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, 36.6% из них плохо питаются. Тогда как, больше половины ЭБД родились в достаточно обеспеченных материально-бытовых условиях (54%, $p \leq 0.01$). Матери, дети которых часто болели острыми респираторными заболеваниями, значительно чаще, по сравнению с контрольной группой, сами страдали хронической патологией (4.6 и 18.3% соответственно, $p \leq 0.001$) и относились к категории часто болеющих людей (33.4 и 8.8% соответственно, $p \leq 0.001$). Обострение хронических заболеваний во время беременности у матерей, родивших ЧБД, отмечалось в 19.4% (34) случаев.

В ходе исследований было установлено, что период новорожденности у ЧБД, был осложнён такими состояниями как, задержка внутриутробного развития (22.8%), бактериальные инфекции, необходимость проведения второго этапа лечения новорожденного в стационаре (13.8%).

На исключительно грудном вскармливании находилось 38.4% ЧБД, против 57.9% ЭБД ($p \leq 0.01$).

Среди детей, переведенных на раннее искусственное вскармливание (до 6 месяцев), частота встречаемости часто болеющих, была статистически значима по сравнению с эпизодически болеющими (28.8 и 8.5% соответственно, $p \leq 0.001$). На первом году жизни у ЧБД статистически чаще регистрировалась перинатальные поражения центральной нервной системы – 36.6%, а также такая фоновая патология, как рахит – 38.4%, анемия – 29.3%, недостаточность питания – 46%.

Изучение КЖ у обследованных детей выявило статистически значимые различия практически по всем его аспектам. Общий балл КЖ ЧБД достаточно низок (63.6) по сравнению с ЭБД (80.5, $p < 0,001$). При этом все респонденты одинаково низко оценили КЖ ЧБД по всем шкалам: «физическое функционирование» 65 баллов против 79.5 у ЭБД ($p < 0,01$), «эмоциональное функционирование» - 60 баллов против 78.4 ($p < 0,001$), «социальное функционирование» - 71.4 баллов против 83

($p < 0,01$), «ролевое функционирование» - 58 баллов против 75.8 соответственно ($p < 0,01$).

Заключение. Возможное ухудшение в состоянии здоровья детей может быть связано с наличием негативных факторов риска – проживание в неудовлетворительных материально бытовых условиях, где очень большая скученность детей и высок риск развития реинфекций. Состояние здоровья матерей, родивших часто болеющих детей, вызывало опасение, ведь каждая третья женщина относилась к категории часто болеющих. Ранний перевод на искусственное вскармливание, низкокалорийное и однообразное питание в последующем, а также наличие фоновой патологии повлияло на реактивность детского организма. Влияние вышеизложенных факторов риска и отклонения в состоянии здоровья детей после перенесенных частых респираторных заболеваний, по нашему мнению, способствовали снижению КЖ у данной категории детей.

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА

Абдурахманов Р.М., Вохидов А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования – разработать прогностические критерии неонатальной пневмонии на основе оценки социальных, материнских, клинических факторов риска у доношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Для выполнения задач исследования были сформированы две группы доношенных новорожденных: контрольная группа – здоровые доношенные дети ($n=40$) и группа доношенных больных с пневмонией ($n=30$). Критерии включения в группу новорожденных с пневмонией: наличие дыхательных расстройств (ДН) с первых часов от рождения, потребовавших проведение респираторной терапии. Клиническое обследование новорожденных обеих групп проводилось по стандартной схеме и включало следующие параметры: сбор анамнеза (изучение выписок из роддомов, расспрос матерей), данные осмотра, антропометрия, оценка физического развития, степени зрелости, задержки внутриутробного развития по таблицам перцентилей, оценка степени асфиксии при рождении по шкале Апгар, выявление симптомов дыхательной недостаточности (оценка по шкале Доунса). Рентгенография органов грудной клетки выполнялась

у постели больного передвижным рентгеноаппаратом «Mobildraiv» в положении больного лежа на спине. Исследование общих показателей крови проводили на гемоанализаторе «Sisindex-KX 21» (Япония), биохимических показателей крови – на гемо-анализаторе «Sapphire 400».

Результаты и их обсуждения. В группе контроля у всех наблюдавшихся новорожденных при рождении состояние оценивалось как удовлетворительное, отмечалось физиологическое течение раннего периода адаптации. Они не имели соматических расстройств и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4 – 5-е сутки жизни.

Все больные дети с рождения имели ДН II – III степеней, нуждались в интенсивной терапии и реанимации, и после стабилизации гемодинамики были переведены в ОРИТН ГУ МК «Истиклол» из роддомов г. Душанбе на 1–2-е сутки жизни. Средний возраст родильниц составил: для группы контроля – $25,7 \pm 4,4$ года; в основной группе – $27 \pm 5,6$ года ($p > 0,20$). В распределении родильниц по возрастным категориям (до 18 лет, от 18 до 24 лет, от 25 до 29 лет и старше 30 лет) статисти-

ческой значимости различия не достигли, хотя необходимо отметить увеличение удельного веса возрастных родильниц старше 30 лет. Факторами риска развития пневмонии у новорожденных детей являются следующие осложнения, отмечавшиеся у беременных и рожениц: наличие гестоза ($\chi^2 = 5,42$, $df = 1$), хроническая фетоплацентарная недостаточность ($tp = 0,004$), отслойка плаценты ($tp = 0,001$) и родоразрешение посредством кесарева сечения ($\chi^2 = 45,75$, $df = 1$). Отмечается преобладание первородящих первобеременных родильниц в группе больных новорожденных (44,5% против 39% у здоровых), в то время как первородящих повторно-беременных было больше (24%) среди матерей здоровых детей против 18,5% у больных. Однако статистической значимости эти различия не достигли. Доля повторнородящих повторнобеременных (37% в контроле против 37% у больных) была идентичной. Комментируя прогностические признаки, вошедшие в синдром пневмония, мы считаем необходимым выделить первые позиции:

оценку по шкале Апгар, гестационный возраст, массу при рождении, возраст матери. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что задержка внутриутробного развития плода является фактором риска развития пневмонии у доношенных новорожденных ($tp = 0,03$, $df = 1$, $OR = 12,38$, 95% CI 0,921 – 655,9). В то же время крупная масса тела детей не ассоциируется ни как протективный фактор, ни как фактор риска ($OR=0,00$).

Таким образом, исходя из вышеизложенных данных, факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных в нашем исследовании явились следующие признаки: мужской пол, плацентарная недостаточность, кесарево сечение; асфиксия новорожденного (является ключевым моментом для реализации пневмонии у новорожденных). Первые роды вне зависимости от порядкового номера беременности не явились для доношенных детей фактором риска развития пневмонии.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Абдусаматзода З.М., Набиев З.Н., Икромов Т.Ш., Аминов О.Т.

*Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии*

Цель исследования: Провести анализ существующего в РТ мониторинга заболеваемости детей новой коронавирусной инфекцией и особенностей летальных случаев COVID-19 у детей.

Материалы и методы исследования: в период с 10.06.2020 г. по 10.09.2020 г. проведен анализ данных оперативной статистики по регионов, в которых учитывали заболеваемость детей, а также данные оперативного отчета по областей о инфекционных болезнях среды детей. Проанализированы медицинские карты стационарных больных, которое диагностировано пневмония и исследования детей с нарушением функции кишечника.

Следует, отметить, что после проведенного вирусологического исследование у 3545 детей возрасти от 15 дней до 18 лет амбулаторное и в стационарах Республики у 368 (10,4%) случая результат были положительно на COVID-19.

Из положительных результата у 125 (33,9%) детей никаких симптомов не наблюдали (повышение температуры, недомогание, нарушение дыхание). У 109 (29,6%) детей диагностировали нарушение функции желудочно-кишечных трак-

тов. Только у 134 (36,4%) больных детей на фоне респираторных вирусное инфекции наблюдалось дыхательное недостаточности разных степени. Компьютерное томографии и рентгена графи грудное клетки только у 176 (47,8%) детей имели признаки воспалительное характер картины усиление легочное рисунки и клиники пневмония.

Результаты и их обсуждение. Распространенность COVID-19 у детей в различных регионах РТ составляла от 1% до 10,4% в структуре общей заболеваемости. Среди детей с положительное результатами больше всего диагностировали в г. Душанбе 201 (54,6%), далее Хатлонской области 67 (18,2%), в Сугдские области 56 (15,2%), в районах республиканские подчинение 44 (12%) детей. Бессимптомные и легкие формы болезни, не требовавшие госпитализации, отмечали в 30–35% случаев. В большинстве случаев дети поступали в стационар на 4–6-й дни заболевания в тяжелом и крайне тяжелом состоянии за счет легочносердечной недостаточности, у 26 – с повышение температуры тела до 38–39°C, в 5 – с признаками угнетения сознания. В группы больные с тяжелый течение входили детей раннего возраста которые

составили 47 (12,8) дети возраста от 15 дней до 3 лет. Из этой группы больные были на респираторные поддержки в 14 (3,8%) случае от 24 часов до 7 суток и в 5 (1,3%) больных результат были неблагоприятными. Непосредственной причиной смерти явилась сердечная или легочно-сердечная недостаточность. Несомненным является значение коморбидной патологии в развитии неблагоприятных исходов. У всех детей по данным рентгенографии, ультразвукового исследования или компьютерной томографии органов грудной клетки диагностировали внебольничную двустороннюю пневмонию, что не всегда совпадало с выраженностью респираторного синдрома.

Результат исследование показало, что около 30% больных начало заболевание протекало виде кишечные дисфункции (рвота, жидкие стулья) и при госпитализации на первые план выступали

картина эндогенное интоксикации. Сроки пребывания в стационаре составили от 4 до 17 суток, чаще 4–7 койко-дней.

Следует подчеркнуть частоту осложнение зависало от сопутствующие патологии на фоне основного заболевание (врожденных поражений сердца пороков развития и тяжелой фоновой миокардиопатии, тяжелое анемии), в ряде случаев с развитием угрожающих жизни нарушений ритма и недостаточности кровообращения. Хроника борьбы с новой коронавирусной инфекцией будет еще долго обобщаться и анализироваться, однако динамика течения пандемии в Республики Таджикистан, в целом, показывает успешность применяемых мер по обеспечению населения, в том числе и детей, медицинской помощью, что проявляется относительно низкой заболеваемостью и летальностью от COVID-19 среди детей.

АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Алишеровна Н.А., Абдурахманова Х.Н., Намозов Д.Б.

*Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абули ибни Сино,
ГУ КЗ «Истиклол»*

Цель работы. Определение особенностей адаптации новорожденных от больных матерей с экстрагенитальными патологиями.

Материал и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ 270 истории развития новорожденных родильного отделения ГМЦ. Новорожденные были разделены на 2 группы: 1-ая группа включала 90 (33,3%) новорожденных от здоровых матерей возрасте от 16 до 35 лет с физиологическим течением беременности. Во 2-ю группу вошли 180 (66,6%) новорожденных, от больных матерей с различными патологиями: вирусной инфекцией – 106 (61,7%), мочекаменная болезнь, т.е. дисметаболической нефропатией -17 (31,2%) и прочими поражениями почек-7 (1,3%), отягощенным акушерским анамнезом-18 (32%), анемией беременных-13 (23%), эндемическим зобом-19 (34%), а также живущих в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях.

Результаты и их обсуждение. Изучены особенности адаптации новорожденных путем сопоставления клинического статуса новорожденных разных групп. 1-ю группу составляли новорожденные от физиологических родов с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов с массой тела от 2800 до

4000г. Пограничные состояния: физиологическая потеря первоначальной массы тела составляла 4-7%, физиологическая желтуха 1 степени, простая эритема отмечалась у 51 (32,1%) новорожденных; отпадение пуповины наблюдалось на 3-4 сутки жизни. 2-ю группу составляли новорожденные родившихся от матерей с различными патологиями с массой тела при рождении в среднем на 290 г ниже, чем у детей 1-й группы. 82 (45,5%) детей родились с пренатальной гипотрофией 1 степени. Частота пограничных состояний отличились от 1-й группы: (физиологическая желтуха держалась дольше, переход простой эритемы в токсическую, время выпадения пуповины наблюдалось на 10 сутки); физиологическая потеря первоначальной массы тела была на 6-10% больше, чем в 1-й.

Выводы. Ответ системы «мать-плод-дитя» на различные неблагоприятные воздействия и патологическое течение беременности у женщин с различными заболеваниями могут, приводит к различным осложнениям адаптации новорожденных. В связи с этим необходимо проводить профилактические мероприятия с целью улучшения течения беременности у матерей с различными патологиями.

ВАЗОПРЕССОРНАЯ ПОДДЕРЖКА У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Арслонов Ю.Ф., Раджабов Ф.А.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Оценка результатов применения дофамина в качестве инотропной и вазопрессорной поддержки у новорождённых детей с пороками развития желудочно-кишечного тракта (ПРЖКТ).

Материал и методы исследования. В периоды 2016-2020 годы в отделение детской реанимации Национального Медицинского Центра Республика Таджикистан поступило 410 (100%) детей с различными пороками развития ЖКТ. Возраст детей составлял от 1 дня до 7 дней (ранняя неонатальная) – 225 (54,8%), от 8 дней до 1 месяца – 180 (45,1%). При этом сельских было 289 детей (70,4%), а городских 121 детей (29,5%). Наиболее часто ПРЖКТ встречалась у мальчиков - 68,3%, частота ПРЖКТ у девочек составила 31,7%.

Больные были распределены на две группы. В основную группу вошли 272 новорожденных с ПРЖКТ, которым на фоне интенсивной терапии ещё и проводилось внутривенное круглосуточное (24 часа) введение дофамина, из расчета 3мкг/кг/мин. В контрольную группу вошли 138 новорождённых, которым дофамин в составе основного лечения не использовался. Проводился мониторинг по следующим лабораторным показателям: общеклинические анализы крови, мочи, креатинина, мочевины, сахара крови. Коагуляционные тесты включали в себя определение уровня фибриногена, протромбинового индекса, протромбинового времени, АВР, этанолового теста.

Результаты и их обсуждение. Пороки развития в ЖКТ часто сопровождаются нарушением функций почек и кишечника, вызывающие в свою очередь тяжелые расстройства гомеостаза: в виде

азотемии, ацидоза, дисбаланса электролитов, нарушения выведения жидкости, появления склеремы.

В результате исследования в основной группе через 10-12 часов от начала лечения отмечено увеличение мочи на 20-25%, на фоне снижения показателей креатинина на 27%. Выявлено снижение вязкости крови на 8,5%, Нт на 13,2%, фибриногена на 22,3%, реологические свойства восстановились лишь частично. На 2-3е сутки имеет место увеличение мочи на 50%, на фоне снижения показателей креатинина на 40% снижение вязкости крови на 18%, Нт на 5,1%, повышения фибриногена на 28,4%. Таким образом, реологические свойства восстановились на 80%. Средняя длительность пребывания в отделении реанимации детей резко сократилось составила 3-5 койко-дней, параллельно отмечено снижение летальности в 2,5 раза.

Выводы:

Применение дофамин в составе интенсивной терапии в качестве вазопрессорной поддержки, то есть внутривенном применении в малых дозах 2-3 мкг/кг/мин способствует избирательно раздражению дофаминовых рецепторов гладких мышц сосудов, и тем самым улучшает кровообращение внутренних органов в том числе в почках и кишечнике.

Для эффективности применения вазопрессорной поддержки необходимы адекватная седация, нутритивная поддержка или парентеральное питание, безукоризненный уход. Необходимость этих мероприятий очевидна и не требует обсуждения.

Применение дофамина в послеоперационном периоде снижает частоту кишечных парезов и ОПН.

ИНОТРОПНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Арслонов Ф.Ю., Рахимов Н.Г., Раджабов Ф.А.

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Изучение результатов инотропной поддержки при лечении у новорождённых детей с пороками развития желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование результатов инфу-

зионной терапии (ИТ) у 40 новорождённых детей с различными пороками развития желудочно-кишечного тракта, находящихся на стационарном лечении в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш». Новорождённые были разделены на 2 группы. К 1 группе

относятся 20 (50,0%) больных (основная группа) которым по программе ИТ для инотропной поддержки был использован раствор допамина из расчета 3 мкг/кг. Ко 2 группе 20 (50,0%) больных (контрольная группа), которым ИТ было проведено без использования раствора допамина.

Всем пациентам до и на вторые сутки проведения ИТ ИТ были исследованы показатели гемодинамики, гемостаза, содержание электролитов, мочевины и креатинина в плазме крови.

Результаты исследования и их обсуждение.

Показатели гемодинамики, гемостаза, содержания электролитов, мочевины и креатинина в плазме крови в обеих группах при поступлении были нарушены. Причиной этих изменений является нарушение водно-электролитного баланса и эндогенной интоксикации вследствие пороков развития ЖКТ у новорождённых.

У больных 1 группы после проведения ИТ с

использованием низких доз раствора допамина на вторые сутки улучшились показатели гемодинамики на 11,3%, гемостаза на 12,4%, содержание в плазме крови электролитов на 10,6%, снижение содержания в плазме крови, мочевины на 11,9% и креатинина на 13,1% по сравнению со 2 группой.

Это указывает на положительные инотропные эффекты добавления в программу ИТ низкой дозы раствора допамина, что способствует улучшению показателей гемодинамики, гомеостаза, клубочковой фильтрации и выведения эндотоксических веществ из организма.

Вывод. Использование низкой дозы раствора допамина у новорождённых детей с пороками развития желудочно-кишечного тракта, создаёт положительную инотропную поддержку, что улучшает клубочковую фильтрацию и выведение эндотоксических веществ из организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Асадуллоев А.Л., Каримов И.В., Нуралиев А.У., Усмонов З.Х., Набиев М.М., Каримов И.И.

ЦРБ район Б. Гафурова

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения у детей с повреждением поджелудочной железы

Материал и методы исследования. По данным ДХО Б. Гафуровского района, пострадавшие с закрытой травмой поджелудочной железы за 2009-2019 гг. было 15 (25,3%). Изолированная травма поджелудочной железы диагностирована у 10 пострадавших (66,6%), сочетанная у 5 (33,4%). Анализируя проблемы диагностики при закрытых повреждениях живота, требующих экстренной операции пришли к выводу, что часто при повреждениях поджелудочной железы у больных возникали признаки перитонита и внутрибрюшного кровотечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучены результаты лечения 6 пациентов с 3 и 4 степенью повреждения поджелудочной железы. Все пациенты доставлялись в тяжёлом состоянии с клиникой геморрагического шока, были оперированы в экстренном порядке. В этой группе больных отмечалось ранняя летальность – 40%. У двух пациентов проксимальная часть железы была ушита, а с дистальной наложен панкреатоэнтероанастомоз на отключённой по Ру петле тонкой кишки. При первой степени повреждения осма-

тривали и дренировали сальниковую сумку, при второй степени операция дополнялась различными вариантами гемостаза (швы, электрокоагуляция, тампонада), а при выполнении операции в более поздние сроки – абдоминализацией поджелудочной железы. При повреждении вирсунгова протока у двух больных была выполнена тампонада раны железы, у 3-х – произведено абдоминализация, у 2-х первичная пластика вирсунгова протока, у 14 – дистальная резекция поджелудочной железы и у 2-х пострадавших с локализацией повреждения в области перешейка наложена панкреатоэнтероанастомоз на отключённой по Ру петле тонкой кишки. У пострадавших с 4 степенью повреждения в одном случае произведено дренирование сальниковой сумки, в одном – тампонада и у одного пострадавшего предпринята попытка выполнить панкреатодуоденальную резекцию. Ещё у одного больного была попытка выполнения экстренной панкреатодуоденальной резекции по поводу сочетанного повреждения поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и холедоха. К сожалению, в обоих случаях получены неудовлетворительные результаты лечения.

Вывод. Травма поджелудочной железы остаётся сложной задачей абдоминальной хирургии.

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ахмеджанов С., Тошпулотов Б.К., Нуров Ф.Н., Аминов Н.Ф., Маринов Н.Ё., Шарипов Г.М.

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

Цель исследования: определение эффективности консервативного метода лечения инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы исследования: За 5 лет (2015-2019 гг) 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 начала 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 обзорная рентгенография брюшной полости выполнено 20 больным, УЗИ брюшной полости 40 больным. Для установления диагноза и лечения инвагинации кишечника всем больным 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 инкубационным 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 кетаминного наркоза. При такой пневмокомпрессии удается достичь большего расширения внутреннего диаметра наружного цилиндра, увеличения расстояния между внутренним и внешним цилиндром, а также расширения ущемляющего кольца, то есть добиться

лучшего эффекта при лечении инвагинации.

Результаты и их обсуждение. Нам удалось произвести дезинвагинацию 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. 19 больным поступившие позже 18 часов от начала заболевания в тяжелом состоянии и 5 больным с тонкокишечной инвагинацией произведено операция. Предоперационная подготовка началась сразу после поступления больного в отделение. Проводилась коррекция белкового и электролитного обмена, восполнения ОЦК. Продолжительность предоперационной подготовки зависело от тяжести состояния больного и длилась не менее 2х часов.

Лапаротомия проводилась срединным разрезом. 20 больным удалось произвести дезинвагинацию, 4 больным в связи с некрозом кишечника произведена резекция некротизированного участка вместе с конгломератом кишки с наложением анастомоза конец в конец 2 больным, илеотрансверзоанастомоз - 1 и концевая илеостома 1 больному. У 8 больных причиной инвагинации был дивертикул Меккеля, клиновидная резекция произведено - 2 и пристеночная 6 - больным.

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

Выводы: Таким образом, при поступлении больных с инвагинацией кишечника необходимо начать с консервативного лечения, проведение пневмоирригографии под кетаминным наркозом. При отсутствии эффекта, с применением мышечных релаксантов короткого действия под управляемым дыханием. Исключением является запущенное тяжелое состояние больного, позже 18 часов от начала заболевания, определение инвагината при пальцевом исследовании и наличие перитонеальных явлений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ибрагимов К.Н., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю.

*Самаркандский Государственный медицинский институт
Самаркандский областной детский многопрофильный детский центр*

Цель исследования: определить эффективность эндоскопических операций при эхинококкозе легких у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 22 больных в возрасте от 7 до 18 лет с диагнозом эхинококк легких за период 2017 по 2020 годы. Правостороннее расположение паразитарной кисты наблюдалось у 9 больных, левостороннее – 13 детей. Всем детям произведено комплексное исследование с включением компьютерной томографии и динамической УЗИ в динамике. Подготовка больных проводилась по стандартной схеме.

Результаты и их обсуждение: При левостороннем удалении кист торакоскопическим путем, определено расположение кист в верхние доли у 8 больных, кисты средних размеров, в нижние доли легкого также средних размеров у 4 больных и огромных размеров у 1 больного. Производилась пункция кисты с адсорбированием эхинококковой жидкости с последующей санацией эхинококковой полости теплым глицерином и удалением хитиновой оболочки. При этом у двух

больных в связи со свищами произведена миниторакотомия и ушивание бронхиального свища. У 1 больного с огромными размерами эхинококковой кисты после ликвидации – удаление жидкости и хитиновой оболочки, выявлено отсутствие легочной ткани произведена торакотомия и удалена нижняя доля левого легкого. При правосторонней торакоскопии у 9 больных выявлены кисты верхней доли у 2 больных, средней доли у 3 и нижней доли у 4 больных. Кисты также удалены по вышеописанной методике. У двух больных также произведена миниторакотомия для ушивания бронхиальных свищей. Послеоперационном периоде всем больным устанавливалось пассивное дренирование по Бюллау. Дренажная трубка удалялась на 3-5 сутки после рентген-контроля.

Вывод. Таким образом эндоскопическое удаление кист легкого в хирургии детского возраста можно считать приоритетным направлением с учетом малоинвазивности, малотравматичности, быстрой активизацией ребенка и сокращением койко-дней практически на 50 процентов.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ахмеджонова М.Ш., Ахмедова М.М.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования: Оценить ЭХО-КГ показатели у детей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. На базе ГУ «РНҚЦП и ДХ» МЗ и СЗН РТ обследовано 52 детей в возрасте от 10 до 17 лет, из них 32 мальчика (61,5%) и 20 девочек (38,5%). Все дети были разделены на 2 группы: первую группу (основная) составили дети с АГ (n = 25), из них: 18 мальчиков (72%) и 7 девочки (28%), во вторую группу (контрольную) вошли дети с АГ и избытком массы тела, ожирением (n = 27), из них 15 мальчиков (55,6%) и 12 девочек (44,4%).

Результаты и их обсуждение. При оценке систолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии, в контрольной группе отмечались более высокие значения ударного объ-

ема, толщины задней стенки левого желудочка в систолу, а также диаметра левого желудочка в систолу, так и в диастолу по сравнению с данными основной группы. Выраженных межгрупповых различий значений структурных параметров, включающих фракцию выброса, фракцию укорочения, диаметр правого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка в диастолу у детей с АГ при сравнении с контрольной группой выявлено не было.

Вывод. Анализ гемодинамических показателей на основании эхокардиографического метода исследования у детей с АГ, позволит учитывать их в качестве дополнительных диагностических критериев у пациентов с высоким уровнем факторов риска атеросклероза, угрожаемых по разви-

тию артериальной гипертензии. Эхокардиография является высокочувствительным методом оценки состояния сердца, позволяющий выявлять ранние

структурно-функциональные изменения миокарда и анализировать их динамику в процессе наблюдения и лечения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Ахпаров Н. Н., Оразалинов А. Ж., Калабаева М. М., Ахтаров К. М., Афлатонов Н. Б.
Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК. г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения различных форм удвоения желудочно-кишечного тракта у детей.

Материалы и методы: За период с 2005 по 2019 год в хирургическом отделении НЦПиДХ находились 38 детей с удвоением желудочно-кишечного тракта в возрасте от 1 года до 5 лет. Мальчиков было 23 (60,5%), девочек 15 (39,5%). У 8-м детей (21%) было удвоением пищевода, из них в 5-х случаях (13,1%) отмечалась изолированная форма удвоения пищевода по типу энтерокистомы с локализацией в средостении, в двух случаях отмечалось соединение на уровне мышечного слоя с единой адвентициальной оболочкой без сообщения с просветом пищевода. В 3-х детей (7,9%) отмечалась тубулярная форма грудного отдела пищевода в двух из которых, опускающееся в брюшную полость через пищеводное отверстие диафрагмы до желудка без сообщения с просветом ЖКТ, в третьем случае отмечалось также удвоение пищевода и желудка. У шестерых детей (15,7%) была кистозная форма удвоения желудка. 9-х (23,7%) кистозное удвоение тощей кишки, у восьмерых детей (21%) с тубулярное удвоением подвздошной кишки, в 1-м случае (4,7%) имело место полное удвоение подвздошной и толстой кишки. У 6-х детей (15,8%) отмечалось кистозное удвоение толстой кишки.

Всем детям проводилось комплексное обследование, которое включало: рентгенографические методы обследования (пассаж с барием, ирригография), компьютерная томография, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и промежности, ректосигмоскопия.

Все дети оперированы. 5-м детям с кистозным удвоением пищевода произведена экстирпация патологически измененного отдела пищевода, в случае соединения в мышечном слое, дефект ушит однорядным серозно-мышечным швом, из них 3 детям оперативное вмешательство проведено торакоскопический. 1-му ребенку с тубулярным удвоением пищевода произведена

полная экстирпация на всем протяжении с торакального доступа с продолженной лапаротомией. Одному ребенку с тубулярным удвоением пищевода и желудка произведена торакоскопическая экстирпация удвоенной части пищевода с одномоментной лапароскопической экстирпацией удвоения желудка. Так же одному ребёнку с тубулярным удвоением пищевода экстирпация проведена с применением эндовидеохирургии. 6-м детям с кистозным удвоением желудка проведено иссечение пораженного участка с ушиванием дефекта желудка двухрядным швом, 4-м детям с данной патологией операция проведена лапароскопический. Детям с кистозным удвоением тощей кишки произведена видеоассистированная резекция на протяжении поражённого участка с одномоментным наложением тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «конец в конец». Детям с удвоением терминального отдела подвздошной кишки проведена мобилизация и резекция патологического участка в месте соединения со здоровой кишкой с одномоментным наложением тонко-тонкокишечного анастомоза, среди них пятерым детям оперативное вмешательство проведена с применением эндовидеохирургической методики. Ребенку с полным удвоением подвздошной и толстой кишки участок тонкой кишки демукозирован и экстирпирована слизистая подвздошной кишки, удвоенный отдел толстой кишки так же демукозирован и экстирпирована слизистая толстого кишечника до места соединения его с ампулярной частью прямой кишки. Место соединения ушито 2-х рядным швом. 6 детям с кистозным удвоением прямой кишки проведена иссечение кистозного удвоения с ушиванием стенки кишки 2-х рядным швом. При морфологическом исследовании демукозированных и экстирпированных удвоенных участков пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки установлено, что стенка их идентична нормальной части пораженных отделов кишки.

Результаты и их обсуждение: В катамнезе

все дети осмотрены через 6 месяцев, 12 месяцев, 1,5 года после проведенных оперативных вмешательств. Всем детям проведены инструментальные и функциональные методы исследования с удовлетворительным результатом. Оперированные дети развиваются удовлетворительно. Жалоб особых не предъявляли. Рентгенологически пищеварительный тракт обычной формы, полностью восстановлена моторно-эвакуаторная функция.

Таким образом, наш опыт хирургического ле-

чения удвоения пищевода свидетельствует о том, что в связи с многообразием анатомических вариантов удвоений пищеварительного тракта хирургу необходимо знать особенности некоторых видов техник оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии, что принципиально важно в выборе метода хирургической коррекции. Правильный выбор хирургической коррекции является профилактикой развития различных послеоперационных осложнений.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахпаров Н.Н., Каукенбаева Г.Т., Аширбай К.С.

АО «Научный Центр педиатрии и Детской хирургии» Алматы, Казахстан

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга в периоде новорожденности.

Материалы и методы: В период с 2017г по 2020г с диагнозом болезнь Гиршпрунга в научном центре педиатрии и детской хирургии проходило лечение 11 новорожденных.

По половому признаку распределились следующим образом: 9 мальчиков, 2 девочки. У всех детей выявлена ректосигмоидная форма. По срокам гестации все дети доношенные. Родоразрешение естественным путем проводились у 6 женщин, 5 женщин родили путем Кесарева сечения. Течение беременности сопровождалась: анемией у 7, ОРВИ в ранние сроки- 5, преэклампсии разной степени -2, урогенитальная инфекция-2, кровотечение в ранние сроки -1. Сочетанных пороков у этих групп детей не наблюдалось.

Задержка прохождения фекалий в течении 48 часов жизни наблюдалось у всех новорожденных. Вздутие живота с рождения были отмечены у 9 новорожденных, а у 2 новорожденных с двух недельного возраста. Вялое кормление и рвота обнаружено у 5 новорожденных. При ректальном обследовании у 6 детей обнаружен тугий анус. При осмотре живота у 4 новорожденных выявлена усиленная перистальтика кишечника, контурирующая через брюшную стенку. Всем детям были проведены комплекс диагностических исследований: ирригография с контрастированием, нейросонография, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости и почек, эхокардиография. При ирригографии у 10 новорожденных подтверждена

картина болезни Гиршпрунга.

Результаты и их обсуждения. Из 11 новорожденных 6- проведена операция трансанальная эндоректальная проктопластика по Svenson like.

Сроки проведения оперативного лечения по возрасту: 20 дней-1 ребенок, 24 дня-3 детей, 26-28 дней -2. Остальные 5 детей выписаны домой под наблюдением с учетом соматических проблем(маловесный к сроку гестации, длительная конъюгационная желтуха).

Гистопатологическое и иммуногистохимическое исследование с применением кальретинина подтвердило болезнь Гиршпрунга у всех оперированных детей. Послеоперационных осложнения не наблюдалось. Оперированные дети выписаны домой, с дальнейшими калибровочными бужированиями ануса по схеме.

Катамнез 6-12 месяцев изучены у 5 детей. Состояние детей удовлетворительное, физическое и психическое развитие соответствует возрасту.

Выводы: Наши результаты хирургического лечения в периоде новорожденности свидетельствуют о том, что ранняя диагностика и ранняя хирургическая коррекция способствует быстрому восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта, а методом выбора является трансанальная эндоректальная проктопластика, которая зарекомендовала себя, как эффективный и щадящий метод хирургической коррекции при данной патологии. Также, применение иммуногистохимического исследования с кальретинином является высокочувствительным диагностическим методом.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Бадалов Ш.А., Намози Х.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Улучшить результатов хирургического лечения уролитиаза у детей.

Материалы и методы исследования. В клинике детской хирургии за период 2009 – 2019 гг. находились на лечении 200 больных детей с хирургическими осложнениями уролитиаза в возрасте от 1 до 14 лет, из них мальчиков составили – 150 (75,0%), девочки – 50 (25,0%).

Больные, в зависимости от проведенной предоперационной подготовки и метода оперативного вмешательства были разделены на две группы.

Первую (контрольную) группу составили 100 детей, получивших лечение от 2009 до 2014 года. У этих больных предоперационная подготовка заключалась в проведении коррекции имеющегося дефицита массы тела, назначались кровозаменители, белковые препараты и антибиотики.

Во вторую (основную) группу вошли 100 детей, которые находились на лечении с 2015 по 2019 годы. У этих больных предоперационная подготовка заключалась в проведении: общеукрепляющей терапии, внутривенного введения белковых препаратов, иммунотерапии, антибиотиков по чувствительности микрофлоры и десенсибилизирующих препаратов.

Результаты и их обсуждение. Осложнения, связанные с хирургическими методами лечения, следующие: диагностические, тактические и технические.

Несмотря на то, что экскреторная урография является основным методом рентгено - урологической исследования больных, диагностические возможности метода еще полностью не раскрыты. Переоценка её возможностей, как морфологического и функционального теста, привели у 15 (7,5%) больных к неправильным определениям степени КП и КГ, причинами малоинформативных рентгенограмм оказались нарушения техники выполнения рентгенографии: недоучет объемов

ЧЛС и количество контрастного вещества, выполнение процедуры на фоне острой окклюзии верхних мочевых путей и в ближайшие дни после обструкции, а также слабые технические возможности рентгенкабинета.

Лечебно-тактические и технические ошибки: наиболее часто причинами выше указанных ошибок являлись: неправильная оценка соматического фона и сопутствующих пороков развития, нарушение тактики подготовки и ведения больных. При подготовке больных к операции между этапами, допущены пренебрежение к катетеризации контралатеральной почки при двустороннем нефролитиазе (ДН). Осложнения при неправильной оценке соматического фона, сопутствующих пороков развития, нарушение тактики подготовки и ведения больных составляли у 20 (10%) больных.

Из 100 больных контрольной группы у 68 (68%) отмечены осложнения. А из (100) больных основной группы у 39 (39%) отмечены осложнения.

Мочевые затеки в п/о периоде встречались у 11 (5,5%) больных. Мочевые свищи встречались у 27 (13,5%) больных, из них 40% пояснично - подвздошные, а у 60% - надлобковые. Нагноение послеоперационной раны отмечались у 29 (14,5%) больных. Калькулезном цистите (КЦ) у -12 (6,0%). Обострение КП и КЦ – 12 (6,0%) пациентов. Выпадение дренажных трубок 5 (2,5%) детей. Кровотечение после оперативных вмешательств - у 5 (2,5%), ранние (1-4 суток) - у 2 больных (1,0%), поздние (4-8 суток) - у 3 больных (1,5%). Обострение калькулезного пиелонефрита (КП) отмечены у 50 больных (25,5%) контрольной группы.

Вывод. Эффективность проводимой пред - интра- и послеоперационного ведения больных с учётом коррекции уменьшить нежелательных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕЦИДИВОВ МОЧЕВЫХ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бадалов Ш.А., Намози Х.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Изучить эффективности фитопрепаратов для профилактики мочевых инфекций у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование эффективности профилактических курсов фитотерапии с почечный

чай и фитолезин у больных уроинфекции с рецидивирующим течением. Общий отбор больных осуществлялся по следующим критериями: возраст от 10 до 15 лет, наличие соответствующего анамнеза заболевания, отсутствие obstructивных уropатий и нейрогенных расстройств мочеиспускания, тяжелых сопутствующих соматических заболеваний.

На обследование находились 200 больных. Всем больные получили консервативное лечение и выписаны в удовлетворительном состоянии домой. В результате которого нормализовались клинические анализы крови и мочи. Перед лечением проводился контроль посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, биохимические анализы крови, клинические анализы крови и мочи.

Профилактическое лечение путем фитотерапии из 200 (100%), больных получили 115 (57.5%). Остальные 85 (42.5%) больных получали профилактическое лечение без фитотерапии.

115 пациенты получили курсы противорецидивного лечения с назначением фитопрепаратов почечный чай и фитолезин длительностью 7 – 10 дней проводились в течение года один раз в квартал. 85 больных (динамическое диспансерное наблюдение) лечение не получали.

В период между курсами пациентов проводили УЗИ и забрали у них клинические анализы

крови и мочи, посев мочи на микрофлору.

Результаты и их обсуждение. В период проведения профилактических курсов лечения рецидивов мочевых инфекций у 115 (57.5%) больных не отмечались. Основным критерием эффективности применяемых методов профилактики являлось наличие или отсутствие рецидивов мочевых инфекций года. У этих больных клинические анализы крови и мочи уже в течение месяцев после выписке домой нормализовались. На УЗИ не было обнаружено признаки гидроколикoза, расширений чашечек, застой мочи и рецидив уроинфекции. Общее состояние больных быстро восстанавливалось и признаки интоксикации и клинические жалобы исчезали в течение 15 дней.

Из 85(42.5%) больных которые не получали профилактических лечение фитопрепаратами у 21 отмечались рецидив заболевания через 3 месяцев после лечения. А также их общее состояние, признаки интоксикаций и клинические жалобы медленно восстанавливалось и исчезали. Со стороны клинические анализы крови и мочи в течение 1 месяцев наблюдались лейкоцитурия и лейкоцитоз, повышение белок в мочи. На УЗИ обнаружено признаки воспаления мочевыводящей системы.

Вывод. Применение почечным чаем и фитолезин значительно уменьшает рецидив уроинфекций, экзогенной интоксикаций.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ β -БЛОКАТОРОВ

^{1,4}Баротов А.А., ^{2,3}Икромов Т.Ш., ^{3,4}Давлатов А.Р., ¹Ёрматов Ф.Х.

¹Таджикский национальный университет

²ГУ Республиканский научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии

³ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

⁴ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель исследования. Оптимизация консервативного лечения гемангиомы у детей путем применением β - блокаторов.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано в клинике детской хирургии ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» с 2017 по 2020 гг - 32 детей с гемангиомами различной локализации с применением β -блокаторов анаприлин и его аналогов пропранолола при обширных и глубоких гемангиомах сложной анатомической локализации. Дети распределены по возрастам: до года были 18 детей, от 1 – 3 лет - 9, от 3–7 лет - 5. По локализации отмечались: волосистой части головы и лицо - 15, тело (спина и грудной клетки) - 7,

промежностной области - 6, стопы и кисти – 4. У детей гемангиомы по характеру различались: простые (капиллярные) – 82%, кавернозные - 14% и смешенные – 4%. По размерам отмечались от 0,1-6,0 см. Проведено клинико-биохимические исследование системы гемостаза, а также ЭКГ и эхокардиография.

Результаты и их обсуждение. Лечение больных проводились под контролем основных показателей сердечно – сосудистой системы до назначения анаприлина и в процессе лечения. Начальный этап терапии проведен в условиях стационара. Методика проведения терапии заключалось в следующий: до лечения проводится мониторинг ЭКГ,

эхокардиография. Анаприлин назначался в дозе 1-2 мг на кг/массы тела в два приёма в течение 7 дней с обязательным мониторингом АД и ЧСС до и после приёма препарата. Один раз в неделю проводится контроль ЭКГ затем 1 раз в месяц, эхокардиография через неделю после приёма препарата при условии стабильных показателей со стороны сердечно-сосудистой деятельности, а дозировка увеличивается до 3-4 мг на кг массы тела. Длительность лечения от 4 до 8 месяцев. У всех детей через 48 часов после начала лечения отмечалось изменение цвета области поражения

от интенсивного красного до фиолетового, образование становилось более мягкой консистенции, уменьшалась напряженность тканей. Нами наблюдались в 80% случаях регрессия гемангиом – уменьшение объёма опухоли, прекращался рост, на поверхности гемангиомы появились белесоватые участки здоровой ткани.

Вывод. Консервативное лечение детей со сложными сосудистыми дисплазиями с применением β-блокатора (анаприлин) является эффективным, безопасным и надежным способом избавления от гемангиом.

КРИТЕРИИ ОПЕРАбельНОСТИ ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАЗИИ

^{1,3}Баходуров Дж.Т., ^{1,3}Ибодов Х.И., ^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{1,3}Абдулалиев А.

¹ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ,

²ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

³ГУ Медицинский комплекс Истиклол

Цель исследования. Изучить функционального состояния организма и определить допустимости оперативного вмешательства детей с бронхоэктатической болезни.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 136 детей с бронхоэктазии: бронхоэктазия односторонняя 117 (86,0%), двусторонняя бронхоэктазия – 19 (14,0%), из них 10 (7,3%) больных были неоперабельными. У 25 (18,3%) больных функциональное состояние легких в стадии устойчивой компенсации, у 45 (33,0%) неустойчивой компенсации, у 52 (38,2%) субкомпенсация, у 14 (10,2%) состояние декомпенсации до проведения предоперационной подготовки. Из 136 больных I ст. легочной недостаточности (ЛН) у 19 (13,9%), II ст. ЛН у 49 (36,0%), III ст. ЛН – у 59 (43,3%) и IV ст.ЛН у 9 (6,6%) больных.

Из 126 оперированных больных, после проведение предоперационной подготовки с I ст. ДН было 19 (15,0%), II ст. ДН у 49 (38,8%), III ст. ДН – 58 (46,0%) больных.

Больным с бронхоэктазии проведено комплексное обследование в предоперационном периоде с использованием общеклинических, рентгено-бронхологических, лабораторных и функциональных методов исследования. Оценивался функциональное состояние организма для решение вопроса допустимости оперативного вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. Решение вопроса о допустимости операции у детей бронхоэктазии со сниженными функциональными резервами легких требует знать степень дисфункции легких и его резервную возможность.

Определение степени изменения функционального состояния легких позволяет определить легочную не-достаточность (ЛН).

У больных с I ст. ЛН (19 (13,9%)) клинические проявления наблюдается, после выполнения максимальной скорости 20 приседанием. Отмечались тахипноэ больше 30-40 от должных, тахикардии 20-30% должных, участие в акте дыхания вспомогательных мускулатуры. Функциональные показатели в пределах нормы или 95-99% должных. Площадь поражения легочной ткани составляла 1-2 сегмента, хроническийэндоbronхит I степени.

У детей со II степени ЛН (49 (36,0%)) – клинические проявления наблюдались после выполнения 10 проседания. Наблюдалось тахипноэ 40-50% должных, тахикардия 30-40% должных, участие вспомогательных мускулатуры в акте дыхания. Отмечено цианоз носогубного треугольника. Функциональные показатели находились в пределах 90-70% должных. Площадь поражения легочной ткани составляла 3-5 сегментов, ХЭ-2 ст.

Клинические проявления у пациентов с III степени ЛН (59 (43,3%)) наблюдались, после выполнение медленно 10 приседанием – чувство одышки, участие вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника, слизистых губ и кончиков пальцев. Функциональные показатели находились в пределах 70-50% должных. Площадь поражения легочной ткани составляла 6-10 сегментов, ХЭ- 3 ст.

У больных IV степени ЛН (9 (6,6%)) проявлялся в состоянии покоя. В акте дыхания участвует вспомогательные мускулатуры, отмечалось кашель

с обильной выделением гнойной мокроты, цианоз видимых слизистых и кончиков пальцев. В легких масса разнокалиберных хрипов. Функциональных показатели ниже 50% должных. Площадь поражения легочной ткани более 11 сегментов и более, ХЭ-IV ст. Больные с IV ст. ДН с функциональными состояниями легких в стадии декомпенсации были неоперабельными.

Больные считаются неоперабельными, если у них имеет место: площадь поражения легочной ткани составляет более 12 сегментов; фаза обострения хронического процесса, $pO_2 < 50$ мм.рт.ст.; $pCO_2 > 45$ мм.рт.ст.; ЛАГ более 40 мм.рт.ст.;

Показатели функциональных методов исследования менее 50% должных.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного комплексного обследования детей с бронхоэктазии установлена дисфункция легочно-сердечной системы на которой во время операции приходится основная нагрузка. В зависимости от дисфункции легких устанавливается степень ЛН, который позволяет решать вопрос о допустимости оперативного вмешательства у детей с бронхоэктазии. Больные с IV ст. ЛН с функциональными состояниями легких в стадии декомпенсации считаются неоперабельными.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

*Бобоев Б.М., Гоибова Д.Р., Ёров У.У., Эмомов Х.С.
Центральная городская больница города Леваканта*

Цель исследования. Улучшение результаты хирургического лечения, паховых грыжи у детей.

Материалы и методы исследования. За период 2010-2019 гг. в хирургический отделении находились около 327 детей с паховой и пахомошоночной грыжей. Мальчиков было 279 (85.3%), девочек-48 (14.7%); в возрасте от 1 до 2 лет 107 (32.7%), от 2 до 7 лет-163 (49.8%), от 7 до 18 лет -57 (17.4%) детей. Из 327 детей 53 (16.2%) с паховой грыжей с явлением ущемления, из них 11 подвергались оперативному вмешательству по экстренным показаниям, с обращением позднее 12 часов и наличием отека мошонки, а в 42 случаев из 53 – произведено консервативное лечение, операции производились в последующем плановом порядке.

Согласно тактики плановых операции у детей при грыжевых выпячиваниях подлежит максимально после двух лет, по необходимости после одного года. В зависимости от размера и формы грыжевого выпячивания больные были распределены на три группы:

– первая, канальная грыжа – у 115 (35,2%) детей, грыжевая выпячивание округлой формы размером 2х2, 4х4 см, появляющиеся в проекции пахового канала, при напряжении или крике. При пальцевом исследовании наружное кольцо пахового канала не расширено или не пропускает кончик указательного пальца.

– вторая группа, паховая грыжа у 163 (49,8%) детей, грыжевая выпячивание овальной или продолговатой формы, размером от 4х2, 6х4 см, вы-

ходить за пределом наружного пахового кольца, которое умеренно расширено до 1,5х2 см, и пропускает кончик указательного пальца.

– третья группа, пахомошоночная грыжа- 49 (15%) детей, грыжевое выпячивание грушевидной формы, опускающиеся до полости мошонки, размерами 8х6 см и более, а наружное паховое кольцо расширена 2,5х3 см и более, из них 19 детей были с гигантскими с пахомошоночными грыжами, размерами более 12х10 см.

Всем детям с учетом возрастных особенностей анатомии пахового канала, соответственно группы, произведено пластика пахового канала. Детям первой группы- 122 и второй группы- 163 детей произведено пластика пахового канала по Ру- Краснобаеву, а детям третьей группы -49, произведено пластика по Мартынову в сочетании с укреплением задней стенки пахового канала.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде были осложнения (1,2%), в виде отека мошонки – у 3-х, а у одного воспалительный инфильтрат послеоперационной раны. Эти осложнения в основном после операции, у ущемленной грыжи. Летальности не было. После 2-5 лет диспансерных и контрольных наблюдения послеоперационного периода рецидивов не было или не обращались.

Выводы. Исходя из вышеизложенного мы считаем, что методом выбора пластики паховых грыжи у детей, остается по Ру-Краснобаеву, а пахомошоночных грыжах- по Мартынову, которые улучшают результаты хирургического лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОТОРНЫХ И КОММУНИКАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ДЦП

Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.

НИИ Профилактической медицины г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить распространённость моторных нарушений, нарушений функций руки, коммуникативных нарушений у детей с ДЦП на основе классификации GMFCS (шкала глобальных моторных нарушений), MAS (классификация нарушений функций руки), CFCS (шкала нарушений коммуникативных функций).

Материал и методы исследования: Было проведено обследование 40 детей с ДЦП в возрасте от 3 до 12 лет с установленным диагнозом детского церебрального паралича, находившихся на лечении в ГУ РДРЦ г. Душанбе. Среди обследуемых было (40%) -девочки и (60%) мальчиков.

Результаты и их обсуждение. Гемипарез был выявлен у 72% детей, при этом в гемипарезе выявлены у 45,5% левосторонний, у 26% правосторонний. Одинаково встречался среди девочек и мальчиков. Спастический церебральный паралич ДЦП в форме двойного гемипареза – 9%. Спастический тетрапарез в 18% случаев.

По результатам оценки моторных нарушений (GMFCS) у детей с ДЦП I уровень зарегистрирован у 54,7% девочек и у 57% мальчиков. II уровень - у девочек в 33,4% случаев, у мальчиков - в 32,5% случаев, III уровень в 7,1% - у девочек, у мальчиков - в 7%, IV уровень - в 2,4% девочек и в 3,4% - у мальчиков, V уровень встречался только у девочек - в 2,4% случаев.

В зависимости от формы детского церебрального паралича у пациентов отмечались различные уровни двигательных нарушений. При более тяжелых формах ДЦП, таких как двойная гемиплегия (ДГ) V уровень по данным классификации двигательных возможностей составляет до 90%, что соответствует выраженным нарушениям моторных функций. При гемипаретической форме (ГПФ) преобладают I и II уровень – по 50%. Клинически это проявляется незначительными двигательными ограничениями, не требующими дополнительных средств передвижения (коляски, ходунки) и помо-

щи со стороны взрослого. V уровень по GMFCSS. Этот уровень характеризуется самым тяжелым нарушением двигательных функций, имеются очень выраженные ограничения самостоятельных движений и практически всегда невозможность самообслуживания.

По результатам оценки нарушений функций левой руки (MAS) у детей с ДЦП I уровень зарегистрирован у 39% девочек и у 42% мальчиков соответственно. II уровень у девочек в – 30% случаев, у мальчиков в 36% случаев, III уровень – 17%- девочек, у мальчиков в 7%, IV уровень в 8% девочек и в 7% у мальчиков, V уровень у девочек в 6% случаев, у мальчиков в 3% случаев.

По результатам оценки нарушений функций правой руки (MAS) у детей с ДЦП I уровень зарегистрирован у 36% девочек и у 36% мальчиков соответственно. II уровень у девочек в – 47% случаев, у мальчиков - в 43% случаев, III уровень – 9%- девочек, у мальчиков в 7%, IV уровень в 2% девочек и в 3% у мальчиков, V уровень у девочек в 5% случаев, у мальчиков в 11% случаев. Достоверная разница между девочками и мальчиками выявлена не была.

По результатам оценки нарушений коммуникативных функций (CFCS) у детей с ДЦП I уровень зарегистрирован у 60% девочек и у 64% мальчиков соответственно. II уровень у девочек в 29% случаев, у мальчиков - в 25% случаев, III уровень – 10%- девочек, у мальчиков - в 4%, IV уровень в 2% девочек и в 3% у мальчиков, V уровень - у девочек в 0% случаев, у мальчиков - в 3% случаев.

Выводы: По шкале моторных нарушений GMFCS нами выявлены I и II уровни. При этом следует указать, что достоверных различий в функциональных нарушениях, как глобальных моторных функций, так и функций руки и коммуникативных функций между группами девочек и мальчиков выявлено не было.

ПРОЯВЛЕНИЕ АНЕМИИ В ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Бурхонов С.Б.

*ГУ Научно клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
Душанбе, Республика Таджикистан*

Цель исследования. Дать оценку клиническим проявлениям дефицитной анемии в полости рта у беременных женщин с учетом срока гестации.

Материалы и методы. Проведено клинические наблюдения за полостью рта 28 беременных женщин страдающих анемией различной степени тяжести. Из числа обследованных 45,7% были перво беременными и уровень Hb соответствовал ЖДА легкой степени (100 г/л).

Результаты. Снижение запасов Fe в организме способствует возникновению дисбаланса окислительно-восстановительных процессов приводящим к и сопровождается нарушением питания ткани эпидермиса, и его рудиментов как ногти, волосы, оболочки, с вовлечением соответствующих структур полости рта. В ходе обследования у 18 (64,2%) беременных женщин установлено вкусовые нарушения, снижение чувствительности, понижение аппетита, обострение рвотных рефлексов, иногда и задержка стула. Осмотр слизистой полости рта показал характерные изменения цвета оболочек: зачастую бледные, преимущественно с серовато-зеленоватым оттенком, которые больше всего располагались на дистальных поверхностях ротовой полости.

У 8 женщин с ЖДА средней тяжести, когда

уровень гемоглобина был ниже 100 г/л, были выявлены изменения окраски в виде ярко-красного цвета расположенных на передней части языка, больные предъявляли жалобы на чувство жжения, иногда данное чувство усиливалось при механических раздражениях – чистка зубов. Клинические проявления парестезии языка были наиболее характерны и проявлялись, на фоне жжения, пощипывания, покалывания, распирания, локализованных на передней части языка. Нами выявлено изменение в слюнных и слизистых железах ротовой полости. В этих случаях обследованные женщины чувствовали сухость во рту, затруднение глотания, которое может быть проявлением поражения соответствующих оболочек глотки и пищевода.

Утончение клеточного покрова характеризовалось соответствующими изменениями слизистой оболочки; терялась эластичность, повышается травматизм; характерный цвет от бледного до белесоватого оттенка иногда слабо розовый; специфические изменения языка: истончение эпителиального слоя и сосочков языка.

Вывод. Железодефицитная анемия проявляется специфическими проявлениями ротовой полости. Степень выраженности которых находится в зависимости от тяжести анемии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ЗАЩИТЫ ГОНАД ОТ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Воробьев Д.В., Коваленко Е.Б.

ООО «Центр медицинских инноваций доктора Воробьева Д.В.», Самара, Россия

Экологические проблемы, нарастающие в современном мире, требуют повышения мер безопасности жизнедеятельности детей. Поэтому следует ограничить воздействие на детский организм неблагоприятных, в том числе радиационных факторов, среди которых медицинское облучение имеет особое значение. По уровню радиационного воздействия оно превосходит все остальные техногенные источники ионизирующего излучения вместе взятые. Основным источником медицинского облучения является лучевая диагностика. Чувствительность ребенка к ионизирующему излучению в среднем 2-3 раза выше, чем у взрослого, что создает высокий риск возникновения соматических и генетических эффектов облучения.

Особенно актуально это для детей, страдающих болезнью Легга-Кальве-Пертеса, т.к. их лечение является длительным и комплексно-этапным. Основным методом диагностики при данном заболевании является рентгенография в стандартных проекциях - передне-прямой и в положении Лауэнштейна. Согласно действующему приказу «О единой государственной системе контроля и учета индивидуальных доз облучения граждан (ЕСКИД) от «16» февраля 2007 г. № 0100/1659-07-26 (№3- ДОЗ), при данном заболевании 1 ребенку за одно исследование делается два снимка. Средняя лучевая нагрузка при этом составляет 1,8 мЗв (0,9+0,9 мЗв). После лечения рекомендовано проводить контрольную рентгенографию не реже

чем 1 раз в полгода.

Рентгенологическое исследование тазобедренного сустава является наиболее опасным с точки зрения облучения гонад, защита которых является необходимой в связи с их высокой радиочувствительностью. Наиболее эффективным является использование средств защиты гонад у мальчиков, которые преимущественно страдают болезнью Легга-Кальве-Пертеса. Они позволяют снизить дозу рентгеновского излучения на 95%. Однако обычные средства защиты во время R-исследования часто смещаются в сторону, что полностью или частично нивелирует их защитную функцию. Для решения данной проблемы нами предложено устройство для защиты гонад от рентгеновского излучения значительно повышающее безопасность рентгенографии для ребенка и снижающее риск отдаленных последствий (удо-

стоверение на рационализаторское предложение №226 от 1.11.2012г, выдано Самарским государственным медицинским университетом). Надежная фиксация средства защиты гонад обеспечивается тонким поясом, выполненным из резины. Такая конструкция исключает смещение свинцовой пластины, защищающей область гениталий во время рентгенографии оставляя свободными для исследования область тазобедренных суставов. При этом лучевая диагностика должно проводиться при оптимальных для ребенка технических условиях и обосновываться аргументированной необходимостью получения дополнительной информации. Исключение необоснованных R-исследований и надежное средство защиты гонад можно отнести к наиболее эффективным мерам для профилактики указанных осложнений у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Губарь С.О., Одинец Ю.В., Жаркова Т.С., Королева В.Э.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Современные протоколы лечения лейкозов у детей включают высокодозную, многокомпонентную, пролонгированную во времени химиотерапию (ХТ). Это повышает конечный результат терапии, но в значительной степени увеличивает число и тяжесть ее осложнений. Так за более чем 25 летний период лечения детей в нашей клинике по протоколам ВФМ на этапе лечения в ОРИТ у больных регистрировали от 4 до 7 осложнений ХТ. Среди них жизнеугрожающие неинфекционные и инфекционные: сепсис, септический шок, осложненные пневмонии, нейроинфекции, а также геморрагический синдром. Синдром полиорганной недостаточности, в разной степени выраженный, развивался у всех больных.

Основным резервом улучшения результатов лечения мы считали совершенствование терапии сопровождения и интенсивной терапии возникших осложнений. Сравнительный анализ эффективности интенсивной терапии «стандартной» и после ее модификации проведен у 142 пациентов в возрасте 1 -17 лет с острым лейкозом. Комплексный подход в совершенствовании интенсивной терапии включал ряд направлений:

1. Этиотропная терапия при инфекционных осложнениях назначалась в соответствии с принципами Таррагонской стратегии - эскалация / деэскалация. Разработан и внедрен алгоритм на-

значения антибактериальных, противогрибковых, противовирусных препаратов с учетом местных условий ОРИТ, онкогематологического отделения, микробного обсеменения.

2. Иммунотерапия с использованием высокодозных введений иммуноглобулинов, цитокинов (ИЛ-2) гемопоэтических факторов роста (по показаниям).

3. Нутриционная поддержка больных с использованием адаптированных смесей для вскармливания детей, в том числе и в концентрированном виде у детей старшего возраста, энпитов, парентерального питания.

4. Выявлен стадийный характер капилляротрофических нарушений при тяжелой тромбоцитопении, что коррелирует с тяжестью и частотой осложнений инфекционных и неинфекционных. Внедрена заместительная терапия донорским тромбоконцентратом, в том числе и превентивное его применение, что решило проблему кровотечений, а также, уменьшило в 2-5 раз количество осложнений, их тяжесть и позволило своевременно возобновить ХТ.

5. При развитии септического шока, стартовая терапия проводилась с учетом схемы ранней целенаправленной терапии сепсиса и септического шока представленной авторами Rivers E., Nguyen D et al., 2001 и адаптированной для детского воз-

раста по некоторым параметрам гемодинамики.

Выводы. Комплексный подход в совершенствовании интенсивной терапии осложнений ХТ у онкогематологических больных на основе внедрения современных достижений медицины по-

зволил улучшить конечные результаты: снижение летальности в клинике в 7 раз за прошедшие 20 лет; а показатели частоты достижения ремиссии при остром лейкозе и 5-летнего безрецидивного течения сопоставимы с таковыми в европейских клиниках.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ У ДЕТЕЙ

Губарь С.О., Одинец Ю.В., Жаркова Т.С.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Кафедра педиатрии № 2, кафедра детских инфекционных болезней*

В практике педиатра гормонпродуцирующие опухоли мозгового слоя надпочечников крайне редко встречаются и своевременно диагностируются. По данным американских исследователей у трети больных при жизни установить диагноз феохромоцитомы (ФХЦ) невозможно. ФХЦ называют «великой притворщицей», потому что в своем дебюте и дальнейшем течении маскируется под различные (примерно 100) заболевания. Возникновение заболевания носит спорадический характер, но в 10% наблюдается генетическая предрасположенность, аутосомно-доминантный тип наследования. Соотношение продукции адреналина / норадреналина дофамину опухолью надпочечников обеспечивает разнообразные клинические проявления заболевания.

У наблюдаемой в нашей клинике 14-летней девочки за 8 мес. до госпитализации первыми жалобами были: общая слабость, раздражительность, эпизоды беспокойства, покраснение кожи кистей рук и ног с усилением сосудистого рисунка кожи, повышение температуры тела, головная боль. Волновало прогрессирующее снижение остроты зрения. Жалобы и проявления возникали внезапно, продолжались в течение 30-60 минут, затем острота приступа постепенно уменьшалась спонтанно. Частота приступов в первое полугодие - 2-3 на месяц, далее они участились, несколько раз в неделю, а в последний месяц - почти ежедневно, а на момент госпитализации - даже несколько раз в сутки. Состояние ребенка значительно ухудшилось, выросли жалобы, появилась одышка, резкая тахикардия, боль за грудиной, возбуждение, обильное потение, полиурия. За время амбулаторного наблюдения консультировалась у специалистов: окулист, невропатолог, педиатры, нефролог, дерматолог, нейрохирург. На момент осмотра специалистами у ребенка приступов не наблюдалось. Артериальное давление во время ухудшения состояния ни разу не измерялось. В некризисный период, по словам матери, АД было нормальным. Девушка поступила в отделение реанимации (ИТАР) МДКЛ № 16 г.Харькова в тяжелом

состоянии с жалобами приведенным выше и АД 220-240 / 140-160 мм рт.ст. Во время пребывания в ИТАР несколько раз в сутки возникали гипертонические кризы. При обследовании выявлено по данным УЗИ увеличение размеров обоих надпочечников. Уровни катехоламинов в плазме крови определены с помощью ИФА составляли для адреналина - 209,9 нмоль / л (норма <0,55 нмоль / л), норадреналина - 89 нмоль / л (норма <3 нмоль / л), что превышает соответственно в 381,6, в 29,6 раз нормативные показатели гормонов. Установлен диагноз: феохромоцитома с поражением обоих надпочечников, смешанная форма. Больную дважды прооперировали: адреналэктомия с опухолью левого надпочечника; через неделю - адреналэктомия с опухолью правого надпочечника. Гистологическое заключение: трабекулярный вариант феохромоцитомы с участками альвеолярного строения. Назначена заместительная терапия ГКС.

Наблюдение в анамнезе 2 года. Физическое и половое развитие соответствует возрасту и полу, АД - 120/70 - 130/80, приступов нет, получает заместительную терапию глюкокортикостероидами, проявления гиперкортицизма отсутствуют.

Данный случай демонстрирует трудности в диагностике ФХЦ, особенно тогда, когда специалисты осматривают ребенка вне кризисного состояния, недооценивают многочисленные жалобы с позиции монопричины их возникновения, в то время как характерные клинические проявления еще отсутствуют.

Целенаправленному обследованию на предмет ФХЦ подлежат дети с устойчивым или кризисным подъемом АД, «беспричинной» лихорадкой, большим количеством жалоб и проявлений со стороны различных органов и систем (как в представленном случае) и изменениями на ЭКГ, которые могут быть связаны с влиянием катехоламинов, увеличением размеров надпочечников по данным УЗИ, с парадоксальной реакцией (повышение АД) больных на применение бета-адреноблокаторов, ганглиоблокаторов в качестве антигипертензивных средств.

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Давляттов Х.Б., Вохидов А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Изучить процесс адаптации новорождённых в зависимости от стадии заболевания матери.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов и историй развития новорождённых с 2015 по 2018 на базе ГЦ по борьбе и профилактики ВИЧ/СПИД г. Душанбе. Проведен ретроспективный анализ 125 медицинских документов

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин варьировал от 19 до 41 года. Роды в возрасте 20-30 лет были у 55,4% женщин основной группы и у 72,5% в группе сравнения. Основную группу представляли 37% беременных с 3- стадией ВИЧ, 18,4% - с 4-й стадией, остальные женщины находились на этапе уточнения стадии болезни (3-й или 4-й). Выявлен высокий процент соматической и экстрагенитальной инфекционной патологии, а также отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

При гистологии плацент выявлены инфекционно-дистрофические изменения. Новорождённые получали антиретровирусную терапию одним или тремя препаратами в зависимости от вирусной нагрузки матери. На 1-й минуте жизни в умеренной асфиксии родились 88% детей. На 5-й минуте состояние детей в 79,5% удовлетворительное.

Масса новорождённых составляла от 1400 до 3790 г, а маловесные к сроку гестации составили 17,9%. Средняя масса новорожденных при рождении без учета срока родов составила $3111,11 \pm 74,09$ г; при родах в срок – $3205,32 \pm 68,77$ г; при преждевременных родах – $2210,0 \pm 173,49$ г (для сравнения в группе контроля: без учета срока родов $3607,21 \pm 46,086$ г; при родах в срок –

$3580,928 \pm 45,575$ г; при преждевременных родах ($2150,0 \pm 250,0$ г). Различия в массе тела при рождении детей в группах оказались высоко значимыми. Однако при преждевременных родах различия в массе тела при рождении оказались незначимыми. Масса новорожденных от родов в срок в основной группе не отличалась от принятой общепопуляционной нормы. В связи с полученными результатами интересным представлялось изучение динамики изменения веса новорожденных в группах. Была выявлена общая тенденция для новорожденных обеих групп: к 3-им суткам наблюдали снижение массы, но с 4-го дня вес новорожденных увеличивался. Максимальная убыль массы тела (МУМТ) до 6% у 77,6% новорождённых. Желтуха отмечена у 14,5% детей. Фототерапия проведена 2 детям. Церебральной ишемия у 65,6% детей, у 17% - в контрольной.

Кроме специфической терапии, дети получали викасол, иммобилизацию шейного отдела позвоночника, цефекон. При рождении 18% детей имеют низкие уровни гемоглобина и эритроцитов, 5% - низкий уровень тромбоцитов. Выявлено повышение уровней АЛТ/АСТ в 33% и имеются однонаправленные изменения с материнскими.

Выводы:

1) МУМТ менее 6% отмечалась у 80% детей основной группы, возможно, связано с искусственным вскармливанием с рождения;

2) Уже при рождении у пятой части детей низкие уровни эритроцитов и гемоглобина, а у 5% - низкий уровень тромбоцитов;

3) Выявлено повышение уровней АЛТ/АСТ у 33% новорождённых и имеются однонаправленные изменения с материнскими.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ёров У.У., Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Н., Хайров Ш.А., Кубалиев К.Д.

Кафедра сестринское дело Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение результатов лапароскопической хирургии в лечение детей с желчекаменной болезнью.

Материалы и методы исследования. В ме-

дицинском центре «Тибби Хатлон» нами с 2010 по 2020 гг. были оперированы 19 детей в возрасте от 4 до 18 лет по поводу острого и хронического калькулёзного холецистита. Из них 18 детей

(94,7%) было проведено лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), в одном случае (5,3%) по показаниям операция проведена традиционно. Из них мальчики 7 (36,8%) девочек 12 (63,1%). Критерием исследованиями входило объём операции во временах, расходные материалы, койко дней, степен заживление раны, косметичност линии раны.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследований показал различия в обеих групп. Больных которого операция было проведено ЛХЭ по объёму операции в время было меньше

на 80,0%, расходные материалы на 51,0%, койко дней на 6 дней, степень заживление на 32,0% по сравнение с больной которого операция было проведено традиционно. У больной которого операция было проведен традиционно из-за инфильтрата в области желчного пузыря было конверсий. У больных которых операция проведено ЛХЭ наблюдалось косметичност линии раны.

Выводы. Эндовидеохирургическая технология имеют приоритетное значение в лечении детей с различными формами желчнокаменной болезни не осложненного желчного пузыря.

ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ КОРАЛЛОВИДНЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЕЙ У ДЕТЕЙ

¹Ибодов Х.И., ²Сайёдов К.М., ¹Асадов С.К., ²Махмудов З.Л.

¹Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ Республики Таджикистан

²Отделения детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Цель исследования. Изучить эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ) у детей при лечении коралловидном и множественном нефролитиазе.

Материал и методы исследования. За период 2017-2020 гг. в отделении детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» выполнены ПНЛТ у 31 детей с коралловидными и множественными камнями почек в возрасте от 1 год 6 месяцев до 16-и лет. Из них 13 (41,9%) мальчиков и 18 (58,1%) девочек. Всем больным в плане предоперационном подготовки амбулаторно проведен лабораторные исследование (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бактериологическое исследование мочи, проба Зимницкого и Реберга, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-ag, гепатит С), ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, доплерография сосудов почек, рентгенологические исследования – обзорная и контрастная внутривенная урография, при рецидивных камней консультация эндокринолога. У детей с наличием роста микрофлоры, согласно посева мочи и данным антибиотикограммы, проводилась предоперационная деконтаминация и послеоперационная антибактериальная терапия. У 10 (32,3%) пациентов были коралловидные камни, у 21 (67,7%) множественные камни чашечно-лоханочной системы. Средний размер камней составил 1,85 мм (1,2±2,5 мм).

Операции выполнялись под эндотрахеальным

наркозом. Первым этапом выполнялись цистоскопия, катетеризация соответствующего мочеточника катетером 5F с последующей ретроградной пиелографией, далее пациента укладывали на живот. Пункцию полостной системы почки выполняли по задней подмышечной линии либо несколько медиальнее под ультразвуковым наведением и рентгенологическим контролем с помощью иглы 18G. Дилатацию пункционного хода производили с помощью бужей Амплатц (Amplatz) и кожуха Амплатц 22-28 Ch. Для нефроскопии использовали нефроскопы 12 и 16 Ch. Фрагментацию конкрементов осуществляли пневматическим литотриптером VIBROLITH с волоконном диаметром 3,5-6,0 мкм. Фрагменты камней удаляли при помощи щипцов или ирригационной жидкости. Отсутствие конкрементов оценивали интраоперационно эндоскопически и с помощью рентгена С - дуга. По завершении операции устанавливали нефростому 10-12Ch тип Фолеи (Foley), баллончик заполняли 1-2 мл жидкости с гемостатической и фиксирующей целью.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего 31 пациенту было выполнено 38 операций. Одномоментные вмешательства (ПНЛ – stonefree) выполнены 26 (83,9%) пациентам, 5 (16,1%) больным с наличием двухсторонних камней почек проведено двухэтапное вмешательство последовательные перкутанные нефролитотрипсии с интервалом в 1 месяца. Длительность оперативного вмешательства составила от 60 до 180 минут, в

среднем 120±30 минут. У всех пациентов на 1-3 сутки после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. На 3-4 сутки послеоперационного периода через нефростому проведена антиградная пиелоуретерофлюороскопия с помощью контрастного вещества под контролем С-образной дуги флюороскопа. При отсутствии резидуальных камней и нарушении пассажа мочи нефростомический дренаж удален.

Осложнения после ПНЛТ в виде продолжающейся макрогематурией (более 3-х суток) и снижением уровня гемоглобина до 78 г/л. наблюдались у 3(9,6%), которым проведено плазмотрансфузия, переливание эритроцитарной массы и гемостастики. После проводимой терапии кровотечение прекратилось. У 2 (6,5%) больного в связи с выделением мочи через почечно-кожный свищ после удаления нефростомы было проведено стентирование мочеточника. Через 10 дней после того, как свищ закрылся, произвели удаление стента. После ПНЛТ наблюдались гипертермия, тошноты, рвоты и боли в области операционной раны, связанные с обострением хронического пиелонефрита у 5

(16,1%) больных, которым проведено консервативное лечение. Полное освобождение от конкрементов отмечено у 25 (80,6%) больных. В остальных случаях по поводу наличие резидуальные конкременты более 3-4 мм проведены консервативная литолитическая терапия. Средняя продолжительность госпитализации составила 4,5±1,2 суток. Повреждения окружающих органов и конверсии в открытую операцию не зафиксировано.

Заключение. Перкутанная нефролитотрипсия у детей является мини инвазивным методом удаление караловидных и множественных камней почек у детей. С целью профилактики развитие мочевой инфекции необходимо перед перкутанной нефролитотрипсии провести деконтаминация антибиотиков. При двусторонний нефролитиаз целесообразно проведение перкутанной нефролитотрипсии в два этапа. Внедрение новых технологий – мини перкутанные вмешательства, мультидоступ, использование различных энергий для дезинтеграции конкремента делают данную процедуру наиболее эффективной и безопасной в детском возрасте.

СОСТОЯНИЕ ГАЗООБМЕННОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНА У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

^{1,3}Ибодов Х, ^{1,3}Баходуров Дж.Т., ^{1,2}Икромов Т.Ш.

*ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранение РТ
²ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
³ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»*

Цель работы. Изучить состояние газообменных функции у детей с хирургической патологии легких.

Материал и методы исследования. Газообменная функция легких изучена у 305 больных (ЭКЛ - 197 (64,6%), ХПНЗЛ - 108 (35,4%). Исследованы газы крови - уровень кислорода PO₂ и углекислого газа (PCO₂), отражающие состояние вентиляции легких, перфузии и газового обмена организма. Газы крови исследовались электродом Кларка, КОС – микрометодом Аструпа. Артериовенозные легочные шунты (ЛШ) исследовались после 25-30 минутного дыхания гипероксической смесью по кислородному методу (Л.Г. Дуков, 1981). Равномерность альвеолярной вентиляции (АВ) определялась у 107 детей по индексам смешивания гелия (ИЭС) и времени смешивания гелия. Диффузионная способность легочной (ДСЛ) ткани изучалась по кислородному методу у 125 больных: ЭЛ - 61 (48,8%) и ХПНЗЛ - 64 (51,2%).

Детей в возрасте от 5 до 7 лет было 35 (28%), 8-10 лет - 38 (30,4%) и 11-15 лет - 52 (41,6%).

Результаты исследования и их обсуждение. Нарушения параметров ФВД были обнаружены у 234 (87,3%) из 268 больных. Вентиляционная недостаточность (ВН) установлена у 204 (76,1%) из 268 детей. ВН перед операцией при ЭЛ наблюдался у 119 (75,3%) из 158 и у 85 (77,3%) из 110 больных ХНЗЛ.

При ВН I степени объёмные и скоростные показатели оказались сниженными от 80 до 70% от должного (Л), а остаточный объём (ОО), функциональная остаточная ёмкость (ФОЕ), минутный объём дыхания (МОД) были равны или превышали до 140-150% от должной величины. При ВН II ст. вышеуказанные показатели оказались сниженными от 70 до 60%, а при ВН III ст. - ниже 60%. Наиболее объективными в определении ёмкости легких являлись: ФОЕ, ОО, ОЕЛ и ОО/ОЕЛ, которые нами определялись у 107 (ЭЛ - у 57 и

ХПНЗЛ - у 50) детей. При этом показатели были увеличены, в основном, при ХНЗЛ и осложненном эхинококкозе легких. Степени увеличения времени смешивания и снижения ИЭС гелия свидетельствуют о неравномерности АВ. У больных определение АВ перед операцией показало увеличение неравномерности АВ и уменьшение ЭАВ. Судя по указанным выше данным, у детей ХНЗЛ и ОЭЛ неравномерность АВ и уменьшение ЭАВ более выражены в сравнении с детьми с малыми и средними не осложненными эхинококковыми кистами легких. Изменение КИО₂ в процентах от должной величины у 178 больных были снижены, что показывает о преобладании вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку. Увеличение КИО₂ у 93 больных свидетельствует о недостаточности вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку, которые более выражены оказались у больных с большими и гигантскими ОЭКЛ за счет внутри кистозного напряжения. В работе разделены три степени снижения ДСЛ (в процентах от должной): первая - колебания снижения от 30 до 40%; вторая - от 40 до 50% и третья ст. - от 50 до 60 и более процентов. Снижение ДСЛ отмечалось у 53 (41,6%) из 125 больных. При этом с ЭКЛ было у 24 (39,3%) из 61, ХПНЗЛ у 29 (45,3%) из 64 больных. Снижение ДСЛ I ст. было у 26 (49,1%) из 53 детей, II ст. 18 (34,0%) и III ст. - у 9 (16,9%). Снижение ДСЛ было, в основном, I-II ст. Снижение ДСЛ

II-III ст. у больных с активным воспалительным процессом. Нарушения ДСЛ наблюдались у больных чаще по смешанному типу (26), реже - по рестриктивному (12) и обструктивному (15) типу ВДН. Газы крови изучены у 239 больных: ЭЛ (165 - 69%), ХПНЗЛ (74 - 31%). КОС у обследованных больных оказался в состоянии компенсации, благодаря действию буферных систем. Гипоксемия в результате увеличения регионарных вентиляционных несоответствий в легких вследствие усиления внутрилегочного шунтирования венозной крови, приводят к альвеолярно-респираторной (паренхиматозной или гипоксемической) формы дыхательной недостаточности.

Выводы. 1. В зависимости от степени и распространенности эхинококковой болезни, внутри легочного напряжения, стадии и обострения воспалительного процесса, дыхательной недостаточности, развивается интоксикация с нарушением метаболических процессов и гиповолемия. 2. Оценка степени изменений газообменной функции легких способствует правильному выбору, целенаправленному определению срока и объема предоперационной подготовки, тактики интра- и послеоперационной ведения. 3. Больным с хирургическим заболеванием легких, особенно на фоне дыхательной недостаточности, требуется индивидуальный подход при предоперационной подготовке, выборе интра- и послеоперационном ведении.

СПОСОБ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Ибодов Х.И., ²Рофиев Р.Р., ²Азизов Б.Дж., ²Давлатов А.Р.

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Цель исследования. Показать результаты нового метода инвертографии у новорожденных с аноректальными пороками развития.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты инвертографических исследований 120 детей с аноректальными пороками развития. Возраст детей от 1 дня до 5 лет. Из 120 детей с аноректальными пороками развития были: атрезия ануса у 54 (45%), атрезия ануса и прямой кишки – 53 (44,1%), эктопия ануса – 10 (8,3%) и клоакальная форма атрезии у 3 (2,5%) пациентов. Всем детям проведены клинико-биохимические

исследования, в зависимости от вида порока развития – целенаправленные инвертографические исследования, а также 25 (20,8%) больным выполнены ультразвуковые исследования.

В диагностике аноректальных пороков основным моментом является определение уровня слепого мешка. С этой целью мы в своей работе использовали метод инвертографии. Рентгенологическое исследование начинают с использования инверсионной рентгенографии по Вангенстину-Райс, по расстоянию между слепым концом кишки (газовый пузырь) и меткой на промежности судят

о высоте атрезии.

При проведении рентгенографии по методу Вангенстина-Райс ребенок находится в положении вниз головой на протяжении 3 - 5 минут, что может привести к ряду осложнений, таких как срыгивание, аспирация, кровоизлияние в головной мозг.

Результаты и их обсуждение. Клинические наблюдения над обследованными новорожденными доказывают эффективность предлагаемой нами конструкции для рентгенографии.

Мы применяем исследование брюшной полости ребенка при атрезии ануса и прямой кишки в положение лежа на животе с приподнятым тазовым концом.

Для реализации данного способа сконструировали устройство с использованием рентгенонегативного материала, в данном случае оргстекло. Угол наклона приподнятой части устройства в пределах от 90 до 120 градусов.

Целью изобретения является разработка комплексного технического решения, позволяющего с минимальным риском выполнить рентгенографию брюшной полости для установления раннего диагноза атрезии ануса и/или прямой кишки.

Ребенок на устройстве должен находиться в положении лежа на животе с опущенной вниз головой и приподнятой тазовой областью. Устройство состоит из рентгенонегативного материала, отвечающего требованиям гигиены, который можно легко очистить при проведении дезинфекции.

При рентгенологическом исследовании устройство устанавливается на деку рентгенодиагностического аппарата или на кушетку при использовании переносной рентгеноаппаратуры.

Устройство состоит из левой и правой стенок. В стенке закреплен держатель для установки рентген кассеты. Боковые стенки имеют специальный профиль. В местах перегиба профиля и по высоте равной высоте стенки в данных точках установлены упоры. Устройство сверху прикрыто листом из оргстекла изогнутого по форме профиля стенки и упирающегося с двух сторон в стенки, а в линиях перегиба с соответствующими упорами.

Заключение. Предложенное устройство удобно, безопасно и надежно для проведения рентгенографии брюшной полости новорожденным с аноректальными пороками развития. При положении лежа на животе срабатывает эффект компрессии и воздух четко в слепой конец кишки определяется.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НЕДОСТАТОЧНОСТЯМИ МЫШЦ СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

¹²Ибодов Х., ²Рофиев Р., ²³Икромов Т.Ш., ¹Яхшибекова Ш.Дж., ²Давлатов А.Р.

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

³ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель работы. Современные методы диагностики детей с функциональными недостаточностями мышц сфинктерного аппарата прямой кишки у детей.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты лечения 120 детей с пороками развития аноректальной области: с атрезией ануса со свищом – 40 (33,33%); с атрезией ануса и прямой кишки со свищом – 38 (31,66%); с атрезией ануса и прямой кишки – 23 (19,16%); с атрезией ануса – 7 (5,83%); эктопия ануса – 10 (8,33%) и клоакальная форма атрезии было установлено у 2 (1,66%) больных. Возраст пациентов составлял от 1 дня до 15 лет. В клинике всем детям проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Из 120 детей

с пороками развития аноректальной области, отдаленные результаты до и после оперативных вмешательств изучены у 51 пациентов. Всем больным в отдаленные сроки проведены полное клинико-инструментальное обследование.

Результаты исследования. Одним из основных методов исследования является сфинктерометрия. Сфинктерометрия – определение силы запирающего аппарата прямой кишки. Для этой цели предложено немало приборов и конструкций, которые лишь в единичных случаях апробированы на детях. В нашем примере в качестве аналога служит сфинктерометр российского производства «Гастроскан СФ-01». Этот прибор обладает хорошими техническими характеристиками. Однако, как показало наше исследование, даже в России не все медицинские учреждения (стационары, по-

ликлиники и др.) оснащены таким прибором, что прямо указывает на высокую стоимость данного прибора. Стоимость прибора в настоящее время (14.05.2020) составляет порядка 245000 рублей.

В связи с вышеуказанными трудностями мы изобрели диагностический прибор для оценки состояния мышц сфинктерного аппарата прямой кишки – сфинктерометр «АДИССМС – 20».

Сущность изобретения (Аппарат для измерения сократительной способности мышц сфинктера – АДИССМС – 20) заключается в применении технического устройства, представляющего собой зонд, шланг с герметически установленным датчиком внутри, баллончик для подачи воздуха и блока обработки и управления (микропроцессор) данными.

Структурная схема прибора СФИНКТЕРОМЕТР «Аппарат для измерения сократительной способности мышц сфинктера (АДИССМС) – 20» следующее:

- Микропроцессор
- Персональный компьютер (ПК)
- Надувной баллон (баллон для подачи воздуха в просвет прямой кишки)
- Датчик давления BMP180 мм.рт.ст.

Схема прибора собрана на основе микроконтроллерной платы ARDUINO UNO R3. В качестве датчика для регистрации сигналов служит датчик давления BMP180. Электрическую часть прибора составляют микроконтроллер, датчик давления, источник питания и персональный компьютер для обработки и хранения данных. По данным требованиям составлена принципиальная электрическая схема прибора.

Конструкция прибора представляет собой зонд, шланг с герметически установленным датчиком внутри, баллончик для подачи воздуха и блока обработки и управления (микропроцессор) данными.

Анальный зонд для введения в анальный проход больного и исследование сфинктерной мышцы

печатается на 3D – принтере.

Разработанный анальный зонд состоит из двух отдельных частей:

- 1) Верхняя часть
- 2) Нижняя часть

Верхняя часть зонда представляет собой округленный в начале цилиндр с конусной концевкой. В конце конуса напечатан вал с наружной резьбой.

Нижняя часть зонда представляет собой цилиндр со штуцером в конце. В начале конуса напечатана внутренняя резьба.

Обе части зонда соединяются с помощью резьбового соединения.

Основная управляющая всем процессом работы программа, естественно, пишется на среде разработки программ для управления микроконтроллерами Arduino IDE 1.85.

Интерфейс - программа создается в виде макроса на основе VB-Application в среде MS-Excel. Данные с микроконтроллера передаются на com – порт. Созданный макрос на MS-Excel принимает эти данные и по ним строит график зависимости давления от времени, т.е. данные, принимаемые с программы MS-Excel, автоматически заносятся в таблицу и по этим данным программа создает график. Без вмешательства человеческого фактора программа обрабатывает все данные и визуализирует их.

Заключение. Преимуществом нашего аппарата можно считать: прямое соединение с ПК/ноутбуком, проведение обработки данных на компьютере, хранение данных на компьютере и обмен данными с другими устройствами, аппарат осуществляет эффективное исследование функционального состояния сфинктера прямой кишки у детей.

Аппарат «АДИССМС – 20» по цене в 10 раз ниже, чем «Гастроскан СФ-01» и ничем не уступает по качеству определению сократительной способности сфинктерного аппарата мышц прямой кишки у детей с проктологическими заболеваниями.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., ²Рофиев Р., ²Давлатов С.Б., ²Баходуров Дж.Т., ²Юсупов Б.Х.

НУО Медико-социальный институт Таджикистана

ГООУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Цель исследования. Применение новое устройство для хирургической коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 34 детей с врожденными воронкообразными деформациями грудной клетки. В возрасте 4 – 7 лет были 8 (23,5%), от

8–11 лет - 12 (35,3%), от 12–16 лет - 14 (41,2%). Пациенты согласно выраженности деформации грудной клетки, были с II степенью - 3 (8,8%), III степенью - 13 (38,2%) и IV степенью – 18 (53,0%). Степень ВДГК определяли по индексу Гижицкой. Наличие у больного третьей или четвертой степени ВДГК неизбежно сопровождается функциональными нарушениями органов грудной клетки: снижение жизненной и остаточной емкости легких, регургитация крови в митральном и трикуспидальном клапанах сердца и легочно-артериальная гипертензия (24). У 11 (32,4%) из 34 детей отмечались жалобы только на косметический недостаток. У 23 (67,6%) больных наблюдались жалобы на кашель, одышку при физической нагрузке и боли в грудные клетки. В алгоритм обследования детей ВДГК входили: обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции, КТ органов грудной клетки со сравнением анатомо-топографической картины до- и после хирургической коррекции, доплерография с определением центральной и легочной гемодинамики, спирография, ЭКГ, УЗИ сердца, печени и почки. Лабораторный скрининг включал общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Показанием к операции явилось наличие функциональных нарушений со стороны внутренних органов, психологического дискомфорта, обусловленного косметическим дефектом. В зависимости от проводимой методы торакопластики больные были разделены на две группы: I группа 22 (64,7%) у которых при торакопластике использованы фиксаторы проволочного типа, изготовленные из титана–никелевого сплава и II группа - 12 (35,2%), которым применялись пластинчатые фиксаторы, также изготовленные из титан-никелевого сплава с памятью формы индивидуально для каждого больного. Пластины толщиной 2 мм и длина должны соответствовать расстоянию между правым и левым передним подмышечным линиям. При выполнении торакопластики за основу взята методика D.Nuss.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время существует ряд способов коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Клиническое наблюдение над оперированными больными свидетельствует об эффективности применяемых методов коррекции деформации грудной клетки у детей различными конструкциями только в 30% случаях. В остальных 70% наблюдений отмечены

осложнения и рецидивы заболевания вследствие несовершенства конструкций и материалов, используемых для этих целей.

Целью изобретения является разработка и усовершенствование комплексных технических решений, позволяющих с минимальным риском для пациента устранять деформации грудной клетки, наиболее рациональным косметически выгодным и физиологически благоприятным способом. Цель достигается разработкой и усовершенствованием способа коррекции конструкцией, изготовленной из никелида титана марки ТН-8 с памятью формы по характеру и виду деформации грудной клетки.

Для изготовления данного устройства необходимо первоначально у больного определить размер и степень воронкообразной деформации грудной клетки. Необходимо определить размер и объём грудной клетки с помощью гипса снять оттиск с её передней поверхности на границах: грудино–ключичной вырезки и мечевидного отростка грудины, также по бокам и по средне–аксиллярным линиям. По гипсовому оттиску отливают модель, на которой выделяют границы воронкообразной деформации грудной клетки. Степень выраженности деформации определяется индексом Галлера (ИГ). Индекс Галлера (Haller) рассчитывают путём деления максимального фронтального размера грудной клетки. На наименьшее расстояние между задним контуром грудины и передним контуром позвоночника. Расчёт индекса Галлера производят по КТ выполненной в горизонтальном срезе. Устройство представляет собой пластиночный каркас, изогнутый в «рабочей» форме толщиной до 1 мм, шириной от 1,0 до 1,6 см, а длина пластинки должна соответствовать возрасту больного. Главный дугообразный изгиб предназначен для устранения воронкообразной деформации грудной клетки. Свободное межпластиночное пространство исключает нежелательное давление на межреберные мышцы и сосудисто–нервные пучки. Для атравматичного проведения пластинки через межреберные и загрудинное пространства изобретен проводник. После чего по проводнику свободно, без затруднения проводят пластинку через межреберные и загрудинное пространства, а потом специальным зажимом с 2-х сторон по обе поверхности грудной клетки осторожно устанавливают пластинку в нужном положении.

Всё устройства свободно разбирается на составные части, что очень удобно и безопасно при обработке (стерилизации).

По разработанному устройству проведено

хирургическое лечение детей с воронкообразной деформацией грудной клетки в возрасте от 12 до 18 лет. Из них у 7- и у 14 детей была III степень деформации грудной клетки. Продолжительность оперативного вмешательства составила 15-20 минут. При выполнении хирургического вмешательства с этим устройством во всех случаях получены хорошие результаты. После операции период протекал гладко. В ближайшие и в отдаленные сроки осложнений не наблюдалось. Необходимо отметить, что биосовместимое качество сплава никелида титана ТН – 8 позволяет устройству оптимально интегрироваться с окружающими тканями

пересаженной зоны, что исключает необходимость его последующего удаления.

Таким образом, разработанный метод и устройство из никелида титана, обладающего сверх эластичности и памятью формы, способствуют эффективному устранению воронкообразной деформации грудной клетки различной степени. Предложенная конструкция проста в изготовлении, высоко экономична и очень удобна в практическом применении. Эти особенности и другие качества позволяют рекомендовать метод и устройство в клиническую практику для лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки.

ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

¹Ибодов Х. ^{1,2}Икромов Т.Ш., ¹Азизов Б.Дж., ¹Абдулалиев А.А.

¹ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

²ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Изучить эффективность способов детоксикации в предоперационной подготовке детей с наружными кишечными свищами.

Материал и методы исследования. Нами анализированы результаты лечения 316 детей с наружными кишечными свищами (НКС). Дети в возрасте от 3 мес до 1 года 17 (5,4%), от 1 г до 3 лет 42 (13,3%), от 4 до 7 лет 56 (17,7%), от 8 до 10 лет 83 (26,3%), от 11 до 15 лет 118 (37,3%). Мальчиков 169 (53,5%) девочек 147 (46,5%). Жителей города 142 (44,9%), сельский 174 (55,1%). В зависимости от проводимой способ детоксикационной терапии дети с НКС разделены на 2 группы: 1 группе (сравнимая) – 153 (48,4%), получали лечение в начальный период нашего исследования, проводили традиционные способы детоксикации, включающие интраоперационную санацию, промывание брюшной полости с пассивным дренированием с помощью резиновых выпускников типа «сигары». Детоксикация включала инфузионно-трансфузионную терапию (10% раствор глюкозы, 0,9% NaCl, гемодез, реополиглюкин, желатиноль, полиглюкин, гидролизин, гидролизат казеина, ацисоль, протеин, сухая и нативная плазма, консервированная кровь, по показаниям форсированный диурез). В основной группе - 163 (51,6%) детоксикация больным осуществлялась следующим образом: энтеросорбция (карболен, карбактин, энтеродез, энтеросорб, смекта) – через рот, через зонд в желудок, в отводящий отдел кишки через свищ; медикаментозно-форсированный диурез. ФД проводили в 3 этапа:

1 этап или начальный период ФД, – гидратация и гемодилюция – это важный этап, так как у детей с НКС имеет место гиповолемия. Водную нагрузку надо завершить стабилизацией волемии с помощью одного из низкомолекулярных коллоидных кровозаменителей в дозе 8-12 мл на кг массы тела ребенка (сорбилакт, реосорбилакт, плазма, альбумин, протеин, аминол). В течение первого часа внутривенно вводят 10-20 мл на кг массы тела ребенка с одновременным введением фуросемида (лазикс) в дозе 1 мг/кг 3-5 раз. В последующем, в зависимости от объема выделяемой мочи и параметров водно-электролитного баланса количество вводимого раствора уменьшают до 3-6 мл/кг/ч; максимальное количество от 200 до 300 мл/кг/сут. 2-й этап ФД – непосредственное форсирование диуреза. Несмотря на то, что во многих случаях мочеотделение заметно возрастает еще на этапе гидратации, гемодилюции и буферирования; на начальных стадиях эндотоксикоза чаще всего форсировали диурез струйным введением 15-20%-ного раствора маннитола или сорбитола в дозе 1-1,4 г активного вещества на 1 кг массы тела ребенка. 3-й – заключительный этап ФД – поддержание диуреза – должен обеспечить восстановление водно-электролитного равновесия, нормализацию энергообеспечения организма с помощью внутривенного введения больших доз глюкозы с адекватной дозой инсулина, витаминов В и С.

У детей наиболее приемлемым методом интракорпоральной активной детоксикации считается

перитонеальный диализ (ПД). 22 детям основной группы реализовали детоксикационные методы ПД вместе с перитонеальным промыванием (лаважом) брюшной полости при НКС 1 и 2 типа или прогрессирующего перитонита, направленные на удаление воспалительного экссудата, фибриновых пленок, бактериальных токсинов и других факторов ЭИ.

Проточное промывание применяли при несформированных НКС 1 и 2 типа (22) на фоне прогрессирующего перитонита, при этом непрерывное промывание гнойной и брюшной полости сопровождалось активной аспирацией. Фракционное промывание (16) осуществлялось после активной санации брюшной полости, наложения стомы и отграничения брюшной полости от несформированного свища или резекции кишки с наложением обходного анастомоза. ПД проводился от 2 до 10 дней, а эффективность у всех детей оценена как достаточно высокая. Рециркуляционные способы проточного перитонеального диализа, провели 5 детям с разлитым гнойным прогрессирующим перитонитом на фоне несостоятельности анастомоза. При выборе состава перитонеального диализата придерживались оценивали характер гомеостатических расстройств, ЭИ (гиперазотемия, гиперкалиемия, гипопроотеинемия, кислотно-основное расстройство), основным требованием является соответствие электролитного состава и рН осмотичности диализата обычному составу внеклеточной жидкости.

Больные (68-47,9%) в состоянии устойчивой компенсации, (основной группы –38-55,9% и сравнимой - 30-44,1%) в проведении активной детоксикации не нуждались, но для десенсибилизации

и снижения аллергических реакций этим больным назначались активированный уголь по 0,05 мг на кг массы тела ребенка, обильное питье, диета (калорийная, легко усвояемая) и десенсибилизирующая терапия.

Во II группе - 76 (52,8%) из 144 детей общее состояние оценено как неустойчивая компенсация, при этом сравнимая группа составляла – 35 (46%) и основная – 41 (54%) пациент. Этим детям наряду с ПП, проводимой в основной группе с устойчивой компенсацией, дополнительно осуществляли простой вариант инфузионной детоксикации (10%-ного раствора глюкозы, Рингер – лактат, реосорбилакт, реомбирин) с учетом суточной потребности в жидкости 1:1 с энтеральным и внутривенным введением. Проводилась активная деконтаминация антибиотиками по степени чувствительности флоры микробной кбиотикам. Детоксикацию осуществляли назначением энтеродеза.

Больным с субкомпенсированными НКС или II степени ЭИ наряду с энтеросорбцией (активированный уголь, энтеродез, сорбитол) дополнительно осуществляли ФД с поддержанием высокого темпа диуреза.

Больным с декомпенсированными НКС или III и IV ст. ЭИ дополнительно проводили ПД.

Таким образом, при комплексном лечении детей с НКС достаточно эффективны: инфузионно-корректирующая терапия, форсированный диурез, перитонеальный диализ, раневой лаваж, адекватное дренирование брюшной полости. При этом достигается раннее ослабление воспалительного процесса, ЭИ и улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИИ ОПЕРАбельНОСТИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{1,3}Абдулалиев А., ²Хаитмуродов Х.В., ²Икромов М.Ш.

¹ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

²ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

³ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель исследования. Определить критерии оценки тяжести состояния и операбельности больных детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материал и методы исследования. На основании проведенного комплексного обследования 124 детей с ХНЗЛ в предоперационном периоде с использованием общеклинических, рентгено-брон-

хологических, лабораторных и функциональных методов исследования проведена оценка тяжести состояния и определяли критерии операбельности больных. Нами проведено обследования 124 детей в возрасте от 3-х до 15 лет. В возрасте от 2 до 7 лет было 38 детей (30.6%), 8 – 10 лет 41 (33.1%), 11- 15 лет 45 (36.3%). Дети были со следующими формами ХНЗЛ: хроническим деформирующим

бронхитом (ХДБ) - 9 (7.3%), бронхоэктазией односторонней (БЭО) - 73 (58.9%), бронхоэктазией двухсторонней (БЭД) - 16 (12.9%), хроническим абсцессом легких (ХАЛ) - 14 (11.3%) и хронической эмпиемой плевры (ХЭП) - 12 (9.7%).

Нами определена степень изменения функционального состояния легких, которая позволяет определить легочную недостаточность (ЛН). При определении ЛН необходимо использовать данные общеклинические, рентгено-бронхологические, лабораторные, функциональные методы исследования, газообменную и негазообменную функции легких, статистическую податливость (СП) и статистическую эластичность (СЭ).

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы общеклинические данные (кашель, частота дыхания, частота сердечных сокращений, одышка, цианоз носогубного треугольника, синюшность ногтевых лож, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания и данные аускультации легких). Сопоставляя данные общеклинических, рентгено-бронхологических, КТ, функциональных и лабораторных данных позволяет определить степень ЛН. Нами проведено комплексное обследование 124 детей с ХНЗЛ. Из 124 больных ЛН установлен I ст. у 12 (9.7%) больных, II ст. ЛН - 44 (35.5%), III ст. ЛН - 52 (41.9%) и IV ст. ЛН - 16 (12.9%).

В зависимости от степени изменения функционального состояния легких различают IV степени ЛН. I степень - клинические проявления наблюдаются после значительных физических нагрузок, функциональные показатели в пределах нормы. Площадь поражения легочной ткани (ППЛТ) 1-2 сегмента и I степень хронический эндобронхит (ХЭ). II степень - после умеренной физической нагрузки функциональные показатели в пределах 90-70% от должных и снижение СП и СЭ 5-10%. Площадь поражения легочной ткани (ППЛТ) 3-5 сегментов и хронический эн-

добронхит (ХЭ) II степени. III степень - после незначительной физической нагрузки, функциональные показатели в пределах 70-50% от должных и снижение СП и СЭ 11-15%. Площадь поражения легочной ткани (ППЛТ) 5-10 сегментов, хронический эндобронхит (ХЭ) III степени. IV степень - клинические проявления наблюдается в состоянии покоя, функциональные показатели в пределах ниже 50% от должных. СП и СЭ снижены более 15%. Площадь поражения легочной ткани (ППЛТ) более 11 сегментов, хронический эндобронхит (ХЭ) IV ст.

Следует отметить, что одним из основных критерий определяющих операбельность больных является площадь поражения легочной ткани. Если площадь поражения легочной ткани менее 12 сегментов, а остальные показатели больной находится в состоянии функциональной недостаточности эти больные нуждаются в проведении предоперационной подготовки. Если площадь поражения легочной ткани более 12 сегментов, то эти больные уже считается неоперабельными. Больные с IV степенью ЛН с функциональным состоянием легких в стадии декомпенсации были неоперабельны.

Больные считаются неоперабельными, если у них имеет место:

1. поражение легочной ткани составляет более 12 сегментов;
2. фаза обострения хронического процесса;
3. $pO_2 < 50$ мм рт. ст.;
4. $pCO_2 > 45$ мм рт. ст.;
5. СП и СЭ более 20%;
6. легочная гипертензия более 40 мм рт. ст.;
7. показатели функциональных методов исследования менее 50% от должных.

Вывод. Проведенное комплексное исследование детей с ХНЗЛ в дооперационном периоде позволило определить степень дисфункции легочно-сердечной системы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I – II СТАДИИ

^{1,2}Икромов Т.Ш., ²Ибодов Х.И., ^{2,3}Абдулалиев А., ³Абдувахобова Р.М., ³Азизова Х.Дж., ¹Икромов М.Ш.

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

³ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель исследования. Изучить функциональное состояние почек у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек.

Материал и методы исследования. Изучены функциональное состояние почек у 187 детей с уролитиазом, осложненным ХБП, в возрас-

те от 3 до 18 лет. Мальчиков было 128 (68,5%), девочек - 59 (31,5%). Одностороннее поражение почки было у 116 (62,2%), двухстороннее – у 47 (24,8%), множественные камни - у 24 (13%) детей. для оценки состояния больных оценивалось по шкале АРАСНЕ III, стадии хронического калькулезного пиелонефрита (ХКП) определяли по Н.А. Лопаткину - Пугачеву (1979), стадии хронической болезни почек (ХБП) - по рекомендации NKF-K/DOQI (2003).

С целью определения функционального состояния почек проводились исследования: клинические, биохимические анализы, осмотическую концентрацию мочи, клиренс эндогенного креатинина, клубочковую фильтрацию, клиренс мочевины. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и канальцевой реабсорбции рассчитывали по формуле Шварца, УЗИ почек и верхних мочевых путей, рентгенологическое исследование. Выполняли также качественные методы исследования - пробу на концентрацию по Земницкому.

Результаты исследование и их обсуждение.

У всех больных наблюдался хронический калькулезный пиелонефрит (ХКП): I ст. – у 44 (23,5%), II ст. – у 80 (42,8%) и III ст. – у 63 (33,7%). Из 187 больных с уролитиазом ХБП выявлена: I ст. - у 73 (39,1%); II ст. – у 59 (31,5%); III ст. – у 23 (12,3%); IV ст. – у 20 (10,7%); V ст. – у 12 (6,4%) пациентов. У наблюдаемых нами больных с уролитиазом, осложненным ХБП, многообразие клинических

симптомов, характерны для уремической интоксикации, проявлялось на фоне полиорганного поражения организма. При I, тубулярной, стадии ХБП у детей с уролитиазом наблюдается достоверное снижение осмотической концентрации мочи (ОС) (**Uosm**) ($p<0,001$), осмолярного давления мочи (**ОД**) (**U osm**) ($p<0,001$). Недостоверное снижение клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, концентрационного коэффициента, снижение гемоглобина, кальция, магния и повышение креатинина. Полученные данные показывают, что в I стадии ХБП концентрационная и реабсорбционная функция еще в удовлетворительном состоянии и значительно не нарушены, но осмотическая концентрация и давление мочи достоверно изменены.

Во II - компенсированной стадии ХПБ выявлено значительное и достоверное снижение ОС (**Uosm**) ($p<0,001$) и ОД (**U osm**) ($p<0,001$) канальцевой реабсорбции (КР) ($p<0,01$). Имеется статистическая тенденция снижения клубочковой фильтрации (КФ), КК, кальция, гемоглобина, при повышении креатинина на 4,9%, магния на 26,3%.

Выводы. 1. Оценка функции почек имеет большое клиническое значение не только для пред-, интра- и послеоперационного ведения, но и выбор объема оперативного вмешательства.

2. На течение патологического процесса оказывает определенное влияние возраст больного ребенка, давность заболевания и общий соматический фон.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кабилова Б.Х., Бадалова З.А.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, кафедра детских болезней №1 г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Выявить наиболее значимые факторы риска возникновения пороков головного мозга и оценить нервно-психического развития детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 новорожденных детей родившиеся с врожденным пороком центральной нервной системы (ВПР ЦНС) и проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование у 20 детей с (ВПР ЦНС), находившихся на лечении в неврологическом отделении ГУ КЗ «Истиклол». Также, изучен, их катамнез на основании анализа амбулаторных карт, консультаций невролога, лабораторных и инструментальных методов исследований. Ретроспективно был проведен анализ

200 историй родов и развития новорожденных, для выявления возможных факторов риска развития врожденных пороков центральной нервной системы.

Результаты и их обсуждение. В 10 (40%) случаях возраст родителей детей был более 35 лет, из них средний возраст матерей составил 38 лет, отцов - 41год, Отягощенный соматический анамнез отмечен почти у всех матерей. Достоверно чаще выявлена патология эндокринной системы ожирение 12 (30%), желудочно-кишечной 8 (20%) и сердечно-сосудистой системы 10 (40%). Чаще отмечались сочетание различных факторов риска. Чаще всего регистрировалась угроза прерывания в первом триместре, гинекологические заболева-

ния (кольпиты) и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Клинические проявления всех пороков головного мозга, особенно при рождении и на 1 году жизни была различной. У 11 (26%) детей ранний неонатальный период протекал отягощено (это пациенты с синдромом Денди-Уокера и Арнольда-Киари). Тяжесть состояния была обусловлена внутриутробной инфекцией 32 (80,1%) и гипоксическим поражением ЦНС 36 (90%). По данным нейросонографии, проведенной в раннем неонатальном периоде и в первые месяцы жизни, аномалии развития мозга были выявлены или заподозрены только у 29 детей. Одним из ранних клинических и частых признаков проявлений пороков мозга являлись судороги, зарегистрированные у 22

(56%) всех обследуемых детей, что в дальнейшем может привести к фармакорезистентной эпилепсии. Для постановки диагноза после возникновения судорог, чаще всего проводилась нейросонография и МРТ, установившая диагноз дисгенезии мозга у 13 (32,5%). Развитие детей и этапы формирования моторных навыков зависели от типа порока, локализации и распространенности повреждений структуры мозга, а также от частоты судорог.

Выводы: Профилактика рождения детей с ВПР ЦНС должна складываться из ряда медико-биологических и социально-гигиенических мероприятий, а также своевременное обращение в медико-генетическую консультацию до зачатия и планирование беременности.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Караев И.И. Нарзуллоев Х. Н.

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

Цель исследования: выявление факторов риска развития и особенности течения ЖДА у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами проведено ретроспективный анализ историй болезней 170 детей с железодефицитной анемией (ЖДА) за период 2015-2018 гг. В соответствии с тяжестью болезней I группа – 38 детей с легкой степенью анемии (Hb 90–110 г/л, Эр $3,0 \times 10^{12}/л$), II группа – 72 ребенка с анемией средней степени (Hb 70–90 г/л, Эр $2,5–3,0 \times 10^{12}/л$), III группа – 60 детей с тяжелой степенью ЖДА (Hb < 70 г/л, Эр < $2,5 \times 10^{12}/л$). Для подтверждения диагноза ЖДА у всех детей двукратно верифицированы лабораторные анализы.

Результаты и их обсуждение. Определено, что у 98 больных – городских жителей чаще было легкое (16,5%) и среднетяжелое (60%) течение анемии, тяжелая анемия – у 23,5%; у 72 детей, сельских жителей, чаще регистрировалась среднетяжелая (42%) и тяжелая (58%) степень ЖДА.

Определена связь между частотой анемии у ребенка и наличием анемии ($r = +0,89$, $p < 0,001$) и преэклампсии ($r = +0,76$, $p < 0,001$) у матери; перинатальной энцефалопатии ($r = +0,90$, $p < 0,001$), рахита ($r = +0,86$, $p < 0,001$), дисбиоза кишечника ($r = +0,66$, $p < 0,001$); ранним началом искусственного вскармливания ($r = +0,78$, $p < 0,001$). У всех больных детей были жалобы на слабость, вялость,

снижение аппетита, бледность кожных покровов и слизистых; мышечная гипотония (82,3%), умеренная тахикардия и систолический функциональный шум (76,6%), сухость кожи (49,1%), запоры (21,2%), боли в икроножных мышцах (20,6%). В общем анализе крови, наряду со снижением уровня гемоглобина и эритроцитов, у 78% детей выявлена гипохромия, различной степени анизоцитоз и пойкилоцитоз (81%). Уровень сывороточного железа был нормальным в 56% случаев, в остальных – был снижен до 6,3 мкмоль/л.

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что проблема железодефицитной анемии является очень актуальной в современной педиатрии, особенно у детей раннего возраста. Необходимость тщательного наблюдения за матерями во время беременности, выявления у них экстрагенитальной патологии, в том числе анемии и проведение адекватной и грамотной терапии. ЖДА у детей раннего возраста имеет свои возрастные анамнестические и клинико-лабораторные особенности и очень важен контроль за показателями общего анализа крови с целью контроля гемоглобина, эритроцитов, уровня нейтрофилов. Результаты исследования показывают, что дети, живущие в сельской местности, находятся в группе с высоким риском развития ЖДА и для более углубленного изучения данного вопроса необходимо более детальное исследование.

ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Карачев Б.А., Жороева М.

Отделение нейрохирургии детского возраста НМЦОМиД КР, г Бишкек

Цель исследования. Определить роль механической, респираторной функции лёгких у пострадавших с сочетанной травмой и ее зависимость от степени тяжести травмы и стадии острого респираторного дистресс-синдрома.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено у 60 пострадавших с сочетанной травмой в возрасте от 3 до 17 лет, поступивших в отделение нейрохирургии детского возраста г Бишкек (НМЦОМиД КР) за период с 2018 по 2019 гг. Пострадавшие после тяжёлой механической травмы, согласно классификации Назаренко Г.И. [9] были разделены на 3 группы, по 20 человек в каждой. В 1-й группе степень тяжести оценена на $15,3 \pm 1,2$ балла, во 2-й - на $20,8 \pm 1,3$ балла и в 3-й оценена на $26,6 \pm 1,5$ балла.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе динамической оценки изменений респираторного механического структура лёгких и газообмена были изучены особенности течения острого респираторного дистресс-синдрома в зависимости от стадии у пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой.

В ходе динамической оценки изменений респираторного и механического характера и газообмена у пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой, были изучены особенности течения острого респираторного дистресс-синдрома в зависимости от стадии. При первой стадии острого респираторного дистресс-синдрома прослеживается достоверное снижение респираторного паттерна: по сравнению с идентичными показателями дыхательный объем снижен на 28,9%, частота дыхания была учащена на 21,3%, минутный объем альвеолярной вентиляции был снижен на 14,7% сопровождается снижением функциональной остаточной ёмкости лёгких на 19,4% и нарушением равномерности альвеолярной вентиляции на 24,4%.

Нарушения вентиляции сопровождаются снижением напряжения кислорода в артериальной крови на 9,5%, в смешанной венозной крови на 8,6%, альвеоло-артериальной градиент по кислороду возрастает на 10,8%, физиологическое мёртвое пространство возрастает на 45,8%, внутрилёгочный шунт возрастает на 9,0%, потребление кислорода возрастает на 31% по сопоставлению с идентичными показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Нарушение респираторного паттерна со-

провождается достоверной несостоятельностью механики лёгкого, характеризуемой возрастанием сопротивления дыхательных путей на 13,1%, эластичность альвеол снижается на 8,9%, растяжимость на 6,4% ($p > 0,05$) при сравнении с контрольной группой.

Во второй стадии острого респираторного дистресс-синдрома прослеживается выраженное достоверное снижение респираторного паттерна: по сравнению с идентичными показателями контрольной группы дыхательный объём был снижен на 39,2%, частота дыхания была учащена на 60,6%, минутный объем альвеолярной вентиляции был снижен на 43,8%.

Нарушения вентиляции сопровождаются снижением напряжения кислорода в артериальной крови на 14,0%, в смешанной венозной крови на 12,3%, альвеоло-артериальной градиент по кислороду возрастает в 3,2 раза, физиологическое мёртвое пространство возрастает на 70,8%, внутрилёгочный шунт возрастает в 2,5 раза (148,6%), потребление кислорода организмом возрастает на 38,6% ($p < 0,05$). Нарушение респираторного паттерна сопровождается достоверной несостоятельностью механики лёгкого, характеризуемой возрастанием сопротивления дыхательных путей на 55,2%, эластичность альвеол снижается на 40,0%, растяжимость на 10,1% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Заключение. При тяжёлой сочетанной травме в результате активации симпатоадреналовой системы возникает выраженная гуморальная реакция. Вследствие чего, в притекающей к лёгкому крови значительно повышаются токсические кислые метаболиты, что приводит к нагрузке и последующей декомпенсации респираторной функции лёгких, в результате возрастает ателектазирование лёгких, внутрилёгочное шунтирование крови, физиологическое мёртвое пространство, альвеоло-артериальная разница по кислороду, нарушается оксигенирующая функция лёгких. Перечисленные патофизиологические изменения способствуют нарушению проходимости терминальных бронхиол; нарушается эластичность и растяжимость альвеол; развивается гипоксия. Последнее оказывает существенное влияние на метаболизм углеводов, способствующее развитию лактомиического ацидоза, на развитие анаэ-

робного гликолиза. Избыток лактата свидетельствует о гипоксических изменениях в тканях и органах с повреждением эндотелия сосудов лёгких, которые активно участвуют в свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической системах крови. На

фоне дистрофических изменений оказывает существенное влияние на развитие легочных осложнений, таких как острое повреждение легких, нарушение кислородтранспортной функции легких и развитие острого респираторного дистресс-синдрома.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Карачев. Б.А., Токтомбоева М.А.

Отделение нейрохирургии детского возраста НМЦОМид КР, г Бишкек

Цель исследования. Изучение кислородного баланса у больных в ранние сроки после травмы, с учётом степени тяжести травмы до формирования симптомокомплекса острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Материал и методы исследования. Обследовано 45 пострадавших детей в возрасте от 3 до 17 лет, которые поступили в отделение детской нейрохирургии НЦОМид КР г Бишкек за период 2017 и 2019 гг.

Больные были распределены на 3 группы в зависимости от тяжести травмы. В каждую группу включили по 15 человек. В 1-й группе степень тяжести оценена на $15,3 \pm 1,2$ балла, во 2-й - на $20,8 \pm 1,3$ балла и в 3-й - на $26,6 \pm 1,5$ балла, контрольная группа - 20 практически здоровы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показателей центральной гемодинамики и кислородного баланса при госпитализации пострадавших с сочетанной травмой выявил следующие различия в группах пострадавших. Во второй и в третьей группах ударный индекс был снижен по сравнению с контрольной группой на 25,3% и 34,2% соответственно. Сердечный индекс у данных групп пострадавших был снижен по сравнению с контрольной группой на 12,4% и 24,8%, а объём циркулирующей крови у данных групп пострадавших составлял $57,4 \pm 2,1$ мл/кг и $52,6 \pm 2,5$ мл/кг соответственно.

У пострадавших первой группы аналогичные показатели были достоверно выше, составляя $39,6 \pm 1,1$ мл/м² и $3,4 \pm 0,05$ л (мин. м²). Следовательно, у пострадавших первой группы преобладал гипердинамический тип кровообращения, тогда как у пострадавших второй и третьей групп гиподинамический тип кровообращения, но более выраженный в третьей.

Известно, что одной из основных причин снижения УИ и СИ в раннем посттравматическом периоде является недостаточный венозный возврат вследствие патологического депонирования

крови, приводящего нередко к нераспознанной и не скорректированной гиповолемии, несмотря на кажущееся восполнение кровопотери, стабилизацию артериального давления и продолжающуюся инфузионно-трансфузионную терапию при сочетании симпатомиметикой. При этом, степень выраженных волевических расстройств тем больше, чем тяжелее шок. У пострадавших третьей группы, перенесших более тяжёлую травму, по-видимому, именно гиповолемия явилась причиной отсутствия после травмы адекватной компенсаторной реакции в ответ на возросшие требования к системе кровообращения особенно при наличии гиповолемии. Потребность кислорода у пострадавших 1-й группы была достоверно повышенной в разы, при этом у пациентов 2-й группы была повышена на 29,6%, а в третьей она была снижена на 19,4% при сравнении с контрольной группой. Следовательно, наличие резерва в системе доставки и потребности кислорода у пострадавших первой и второй групп не было ограниченным. В 3-й группе резерв доставки и потребности кислорода был снижен, а следовательно, и функциональные возможности системы кислородообеспечения существенно снижены.

У рассматриваемой категории пострадавших доставка и потребление кислорода имела мозаичный характер, при этом у пострадавших третьей группы достоверно были понижены доставка и потребление кислорода на фоне выраженного снижения показателей преднагрузки (геморрагический шок). У пострадавших второй группы доставка и потребление кислорода были незначительно увеличены и характеризовались умеренным гипокинетическим типом кровообращения на фоне умеренной преднагрузки, у пациентов первой группы доставка и потребление кислорода были значимо повышены на фоне гиперкинетического типа гемодинамики по сравнению с контрольной группой. Однако, согласно литературным данным, при снижении содержания кислорода в артериальной крови важное значение имеет не только его степень, но и

содержание его и в смешанной венозной крови, так как при несостоятельности указанных механизмов отмечаются признаки гипоксии тканей. Было доказано, что снижение содержания кислорода в смешанной венозной крови при инфаркте миокарда свидетельствует о существующей или развивающейся острой сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность характеризуется уменьшением сердечного выброса и напряжением кислорода в смешанной венозной крови, которые являются маркером ухудшения сократительной функции миокарда.

Полученные данные свидетельствуют, что характер кислорода обеспечения именно в первые сутки после травмы во многом определяет дальнейшее развитие патологических процессов в лёгких.

Пусковым моментом, для которых является шок, вызывающий нарушения системного и легочного кровообращения и согласуется с концепцией, согласно которой шоковое лёгкое после травмы и кровопотери является результатом гиповолемии, неадекватной компенсаторной реакции сердца

(особенно в условиях анемии) на повышенную потребность в кислороде. Необходимо учитывать, что значение адекватного кислорода обеспечения для легочной ткани особенно велико в связи с повышением нагрузки не только на ее газообменную, но и метаболическую функцию в условиях повышенного метаболизма.

Следовательно, из полученных данных выявлено в оттекающей из лёгкого крови наличие слабой гиперкоагуляции у пострадавших первой группы, и наличие умеренной гиперкоагуляции у пострадавших второй группы, и выраженной - у пострадавших третьей группы.

Настоящее исследование свидетельствует, что столь же важно состояние резервных возможностей доставки и потребности кислорода для прогноза развития синдрома ОДН. Так как главенствующая роль в обеспечении организма кислородом в условиях гиповолемии принадлежит сердечно-сосудистой системе, то проводимая терапия должна быть направлена на создание условий для максимальной реализации компенсаторных реакций этой системы.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬИ №15

^{1,2}Каюмова Д.А., ²Ёдгорова М.Дж., ²Мукарамова Д.А.

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

²Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования: Изучить структуру заболеваемости детского контингента на уровне первичного звена ГУ (ГЦЗ №15).

Материалы и методы исследования: Нами проанализированы статистические данные заболеваемости прикрепленного детского контингента по ГУ ГЦЗ №15 за 2018 год. Проведён анализ статистических данных по заболеваемости детей по выше названному медицинскому учреждению в возрастном аспекте от 0 до 17 лет. Всего детей от до 17 лет 2767, из них мальчиков -1503 (54,3%), девочек 1264 (45,7%). Все дети были разделены на 3 группы. В первую группу были включены 1565 детей, в возрасте от 0-4 лет, вторую группу составили 855 ребёнка от 5-14 лет и в третью группу вошли 347 детей от 15-17 лет.

Результаты исследования. Анализ статистических данных по заболеваемости за отчётный 2018 год показал, что наиболее часто дети обращались к семейным врачам по поводу (ОРВИ) заболеваний органов дыхания, что составили 1092

случая (39,5%), в том числе 11 случаев пневмонии - (0,1%), 7 из которых у детей до 4-х лет, ЛОР болезни -212 (7.7%) среди которых тонзиллиты составили 15,6% (33 случая). По поводу заболеваний центральной нервной системы обратились 353 ребёнка (12,8%) и перинатальной энцефалопатией обратились 202 из которых с ПЭП (7,3%), 99 приходились на долю детей до 4-х лет, 40 из которых осложнились ДЦП (19,8%). Аналогичные данные по заболеваемости мочевыделительной системы и травмами составили -187 случаев (6,8%). С заболеваниями органов зрения обратились за медицинской помощью -148 детей (5,3%), в том числе с миопией 41 ребёнка (21,1%). Зарегистрированы 133 случая заболеваний желудочнокишечного тракта, что составили 4,8%. Дети с эндемическим зобом было 138 (5%), что больше отмечались в возрасте от 5 до 17 лет. Почти в равных пропорциях (39 случаев-1,4%) зарегистрированы заболевания кожи и кроветворной системы, а также 11 случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата, что

составили 0,4%.

Вывод: Анализ заболеваемости детского населения за 2018 год по ГУ ГЦЗ №15, показал, что наиболее часто за медицинской помощью к семейному врачу обращались с заболеваниями орга-

нов дыхания, второе место занимают заболевания ЦНС, а с последующим по частоте обращения за медицинской помощью у детей занимают болезни органов пищеварения, кожи и мочевыделительной системы.

УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Кудратова С.Н., Курбонова М.Б.

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

Цель исследования. Определить активность супероксиддисмутазы (СОД) и малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови больных детей с бактериальной пневмонией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 46 больных в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей соответствующего возраста.

Методами Ю.А. Владимирова, А.И. Арчакова, 1972 Ch. Benchump., I. Fridovich, 1971. были определены СОД и МДА.

Результаты и их обсуждение. В исследовании были обнаружены дефицит основания ВЕ ($6,1 \pm 0,37$; $p < 0,001$), снижения рН ($7,24 \pm 0,008$; $p < 0,001$), гипоксемию, гиперкапнию, гипернатриемию ($146 \pm 3,8$; $p < 0,001$) с тенденцией к гипокалиемии и увеличению концентрации малонового диальдегида ($p < 0,001$) со снижением активности супероксиддисмутазы ($p < 0,001$), нарастание содержания энзима сукцинатдегидрогеназы ($p < 0,05$) в сыворотке крови.

Данные показали, что при повышении МДА снижается СОД, которая приводит к нарушению обменных процессов в клетках и тканях организма у детей.

В лечебных целях для коррекции патологического процесса и подавления процесса перекисного окисления липидов в организме детей, которые перенесли гипоксию были назначены антигипоксанты и антиоксиданты.

Антигипоксанты и антиоксиданты, дали возможность нормализовать проницаемости мембран для ионов К, а также восстановить уровень МДА и антиоксидантную активность сыворотки крови. Это было доказано данными содержания показателей СОД в сыворотке крови.

Исследование кислотно-основного состояния крови (КОС) у больных с пневмонией на фоне антиоксидантной терапии показал более ускоренно существенного повышения показателей рН, ВЕ по сравнению с группой сравнения находившейся только на базисной терапии ($p < 0,001$).

Вывод. Таким образом, в сыворотке крови отмечалось различной степени увеличение содержания МДА – перекисное окисление липидов, и снижение активности СОД – антиоксидантной системы, которое свидетельствует о проявлении выраженности гипоксемии и повышения проницаемости клеточных мембран у детей, больных с пневмонией, в зависимости от тяжести патологического процесса.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Курбонова П.Г., Вохидов А.В.

Государственное учреждение НИИ Профилактической медицины, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Дать клиническую оценку проявлениям рахита с учетом проведенной специфической профилактики и лечения.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение за течением клинических проявлений рахита у 120 детей. Из них 60 детей

получили специфическую профилактику, среди обследованных 42% были девочки. Возраст обследованных от 6 мес. до 1,5 лет. Оценивались ряд клинических признаков, в группе детей, не получавших специфическую профилактику – 1 группа, и дети, получавшие специфическую про-

филактику – 2 группа.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что низкий уровень обеспеченности витамином D является маркером плохого состояния здоровья, ассоциирован с высоким риском развития инфекционных, сердечно-сосудистых, хронических воспалительных, аллергических, аутоиммунных и различных онкологических заболеваний. Доказана достоверная связь между приемом витамина D и снижением риска смертности у детей. Нарушение сна было выявлено среди детей 1 группы в возрасте 6 месяцев у 70,2% детей, 12 мес. – 94,3%, 1,5 лет – 67,34% во 2 группе – 25,4%, 9,2%, а в возрасте 1,5 лет таковых детей не было. Другой признак который наиболее часто регистрируется у детей страдающих рахитом, было возбудимость и беспокойство, среди детей 1 группы частота данного признака была следующей 60,1%, 84,3%, 55,4%, тогда как во 2 группе – только у детей в возрасте 6 месяцев имело место. Родители наиболее часто обрушают внимание на наличие повышенной потливости у детей, данный признак среди

детей 1 группы встречался с частотой – 96,4%, 92,7%, 95,1%, среди детей 2 группы – 15,4% и 5,4%. Своеобразным маркером синдрома вегетовисцеральных дисфункции, который имел место у детей страдающим рахитом проявлялись функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы, которые регистрировались у абсолютного большинства пациентов. Среди детей 1 группы данный признак выявлен у 85,3%, 97,2% и 88,5% соответственно, тогда как у детей 2 группы частота выявления не превышало 22,8% в первом полугодии жизни и 5,2% у годовалого ребенка, в возрасте 1,5 лет данный признак не был зарегистрирован.

Таким образом, своевременно начатая специфическая профилактика рахита способствует более гармоничному развитию ребенка. Индекс здоровья детей 2 группы был выше чем детей не получавших специфическую профилактику рахита. Все это выводит проблему гиповитаминоза D за узкие рамки только остеопенических состояний, делая ее общемедицинской.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

Магзумов Д.Р.^{1,2,3}, Гуломова З.В.³, Гуломов Ф.М.^{1,2}, Сабуров Д.М.³

¹ *ГУ Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ, г. Душанбе, РТ*

² *Медико-диагностический центр Службы Ага Хана по Здоровоохранению в Республике Таджикистан, г. Душанбе*

³ *Лечебно-диагностический центр «Олами тиб», г. Душанбе*

Цель работы. Определить возможности и преимущества метода ультразвуковой диагностики для выявления врожденного пилоростеноза у детей.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 15 (100%) детей (13 мальчиков, 2 девочек), которым исследования проводились в условиях Медико-диагностического центра Службы Ага Хана и проводилось стационарное лечение в лечебно-диагностическом центре «Олами тиб» с 2015 по 2020 гг. с подозрением на врожденный пилоростеноз. Возраст пациентов был от 1 мес. до 2,5 мес. Давность заболевания варьировала от 10 дней до 4 нед. При клиническом обследовании детей учитывали наличие рвоты «фонтаном», видимой перистальтики желудка в виде «песочных часов», пальпаторное определение цилиндрической псевдоопухли в эпигастрии справа, признаки недостаточности питания. При учете лабораторных данных оценивали признаки анемии, гипопротеинемии, билирубинемии, электролитные нарушения.

Из дополнительных методов для подтверждения диагноза применялась рентгенография желудка с барием у 5 (33,3%) детей (группа сравнения), у 3 из них дополнена фиброгастроскопией. Ультразвуковое исследование желудка проводилось в комплексе с вышеуказанными дополнительными методами у 5 (33,3%) детей группы сравнения, на этапе освоения методики. У 10 (66,6%) детей (основная группа) сонография явилась единственным дополнительным методом для подтверждения врожденного гипертрофического пилоростеноза. В группу контроля для оценки ультразвуковых критериев пилоростеноза вошли 10 грудных детей такого же возраста, находящихся в отделении без клинических проявлений синдрома рвоты. Исследования выполняли на мобильном ультразвуковом сканере среднего класса «Mindray» линейным датчиком с диапазоном рабочей частоты 7,5-12 МГц. При сканировании в продольном направлении определялись основные эхо-признаки для

выявления пилоростеноза.

Результаты исследования и их обсуждение.

Выявлено преобладание мальчиков над девочками 6:1. Рвота «фонтаном» проявилась с 4-й по 6-ю нед. жизни у 12 (80%) детей. У 2 (13,3%) пациентов в этот период отмечено срыгивание. 1 (6,7%) пациент поступил в первые дни от начала заболевания. Видимая перистальтика желудка в виде «песочных часов» выявлена у 12 (80%) пациентов. Пропальпировать гипертрофированный привратник, в виде плотно-эластичного цилиндра удалось у 9 (60%) пациентов. Недостаточность питания (с II и III степенью) имело место у 10 (66,7%) пациента. Причем у детей отмечена явная желтуха, в биохимическом анализе крови наблюдалась гипербилирубинемия за счет прямой фракции, так же гипопроteinемия и диспротеинемия. Явления дегидратации у детей были выражены в различной степени. С целью предоперационной подготовки проводилась коррекция метаболических нарушений. При анализе койко-дня на этапе диагностического процесса у 4 детей группы сравнения койко-день составил 2-3. Это связано с противопоказанием к проведению рентгеноконтрастного исследования у детей с выраженными водно-электролитными нарушениями. Таким детям необходима коррекция нарушений для подготовки к исследованию. Подготовка так же включает дифференциальную диагностику пилоростеноза с пилороспазмом, для чего проводится атропинизация. Исследование проводится натощак и/или с опорожнением желудка и постановкой желудочного зонда. Процесс длится до 2-3 ч. в связи с необходимостью выполнения отсроченных снимков, несет лучевую нагрузку.

Ультразвуковое исследование в большинстве случаев проводилось через 10-15 мин. после кормления грудью или молочной смесью, либо после введения 5% глюкозы через назогастральный зонд.

У детей с врожденным пилоростенозом при начале сканирования характерным является визуализация выражено расширенного желудка, с наличием в нем на фоне гипоехогенного содержимого гиперэхогенных включений – створоженного молока, слабая перистальтика и минимальное наполнение газом и химусом тонкого кишечника, эвакуации содержимого в двенадцатиперстную кишку не отмечается. Толщина мышечной стенки привратника в основной группе составила $5,2 \pm 1,2$ мм, протяженность пилорического отдела желудка $20,4 \pm 1,7$ мм и сужение его просвета $1,3 \pm 0,2$ мм. В группе контроля у детей с нормальным состоянием привратника толщина мышечной стенки последнего составила $2,7 \pm 0,4$ мм, протяженность $17,8 \pm 1,2$ мм и ширина его просвета $2,4 \pm 0,5$ мм. У детей группы контроля желудок не расширен, выраженное газонаполнение и достаточное наполнение химусом тонкой кишки. Перистальтика желудка равномерна, с эвакуацией содержимого в двенадцатиперстную кишку. С учетом отсутствия противопоказаний к исследованию, быстроты от нескольких минут до максимальных 3 ч., при нескольких попытках до удачной локации пилоруса, необходим только 1 койко-день на диагностику.

Все 15 детей прооперированы, выполнена внеслизистая пилоромиотомия по Фредде-Рамштедту циркумбиликальным доступом. Данные, полученные при проведении дополнительных методов подтвердились интраоперационно.

Заключение. Таким образом, развитие ультразвуковых технологий и накопленный в этом плане опыт позволяют предложить ультразвуковое исследование в качестве первичного метода диагностики, в ряде случаев заменяющего остальные методы и являющегося достаточным для постановки диагноза. К преимуществам метода можно отнести точность диагностики, быстроту исследования, отсутствие противопоказаний и лучевой нагрузки.

ТРАНСАНАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

^{1,2,3}Магзумов Д.Р., ³Гуломова З.В., ^{1,2}Гуломов Ф.М.

¹ГУ Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан

²Медико-диагностический центр Службы Ага Хана по Здравоохранению РТ

³Лечебно-диагностический центр «Олами тиб»

Цель работы. Оценить преимущества метода трансанального низведения кишки при болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под на-

шим наблюдением находились 3 детей с болезнью Гиршпрунга в условиях Медико-диагностического центра Службы Ага Хана по Здравоохранению РТ и лечебно-диагностического центра «Олами тиб».

В лечебно-диагностическом центре «Олами тиб» трансанальное низведение толстой кишки при коррекции болезни Гиршпрунга стали выполняться с 2016 года. За 4 года (с января 2016 по август 2020 гг.) в отделении находилось на лечении 3 детей с БГ. Возраст больных варьировал от 10 месяцев до 1 года. Мальчиков было 2 (66,6%), девочек – 1 (33,3%). Соотношение мальчиков к девочкам составляло 2:1.

Всем детям произведено общеклиническое обследование, рентгенологические методы исследования (рентгенография органов брюшной полости, ретроградное контрастное исследование толстой кишки), эхокардиография и ультразвуковое исследование (УЗИ).

В зависимости от тяжести течения болезни выделяли следующие стадии БГ: компенсированная форма - у 1 (33,3%) больных, субкомпенсированная форма - у 1 (33,3%) пациентов, декомпенсированная форма - у 1 (33,3%).

На основании клинико-рентгенологических данных выявлены следующие формы БГ: ректальная форма - у 1 (33,3%) больных, ректосигмоидная форма - у 2 (66,6%) пациентов.

Следует отметить, что всем детям была выполнена операция трансанальное низведение тол-

стой кишки.

Результаты и обсуждение. Все дети перенесли операцию хорошо. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $98,5 \pm 25,5$ мин. Продолжительность пребывания в стационаре после операции в среднем составила 7 суток. Кормление начинали после появления самостоятельного стула на 2-4 сутки. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Во всех наблюдениях после трансанального низведения кишки получен хороший косметический результат.

На 12-14 сутки послеоперационного периода проводили пальцевое ректальное исследование для оценки проходимости и состоятельности ректального анастомоза. При состоятельности анастомоза начинали профилактическое бужирование расширителями возрастного диаметра.

Выводы. Таким образом, метод трансанального низведения кишки при ректальной и ректосигмоидной формах болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста является альтернативой к другим методам. Он легкодоступен, экономичный, менее травматичен и способствует ранней реабилитации больного при отсутствии условий для проведения эндовидеохирургических методов операций.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

^{1,2,3}Магзумов Д.Р., ^{1,2}Гуломов Ф.М., ³Гуломова З.В., ¹Бадалов Ш. А.

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

²Медико-диагностический центр Службы Ага Хана по Здравоохранению в Республике Таджикистан, г. Душанбе

³Лечебно-диагностический центр «Олами тиб», г. Душанбе

Цель работы. Определить возможности и преимущества рентгенологического исследования в выявлении врожденного пилоростеноза у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов, проходивших обследование и лечение в условиях Медико-диагностического центра Службы Ага Хана и лечебно-диагностическом центре «Олами тиб» с 2015 по 2020 гг. с подозрением на врожденный пилоростеноз. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные, ультразвуковое исследование. Из лучевых методов исследования использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости и рентгеноконтрастное исследование желудка. Изучались размер желудка, эвакуация содержимого (контрастного вещества) из желудка в двенадца-

типтерстную кишку, деформация пилорического отдела желудка в виде удлинения и сужения привратника, наличие газов и жидкого содержимого в тонкой кишке.

Результаты исследования. Минимальный возраст обследованных составил 29 дней, а максимальный – 2 месяца. Наибольшее количество обследованных больных находилось в возрастных пределах от 31 дня до 1,5 месяца. Большинство больных с гипертрофическим пилоростенозом мальчики – 13 (91%), а девочек – 2 (9%). Давность заболевания варьировала от 10 дней до 4 нед. Прямые признаки были у 10 пациентов (91%). У всех пациентов на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости отмечался большой газовый пузырь желудка и скудное количество

газов и химуса в кишечнике. Ввиду затруднения в постановлении диагноза на ультразвуковом исследовании и фиброгастроскопии и обзорной рентгенографии органов брюшной полости, пришлось 5 (66,6%) больным провести рентгеноконтрастное исследование желудка. Для дифференциальной диагностики пилоростеноза с пилороспазмом проводилась атропинизация. Исследование проводилось натощак или с опорожнением желудка и постановкой желудочного зонда. Процесс длился до 3-9 ч. в связи с необходимостью выполнения отсроченных снимков и имело место лучевая нагрузка. Наиболее часто встречаемыми косвенными признаками являлись: наличие жидкого содержимого в желудке натощак или перед очередным кормлением – у 13 (91%), скудное количество газа в кишечнике – у 7 (64%). Отсутствие эвакуации контрастного вещества из желудка на 20 минуте, через 3 и 9 часов у 5 (33,3%) пациентов под-

твердил наличие врожденного гипертрофического пилоростеноза.

После подтверждения диагноза врожденного пилоростеноза и предоперационной подготовки все 15 детей прооперированы, выполнена внеслизистая пилоромиотомия по Фредде-Рамштедту циркумбиликальным доступом. Данные, полученные при проведении дополнительных методик подтвердились интраоперационно. У всех детей послеоперационный период протекал гладко. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Пациенты выписаны домой под наблюдение участкового педиатра и детского хирурга.

Выводы. Рентгенологическое исследование имеет важное значение в диагностике пилоростеноза. Несмотря на достоинства эндоскопического и ультразвукового методов диагностики, значение рентгенологического метода исследования не уменьшилось.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Мазабшоев С.А., Шамсзода Х.А., Сафедов Ф.Х., Курбонов Ш.Ш.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ НМЦ РТ

Цель работы. Улучшить результаты лечения детей с отравлениями фосфорорганическими соединениями путем специфической дозированной антидотной терапии и профилактики развития осложнений.

Материал и методы исследования. За 2017-2019 годы в клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ в отделение детской реанимации поступило 27 ребенка с отравлениями фосфорорганическими соединениями (ФОС) из группы пестицидов. Возраст детей составлял от 1 до 3 лет – 7 (26%), от 3 до 7 лет – 9 (33%) и от 7 до 15 лет – 11 (41%). При этом сельских было 15 (56%) детей, а городских 12 (44%) детей. Наиболее часто отравления ФОС встречались у девочек – 17 (63%), частота у мальчиков составило 10 (37%).

В основе токсического действия ФОС на организм человека лежит резкое усиление нервных импульсов в холинергических синапсах всех отделов центральной и периферической нервной системы. Симптомы отравления ФОС складываются из явлений возбуждения с последующим параличом ЦНС и всех органов, получающих холинергическую иннервацию. Для купирования мускариноподобного действия ФОС вводили атропина сульфат внутри-

мышечно (в/м) и внутривенно (в/в) до умеренной гипертропинизации.

Благодаря наличию оксимной группы (-NOH) в структуре реактиваторов холинэстераз (РХ) при их взаимодействии с ацетилхолинэстеразой, блокированной ФОС, происходит разрыв эфирно-фосфорных связей между молекулами ФОС и эстеразными центрами ацетилхолинэстеразы, в результате чего активность этого фермента восстанавливается, с этой целью использовался дипироксим.

Больные были распределены на три группы в зависимости от тяжести состояния. Выполнялись общеклинические анализы крови, показатели свёртывающей системы, мочи, активность холинэстеразы и эритроцитов в крови.

Результаты и их обсуждения. При отравлениях легкой степени тяжести у детей отмечались психомоторное возбуждение, миоз, стеснение в груди, одышка, влажные хрипы в легких, потливость, повышение артериального давления. Общая доза атропина сульфата составила в 1-й группе вначале 0,05 мг в/м, повторные введения проводили каждые 30 мин до 5 мг, поддерживая в таком состоянии в течение суток. Одновременно с атропина сульфатом или сразу вслед за ним вводили дипироксим из расчёта 1 мг/кг.

Во 2-й группе приотравлениях средней степени преобладали мышечные подергивания, судороги, нарушение дыхания, коматозное состояние, непроизвольный стул, учащенное мочеиспускание. На фоне посиндромной терапии и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) доза атропинасульфата составила вначале 0,1 мг в/м, повторные введения проводили каждые 15 мин, поддерживая в течение 2 суток. Вслед за ним вводился дипироксим из расчёта 2 мг/кг.

В 3-й группе – при отравлениях тяжёлой степени у пострадавших нарастала дыхательная недостаточность до полной остановки дыхания, параличи мышц конечностей, падение артериального давления. Нарушение сердечного ритма и проводимости сердца. Симптоматическая терапия направлена была на устранение гиповолемии и борьбу с шоком. Атропина сульфат вводили вначале 0,2 мг в/м, а также в/в капельно в течение часа до 2 мг, повторные введения проводили в/м до 20 мг, поддерживая более 2-х суток. Параллельно вводили дипироксим из расчёта 3 мг/кг.

При отравлении через рот – промывали желудок 2% раствором гидрокарбоната натрия (содой) и вводили в желудок сульфат магния и активированный уголь. При загрязнении кожи – удаляли

капли яда тампоном, смоченным 10–15% нашатырным спиртом. При поражении глаз – закапывали в конъюнктивальные мешки 1% раствор атропина сульфата.

Выводы:

1. Наибольшее число отравлений ФОС у детей связано с непреднамеренным энтеральным приемом фосфорорганических пестицидов. ФОС абсорбируются через ЖКТ, лёгкие и кожу.

2. Наиболее эффективными антидотами при отравлении ФОС остаются атропина сульфат, обладающий сильным периферическим и центральным М-холинолитическим действием, а также РХ – дипироксим, восстанавливающий активность этого фермента даже при значительном угнетении.

3. При наличии выраженной гипоксии с цианозом – сначала введение реактиватора, затем удаление слизи из трахеи, ингаляция кислорода при необходимости ИВЛ, а после устранения гипоксии введение атропина сульфата в полной лечебной дозе.

4. Успех в лечении острых отравлений ФОС зависит от количества отравляющего вещества, наличия пищи в желудке и времени прошедшего от момента попадания яда в желудок, лёгкие и кожу.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

^{1,2}Мамадаминова С.Х., ^{1,2}Яхшибекова Ш.Дж.

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

²ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Цель исследования. Изучить показатели функции эндотелия у детей с среднетяжёлой персистирующей БА в периоды обострения и в динамике.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 34 ребенка, в возрасте от 6 до 17 лет, с среднетяжелой персистирующей БА в период обострения (1 группа) и в динамике (2 группа). Группу контроля составили 15 практически здоровые дети. Больным проведено ультразвуковое исследование эндотелии зависимой дилатации плечевой артерии по методу D S Celermajer.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено достоверное снижение 7,5% прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек у детей 1 и 2 групп (соответственно 6,42 (5,40 - 7,50%) 8,10 (7,14 - 10,0%) при значениях 20,68 (18,75 - 25,00%), у детей контрольной группы). Установлено достовер-

ное повышение % прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек в период ремиссии по сравнению с периодом обострения, однако остается достоверно ниже нормативных величин. Отмечено понижение уровня S-нитрозотиола в сыворотке крови; у детей 1 группы – 0,15 (0,12;0,27) ммоль/л, в сравнение у детей 2 группы – 0,19 (0,18;0,24) ммоль/л, в сравнении с 0,33 (0,27;0,38) ммоль/л. Выявлено, что данный показатель в период ремиссии повышался в сравнении с периодом обострения, но сохранялся ниже показателей детей группы контроля. При оценки в процентах прироста диаметра плечевой артерии на 30 сек у детей с среднетяжёлой персистирующей БА установлена слабая отрицательная связь с длительностью заболевания, а при оценке S - нитрозотиола и длительности средней силы отрицательная корреляционная связь.

Вывод. У детей с среднетяжелой персисти-

рующей БА в период обострения и ремиссии заболевания наблюдаются эндотелиальные дисфункции, который приводит к стойким изменениям в

стенке сосуда, что также подтверждается наличием корреляционной связи между длительностью заболевания и показателями функции эндотелия.

ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

^{1,2}Мамадаминова С.Х., ²Шабонов Р.З.

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

²ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость преальбумина у маловесных к сроку гестации новорожденных.

Материал и методы исследования. Исследованы 20 детей рожденных и выхаживавшихся в отделение «Матери и ребенка» КЗ «Истиклол» в 2017-2020 г. Основную группу составили 16 пациентов с диагнозом «Маловесный к сроку гестации» или «Маленький к сроку гестации». Критериями включения в исследование была масса тела при рождении менее 10 центиля по модифицированным таблицам R Fenton 2013. Критериями исключения в исследования: врожденные пороки развития, гемолитическая болезнь новорожденных, многоплодная беременность и хирургические патологии. Контрольная группа 4 новорожденных с антропометрическими показателями, соответствующие к сроку гестации. Гестационный возраст детей основной группы -39,0 (38-40) недели, контрольной 40,0 (39,0-40,0) нед. Из них 16 детей основной группы в первые сутки жизни 5 получали исключительно грудное молоко, 7 смешанное и 4 искусственное вскармливание. Определение сывороточных концентраций преальбумина проводилось с применением иммуноферментного набора для количественного определения Pre Albumin Human ELISA Kit. Abcam. Для исключения воспалительного генеза снижение преальбумина оценивалось содержанием С - реактивного белка, определенного при помощи ИФА набора. Значения исследуемых величин представлены в виде медианы и межквартирного размаха. Расчеты проводились при помощи пакета «Statistika».

Результаты и их обсуждение. В основной группе средние показатели массы тела составили 2560 (2390-2720) г, в группе контроля -3310 (3240-3590 г), длина тела 48 (46-49) и 52 (51-53) см., окружность головы – 33 (32,0-33,5) см., окружность груди – 31 (29,0-32) и 33 (33-34) см соответственно. Выявлено достоверное сниже-

ние концентрации преальбумина у маловесных детей на 3-7 сутки жизни, а также тенденция к снижению на 10-20 сутки. Это может отражать снижение белково-синтетической функции печени при задержки внутриутробного развития. При внутригрупповом анализе не выявлено зависимости концентрации преальбумина сыворотки крови от пола ребенка в основной группе (3-7 сутки жизни: мальчики – 113,3 (94,0; 204,0) г/дл. Девочки 160,0 (112,4; 206,0) г/дл, $p=0,787$; 10-20 сутки жизни: мальчики 167,4 (160,0; 238,0) г/дл, девочки 190,8 (170,4; 244,0) г/дл, $p=0,617$). Проведено исследование корреляционных взаимосвязей изучаемого показателя с массой тела при рождении у детей основной группы ($r=0,28$, $p=0,106$). Выявлена обратная взаимосвязь между концентрациями преальбумина и СРБ на 10-20 сутки жизни ($r=0,457$, $p=0,014$). Проведена оценка уровней анализируемых показателей в зависимости от динамики прибавки массы тела (на 14 сутки жизни). Выявлено достоверно более высокое содержание преальбумина сыворотки крови на 3-7 сутки у детей с последующей прибавки массы тела менее 200 грамм, что показывает перспективу дальнейшего изучения показателя, как вероятности предиктора отклонения физического развития.

Выводы: 1. У маловесных к сроку гестации новорожденных детей уровень преальбумина сыворотки крови изменен, что проявляется достоверно более низкой концентрации с раннем неонатальном периоде ($p=0,016$) и тенденция к снижению в позднем неонатальном периоде ($p=0,052$). У новорожденных маловесных в зависимости от содержания преальбумина пола и массы тела при рождении.

2. Содержания протеина в раннем неонатальном периоде для характеристики антропометрических показателей у пациента в течение первого месяца жизни, можно использовать преальбумин в оценке нутритивного статуса у маловесных новорожденных.

ХАРАКТЕР ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мамаджанова Г.С., Умарова З.К., Саидмуродова Г.М.

Кафедра детских болезней №1 и детских инфекций ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования: Определить характер поствакцинальных реакций у детей.

Материалы и методы исследования. Нами изучено 146 часто болеющих детей. Был проведен анализ поствакцинальных реакций у часто болеющих детей путем обращаемости и целевого медицинского осмотра.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами изучены побочные реакции у 150 практически здоровых детей (контрольной группы), которые были вакцинированы пентавалентной вакциной (предназначена для профилактики дифтерии, столбняка, коклюша, вирусного гепатита «В» и заболеваний вызванных *Haemophilus influenzae* (Hb), и ревакцинированы АКДС, АДС и краснушно-коревой вакциной в декретированные сроки. Из них девочек было 91 (60,6%), мальчиков - 59 (39,4%). У 12 (8,0%) выявлена местная реакция на пентавалентную вакцину. Проявлялась она в

виде отёка, гиперемии и болей на месте инъекций, которые проходили в течении 1-3 дней. У 5 (3,3%) из них пациентов констатирована аллергическая реакция в виде мелкоочечной сыпи, зудящей, розового цвета на различных участках тела, которая держалась 3-4 дня и проходила после приема антигистаминных препаратов. У 11 (7,3%) – была местная реакция на АКДС. На ревакцинацию АДС проведенной в 6-летнем возрасте, у 12 (8,0%) отмечались боли и уплотнение на месте инъекции, которые держались 2-3 дня и проходили самостоятельно.

Выводы. 1. У часто болеющих детей города наблюдались поствакцинальные реакции и обострения хронической соматической патологии к проведению вакцинации и ревакцинации на все вакцины.

2. В большей степени реакции отмечались на пентавалентную вакцину чем на АКДС и АДС.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мамаджанова Г.С., Бакоев Б.С., Самиева Н.Ш.

Кафедра детских болезней №1 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино г. Душанбе

Цель работы. Изучение состояния здоровья часто болеющих детей в интеркуррентном периоде.

Материал и методы исследования. Анализ здоровья на пента валентную вакцину у 146 часто болеющих детей. Было проведено лабораторное исследование (общий анализ крови, мочи, кала).

Результаты исследования. В интеркуррентном периоде показал, что большинство 91 (62,3%) - первую вакцинацию перенесли хорошо, а у 55 (37,6%) отмечалась местная реакция, а у 20 (36,3%) из них была общая реакция (повышение температуры, обострение респираторных и диарейных заболеваний, судорожная готовность и рвота). Вторая вакцинация была проведена 126 ЧБД, у 20 (15,8%) из них наблюдалась, наряду с местной и общая реакция, обострение основного заболевания (бронхиты, пневмонии, диареи). Третья вакцинация была проведена 106 ЧБД, которые первые 2 вакцинации перенесли хорошо, а на третью у 8 (7,5%) развилось обострение основного заболевания (бронхит, пневмония). 100 детям была проведена ревакцинация АКДС

в возрасте до 2 лет. У 21 (21,0%) из них наряду с местными реакциями отмечалось повышение температуры, беспокойство, нарушение микроциркуляции, у 5 (23,8%) отмечалась диарея. В 6-7 летнем возрасте была проведена ревакцинация АДС-100 детям. 95 (95,0%) из них перенесли вакцинацию хорошо и только у 5 (5,0%) повысилась температура, присоединилась ОРИ. Ухудшение в состоянии ЧБД от ведения вакцин АКДС и АДС по сравнению с пента валентной вакциной наблюдалось реже (60,9% против 21,0% и 5,0% ($p < 0,001$)).

Вышеперечисленные реакции на пента валентную вакцину у ЧБД, способствовали обострению заболеваний, в связи, с чем необходимо проводить предварительную подготовку к вакцинации. При анализе анамнеза этой группы больных давших реакции был выявлен - неблагоприятный фон – 75% (рахит, аномалия конституция, гипотрофия, глистная инвазия, перинатальная энцефалопатия) и отягощенный анамнез - 47,0% детей, родившихся от матерей с неблагоприятно текущей беременно-

стью, 34,3% детей были с аллергической измененной реактивностью, 47,0% - из неудовлетворительных социально-биологических и 16,7% из плохих материально - бытовых условий, 25,0%- дети были на искусственном, 35,0% на частично грудном

вскармливании.

Вывод. Состояние здоровья часто болеющих детей зависит от многих факторов. Проведение вакцинации необходимо проводить в интеркуррентном периоде.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

*Масаидов Г.Х., Аббосов Н.С., Мирзоев Г.И., Шокиров И.И., Раунов А.В.,
Вохидов О.А., Масаидов Х.Г.*

*Городская клиническая больница №1 имени С. Урунова, отделение детской
травматологии и ортопедии, г. Худжанд*

Цель: Выбор оптимальной лечебной тактики при повреждениях костей нижних конечностей у детей при политравме.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в течении последних 5 лет находились 71 больных детей с множественными и сочетанными повреждениями нижних конечностей. Возраст больных колебался от 3 до 18 лет, преобладали пациенты с тяжелым состоянием, чаще всего с повреждениями бедренной кости (39 больных).

Результаты и их обсуждение. В трех наблюдениях встречались терминальные состояния, в том числе при травматическом отчленении бедра – 1, сочетанном открытом переломе бедра с тяжелой черепномозговой травмой – 2. Частота сопутствующих повреждений следующая: сотрясение головного мозга – у 21 больного; переломы ключицы – 3; переломы плеча – 3; переломы предплечья – 16; переломы таза - 1; повреждения грудной клетки – 6; повреждения живота – 3; травма мягких тканей – у 18 больных.

Переломы проксимального отдела бедра у 2 больных сочетались с повреждениями костей таза. Переломы костей голени установлены у 46 больных. Наиболее часто были характерны эпифизолизы, поперечные переломы метадиафиза берцовых костей со смещениями отломков.

У 9 больных с повреждениями стопы мы не встретили наличие выраженных витальных расстройств, в том числе у 2 пациентов с симметричным повреждением пяточных костей и у 1 с обширным повреждением мягких тканей стопы.

Во всех случаях диагноз уточнился после рентгенографии в типичных укладках. При этом обязательно предварительно проводились обезболивание и иммобилизация поврежденных сегментов. Особенность травм детского возраста диктует применение преимущественно консервативных методов лечения и при необходимости и по показаниям (безуспешное консервативное лечение) прибегают к оперативному лечению. В отличие от изолированных переломов, при политравме более часто прибегали к оперативному лечению в дополнение к консервативным способам. В 5 случаях применялись аппараты Илизарова, в 4 случаях стержневой аппарат и в 8 случаях интра и экстрamedулярный остеосинтез. При операциях всегда сохраняли зоны роста.

Вывод. Таким образом, индивидуальный подход к лечению политравмы у детей, применение разных способов фиксации в зависимости от вида, характера перелома и возраста ребенка, позволяет в краткие сроки получить хороший функциональный и косметический результат.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Масаидов Г.Х., Аббосов Н.С., Раунов А.А., Мирзоев Г.И., Шокиров И.И., Масаидов Х.Г., Вохидов О.В.

*Городская клиническая больница №1 имени С. Урунова, отделение детской
травматологии и ортопедии, г. Худжанд.*

Введение и цель работы. Улучшение хирургическое лечение детей с врожденной варусной

деформации шейки бедренной кости.

Материал и методы исследования. В на-

шем отделении в течение последних 5-лет (2015-2019г.г.) прооперировано с данным заболеванием 42-больных, в возрасте от 6-и до 14 лет.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проводились хирургические вмешательства, направленные на устранение контрактуры тазобедренного сустава, создание правильных анатомических соотношений в нем: а) миотомия субспинальных и приводящих мышц бедра при котором устраняется мягкотканая контрактура и создается потенция к развитию и росту головки, и шейки бедренной кости; б) корригирующие (вальгизирующие) остеотомии бедренной кости; в) остеотомии подвздошной кости для формирования свода вертлужной впадины при ее недоразвитии, при котором создается правильная анатомическая соотношение в нем. Из оперированных больных только 6-больным более старшего возраста кроме миотомии мышц и корригирующей остеотомии

бедра проводилось остеотомия подвздошной кости (полукружная ацетабулопластика)а остальным произведены операции миотомия и корригирующая остеотомия бедра.

Всем больным в послеоперационном периоде было наложено тазо-бедренная гипсовая повязка который находилось в течение 1,5-2,0 месяцев.

Выводы. Таким образом, дифференцированный подход, правильный и своевременный выбор метода лечения врожденной варусной деформации шейки бедра позволяют осуществить одномоментную и радикальную коррекцию соотношения положения костей, формирующих тазобедренный сустав, восстановить его функцию, значительно улучшить качество жизни больного, предупредить развитие коксартроза и снизить процент инвалидности и позволяет получить хорошие результаты до 60-65% и удовлетворительные в 35-40%.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель работы: Улучшение результатов диагностики хирургических заболеваний почек у детей.

Материал и методы исследования. В клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ для сравнительной оценки эффективности использования инструментальных, лучевых, сонографических методов исследования нами обследовано 210 детей в возрасте от 1 до 14 лет с хирургической патологией почек. Изучение больных по возрасту проводилось путем объединения возрастных периодов на три группы. Детей в возрасте от 1 до 3 лет было 69, от 4 до 7 лет – 56 и от 8 до 14 лет – 85. Основную группу составили дети с мочекаменной болезнью – 172, пороки развития почек выявлялись у 38 (гипоплазия со сморщиванием почки (5), удвоение почки (4), гидронефроз (20), подковообразная почка (4), дистопия почек (5)).

Ультразвуковое исследование выполнено всем пациентам на первичном этапе обследования и в динамике лечения. Эхо доплерографическое исследование выполнялось всем больным, где имелись признаки нарушения гемодинамики почечной паренхимы (МКБ, гидронефроз, хронический пиелонефрит со сморщиванием паренхимы почки). Экскреторная урография (ЭУ) выполне-

на 183 больным. Данные ЭУ позволили оценить функциональное и морфологическое состояние мочевых путей, а также при хорошей функции почек позволили объективизировать полученные данные рентгенометрическими исследованиями. В трех случаях выполнено комплексное ангиографическое исследование сосудов почек. Спиральная и мультиспиральная компьютерная томография (СКТ, МСКТ) выполнена 24 больным. Показанием к выполнению СКТ были недостаточные сведения от других методов диагностики, при подозрении на объемное образование у 6 больных, осложненный нефролитиаз у 15, (пионефроз у 6 больных, вторично сморщенная почка на фоне нефролитиаза – у 9 больных) и пороки развития почек у 3 больных. Магнитно-резонансная компьютерная томография (МРТ) выполнена 12 больным, 5 больным по причине непереносимости рентгеноконтрастных препаратов и 7 больным с хронической почечной недостаточностью.

Результаты и их обсуждение. При поступлении всем 210 больным, кроме общеклинических методов, проводились ультразвуковые и доплерографические исследования сосудов почек, которые позволили быстро получить четкие данные о внутреннем строении почек и их размерах, на-

личии камней, пороков развития органа. Сонографические методы исследования в силу своей неинвазивности нами применялись многократно не только с целью диагностики, но и с целью контроля в процессе лечения. Для определения состояния сосудов почек и гемодинамики, а также выявления нижеполярных добавочных сосудов мы применили ультразвуковое дуплексное сканирование. Первичный диагноз - гидронефротическая трансформация сосудистого генеза на основании данных доплерографии выставлен 18 больным.

Для определения стадий калькулезного пиелонефрита, гидронефроза, почечной недостаточности, ведущим методом остается экскреторная урография, которая проводилась струйными или инфузионными методами. Для окончательной оценки морфофункционального состояния почек в случаях, требующих принятия окончательного решения сохранения органа или его удаления, а также в диагностике острогнозных процессов почки мы прибегали к ангиографии сосудов почек, компьютерной или магнитно-резонансной компьютерной томографии. Инструментальные методы диагностики нами применялись по строгим показаниям. В случаях острого гнойного калькулезного

пиелонефрита и при наличии признаков обструкции продолжительность обследований и предоперационной подготовки была кратковременной от 6 до 24 часов. Морфологические исследования проведены по данным интраоперационной биопсии почек (100 больным) и по резецированным участкам лоханки и мочеточника (18 больным). Электронная микроскопия кусочка паренхимы почки доказала морфологические изменения, но в 23% случаев и наличие диспластических изменений на уровне нефрона.

Выводы. Основными методами диагностики хирургических заболеваний почек и их осложнений, кроме общеклинических методов исследования, остаются сонографические методы (УЗИ, доплерография сосудов почек) и экскреторная урография. В сложных, спорных случаях для окончательной оценки морфофункционального состояния почек показана ангиография почечных сосудов, компьютерная и магнитно-резонансная компьютерная томография, интраоперационная биопсия и электронная микроскопия ткани почки. Инструментальные методы диагностики в виде цистоскопии, катетеризации мочеточников, ретроградной пиелографии необходимо применять осторожно и по строгим показаниям.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕПОЛНЫХ УДВОЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Махмаджонов Д.М., Сафедов Ф.Х.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Улучшения уродинамики и профилактики уролитиаза при неполных удвоениях почек у детей.

Материал и методы. За 2015-2019 годы в отделение детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино поступило 24 больных (18 девочек и 6 мальчиков) с удвоенной почкой, в том числе односторонних удвоений было 20, а двусторонних 4. Из них у 7 детей, у которых наряду с камнями почки была диагностирована и разделенная почечная лоханка, что служило причиной нарушения уродинамики и образования камней и вторичного гидронефроза. В 13 случаях имело место развитие гидронефроза верхней удвоенной почки при разновидности удвоения, когда разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником – два мочеточника соединяются в один и открываются в мочевой пузырь одним устьем.

Обсуждения полученных результатов. При указанных пороках развития известны многочисленные методы оперативной коррекции. Так, при неполных удвоениях почек и мочеточника, когда развивается гидронефроз или образуется вторичный камень, применяется операция термино-латеральный или латеро-латеральный анастомоз с удалением камней. С целью коррекции указанного порока нами предложен и применен способ улучшения уродинамики. Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. Остро и тупо обнажается задняя поверхность почки и лоханки. Производится санация почки от камней путём пиелолитотомии. После санации с помощью лоханочных крючков задняя стенка лоханки приподнимается, затем рассекается межлоханочная перегородка, разделяющая лоханку на две половины. Производится гемостаз, и накладываются швы на рассеченной перегородке. Лоханка дренируется

двумя тонкими полиэтиленовыми катетерами, один из которых проводится до средней трети мочеточника. Лоханка ушивается непрерывным рассасывающим швом. В забрюшинное пространство на сутки ставится резиновый выпускник. Применение данного метода у 11 больных показало хорошие непосредственные и отдаленные результаты лечения.

При разновидности, когда разделенная почечная лоханка с расщепленным мочеточником – два мочеточника соединяются в один и открываются в мочевой пузырь одним устьем, и у 13 больных с целью коррекции указанного порока нами был предложен и применён атравматический способ улучшения уродинамики. Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. Остро и тупо обнажаются мочеточники. Мобилизуются

удвоенные мочеточники и U-образным разрезом у верхушки фиссуса вскрывается полость фиссуса и мочеточников. После удаления камней производится ушивание стенок обоих мочеточников между собой сзади и спереди отдельно, так чтобы объём фиссуса стал в два раза больше чем до операции. Вновь образующиеся фиссус не препятствует току мочи и уродинамика восстанавливается полностью. Данная операция легко выполнима и является простым способом ликвидации нарушений уродинамики при удвоениях мочеточника.

Выводы. Предлагаемые методы операции, направленные на улучшение уродинамики, легко выполнимы, не представляют трудностей и являются простыми способами ликвидации нарушений уродинамики при неполных удвоениях почек.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПО ЭТАПНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОРОДЕ ИСТАРАВШАН

Машарипов А.Б., Ниёзов М.Н., Орипов А.Ф., Фозилов К.О.

ЦБ г. Истаравшан

Развитие специализированной детской хирургической помощи в городе Истаравшан проходило поэтапно. Первый этап (1972-1984). 1972 г в штате общехирургического отделения было введено должности детского хирурга и в 60 коечном хирургическом отделении ЦРБ и было выделено 35 коек для детей. Амбулаторный приём был организован в поликлинике.

Проведение санитарно-просветительной работы среди населения, консультации больных в отделении ЦРБ увеличивало количество обращений больных детей и к 1982 г количество поступивших детских хирургических больных достигло до 50%, расширилась объём оперативных вмешательств. В 1984г были выписаны 1134 детей, из них 558 оперированы, в детской поликлинике принято 18430 детей. В 1984-1985г штат врачей –детских хирургов был увеличен до 3-х единиц, было выделено 2 сестринский пост.

Второй этап (1985-2001г) после увеличения до 3-х единиц врачебной ставки, наряду с детским хирургом Вайдуллоевым Н.В. приступили к работе Машарипов А.Б., после окончания клинической ординатуры и Фатуллоев Г.Ф., после окончании интернатуры по детской хирургии.

Количество больных детей в стационаре поэтапно увеличивались, сократились перевод тяжелых больных в областной центр детской хирургии, резко увеличилось обращаемость, появилась необ-

ходимость в расширение коечного фонда, который послужил основанием для организации детского хирургического отделения (ДХО) на 60 ткоек, в ноябре 1991г на базе ЦРБ Уратюбе (Истаравшан). Было выделено 5,5 врачебной ставки, что послужило принят на работу врачей детских хирургов: Фафурова К.Б. Ниёзова М.И Орипова А.Ф. и организовали отдельное дежурство в детское хирургическое отделение. За 2 года (1991 по 1993гг) существование отделения проведено лечение 3422 больным. Занятость койки в году колебался от 256 до 320 дней. За 5 последних лет хирургическая активность в отделении увеличивалось до 67%, летальность снизилось до 0,7%.

Третий этап (2002-2019г). В развитии детской хирургической отделении в период независимости Республики Таджикистан огромную роль играла материально –техническая база ЦРБ, и в том числе материально –техническая база самого ДХО.

Благодаря независимости с 2013г детское хирургическое отделение (ДХО) функционирует на новом современном корпусе с современными техническими оснащениями в частности: Дыхательный аппарат RO-6, электрокоагулятор, кардиоманитор, электродерматом, оксигенатор, ректороманоскоп, многофункциональный операционный стол (2).

Последние годы материально-техническая база ЦРБ стала на высоком уровне. Функционируют:

компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, цифровой рентген аппарат, аппараты УЗИ с доплерографией, гастрофиброскоп, необходимые современные оборудования для сбора и анализа различных лабораторных данных.

С 2017 года начал функционировать детское реанимационное отделение в одном здании с детским хирургическим отделением, в связи с чем все виды оперативные вмешательства проводится в ДХО. В частности врожденные патологии у новорожденных, операция на органов грудной полости, брюшной полости, забрюшинного пространства, включая пластические операции на почке и мочевыводящих путях, пластические операции при гипоспадии, свободная кожная пластика при ожогах, ликвидация послеожоговых контрактур. В связи с

чем почти прекратилось направление больных в областной центр, а также вызовов по линии санавиации. С 2018 г. дополнительно в отделении организовали отдельную операционную для проведения циркумцизии, оснащенными современными оборудованиями, в том числе электрокоагулятор.

На ряду с выше указанными в ДХО работают высококвалифицированные детские хирурги и детские анестезиологи – реаниматологи. В настоящий момент отделением возглавляет хирург высшей категории Орипов А.Ф. За 2019 год были выписаны 2093 больные, дети до 1 года 433 (19,7%), проведено 14144 к/дней, который составляет выполнение к/дней на 95,2%. Количество проведенных операций 1631. Оперативная активность составляет 77,9%, общая летальность 2 (0,09%).

ИЗМЕНЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЕ КРОВОТОК ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

³Мирзоев Д.С., ^{1,3}Ибодов Х.И., ^{1,2}Икромов Т.Ш.

¹ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

²ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

³ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Цель работы. Изучить изменение портального кровотока доплерографическое исследование у детей с эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. В клинике проведена импульсная доплерография и цветовое доплеровское картирование сосудов портальной системы у 23 больных эхинококкозом печени. Возраст больных от 1-14 лет. В зависимости от количества эхинококковые кисты были множественными -13 (56,5%), одиночными – 10 (43,5%) В зависимости от объема кисты разделены на гигантский – 7, больших - 3 и средних - 13. По локализации эхинококковые кисты были в VII-7 (30,4%), VI-6 (26,1%), VIII - 6 (26,1%) и II сегментов - 4 (17,4%).

Результаты и их обсуждение. Обнаружены значительные нарушения доплерографических показателей венозного и артериального кровотока выраженные в наибольшей степени у больных с большими (3), гигантскими (7), множественными (13) и осложненными (3) ЭК VI (6) VII (7) VIII (6) II (4) сегментов печени. Анализ характера изменений показателей доплерографии позволил выделить пять типов портального кровотока при эхинококкозе печени: 1) нормокинетический (6 больных) без существенных изменений портального кровотока; 2) гиперкинетический с преимуще-

ственным увеличением параметров линейной скорости кровотока в воротной вене (ВВ) при незначительном нарастании ее диаметра (3 больных); 3) гиперкинетический с преимущественным увеличением диаметра ВВ (4 больных). Конгестивный индекс был увеличен. Объемный кровоток в ВВ возрастал на 0,7% главным образом, за счет ее расширения. Линейная скорость кровотока по ВВ при этом была незначительно сниженной на 0,2% или оставалась неизменной; 4) гипокинетический (6 больных), при котором значительно снижалась линейная скорость кровотока в ВВ без увеличения ее диаметра, что приводило к уменьшению объемного кровотока в ВВ; 5) псевдонормокинетический (4 больных), при котором объемный кровоток в ВВ оставался в нормальных пределах, а конгестивный индекс был значительно повышен; на 112% существенно снижалась линейная скорость кровотока в ВВ на 20% при увеличении ее диаметра.

Первая группа больных зарегистрировано достоверное увеличение диаметра воротной и селезеночной вен, СИ, а также снижение параметров линейной скорости кровотока в воротной вене (V_{max} , V_{min} , $TAMX$), по сравнению со второй и контролем. Показатели объемной скорости кровотока (Q) в воротной вене во всех трех группах достоверно не различались. В то же время Q в се-

лезеночной вене у больных первой и второй групп была достоверно выше, на 30% чем в контроле. Воротно-селезеночный венозный индекс (ВСВИ) был достоверно ниже в первой группе больных, на 10% по сравнению с больными второй группы и контролем. У больных второй группы, по сравнению с контролем, выявлено снижение V_{\max} на 12,3% в воротной вене, а также увеличение CI, на 40,6% диаметра селезеночной вены на 19,6% и Q в селезеночной вене на 29,7%.

Подобная тенденция имела и во второй группе больных, однако в этом случае различия с контрольной группой были недостоверными. Выявлена тенденция к увеличению объемной скорости кровотока от 3% до 7% в общей печеночной артерии у больных первой и второй групп, по сравнению с контролем, однако различия оказались недостоверными. PI и RI в общей печеночной артерии у больных второй группы были достоверно выше, на 13% чем в контроле. Аналогичная тенденция наблюдалась и у больных с одиночным и периферически расположенными ЭК, однако

выявленные различия были недостоверными. В то же время индекс артериальной перфузии (ИАП) у больных ЭК печени был достоверно выше на 36% чем в контроле, что указывает на увеличение доли артериальной перфузии в общем кровоснабжении печени у данной группы больных. При анализе параметров кровотока в селезеночной артерии, нами зарегистрировано достоверное увеличение пульсового индекса (PI) на 34,8% ($p < 0,01$) и индекса резистентности (RI) на 33,1% ($p < 0,01$) у больных второй и третьей группы.

Выводы. 1. У больных эхинококкозом печени отмечается снижение линейной скорости кровотока в воротной вене, незначительное увеличение диаметра селезеночной вены и объемной скорости кровотока в ней.

2. При множественном и осложненном эхинококкозе наблюдается значительная перестройка гемодинамики в венах воротной системы, выражающаяся в увеличении диаметра воротной и селезеночной вен, а также в снижении показателей линейной скорости кровотока в воротной вене.

ДИСБАЛАНС ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И., Исмоилова М.А.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить состояния балансируемости электролитного гомеостаза у новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией.

Материал и методы исследования. Обследовали 50 детей со специфической внутриутробной инфекцией, госпитализированных в отделение патологии новорожденных ГУ НМЦ - «Шахраки Шифобахш». Общее число доношенных детей было 38 (76%), недоношенных детей - 12 (24%). Первую группу составили 20 (40%) доношенных и недоношенных детей с изолированной инфекцией, и вторая группа включала в себя 30 (60%) доношенных и недоношенных детей с сочетанной внутриутробной инфекцией. У всех детей проводились ряд анамнестических и клинико-лабораторных исследований, включая данные анамнеза жизни матери и ребенка, результаты осмотра, оценку физического развития, анализ результатов микробиологических исследований крови, определение маркеров TORCH-инфекций, биохимические показатели сыворотки крови, уровень электролитов в крови, посев крови и кала на микрофлору.

Результаты и их обсуждение. Клиника ВУИ у наблюдаемых больных детей имела разнообразную симптоматику. Наряду с основными клиническими проявлениями у наблюдаемых новорожденных детей имело место сопутствующая инфекционно-воспалительная патология, среди которой преобладали пневмония (71,0%), энтероколит (67,4%), омфалит (58,2%), менингит и менингоэнцефалит (42,7%), везикулостулёз (17,1%), пузырчатка новорожденных (20,3%), пиелонефрит (19,8%) и конъюнктивит (12,5%). В 2 (5%) случаях был обнаружен гепатит. При исследовании крови на TORCH-инфекцию у 50 (100%) исследуемых новорожденных обнаружилось положительные титры (более 1:400) цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), у 30 (69%) - обнаружилось маркеры герпеса, у 14 (35%) - маркеры токсоплазмоза, у 11 (27,5%) пациентов маркеры к хламидийной инфекцией, у 2 (5%) пациентов маркеры к ВИЧ-инфекцией. У 15 (37,5%) новорожденных обнаружилась сочетанная форма ЦМВ + герпес инфекции + хламидии и у 7 (17,5%) наблюдаемых больных

диагностировали ЦМВ + токсоплазмоз + хламидии. Среди возбудителей энтероколита у детей выделяли в большинстве случаев *E. Coli*, *Klebsiella*, *St. Fecalis* и грибы рода *Candida*.

В ходе исследования некоторых электролитов сыворотки крови у детей первой группы с ВУИ выявлено существенное увеличение концентрации ионов Na^+ ($151,4 \pm 4,0$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($143,1 \pm 2,0$; $p \leq 0,05$). Показатели ионов K^+ у наблюдаемых новорожденных первой группы с ВУИ имели тенденцию к уменьшению ($2,9 \pm 0,03$), по сопоставлению с этим же показателем здоровых новорожденных ($4,7 \pm 0,05$; $p < 0,05$). У новорожденных детей первой группы концентрация Ca^+ была заметно выше ($2,8 \pm 0,01$) по сравнению с этими же показателями новорожденных детей контрольной группы ($2,1 \pm 0,06$; $p < 0,05$).

У новорожденных детей второй группы с ВУИ выявлено значительное повышение показателей ионов Na^+ ($154,1 \pm 1,9$; $p > 0,001$) в сыворотке крови, но в то же время наблюдалось существенное снижение концентрации ионов K^+ ($2,4 \pm 0,05$; $p < 0,05$) в сыворотке крови у этой же категории детей. Наряду с этим отмечалась выраженная тенденция к увеличению содержания ионов Ca^+ ($2,9 \pm 0,01$; $p < 0,05$) в сыворотке крови у данной категории детей.

Следует отметить, что ионный состав плазмы крови может отличаться в зависимости от нозологической формы ВУИ, а патологические сдвиги электролитного состава могут усугубить течение заболевания. Выраженные изменения в электролитном составе больше всего отмечаются при наложении сопутствующей инфекционной пато-

логии, что усугубляет дисбаланса электролитного гомеостаза, так как при этом значительно нарушается вхождение и выведение ионов микроэлементов на клеточном уровне.

Кроме этого, при сочетанных форм ВУИ, протекавшие с выраженной респираторной недостаточностью, гипервентиляционным, колитическим и гипертермическим синдромами выявлялась более выраженная гипернатриемия и гиперкальциемия с нарастанием гипокалиемии. Это является подтверждением развития дисбаланса в водно-электролитном обмене, следовательно, и в электролитном гомеостазе.

Выводы. Таким образом, при ВУИ электролитный состав претерпевает определенные нарушения и степень изменения процессов вхождения, и выведения ионов электролитов зависит от нозологических форм ВУИ и тропность возбудителя ВУИ к органам и тканям организма. У детей с изолированной формой ВУИ отмечались значимая гипокалиемия, существенная гипернатриемия с гиперкальциемией, что подтверждают наличие дисбаланса электролитного гомеостаза у новорожденных детей с изолированной формой ВУИ.

При сочетанной формой ВУИ в силу нарастания синдрома дыхательных расстройств, синдрома гипервентиляции, колитического синдрома, гипертермического синдрома и дисметаболических изменений отмечаются глубокие нарушения в электролитном составе крови в виде выраженной гипернатриемии, гиперкальциемии с гипокалиемией, что способствуют ухудшению состояния больных, развитию осложненных форм заболевания и диктуют о необходимости проведения своевременной и адекватной корректирующей терапии.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

Набиева Ш.З., Парсаева В.А.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования: исследования кровообращения головного мозга у детей с детским церебральным параличом и судорожным синдромом.

Материалы и методы исследования. Для выявления состояния кровотока головного мозга было обследовано 15 детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и судорожным синдромом (СС). В качестве сравнения в контрольную группу вошли 17 здоровых детей в возрасте от 2 года до 6 лет. Оценку состояния гемодинамики головного мозга произвели методом транскраниального

мониторинга, аппаратом «Сономед 300» фирмы «Спектрмед» (Россия) с УЗ датчиком 2 МГц.

Всем детям проводилась компьютерная ЭЭГ аппаратом «Нейрон-спектр 3» фирмы «Нейрософт» (Россия). У больных с эпилептическими изменениями на компьютерной ЭЭГ выполнялось анализ с помощью программы BrainLock по выявлению локализации патологической активности.

Результаты и их обсуждение. У 12,8% пациентов была выявлена генерализованная активность на ЭЭГ, у 41,3 пациентов парциальная

в виде единичных и множественных очагов, в большинстве случаев соответствовавших зоне структурных нарушений, выявленных при МРТ или НСГ, среди которых у 20,3% со вторичной генерализацией.

При изучении состоянии кровотока головного мозга по артериям вертебробазилярного и каротидного бассейна и оттока по глубоким венам основания мозга, выяснено что у детей обеих групп выявлены отличия кровотока по венам основания мозга, при этом с возрастанием абсолютных значений венозного кровотока у пациентов с ДЦП.

У 55,3% было отмечено повышение скорости кровотока по глубоким венам при текущих судорогах, а у 41,6% небольшое повышение было выявлено при эпилептиформной активности на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) без проявлений клинических признаков судорожного синдрома. К тому при генерализованных единичных припадках

венозные нарушения были минимальны, наоборот при частых приступах и при эпилептическом синдроме были максимально выражены и превышали норму в 1,5-2 раза. При анализе данных ЭЭГ с помощью программы Brainlok в 85,6% случаев у лиц с эпилептическим синдромом выявлено асимметричное расположение эпиактивности по полушариям и преимущественное поражение лобно-височных отделов мозга, что соответствует зонам ПВЛ.

Выводы. Следовательно, судороги в сочетании с головными болями у детей с ДЦП в раннем возрасте или при нарушении интеллекта, когда они не могут самостоятельно говорить об этом и нет жалоб, а также по данным ТКД о подтверждений церебрососудистых нарушений, следует вместе с противосудорожной терапией провести применение вазоактивных препаратов, в частности действующих на венозный кровоток.

ПРЕИМУЩЕСТВО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

^{1,2}Назаров Х.Н., ²Мусоев Д.С., ²Назаров И.Х., ^{1,2}Ёров У.У., ²Зоиров Н.К.

¹Кафедра хирургии Бохтарского отделения Государственное образовательное учреждение «Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

²Областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар, Таджикистан

Цель исследования. Улучшения методов лечения при диафизарных переломах длинных костей у детей.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 204 пациентов в возрасте от 0 до 15 лет с 309 диафизарными переломами длинных костей, находящихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы им. Б.Вохидова республики Таджикистан в период с 2006 по 2019 годы.

Для оптимизации анализа результатов лечения все пациенты были распределены на три группы в зависимости от вариантов лечения. В настоящем исследовании первую группу пациентов составили пациенты обоего пола со скелетной травмой с 51 переломах, которым проводилась консервативное лечение - закрытая репозиция + гипсовая иммобилизация, вторую группу составили пострадавших с 64 переломах, лечение которых тоже консервативное - закрытая репозиция + скелетного вытяжения и третью группу составили пациенты с 195 переломах, которым применено оперативное

лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты данного исследования мы проанализировали по следующим критериям: длительность стационарного лечения пациентов с рассматриваемой патологией, сроки консолидации перелома, сроки начала проведения функциональной реабилитации, а также частота осложнений.

Так, сроки стационарного лечения больных с переломами, леченными оперативным путем значительно меньше, а именно: костей предплечья на 1,5 недели, плечевой кости – на 2 недели, костей голени – от 1 до 2,5 недель, бедренной кости – от 1,5 до 2,5 недель.

Проведенный анализ основных результатов лечения рассматриваемой патологии позволяет утверждать, что при прочих равных условиях способ лечения (консервативно или оперативно) практически не влияет на сроки сращения переломах. Но оперативное лечение (в частности – погружной остеосинтез) позволяет создать наиболее оптимальные условия для консолидации. К этим условиям мы относим точную анатомическую

репозицию и стабильную фиксацию отломков. Причем именно стабильная фиксация отломков позволяет в максимально ранние сроки проводить раннюю функциональную реабилитацию пациента.

При оперативном методе лечения функциональная реабилитация пациента возможна, в среднем, на 2-3 недели раньше, чем при консервативном варианте лечения. Это, в свою очередь, позволяет снизить частоту осложнений (постиммобилизационные контрактуры, пролежни, гипо-

статическая пневмония, гипотрофия мягких тканей и др.) и улучшить качество жизни пациентов. Частота консолидации переломов достоверно не отличается при консервативном и оперативном методах лечения.

Выводы. При оперативном методе лечения детей с переломами длинных костей качество жизни ребенка лучше, чем при консервативном. Отдаленные результаты оперативного лечения диафизарных переломов длинных костей у детей и подростков в 94,5% были положительные.

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЕ ДЕРИНАТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

^{1,3}Назаров Х.Н., ²Линник С.А., ³Мирзоев Р.Р., ³Назаров И.Х..

¹Кафедра хирургии Бохтарского отделения Государственное образовательное учреждение «Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

²Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Севера – Западный Государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» (ГОУВПО СЗГМУ), г. Санкт – Петербург, Российская Федерация

³Областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар, Таджикистан

Цель. Изучение преимущество дерината при лечение больных с хроническими остеомиелитами.

Материал и методы исследования. Нами проведено клиническое наблюдение и лечение 106 больных с хроническим остеомиелитом возникшим после лечения сочетанных и множественных травмах нижних конечностей (СиМТНК). Контрольную группу составили 41 больных, которые лечились по общепринятой методике с 2006 по 2010 гг. в многопрофильной областной клинической больнице (ОКБ) города Бохтар имени Б.Вохидова республика Таджикистан. В основную группу вошли 65 больных, из них 52 пострадавших лечились в отделении гнойной остеологии клиники травматологии и ортопедии ГОУВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава РФ города Санкт-Петербург и 13 - в многопрофильной ОКБ города Бохтар имени Б.Вохидова республика Таджикистан с 2010 по 2019 гг. Больным основной группы применялось комплексное лечение, включающее радикальную хирургическую обработку очага остеомиелита (РХООО), антибактериальную, иммуномодулирующую (деринат) терапию. В обеих группах больные были приблизительно равны по возрастному, половому составу, тяжести травмы, сопутствующей патологии, локализации и распространенности гнойного процесса.

Результаты и их обсуждение. До операции содержание лимфоцитов в обеих группах достоверно не отличались между собой, поэтому данные объединены. Обнаружено, что у больных с хроническими остеомиелитами при поступлении в стационар определялась лимфопения и достоверное снижение относительного содержания CD3-экспрессирующих Т-лимфоцитов ($36,2 \pm 1,78$ при норме $51,22 \pm 1,14$). Абсолютное количество Т-лимфоцитов приближается к показателям нормы, поскольку общее количество лимфоцитов у больных хроническими остеомиелитами достоверно не изменяется. На 7 сутки отмечается достоверное повышение уровня CD3(+) -лимфоцитов у больных основной группе ($42,18 \pm 1,47$) по сравнению с больными контрольной группы ($37,54 \pm 1,56$).

На 14 сутки определяется повышение CD(+) -лимфоцитов основной группе ($42,51 \pm 1,74$). Через месяц, перед выпиской также достоверно наблюдается повышение уровня CD(+) лимфоцитов по сравнению с контрольной группой, но остается сниженной по сравнению в нормой. Это может объяснить, что при хроническом остеомиелите заболевание носит хронический характер с явлениями эндогенной интоксикацией. При оценке субпопуляционного состава Т-лимфоцитов при хроническом остеомиелите определяется его из-

менения, имеющий характер стимуляции. Уровень содержания Т-хелперов (CD4(+)-лф) при поступлении больных в стационар выше, чем норма.

Увеличение количества субпопуляций Т-лимфоцитов отражается на величине иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который служит критерием оценки глубины иммунных нарушений при различных патологических процессах. При повышении количества CD8(+)-лф установлена депрессия ИРИ. Данное изменение количества Т-лф и основных регуляторных субпопуляций данных клеток характерна для стадии развернутой картины инфекционно-воспалительного процесса (Миронов С.О. с соавт., 2007) и говорит о наличии прогностический неблагоприятной выраженной иммунной недостаточности. При анализе CD4 лимфоцитов на 7 сутки определяется снижение лимфоцитов в основной группе ($0,76 \pm 0,031$) (с применением дерината) по сравнению с контрольной группой.

В дальнейшем уровень CD4-лф возрастал на 14 сутки после операции и нормализовался перед выпиской. Также после введения дерината в первые сутки после операции определялось достоверное снижение CD8(+)-лимфоцитов и наиболее близки данные были к норме, перед выпиской показатели также были ниже, чем в контрольной группе, где показатели на протяжении всего лечения оказались незначительно снижены по сравнению с исходными.

Выводы. Таким образом, использование в лечение препарата деринат приводит к нормализации величин CD4/CD8. Это свидетельствует о эффекте действия комплекса противовоспалительных цитокинов на пролиферацию, дифференцировку и функциональную активность иммунорегуляторных Т-хелперов первого порядка и приводит к выведению организма больных из состояния приобретенной иммунной недостаточности.

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ

Одинаев М.Ш., Махкамова Х. О., Собирова Г.М., Нигмонов Д.М.

Комплекс здоровья "Истиклол" отделение торакально-сосудистой хирургии г. Душанбе

Цель исследования. Оптимизировать хирургическую тактику при лечении врожденной мышечной кривошеи.

Материал и методы исследования. В отделении торакально-сосудистой хирургии комплекса здоровья "Истиклол" г. Душанбе были госпитализированы 11 больных разных возрастных групп (от 7 лет до 18 лет) с врожденной патологией мягких тканей шеи в период с 2003 по 2020 год.

Из них мальчики – 7 (63,3%), девочки - 4 (36,4%). У 6 (54,6%) пациентов наблюдалась левосторонняя кривошея, у 4 (36,4%) - правосторонняя. Рецидивная кривошея отмечалась у 1 (9%) пациента. Все больные поступили в плановом порядке из отдаленных районов нашего государства, где наблюдается отсутствие таких специалистов, как пластические хирурги или микрохирурги.

Всем больным, которые были оперированы с врожденной мышечной кривошеей удалось полностью устранить кривошею путем удлинения пораженной мышцы. По степени тяжести больные соответствовали средней степени тяжести, без изменения со стороны позвоночного столба. При поступлении в стационар со стороны внутренних органов без особенностей. Больным было

произведено общеклиническое и биохимическое обследование, доплерография сосудов шеи и рентгенография шейного отдела позвоночника. Также пациенты были осмотрены специалистами узкого профиля, такими как педиатр и невропатолог. Все больные были оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Благодаря двойному типу кровоснабжения укороченной мышцы из ветвей наружной сонной артерии, удалось произвести лестничное удлинение укороченной мышцы до 5 см, без нарушения кровоснабжения данной мышцы. После пересечения и удлинения мышцы кривошея была полностью устранена и мышца восстановлена «бок в бок» атравматической нитью 6/0.

У пациента с рецидивной кривошеей во время операции было установлено наличие неполного пересечения ножки указанной мышцы. Данному больному, также было произведено лестничное удлинение мышцы. В послеоперационном периоде все больные получили антибактериальную и обезболивающую терапию. Всем пациентам было рекомендовано ношение мягкой повязки в области шеи по типу воротника Шанца. Послеоперационное течение ран гладкое, заживление ран по пер-

вичному типу. Больные были выписаны домой с рекомендациями активной и пассивной разработки шеи. Оперированные больные наблюдались в течение 5 лет после операции. Кривошея полностью устранена.

Выводы. Таким образом, предложенный

способ операции создает условие для полного устранения мышечной кривошеи, профилактики рецидивной кривошеи и кроме того, сохраняет архитектуру шеи с хорошими ближайшими и отдаленными функциональными и эстетическими результатами.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

*Орипов А.Ф., Машаринов А. Б., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш.
ЦБ. г. Истаравшан*

Цель работы: Улучшение результатов диагностики и лечение детей с травмой живота и забрюшинного пространства.

Материалы и методы исследования: За 2015г по 2019г нами наблюдались 59 детей с травмой живота и забрюшинного пространства.

Из них: Городские 11 (18,6%), сельские 48 (81,3%), Мальчики 45 (76,2%) девочки 14 (23,7%). Механизм травмы: падение с высоты 28 (47,4%), дорожно-транспортное происшествие 19 (32,2%), травмы тупыми предметами 10 (16,9%), проникающее ранение острыми предметами 2 (3,3%).

Все дети обследованы по схеме включающей УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки. В тех случаях, когда диагностика была затруднена, больные обследованы методом лапароцентеза и применялись контрастные рентгенологические методы, цистография, экскреторная урография. УЗИ проводилось 38 больным, рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки 31 больным, лапаротомия 12 больным, рентгеноконтрастные исследования 5 больным,

Результаты и их обсуждение. Показанием к хирургическому вмешательству явились: нестабильная гемодинамика, снижение артериального давления, наличие по данным УЗИ свободной жидкости брюшной полости, увеличение размером гематомы селезенки или печени по данным УЗИ в диагностике через 3 часа. Рентгенодиагностика основано на косвенных признаках повреждения органов брюшной полости, обнаружение в ней свободного газа между диафрагмой и печенью при вертикальном положении больного, либо при тяжелом состоянии ребёнка в положение лёжа (в латеропозиции), под боковым стенкой живота являются

достоверными признаками повреждение полого органа и абсолютным показанием к операции. При необходимости кроме обзорной рентгенографии органов брюшной полости, следует применять рентгеноконтрастные методы-цистографию, экскреторную урографию, лапароцентез.

По нашим данным экстренное оперативное вмешательство потребовалось 19 (32,2%) больным. Чаще повреждались полые органы 11 (57,8%), повреждение селезенки 2 (10,5%), повреждение печени 2 (10,5%), повреждение поджелудочной железы 3 (15,7%), с сочетанной травмой оперировали 2 (10,5%), летальные исходы после операций не наблюдалось.

Характер и объем операции: резекция тонкого кишечника с анастомозом конец в конец – 5, ушивание раны тонкого кишечника – 4, ушивание раны тонкого и толстого кишечника, цекостомия – 2, лапаротомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства при травмах поджелудочной железы – 3, спленектомия – 1, ушивание раны печени – 2, лапаротомия, ревизия органов брюшной полости с дренированием брюшной полости -2, реинфузия проводилось 3 больным.

Всем больным с политравмой были проведены противошоковые мероприятия одновременно с оперативным вмешательством. У этих больных сочеталось ЗЧМТ (закрытая черепно-мозговая травма), травмой грудной клетки и переломи костей.

Выводы: Традиционные объективные методы обследования, определение характер травмы, УЗИ, рентгенологические данные, лапароцентез позволяет уточнить диагноз и оказать своевременную помощь и произвести противошоковых мероприятий, одновременное оперативное вмешательство больным с политравмами.

АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

*Орипов А.Ф., Машарипов А.Б., Ниёзов М.Н., Муллоджонов А.Г.,
Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш., Фозилов К.
ДХО ЦБ г. Истаравшан*

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения детей с термическими травмами, у лиц с послеожоговыми контрактурами и деформациями появляются чувство неполноценности среди общества.

Материалы и методы исследования: за 2015-2019г в ДХО ЦБ г. Истаравшан поступили с термическим ожогом 498 детей. Из них: Городские 110 (22,6%), сельские 388 (77,94%) мальчики 301 (60,4%), девочки 197 (27,5%) Причина ожога: кипеток 320 (64,2%) горячий суп 43 (8,6%), ожог пламенем 16 (3,2%), сандалный ожог 52 (10,4%), золью 10 (2%); электроожог 7 (1,4%), химический ожог 50 (10,0%). Состояние при поступлении: тяжелое 248 (49,8%), крайне тяжелое 10 (2%). Возрастной состав: дети до 1 года 138 (27,7%) до 3 лет 223 (44,7%), от 4 до 7 лет 87 (17,4%), старше 7 лет 50 (10%).

Площадь ожога до 6% 221 (44,3%) от 6 до 10% -113 (22,6%) от 10 до 20%-61 (12,2%) до 40%-28 (4,01%) больше 40%-8 (1,6%)

Из всех обожженных детей подвергались операций 89 детей. 16 больным с глубокими ожогами при поступлении проводилась некрэтомия в виде лампасных радиальных разрезов до здоровых тканей которое служило улучшением кровообращения на дистальных отделах конечностей и раневой поверхности, предупреждало вторичных некрозов и сократилось срок II этапа операции некрэтомия и подготовки раны на аутодермопластику. Некрэтомия проводилась 19 больным. Аутодермопластика свободными кожными лоскутами электродерматомом проводилась 54 больным. У 49 детей пересаженных свободный кожный лоскут зажил после первой пластики, у троих пришлось пересадить частично второй, а у 1 ребёнка с сандалным ожогами грудной, брюшной стенки, половых органов, обеих бедер, голеней и стопы $S \frac{III - AB - IVcm}{35\% (28\%)}$, ин-

декс тяжести поражения являлся неблагоприятным прогнозом для жизни ребёнка, 1 раз произведено некрэтомия, 2 раза было проведено некрэтомия и поэтапно 4 раза была проведена аутодермопластика свободными кожными лоскутами электродерматомом после предварительную перфорацию в шахматном порядке в виде сетки трансплантата, которое было выписано с выздоровлением.

Результаты и их обсуждение: Из 54 проведенных пластических операций полный косметический эффект наступил 46 больным. В 4-х случаях на местах пересаженной кожи образовались участки депигментации и келоидные рубцы, контрактуры пальцев и конечностей, которые после неоднократных консервативных лечений направлены в реабилитационных центрах. Одного ребенка направили по желанию родителей в реабилитационный центр г. Новосибирск. Из 498 обожженных детей 215 с момента поступления были госпитализированы в реанимационное отделение и эти больные получили противошоковое лечение по программе формулы индекса Франка. Тяжесть поражения определяется по индексу Франка: -до 30 баллов- 133 (26,7%), - от 31 до 60 балл – 21 (4,2%), - от 61 до 90 балл – 1 (0,25), 91 и больше – 6 (1,2%)

В реанимационное отделение больные находились в среднем 3,72 койкоднев. Общее количество койкоднев составляло 7288 дней, что составляет 14,6 койкоднев на каждого больного в стационар. Летальных исходов было 6, что составляет 1,2%.

Выводы: Таким образом раннее проведенные оперативные вмешательства: некрэтомия, некрэтомия и аутодермопластика в наших наблюдениях значительно сократило сроки пребывания больных в стационар, дала большой процент косметического и эластического восстановления функции и снижения летальных исходов в условиях районной больницы.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ПРОКТОСИГМОИДИТОВ У ДЕТЕЙ

Орипов А.Ф., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш.

ЦБ г. Истаравшан

Цель исследования: Улучшение результатов лечения, дифференцированная тактика дальнейшего ведения больных язвенных проктосигмоидитов в гастроэнтерологических центрах путём раннего выявления, специфического лечения и индивидуального подхода в условиях районной больницы.

Материалы и методы исследования. С 2015г по 2019г под нашим наблюдением находились 40 больных с язвенным проктосигмоидитом. В возрасте до 3 лет было 15-(37,5%), от 3-7 лет 16-(40%) от 7-14 лет 13- (32,5%), старше 14 лет 16-(15%).

Мальчиков -31 (77,5%), девочек- 9 (22,5%). Городские-5 (12,5%), сельские- 35 (87,5%).

Основными жалобами больных при поступлении были выделение крови с калом, боли в животе и продолжительный неустойчивый стул. Ректороманоскопия проводилась всем больным после коротковременной подготовки. У 18 больных обнаружены отдельные язвы различного размера, покрытое налётом, у 10 пациентов слизистая оболочка было отёчная, гиперемирована, ранима, контактно кровоточит, у 7 больных были гиперемия и отёк. У шестеро больных обнаружено кровоточащие полипы прямой кишки, которым одномоментно было произведено полипэктомия.

Схема лечения: Назначалась механически и химически щадящая диета с повышенным содержанием белка, витаминов. Исключали молоко, ограничивали количество клетчатки.

Всем больным назначали специфическое лечение препаратами 5-аминосалициловой кислоты сульфасалазин из расчёта 50-80мг/ кг в сутки в 2 приёма, нормализовали микрофлору кишечника назначением по возрасту эубиотики (лактобактерим, бифидумбактрим, линекс), одновременно

назначили микроклизмы с облепиховым маслом 10-20мг через день, смесь левомецетина 0,25-0,5гр с фурациллином 1:5000 30-50мл. В отдельных случаях 8 больным в зависимости от активности воспалительного процесса назначили микроклизмы с гидрокортизоном 25-100мг на 36-60мл воды 1раз в сутки в течение 7-8 дней и по схеме рег-ос преднизолон 1мг/кг веса с постепенным уменьшением до поддерживающей дозы.

Всем больным назначили комплекс витаминов, перепараты калия, кальция, комплекс микроэлементов, перепараты железа.

Контрольная ректороманоскопия проводилась перед выпиской. Поддерживающие дозы сульфасалазина и преднизолона в дозе уменьшенной вдвое назначалась в течение 3-х месяцев.

Результаты и их обсуждение: Больные выписаны под наблюдением детского хирурга центров здоровья по месту жительства, стойкая ремиссия поддерживалась повторными курсами с перепаратами 5-аминосалициловой кислоты, некоторым гормонам по схеме, назначили комплекс витаминов, препараты калия, кальция, комплекс микроэлементов, перепараты железа, симптоматическим лечением сопутствующих заболеваний. Повторно с обострением заболевания госпитализировано 3 больных(7,5%). Одного больного, который при лечении неудавалось поддерживать стойкую ремиссию, направили в гастроэнтерологический центр.

Выводы: Таким образом ранняя диагностика и рациональное специфическое лечение, дифференцированная тактика дальнейшего ведения больных с язвенными проктосигмоидитами у детей, приводит к уменьшению рецидивов заболевания и ускоряют срок выздоровления.

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДХО ЦБ Г. ИСТАРАВШАН

Орипов А.Ф., Ниёзов М.И., Машарипов А., Кушоев Д.Н., Муллоджонов А.Г.,

Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш.

ЦБ г. Истаравшан

Цель исследования. Показать тактику ведения больных с термическими поражениями разного характера и разной степени тяжести у разных возрастных групп, своевременное оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии при

ожоговой болезни.

Материалы и методы исследования. За 2015-2019 гг. В ДХО ЦБ г. Истаравшан проведено лечение 498 больным с ожогами разной степени. Мальчиков было 301 (60,4%), девочек 197 (39,6%),

городских 110 (22%), сельских 388 (78%). Возрастной состав больных: До 1 года 138 (27,7%), до 3-х лет 223 (44,78%), 4-7 лет 87 (17,46%), с 7 лет и старше 50 (10%). По площади: До 6% 221 (50,1%), до 10% 123 (27,9%), до 20% 61 (13,83%), до 40% 28 (6,34%), 40% и выше 8 (1,81). Причины ожогов: ожоги кипяченной водой – 320 (64,2%), сандальные ожоги 52 (10,44%), горячим супом 43 (8,7%), горячей золой 10 (2%), ожог пламенем 16 (3,2%), электроожог 7 (1,4%), химические ожоги 50 (10%).

Результаты и их обсуждение. Лечение ожогов зависело от площади и глубины ожога. При ожогах до 5% поверхности тела назначали местное лечение.

При наличии ожогового шока лечебные мероприятия проводились комплексно, т.е. противошоковые мероприятия, общее лечение и местное лечение ожоговой раны.

Противошоковую терапию начинали сразу после поступления в отделение. Она состоит из нескольких компонентов:

а) обезболивание (анальгин+димерол, промедол, ГОМК, диазепам), при необходимости-внутривенный наркоз.

б) инфузионная терапия, которая зависит от тяжести ожогового шока, объем инфузии и трансфузии вычисляем по формуле индекса Франка, массы тела ребёнка и суточной потребности в жидкости.

Соотношение коллоидов и кристаллоидов и безсолевых растворов зависело от тяжести ожогового шока. Из общего объёма жидкости 50% вводили в первые 8 часов, оставшиеся 50% в последующие 16 часов.

При ожоговом шоке тяжелой степени 50% из рассчитанных коллоидов вводили в виде натуральных белков (альбумин 85 больным, нативная плазма 10 больным, эрмасса 11 больным). Инфузионную терапию начинали с введения коллоидных растворов (полиглюкин, реополиглюкин). В комплексном лечении мы применяли сердечные гликозиды, кортикостероиды, гепарин, ингибиторы протеаз, оксигенотерапию, при необходимости, в конце осмотические диуретики. Антибиотики назначались с первых часов в сочетании с

иммунностимуляторами. С целью предупреждения стрессовых язв использовали ингибиторы протонной помпы (омепразол) и зондированное питание. С целью ингибирования агрегации эритроцитов и тромбоцитов, предупреждение вторичных т.е. ишемических некрозов и углубление ран к лечению добавили пентоксифиллин и антикоагулянты.

Местное лечение ожоговых больных заключалось в наложении влажно-высыхающей повязки а также в предупреждение инфицирования ожоговых ран. Мы применяли мази на водорастворимой основе, которые обеспечивают дополнительное всасывание ожогового отделяемого, усиливают действие антибиотиков, входящих в состав мази. К таким мазям относится левомиколь. При поражении кистей и суставной поверхности конечности с целью предотвращения контрактур наложили различные виды заводских и самодельных конструкций (гипсовые, фанерные и скелетные вытяжения), спицы Киршнера.

Некротомию проводили 16 больным с циркулярными порождениями конечностей, грудной клетки и брюшной стенки. В основном некротомию проводили сразу после поступления, во время первой перевязки под общим обезболиванием. Некротомию проводили 19 больным с 9-х по 17-е сутки с момента получения ожога.

Из 441 больных с ожоговой болезнью 54 больным проведена операция аутодермопластика свободным кожным лоскутом при помощи аппарат электродерматом. В 4-х случаях на местах пересаженной кожи образовались участки депигментации и келоидные рубцы, контрактуры пальцев и конечностей, которые после неоднократных консервативных лечений направлены в реабилитационных центрах.

Летальных исходов было 6 (1,2%), у всех больных индекс Франка было от 90 до 320 ед., который является травмой несовместимой к жизни.

Выводы. Таким образом при своевременном оказании квалифицированной помощи детям с ожогами в условиях районной больницы летальность можно снизить до очень низких цифр, улучшить качество жизни пострадавшего и сохранить трудоспособность в последующей жизни.

ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

*Орипов А.Ф., Машаринов А.Б., Ниёзов М.И., Муллоджонов А.Г., Облокулов Х.Б., Хошимов Ш.Ш.
ЦБ г. Истаравшан*

Цель работы. Показать эффективность одноэтапного оперативного лечения и послеоперационной гормонотерапии при некоторых формах крипторхизма.

Материалы и методы. За 2015 по 2019 гг. в ДХО г. Истаравшан находились на лечение 327 больных с крипторхизмом. Состав больных по возрасту: до 3-х лет 83 (25,4%), 4-7 лет – 128 (39,1%), 8-10 лет 66 (20,2%), 11-14 лет 36 (11%), старше 14 лет – 14 (4,3%).

Односторонний крипторхизм было у 281 (86%) - из них: левосторонний 141 (43%), правосторонний 140 (42,8%), двухсторонний у 46 (14,1%) больных. Гипоплазия яичек отмечалась у 29 (8,9%), у 15 (4,5%) больных гипоплазия отмечалась с обеих сторон. Из всех больных у 7 (2,1%) диагностирована брюшная форма крипторхизма. Аплазия яичка отмечалась у 5 (1,5%) больных, которая произведена удаление рудимента. Все больные поступали после консультации эндокринолога, после амбулаторного ультразвукового исследования яичек, двухсторонний крипторхизм, после проведения курса гормонотерапии и витаминотерапии.

Результаты и их обсуждение. Произведено 378 операций из них по способу Торако-Герцена всего 2 (1,84%), Петровальского-Шумахера – 313 (82,8%) и Соколова 63 (16,6%). До 2012 года в основном операции проводили по способу Торако Герцена. С 2012 года в основном проводятся по

способу Соколова и Петровальского-Шумахера. Суть метода заключается в низведение яичек без нарушения оболочек в первом способе, и низведение яичек без нарушения оболочек за пределы мясистой оболочки путём дополнительного разреза на дне мошонки и создания ложи под кожей мошонки, при короткой ножке и гипоплазированной мошонки метод дополняется фиксацией яичек к бедре гипсовой повязкой.

С 2015 по 2019 гг. рецидивов не наблюдалось. Сроки пребывания больных снизилось до 6,8 койка дней. Всем больным, у которых отмечалось гипоплазия яичек после операции производили курс гормонотерапии хорионическим гонадотропином путём введение в область семенного канатика и находились под наблюдением эндокринолога и детского хирурга в медицинских центрах. Из 44 больных с гипоплазией яичек, которые получили гормонотерапию и находились под наблюдением эндокринолога и детского хирурга снято выздоровлением с диспанерного учета и передано семейным врачам по месту жительства. А 20 детей с гипоплазией яичек находятся под наблюдением эндокринолога и детского хирурга в медицинских центрах.

Выводы. Применение одноэтапного оперативного вмешательства и курса гормонотерапии после операции является эффективным как в плане результатов лечение, так и в плане уменьшение пребывания больных в стационаре.

ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Сироджзода М.С., Наджмидинов Н.С. Рахимов А.Т.
Кафедра травматологии и ортопедии Государственного образовательного учреждения
«Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»*

Целью исследования является сравнительный анализ результатов лечения пациентов по технологии артропластики после переломов проксимального конца бедренной кости.

Материал и методы исследования. В исследование включены 69 больных с переломами шейки бедренной кости, мужчины составили 28 (40,6%), женщин – 41 (59,4%). Средний возраст

составил 64 (от 49 до 83 года).

Для определения эффективности разрабатываемых способов диагностики и лечения повреждения проксимального конца бедренной кости больных разделили на 2 группы.

В первую основную группу вошли 37 (53,6%) больных, которым была произведена первичная артропластика тазобедренного сустава в раннем

посттравматическом периоде. Во вторую контрольную группу включено 32 (46,4%) больных, у которых лечение переломов проксимального конца бедренной кости проведено традиционно (путем остеосинтез винтами, пластиной и др.).

Оперативное вмешательство больным проводилось на 3-и – 7-е сутки посттравматического периода, в указанные промежутки времени проводились диагностические методы исследования, оценка соматического состояния, предоперационное планирование больного и подбор имплантата.

Для оценки эффективности способов диагностики повреждения, профилактики осложнений и лечения переломов бедренной кости произведена рандомизация и сравнение полученных результатов основной и контрольной группы больных с переломами проксимального конца бедренной кости, статистически сравниваемым по возрасту, тяжести основной и сопутствующей патологии и другим необходимым критериям исследования.

Критерием включения было проведение артропластики тазобедренного сустава, с клинической и рентгенологической картиной. Функции тазобедренного сустава в послеоперационном периоде оценено по системы оценки Харриса (1969).

Результаты и их обсуждение. Лечение переломов шейки бедра в контрольной группе заключалось в проведении внесуставного остеосинтеза конъюгированными шурупами, динамическим бедренным винтом, интрамедуллярный остеосинтез с использованием гамма штифта, а также пластинами разной конструкции. Активизация больных на фоне внесуставного остеосинтеза была возможна, только на 30-35-е сутки с момента операции. В случае негладкого течения раневого процесса и наличие нестабильного остеосинтеза на фоне остеопороза, сроки постельного режима удлиняется.

Показатели качества жизни, такие как физические и психологические параметры, демонстрировали положительную динамику, возврат пациента к полноценной жизни, при этом самооценка па-

циентов сохранялась на низком уровне, что объясняется перенесенной травмой тазобедренного сустава. Высокий риск инвалидизации при данной патологии диктует необходимость использования лечебных технологий, способствующих скорейшему возврату к активной полноценной жизни.

Больных основной группы двигательная активность после артропластики стала возможна на 2-3-е сутки с момента операции. Двигательная активность начинается в пределах постели, предварительно на обе конечности надевают эластичный бинт с целью профилактики тромбоэмболии и венозного застоя, сажаем больного, обе конечности опускается за край кровати. После неоднократной смены положение больного в пределах постели и адаптации к новой послеоперационной жизни, на 2-3-е сутки обучаем больного ходить с помощью костылей с полной нагрузки на оперируемой конечности.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пролежни крестцово-копчикового отдела соответственно - у 3 (4,3%) и 5 (7,2%), гипостатическая пневмония – у 1 (1,4%) и 4 (5,8%), тромбофлебит сосудов голени отмечено у 2 (2,9%) и 4 (5,8%) и венозная недостаточность – у 3 (4,3%) и 6 (8,7%) пациентов.

В отдаленном периоде отмечено: дегенеративно-дистрофические процессы - у 8 (11,6%), деформация и неустойчивость конечности – у 5 (7,2%), ложные суставы – у 5 (7,2%) пациентов контрольной группы. У основной группы в 1 (1,4%) случае имел место боли в области тазобедренного сустава при физической нагрузке.

Заключение. Первичная артропластика тазобедренного сустава при переломах проксимального конца бедренной кости является методом выбора в раннем посттравматическом периоде, восстанавливает биомеханику конечности, минимизирует осложнений связанной с гиподинамией, эффективно влияет на выздоровление и трудоспособности пострадавшего.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ДЕТЕЙ ВИРУСОМ TORQUE TENO

Решетняк В.И.¹, Маев И.В.¹, Бурмистров А.И.¹, Чекмазов И.А.², Карлович Т.И.²

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. *Torque Teno Virus* (TTV) был открыт японскими исследователями в 1997 году у пациента с острым посттрансфузионным гепатитом

неизвестной этиологии. По мере изучения TTV происходила смена взглядов о роли вируса для человека: от представлений о возможной гепа-

тотропности до эндогенного маркера иммунного статуса.

Цель. Представить анализ данных литературы об инфицированности детей и эволюции взглядов о роли TTV в развитии патологии у человека.

Основные положения. TTV относится к роду *Circoviridae*, семейство *Anelloviridae*. После выявления оригинального вируса ТТ были открыты другие его изоляты: torque teno virus (TTV), torque teno mini virus (TTMV) и torque teno midi virus (TTMDV), обладающие значительной вариабельностью генома. ТТ-вирусные частицы имеют сферическую форму, лишены капсида; ДНК вируса является одноцепочечной, кольцевидной, с отрицательной полярностью. Распространённость вируса в популяции высокая: ДНК TTV обнаруживается у 46-100% здорового населения. Данные, полученные Учайкиным и соавт., свидетельствуют о высокой частоте обнаружения анелловирусов у детей в возрасте от 8 месяцев до 16 лет. Было показано, что у здоровых детей, частота идентификации TTV достигает 94%, у больных гепатитом неустановленной этиологии таковая составляла 82,5%, у больных гепатитом А, а также хроническими гепатитами В и С – равнялась 100%. Почти у всех условно здоровых детей в крови циркулировали все три ТТ-вируса: TTV, TTMDV, TTMV. По данным литературы прямой связи между обнаружением ТТ-вирусов (TTV, TTMDV, TTMV) с поражением печени не прослеживается. Обращает внимание, что 77% были дети раннего возраста – от 8 месяцев жизни до 1,5 лет. По данным Gerner и соавт. вирусный геном был обнаружен в сыворотке крови у 57 (41.3%) из 138 обследованных беременных женщин и у 19 (13.8%) из 138 детей в крови из пупочной вены.

TTV имеет несколько путей передачи: фекально-оральный, парентеральный, половой, вертикальный. Последний предполагает возможность передачи инфекции от матери к плоду во время беременности, а также в период кормления ребенка грудным молоком. По данным Schroter et al., серопозитивными по TTV оказались 99% детей, рожденных от инфицированных матерей. Не исключается возможность и постнатального пути передачи инфекции в связи с выявлением ДНК вируса в молоке кормящих матерей. Процент выявления ДНК TTV у детей на грудном вскармливании значительно повышался при удлинении периода кормления. Имеются данные о

динамике персистенции TTV в течение первого года жизни ребенка, которое предполагает, что вирусная нагрузка увеличивается в течение первого года жизни, достигая плато через 6 месяцев [Tyschik et al.]. Средний показатель инфицированности фекалий детей первого года жизни, не получавших трансфузий, по данным Lin et al., составил 22.4%.

Вопрос тропизма вируса вплоть до настоящего времени остаётся до конца нераскрытым. Первоначальная парадигма потенциальной гепатотропности TTV претерпела значительные изменения. Установлено, что репликация TTV может происходить в печени, костном мозге, легких, лимфоидной ткани, в мононуклеарах крови. Kosulin et al. высказали предположение, что гранулоциты являются основным местом репликации TTV у детей после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Из-за невозможности связать персистенцию вируса с развитием конкретной органной патологии, многие авторы называют вирус непатогенным и причисляют его к одному из представителей человеческого вирома. Имеющиеся данные о «вездесущности» вируса, вариативности его существования в организме человека показывают его политропизм, а также опровергают возможность отнесения TTV исключительно к вирусам гепатита. Reza Hosseini et al. считают, что TTV редко вызывает заболевание у здоровых лиц. Рядом исследователей было установлено, что уровень вирусной нагрузки напрямую коррелирует с интенсивностью иммуносупрессивной терапии и является косвенным показателем возможности развития реакции отторжения трансплантата. Поэтому они предлагают использовать вирусную нагрузку TTV в качестве эндогенного маркера иммунного статуса человека.

Заключение. Высокая распространенность вируса ТТ в человеческой популяции указывает на его персистенцию в организме в качестве в качестве одного из представителей вирома и непатогенного вируса. Приобретение анелловирусов уже в раннем возрасте косвенно указывает на вероятность различных путей инфицирования детей этими агентами. В последние годы на первый план выходит рассмотрение TTV в качестве эндогенного маркера иммунного статуса организма и использование уровня TTV в плазме крови в качестве предиктора развития реакции отторжения трансплантата.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПУТЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

^{1,2}Сагымбаева А.А., ²Ахпаров Н.Н., ²Абекенов Б.Д., ³Турсунов К.

¹НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

²АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы, Республика Казахстан

³АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: ретроспективный анализ диагностики и результатов лечения уролитиаза у детей с применением математического моделирования.

Материалы и методы исследования. В «Научном центре педиатрии и детской хирургии» г.Алматы в период 2014-2019гг. на стационарном лечении по поводу мочекаменной болезни находились 158 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Из них мальчики – 99 (63%), девочки – 59 (37%).

За последние 3 года отмечен интенсивный рост обращаемости детей с уролитиазом в стационар (2014 год – 12 детей, 2015 год – 13 детей, 2016 год – 24, 2017 год – 35, 2018 год – 30, 2019 год - 31 детей). В большинстве случаев, поступившие – дети школьного возраста (7 – 14 лет.) Частота встречаемости по локализации: камни почки - 130 (82,3%), камни мочеточника - 26 (16.5%), комбинированная локализация камней почки и мочеточника – 1 (0,6%), камень мочевого пузыря – 1 (0,6%). Средний размер конкрементов 5,7 мм, самый крупный - коралловидный камень лоханки 28 мм.

Всем пациентам проводились клинико-лабораторные обследования. Ведущими для диагностики мочекаменной болезни являлись: ультразвуковое исследование мочевыводящей системы, экскреторная урография, компьютерная томография почек и мочевого пузыря, определение уреазной активности мочи, скорости кристаллообразования в моче, минералогический анализ конкремента.

Для математического анализа эффективности консервативного и хирургического лечения использованы методы математического моделиро-

вания на основе data mining, как нечеткая логика принятия решения, теория множеств, экспертная оценка.

На этапе планирования операции использовалось 3D-компьютерное моделирование, данная методика эффективна при коралловидных и множественных камнях, внутрипочечном типе лоханки.

Результаты и их обсуждение. Из пролеченных 158 детей, консервативная (литолитическая) монотерапия проводилась 21 (13%) пациентам, цистоскопия со стентированием мочеточника 24 (15%), эндоскопическая элиминация конкремента (уретероскопическая литоэкстракция) – 22 (14%), лапароскопическая уретеролитотомия – 3 (2%), лапароскопическая нефрэктомия – 4 (3%), открытое хирургическое лечение – 84 (53%). Из 84 открытых операций: пиелолитотомия – 57 (68%), нефролитотомия – 3 (4%), уретерокаликостомия – 1 (1%), уретеролитотомия – 18 (21%), пиелоретеролитотомия – 1 (1%), цистолитотомия – 1 (1%), нефрэктомия – 3 (4%). Для описания послеоперационных осложнений проводилась оценка системы Clavien-Dindo.

Выводы. Таким образом, наши результаты лечения мочекаменной болезни у детей свидетельствуют о том, что при изменении лабораторных анализов мочи и появлении клинических признаков, необходимо использовать комплекс исследований. Сравнительный анализ полученных результатов позволяет определить эффективность и результативность в выборе тактики лечения уролитиаза. Своевременная диагностика и правильный выбор хирургического лечения предотвращает риск развития различных осложнений.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА “А” У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ В ПЕРИОД СЕЗОННОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Саидмурадова Г.М., Ходжаева Н.М., Джонибеки Р.И.

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан

Целью работы явилось изучение клинического течения вирусного гепатита “А” у детей

разных возрастов в период сезонного подъема заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось - 160 детей с диагнозом вирусный гепатит «А» (ВГА), госпитализированных за сентябрь–октябрь месяцы 2019 года в городскую детскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе. Среди госпитализированных детей с ВГА детей до 3-х лет было 83 (51,8%), от 3 до 6 лет - 58 (36,1%), от 7 до 18 лет – 29 (18,1%). Диагноз ВГА верифицирован на основании клинико-эпидемиологических данных, биохимических анализов крови, наличия антител к ВГА (анти-HAV IgM), определяемых иммуноферментным методом (ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение. У всех детей с ВГА отмечалось острое начало болезни с симптомами интоксикации, вялостью, отсутствием аппетита, головными болями. Фебрильная лихорадка до 38-39°C отмечена у всех, субфебрилитет у 25 (62,5%) детей младшего возраста, соответственно у 15 (51,7%) и 14 (48,3%) детей старшего возраста. У всех детей лихорадочный период продолжался до 6 до 9 дней ($7,8 \pm 0,9$), а преджелтушный период от 4 до 8 дней ($5,5 \pm 1,2$, $p < 0,05$). У всех детей симптомы интоксикации присоединились на 2-4 день от начала болезни ($3,3 \pm 0,5$ дней), с продолжительностью от 4 до 6 дней ($5,2 \pm 0,7$ дней). Дисфункция кишечника чаще выявлена у детей младшего возраста 35 (87,5%), чем у детей старшего возраста 18 (62,1%), катаральные симптомы в зеве отмечены у большинства детей старшего возраста 18 (62,1%), чем у детей младшего возраста 18 (45%). Увеличение

размеров печени на 2-5 день заболевания выявлено у 39 (55,5%) детей, что настораживало в отношении вирусного гепатита. В желтушном периоде у всех детей младшего возраста отмечено улучшение самочувствия у 14 (48,3%) детей старшего возраста симптомы интоксикации держались. В этом периоде болезни размеры печени были увеличенными до 4-6 см из-под края реберной дуги, консистенция печени была эластичной, безболезненной при пальпации. Спленомегалия у наблюдаемых нами больных выявлена в 18 (26%) случаях. Желтушность кожи и слизистых у всех детей сохранялась в среднем от 5 до 7 ($6,9 \pm 0,4$ дней). Биохимические сдвиги у большинства 43 (71%) детей составили – $78,4 \pm 6,9$ мкм.ч/л ($p < 0,05$), а гиперферментемия до $3,6 \pm 1,3$ ммл. ч/л. Все дети с ВГА были выписаны из стационара после улучшения общего состояния, исчезновения желтушности кожи склер и нормализации биохимических показателей крови.

Выводы. Таким образом, в период сезонного подъема заболевания по ВГА, клиническое течение у детей разных возрастов имело свои особенности. Дисфункция кишечника чаще (87,5%) выявлена у детей младшего возраста, чем у детей старшего возраста (62,1%), а катаральные симптомы в зеве отмечены у большинства детей старшего возраста (62,1%), чем у детей младшего возраста 45%. В желтушном периоде у всех детей младшего возраста отмечено улучшение самочувствия, у 14 (48,3%) детей старшего возраста симптомы интоксикации продолжались.

ОРИЗАҲОИ ЭНТЕРОКОЛИТҲОИ САБАБАШ СТАФИЛАКОКҲИ ДАР КӮДАКОН

Саидмурадова Г.М., Мамадҷонова Г.С., Рахмонова Г.Қ.

Кафедраи бемориҳои сироятӣи кӯдакони МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши оризаҳои энтероколитҳои сабабаши стафилакоккӣ дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар зери назорат 36 кӯдаки бо аломатҳои диарея, осеби системаи марказии асаб (СМА), норасоии вазнини ғизо, масъунияти паст ва камхунӣ буданд. Муоинаи ташхисгузори микробиологии кишти фазла дар хамаи кӯдакон барангезандаи *S. aureus* ва дар 22 нафари онҳо якҷоя замбурғохоро нишон додааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Аз ҳисоби кӯдакони бистарӣ шуда 26 (72,2%) нафар баъди 1,5-2 моҳи саршавии беморӣ бистарӣ шудаанд ва 22 (61,1%) нафар кӯдак оризаи захролудшавии мағзи сар-

ро доштанд, ки он бо ҳароратбандии то 38,5°C -39,5°C, зиёд гаштани адади задани дил то 180 адад дар як дақиқа, брадикардиҳои аз 90 задан дар як дақиқа поён дар 13 (36,1%) кӯдакон гузашта буд.

Дар 13 (59,1%) кӯдак захролудшавии майнаи сари дараҷаи якум муоина карда шуд. Дар собикаи бемории кӯдакон маълум гаштааст, ки якчанд маротиба муолиҷаи хусусиро дар беморхонаи кӯдакони қабул кардаанд ва дар зери назорати табиби асабшиноси кӯдакони мебошанд. Аломатҳои менигеалӣ дар 8 (36,3%) кӯдак, бо саҳтшавии мушаки пушти гардан дар 5 (22,7%), Керниг дар 3 (13,6%) кӯдак муоина карда шуданд. Ҳамаи кӯдакони биста-

ри гардида хушёр буданд, дар 18 (86,4%) кӯдак рангпаридагии пӯст ҷой дошт. Ба ғайр аз он, дар 14 (63,6%) кӯдак илтиҳоби шушҳо бо аломатҳои норасогии дараҷаи 2, дар 8 (36,4%) кӯдак садмаи захрии сироятӣ муоина карда шуданд.

Дар 7 (31,8%) нафар захролудшавии мағзи сари дараҷаи дуум бо гарангшавӣ, сопор, беҳаракатӣ, ҳароратбаландии доимӣ боло аз 39,5°C, тахикардия ташхисгузорӣ намуда шуд. Дар 7 (31,8%) кӯдак аломати варами мағзи сар, дар 6 (27,3%) нафар ихтилоҷҳо муоина шуданд. Ҳолати шуури кӯдакон вобаста аз рӯи нишондодҳои шкалаи Глазго аз 9 то 12 балл баҳо дода шудааст. Муоинаи маводи ҳароммағзи 3-е кӯдак баланд гардидани сафедаро қариб, ки 2 маротиба, ки якҷоя бо плеотситози нейтрофилӣ то 1300 нишон дод.

Дар давраи терминалии захролудшавии мағзи

сар аломатҳо кабудшавии пахншуда, камҳаракатӣ, гипотонуси мушакҳо бо гипотермияи <36,5°C, ки ба онҳо аз рӯи нишондодҳои шкалаи Глазго паст аз 8 балл баҳо дода шуд 2 (9,1%) нафар кӯдак буданд.

Дар 6 (27,3%) кӯдак аломатҳои садмаи гиповолемиқ ташхисгузорӣ шуд. Муолиҷаи беморӣ ва оризаи онҳо дар кӯдакони бо энтероколлити сабабаш стфилакокки аз рӯи протоколҳои ҷойдошта гузаронида шуд.

Ҳулосаҳо. Ҳамин тавр, дар 61,1% кӯдакони бо энтероколлитҳои сабабабаш стафилакоккӣ беморӣ бештар бо оризаҳои захролудшавии мағзи сар дар нафар, дар 63,6% - илтиҳоби шушҳо бо аломатҳои норасогии вазнини нафаскашӣ дараҷаи дуум, дар 36,4% - садмаи захрии сироятӣ, дар 27,3% кӯдакон садмаи гиповолемиқ гузашт.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Корохонов А.Т.

*Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан*

Цель исследования. Изучить частоту развития осложнений острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка у детей.

Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты лечения 1232 детей, которые были оперированы по поводу острого аппендицита, а также его осложнений. Больные были госпитализированы в клинику детской хирургии, расположенную на базе ГУ НМЦ РТ, за период 2014 - 2019гг.. Возраст детей составлял 1 - 15 лет. В момент оперативного вмешательства атипично расположенный червеобразный отросток обнаружен у 298 (24,2%) детей. У этих больных различные осложнения острого аппендицита в виде перитонитов и абсцессов наблюдались у 95 (32%) больных. В основном, эти больные поступали очень поздно. В сроки от 4-6 суток от начала заболевания поступили 87 (91,5%) больных, позже 6-и суток поступили 8 (8,4%). Ретроцекальное расположение червеобразного отростка установлено в 49 (51,5%) случаях, ретроперитонеальное в 4 (5,3%), тазовое в 34 (36%), подпеченочное в 4 (5,3%), медиальное 3 (3,1%), левостороннее 1 (1,0%).

Результаты и их обсуждение. Анализ наших наблюдений показал прямую зависимость поздних

поступлений больных в стационар. В большинстве случаев (58 (61%)) течение острого аппендицита с атипичным расположением привело к формированию периаппендикулярных абсцессов. Из них 3 (5,2%) больных в начале поступали в инфекционное отделение с высокой интоксикацией и гипертермией. После исключения инфекционных заболеваний больные были переведены в клинику детской хирургии. В одном случае брюшинная флегмона была дренирована из поясничной области справа. В другом случае был установлен синдром Ледда с левосторонним расположением червеобразного отростка. У этого ребенка имел место разлитый свободный гнойный перитонит. Оперативное вмешательство заключалось в аппендэктомии, ликвидации синдрома Ледда, наложение цекостомы, санация и дренирование брюшной полости. Через цекостому производилась интубация тонкой кишки для её декомпрессии и одновременно происходила фиксация толстой кишки, предотвращающая развитие рецидива синдрома Ледда.

Всем 95 (32%) больным лечение складывалось из предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию гемодинамики, декомпрессию кишечника, улучшение микроциркуляции, восполнение объёма циркулирующей крови. Опе-

рациональный период включал в себе срединную лапаротомию, аппендэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. При необходимости производилась резекция сальника. При тяжёлых поражениях кишечника с воспалительной инфильтрацией при тотальном перитоните у 28 (29,5%) больных декомпрессия кишечника осуществлялась наложением цекостомы и дренированием через неё просвета кишечника силиконовой трубкой. В послеоперационном периоде продолжился комплекс интенсивно-корректирующей терапии, стимуляция работы кишечника и адекватная антибактериальная терапия с особым уходом за больным.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 5 (5,3%) случаях. У 1 (1,1%) больного наблюдалась ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 1 (1,1%) нагноение раны с эвентрацией

кишечника, у 2 (2,1%) больных частичное нагноение раны, у 1 (1,1%) прогрессирующий перитонит. Летальный исход наблюдался в одном случае, что составило 0,3%. В конечном итоге остальные дети выздоровели.

Выводы. 1) Атипичный аппендицит в большинстве случаев становится причиной поздних поступлений больных в стационар и развития различного рода осложнений.

2) В связи с трудностями диагностики атипичного аппендицита до развития деструкции и осложнений, необходимо госпитализировать детей с болями в животе и провести почасовое клиническое наблюдение с лабораторными обследованиями крови на лейкоцитоз, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства в динамике. При необходимости прибегают к лапароскопии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Сафаров Ф.М., Шарипов Ш.Б., Начмиддинов У.Я., Шарифов Д.А.

Областная многопрофильная клиническая больница г. Куляб

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов лечения больных с повреждением селезенки при ЗАТ.

Материалы и методы исследования. За период 2015-2020 гг. в Областная многопрофильная клиническая больница г. Куляб обследовались 68 больных с ЗАТ. Из этих повреждение селезенки у 26 больных (38,2%). Среди исследуемых пациентов было 19-мужчин (27,9%), а женщин-7 (10,2%). При изучение анамнеза у 2 (2,9%) выявленных сопутствующие патологии, усугубляющие тяжесть состояния. Эти больных были с врожденных порок сердца.

Наиболее частой причиной ЗАТ (14 больных) послужили дорожно-транспортные происшествия. Пострадали в результате падения с высоты 7 пациентов. Ещё у 5 больных ЗАТ явилась следствием бытовой травмы. Всем больным при поступлении были проведены клиничко-лабораторные обследования, рентгенография, УЗИ, по необходимости - наложение лапароцентеза. Пострадавших с нестабильной гемодинамикой (А/Д- менее 80 мм. рт. ст., шоковый индекс Альговера -1,0 и более) госпитализировали в реанимационное отделение, их немедленно осмотрели детский хирург и анестезиолог, по необходимости консультировали травматолог и нейрохирург. Обследование больных проводилось одновременно с интенсивной противошоковой терапией и реанимационными

мероприятиями.

УЗИ проводили всем больным. Следует отметить, что точность диагностики повреждения селезенки зависела от опыта врача, проводившего исследование. Прямым ультразвуковым признаком повреждения селезенки является изменение структуры и паренхимы или подкапсулярная гематома.

Лапароцентез способствует улучшению диагностики внутрибрюшного кровотечения и результатов лечения, которые всем больным было наложено лапароцентез.

Результаты и их обсуждение. Лечебная тактика у наблюдаемых нами больных в значительной степени определялась данными полученными при ультразвуковом исследовании и наложение лапароцентеза а также показателями гемодинамики. У 21 пострадавших с нестабильной гемодинамикой, клиничко-лабораторной картиной продолжающийся в 21 случаях проводилось спленэктомия. И в 5 случаях, учитывая повреждение селезенки разрыв капсулы которые установлено во время операции была ушита, кровотечение остановлено.

Вывод: дифференцированный лечебно-диагностический подход при повреждениях селезенки у больных с ЗАТ позволяет избежать напрасного лапаротомного вмешательства и, в конечном счете, позволяет снизить показатели летальности и количества осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Сафедов Ф.Х., Рахмонов Ш.Д., Шерназаров И.Б., Гуриев Х.Дж., Бобоев Т.Х.
Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
ГУ НМЦ РТ «Шифобахи»

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения гастроэзофагиального рефлюкса (ГЭР) у детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии новорожденных и детей грудного возраста клиники детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 1996 по 2016 г находились на стационарном лечении 84 (100%) больных с гастроэзофагиальным рефлюксом (ГЭР) в возрасте от 1 месяца до 1 года. В возрасте до 6 месяцев было 26 (40%) детей, от 6 до 1 года 58 (69%). В изучаемой группе только у 5 (5,9%) имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Причиной ГЭР в одном случае был короткий пищевод. Наиболее частым признаком ГЭР была рвота, у 71 (84,5%) больного.

На фиброгастроэзофагоскопии (ФГДС) у 62 (73,8%) детей наблюдался эрозивный эзофагит, особенно, выраженный в кардиальном отделе пищевода. Во время ФГДС наблюдается затекание содержимого и зияние кардиальной части пищевода. Также гипотрофия различной степени у 49 (58,3%) больных, анемия у 29 (34,5%) больных.

При рентгено-контрастном исследовании желудка в положении Тренделенбурга в 31 (37%)

случае – I степень, 41 (48%) случае – II степень, 12 (14,2%) случаях – III степень ГЭР. У детей в возрасте до одного года отмечены в 59 (70,2%) случаях явления аспирационной пневмонии.

Результат исследования. Из 84 детей у 79 (94%) больных с ГЭР проводилась консервативная терапия, включающая возвышенное положение под углом 30,0-45,0° и дробное кормление, диетотерапия - антациды, прокинетики (мотилиум), ингибитор протонной помпы (омепразол), допракин-S, домперидон, квамател, Нутрилон-Антирефлюкс и Лемолак.

Консервативная терапия была эффективна у всех больных.

Оперировали 5 (5,9%) детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года с параэзофагиальной грыжей. Операцию проводили трансабдоминальным доступом. Всем больным проводили ликвидацию грыжи с ушиванием ножки диафрагмы. У 5 (5,9%) больных проведена фундопликация по Ниссену. Послеоперационный период проходил гладко.

Заключение. ГЭР является часто встречаемым заболеванием грудного возраста, где в 94% лечение дает положительный результат при консервативном лечении. Большое значение в диагностике ГЭР является рентгенконтрастное исследование.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА МОЧЕТОЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Сафедов Ф.Х., Шаханова Ф.А., Атоев И.К.
Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения новорожденных и детей грудного возраста с дисплазией пузырного сегмента мочеточника.

Материал и методы. За 2012-2019 годы в клинику детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦ РТ поступили 41 (100%) ребенок грудного возраста с дисплазией пузырного сегмента мочеточника. Возраст детей составил от 1 дня до 6 месяцев-15 (36,5%), от 6 месяцев до года 26 (63,5%). Городские - 16 (39,0%), сельские - 25 (60,9%). Мальчики 37 (90,3%), девочки 4 (9,7%). Двустороннее поражение у 20 (48,7%) детей, правостороннее

поражение у 5 (12,2%) и левостороннее поражение отмечено у 16 (39,1%) детей. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 14 (34,1%) больных, которым была наложена временная, лечебная уретрокутанеостома с целью декомпрессии органа и мочеточника сроком на 4-6 мес. С последующим улучшением общего состояния и ликвидацией вторичного пиелонефрита детям выполняли радикальную, реконструктивную операцию – цистоуретероанастомоз по методике Политано-Леадбеттера. Вторую сравнительную группу составили – 27 (65,9%) детей, которым был наложен первичный

цистоуретероанастомоз в различных модификациях.

Результаты исследования. При изучении результатов лечения у больных, которым была наложена уретрокутанеостома, в последующем проведена радикальная операция, на УЗИ отмечалось сокращение размеров ЧЛС и мочеточника, а в анализах крови нормализация уровня креатинина. У всех детей результаты лечения оценены как хорошие. У детей, которым был выполнен первичный цистоуретероанастомоз, хорошие результаты отмечены у 14 (51,9%), удовлетворительные результаты отмечались у 8 (29,7%) больных, у них отмечено частое обострение вторичного пи-

елонефрита. Неудовлетворительные результаты отмечались у 5 (18,5%) больных, у которых на УЗИ сохранялись признаки уретерогидронефроза 2-3 степени с частыми обострениями хронического пиелонефрита.

Выводы. Установлено, что детям раннего возраста с дисплазией пузырного сегмента мочеточника преимущественно с двух сторон, с наличием уретерогидронефроза 4-5 степени, тяжелым соматическим фоном, с признаками хронической почечной недостаточности альтернативным методом коррекции порока является наложение уретрокутанеостомы с последующим, спустя 4-6 месяцев, выполнением радикальной операции.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЙ МЕТОД ОСТЕОСИНТЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Сафаров А.Х., Рахимов А.Т., Наджмидинов Н.С.

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Цель исследования - оптимизация хирургического лечения переломов дистального отдела бедренной кости у больных с множественной травмой.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 61 пациентов с сочетанными переломами нижних конечностей за период 2015-2019 гг. Для сравнительной оценки результатов лечения переломов пациентов разделили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе 30 (49,2%) пострадавших, у которых остеосинтез проводился с помощью пластиной угловой стабильности. Во вторую контрольную группу были 31 (50,8%) больных, у которых для остеосинтеза использовали стандартные накостные имплантаты.

Согласно проведенному анализу в сравниваемых группах преобладают лица мужского пола (70,5%). В оптимальные сроки (до 1-го часа) обратились соответственно 73,3 и 74,2% пациентов. В структуре травматизма преобладает дорожно-транспортный травматизм (50,8%).

Критерии подбора больных для получения достоверных данных в нашем исследовании является локализация и характер перелома, тяжесть состояния и повреждения, а также возраст больных и соматические патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашем наблюдении чаще отмечаются простые переломы типа 33A1 соответственно в 19 (31,1%) и 18 (29,5%) случаях, переломы типа 33A3 – в 7

(11,5%) и 8 (13,1%), переломы типа 33B2 – в 3 (4,9%) и 4 (6,5%) и типа 33C1 – в 1 (1,6%) и 1 (1,6%).

По характеру перелома согласно классификация открытых переломов по Tscherne были диагностированы: I степень тяжести соответственно у 9,6 и 6,4%, II степень – у 6,7 и 6,4%, III степень – у 1,6 и 1,6%.

Критерием выбора остеосинтеза бедренной кости служило тяжесть импакционного синдрома (тяжесть травматического шока), доминирующее повреждение и тяжести поли органной дисфункции. Фиксация с помощью аппарата внешней проведена всем больным, из них первые 3 часа с момента обращения в 17 (56,7%) случаях и в 13 (43,3%) случаях на фоне проведения соответствующей инфузионно-трансфузионной терапии шока и стабилизации жизненных показателей при доминировании повреждение полосных органов.

Окончательный остеосинтез пластиной с угловой стабильности на 3-е сутки проведено у 11 (18,0%) пациентов, на 5-е сутки – у 12 (19,7%) и на 18-е сутки – у 7 (11,5%) пострадавших.

В контрольной группе тактика лечения переломов заключалась в применении общеизвестных традиционных способов консервативного и оперативного лечения.

В остром периоде травмы чаще наблюдались осложнений местного характера. Ранние осложнения в виде кровотечения из ран отмечены соответственно в 3,3 и 6,4% случаях, гнойное воспаление

послеоперационных ран - в 6,7 и 9,7% случаях, компертмен синдром голени – 10,0 и 12,9%, функциональная задержка мочи – в 3,3 и 3,2%. Жировая гиперглобулемия выявлена соответственно у 18 (60,0%) и 19 (61,3%) больных. Гипостатическая пневмония развилась соответственно у 3,3 и 6,4% пациентов, восходящая пиелонефрит отмечено – у 6,4% больных ретроспективной группы, гнойные уретриты были – у 3,3 и 3,2% и остеомиелитический процесс в 8,7% случаях ретроспективной группы.

Всем больным проводилось динамическое наблюдение 1 раз в течение 6 месяцев, 1 года и 2х лет с момента остеосинтеза и консервативного лечения. Хорошие результаты лечения переломов были отмечены соответственно у 21 (34,4%) и 12 (19,7%), удовлетворительные - у 8 (13,1%) и 15

(24,6%), неудовлетворительные – у 1 (1,6%) и 4 (6,6%) больных. Причины неудовлетворительных результатов лечения у пациентов ретроспективной группы является неправильно сросшейся переломы, контрактуры крупных суставов и укорочение конечности, у одного больного проспективной группы на фоне гнойно-воспалительного процесса развился, резорбция вокруг металлоконструкции, что стала причины деформации области перелома.

Заключение. Остеосинтез дистального отдела бедра пластиной с угловой стабильностью относится к категории высокотехнологичным способом оперативного лечения, обеспечивает стабильную фиксацию отломков, что способствует введение пациента без дополнительной наружной фиксации, в функциональном отношении позволяет раннее активное движение близлежащих суставов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Солиева Л.М., Халилова З.А., Юнусбаева М.Ш.

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

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения ревматоидного артрита у детей на фоне дисплазии соединительной ткани и усовершенствование лечения.

Материал и методы исследования. В кардиоревматологическом отделении ГУ НМЦ «Шифобахш» МЗ м СЗН РТ под нашим наблюдением находилось 45 детей с преимущественно суставной формой ювенильного ревматоидного артрита, из них у 28 (57,8%) обнаружены фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (различные дизморфии верхних и нижних конечностей, сердца, глаз, желудочно-кишечного тракта).

Результаты и их обсуждение. При анализе

клинического течения ювенильного ревматоидного артрита среднее количество пораженных суставов у детей с признаками дисплазии соединительной ткани составила $2,73 \pm 0,18$, а у детей без признаков дисплазии - $2,15 \pm 0,13$ ($p < 0,05$). Среднее количество обострений в год в первой группе больных - $2,48 \pm 0,18$, в группе сопоставления - $2,23 \pm 0,17$ ($p > 0,1$). Обнаружены также различия в функциональных изменениях со стороны сердца, нервной системы, желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Следовательно, предложены схемы усовершенствования лечения с использованием препаратов, способствует улучшению состояния и долгосрочной ремиссии в данной группе больных.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВПС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Файзуллоев Ф.А., Рахимов Н.Г., Боев С.Г.

2ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования. Изучение влияния вида вскармливания на состояние здоровья детей грудного возраста с врожденными пороками сердца (ВПС).

Материалы и методы исследования. Обсле-

дованы 52 детей в возрасте от 1 месяца до 1г с врожденными пороками сердца (ВПС) за 2019 год на базе ГУ НМЦ Шифобахш. Первую группу составляло 24(46,1%) детей грудного возраста с ВПС находившихся на естественном вскармливании,

вторую группу вошли 28-(53,9%) детей грудного возраста с ВПС с искусственным вскармливанием которые вскармливались молочными смесями. Дети которые принимали исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев составляло 60% от естественного вскармливания. После 6 месяцев начинали принимать прикорм в виде овощного пюре. Всем детям проведено общеклинические, антропометрические исследования.

Результаты и их обсуждение. Дети которые принимали грудное молоко составляло 46,1% средний возраст составлял 7 ± 1 м, острая недостаточность питания -1 Z стандартное отклонения (CO)-12 больных, острая недостаточность питания -2 ZCO -6 больных, острая недостаточность питания -3 ZCO -4 больных, острая недостаточность питания -4 ZCO -2 больных. Длина тела в целом у наблюдаемых детей до 1 года соответствовала значениям среднему уровню составляла $64,0\pm 6$ см. У детей до 1 года с ВПС масса тела в среднем составляло $7,5\pm 1$ кг. Детей которые находились искусственным вскармливании составляло 53,9% средним возраст составлял 7 ± 1 м, острая недостаточность питания -1 ZCO -8 больных, острая недостаточность питания -2 ZCO -10 больных, острая недостаточность питания -3 ZCO -6 больных, острая недостаточность питания -4 ZCO -4 больных. Длина тела в целом у наблюдаемых детей до 1 года соответствовала

значениям среднему уровню составляла $61,0\pm 4$ см. У детей до 1 года с ВПС масса тела в среднем составляло 7 ± 1 кг.

Показатель заболеваемости респираторными инфекциями среди детей, находящихся на искусственном вскармливании, был достоверно выше. Анализ общей заболеваемости в обеих группах выявили одинаковую структуру патологии: ОРВИ, бронхит, пневмония, энтероколит 50% в первой, а второй группа 61%: ОРВИ, бронхит, пневмония, энтероколит 68% соответственно. У детей имеются сопутствующие заболевания: Рахит, Острая недостаточность питания, анемия, перинатальная энцефалопатия, болезнь Дауна.

Таким образом, комплексная оценка здоровья выявила, что к концу 1-го года жизни у детей 1 группы с ВПС 60,% имела III группу здоровья, 40% (n = 18) детей – IV группу здоровья, а у детей 2 группы с ВПС 35% имела III группу здоровья, 65% -детей – IV группа здоровья.

Заключение. Существенная роль в формировании здоровья детей раннего возраста принадлежит грудному вскармливанию. При сравнении физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни достоверных различий не выявлено. Общая заболеваемость детей, находящихся на грудном вскармливании достоверно ниже заболеваемости детей находящихся на искусственном вскармливании.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Хотамова М.Н., Шабонов Р.З.

*Кафедра детских болезней №1, ГОУТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ КЗ «Истиклол»*

Цель исследования. Выявить структуру врожденной абдоминальной патологии у новорожденных.

Материал и методы. В детскую хирургическую клинику ГУ КЗ «Истиклол» поступило 240 новорожденных с различной патологией. За 2016–2017 гг. на лечении находились 200 детей с ВПР органов желудочно-кишечного тракта. Большинство детей поступило из роддомов города. Возраст пациентов варьировал от первых часов жизни до 5 мес. Клиника заболеваний порою была стертой, как правило, имелась рвота или срыгивание, асимметрия живота, задержка или отсутствие стула. Физикальное обследование, особенно у недоношенных, было малоинформативным. При подозрении на ВПР использовали обзорную и контрастную рентгенографию, ультразвуковое

исследование в динамике.

Результаты исследования. Результаты исследования изучения частоты ВПР ЖКТ показало следующее: ЯНЭК – 46 (23,0%), атрезия пищевода – 16 (8,0%); пилоростеноз – 26 (13,0%); диафрагмальная грыжа – 12 (6,0%). Детей с пороками развития передней брюшной стенки (ПРПБС) было 33 (11%): эмбриональная грыжа у 24 (73%), гастрошизис у 9 (4,5%). За последнее время ЯНЭК развивается не только у недоношенных и маловесных детей, в 166 (83,0%) случаев заболевание протекает молниеносно у доношенных новорожденных. Летальность отмечалась у 60 (30,0%) больных. Хроническая гипоксия плода, внутриутробные инфекции, осложнения во время родов – вот неполный перечень причин, приводящих к развитию и бурному течению ЯНЭК. Клинический осмотр

новорожденных в роддоме, рентгенодиагностика и ультразвуковое исследование при подозрении на врожденную аномалию в хирургическом стационаре позволяли своевременно выявить вариант

атрезии.

Вывод. Дети с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, требуют своевременной хирургической коррекции.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Хукумзода М.З., Холиков З., Нарзулоев Х.Н.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель работы. Изучить эффективность комбинированного препарата Айдипа при деформации носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. С 2018 по 2019 годы в ЛОР – отделение НМЦ РТ под наблюдением находились 62 пациентов с деформациями носовой перегородки, сочетанные с аллергическим ринитом. Возраст пациентов составил от 14 до 35 лет. Из них мужчин было 41, женщин – 21. Всем больным диагноз установлен на основании оториноларингологического, клинического, аллергологического, рентгенологического эндоскопического и лабораторного методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Отмечено жалобы на заложенность носа, обильное выделение из носа, зуд в носу, приступы чихания. При риноскопическом осмотре на фоне искривления носовой перегородки отмечались бледноватая или синюшная слизистая оболочка полости носа, набухание нижних носовых раковин, водянистые выделения в носовых ходах. Нарушение обоняния выявлены почти у всех пациентов. На фоне

антигистаминной и противовоспалительной терапии в стадии ремиссии всем больным проводили септум–пластику. В послеоперационном периоде в качестве назальных капель использовали глазной антигистаминный, противовоспалительный препарат «Айдип» для закапывания в нос. Каждый пациент применял данный препарат по 2 капли 3 раза в сутки в каждую ноздрю с продолжительностью курса 7 дней. Послеоперационный период протекал без осложнений. Отек слизистой носа и набухание носовых раковин уменьшались на 5 – 7 сутки наблюдения с постепенным и значительным восстановлением дыхания. По мере этого постепенно восстановилась обонятельная функция носовой полости у всех больных.

Выводы. Таким образом, выбор лечения больных с девиацией носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом, в объем которого относится септопластика с применением антигистаминного, кортикостероидного и противовоспалительного средства, капли «Айдип» позволяют добиться желаемого хорошего и максимального эффекта.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Хукумзода М.З., Холиков З.Х., Музофиршоева М.М.

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

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности комбинированное антибактериальное средство при острых бактериальных риносинуситов (ОБРС) у детей.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 34 детей (14 девочек и 20 мальчиков) в возрасте от 8 до 14 лет с острых бактериальных риносинуситов. Больные были распределены на 2 равных по количеству группы (основная и контрольная по 17 человек соответственно).

Критерии включения детей в исследование – наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследовании их детей; участие в исследовании детей в возрасте от 6 до 15 лет; характерная клиническая картина заболевания, отсутствие предыдущей антибактериальной терапии.

Из исследования исключались пациенты с подозрением на грибковую инвазию, наличие других соматических заболеваний, являющихся противо-

показанием для участия больных в исследовании, или затрудняющих оценку результатов данного исследования.

После завершения обследования (жалобы больного, сбор анамнеза, рентгенография околоносовых пазух, пункции верхнечелюстных пазух с бактериологическим исследованием патологического отделяемого, общий анализ крови), пациенты с ОБРС основной группы получали препарат «Амоксиклав» 375 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 суток, а пациентам группы сравнения в качестве антибактериальной терапии был назначен «Ампиокс» по 0,5 внутрь 4 раза в день в течение выше указанного срока.

Определение эффективности лечения проводилось посредством анализа инволюции симптомов риносинусита, динамики клинической и рентгенологической картины (1-й и 11-й дни после начала лечения), результатов повторной пункции гайморовой пазухи у больных ОБРС (7-й день **терапии**) с бактериологическим исследованием отделяемого (либо промывных вод), изменения показателей анализа крови (7-й день терапии).

Безопасность препарата «Амоксиклав» оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения исследования.

Результаты и их обсуждение. На 7-й день лечения симптомы синусита (заложенность носа, ринорея и головные боли) полностью отсутствовали у 17 (89,5%) пациентов основной группы; у 2 (11,5%) пациентов сохранялась умеренная заложенность носа. В группе сравнения инволюция вышеуказанных симптомов отмечался у 12 (63,1%) пациентов; а у 7 (36,9%) пациентов всё ещё отмечался назальная обструкция и ринорея.

Основными возбудителями ОБРС, выделенными в ходе настоящего исследования, были: *S. Pneumoniae* (46,6%), *H. Influenzae* (33,3%), *S.*

Puogenes (20%). На 7-й день лечения при проведении контрольной пункции верхнечелюстных пазух промывная жидкость (физиологический раствор) у 18 пациентов основной группы была чистой, при бактериологическом исследовании промывной жидкости определялось отсутствие роста колоний (микробиологическая эффективность лечения – 94,7%). В группе сравнения отсутствие роста колоний определили у 11 пациентов (микробиологическая эффективность лечения – 57,9%).

После лечения в основной группе (на 4-й день после завершения терапии): у 12 (63%) пациентов верхнечелюстные пазухи были пневматизированы; у 7 (37%) пациентов отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи (улучшение). В группе сравнения пневматизация и пристеночное утолщение слизистой оболочки пазух отмечался у 10 (52,6%) пациентов, у 9 (47,4%) больных всё ещё сохранялось затемнение околоносовых пазух. При оценке переносимости препарата «Амоксиклав» у 2 пациентов зарегистрирована умеренно выраженная диарея, не потребовавшая досрочного прекращения лечения, но это не послужило причиной для выбывания больных из исследования. Серьезных нежелательных явлений не наблюдали.

Выводы. Таким образом, клиническая эффективность препарата «Амоксиклав» 375 мг при лечении ОБРС у детей составила в среднем 88,2%, бактериологическая эффективность 94,7%. Препарат «Амоксиклав» характеризуется хорошей переносимостью: только у 2 пациентов отмечена умеренно выраженная диарея; тяжелых побочных эффектов не зарегистрировано. Учитывая результаты проведенного исследования, препарат «Амоксиклав» (амоксициллин/клавуланат) может быть рекомендован в дозе 375 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней в качестве средства стартовой эмпирической терапии ОБРС у детей.

НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Хусейнова М.А., Хасанова М.А.

ГУ Родильный дом № 2 г. Душанбе Республика Таджикистан

ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить особенности течения неонатального периода и показатели физического развития у недоношенных детей с ЗВУР, родившихся с гестационным возрастом (ГВ) 32-36 недель.

Материалы и методы исследования. Всего наблюдали 80 недоношенных детей, родившихся с ГВ 32-36 недель в ГУ Родильном доме №2 г. Душанбе. Основную группу составили 36 не-

доношенных детей с ЗВУР (1-я группа), группа сравнения - 43 ребенка без ЗВУР (2 группа). По вариантам ЗВУР недоношенные дети основной группы представлены следующим образом: 17 (47,2%) детей имели симметричный, а 19 (58,3%) детей - асимметричный вариант ЗВУР.

Результаты и обсуждение. В анамнезе матерей, родивших детей 1-й группы, выявлены следующие достоверные отличия, которые появляются во время беременности: фетоплацентарная недостаточность различных степеней тяжести - 83,3%, во 2-й группе - 32,5% ($p=0,026$); преэклампсия - 36,1%, во 2-й группе - 2,3% ($p=0,003$). У матерей 2-й группы достоверно чаще (44,1%) встречались угрозы прерывания беременности против 22,2% у матерей 1-й группы ($p=0,006$).

После оказания первичных реанимационных мероприятий в родильном зале, 25 (69,4%) детей 1-й группы после рождения были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии по тяжести состояния, обусловленного в основном респираторными нарушениями, в группе сравнения таких детей было 23 (53,5%). Только у детей 1-й группы диагностирован респираторный дистресс синдром (РДС) тяжелой степени - 8 (22,2%), которого не было во 2-ой группе ($p=0,010$). Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась 9 (25,0%) детям 1-й группы на фоне эндотрахеального введения препарата эндогенного сурфактанта, длительность ИВЛ была от 8 часов до 13 суток (в среднем 4,25 дней), в то время как во 2-й группе проведение ИВЛ не потребовалось. Респираторная поддержка методом спонтанное дыхание с постоянно положительным давлением в дыхательных путях (СРАР) проведена 16 (44,4%) детям 1-й группы, средняя продолжительность составила 3,25 суток. Недоношенным детям 2-й группы проводилась респираторная поддержка только методом СРАР, средняя продолжительность составила менее 3-х суток. Кроме того, в раннем неонатальном периоде 7 (19,4%) недоношенных

детей с ЗВУР развили полиорганную недостаточность с синдромами: нарушения сознания, судорожным, отечным, геморрагическим, непереносимостью энтерального питания, которых не было в группе сравнения.

При проведении нейросонографии в раннем неонатальном периоде только у недоношенных детей с ЗВУР выявлены внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) 1-2 степени - 5 (13,8%) детей, низкая дифференцировка борозд по поверхности полушарий - 11 детей (30,5%), повышенная эхогенность перивентрикулярных областей - 19 детей (52,8%). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек выявлены диффузные изменения паренхимы почек у 6 (16,7%) недоношенных с ЗВУР ($p=0,032$), что также не отмечено в группе сравнения. Выявленные изменения у недоношенных детей с ЗВУР могут свидетельствовать о перенесенной гипоксии. Эхокардиография сердца у недоношенных детей показала, что наиболее часто в обеих группах отмечалось открытое овальное окно: в 1-й группе - у 5 (13,9%) детей, во 2-й - у 10 (23,2%) без достоверных различий ($p=0,554$).

Выводы. В анамнезе матерей, родивших недоношенных детей с ЗВУР и ГВ 32-36 недель, выявлены факторы риска: фетоплацентарная недостаточность различных степеней тяжести - 83,3%, в группе сравнения - 32,5% ($p=0,026$); преэклампсия - 36,1%, в группе сравнения - 2,3% ($p=0,003$).

Недоношенные дети с ЗВУР и ГВ 32-36 недель имели осложненное течение ранней неонатальной адаптации, обусловленное в основном респираторными нарушениями, что потребовало оказания специализированной медицинской помощи в условиях ОРИТ (69,4% детей), проведения ИВЛ различной длительности (25% детей) на фоне эндотрахеального введения препарата эндогенного сурфактанта; 19,4% детей развили полиорганную недостаточность.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ КЗ “ИСТИКЛОЛ”

*Шабонов Р.З., Намозов Д.Б., Исматова М.М., Файзуллоева А.С.,
Усмонов Н.Р., Абдурахмонова Х.Н.
ГУ Комплекс здоровья Истиклол*

Геморрагическая болезнь новорожденных (ГрБН) развивается у 0,5 – 1,5% детей при отсутствии профилактики ее витамином К (Ша-

балов Н.П., 2004). При недостатке последнего у новорожденных в печени образуется неактивные II, VII, IX и X факторы, которые неспособны

участвовать в свёртывании крови. Профилактика ГрБН в 1 сутки жизни проводится витамином К₁, контроль за уровнем факторов осуществляется протромбинового теста (ПТВ). Эхитоксовое время (ЭХВ) обычно используется для выявления «Скрытой» гиперкоагуляции при ДВС - синдроме. Несмотря на профилактику в родильном доме, частота классической и поздней ГрБН в настоящее время составляет от 4 до 10 на 10000 (Шабалов Н.П., 2004), что обуславливает поиск более чувствительных методов диагностики дефицита факторов протромбинового комплекса у новорожденных. Недостатком методики определения ПТВ по Quick (1935) является одномоментное определение комплекса факторов, поэтому при физиологически достаточном уровне V и VII факторов у новорожденных и при более быстрой выработке VII фактора в ответ на введение викасола (Зубаиров Д.М., 2000) может происходить маскировка дефицита собственно протромбина. После устранения К – гиповитаминоза в первую очередь нормализуется VII, позже – X фактор, а затем еще несколько дней сохраняется только дефицит II фактора (Баркаган З.С., 1988). Альтернативой данной методики является использование ЭХВ для определения дефицита II фактора при ГрБН. Принцип методики – определение времени свер-

тывания бедной тромбоцитами плазмы при добавлении к ней яда эфы, являющегося активатором протромбина. Удлинения времени свертывания более чем на 3 с свидетельствует о дефиците или аномалиях фактора II или фибриногена. Параллельное исследование ПТВ и ЭХВ свертывания проведено нами у 39 новорожденных с ГрБН и у 30 новорожденных без геморрагического синдрома. При сравнении чувствительности и специфичности были получены следующие результаты: чувствительность и специфичность ПТВ составила 45 и 82% соответственно, чувствительность и специфичность эхитоксового времени – 72 и 70%. Таким образом, эхитоксовый тест является более чувствительным при одинаковых затратах плазмы, что позволяет эффективно проводить диагностику, профилактику и лечения ГрБН. Значимым является удлинение эхитоксового времени более, чем на 3 с на 3-5 сутки жизни от 45 с и далее в период новорожденности более 33 с при контроле 30 с. Удлинение эхитоксового времени по сравнению с контрольным образцом плазмы при нормальном уровне фибриногена свидетельствует о дефиците протромбина или нарушения его структуры и является показанием к проведению заместительной терапии витамином К и свежезамороженной плазмой.

КЛИНИКА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

¹Шамсзода Х.А., ¹Қурбонов Х.Ф., ²Набиев З.Н., ¹Наимов С.Р., ²Набиев М.

¹Государственное учреждение «Национальный медицинский центр» Республики Таджикистан

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

Цель исследования. Оптимизация методы лечения и диагностика при сочетанная травма у детей.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на результатах лечения 84 пострадавших, из них первое место по частоте встречаемости занимала сочетанная черепно-мозговая травма и повреждения верхних конечностей- 61 (72,6%) девочек было – 36 (42,8%), мальчиков – 48 (57,2%). Чаще наблюдалась бытовая травма в виде падения с высоты – 26 (31%) больных, в результате дорожно-транспортных происшествий – 58. Средний срок доставки в стационар от 1 до 5-х часов. Тяжелая черепно-мозговая травма представлена ушибом головного мозга 3-х степеней тяжести (легкой, средней и тяжелой), переломы плечевой кости отнесены к тяжелым переломам верхних конечностей. По-

страдавшие условно распределены на 2 группы: с тяжелой черепно-мозговой травмой и тяжелыми повреждениями верхних конечностей - 12 (14,3%), с нетяжелой черепно-мозговой травмой и тяжелыми повреждениями верхних конечностей- 22 (26,2%).

Результат и их обсуждение. Клиническая картина у пациентов 1 группы характеризовалась тяжестью шока (II-III степени). Обследование было затруднено из-за нарушения сознания и двигательного возбуждения пострадавших. Все больные нуждались в реанимационных мероприятиях. После стабилизации гемодинамических показателей одному больному произведена декомпрессивная трепанация черепа.

Черепно-мозговая травма сочеталась с подбугорковым и надмышечковым переломами плечевой кости со смещением. После выведения

больных из шокового состояния и осуществления дегидратационной терапии проводилась закрытая репозиция костных отломков с последующей гипсовой иммобилизацией конечностей. Тяжесть состояния второй группы пострадавших обусловлена внечерепными повреждениями - 22 (15%). Шок I степени развился у половины больных. Переломы плечевой кости локализовались в подбугорковой области проксимального отдела - у 7 больных, в дистальном отделе - у 13 человек и сочетание переломов плеча и предплечья - у 2. Кроме того, у всех пострадавших были множественные ушибы мягких тканей. В зависимости от вида перелома и типа смещения проводилась закрытая репозиция с наложением торакобрахиальной гипсовой повязки

или аппарата Елизарова.

Результаты исследования показали, что в остром периоде отмечалось повышение объема внутриклеточной жидкости почти в 2 раза, что свидетельствовало о нарастании отека в области мозгового вещества и области перелома. В связи с этим, мы уже на вторые сутки констатировали эффект от дегидратационной терапии и проводили ее коррекцию в динамике.

Вывод. Данные инструментального исследования больных с сочетанной черепно-мозговой травмой и повреждениями верхних конечностей способствовали своевременной диагностике повышения отека тканей в области повреждения и принятию правильной тактики лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП

Шамсов Б.А.

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

Цель исследования: оценить мнение матерей по вопросам организации и поддержки ГВ.

Материалы и методы. На базе ГУ «РНКЦП и ДХ» МЗ и СЗН РТ анализировано результаты специально разработанного анкетирования 150 матерей детей в возрасте до 2-х лет.

Результаты исследования. По результату анкетирования более чем 90% матерей регулярно наблюдались в женской консультации, однако только 16,7% проходили обучение правилам грудного вскармливания (ГВ), еще 28% получали консультацию в акушерском стационаре, 10% – в детской поликлинике. Половина женщин отметили, что первое прикладывание ребенка к груди было проведено в первые 6 ч после родов, 33% – через 6–12 ч. Трудности с прикладыванием ребенка к груди имели 53,4% анкетированных, при этом 21,3% матерей указали на отсутствие помощи со стороны медперсонала, в 44% помогала акушерка, в 34,7% – медицинская сестра отделения новорожденных.

По данным опроса матерей только 4% ново-

рожденных не получали дополнительного питания в роддоме, 24% получали докорм после каждого кормления, 38,7% находились на искусственном вскармливании до становления лактации. Трещины сосков имели 48% матерей, у 21% отмечалось нагрубание молочных желез.

Исключительно грудное молоко более 6 мес. получали 53,3% детей, в 12% случаев ГВ продолжалось до 3–6 мес., а в 34,7% случаев – менее 3 месяцев. Продукты и блюда прикорма в возрасте 5–6 месяцев вводили 60% опрошенных матерей, в 24% – в 4–5 мес., еще 16% – в 6–7 мес. При исключительно ГВ только 31% детей не получали дополнительной жидкости, в 25% матери регулярно допаивали ребенка, еще 13,8% давали жидкость летом в жаркую погоду.

Заключение. Проведенное анкетирование продемонстрировало недостатки в организации и поддержке ГВ и необходимость повышения квалификации медицинских работников лечебно-профилактических учреждений области по данному разделу

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

^{1,2,3}Шарипов А.М., ¹Шамсзода Х.А., ¹Юсупов Б.Х., ^{1,2}Додочонов Ю.Т., ^{1,2}Файзуллоев А.А.

¹Государственное учреждение «Национальный медицинский центр» Республики Таджикистан

²Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

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

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики рубцового стеноза пищевода у детей.

Материал и методы исследования. В период с 2014 по 2019 гг. в торакоабдоминальном

отделении ГУ Национальный медицинский центр «Шифобах» Республики Таджикистан проходили лечение 95 больных с рубцовыми стенозами пищевода. Возраст детей колебался в диапазоне от 1 года до 18 лет (средний возраст – 6,4 лет). Мальчиков было 59 (62,1%), а девочки – 36 (37,9%). Преобладали дети в возрасте от 1 до 3 лет – 78 (82,1%).

В зависимости от методов бужирования при РСП больные были распределены на две группы. В контрольную группу вошли 47 (49,5%) пациентов, которым дилатации пищевода проведена методом «вслепую» у 15 детей и «за нить» – у 32. В основную группу вошли 48 (50,5%) больных, которым бужирование пищевода выполнено с применением проводниковых бужей.

Одним из важных аспектов в выборе метода дилатации является определение длины рубцового стеноза, от которого зависит благоприятный результат лечения. В зависимости от длины рубцовых стенозов их принято подразделяют на три вида: короткие (не более 2,0 см), протяженные (от 2,0 до 5,0 см), субтотальные и тотальные стриктуры (более 5,0 см). Количество коротких стриктур пищевода в обеих группах составили у 38 (40%) больных, протяженные – у 49 (51,6%) детей, а тотальное и субтотальное стенозы пищевода были у 8 (8,4%) пациентов. Короткие стриктуры пищевода зачастую вызываются раствором уксусной эссенции и стеноз в основном находится в верхней трети пищевода. Щелочные растворы вызывают протяженные и другие виды рубцовых стриктур, которые могут располагаться в средней и нижней частях органа.

Перед сеансами бужирования в обеих группах, по эндоскопическим и рентгенологическим данным учитывали диаметры и длины суженных участков, с целью подбора подходящих размеров бужей. Каждые три месяца проводилось ФЭГДС и оценивалось эффективность сеансов бужирования в обеих группах.

Результаты и их обсуждение. Из общего числа наблюдаемых больных с РСП 70 (73,7%) пациентов были с формирующимися рубцовыми стенозами из-за получения ожога уксусной эссенцией, где 31 больных были из контрольной группы, остальные 39 из основной. Среди 31 больных из контрольной группы бужирование «вслепую» проводилось у 11, а «за нить» – 20. 18 (26%) детей из 70 поступили в стационар позднее месяца после получения ХОП с уже развившимся рубцовым стенозом. Среди этих детей во время дилатации

органа в 4 случаях (5,7%) возникло осложнение в виде перфорации пищевода, где у двух детей рубцовые стенозы были короткие, а у остальных протяженные. Следует отметить, что случаи перфорации пищевода у пациентов контрольной группы было в трех наблюдениях (у двоих во время слепого бужирования, а у одного во время бужирования «за нить»), а в основной - в одном (был протяженный стеноз).

У 8 больных в связи с формированием протяженного рубцового стеноза после ожога уксусной эссенции произведена операция «лапаротомия, гастростомия с проведением назогастральной нити» для дальнейшего проведения, управляемого бужирования, где был получен благоприятный результат. Среди которых 6 больных были из контрольной и 2-х из основной группы.

В нашем исследовании 20 (21,05%) детей были с рубцовыми стенозами органа, возникшими после употребления щелочи, где 12 пациентов вошли в контрольную группу, а 8 – в основную. Из 12 больных контрольной группы бужирование вслепую проведено у 4, а за «нить» – 8. Среди обеих групп протяженные рубцовые стенозы органа отмечены у 6 (30%) больных.

В контрольной группе случай перфорации пищевода при бужировании возник у 4 больных, а в основной - у 2-х детей. Необходимо учесть, что все дети были с протяженными рубцовыми стенозами органа и поступили в клинику позднее месяца от получения травмы. Итак, в указанной группе проводниковое бужирование доказало свою результативность в 70% случаев, в остальных случаях была наложена гастростома и проведены сеансы бужирования «за нить». Во всех остальных случаях бужирование пищевода было эффективным, дети выписаны здоровыми.

У 2 (2,1%) больных с РСП, которые возникли после употребления кристаллов перманганата калия проведены успешные бужирования за «нить». Еще у двух детей РСП образовались после случайного проглатывания батареек, где одному провели бужирование «за нить», а другому по струне проводника. Двум детям, которые получили РСП от неизвестного реагента, было проведено бужирование за нить и по струне проводника, где в первом случае был достигнут благоприятный результат, а исход лечения второго ребенка из-за протяженного стеноза не был успешным. Родителям была предложена операция наложения гастростомы для проведения бужирования «за нить», однако данное предложение было не принято и по их желанию

ребенок был вывезен за границу для дальнейшего лечения.

Продолжительность пребывания больного в стационаре в основной группе в среднем составила 11,6 суток, а в контрольной группе – 19,4 суток.

Критерием достигнутого лечебного эффекта при дилатации пищевода в обеих группах являлось стойкое расширение ее просвета до 10-12 мм и более, позволяющее свободно провести эндоскоп через зону стриктуры, а также свободное прохождение контрастного вещества через пищевод во время рентгенография органа.

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что в основной группе случаи перфорации пищевода во время дилатации органа

меньше, чем у детей контрольной группы. Следует также отметить, что оперативное вмешательство (наложение гастростомы) среди детей основной группе было произведено только у одного больного (ребенок с протяженным рубцовым стенозом). Это связано с тем, что метод бужирования пищевода по струне проводника оказался эффективным и позволяет благополучно расширять развивавшийся рубцовый стеноз.

Вывод. Таким образом, применение бужирования по струне проводника при рубцовых стенозах пищевода у детей является наиболее безопасным и перспективным направлением, которое позволит уменьшить частоту осложнений и получить благоприятный исход.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П., Гуриев Х.Дж., Разоков Дж.З.

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Улучшить диагностическую возможность врожденного пилоростеноза.

Материал и методы исследования. Обследованы 32 (100%) больных с ВП, поступивших в клинику детской хирургии ТГМУ за период с 2015 по 2019гг. Согласно нашим данным, подавляющее количество больных с ВП. - 18 (56,3%) - поступило в клинику в возрасте от одного до трех месяцев и только 14 (43,7%) - составили новорожденные. Жалобы были в основном на рвоту «фонтаном» желудочным содержимым без примеси желчи, которая являлась постоянным и основным симптомом, имела место у всей группы больных с ВП. Причем, у 22 (68,7%) детей появление рвоты приходилось на возраст от двух до четырех недель, у 10 (31,3%) - на первую неделю жизни.

Результаты и их обсуждение. При поступлении детей с ВП в хирургический стационар у 12 (37,5%) больных отмечалась гипотрофия второй степени, у 14 (43,7%) третьей степени и 6 (18,8%) - четвертой степени.

Всем больным были использованы клинико-лабораторные методы, УЗИ и ФГЭДС. В последние 5 лет при диагностике пилоростеноза рентген-контрастное исследование нами не применялось, но широко применялось ультразвуковое исследование

(УЗИ) желудка как современный, менее инвазивный и информативный метод. Он позволяет видеть пилорическую оливу в продольном срезе. Пилорический канал при прохождении перистальтической волны трудно раскрывается. Размеры узкого пилорического канала на УЗИ варьируют от 1-2 мм до 3 мм в зависимости от степени пилоростеноза. Длина канала составляет в среднем 21 мм (от 18 - 25 мм), наружный диаметр привратника 14 мм (от 11 до 16 мм). Циркулярная мышца представлена на продольном разрезе двумя параллельными гипоехогенными полосками, между которыми располагается эхогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоехогенного кольца вокруг эхогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3-6 мм).

Выводы. УЗИ, как приоритетный метод, почти полностью вытеснил рентгеноконтрастное исследование из плана обследования детей с подозрением на врожденный пилоростеноз. Эндоскопическое исследование (ФГЭДС) дает представление о состоянии слизистой оболочки пищевода, желудка и пилорического канала, при котором с пилоростенозом обнаруживаются признаки рефлюкс-эзофагита и эрозии слизистой желудка.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Юнусбаева М.Ш., Нарзуллоев Х.Н., Алиджанова З.Г.

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

Цель исследования: Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у детей с врожденными пороками сердца и особенности их течения.

Материалы и методы исследования: На базе НМЦ «Шифобахш» МЗ и СЗН РН в отделении кардиоревматологии под наблюдением находились 38 больных, в возрасте от 1 мес. до 18 лет. Из них 20 мальчиков и 18 девочек. Всем больным выполнены общеклинические лабораторные методы, исследования функционального состояния ССС следующими методами физикальное и стандартное, лабораторно-инструментальное, кардиологическое (ЭКГ, УЗИ, R-графия). В зависимости от характера дисэмбриогенеза и нарушения гемодинамики дети были разделены на 3 группы: I группа (n=16) с дефектами межжелудочковой перегородки (ДМЖП), II группа (n=12) с дефектами межпредсердной перегородки (ДМПП), III группа (n=8) с Тетрада Фалло. У всех матерей наблюдаемых больных выявлен отягощенный акушерский анамнез.

Результаты и их обсуждение: При клиническом обследовании ССС у всех больных аускультативно определялись грубый систолический шум, с ослаблением или отсутствием II тона в легочной артерии. На УЗИ сердца врожденные дефекты выявлены у всех больных. Конечный диастолический размер (КДР) у 10 детей (3,8%) в возрасте до 1 года $1,5 \pm 0,4$ см. Конечный систолический размер (КСР) $1,06 \pm 0,7\%$. Фракция выброса (ФВ) $65\% \pm 0,3\%$. Фракция укорочения (ФУ) $37,7 \pm 3\%$. У детей старше 1 года КДР $2,5 \pm 1,0$ см. КСР $1,7 \pm 0,3\%$. ФВ $68\% \pm 0,3\%$. ФУ $39\% \pm 0,1\%$. При проведении ЭКГ было выявлено отклонения элек-

трической оси в правом, признаки гипертрофии правого предсердия и желудочка у 100% детей, нарушение внутри желудочковой проводимости у 5 (62,5%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 10 (38%), замедление атриовентрикулярной проводимости у 3 (12,5%), пароксизмальная тахикардия у 18 (39,9%), предсердная экстрасистолия у 2 (8,3%) больных.

При рентгенологическом исследовании у всех больных сердце увеличено поперечники за счет правых отделов с западением дуги легочной артерии.

Таким образом, в результате исследований выявили особенности функционирования ССС в зависимости от нарушения гемодинамики при ВПС, характеризующийся недостаточности поступления крови в малом кругу кровообращения, а в большой круг через дефект межжелудочковой перегородки и смешанную вправо аорту сбрасывается венозная кровь, чем объясняется одышно-цианотические приступы гипоксии мозга, отставание в физическом развитии.

Выводы: Гемодинамические нарушения при различных вариантах врожденных пороках сердца указывает быть более внимательным в отношении своевременной диагностики ВПС и выработки тактики лечения (консервативное, оперативное) у детей раннего возраста. Ультразвуковое исследование способствует полной оценке работы сердца ребенка, визуализации его структуры и строения. Процедура очень важна для выявления на ранних сроках заболеваний или подозрений на патологию и начало их устранения.

К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Якубов С.Я., Дехканов М.К., Хамидов Н.Н., Почоев Т.Н., Мирон Н.Б., Абдураунов Д.М.

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

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения патологии дивертикула Меккеля.

Материал и методы исследования. За 5 лет (2015-2019 гг.) в областном детском хирургическом центре (ОДХЦ) г. Худжанда с острой хирургической патологии органов брюшной полости

прооперировано 1949 детей, из них в 28 случаях (1.4%) выявлен патологии Меккелев дивертикул и только в 4-х случаях до операции был установлен диагноз Меккелев дивертикул осложненным кишечным кровотечением, остальные больные госпитализированы с различными диагнозами: острый аппендицит 6 (21.4%), острый аппендицит

с перитонитом 3 (10,7%), непроходимостью кишечника - 7 (25%), инвагинация кишечника - 8(28.5%).

При не осложнённом дивертикуле случайно обнаруженном у детей, оперированных по поводу острого аппендицита у 3-х больных, при тщательном опросе выяснилось, что у больных в анамнезе периодический отмечались схваткообразные боли в животе, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой. Появление схваткообразных болей в животе на фоне полного благополучия, возможно объясняется наступающим спазмом или перегибом дивертикула и, в результате застою в его просвете содержимого.

Поэтому при диагностике острых заболеваний органов брюшной полости указания анамнезе на наличие периодических схваткообразных болей в животе могут навести мысль на возможности наличия у больного дивертикула Меккеля. У 3 –х больных отмечалось деструктивный аппендицит и дивертикулит. Это возможно связано с близостью расположения дивертикула Меккеля и распространения воспалительного процесса по висцеральному брюшину. Среди оперированных дивертикулитом у 2-х больных было флегмонозный, у 1-го гангренозным и у 3-х гангренозно-перфоративный с разлитым перитонитом.

Среди 15 больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости, инвагинация кишечника было у 8 больных, из них у 4 -х с некрозом кишечника, непроходимость на почве эмбрионального тяжа, фиксирующего вершину дивертикула к брыжейке тонкой кишки 2, к передней брюшной стенке 7, из них с некрозом кишечника у 5 больных.

Возрастной состав больных был до 3-х лет 18, 3-6 лет 6, 7-10 лет 2, старше 10 лет 2. Мальчиков было 17, девочек 11, городских 5, сельских 23.

Сроки доставки больных от начала заболевания до 12 часов- 7, до 24 часов-14, до 3-х суток 3, позже 3-х суток 4 больных.

Клиническая картина заболевания отмечались большим разнообразием: единственным постоянным признаком во всех случаях являлась боль, которая у 7 (25%) детей локализовалась в правой половине живота, 6 (21.4%) по всему животу, у 7 (25%) в различных участках живота, у 8(28.5%) схваткообразные боли в животе, у 6 (21.4%) пальпировалось инвагинат, а у 4 (14.2%) отмечалось кишечное кровотечение.

Результаты и их обсуждение. Первые 6-часов с момента поступления прооперировано 20(71.4%) больных доступом широкой поперечной лапаротомии с пересечением прямых мышц живота, 8- в сроки от 7 до 12 часов. Этим больным произведено почасовое наблюдение с определением лейкоцитоза крови, температуры тела, частоты дыхания, частоты пульса, анализа мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости и УЗИ, которые указывали косвенные признаки острого аппендицита и в связи с нарастанием болей в животе, появление симптомов Щеткина-Блюмберга, Воскресенского исключит диагноз острого аппендицита было невозможным, произведено лапаротомия аппендикулярным доступом.

Меккелев дивертикул располагался на расстоянии 20-70 см от илеоцекального угла. Форма дивертикула у 18 больных конусовидная, у 8- цилиндрическая и у 2х колбообразная. Клиновидная резекция дивертикула Меккеля произведено 6, пристеночная 11, по типу аппендэктомия 2, резекция кишечника вместе с дивертикулум с наложением анастомоз конец в конец-5 илеотрансверзоанастомоз по Витебскому 1-му, илеостома 3-м больным. С целью декомпрессии кишечника 5-больным произведено интубация кишечника через аппендикоцекостому и 3-м через устья стомы. При гистологическом исследования ДМ у 17 (60.7%) обнаружено атипичные железистые клетки в слизистом оболочке без признаков озлакоствования, а у 26 различные степени воспаления. Летальных исходов не было.

Выводы. Таким образом, при обращении больного с болями в животе тщательно собрать анамнез, при выполнении операции аппендэктомии необходимо производить осмотр тонкого кишечника на наличии ДМ, а при выявлении его производит удаление.

В особенно запущенных случаях, при дивертикулитах с явлениями непроходимости, некрозом кишечника и разлитым гнойным перитонитом, наиболее целесообразной тактикой является разделение хирургического лечения на два этапа: резекция некротизированной петли кишечника вместе с дивертикулум и выведение кишечника на переднюю брюшную стенку с образованием кишечного свища и восстановление проходимости кишечной трубки в плановом порядке через 1,5-2 месяца.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРИ

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель работы: Оценить состояние детей с острыми респираторными заболеваниями до и после методами лечения ингаляторной терапии.

Материалы и методы. В исследование было включено 48 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом острый риносинусит, подтвержденным на основании данных анамнеза, клинического осмотра, включающего риноэндоскопическое исследование, которые были распределены на 2 группы.

Группа 1 (основная) – 21 пациент, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно ингаляционно (с помощью небулайзера) применяли комбинированный препарат небутамола и небуфлюзона (ингаляция в течение 5-7 минут) в течение 7 дней.

Группа 2 (контрольная) - 27 пациент, которым после носового душа (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с последующим туалетом полости носа ежедневно применяли назальный спрей фузафунгина по 2 дозы в каждый носовой ход 4 раза в день в течение 7 дней.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ необходимости проведения симптоматической терапии показал, что ни у одного пациента, закончившего исследование, не потребовалось применения жаропонижающих препаратов. При этом использование назальных сосудосуживающих препаратов по потребности (чаще на ночь для облегчения сна) для уменьшения сильной заложенности носа в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 14 из контрольной.

Удобство ингаляционного применения комбинированного препарата небутамола и небуфлюзона, как метода лечения острого риносинусита и ларинготрахеита отметили 16 (76,1%) пациента основной группы, окончивших исследование. Ни у одного пациента основной группы не отмечали каких-либо нежелательных побочных эффектов, связанных с применением комбинированного препарата небутамол и небуфлюзон.

Выводы: Ингаляционное применение препаратов небутамола и небуфлюзона в лечении тяжелых и не осложненных форм острого риносинусита и ларинготрахеита у детей эффективный, удобный и безопасный метод.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИНКА У ДЕТЕЙ С ДИАРЕЕЙ

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Цель исследования: изучение эффективности препарата цинка при лечении диареи.

Материалы и методы исследования: Нами проведён анализ 9 месячного отчёта отдела ИВБДВ Республиканского научно клинического центра педиатрии и детской хирургии за 2020 год. Всего через ПОР (Пункт Оральной Регидратации) пролечено 20 478 детей. Из них детей от 0 до 1 года было 10 344 (50,5%), от 1-4 лет 10134 ребёнка (49,4%). Из них на грудном вскармливании было всего 5897, из них детей до 1 года 4321 (73,2%), от 1-4 лет 1576 (26,7%) ребёнка

Результаты и их обсуждение: проведённый нами анализ показал, что наиболее уязвимыми по отношению к диарее оказались дети в возрасте от 0 до 1 года не находившиеся на грудном вскармливании 6 023 ребёнка лет, что составило

58,2% от числа детей до 1 года. Доля не установленных кишечных инфекций составили 92,5%, и лишь в 7,5% случаев установлена этиология диареи, из числа, которого шигеллёзы составили 0,29%, амёбная дизентерия 0,18% и сальмонеллы 0,09%. Следует отметить, что с применением ОРС лечились 19 022 ребёнка (92,8%), из которых по схеме «А» лечились 10 200 детей (50%), по схеме «Б» 6 790 ребёнка (33,1%) и только 3 488 детей (17%) по схеме «В». Соответственно более половины больных детей были со средней степенью обезвоживания.

Сравнительный анализ с 2019 годом показал, что количество зарегистрированных больных с диареей больше на 4 313 случаев, число установленных случаев же, наоборот, в 3,5 раза меньше по сравнению с прошлым годом, а число детей

с тяжёлым обезвоживанием наоборот меньше на 0,34%. По мимо одновременной дачей ОРС (Оральное Регидратационное Средство) был назначен препарат цинка в возрастной дозировке. Всего 20137 детей (98,3%), детей до 1 года 10 238 (50%)

и от 1 года до 4 лет 9899 (48,3%) дет

Выводы: Цинк является эффективным средством в снижении тяжести и продолжительности заболевания, воздействует на иммунную функцию или кишечную структуру.

СОСТОЯНИЕ НЕГАЗООБМЕННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Яхшибеков Ш.Дж., Юсупов Б.Х., Абдулалиев А., Азизов Б.Дж.

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

²ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ

Цель исследования: Изучение степени нарушения негазообменных функций легких у детей с острой бактериальной деструктивной пневмонией

Материал и методы исследований. В основу работы положены результаты обследования и лечения 65 детей с острой бактериальной деструктивной пневмонии (ОБДП), которые находились в клинике детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Таджикского института последипломного образования в сфере здравоохранения. Больные с вторичной формы ОБДП у 67,7%, на фоне сепсиса и первичная форма 32,3%. У 72,3% легочно-плевральная форма. Городские жители 78,1%, мальчики 56,9%. У наблюдаемых нами больных преобладало правосторонняя локализация (64,3%). Поражения нижней доли (36,6%), тотальное поражение составляло 30%, субтотальное -10%. Верхняя доля поражались (6,3%). Двухсторонние поражения составляло 21,4%. Из 47 детей с легочно-плевральной формой ОБДП пиопневмоторакс были у 8 (17,0%). Из 18 больных с легочной формой ОБДП наблюдались абсцессы легких у 11 (61,1%) и у 7 (38,8%) больных лобит.

Для объективной оценки тяжести состояния детей с ОБДП, кроме клинических данных, клинико-лабораторных, рентгенологических, УЗИ и функциональных методов исследований, изучалось негазообменная функция легких путем анализа смешенной венозной (СВК), и оттекающей от легких артериальной крови (ОАК). Уровень насыщения кислородом определялся с помощью аппарата оксиметра фирмы «DATEX». Негазообменная функция легких у 65 больных от 1 месяца до 14 лет с острой бактериальной деструктивной пневмонией, проводились исследования по содержанию глюкозы крови (ортотолуидиновый метод, ммоль/л), бета - липопропротеидов (по Бурштейну и Самаю, в ус.ед, холестерин (по Ильку –в мг%общего белка (Биуретовый метод г/л, белковый фракции (по

Буревичу в модификации Каровина. Для изучения гемокоагуляционной функции легких проводилось исследование гемостаза по следующим тестам., фибрин и фибриноген по Рутбергу, тромботест по Фуэту, активированное время рекальцификации по Хауэллу, свободный гепарин по Сирмаи, толерантность плазмы к гепарину по Сигу, продукты деградации фибрина по Иванову. Нарушения метаболизма глюкозы крови было у 54 (83,07%) из 65 больных.

Результаты исследование и их обсуждение: Нарушения НФЛ I-стадия наблюдалось у 12 (18,5%), II стадии у 19 (29,2%), III стадии у 23 (38,4%) больных. Уровень глюкозы крови у больных с нарушением НФЛ I-стадии имеет компенсированный характер. При этом вено- венозная разница его концентрации по сравнению с контрольной группой, оказалось сниженной на 72%, артерио-артериальная тоже на 72%, а артериовенозная разница на 75%. Состояние эти больных оценивалось среднетяжелым. У 10 больных наблюдалась, первичная легочная форма острой бактериальной деструктивно пневмонией с подострым течением в виде пред деструкции - 4, мелкоочаговых односторонних - 2 и двухсторонних 1, абсцессов -3 субкортикального абсцесса 2, лобит - 1. У 2 наблюдалось первичная легочно-плевральная форма ОБДП, осложненная пиопневмотораксом. Дыхания у всех больных было компенсированным ЧД увеличена на 13,5±1,8%. У 19 больных с нарушением метаболизма глюкозы II стадии - субкомпенсация легкие начинали терять функциональную способность используя ее в метаболических процессах, это снижение концентрации глюкозы, по сравнению контрольной группой В-В на 62% и почти одинаковыми ее концентрациями в СВК и ОАК (В-А). У всех больных отмечалось гипертермия до 38,4±0,4°C. У больных уровень глюкозы в ОАК оказался выше, чем в СВК разница В-А- 15±2,2%,

отмечалось выраженное нарушение метаболизма глюкозы в легком и нарушения НФЛ в стадии декомпенсации (III стадия). Заболевания протекало в токсико-септической стадии с эндотоксическим шоком. Из 23 больных у 18-состояние расценено крайне тяжелым и у 5 – терминальным. С I стадии нарушения негазообменной функции легких концентрации альбумина в ОАК снижено до 34% по сравнению с практически здоровым детьми. У больных с II и III стадии нарушения НФЛ показало, что концентрация альбумина в ОАК была снижена на 69% и 26%. У 42 (72,4%) отмечалось нарушения при повышении концентрации альфа

- 1, гамма – глобулинов и снижение концентрации альфа 2 и бета глобулинов в ОАК.

Несмотря на напряженную работу легких отмечается появление в крови фибриноген «В» и продуктов деградации фибриногена. Нарушения гемостаза у больных выражалась в гиперкоагуляции артериальной крови на фоне истощения антисвёртывающей и фибринолитической систем.

Выводы. 1. Ранняя диагностика нарушений негазообменной функции легких и синдрома эндотоксической интоксикации прогнозируют развитие синдрома острого легочного повреждения и начало полиорганной недостаточности.