

ISSN 2076-4472

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРОВ И ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РТ



ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ ТАДЖИКИСТАНА



**ДУШАНБЕ
№ 3 (43)
2019**

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҚТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН
ФЕДЕРАТСИЯИ ПЕДИАТРҲОИ ДАВЛАТҲОИ ИДМ
АКАДЕМИЯИ ИЛМҲОИ ТИБ
МД «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ-КЛИНИКИИ ПЕДИАТРӢ ВА
ҶАРРОҲИИ КӮДАКОНА»**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ФЕДЕРАЦИЯ ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ
АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ РТ»**

**МАВОДИ IX-УМИН КОНГРЕССИ ПЕДИАТРҲОИ ИТТИҲОДИ
ДАВЛАТҲОИ МУСТАҚИЛ
КӮДАК ВА ҶОМЕА: МУШКИЛОТҲОИ САЛОМАТӢ, ИНКИШОФ ВА
ҒИЗО
«ТАШАККУЛИ СОЛИМИИ КӮДАКОН ДАР ШАРОИТИ ТИББИ
МУОСИР»
ВА
III ФОРУМИ ҒИЗО**

**МАТЕРИАЛЫ IX-ГО КОНГРЕССА ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ
РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО: ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ, РАЗВИТИЯ И
ПИТАНИЯ
«ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

**И
III ФОРУМА ПО ПИТАНИЮ**

10-11 октябри соли 2019

Тоҷикистон, Душанбе

ЗАМИМА

ПРИЛОЖЕНИЕ

Мухаррир

Олимзода Н.Х. д.и.т., профессор

Аъзоёни Шӯрои тахририя:

Шамсов Б.А. (котиби масъул)

Ғоибзода А.Ҷ. – д.и.т.	Ибодов Ҳ.И. - д.и.т.
Узакбаев Қ.А. – д.и.т.	Султонов Ш.Р. - д.и.т.
Набиев З.Н. – д.и.т.	Исмоилов К.И. - д.и.т.
Азизов Б.Ҷ. - н.и.т.	Музофиршоева М.М.
Муродов М.Ҷ. - н.и.т.	Икромов Т.Ш. - д.и.т.
Юсуфӣ С.Ҷ. - д.и.т.	Абдуллаева Н.Ш. - н.и.т.
Рахматулова С.И. - н.и.т.	Рахматулов Ш.Р.

Редактор

Олимзода Н.Х. д.м.н., профессор

Члены редакционного Совета:

Шамсов Б.А. (ответственный секретарь)

Ғоибзода А.Дж. – д.м.н.	Ибодов Ҳ.И. - д.м.н.
Узакбаев Қ.А. – д.м.н.	Султонов Ш.Р. - д.м.н.
Набиев З.Н. – д.м.н.	Исмоилов К.И. - д.м.н.
Азизов Б.Дж. - к.м.н.	Музофиршоева М.М.
Муродов М.Дж. - к.н.т.	Икромов Т.Ш. - д.м.н.
Юсуфи С.Дж. - д.м.н.	Абдуллаева Н.Ш. - к.м.н.
Рахматулаева С.И. – к.м.н.	Рахматулов Ш.Р.

**Масъулияти мухтавои мавод ба души муаллифони корҳои илмӣ воғузур карда мешавад
Ответственность за содержание материала несут авторы научных работ**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

Н. Олимзода Министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, профессор	К.А. Узакбаев Директор Национального центра охраны материнства и детства, Президент Федерации педиатров стран СНГ от Кыргызской Республики, профессор
С.Г. Умарзода Первый заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н.	Б.С. Каганов Почетный председатель Федерации педиатров стран СНГ, профессор, член-корреспондент Российской академии наук
В.Г. Майданник Почетный председатель Федерации педиатров стран СНГ, профессор, академик Национальной академии наук Украины	

ЧЛЕНЫ КОМИТЕТА

<i>Ахмедова Д.И. (Узбекистан)</i>	<i>Маймерова Г.Ш. (Кыргызстан)</i>
<i>Болотова Н.В. (Россия)</i>	<i>Мизерницкий Ю.Л. (Россия)</i>
<i>Боранбаева Р.З (Казахстан)</i>	<i>Михайлова Е.В. (Россия)</i>
<i>Вохидов В.В. (Таджикистан)</i>	<i>Покровский В.И. (Россия)</i>
<i>Вильчук К.У. (Беларусь)</i>	<i>Ревенко Н.Е. (Молдова)</i>
<i>Гаращенко Т.И. (Россия)</i>	<i>Сафронова А.Н. (Россия)</i>
<i>Дегтярева М.В. (Россия)</i>	<i>Хайтович Н.В. (Украина)</i>
<i>Ильенко Л.И. (Россия)</i>	<i>Эрдес С.И. (Россия)</i>
<i>Кованова Н.Н. (Россия)</i>	

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

Антипкин Ю.Г. (Украина)
Гепте Н.А. (Россия)
Камилов А.И. (Узбекистан)

ЧЛЕНЫ КОМИТЕТА

<i>Бельмер С.В. (Россия)</i>	<i>Палий И.И. (Молдова)</i>
<i>А.Валиулис (Литва)</i>	<i>Скрипченко Н.В. (Россия)</i>
<i>Горелов А.В. (Россия)</i>	<i>Строкова Т.В. (Россия)</i>
<i>Девялтовская М.Г. (Беларусь)</i>	<i>Студеникин В.М. (Россия)</i>
<i>Диканбаева С.А. (Казахстан)</i>	<i>Улезко Е.А. (Беларусь)</i>
<i>М.Кац (Израиль)</i>	<i>Шамсиев Ф.М. (Узбекистан)</i>
<i>Лапшин В.Ф. (Украина)</i>	<i>Щеплягина Л.А. (Россия)</i>
<i>Лобзин Ю.В. (Россия)</i>	<i>Шумилов П.В. (Россия)</i>
<i>Мещеряков В.В. (Россия)</i>	

СОДЕРЖАНИЕ

Олимзода Н.Х. Ибодов Х.	
Состояние и перспективы хирургической службы детского возраста в республике таджикистан	23
Andriesh P.P., Revenko N.E., Barba D.V., Sakara V.K., Tsurkanu T.G., Kiveli V.V.	
New aspects of the management of primary immunodeficiencies in medical institutions of Moldova	29
Kuznecov S.V., Zharkova T.S., Gubar S.O., Kucherenko O.O., Kolesnik Y.V.	
Herpesviral infection in HIV-infected children.....	29
Makhmudova M.M.	
Relationships of health of children with heavy forms of insufficiency of foodcomposition assessment.....	30
Prilutskaya V.A.1, Sukalo A.V.1, Pavlovets M.V.1, Shishko Yu.A.2	
Disadaptation factors of newborns from mothers with overweight and obesity in the neonatal period.....	31
Saidkhodjaeva S.N., Madjidova E.N.	
Features of diagnosis of nervous system damage in hiv-infected people: clinical case.....	31
Абдужабарова З.М.	
Генетический профиль детей с целиакией узбекской.....	32
Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Мусабекова Р.К.	
Вопросы питания недоношенных детей с хроническими заболеваниями легких.....	33
Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Ашурова Н.П.	
Клинические проявления пневмоцистной пневмонии у детей различного возраста.....	34
Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П., Кудратова С.Н.	
Анализ показателей физического развития детей раннего возраста г. Душанбе.....	35
Абдуллаева Н.Ш.	
Физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста по данным антропометрических исследований.....	36
Азизов А. А., Азизов Б. Дж., Азизов Б. А., Магзумов Д. Р., Мирзоев Р. К.	
Реабилитационное лечение выпадения прямой кишки у детей.....	37
Азизов Б.Дж., Ибодов Х., Икромов Т.Ш.	
Состояние иммунной системы у детей с наружными кишечными свищами.....	38
Азизов Б. Дж., Мирзоев Р. К., Магзумов Д. Р., Мирзоев З. Р., Ёров У. У., Сайёдов К.	

М.	
Лапароскопическая варикоцелеэктомия у детей.....	39
Азизов Б. Дж., Мирзоев Р.К., Магзумов Д. Р., Мирзоев З.Р., Ёров У. У., Нодиров Н. Н.	
Лапароскопическая диагностика брюшной формы крипторхизма и его оперативное лечение у детей.....	39
Азизов А.А.¹, Азизов Б.Дж.¹, Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев Р.К.^{1,2}, Мирзоев З.Р.², Сайёдов К.М.	
Диагностика и реконструктивно-пластическая операция, при врожденной гигантской гидронефротической трансформации у детей.....	40
Азизов Б.Дж., Ибодов Х.И., Баиров В.Г., Бобоназарова Г.Ш., Сафаров Ф., Халимов Б.Х.	
Тактика хирургического лечения при наружных кишечных свищах в детском возрасте.....	42
Аминов Х.Дж., Бадалова З.А.	
Оценка состояния здоровья новорожденных с задержкой внутриутробного развития в зависимости от акушерской патологии матери.....	44
Аминов Х.Дж.	
Патологи почек у новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию.....	45
Алишерова Н.А.	
Профилактические мероприятия у часто болеющих детей.....	46
Амонов Х., Муродов З.	
Электрокардиографические признаки детей с функциональными нарушениями сердечной деятельности.....	47
Антонов А.К. 1, Леонов Б.И.1, Гречко А.Т.1, Балберкин А.В.2, Балберкин А.А.2, Солод Э.И.2, Антонов К.А.2, Антонов А.А.2	
Быстрая паллиативная восстановительная хирургия при патологических переломах костей у детей и взрослых.....	48
Антонова Е. И., Бойко Ю. Н., Сепбаева А. Д.	
Перитонеальный диализ - метод заместительной почечной терапии у новорожденных детей с острым почечным повреждением после кардиохирургических операций с использованием искусственного кровообращения.....	49
Асадов С.К., Ибодов Х.И., Мираков Х.М, Рофиев Р.Р., Сайёдов К.М.,	
Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.....	51
Афанасьева И.А., Хайтович Н.В., Потаскалова В.С.	
Распространенность нарушений осанки у школьников.....	52
Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Ойнарбаева Э.А., Литов В.Е.	
Современные тенденции в диагностике и хирургическом лечении кисто-аденоматозной мальформации легких у детей.....	52

Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.	
Совершенствование метода хирургического лечения н-фистулы у девочек.....	53
Ахпаров Н.Н., Афлатонов Н.Б., Ахтаров К.М., Курбанова М.Р. Результаты хирургического лечения детей с идиопатическим мегаректосигмоидом.....	54
Ашурова Ш.С., Муродов М.Дж., Ашурова Н.С., Мулоев Ф.М.	
Особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей	56
Ашуров Р.Г., Хабибов И.М., Шоев С.Н.	
Вторичная ишемия головного мозга и дыхательные расстройства при травматическом сдавлении головного мозга.....	56
Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Никитин В.В., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Надбитова Р.А., Багажков А.М.	
Седация в критических состояниях у детей	58
Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Кумалагова З.Т., Смирнов Г.В.	
Катетеризации внутренней яремной вены под ультразвуковым контролем у новорожденных	59
Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Кумалагова З.Т., Смирнов Г.В., Петрин Е.А.	
Обезболивание в послеоперационном периоде при проведении торокопластики у детей	60
Бабаева Л.А., Гафуржанова Х.А.	
Влияние продолжительности грудного вскармливания на качество жизни детей первого года жизни.....	61
Бадалова З.А.	
Факторы риска, приводящие к формированию врожденных пороков сердца в регионах с повышенной радиацией.....	62
Бакоев Ф.С.	
Поражение сердца у детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией.....	62
Балакина А.В., Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Тарасова Н.В., Дайхес Н.А.	
Слуховая нейропатия: диагностика и современные возможности реабилитации.....	63
Бандаев И.С., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Искандарова З.И.	
Оценка навыков вскармливания детей раннего возраста на уровне семьи.....	64
Бандаев И.С., Дустов Дж.Х., Джонова Б.Ю., Холова С.Г.	
Анализ качества подготовки специалистов семейной медицины.....	65
Барабанов Р.Е.	
Структура качества жизни юношей и девушек с патологией голосового аппарата.....	66
Баротов А.А., Абдулалиев А., Табаров А.Р, Махмудов З.Л.	

Предоперационная подготовка детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом.....	68
Баходуров Дж.Т., Ибодов Х., Давлатов С.Б., Юсупов Б.	
Отдаленные результаты эхинококкэктомии легких при осложненных эхинококковых кистах у детей.....	70
Баходуров Дж.Т., Ибодов Х.И., Давлятов С.Б., Рофиев Р.Р.	
Осложненный эхинококкоз легких у детей.....	72
Бацазова Н.Е., Гирш Я.В.	
Оценка состояния щитовидной железы у детей и подростков пришлого населения хмао-югры.....	73
Бекембаева Г.С.	
Частота развития туберкулеза у детей и подростков, в зависимости от приверженности к лечению источника заболевания.....	74
Белых Н.А., Блохова Е.Э.	
Психологические особенности личности детей с избыточной массой тела и ожирением по данным рязанской области.....	75
Бердиев Э.А	
Профилактика послеоперационной спаечной болезни у детей.....	75
Бердиев.Э.А.	
Хирургическое лечение врождённого пилоростеноза у детей.....	76
Бобоев Б. М., Бойчаев А. Б., Анакулов А. А.	
Диагностика и лечение цистолитиаза у детей ЦГБ г. Леваканд.....	77
Большот Ю.К., Годацкая Е.К.	
Влияние дотации витамина d3 на частоту и тяжесть острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.....	78
Вартанян К.Ф	
Применение деносуаба у мужчин, прошедших курс комбинированной терапии.....	79
Василевский И.В.	
Здоровье ребенка сегодня – здоровье нации завтра.....	79
Василевский И.В., Бабич Н.О., Скепьян Е.Н.	
Клинико-фармакологический анализ лечения детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	80
Вильчук К.У., Легкая Л.А., Волчѣк В.И., Улезко Е.А., Девялтовская М.Г.	
Состояние здоровья детей в республике беларусь: успехи и перспективы.....	81
Воробьев Д.В., Икромов Т.Ш.	
Научно-практической концепции «экопрофилактика» в сохранении здоровья детей.....	82
Галактионова М.Ю., Швайгерт Т.А., Чеснокова Л.Л.	

Критерии оценки адаптации детей к дошкольному образовательному учреждению.....	82
Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Точидинов Т.Б.	
Клинико-неврологическая характеристика синингомиелии.....	83
Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М.	
Особенность диагностики и лечения ишемических инсультов у детей.....	84
Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Давлатмирова Г.Ш.	
Невропатия лицевого нерва: факторы риска.....	85
Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М.	
Применение вимелана в коррекции цереброастенического синдрома у детей с перинатальными энцефалопатиями.....	86
Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Рзаева З.Р.	
Респираторные последствия перинатальной асфиксии на первом году жизни.....	87
Гасымова Е.А., Салехова Г.Б., Гулиева Г.М., Мирзоева И.А.	
Клиническое значение определения белка сурфактанта sp-d у недоношенных детей.....	87
Герасимчик О.А, Гирш Я.В.	
Анализ тревожности у подростков с различной массой тела.....	88
Гнедько Т.В.	
Предикторы неблагоприятного исхода интенсивного лечения недоношенных детей.....	89
Гнедько Т.В.	
Частота грудного вскармливания у детей первого года жизни в республике Беларусь.....	89
Горбач Л.А.	
Туберкулез органов дыхания у подростков из семей со случаями туберкулеза.....	90
Горбач Л.А.	
Факторы заболевания туберкулезом у детей и подростков.....	91
Горбач Л.А.	
Сравнение относительных рисков туберкулеза у детей и подростков.....	92
Горелова Ж.Ю., Соловьева Ю.В., Летучая Т.А.	
Возможности профилактики алиментарных заболеваний при использовании организации альтернативных форм питания.....	93
Губарь С.О.¹, Одинец Ю.В.¹, Саратов В.Н.¹, Жаркова Т.С.²	
Состояние систем регуляторов метаболизма глюкозы при осложненных формах пневмонии у детей.....	93
Гусишная О.В., Сапожников Я.М.	

Отосклероз у детей: случаи из практики.....	95
Давлатов С.Б., Ибодов Х., Рофиев Р.Р., Асадов С.К.	
Иммунореабилитация детей с сочетанным эхинококкозом.....	95
Давлатова С.Н., Исмоилов К.И.	
Клинико-цитохимическая характеристика железодефицитной анемии у детей	96
Даминова М.Н., Расулова З.Д., Жуманиёзов Н.Б., Абдуллаева О.И.	
Иммунологические особенности герпетической инфекции вич-инфицированных детей.....	97
Джаборов Х.А., Султанов Д.Д., Солиев О.Ф., Сайдалиев Ф.Д., Курбанов С.П.	
Опыт лечения инфантильных гемангиом у детей.....	98
Джонгирхонов Л.М., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Асадов С.К.	
Результаты лечения детей с пороками развития аноректальной области.....	99
Джумаева Л.Ф., К.И.Исмоилов С.Саторов	
Особенности гуморального иммунитета у новорожденных с бактериальной пневмонией.....	100
Дияров Н.А., Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж.	
Результаты хирургического лечения острого аппендицита, осложненным перитонитом у детей.....	101
Добрынина О.Д., Мещеряков В.В.	
Уровень монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и компьютерная бронхофонография в диагностике бронхиальной астмы у детей.....	102
Довнар-Запольская О.Н.	
Эффективность медицинской профилактики клещевого боррелиоза у детей г. Минска.....	103
Довнар–Запольская О.Н., Кудрявец М. С., Солонько А. И.	
Особенности клиники и лечения атипичных пневмоний у детей младшего возраста.....	104
Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.	
Диагностика и лечение ректоуретральных свищей у детей.....	104
Ёров У.У., Саидов С.М., Назарова Ш.Ф., Эмомов Х.С.	
Эффективность лапароскопических операций в детском возрасте.....	105
Ёдгорова М.Дж., Каюмова Д.А., Мукарамова Д.А.	
Изучение структуры заболеваемости детского населения ГУ ГЦЗ№15 за 2018 год.....	106
Ёдгорова М.Дж., Каюмова Д.А., Мирзокалонова М.Дж	
Наиболее часто встречающиеся заболевания детского населения хатлонской области в практике семейного врача.....	107
Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Иномзода Д.И.	

Проблемы охвата иммунизацией детей прививочного возраста в практике семейного врача.....	108
Жанатаева Д.Ж., Мещеряков В.В.	
Принципы мониторинга и регистр наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей.....	109
Жуманиёзов Н.Б., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Расулова З.Д	
Особенности вич-инфекции, сочетанной с туберкулёзом.....	110
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.	
Уровень содержания сурфактантного белка D в сыворотке крови и содержанием трахеобронхиального дерева при респираторном дистресс-синдроме (рдс) и врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных	110
Ибодов Х.¹, Рофиев Р.¹, Давлатов С.Б.¹, Хамидов И. ², Юсупов Б. ²	
Лечение врожденной лобарной эмфиземы легких у детей.....	111
Ибодов Х.И.¹, Давлатов С.Б.¹, Рофиев Р.¹, Мирзоев Д.С.²	
Ликвидация остаточной полости при эхинококкэктомии печени у детей.....	112
Ибодов Х.¹, Давлатов С.Б.¹, Рофиев Р.¹, Хамидов И.²	
Коррекция врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей.....	113
Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Асадов С.К., Каримова П.Т.	
Диагностика пороков развития мочевыделительной системы у детей.....	115
Икромов Т.Ш., Муродов А.А., Ибодов Х.	
Оптимизации степени операционно-анестезиологического риска у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек.....	116
Икромов Т.Ш. , Ибодов Х. , Муродов А.А.	
Применения озона и непрямого электрохимического окисления в послеоперационном периоде у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек.....	118
Икромов Т.Ш., Ибодов Х.	
Реабилитация детей с уролитиазом.....	119
Исмоилов К. И., Юсупова М. А.	
Современные аспекты лечения внутриутробных смешанных инфекций у новорождённых.....	120
Исмоилов К. И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А.	
Гемостатический показатель как маркёр тяжести процесса у новорождённых с пневмонией.....	122
Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., Мухитдинова З.А.	
Состояние ферментной активности лимфоцитов у детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.....	123

Исмоилов К.И., Шарипова М.М.	
Особенности перекисного окисления липидов (пол) и антиоксидантной защиты (аоз) у детей с бронхиальной астмой.....	124
Исмаилов К.И., Расулова С.А.	
Состояние клеточного метаболизма у детей с хроническим расстройством питания.....	
Исмаилов К.И., Хаётова С.М.	125
Особенности функции внешнего дыхания у детей с наследственными гемолитическими анемиями.....	126
Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Ходжибекова Н.А.	
Клинико-гомеостатическая характеристика специфической внутриутробной инфекции у новорожденных детей.....	127
Исмаилова А.К., Даминова М.Н., Умаров Т.У., Абдуллаева О.И.	
Диагностика гименолепидоза у детей.....	128
Исмаилов К.И., Ходжаева Н.Н.	
Применение эксиджада у пациентов с хронической перегрузкой железом.....	129
Кабилова Б.Х.	
Клинические проявления внутрижелудочковых кровоизлияний у новорожденных родившихся с пренатальной гипоксией.....	130
Каримов К.Р., Жамолов Т.А.	
Результаты лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.....	131
Каспарова А.Э., Коваленко Л.В., Мещеряков В.В., Сус Л.А.	
Оценка здоровья новорождённых и детей первых 1,5 лет жизни из условий плацентарной недостаточности.....	132
Касьян А.Р. Сатаев В.У. Алянгин В.Г.	
Тактика лечения вросшего ногтя у детей.....	133
Каюмова Д.А., Файзуллоева С.М., Назаров Э.И.	
Изучение причин тяжелого течения внебольничной пневмонии у детей разных возрастных групп.....	134
Каюмова Д.А., Шамсов Б.А., Назаров Э.И., Файзуллаева С.М.	
Влияние вида вскармливания на показатели здоровья детей первого года жизни.....	135
Китаева Л.И., Балыкова О.П., Чернова Н.Н.	
Анализ и гигиеническая оценка заболеваемости детского населения города саранск.....	136

Кодиров А.Р., Хукумзода М.З.	
Лечение гнойно-среднего отита у детей в амбулаторных условиях.....	137
Коновалова А.М., Печкуров Д.В.	
Особенности физического развития детей раннего возраста с пищевой аллергией.....	138
Косимов З.К., Махмудов С.А., Джалилов А.Х., Хамидов Д.Б.	139
Небулайзерная терапия в профилактике и лечение легочных Осложнений у больных с острым перитонитом в послеоперационном периоде	
Кошимбетова Г.К.	
Кишечная всасываемость у подростков с функциональной диспепсией.....	140
Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Набиева Ш.З.	
Ведение детей раннего возраста с врожденным пороком сердца.....	141
Кудратова С.Н., Каюмова Д.А., Халилова З.А., Парсаева В.А.	
Эффективность применения "Йодолайф" при йододефиците у детей	142
Курбанов С.Х., Шарипов М.А., Юнусов И.А.	
Реабилитация детей младшего возраста при врожденной косолапости.....	143
Лагутеева Н.Е., Сависько А.А., Асланян К.С.	
Исследование содержания гепсидина сыворотки крови у детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ).....	144
Ларичева Е.Г.	
Эффективность инновационной образовательной программы для юношей в формировании здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья.....	145
Лисихина Н.В., Галактионова М.Ю., Гордиец А.В.	
Уровень осведомленности обучающихся красноярских вузов о психоактивных веществах.....	146
Лозовская М.Э., Хамчиева Л.Н., Мосина А.В.	
Способ определения активности туберкулеза у детей путем пробного лечения.....	147
Мадаминова З.А., Умарова М.Н, Хайталиева Н.Р., Нозимов Р.Д., Рахматов М.Н., Негматова Д.А., Хусейнов А.А.	
Проблемы оказания паллиативной помощи детям в республике Таджикистан.....	147
Маджидзода А.К., Ахмедов С.Б., Саидов Ф.Б.	
Лечения детей с первичным хроническим пиелонефритом.....	148
Маликов М.Х, Хасанов М.А, Карим-заде Г.Д, Махмадкулова Н.А	
Применение модифицированной операции zancolli при застарелых повреждениях локтевого нерва у детей.....	149

Маликов М.Х, Додариён Х.С, Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А.	
Хирургическая тактика при грыже амианда.....	150
Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Назрилло	
Хирургическая тактика при «compartment syndrome» верхней конечности.....	151
Махкамов К.К., Олимова Ф.К., Амонкулова Н.И., Зурбекова Ш.	
Анализ летальности маловесных детей и пути ее снижения.....	152
Махмаджонов Д.М., Джабборов С.С.	
Нейрогенное расстройство мочевого пузыря у детей.....	153
Мамаджанова Г.С	
Заболевания носоглотки у часто болеющих детей.....	155
Мамаджанова Г.С	
Клиническая особенность сепсиса у детей раннего возраста.....	156
Махмадкулова Н.А, Ибрагимов Э.К., Курбонов Дж.Дж. Маликов М.Х.	
Коррекция симбрахидактилии у детей.....	157
Махмадов Ш.К, Халимова З.С., Каримова С.Б.	
Эффективность глазных капель моксифлоксацина (бивокса) при воспалительных заболеваниях глаз у детей первого года жизни.....	158
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж	
Значение диагностической лапароскопии в острой хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза у детей.....	159
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б	
Выбор тактики хирургического лечения и завершения эхинококкэктомии из печени.....	160
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж	
Результаты диагностики и успешное лечение инвагинации кишечника у детей.....	161
Махмудова М.М.	
Миокардиты у новорожденных детей с внутриутробными инфекциями	162
Махмудова М.М.	
Клиническая характеристика новорожденных детей, перенесших внутриутробную хламидийную инфекцию.....	163
Машиц В. Д., Рубан А.П., Василевский И.В.	
Оптимизация лечения острой респираторной вирусной инфекции у детей.....	163
Мендигалиев Е.К., Турсунов К., Куниязов Ж.К., Кусайнов Е.А., Сагымбаева А.А.	
Торакоскопическая коррекция врожденных ложных диафрагмальных грыж у новорожденных.....	164
Мирпочоева З.А.	

Некоторые особенности клинического течения аскаридоза у детей	165
Мирзоев Р. К., Сайёдов К. М., Магзумов Д. Р., Нодиров Н. Н.	
Хирургическая коррекция дистальной гипоспадии.....	166
Мирзоева С.М., Набиев М., Кариева М., Сабуров М.Р.	
Раннее консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей.....	166
Мирзоева С. М., Набиев М., Сагизов Н.Г.	
Современные хирургические методы лечения последствий полиомиелита у детей.....	167
Мисюра А.Н.	
Медико-психологическое сопровождение подростков с первичной артериальной гипертензией.....	168
Мощенко Ю.П.¹, Сапотницкий А.В.	
Динамика частоты заболеваний сердца и сосудов у детей и подростков в городе Барановичи в 2010-2018 годах.....	169
Музаффаров Ш.С, Зурхолова Х.Р., Расулова Г.Дж., Розикова Г.С., Нурова Р.А.	
Структура здоровья и заболеваемости недоношенных новорожденных детей, рожденных с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела от матери с тяжелой преэклампсией.....	171
Музаффаров Ш.С.	
Клинико-гемостатическая характеристика врожденной цитомегаловирусной инфекции у новорожденных детей.....	171
Музофиршоева М.М.	
Течение бронхиальной астмы при заболевании щитовидной железы.....	173
Муродов М.Дж., Шамсов Б.А, Кодиров А.Р., Рахмонов М.Б.	
Стратификации факторов риска развития кардиоваскулярной патология у новорожденных	174
Мухтермова В.Н, Медведева Н.В, Шамшиева Н.Н, Курбанов А.Х.	
Влияние факторов риска на развитие активного туберкулеза среди детей и подростков.....	175
Набиева Ш.З., Шамсов А.Т., Камолова Г.Т.	
Особенности диагностики и течения гломерулонефрита у детей разной возрастной категории	175
Набиева Ш.З., Сулаймонов С.И., Шеров М.М., Парсаева В.А.	
Показатели электроэнцефалограммы детей с синдромом раннего детского аутизма	176
Набиев М.Т., Мирзоева С.М., Сабуров М.Р.	
Современные методы лечения последствий полиомиелита у детей.....	177
Набиева Ф.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Юсупов А.С.	

Клинические особенности цитомегаловирусной инфекции вич-инфицированных пациентов.....	179
Назаров Ф. Н.², Азизов Б. Дж.¹, Мирзоев Р.К.^{1,2}, Абдуллоев С. Ф.², Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев З.Р.²	
Лапароскопическая аппендэктомия у детей.....	179
Назаров Ф. Н., Мирзоев Р. К., Мирзоев З. Р., Абдуллоев С. Ф., Магзумов Д. Р., Ёров У. У.	
Применение лапароскопии в лечении спаечной кишечной непроходимости у детей.....	180
Насирова С.Р., Мехтиева С. А.	
Оценка прогностического значения матрикс металлопротеиназы-17 при некротическом энтероколите у новорожденных.....	182
Недыхалов И.С., Гириш Я.В., Тепляков А.А.	
Частота встречаемости и структура заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.....	182
Новиков В.И., Степура Д.С., Новиков И.В.	
Новый компонент комплексной реабилитации детей.....	183
Носиров Ю.У., Мансуров А.Б., Султанов Р.Ш.	
Инородные тела пищевода у детей.....	184
Олимова К.С., Курбанова Л.М., Рахимова С.А.	
Особенности состояния здоровья и развития детей с дефицитом витамина D.....	185
Орел А.М., Семенова О.К.	
Частота дегенеративно-дистрофических поражений суставов позвоночника по данным системного анализа рентгенограмм.....	186
Отамуратов Ф.А.	
Диагностика и лечение клоакальных форм аноректальных аномалий.....	187
Пазилова С.А., Абдужабарова З.М., Шодиева М.С.	
Распространенность helicobacter pylori ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.....	188
Пиязин А.И., Москалев И.В., Сероклинов В.Н.	
Компьютерный анализ текста выписок историй болезни детей.....	189
Пиязин А.И, Дронова Е.И, Козловский Р.А, Москалев И. В, Кротова О.С.	
Показатели общего анализа крови у детей - национальный и исторический аспекты.....	190
Погонченкова И.В., Рассулова М.А., Юрова О.В., Макарова М.Р., Харисов Н.Ф., Ксенофонтова И.В.	
Эффективность применения ударно-волновой терапии и радоновых ванн у пациентов с остеоартрозом.....	191
Прилуцкая В. А., Сукало А.В.	

Маловесные новорожденные дети: прогноз и мониторинг развития.....	192
Пшеничная Е.В., Тонких Н.А., Дудчак А.П., Усенко Н.А.	
Влияние тренировочных факторов на динамику артериального давления у подростков с гипертонической реакцией на физическую нагрузку.....	193
Ражабов И.Б., Таджикиев Б.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.	
Клиническая характеристика вариантов хронического HBV-, HCV- гепатита.....	194
Рапян А.А., Карапетян Н.Р.	
Эхокардиографическое обследование детей в период подготовки к соревнованиям по футболу.....	194
Расулова З.Д., Каримова З.К., Даминова М.Н.	
Защитная способность эритроцитов у детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника.....	195
Рассулова М.А., Погонченкова И.В.	
Применения методов управляемой терапии при восстановительном лечении у больных с респираторной патологией.....	196
Раупов Ф.С., Мансуров А.Б.	
Постравматический панкреатит у детей.....	198
Рахматова Р.А.,Набиев З.Н.,Файзулов Д. А., Шерназаров И.Б.	
Интенсивная терапия новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно-некротическом энтероколите.....	199
Рахматуллаева М. А., Набиева Ш.З.	
Пролапс митрального клапана у детей с врожденными и приобретенными заболеваниями сердца.....	199
Рахимов Т.И., Бобоева Х.А., Астанакулов С.Р.	
Патогенетическое обоснование иммуномодулирующей терапии рецидивирующего обструктивного бронхита у детей.....	200
Ревенко Н.Г., Цуркану Т.Г.	
Родительские знания о профилактике рахита, между протоколом и реальностью.....	201
Романчук Л.В., Ревенко Н.Е.	
Аритмии у детей с признаками дисплазии соединительной ткани.....	201
Рофиев Р.Р., Баходуров Д.Т., Ибодов Х.И., Давлатов С.Б.	
Профилактика повторных операции на легких у детей.....	202
Садомская Н.А., Аникеева Н.А., Майорова Н.А., Лашко А.Ю., Терещенко С.В., Кангутис С.С., Жилочкина А.М.	
Некоторые особенности антибиотикорезистентности уропатогенов у детей с	204

инфекциями мочевыводящих путей.....	
Саидмурадова Г.М., Салимов А.	
Применения фитотерапии у детей с затяжным течением вирусного гепатита А.....	205
Саидмурадова Г.М., Джонибеки Рустамбек	
Клиническое течение острых респираторных вирусных инфекций у детей.....	206
Самиева Н.Ш.	
Перинатальные исходы недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой при рождении.....	207
Сапожников Я.М., Карпов В.Л., Мачалов А.С., Тарасова Н.В.	
Совместная работа сурдолога и сурдопедагога в процессе проведения реабилитации детей после кохлеарной имплантации.....	207
Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Файзуллоев С.	
Новый подход к комплексному лечению некротической флегмоны при ветряной оспе у детей.....	208
Сергета И. В., Теклюк Р. В., Тимошук О. В., Макаров С. Ю., Панчук А. Е., Стоян Н. В.	
Социально-психологические и психофизиологические аспекты школьной гигиены и профилактической педиатрии: междисциплинарный подход и межсекторальное взаимодействие.....	210
Солиева Л. М., Халилова З.А., Гулова Р.Х.	
Мекониальная аспирация фактор срыва адаптации новорожденных.....	211
Сорбон М., Икромов Т.Ш., Джонгирхонов Л.М.	
Влияние образа жизни женщины и медико-социальных факторов на риск формирования патологии новорожденных.....	212
Султанкулова Г.Т., Турлекиева Ж.М.	
К вопросу об острых нарушениях мозгового кровообращения у детей.....	214
Султонов Ш.Р., Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Гуриев Х.Дж.	
Ультразвуковая диагностика врожденного пилоростеноза у новорожденных.....	215
Султанов Д.Д., Сайдалиев Ф.Д., Солиев О.Ф., Туйчиев Д.А.	
Комбинированное лечение гемангиом области лица и стопы у детей.....	217
Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Зарифов Х.З.	
Современная технология в диагностике и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей.....	217
Сухарева А.П., Шишко Г.А., Михаленко Е.П., Малышева О.М., Артюшевская М. В., Аджиева В.Ф., Кильчевский А.В., Ситник Н.Г., Сержан Т.А.	
Бронхолёгочная дисплазия у недоношенных новорождённых и полиморфизм гена MMR9.....	219
Таджибаева З.А., Кузибаева Н.К., Ходжибекова Н.А., Файзуллоев Ф.А., Набиева Ш.З.	

Клиническая характеристика состояния сердечно-сосудистой системы у детей с врожденными пороками сердца в послеоперационном периоде.....	219
Тархан-Моурави И.Д., Табидзе М.Ш., Гулуа Н.Л., Кутателадзе Н.С.	
Действие медицинской реабилитации с использованием ионтофореза алоэ и серебра при бронхиальной астме у пациентов детского возраста.....	220
Ташпулатова Ф.К, Абдусаломова М.И, Медведева Н.В, Рахимов Д.Б.	
Переносимость химиотерапии в клинике детского туберкулеза.....	221
Тонких Н.А., Пшеничная Е.В.	
Вазовагальные синкопе у детей. разные клинические сценарии.....	222
Улезко Е.А., Левандовский Е.В.	
Возможности ультразвука в диагностике патологии легких у недоношенных детей в условиях реанимации.....	223
Умаров Х.У., Самиева Н.Ш.	
Состояние здоровья детей первого года жизни с фоновым состоянием.....	224
Умарова З.К.	
Профилактика и лечение острых респираторных заболеваний у детей.....	225
Умарова З.К.	
Атопический дерматит и его течение.....	226
Умарова М.Н., Мадаминова З.А., Негматова Д.А., Хайталиева Н.Р.,	
Лечение гемангиомы у детей в условиях отделения детской онкологии ронц рт мз сзн	227
Умурзаков М.Н., Юнусбаева М.	
Гемодинамические нарушения на фоне кишечной инфекцией у детей и их коррекция.....	227
Файзулов Дж.А., Набиев З.Н., Рахматова Р.А., Абдуназаров Н.А.ж	
Коррекция нарушений системы у новорожденных с язвенно-некротическим энтероколитом.....	229
Файзуллоев Ф. А., Набиев З.Н., Шамсов Б.А., Тоджибоева З.А., Набиева Ш.З.	
Особенности физического развития детей до 1 года с врожденными пороками сердца.....	229
Фалетров М.В., Фокичева Н.Н., Аникеева Н.А., Горячев В.В., Иёшкина М.Н., Никонова С. А.	
Некоторые аспекты острых экзогенных отравлений у детей и подростков рязани и рязанской области.....	230
Фирсова Л.Д.	
Ретроспективный анализ гастроэнтерологического анамнеза больных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.....	231
Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М., Рустамова М.С.	
Опыт лечения дилатационной кардиомиопатии у детей.....	232

Хайдарова О.Ф., Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т.	
Особенности клинического течения и лечения пиелонефритов у детей.....	234
Хакимов Ш.К., Каримов К.Р., Ортиков О.Р., Мансуров А.Б., Абдуллаев Н.С.	
Результаты оперативного лечения чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей.....	235
Хасанова Г.М.	
Коморбидные состояния при ожирении у подростков.....	236
Ходжаева Н.Н, Исмаилов К.И.	
Основной маркёр по определению неспецифического иммунитета у детей с железодефицитной анемией.....	236
Ходжаева Н.М., Бобоева З.Р., Мамадярова М.Г.	
Особенности клеточного иммунного ответа у детей дошкольного возраста при скарлатине.....	237
Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж., Мамадярова М.Г.	
Особенности клеточного иммунного ответа при коклюше у детей раннего возраста.....	238
Ходченко Е.В., Гирш Я.В.	
Патология лимфоузлов и содержание витамина D в детской возрастной группе.....	239
Хомякова Т.И., Магомедова А.Д., Козловский Ю.Е., Козловская Г.В., Чертович Н.Ф., Хомяков Ю.Н.	
Возможные механизмы развития инфекционной патологии у детей раннего постнатального периода.....	240
Хотамова М.Н.	
Показатели гемостаза у новорожденных детей, перенесших гипоксию в зависимости от сезона года.....	240
Хотамова М.Н.	
характеристика перинатальных поражений цнс гипоксического генеза у новорожденных, родившихся от матерей с анемией.....	241
Цамерян А.П.	
К вопросу о близорукости среди школьников.....	242
Цамерян А.П., Добрук И.В.	
Охрана зрения в условиях школы и работа «кабинета охраны зрения».....	243
Цуркану Т.Г. Андриеш Л.Г	
Частота факторов риска при материнской-фетальной зараженности герпинфекцией у младенцев.....	244
Шабонов Р.З., Намозов Д.Б., Исмагова М, Файзуллоева А.Б.	
Этиологическая структура затяжных желтух у детей раннего возраста по данным отделения «мать и дитя» КЗ «Истиклол».....	245

Шамсов Б.А., Набиев З.Н.	
Влияния грудного вскармливания на физическое развития недоношенных детей первого года жизни с малым весом	246
Шамсов Б.А., Набиев З.Н.	
Особенности питания детей с сахарным диабетом 1-го типа	247
Шамсов Б.А., Каюмова Д.А.	
Роль инновационного проекта «Score Coda» в улучшении управления данными у детей с белково-энергетической недостаточностью	247
Шамсиев Дж.А., Ганиев Ш.С., Хамраева Д.Х.	
Морфологические методы исследование при терминальной стадии врожденного гидронефроза.....	248
Шовкун В.А., Васильева Л.И., Лутовина О.В.	
Состояние микробиоты кишечника у детей раннего возраста из группы риска по развитию метаболических расстройств.....	249
Шеров М.М., Косимова М.С., Сулаймонов С.И., Мулоев Ф.М., Мавлонов А.Р.	
нарушения мозгового кровообращения и сердечно-сосудистой системы при соматоформной вегетативной дисфункцией нервной системы	250
Щербакова М.Ю.	
Часто болеющие дети – взгляд кардиолога.....	250
Эргашев Н.Ш. Отамурадов Ф.А.	
Врожденный ректальный мешок у детей.....	252
Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.	
Частота и нозологическая структура аноректальных пороков развития у мальчиков.....	253
Эфендиева М.З., Кулиева С.А., Керимова Н.Т.	
Клинико-диагностическое значение α и γ интерферонов в сыворотке крови новорожденных с перинатальной инфекцией.....	254
Юнусбаева М.Ш., Умурзоков М.Н., Бадалов Ш.А.	
Повреждение почек у детей при нейроинфекции.....	254
Якубова З. Х.	
Структурно-функциональные взаимосвязи эндокринопатий у детей раннего возраста.....	255
Янгибаева Б.У., Муродов М.Дж. Муллоев Ф.	
Диагностика и коррекция железодефицитной анемии у детей	257
Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.	
Общие принципы, преимущества и современные возможности в лечении острой респираторной вирусной инфекции.....	258

МАТЕРИАЛЫ III ФОРУМ ПО ПИТАНИЮ	
Умарзода С.Г., Рахматуллоев Ш.Р.	
Роль и важность национальной стратегии по изменению социальных и поведенческих норм в улучшении статуса питания среди детей до 2ух лет в республики таджикистан	259
Рахматуллоева С. И.	
Таджикистан: национальные данные по избыточному весу среди детей начального класса школ	263
Шамсов Б.А., Миралибекова Ш.	265
Пилотирование новых технологий (SCOPE CODA) в рамках проекта по профилактике и лечению острой недостаточности питания средней степени	
Якуб Какиетек	
Аналитический инструмент «Оптимальное питание» и презентация предварительных результатов анализа «Оптимальное питание» в Республике Таджикистан	266
Шукурбекова И.	
Центрально Азиатский проект по снижению задержки роста детей в Таджикистане	268
Пулатова С., Разыкова Г., Джаборова Т., Бобоева Х.	
Процессы улучшения питания детей до пяти лет в районах хатлонской области	269

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Олимзода Н.Х., Ибодов Х.

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Правительство Республики Таджикистан уделяет большое внимание охране здоровья населения, прежде всего детского населения. Хирургия, анестезиология и реаниматология детского возраста, как важнейшая составная часть службы здравоохранения, нуждается в качественном развитии. Перед специалистами этих направлений медицины стоит задача огромной социальной значимости по повсеместному и полному удовлетворению потребностей детей на всех этапах оказания высококвалифицированной и специализированной хирургической помощи, кардинальному повышению её качества. Деятельность служб хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста должна быть ориентирована на активную поддержку процесса реформирования здравоохранения путем совершенствования существующих, устранения сомнительных, дорогостоящих и недостаточно эффективных способов диагностики и лечения, а также внедрения новых, доказательных с научной точки зрения, альтернативных технологий по оказанию медицинской помощи. Необоснованные врачебные вмешательства и полипрогмазии должны быть сведены к минимуму, помощь должна быть основана на применении щадящей технологии и быть нацелена на развитие гуманного отношения к ребенку, матери и семье, в контексте международных обязательств страны по охране прав и свобод ребенка.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в последние годы проведено огромная работа по реформированию отрасли. Приняты национальные, отраслевые программы по наиболее приоритетным проблемам педиатрии, внедрение которых сыграло положительную роль, в частности, в сокращении числа гнойно-септической патологии и осложнений инфекционных заболеваний, требующих в последующем хирургического вмешательства. Началось внедрение модели, ориентированной на оказание помощи семье и общине на уровне структур первичной медико-санитарной помощи при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы. Произошло реформирование в системе до и последипломного образования, основанное на принципах многоуровневой подготовки медицинских и фармацевтических кадров. Весь перечень вышеупомянутых перемен ориентирован на выполнение взятых Таджикистаном обязательств по достижению Целей Развития Тысячелетия – снижению детской смертности на $\frac{1}{3}$.

На сегодня в республике функционируют 24 отделения детской хирургии и 13 отделений анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. Во всех остальных районных центрах имеются отдельные профилизованные койки в составе отделений общей хирургии, где дети получают квалифицированную хирургическую помощь.

В 2010 году в республике работало 260 детских хирургов (из них 3 доктора и 20 кандидатов медицинских наук). 166 (70,3%) из них имеет квалификационные категории: высшую – 67 (40,4%), первую – 49 (29,5%) и вторую – 50 (30,1%).

Обеспеченность детскими хирургами за последние 9 лет - 0,8 на 10 тыс. детского населения (у взрослых в 2,7 раза больше). По-прежнему прослеживается явная диспропорция в обеспечении этими специалистами – от 2,7 г. Душанбе до 0,3 в РРП. Министерством предпринимаются меры по устранению вышеуказанной диспропорции кадров путем целевого приема в Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. В соответствии с новой Концепцией высшего медицинского и

фармацевтического образования внедрена трехступенчатая подготовка специалистов хирургического профиля.

В 2019 году в республике функционирует 1349 детских хирургических коек, что несколько ниже по сравнению с 2010 годом (1461). В то же время показатели занятости койки повысились (соответственно 275 и 257). Несмотря на низкую обеспеченность детскими хирургическими койками, средняя занятость коек остается все еще низкой.

В 2018 году 45265 детям выполнены оперативные вмешательства (в 2010 г. – 32068), из которых 80% проведены в профильных отделениях. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2018 г. составляла 12,2 (в 2010 г. – 13,2), оборот койки – 24,9 (в 2010 г. – 23,2). Хирургическая активность в 2018 г. повысилась по сравнению с 2010 г. (соответственно – 65,7% – 62,3%), послеоперационные осложнения несколько снизились – 2,6% (в 2010 г. – 2,9%): после плановых операций – 1,7% и экстренных – 2,9% (в 2010 г. – 2,4% и 3,1% соответственно). Общая летальность составляет - 1,2%, послеоперационная – 0,9% (в 2010 г. – 1,9% и 1% соответственно). К сожалению, в результате поздней госпитализации больных и выполнения оперативных вмешательств увеличилось число послеоперационных осложнений, инвалидности и летальности.

Вызывает большую озабоченность увеличение повторных оперативных вмешательств от 3,4 в 2010 г. до 6,2% в 2018 г. Это обстоятельство, скорее всего, связано со слабой квалификацией, как хирургов, так и анестезиологов – реаниматологов, выполнением ими не разрешенных объемов оперативных вмешательств. В то время как решением коллегии Министерством здравоохранения в зависимости от квалификации персонала, оснащения лечебных учреждений оборудованием определен конкретный перечень хирургических вмешательств, разрешаемых на районном, городском и областном уровнях.

Следует отметить важность рассматриваемого вопроса на VI научно-практической конференции детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов - «Проблема перитонита у детей». Данная патология у детей в 2018 году по сравнению с 2010 г увеличилась в 1,5 раза. Возросли также показатели летальности и послеоперационных осложнений (соответственно 4,8% и 3,7%; 18,5 и 10,3%). Высокими остаются показатели внутрибольничных инфекций. Необоснованное назначение антибиотиков (иногда двух и более) привело к росту оппортунистических инфекций и формированию устойчивых штаммов больничной микрофлоры. Нередко развитию внутрибольничных осложнений способствует неаргументированное длительное пребывание больного в хирургических стационарах и отделениях.

В этой связи уместным будет расширение практики однодневных стационаров, минимизация сроков подготовки пациента к операции и сокращение сроков его пребывания в стационаре после хирургического вмешательства.

Ключевыми, нерешенными вопросами остаются полипрогмазия, необоснованное использование дорогостоящих методов обезболивания, слабый послеоперационный уход, игнорирование порою элементарных санитарно-гигиенических правил, оказывающих решающее влияние на качество оказываемых услуг.

Сделаны реальные шаги по реализации внедрению новых методов диагностики (МРТ, компьютерная томография, УЗИ, ангиография, электронная микроскопия и др.), а также по широкому применению новых эффективных методов хирургического лечения: двойное дренирование и длительное промывание гнойного медистенита; остеотометрия и щадящая промывание костномозгового канала при остром гематогенном остеомиелите; нефролитостомия с интратенальной пластикой при нефролитиазе; реваскуляризация мочевого пузыря при мионейрогенном пузыре, ликвидация остаточной полости при

эхинококкэктомии печени и легких; сегментарная резекция легких с применением микрохирургической техники и др. Сотрудники клиники уделяют внимание разработке методов альтернативной хирургии: рентгеноваскулярная пломбировка сосудов при врожденной гипоплазии почки, сопровождающаяся ренальной гипертензией, эндоваскулярная блокада при варикоцеле, плановое низведение солитарного камня мочеточника, способы выведения ущемленных камней уретры, лапароскопическое и эндouroлогические операции, перкутанная и ретроградная внутривисочечная литотрипсия, коррекция ПМР объемобразующими препаратами, балонная дилатация уретероветрикулярного соустья, эндоскопическое устранение уретероцеле и клапана уретры, ряд усовершенствованных операций при болезни Гиршпрунга и аноректальные пороки развития (операция De-La-Torre Mandrogon, Swenson-Like, трансанальные и лапароскопические низведение толстой кишки, проктопластика по Пенья, модифицированная сфинктерограцилопластика и др.), пункционная нефростомия при врожденном гигантском гидронефрозе, длительная катетеризация мочеточника при двухстороннем гидронефрозе и др.

В практической работе детских хирургов получили распространение более 80 различных оригинальных и усовершенствованных сотрудниками клиник детской хирургии Медицинского университета и института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана ранее известных операций и лечебно-диагностических манипуляций.

За последние 5 лет детскими хирургами защищено 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций. Выпущено 8 монографий, 12 методических рекомендаций, получено 3 авторских свидетельства, более 80 рационализаторских предложений.

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения в любой стране является перинатальная детская смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургического вмешательства в период новорожденности или первой половине жизни. Высокая летальность среди новорожденных, связанные с особенностями течения многих патологий в этой возрастной группе. Разнообразие пороков развития, нередкое сочетание различных аномалий между собой, а также недоношенностью и не хирургической патологией, транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития в специализированные детские хирургические центры или отделений потребовали разработку особого подхода к хирургическому лечению детей первого месяца жизни. В этой связи в республике намечается открытие перинатальных центров отвечающие все требования современной медицины. В городе Кулябе открылось перинатальный центр в структуре которой имеется отделения хирургии новорожденных. Функционирует перинатальный центр в медицинском комплексе Истиклол. В городе Душанбе 2016 году при непосредственной поддержке Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмон сдан в эксплуатацию Медицинский комплекс Истиклол, где функционируют специализированные детские хирургические отделения по всем направлениям.

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

жизненно важных органов при проведении хирургических вмешательств, выполнение последних квалифицированными специалистами с учетом материально-технического потенциала лечебных учреждений.

Правительство Республики Таджикистан уделяет большое внимание охране здоровья населения, прежде всего детского населения. Хирургия, анестезиология и реаниматология детского возраста, как важнейшая составная часть службы здравоохранения, нуждается в качественном развитии. Перед специалистами этих направлений медицины стоит задача огромной социальной значимости по повсеместному и полному удовлетворению потребностей детей на всех этапах оказания высококвалифицированной и специализированной хирургической помощи, кардинальному повышению её качества. Деятельность служб хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста должна быть ориентирована на активную поддержку процесса реформирования здравоохранения путем совершенствования существующих, устранения сомнительных, дорогостоящих и недостаточно эффективных способов диагностики и лечения, а также внедрения новых, доказательных с научной точки зрения, альтернативных технологий по оказанию медицинской помощи. Необоснованные врачебные вмешательства и полипрогмазии должны быть сведены к минимуму, помощь должна быть основана на применении щадящей технологии и быть нацелена на развитие гуманного отношения к ребенку, матери и семье, в контексте международных обязательств страны по охране прав и свобод ребенка.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в последние годы проведено огромная работа по реформированию отрасли. Приняты национальные, отраслевые программы по наиболее приоритетным проблемам педиатрии, внедрение которых сыграло положительную роль, в частности, в сокращении числа гнойно-септической патологии и осложнений инфекционных заболеваний, требующих в последующем хирургического вмешательства. Началось внедрение модели, ориентированной на оказание помощи семье и общине на уровне структур первичной медико-санитарной помощи при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы. Произошло реформирование в системе до и последипломного образования, основанное на принципах многоуровневой подготовки медицинских и фармацевтических кадров. Весь перечень вышеупомянутых перемен ориентирован на выполнение взятых Таджикистаном обязательств по достижению Целей Развития Тысячелетия – снижению детской смертности на $\frac{2}{3}$.

На сегодня в республике функционируют 24 отделения детской хирургии и 13 отделений анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. Во всех остальных районных центрах имеются отдельные профилизованные койки в составе отделений общей хирургии, где дети получают квалифицированную хирургическую помощь.

В 2010 году в республике работало 260 детских хирургов (из них 3 доктора и 20 кандидатов медицинских наук). 166 (70,3%) из них имеет квалификационные категории: высшую – 67 (40,4%), первую – 49 (29,5%) и вторую – 50 (30,1%).

Обеспеченность детскими хирургами за последние 9 лет - 0,8 на 10 тыс. детского населения (у взрослых в 2,7 раза больше). По прежнему прослеживается явная диспропорция в обеспечении этими специалистами – от 2,7 г. Душанбе до 0,3 в РРП. Министерством предпринимаются меры по устранению вышеуказанной диспропорции кадров путем целевого приема в Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. В соответствии с новой Концепцией высшего медицинского и фармацевтического образования внедрена трехступенчатая подготовка специалистов хирургического профиля.

В 2019 году в республике функционирует 1349 детских хирургических коек, что несколько ниже по сравнению с 2010 годом (1461). В то же время показатели занятости койки повысились (соответственно 275 и 257). Несмотря на низкую обеспеченность детскими хирургическими койками, средняя занятость коек остается все еще низкой.

В 2018 году 45265 детям выполнены оперативные вмешательства (в 2010 г. – 32068), из которых 80% проведены в профильных отделениях. Средняя длительность пребывания больного на койке в 2018 г. составляла 12,2 (в 2010 г. – 13,2), оборот койки – 24,9 (в 2010 г. – 23,2). Хирургическая активность в 2018 г. повысилась по сравнению с 2010 г. (соответственно – 65,7% – 62,3%), послеоперационные осложнения несколько снизились – 2,6% (в 2010 г. – 2,9%): после плановых операций – 1,7% и экстренных – 2,9% (в 2010 г. – 2,4% и 3,1% соответственно). Общая летальность составляет - 1,2%, послеоперационная – 0,9% (в 2010 г. – 1,9% и 1% соответственно). К сожалению, в результате поздней госпитализации больных и выполнения оперативных вмешательств увеличилось число послеоперационных осложнений, инвалидности и летальности.

Вызывает большую озабоченность увеличение повторных оперативных вмешательств от 3,4 в 2010 г. до 6,2% в 2018 г. Это обстоятельство, скорее всего, связано со слабой квалификацией, как хирургов, так и анестезиологов – реаниматологов, выполнением ими не разрешенных объемов оперативных вмешательств. В то время как решением коллегии Министерством здравоохранения в зависимости от квалификации персонала, оснащения лечебных учреждений оборудованием определен конкретный перечень хирургических вмешательств, разрешаемых на районном, городском и областном уровнях.

Следует отметить важность рассматриваемого вопроса на VI научно-практической конференции детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов - «Проблема перитонита у детей». Данная патология у детей в 2018 году по сравнению с 2010 г увеличилась в 1,5 раза. Возросли также показатели летальности и послеоперационных осложнений (соответственно 4,8% и 3,7%; 18,5 и 10,3%). Высокими остаются показатели внутрибольничных инфекций. Необоснованное назначение антибиотиков (иногда двух и более) привело к росту оппортунистических инфекций и формированию устойчивых штаммов больничной микрофлоры. Нередко развитию внутрибольничных осложнений способствует неаргументированное длительное пребывание больного в хирургических стационарах и отделениях.

В этой связи уместным будет расширение практики однодневных стационаров, минимизация сроков подготовки пациента к операции и сокращение сроков его пребывания в стационаре после хирургического вмешательства.

Ключевыми, нерешенными вопросами остаются полипрогназия, необоснованное использование дорогостоящих методов обезболивания, слабый послеоперационный уход, игнорирование порою элементарных санитарно-гигиенических правил, оказывающих решающее влияние на качество оказываемых услуг.

Сделаны реальные шаги по реализации внедрению новых методов диагностики (МРТ, компьютерная томография, УЗИ, ангиография, электронная микроскопия и др.), а также по широкому применению новых эффективных методов хирургического лечения: двойное дренирование и длительное промывание гнойного медистенита; остеотометрия и щадящая промывание костномозгового канала при остром гематогенном остеомиелите; нефролитостомия с интравенальной пластикой при нефролитиазе; реваскуляризация мочевого пузыря при мионейрогенном пузыре, ликвидация остаточной полости при эхинококкэктомии печени и легких; сегментарная резекция легких с применением микрохирургической техники и др. Сотрудники клиники уделяют внимание разработке

методов альтернативной хирургии: рентгеноваскулярная пломбировка сосудов при врожденной гипоплазии почки, сопровождающаяся ренальной гипертензией, эндоваскулярная блокада при варикоцеле, плановое низведение солитарного камня мочеочника, способы выведения ущемлённых камней уретры, лапароскопическое и эндоурологические операции, перкутанная и ретроградная внутривидеочечная литотрипсия, коррекция ПМР объемообразующими препаратами, балонная дилатация уретероцистического соустья, эндоскопическое устранение уретероцеле и клапана уретры, ряд усовершенствованных операций при болезни Гиршпрунга и аноректальные пороки развития (операция De-La-Torre Mandrogon, Swenson-Like, трансанальные и лапароскопические низведение толстой кишки, проктопластика по Пенья, модифицированная сфинктерограцилопластика и др.), пункционная нефростомия при врожденном гигантском гидронефрозе, длительная катетеризация мочеочника при двухстороннем гидронефрозе и др.

В практической работе детских хирургов получили распространение более 80 различных оригинальных и усовершенствованных сотрудниками клиник детской хирургии Медицинского университета и института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана ранее известных операций и лечебно-диагностических манипуляций.

За последние 5 лет детскими хирургами защищено 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций. Выпущено 8 монографий, 12 методических рекомендаций, получено 3 авторских свидетельства, более 80 рационализаторских предложений.

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения в любой стране является перинатальная детская смертность, которая в значительной мере обусловлено врожденной патологией, требующей хирургического вмешательства в период новорожденности или первой половине жизни. Высокая летальность среди новорожденных, связаны с особенностями течения многих патологий в этой возрастной группе. Разнообразие пороков развития, нередкое сочетание различных аномалий между собой, а также недоношенностью и не хирургической патологией, транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития в специализированные детские хирургические центры или отделений потребовали разработку особого подхода к хирургическому лечению детей первого месяца жизни. В этой связи в республике намечается открытие перинатальных центров отвечающие все требования современной медицины. В городе Кулябе открылось перинатальный центр в структуре которой имеется отделения хирургии новорожденных. Функционирует перинатальный центр в медицинском комплексе Истиклол. В городе Душанбе 2016 году при непосредственной поддержке Лидера нации, Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмон сдан в эксплуатацию Медицинский комплекс Истиклол, где функционируют специализированные детские хирургические отделения по всем направлениям.

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

последних квалифицированными специалистами с учетом материально-технического потенциала лечебных учреждений.

NEW ASPECTS OF THE MANAGEMENT OF PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES IN MEDICAL INSTITUTIONS OF MOLDOVA

Andriesh P.P., Revenko N.E., Barba D.V., Sakara V.K., Tsurkanu T.G., Kiveli V.V.
N. Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy
Chisinau, Moldova

Immunodeficiency diseases have a significant impact on morbidity and mortality rates of the population due to the chronic relapsing course, resistance to therapy. In Moldova, there is no national register of primary immunodeficiencies (PID) and the latter appear under the “mask” of various nosological forms. The purpose of this work was to develop basic criteria for the diagnosis of primary immunodeficiencies at the level of the Family Doctors Center. Medical files with complex medical examinations of 670 patients with suspected PID were analyzed using clinical, instrumental, laboratory (complete blood count, immunogram with determination of population content and lymphocyte subpopulations, serum immunoglobulin M, G, a, E - total), etc. Based on the multivariate analysis, the most informative basic criteria for identifying PID at the primary care facility level were selected, which included risk factors, nosologic forms proposed by WHO, history of the disease, objective examination of the patient and results of laboratory testing. PID was characterized depending on age (in newborns and babies aged 5-6 months, in children aged 6 months - 5 years and in children aged 5 years and in adults). There were identified 21 cases of PID, of which 11 were confirmed by molecular genetic methods. Thus, the use of these criteria will contribute to the early detection of patients with suspected PID, and a comprehensive clinical and immunological and molecular genetic examination will confirm the diagnosis at the tertiary level of medical care.

HERPESVIRAL INFECTION IN HIV-INFECTED CHILDREN

Kuznecov S.V., Zharkova T.S., Gubar S.O., Kucherenko O.O., Kolesnik Y.V.
Kharkov national medical university
Kharkov, Ukraine

Background. Ukraine – one of the countries of Europe, leads the sad rating of the number of identified HIV positive and AIDS cases and deaths from the disease. Infectious mononucleosis (IM) is one of the often registered clinical forms of herpesvirus infection. According to the opinions of various authors, etiological factor of IM may be Epstein-Barr virus (EBV), cytomegalovirus (CMV), herpes virus type 6. In HIV-positive patients, herpesviruses are more aggressive, occur with frequent relapses, and acquire a generalized character.

Objective: To identify the clinical features of IM in HIV-infected children depending on the etiology of the disease.

Materials and methods. We analyzed 32 medical records of children 11-18 years, who were hospitalized in the Regional Children's Infectious Clinical Hospital of Kharkiv. Among them: 32 special immunological (determination DNA of viruses in the blood, ELISA test – founding antibody classes IgM, IgG), and instrumental methods. The diagnosis of HIV infection in all of the examined patients was established according to the clinical classification of HIV infection stages in (WHO, 2010) following a study on the presence of specific antibodies to HIV by ELISA and subsequent confirmation of their specificity by immunoblotting. The level of viral load of HIV-1

RNA is determined by quantitative PCR. The study included children with CD4 + T lymphocyte count of more than 500 cells/ml.

Results. We have found that the IM is characterized by intoxication; catarrhal syndromes generalized lymphadenopathy, syndrome of sore throat hepatosplenomegaly, presence of exanthema, exanthema and specific changes in the peripheral blood (appearance of lymphocytosis and atypical mononuclear cells).

However, EBV infection is characterized by short-term fever, hepatosplenomegaly, catarrhal syndrome, lacunar tonsillitis, rarely noted symptoms of hepatitis, often exanthema. In peripheral blood characterized by anemia, marked leukocytosis, thrombocytopenia, rarely, the presence of atypical mononuclear cells.

Cytomegalovirus infection is characterized by prolonged hyperthermia, hepatitis with cholestasis; often catarrhal tonsillitis, exanthema with hemorrhagic component, sometimes catarrhal symptoms. In peripheral blood presence of leukopenia, thrombocytosis, the presence of – atypical mononuclear cells.

Conclusions. The identification of clinical features allows doctor to be guided in differential diagnosis and determining the right duration of antiviral therapy, and to determine the strategy for monitoring of IM in HIV-infected children.

RELATIONSHIPS OF HEALTH OF CHILDREN WITH HEAVY FORMS OF INSUFFICIENCY OF FOODCOMPOSITION ASSESSMENT

Makhmudova M.M.

Department of Children disease No.1 of Avicenna Tajik State Medical University Tajikistan

Purpose of the study. Reducing the risk of death of children through the risk of children with severe malnutrition.

Material and research methods. In the treatment department of low-weight babies “Health Complex Istiklol” in Dushanbe, for 3 months, 60 patients with severe malnutrition were examined. Depending on the age, the children were divided into 4 groups. Children up to 6 months 27 (45.5%), from 6 to 12 months -23 (38.3%), from 1 -2 years - 9 (15.0%) and from 2 to 5 years - 1 (1.6%).

The result of the study and their discussion. When collecting anamnesis revealed that the mothers had difficulties in feeding, the children had disease of alimentary quantitative underfeeding. It was detected in 15.4% hypoglycemia in village’s children and 8.4% of the lower mandible, short frenulum of the tongue were noted. An important role was played by the infectious factor, as sepsis and pneumonia were noted in 50 children of villages, which was one of the reasons for laboratory 64.2% of children in the village and 27.3% with acute intestinal infections and 24.6% of children have severe malnutrition. The laboratory and instrumental data showed that 48 children had varying degrees of severity. Hypocalcaemia 47(78.3%) and hypoproteinemia 21(35%) children. Bacteriological analysis of feces in 31(51.6%) children revealed staphylococcus, proteus and candida on opportunistic infection results were also positive. A chest X-ray of infection showed that out of 60 children, pneumonia was diagnosed in 19(31.6%) and bronchitis in 16 (26.6%) children. Diarrhea of a different nature was observed in more than 50% of the received children. All children signs of malnutrition in terms of treatment was divided in three phases : Initial treatment, rehabilitation, tracking mainly after discharge.

Conclusions. Thus, the successful treatment of deeply hypotrophic children require only qualified medical staff. Detection and timely assistance ensures quality treatment and avoids adverse outcomes.

DISADAPTATION FACTORS OF NEWBORNS FROM MOTHERS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN THE NEONATAL PERIOD

Prilutskaya V.A.1, Sukalo A.V.1, Pavlovets M.V.1, Shishko Yu.A.2
1Belarusian State Medical University ; 2RSPC «Mother and child»
Minsk, Belarus

Introduction: Mother's overweight and obesity can determine the newborns' morbidity and mortality rates. Our goal was to assess the significance of disadaptation risk factor for neonates from mothers with overweight and obesity in the early neonatal period.

Materials and methods: A retrospective study of 221 full-term neonates (111 boys, 110 girls) from mothers with BMI>25,0 kg/m² were performed in RSPC «Mother and child» in 2014-2017. The average gestational age – 38.5 (37.5–39.0) weeks. All neonates were divided into two groups: Gr1 – newborns who were discharged from the hospital (n=160, body mass 3500 (3280–3910) g, length 53(52–55) cm); Gr2 – neonates with complications who received treatment in RSPC (n=61, body mass 3450 (3060–3760) g, length 51 (50–53) cm). Statistica 10.0 was used for statistical analysis.

Results: Gr2 mothers had arterial hypertension (OR=1.57 (95%CI 1.05–2.35), p=0.031), metabolic syndrome (2.98 (1.84–4.82), p=0.033), utero-placental insufficiency (1.16 (1.04–1.80), p=0.002), cesarean section (2.99 (1.88–4.76), p=0.003) significantly more often compared to Gr1. Histological examination of the placenta in Gr2 revealed increased frequency of inflammatory changes (3.37 (2.17–5.23), p = 0.029), fibroplasia of villous stroma (27.52 (20.10–37.64), p = 0.002) and edema (24.00 (17.28–33.31), p = 0.018). Gr2 neonates were small for gestation age (p=0.008) and had transient hypoglycemia (1.97 (1.29–3.00), p=0.04) significantly more often.

Conclusions: Disadaptation risk factors for neonates from mothers with overweight and obesity in the early neonatal period (according to the odds analysis (OR) results) are arterial hypertension, metabolic syndrome, utero-placental insufficiency, placenta changes, cesarean section, newborns' low weight and transient hypoglycemia.

FEATURES OF DIAGNOSIS OF NERVOUS SYSTEM DAMAGE IN HIV-INFECTED PEOPLE: CLINICAL CASE

Saidkhodjaeva S.N., Madjidova E.N.
Tashkent Pediatric Medical Institute
Tashkent, Uzbekistan

HIV remains one of the major global public health challenges, with more than 36.9 million people living with HIV registered worldwide by the end of 2017, according to WHO. The interest of neurologists to the problem is explained by the fact that "targets" of HIV are not only the immune but also the nervous system. In 70% of HIV-infected people, neurological symptoms are detected, in 45% it acts as initial manifestations.

Clinical case: In April 2019, a 15-year-old patient turned to the pediatric neurologist of the Tashkent Pediatric Medical Institute clinic for a sudden pain in the right parietal region, increasing weakness in the left hand. Later there were speech disorders. Neurological examination revealed left-sided upper central monoparesis and motor dysphasia. MRI examination revealed signs of volume formation in the right parietal occipital region. After analyzing the data on the young age of the patient, subacute onset and progressive course of the disease, lack of history of infectious and vascular diseases, the presence of clinical and MRI signs of "volume formation" of the brain;

neurosurgeon diagnosed intracerebral tumor. With osteoplastic trepanation of the skull, taken on this occasion, an abscess of the left frontal-parietal region was detected and removed.

On the 13th day of hospitalization, a positive result of blood tests for HIV was obtained. Due to the high viral load, low CD4-lymphocytes, at the end of April 2019, a high-level antiretroviral therapy regimen was prescribed. Against the background of complex treatment, there was a gradual increase in CD4 lymphocytes and a decrease in viral load by 3000 times. Against this background, the neurological deficit decreased, the general condition of the patient stabilized.

The features of this case are: atypical course of the abscess, difficulties in establishing the etiology of the disease, a significant positive dynamics in the state due to the complexity of the treatment.

Conclusions: the absence of pathognomonic symptoms of damage to the nervous system in HIV-infected often leads to diagnostic errors; in this regard, it is advisable to clarify the indications for the study of blood for HIV in patients with neurological profile, to develop an algorithm for examination and criteria for the diagnosis of neuro HIV.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Абдужабарова З.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель: выяснить частоту встречаемости гетеродимеров DQ2 и DQ8 и этнические особенности экспрессии аллелей DQA1 и DQB1;

Обследовано 200 больных детей с целиакией в возрасте 1-14 лет: 113 (56,5%) мальчиков и 87 (43,5%) девочек. У 158 (79%) детей диагноз был установлен ранее, у 42 (21%) - первично. У 162 (81%) из них была типичная форма, у 38 (19 %) - атипичная. Диагноз верифицировался на основании критериев ESPGAN. HLA-2 класса, отвечающие за наследственную предрасположенность к Ц, определяли ПЦР –методом в Санкт-Петербургском Медико-Генетическом Центре (к.м.н. Н.В.Вохмянина). Контрольную группу составили 109 детей узбеков (Рузибакиева М.Р., 2007).

У детей с целиакией частота встречаемости аллелей HLA-DRB1*07 и *13 была значительно выше, чем в контрольной группе.

В то же время у больных достоверно реже, чем в контроле, типировался вариант HLA-DRB1*15, что свидетельствует о возможном протективном участии этих аллелей в патогенезе развития целиакии. Риск развития целиакии у лиц, имеющих в своем генотипе варианты DR7, выявлен среди 60% больных. Наибольший критерий достоверности определялся для аллелей DRB1*07 и *13.

Таким образом, специфическая предрасположенность к целиакии у детей узбекской популяции ассоциируется с HLA - DRB1*13.

Аллель DQA1*0102 локуса DQA1 отрицательно ассоциируются с целиакией, и это позволяет рассматривать ее в качестве протекторов целиакии. Максимальное значение относительного риска и критерий достоверности отмечены для аллеля DQA1 *0501, т.е. он положительно ассоциируется с целиакией ($\chi^2 = 7,28$, RR=2,03). Мы также установили, что аллели DQA1*0501 экспрессируется у 66,6% больных целиакией. У северо-американцев этот показатель составил 97% больных, у русских – 90%, у этнических казахов – 26,4% (Заключение группы экспертов США, 2004; Исабекова Т. К., 2008; Вохмянина Н.В., 2010).

Критерий достоверности и относительный риск отмечался у больных детей с DQB1*0201 ($\chi^2 = 6,74$, RR=1,97), т.е. он положительно ассоциировался с целиакией и может рассматриваться как маркер предрасположенности к целиакии. Низкие значения относительного риска и высокие показатели критерия достоверности с превентивной

фракции (RR=0,16; $\chi^2=3,95$; PF=4,95) при наличии аллеля DQB1*0303 свидетельствуют о возможном протективном действии данной аллели.

Высокий риск развития заболевания был присущ носителям с разными сочетаниями аллелей: DQA1 *0102, *0501 и DQB1 *0201. Сочетание патологических аллелей DQA1 *0501 и DQB1 *0201 ассоциировано с молекулой DQ2; DQA1 *0301 и DQB1 *0302 - с молекулой DQ8.

Аналогично другим популяциям у наших больных достоверно чаще, чем у здоровых детей, встречались гетеродимеры DQ2 (88%), причем в каждом втором случае они кодировались генами в положении транс. DQ8 выявлялся в 9% случаев, что в 4 раза чаще, чем у европейцев и, значит, его присутствие указывает на высокий риск наследственной предрасположенности к целиакии.

Таким образом, у лиц узбекской популяции установлена положительная ассоциация целиакии с генами HLA DQA1 *0501, HLA DQB1 *0201, HLA-DRB1 *07 и *13.

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Мусабекова Р.К.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: оценить динамику тяжести проявлений дыхательных нарушений (ДН) у недоношенных детей с хроническими заболеваниями легких и скорость роста показателей фактической прибавки массы тела для разработки системы их выхаживания.

Материал и методы. В исследование были включены 75 недоношенных детей, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ № 2 г. Алматы с 2016 по 2018 гг. с диагнозом БЛД с различной степенью ДН, разделенных на три группы. Проводили расчет суточного объема жидкости, калоража питания и оценку прибавки массы тела. Ежедневно оценивали антропометрические показатели и их соответствие постконцептуальному (корректированному) возрасту (СКВ) по центильным шкалам (Fenton T., 2013).

Результаты. В первой группе детей преобладали дети с ДН II степени (67% от всей группы), нуждающиеся в респираторной поддержке. Во второй группе 57% детей были с ДН III степени и требовали более длительной аппаратной вентиляции с подачей более 60% кислорода во вдыхаемой смеси. В третьей группе основным сопутствующим диагнозом при БЛД была пневмония с ДН I-II степеней. При поступлении все дети, характеризовались выраженным дефицитом массы тела по отношению к СКВ. Сравнительный анализ показателей ДН трех групп недоношенных детей разного фактического возраста позволяет утверждать, что уменьшение симптоматики ДН положительно коррелирует (критерий Пирсона, $p \leq 0,05$) с разной скоростью прибавки массы тела у детей разного фактического возраста. Так, для детей 1 месяца жизни этот показатель составил 10-15 г/кг/сут, для детей в группе 3 месяцев – 20-25 г/кг/сут и для детей в возрасте 6 мес – 15-20 г/кг/сут.

Заключение. Система нутритивной поддержки должна включать ежедневный мониторинг прибавки массы тела, еженедельные измерения веса и длины тела с целью контроля их соответствия возрасту, что позволит уменьшить тяжесть и длительность проявлений дыхательной недостаточности, легочной гипертензии, анемии и белково-энергетической недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Ашурова Н.П.

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино».

Цель. Изучить особенности клинических проявлений пневмоцистной пневмонии у детей различного возраста.

Материал и методы. Для данного исследования был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни детей с диагнозом «Пневмоцистная пневмония», возраст которых колебался от 1 месяца до 14 лет. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ Комплекс Здоровья «Истиклол» (2017 - 2019 гг.), из них от 1 мес. до 3 лет (I-ая группа) 14 больных (47%), от 3 лет до 6 лет(II-ая группа) – 9 (30%), от 6 лет до 14 лет(III-я группа) - 7(23%). В процессе обследования и наблюдения изучены анамнестические данные, особенности клинических и лабораторных проявлений, биохимические, бактериологические и вирусологические данные (в том числе TORCH-инфекцию) в комплексе с рентгенологическими исследованиями. Иммунный статус у детей определяли содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным анамнеза, у преимущественного числа детей раннего возраста первой группы установлена высокая частота перинатального риска и фоновых состояний, в частности, гипоксически-ишемическая энцефалопатия выявлена у 12(81,9%) детей, рахит у 14(100%) детей, анемия у 13(96,7) детей, экссудативно-катаральный диатез у 8 (57%) больных. Клиническая картина пневмоцистоза полиморфна, определяется возрастом и состоянием иммунитета.

Основным клиническими маркерами пневмоцистной пневмонии составили: пролонгированная длительная лихорадка (1-2 месяца) с выраженными признаками интоксикации.

Рентгенологически на начальном этапе заболевания регистрировались прикорневые уплотнения, усиление интерстициального рисунка, а так же характерная для пневмоцитоза картина «ватных легких» или «хлопьев снега». У 5 детей (17%) старшего возраста пневмоцистная пневмония протекала с кишечным синдромом.

Выводы. Таким образом, верификация диагноза пневмоцистной пневмонии основана на выявлении характерной клинической картины, сопровождающейся иммунодефицитным состоянием у детей. При постановке диагноза пневмоцистная пневмония необходимо повысить настороженность педиатров и детских пульмонологов на особенности течения атипичных пневмоний.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Г. ДУШАНБЕ

Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П., Кудратова С.Н.

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

Цель. Изучить и оценить физическое развитие детей раннего возраста с использованием региональных нормативов г. Душанбе.

Материал и методы. Физическое развитие изучалось у 836 детей от года до трех лет, из них 460 (55 %) мальчиков и 376 (45 %) девочек, таджикской национальности, коренных жителей города Душанбе. В исследовании оценивались показатели длины, массы тела и окружности грудной клетки по общепринятой классической методике с использованием региональных нормативов. Для оценки показателей физического развития были использованы метод сигмальных отклонений и шкала регрессии. Также оценивалась гармоничность развития детей, при этом физическое развитие считалось гармоничным, если все исследуемые антропометрические показатели соответствуют $\pm 1\sigma$, большая разница свидетельствует о негармоничном развитии.

Статистическая обработка полученного материала выполнена на ПК с помощью прикладного пакета «Statistica 10.0» (StatSoftInc., 2011, США).

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ основных антропометрических данных детей выявил значимые различия практически по всем показателям физического развития на протяжении всего периода наблюдения.

Установлено, что в возрасте от одного до трех лет длина тела мальчиков значительно выше, чем длина тела девочек (1-ый год - $76,3 \pm 3,1$ и $74,7 \pm 3,1$ ($p < 0,001$), 2-ой год - $85,4 \pm 3,6$ и $84,3 \pm 3,6$ ($p < 0,05$), 3-ий год $95,8 \pm 5,0$ и $93,8 \pm 4,3$ ($p < 0,01$) соответственно).

Сравнительная характеристика показателей массы тела между мальчиками ($9,7 \pm 1,2$) и девочками ($9,1 \pm 0,9$) выявила, что мальчики статистически значимо опережают своих сверстниц на первом году жизни ($p < 0,001$). Такая же картина отмечалась на втором (мальчики - $12,1 \pm 1,2$ и девочки - $11,6 \pm 1,2$, $p < 0,001$) и третьем (мальчики - $14,0 \pm 1,7$ и девочки - $13,1 \pm 1,3$ $p < 0,001$) годах жизни.

При сравнении параметров окружности грудной клетки между мальчиками и девочками, было установлено статистически значимые различия по данному параметру на протяжении всего периода жизни ($p < 0,001$).

Анализ гармоничности физического развития показал, что более половина мальчиков (54,3%) и девочек (53,5%) первого года жизни имели гармоничное физическое развитие (ГФР). Максимальное количество ГФР среди девочек было зафиксировано в трехлетнем возрасте и составило 66,1%. Статистически значимых различий выявлено не было, но количество мальчиков с ГФР преобладало в динамике наблюдений.

Дисгармоничный уровень физического развития, обусловленный дефицитом массы тела (ДМТ), превалировал среди девочек по сравнению с мальчиками. Так, дефицит массы тела у годовалых девочек (17,1%) встречался в два раза чаще по сравнению с мальчиками (7,6%, $p < 0,05$). Далее к двум годам количество детей с ДМТ возросло в обеих сравниваемых группах – в 5 раз у мальчиков (40%) и в 2 раза у девочек (36,8%).

Максимальное количество детей с избыточной массой тела (ИМТ) встречалось в годовалом возрасте. Так, среди мальчиков детей с ИМТ было 38,1% случаев, а девочек 29,6%. В два года количество мальчиков (6,2%) и девочек (4,4%) с избыточной массой тела сократилось более чем в шесть раз ($p < 0,05$). Далее значимых изменений не наблюдалось.

Среди девочек минимальное количество детей с избытком массы тела была отмечена в трехлетнем возрасте (1,6%).

Анализ гармоничности физического развития обследованных детей показал, что наибольшая активная динамика наблюдалась в два года. Так, 15,8% детей с дефицитом массы тела перешли в группу с гармоничным физическим развитием. В два раза больше обследованных детей с избыточной массой тела (28,4%) перешли в группу с нормальным физическим развитием. Тогда как почти половина (43,3%) детей, имеющих гармоничное физическое развитие, перешли в группу детей с дефицитом массы тела.

При проведении анализа взаимосвязи ФР и факторов внешней среды было выявлено, что уровень гармоничности физического развития в основном зависел от характера питания ($r = 0,46$, $p < 0,001$), которое было однообразным и неполноценным.

Заключение. Сравнительная характеристика антропометрических показателей детей раннего возраста города Душанбе выявила, что показатели физического развития мальчиков были статистически значимы в сравнении с таковыми показателями девочек. Более половины обследованных детей раннего возраста имели гармоничное физическое развитие. Дисгармоничность физического развития обусловлено в основном за счет дефицита массы тела. На гармоничность развития детей наибольшая роль принадлежала характеру питания.

Проведенный анализ взаимосвязи возраста и антропометрических показателей позволяет констатировать, что теснота и число достоверных связей сохраняли свою силу на протяжении всего периода исследования. А применение местных стандартов при изучении физического развития детей позволят наиболее полно выявить отклонения в росте и развитии на региональном уровне, сравнивать контингенты детей между собой, делать выводы о влиянии среды на массо-ростовые показатели.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Абдуллаева Н.Ш.

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

МЗ и СЗН РТ

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить физическое развитие детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе.

Материал и методы исследования. Для создания региональных нормативов физического развития были использованы материалы физического развития 7319 детей (3908 мальчиков и 3411 девочек), коренных жителей г. Душанбе. Доли мальчиков и девочек составили 53,4 % и 46,6 % соответственно.

Группы детей были уравновешены в возрастном-половом аспекте, численность каждой составляла 100 и более человек. Из группы наблюдения были исключены все случаи «неоднородности» по состоянию здоровья, т.е. дети, имеющие хронические заболевания, протекающие с интоксикацией, серьезные нарушения в деятельности органов и систем организма, эндокринные заболевания, недоношенные, двойни, что отвечает необходимым требованиям для разработки региональных нормативов физического развития детей. Антропометрические исследования включали измерение массы и длины тела в соответствии с общепринятой методикой.

Для проведения сравнительного анализа полученных данных в работе были использованы региональные модифицированные шкалы регрессии.

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 ($p \geq 0,95$).

Результаты и их обсуждение. Для раннего возраста средние показатели роста составили $76,21 \pm 0,18$ см для мальчиков и $75,37 \pm 0,21$ см для девочек. Средняя масса данной категории детей составила $9,43 \pm 0,84$ кг для мальчиков и $9,06 \pm 0,71$ кг для девочек соответственно.

Средние показатели роста у детей дошкольного возраста достигали $111,40 \pm 0,43$ см у мальчиков и $113,27 \pm 0,34$ см у девочек. Показатели массы тела мальчиков данного возраста составляла $22,30 \pm 0,50$ кг и $22,05 \pm 0,61$ кг соответственно у девочек.

Вывод. Таким образом, различия в массо-ростовых показателях свидетельствуют о половом диморфизме у группы исследуемых детей.

Данные методы позволяют нам изучать многочисленные группы детей различного возраста на региональном уровне, сравнивать контингенты детей между собой, делать выводы о влиянии среды на массово-ростовые показатели.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Азизов А. А.¹, Азизов Б. Дж.¹, Азизов Б. А.³, Магзумов Д. Р.^{1,2}, Мирзоев Р. К.^{1,2}

¹ГУ Национальный медицинский центр педиатрии и детской хирургии

²Медико-диагностический центр Службы Ага Хана по Здравоохранению в РТ

³Медико-диагностический центр «Олами тиб»

Актуальность. Реабилитационное лечение выпадения прямой кишки (ВПК) у детей до сих пор остаётся далеко не решенным, о чём свидетельствуют противоречивые мнения среди детских хирургов (Миротворцева К.С., 1950; Шувалова З. А., 1963; Малышев Ю. И., 1964; Лисянская Н.М., 1975; Мнушкин А. И. с соавт., 1990).

Цель. Оптимизировать возможность комплексного реабилитационного лечения ВПК у детей.

Материалы и методы исследований. С 2014 по 2019 гг. под нашим наблюдением находилось 57 больных детей с выпадением прямой кишки. При проведении реабилитационного лечения уделялось внимание на устранение причин, обуславливающих развитие болезни (поносы, запоры, ОКИ, ОРВИ и др.). Больным было проведено лечение комплексом витаминов В1, В, АТФ, оротат клия, вазелиновое масло и утренние лечебные клизмы с раствором ромашки, массаж живота и сфинктера анального отверстия.

Реабилитационное лечение проведено у 57 (100%) больных в возрасте от 2 до 14 лет, из них мальчиков было 35 (61,4%), девочек 22 (48,6%).

Результаты исследований. Проведенное реабилитационное лечение в течении 16-18 дней из 57 больных детей выздоровление наступило у 55 (96,4%) по ходу наблюдения в течении 2 лет рецидива не было. Эффекта от реабилитационного лечения не было только у 2 (3,6%) детей.

Выводы. Анализ истории болезни этих больных показал, что при правильно организованном и проведенном реабилитационном лечении детей с ВПК в 96,4% случаев приводит к полному их выздоровлению.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Азизов Б.Дж., Ибодов Х., Икромов Т.Ш.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить состояние иммунной системы у детей с наружными кишечными свищами.

Материал и методы исследования. Были проанализированы состояния иммунного статуса у 136 детей с НКС различной формы, степени интоксикации, а также осложнений. У 128 (94,1%) детей НКС приобретенными, у 8 (5,9%) врожденными. По формированию свищи разделяли: несформированные НКС – 50 (36,8%); или сформированные НКС составили – 39 (28,7%) случаев. По функционированию и в зависимости от уровня, размера, количества, проходимости отводящего конца кишечные свищи разделяли на компенсированные (48(35,3%)), субкомпенсированные (65(47,8%)) и декомпенсированные (23(16,9%)) формы. На ряду с клинико-биохимических, рентгенологических и УЗ исследований проведена иммунологические исследования при поступлении в стационар больных с НКС.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что у 98 (72,1%) из 136 больных определяется снижение иммуноглобулинов всех классов и сохранение высокой концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Снижение гуморальных факторов иммунитета наблюдалось у детей со сформированными и лечебными стомами, субкомпенсированными и декомпенсированными НКС и осложнениями (дисбактериоз, воспалительные процессы в кишке, дерматит). Исследование клеточного иммунитета и факторов защиты показали, что у всех больных с НКС показатели снижены. При этом снижение гуморального и клеточного иммунитета у больных с сформированными НКС и лечебными стомами было статистически достоверно ($P < 0,05$) и по сравнению с показателями детей с неосложненными лечебными стомами и имели достаточную корреляцию ($r = 0,67$). У обследованных детей с несформированными и сформированными НКС обнаружено достоверное угнетение функциональной активности Т- и В-лимфоцитов; Т-хелперов, Т-супрессоров, натуральных киллеров, рецепторов апоптоза, рецепторов к интерлейкину-2, рецепторов к трансферрину по сравнению с практически здоровыми детьми и детьми с неосложненными лечебными стомами.

Выводы. Изменение клеточного и гуморального иммунитета, проявляющиеся снижением уровня иммуноглобулинов А, М и G, количеством В- и Т-лимфоцитов и факторов защиты зависит от распространенности воспалительного процесса, степени эндогенной интоксикации. Выявлена прямая корреляционная зависимость между тяжестью энтеральной недостаточности, степенью эндогенной интоксикации и нарушениями систем гомеостаза, а также причин возникновения, локализации, уровня, функции и типа наружного кишечного свища.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАРИКОСЕЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Азизов Б. Дж.¹, Мирзоев Р. К.^{1,2}, Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев З. Р.², Ёров У. У.², Сайёдов К. М.

¹ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

²Медицинский центр «Хатлон», Бохтар, Республика Таджикистан

Цель работы: Анализ результатов лапароскопического лечения варикоцеле у детей.

Материалы и методы исследований. На базе ГУ РНКЦП и ДХ за 2012 по 2019гг. всего прооперировано 44 (100%) детей и подростков с варикоцеле (в возрасте от 12 до 18 лет). Во всех случаях наблюдалось левостороннее варикоцеле. Предоперационное обследование пациенты проходили амбулаторно.

Результаты исследований. Всем больным проведена лапароскопическая варикоселэктомия под общим внутривенным наркозом. Лапароскопия: в пупочной точке вводилась игла Вереша, накладывался карбоперитонеум 12 мм. рт. ст.; в пупочной точке вводился 10мм троакар, дополнительные троакары (5 мм) вводились в правой и левой подвздошных областях. Проводилась лапароскопическая ревизия брюшной полости. Верифицировалась левая яичковая вена. Брюшина вскрывалась линейным разрезом до 2,5 см над семенной веной. Тщательно выделялась яичковая вена, которая без труда определяется из-за ее расширения (до 3 мм). Вена мобилизовывалась на протяжении до 2 см и клипировалась 5 мм танталовыми клипсами без пересечения. Операция заканчивалась сведением краев брюшины.

Интраоперационные (десеризация и повреждение сигмовидной кишки, кровотечение) и послеоперационные (гидроцеле, эмфизема мошонки, нагноение ран, орхит, отёк мошонки и рецидив варикоцеле) нами не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, лапароскопические методы лечения варикозного расширения вен семенного канатика весьма эффективны. Они позволяют четко визуализировать яичковую вену, и с учётом ее анатомических особенностей выполнить радикальный оперативный прием, который может быть использован как основной.

На основании скромного опыта выполнения лапароскопической варикоселэктомии можно отметить: 1) операция малотравматичная, технически простая, позволяющая своевременно и патогенетически обоснованно решать проблему варикоцеле; 2) лапароскопическая операция при варикоцеле не требует широкого разреза, позволяет достичь хороший косметический эффект; 3) отсутствие кровопотери; 4) позволяет сократить пребывание больного в стационаре и тем самым сократить расходы на лечение.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БРЮШНОЙ ФОРМЫ КРИПТОРХИЗМА И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Азизов Б. Дж.¹, Мирзоев Р.К.^{1,2}, Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев З.Р.², Ёров У. У.², Нодиров Н. Н.

¹ГУ Национальный медицинский центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

²Медицинский центр «Хатлон», Бохтар, Республика Таджикистан

Цель работы. Ретроспективный анализ применения лапароскопии при брюшном крипторхизме.

Материалы и методы. В Медицинском центре «Хатлон» г. Бохтар за 2011-2019гг. с крипторхизмом оперированы всего 88 (100%) больных, 78 (88,6%) из которых были с паховой формой крипторхизма, и 10 (11,4%) с брюшной формой крипторхизма, которым орхидопексия проводилась после лапароскопии. Из 78 (88,6%) больных с паховым

крипторхизмом 58 (65,9%) оперированы по методике Соколова, и 20 (22,7%) больным по методике Шумахера-Петривальского. Возраст больных варьировал от 3 до 15 лет, преобладали мальчики в возрасте 4-6 лет. С двусторонним крипторхизмом было 18 (20,45%) больных, с односторонним – 60 (79,55%) пациента.

Все больные были госпитализированы в плановом порядке. До госпитализации проходили стандартное клиничко-лабораторное исследование (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист и кровь на маркёры вирусного гепатита) и поисковое ультразвуковое исследование паховой области и брюшной полости.

Результаты исследований. С 2013 г. больным с брюшной формой крипторхизма принята методика лапароскопии, с целью подтверждения или исключения агенезии яичка, которая в большинстве случаев позволяет установить точный диагноз. Нужно заметить, что результаты УЗИ не всегда совпадали с реальностью. Если при лапароскопии определяется яичко в брюшной полости, то операция оканчивается низведением яичка по принятой методике. Тактика низведения яичка определяется в зависимости от длины элементов семенного канатика. В случае если элементы семенного канатика короткие, то оперативное лечение проводится двухэтапно, такая операция нами проводилась в одном случае. Если яичко на длинной ножке, то низведение яичка проводилась по методике Соколова (58 больных). Из них с двусторонним крипторхизмом было двое больных. Один из которых оперирован в районных условиях год тому назад, с двух сторон яички не были найдены во время операции, больному был поставлен диагноз двусторонняя агенезия яичек. После сделанной нами лапароскопии найдена яичка в брюшной полости размерами 0,7-0,9 см, орхипексия проводилась двухэтапно. У 2-го больного при лапароскопии яичко не найдена в брюшной полости и с уверенностью поставлен диагноз правосторонняя агенезия яичка. Больным с двусторонним крипторхизмом в терапии назначен гонадотропин хорионический в возрастных дозировках. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, яички пальпировались в мошонке, безболезненны.

Вывод. Таким образом, при брюшной форме крипторхизма лапароскопическая диагностика и лечение всегда целесообразно и эффективно, тем самым исключаются случаи напрасного оперативного вмешательства детей.

ДИАГНОСТИКА И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ, ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Азизов А.А.¹, Азизов Б.Дж.¹, Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев Р.К.^{1,2}, Мирзоев З.Р.², Сайёдов К.М.²

¹ГУ Национальный медицинский центр педиатрии и детской хирургии

²ГУ Национальный медицинский центр

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация диагностических методов с помощью современной технологии и улучшение результатов реконструктивно-пластических операций при врожденной гигантской гидронефротической трансформации (ВГГТ) у детей.

Материалы и методы исследований. В клинике детской хирургии за период с 2000 по 2019 находилось на обследовании и лечении 48 больных с ВГГТ. Новорожденных было 4 (8,3%), от 1 мес. до 1 года - 11 (22,9%), от 1 до 2 лет - 13 (27,1%), от 2 до 15 лет - 20 (41,7%). Мальчиков было относительно больше - 28 (58,3%), девочек 20 (41,7%). Детей было с левосторонней ВГГТ 30 (62,5%), с правосторонней ВГГТ – 10 (20,8%) и с двусторонней ВГГТ 8 (16,7%). Значительное число случаев составили больные в возрасте от 2 до 15 лет (41,7%). В

их диагностике большую роль сыграли профосмотры, которые проводятся при оформлении детей в детский сад и школу.

Дети первого года жизни составили относительно небольшую группу (31,2%), что связано с отсутствием конкретных жалоб и клинических проявлений, настороженности родителей и врачей поликлинической сети в отношении урологической патологии. Большая часть детей с ВГГТ возраста до 2 месяцев поступили в стационар за последние 3 года. Это можно объяснить внедрением в практику внутриутробной диагностики пороков развития плода.

Синдром пальпируемой опухоли выявлен на догоспитальном этапе в 50% случаев. Опухолевидное образование в правом или левом подреберье, эластической консистенции, безболезненное, умеренно подвижное. Дизурические расстройства отмечены у 8% детей.

Всем больным после проведения клиничко-лабораторного исследования проводили инструментальные методы исследования, УЗИ, экскреторную урографию, микционную цистографию и ультразвуковую доплерографию.

Лабораторная диагностика мочи является одной из наиболее доступных и широко принимаемых. В общем анализе мочи для ВГГТ характерно повышение количества лейкоцитов и эритроцитов.

Изучение микрофлоры мочи при ВГГТ проведена у 100% больных до операции и после операции. Наиболее значимыми возбудителями являются: *Klebsiella* (22,4%), *E.Coli* (19,6%), *Proteus spp.*(27,7%), *P. aureginosa* (14,3%), *Stafilococcus sap.*(8%), прочие (3%), роста нет (5%).

Диагностический комплекс у всех детей начинался с УЗИ, что является самым щадящим и легко доступным методом исследования. Наибольшее внимание при этом исследовании обращается не только на степень расширения ЧЛС, но и на толщину паренхимы и ее дифференцировку. У всех детей отмечалось истончение паренхимы до 0,2-0,3см, эхогенность ее была резко повышена, дифференцировка отсутствовала; толщина просвета лоханки превышала 20-30мм.

С помощью микционной цистографии исключали пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

С учетом степени тяжести состояния больных и пораженной почки больным первым этапом проведена декомпрессивная тактика. С целью: во-первых, восстановления дислоцированных органов в физиологическое положение; во-вторых, на основе изучения уродинамики оценить функциональную способность почек; в-третьих, стабилизировать общее состояние больных; в-четвертых, уменьшить анестезиологический риск во время операции.

Нами были проведены следующие декомпрессивные методы при ВГГТ: а) декомпрессия чрескожно-троакарно-пункционным методом под контролем УЗИ 25 (83.3%) больным; б) декомпрессия почки ретроградно-катетеризационным способом 5 (16.7%) больным.

После подготовки выполнены реконструктивно-пластические операции резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом по Ян-Кучеру. Принцип пластики заключался в протезировании анастомоза с полиэтиленовыми трубками, которые удаляются на 9-10 сутки.

Результаты исследований. Всего на 48 пациентах выполнено 57 операций, из них органосохраняющих 4 (8.4%). В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 8 (16,7%) больных: нагноение операционной раны у 2 (4,2%), обострение пиелонефрита у 3 (6,25%), мочевого свища у 2 (4,2%), сужение анастомоза у 1 (2.1%), которому была произведена релюмботомия уретеролиз-нефролиз с восстановлением уродинамики.

Выводы. Таким образом, нами удалось улучшить своевременную комплексную диагностику с помощью современной технологии и выбрать новый подход к реконструктивно-пластической операции у детей с врожденным гигантским гидронефрозом, который способствует восстановлению морфофункциональных способностей пораженной почки.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩАХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Азизов Б.Дж., Ибодов Х.И., Баиров В.Г., Бобоназарова Г.Ш., Сафаров Ф., Халимов Б.Х.

Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения»

Душанбе, Республика Таджикистан

Целью настоящего исследования явилось определение обоснованной тактики оперативного лечения наружных кишечных свищей у детей в зависимости от степени сформированности.

Материал и методы исследования. За последний 20 лет нами по поводу ликвидации НКС из 196 больных с несформированными наружными кишечными свищами (НСНКС) (104) и сформированными наружными кишечными свищами (СНКС) (92) выполнено 164 (83,7%) оперативных вмешательства. Дети были в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Группу сравнения составили 84 и основную – 80 больных. Оперативное вмешательство по экстренным показаниям проведено 68 (41,5%) (группа сравнения – 36 и основная группа – 32 ребенка), когда в плановом порядке выполнено 96 детям.

Всем больным выполнены клинико-биохимические исследования, а также рентгенологическая и ультразвуковая диагностика.

Результаты исследования и их обсуждения. Показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства являлось: НСНКС, открытие в брюшную полость, являющиеся причиной прогрессирующего разлитого перитонита – у 33 (группа сравнения – 17 и основная – 16); НСНКС, открывшиеся в полость абсцесса брюшной полости, дренирующиеся наружу и являющиеся причиной условно ограниченного местного перитонита – 17 (группа сравнения – 9 и основная – 8); НСНКС, открытие в рану, дном которой являются эвентрированные петли кишки на фоне кишечной непроходимости ниже (9) и выше свища (6) и СНКС – у 18 (сравнимая группа – 10 и основная – 8) больных.

На начальном этапе нашей работы 9 больным группы сравнения производили резекции нижней и верхней петель кишки со множественными свищами с наложением обходного анастомоза бок в бок, а концы кишки, идущие от свища заглушали. У 3 отмечалась несостоятельность анастомоза. В последующем мы отказались от этой методики. 12 больным осуществляли выведение обоих концов петли кишки вместе со свищами, однако у четверых больных выведенные петли кишки некротизировались и возникли нагноение и флегмона мягких тканей. У 2 детей в отводящем конце кишки развилась частичная кишечная непроходимость, они были оперированы повторно с наложением концевой илеостомы и резекцией кишки вместе со свищом в пределах здорового участка.

В последующем, при наличии свищей подвздошной кишки производили резекцию кишки со свищом с наложением одностольной (16) или двустольной илеостомы (15) или илео- и колостомы (9). Всем больным основной группы осуществляли назогастрально (34) и гастростомно (6) дренирование начального и отводящего отдела тощей кишки.

При множественных (7) свищах, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга (до 10 см), и при наличии преперфоративных участков производилась резекция этих участков с наложением двустольной стомы. Когда множественные свищи, располагались на расстоянии более 10 см (3) или на разных отделах кишки (4), двустольные стомы накладывались на участке, расположенном выше свища, а нижерасположенные свищи после иссечения краев ушивали в поперечном направлении двухрядными погружными швами. Полость кишечника в зоне ушитых свищей дренировали полиэтиленовой трубкой с боковыми отверстиями. Двум больным со средними НКС на фоне разлитого гнойного перитонита в терминальной стадии с выраженным воспалительным изменением стенки кишки наложена двустольная илеостома с дренированием обоих концов стомы и эвакуацией химуса в отводящий отдел, а также проведением капельного искусственного энтерального питания в отводящую кишку. По улучшении состояния и разрешения явлений перитонита больным в отсроченном порядке (через 2 нед) был произведен У-анастомоз по РУ.

8 больным со свищом тощей кишки произведена экономная резекция свища несущего участка с формированием У-образного анастомоза по РУ путем наложения еюностомы приводящего конца и термилоатерального анастомоза между концом приводящей кишки и боком отводящей кишки, отступя от конца последнего на 15-20 см с декомпрессией через еюностомии. Следует отметить, что у больных с НКС основной группы (24) сопровождающихся синдромом эндогенной интоксикации (ЭИ) II-й и III-й стадии дополнительно производилась декомпрессия путем наложения цекостомии по Витебскому.

У 96 (58,5%) из 164 детей со сформированными НКС ликвидация свища была произведена в плановом порядке. Закрытие СНКС осуществляли внебрюшинным (42 – 43,8%) и внутрибрюшинным (54 – 56,2%) способами. Внебрюшинные способы закрытия свищей осуществляли без вскрытия брюшной полости, однако если при этом в ходе операции вскрывается свободная брюшная полость вместе с функционирующим свищом то дефект брюшины ушивали без вмешательства на органах брюшной полости, этот способ также считали внебрюшинным. Свищ выделяли вместе с петлей кишки, несущей свищ. Свищевой ход резецировали в виде клина в поперечном направлении по кишечной трубке на 0.5-1 см от края свища (24). Дефект кишки ушивали двухрядными погружными швами в поперечном направлении. При губовидных и широких свищах (18) производили полную резекцию кишки в косом направлении в пределах 2-3 см в обе стороны от свища с последующим наложением анастомоза «конец в конец».

Остальным 54 детям с СНКС закрытие выполнено внутрибрюшным способом, при котором для закрытия свища вскрывали свободную брюшную полость либо через лапаротомный разрез либо в месте выхода самого кишечного свища; при этом выделяли петлю кишки со свищом и восстанавливали нормальные анатомические взаимоотношения органов брюшной полости. Нами перед операцией закрытия свища было проведено контрастное исследование с целью оценки проходимости отводящего конца, у 49 из 54 больных было выявлено замедление проходимости с частичной задержкой контрастного вещества в малом тазу за счет межкишечных спаек. 19 больным из 54 лапаротомия была произведена с выделением свища и петли кишки от спаек. После выделения петли кишки от спаек и восстановления ее полной проходимости, свищ с участком петли кишки был резецирован наложением анастомоза «конец в конец» (12), «бок в бок» (5) и «конец в бок» (2); 35 из 54 больных произведена лапаротомия с выделением петли кишечника от спаек после восстановления проходимости кишечной трубки; приводящий и отводящий концы кишки были резецированы на расстоянии 5-10 см от свища. Проходимость кишечной трубки была восстановлена путем наложения анастомоза «конец в конец»; 7 из 35 больных свищ

ликвидировали путем клиновидной резекции с наложением двухрядных швов на кишку в поперечном направлении. После плановой ликвидации свищей осложнений не выявлено.

Таким образом, в выборе хирургических способов, определения сроков ликвидации наружных кишечных свищей в предоперационном периоде учитывались следующие критерии: тип, форма, функция и уровень свища, степень ЭИ, ЭН, ОАР, состояние гомеостаза, соматического фона, дисбактериоза и этиологического фактора, этими же факторами оптимизировали показания к наложению искусственных кишечных стом. Оптимальные сроки ликвидации стомы составляли от 2 до 5 месяцев с учетом индивидуального и дифференцированного подхода.

В результате такого дифференцированного и индивидуального подхода число осложнений у основной группы снизилось от 17.6 до 5.5%, летальных исходов – с 6.5 до 2.5% по сравнению с группой сравнения.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ

Аминов Х.Дж., Бадалова З.А.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования проанализировать различные факторы риска формирования задержки внутриутробного развития плода со стороны матери как до беременности, так и во время нее.

Материалы и методы исследования. Проведено катamnестическое наблюдение за 85 детьми, имеющими ЗВУР при рождении и оценена их физическое и нервно-психическое развитие в течение года (по данным ГМЦ №7).

Результаты. Нами было выявлено, что гипотрофический вариант ЗВУР отмечался в подавляющем большинстве проанализированных историй развития (92,2%) случаев, что соответствует и данным литературы. Остальные варианты ЗВУР отмечались значительно реже: так, гипопластический вариант встречался в 7,8% случаев, а диспластический - лишь в 1,9% случаев. Подавляющее большинство детей родились доношенными - 74,5%, недоношенных новорожденных было - 17,6%, переношенных - 7,9%. Характерно, что клинические симптомы перинатальной энцефалопатии у этих детей отмечались уже в первые сутки жизни, причем тяжесть клинических проявлений соответствовала степени нарушения мозгового кровотока. Эти дети были склонны к небольшой потере массы тела, но медленному ее восстановлению, отмечалась склонность к длительной транзиторной желтухе и медленному заживлению пупочной ранки. Катamnестическое наблюдение детей со ЗВУР в течение года выявило, что подавляющее большинство из них (82,9%) наблюдались невропатологом. Преобладающими клиническими синдромами были синдром пирамидной недостаточности, двигательных расстройств, нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионный, астеноневротический синдромы. Положительная динамика на фоне проводимого лечения наблюдалась у подавляющего большинства детей (63 %) и лишь 37% детей продолжают оставаться под наблюдением невропатолога на втором году жизни с минимальной церебральной дисфункцией.

Выводы: Согласно проведенному исследованию, наиболее частыми факторами риска рождения детей со ЗВУР являются следующие: Патология беременности и родов (хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания и токсикозы беременности, анемии, предшествующие аборт). Соматические и инфекционные заболевания матери как до беременности, так и во время нее (сердечно-сосудистая патология, воспалительные заболевания половых органов и почек, гормональные дисфункции,

различные инфекционные заболевания). Несбалансированное и нерациональное питание беременных женщин, что связано с нарушением пладово плацентарным кровообращением.

ПАТОЛОГИЯ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Аминов Х.Дж.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучение состояния мочевыводящей системы у новорожденных детей, родившихся из условий хронической внутриутробной гипоксии.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование у 46 доношенных новорожденных, проанализированы их истории болезни, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ОЗ Комплекса «Истиклол».

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование антенатального анамнеза показали, что дети рождены преимущественно от первой беременности (65,7%), первых родов (82,9%). Беременность протекала на фоне патологии беременности (нефропатия, гестоз, токсикоз), причем в большинстве случаев регистрировалась патология и первой и второй половины беременности. Фетоплацентарная недостаточность отмечена у 77,7% матерей. Посредством кесарева сечения родилось 17,1% детей.

Преобладал юный возраст матерей до 20 лет (31,4%) и старшего возраста (22,9%). Беременности у большинства матерей протекала на фоне соматической патологии: НЦД по гипертоническому и гипотоническому типу (31,4%), эндокринологических заболеваний (22,9%), анемии (45,7%), урогенитальных заболеваний (31,5%).

Хроническую внутриутробную гипоксию перенесли все дети. Около трети детей родились с задержкой внутриутробного развития (28,6%), дисбактериоз диагностировался у 43,1% детей, осложнился энтероколитом у 22,8% детей. Внутриутробные инфекции (цитомегаловирусная и герпетическая) отмечены у 14,4% детей. Пороки развития (дисплазия тазобедренных суставов, грыжи, врожденный порок сердца) диагностированы у 28,6% детей. Дисэмбриопатическая нефропатия протекала на фоне ОРВИ, пневмонии, острого бронхита (40,2%), гнойно-воспалительных заболеваний (2,9%), функционирующих фетальных коммуникаций (открытое овальное окно - 45,7%).

У всех детей было диагностировано гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы, чаще II степени (94,1%). Превалировали - гипертензивный синдром (73,7%) и синдром двигательных нарушений (85,3%), представленный гипотонией (67,8%). У 74,5% детей выявлены изменения со стороны мочевыделительной системы. Клинических проявлений поражения данной системы отмечено не было ни в одном случае наблюдения. Стигмы дизэмбриогенеза встречались у всех детей, преимущественно гипертелоризм сосков, глаз, высокое небо, сакральный синус, деформация ушных раковин, двузубец. Надо отметить, что такие же стигмы дизэмбриогенеза выявлены и у детей, имеющих гипоксическое повреждение центральной нервной системы, у которых изменений со стороны мочевыделительной системы выявлено не было. По данным общего анализа мочи диагностированы следующие изменения: следы белка у 40,0% детей, соли (фосфаты, оксалаты) у 14,0%, лейкоцитурия у 20,0%, эритроцитурия у 20,0% детей. Данные показатели в динамике наблюдения детей нормализовались. Основным методом, с помощью которого выявили изменения со стороны почек, было ультразвуковое обследование: удвоение чашечек выявлено у 20,0%, расширение почечной лоханки у 45,8%, гидронефроз у 5,8% детей, подозрение на удвоение почек у 8,5%, у 20,0% сохранялось эмбриональное строение почек до конца периода новорожденно.

Выводы: Наиболее значимыми неблагоприятными факторами, которые ведут к повреждению почек, являются антенатальные, соматические заболевания матери (анемия, респираторно-вирусная инфекция, эндокринные заболевания, нейроциркуляторная дистония), патологическое течение беременности (фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности), в периоде родов - кесарево сечение. Гипоксическое повреждение центральной нервной системы часто сочетается с поражением почек в виде дизэмбриопатической нефропатии. Первостепенное значение в диагностике данной патологии у новорожденных детей принадлежит ультразвуковому исследованию почек. Необходимо рекомендовать обязательное ультразвуковое исследование почек в период новорожденности детей, испытавших перинатальную гипоксию.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Алишера Н.А.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино г. Душанбе, Таджикистан

Целью исследования: Явилось изучить лечебные и профилактические мероприятия часто болеющих детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 218 детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет, часто болеющих ОРВИ с кратностью от 4 и более раз в год (основная группа) и 120 здоровых детей (контрольная группа). Все дети основной группы находились на диспансерном учете. Им проведены были сбор анамнеза, выкопировка первичной медицинской документации, клиничко-лабораторные, иммунологические (Т, В лимфоциты, анамнез Ig A, Ig M, Ig J, Ig E), инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ сердца, почек, желчевыводящих путей, рентгенография грудной клетки), определялись аллергологические тесты, в поликлинике осматривались специалистами.

Результаты исследования. При изучении анамнеза было отмечено, что антенатальный, интранатальный и ранний постнатальный периоды были неблагополучными у 155 детей, это, безусловно, способствовало изменениям в становлении иммунного статуса в раннем возрасте. Отсутствие их у 69 (32%) в ответ на воспалительный процесс при наличии признаков интоксикации нами трактовалось как косвенный показатель недостаточности иммунной системы. Иммунологический статус у 85(39,4%) ЧБД сопровождался снижением показателей Ig G и A, при этом уровень IgM оказался значительным повышенным, что связано вероятно с наличием у большинства детей этой группы хронических очагов инфекции в носоглотке. Проведение нами наблюдения диктуют необходимость разработку критериев правильной тактики терапии, методов диспансерного наблюдения и реабилитации контингента ЧБД с учетом преморбидного фона.

При частых острых заболеваний у детей возникают функциональные изменения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Этим детям увеличивается продолжительность сна на 1 – 1,5 часа. Обязательным является дневной сон, достаточное пребывание детей на свежем воздухе. При наличии признаков астено-вегетативных расстройств назначались седативные средства (настой валерианы, пустырника) от 14 дней до одного месяца.

Первоочередной задачей являлось санация очагов хронической инфекции (кариозных зубов, лечения гельминтов при их выявлении).

При развитии дисбактериоза кишечника в рацион питания вводили кисло-молочные смеси, эубиотики и пробиотики.

При наличии анемии дети осматривались гематологом, проводилось ферротерапия. При функциональных изменениях сердечно-сосудистой системы подключались

рибоксин, панангин, милдронат. При дискенизиях желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей назначались но-шпа, папаверин, ферментные препараты, альмагель, панкреатин, фестал, мезим форте в возрастных дозах.

При наличии лейкопении использовали средства, стимулирующие лейкопоэз (пентоксил, нукленовокислый натрий, мутилурацил). Большинство ЧБД получали дифференцированно в зависимости от показателей иммунного статуса и гемограммы биостимуляторы и иммуномодуляторы (нормальный человеческий иммуноглобулин, иммунал, виферон). ЧБД получали также иглотерапию, баночный массаж, массаж грудной клетки и упражнения дыхательной гимнастики, которые благотворно влияли на состояние бронхов, легких и сердца. Длительность лечение 1-1,5-2 месяц.

Непременным условием для эффективной реабилитации ЧБД являлось целенаправленное круглогодичное их оздоровление. В комплекс оздоровления ЧБД включались 2 раза в год (весной и осенью) 2-3 недельные курсы профилактики заболевания ЛОР органов и респираторного тракта: УФО, УВЧ -8-10 сеансов на курс детям старше 2 лет, фитотерапия.

Одним из основных средств повышения неспецифической защиты ЧБД явилось закаливание (воздушные, солнечные ванны) специальные водные процедуры - обливание ног, контрастные души и т.д.

В период повышенной заболеваемости гриппом для экстренной профилактики применялся интраназально лейкоцитарный интерферон, циклоферон.

Выводы: в результате лечения, профилактических и оздоровительных мероприятий снизилась кратность заболевания у ЧБД, в два раза и более улучшились показатели состояния здоровья детей: физическое и нервно-психическое развитие, нормализовался иммунный статус. Нами, в результате проведенных исследований, внедрены методы диспансерного наблюдения ЧБД в базовых поликлиниках.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Амонов Х., Муродов З.

Хатлонская областная клиническая больница им. Б. Вахидова

Целью настоящего исследования явилось изучения электрокардиографических изменений при функциональных нарушениях сердечно - сосудистой системы у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 45 детей в возрасте от 5 до 10 лет, находившихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении за период с 2016 по 2017 года, и 20 условно здоровых детей. Всем детям был проведен комплекс исследований включающих клинические, лабораторные инструментальные методы исследования. Всем детям были исключены органические поражения сердечно-сосудистой системы.

Результаты их обсуждение. Основными жалобами основной группы детей были: боли в области сердца (38), сердцебиение (35), быстрая утомляемость (43), одышка при физической нагрузки (32), чувство сдавления в груди (15), ощущение перебоев в сердце (25), пульсации в области шей и сердца (30), беспокойный сон (45), чувство страха и тревоги (35), снижение аппетита (42), боли в животе (25). При аускультации сердца у детей с функциональными нарушениями сердечной деятельности отмечалось приглушение первого тона над верхушкой сердца и точке Боткина-Эрба у 40 больных детей. На фоне ослабленного первого тона в тех же проекционных точках выслушивался систолический шум

функционального характера, что является основным признаком поражения сердечно-сосудистой системы.

При электрокардиографическом обследовании детей с функциональными нарушениями сердечной деятельности у 35 обследованных выявило отклонения от нормы. Выявленные отклонения проявлялись в виде нарушения основных функций сердца, изменения длительности зубцов и интервалов, а также нарушения процессов реполяризации сердечной мышцы. При частоте встречаемости, в структуре нарушений ритма преобладали аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла: синусовая тахикардия - у 25, синусовая брадикардия - у 19, миграция источника водителя ритма - у 6. Гетеротопные (эктопические) нарушения ритма в виде экстрасистолии выявлены у 15 обследованных. У 8 детей экстрасистолия носила суправентрикулярный характер, а у 5 детей желудочковый.

Различные виды нарушений внутрисердечной проводимости выявлены у 30 детей с функциональными нарушениями сердечной деятельности. Чаще всего у больных детей наблюдалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса (18), которая выявлялась примерно с одинаковой частотой не зависимо от возраста. По данным литературы этот признак встречается с частотой 15-20% и диагностическое значение её достаточно не выяснено. Неполная внутрисердечная блокада и АВ-блокада I степени были выявлены у 6 детей. У обследованных детей, кроме различных видов нарушения сердечного ритма и проводимости, также были выявлены изменения конечной части желудочкового комплекса электрокардиограммы. Изменения конечной части желудочкового комплекса включали изменения зубца Т ЭКГ и синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Изменение амплитуды и полярности зубца Т у 35 обследованных сочеталось со смещением сегмента ST от изоэлектрической линии, что соответствовало данным исследователей и указывало на снижение функциональной способности мышцы сердца.

Выводы: таким образом, у детей с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы выявляются признаки нарушения основных функции сердца, что подтверждается электрофизиологическими исследованиями.

БЫСТРАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Антонов А.К. 1, Леонов Б.И.1, Гречко А.Т.1, Балберкин А.В.2, Балберкин А.А.2, Солод Э.И.2, Антонов К.А.2, Антонов А.А.2

1НПО «Экран», Медико-техническая академия, ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина», Москва; ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия

2ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России
Москва, Россия

Цель исследования – отразить высокий эффект ионно-активированного раствора анолита нейтрального АНТ и адаптивной биотерапии в быстрой паллиативной хирургии у онкологических пациентов детского и взрослого возраста с патологическими переломами костей.

Материалы и методы. Применение интраоперационного металлополимерного индивидуального экспресс-эндопротезирования при патологических переломах у онкологических пациентов детского и взрослого возраста в сочетании с биотерапией адаптогеном-иммуномодулятором эликсиром Алтайским (Витавис) и ионно-активированным

раствором анолитом нейтральным (АНК) в послеоперационном периоде с паллиативной целью для улучшения «качества жизни».

Результаты. Анализируя результаты паллиативного хирургического лечения онкологических пациентов детского и взрослого возраста с патологическими переломами костей с применением адаптогена - иммуномодулятора АНК, получена наглядная картина улучшения качества жизни пациентов, хорошие функциональные результаты оперированных конечностей, освобождение от болевого синдрома..

Обсуждение результатов. При оценке результатов быстрого паллиативного хирургического лечения онкологических пациентов детского и взрослого возраста (от 12 до 56 лет) при патологических (метастатических) переломах костей учитывали интенсивность, характер и регулярность болезненных ощущений в области эндопротезирования, возможность активных движений в оперированном и близлежащих суставах, диафизах костей, амплитуду пассивных движений и двигательную активность онкологических больных, а также уменьшение и полного исчезновения болевого синдрома. Для этой цели исследованы результаты паллиативного лечения у 82 онкологических пациентов детского и взрослого возраста после интраоперационного металлополимерного индивидуального экспресс-эндопротезирования контрольной группы и 107 больных, основной группы, принимавших адаптоген эликсир Алтайский (Витавис) в сочетании с АНК в послеоперационном периоде.

Выводы. Паллиативные операции интраоперационного металлополимерного индивидуального экспресс-эндопротезирования в сочетании с курсовым назначением адаптогена-иммунокорректора эликсира Алтайского (Витавис) в сочетании с АНК является предпочтительным методом паллиативного лечения онкологических пациентов с патологическими (метастатическими) переломами костей без ограничения возраста. Применяемая нами методика паллиативного хирургического лечения позволяет значительно улучшить качество жизни онкологических пациентов детского и взрослого возраста в запущенных стадиях заболевания, что проявляется в полном освобождении пациентов от болевого синдрома. Сразу же на следующий день после операции больные садятся в кровати и встают на ноги, а начинают ходить на 2–3 -й день после операции. У пациентов появляется надежда на выздоровление, что особенно важно для детского возраста. Возвращение двигательной активности значительно повышает психоэмоциональный статус детей и их родителей.

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ - МЕТОД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Антонова Е. И., Бойко Ю. Н., Сепбаева А. Д.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии»

Алматы, Казахстан

Цель исследования. Определить клиническую эффективность ПД как метода постоянной почечно-заместительной терапии у новорожденных детей с острым почечным повреждением после кардиохирургических операций.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы стационарные карты 28 пациентов с ВПС, проходивших лечение в отделении детской кардиохирургии, за период с января 2017-по июнь 2019 года, которым был проведен ПД. (Девочек 11, мальчиков 17).

Длительность ИК в 113,7±43,9 мин, Пережатие аорты в первой группе-52,3±15 мин. Средний возраст детей составил 11,7±4 дня, вес-2,53±0,7 кг. Контингент пациентов по порокам: перерыв дуги аорты с/без гипоплазии дуги аорты - 8, атрезия легочной артерии - 8, D-ТМС-2, критический стеноз аортального клапана – 1, ЧАДЛВ-2, КРИТ Ко Ao-5, множественные рабдомиомы сердца-1, кардит с синдромом слабости синусового узла -1. Сопутствующая патология: внутриутробная инфекция - 4, пневмония - 3, маловесный к сроку гестации - 2, ОПН в ст. F по Rifle - 2, церебральная ишемия -2, неонатальная желтуха - 1, синдром Дауна - 1, аплазия почки - 1, железодефицитная анемия 2 ст - 1, ОПП 3 стадии - 1, дисплазия почек - 1, стигмы дисэмбриогенеза – 1.

Результаты. Длительность ПД в среднем составила $4,8 \pm 3,8$ дня. До оперативного вмешательства – установлено 2 катетера, интраоперационно у 5 пациентов, у 21 ребенка – после операции. Жидкость, удаляемая через перитонеальный диализ, составляла 60 ± 17 мл / кг в сутки.

По данным лабораторных исследований, восстановление диуреза отмечалось у 28 пациентов (100%) в течение 48 часов, снижение уровня креатинина в сыворотке (32%)- в течение 72 часов, снижение уровня мочевины в сыворотке (57,%) - в течение 72 часов, снижение уровня калия в сыворотке крови (31%)- в течение 24 ч., снижение показателей лактата в крови (11%)- в течение 48 часов, нормализация показателей СКФ (20%)- в течение 72 часов, без отрицательных гемодинамических изменений (54%)

Обсуждение и заключение. ПД является эффективным методом ЗПТ, для пациентов с тяжелыми ВПС и магистральных сосудов, в период новорожденности. ПД эффективен в достижении отрицательного баланса жидкости у новорожденных детей с ОПП после операции.

Факторы риска развития ОПП: цианотичные типы ВПС, длительный период ИК и пережатие аорты, патология дуги аорты, ВПР мочевыделительной системы, ВУИ, малый вес к сроку гестации.

Факторы риска для ПД - это длительный ПД, высокий уровень креатинина до операции, период новорожденности, высокая послеоперационная потребность в кислороде до установки ПД, послеоперационные осложнения (внутрилегочный гипертензионный криз, сниженный сердечный выброс).

Оптимальным временным промежутком для установки ПД является не более 4-х часов от начала олиго/анурии. Большинство осложнений ПД были незначительными, наиболее часто встречалась гипергликемия в 12 случаях, которая корригировалась в первые сутки после начала ПД.

Так же необходимо отметить, основная летальность не была непосредственно связана с установкой и неэффективностью ПД, а обусловлена, в более чем 60% случаев острой бивентрикулярной сердечной недостаточностью, и в более чем 20% случаев развитием полиорганной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Асадов С.К., Ибодов Х.И., Мираков Х.М, Рофиев Р.Р., Сайёдов К.М.,

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность использования объемобразующих веществ в коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Материал и методы. В отделении детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» с 2016 г. внедрена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) с применением объемобразующего вещества, такого как синтетический гель. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса объем образующим веществом Vantris® и ДАМ+ проведена 29 детям (14 девочки и 15 мальчиков) с ПМР II-IV степени в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Односторонний ПМР был отмечен у 20 (69%) детей, а двухсторонний ПМР - у 9 (31%) детей в том числе. Распределение ПМР по степеням было следующим: II степень - у 8 (27,5%) III степень - у 23 (79,3%) детей и IV степень - у 7 (24,1%). Степень рефлюкса оценивалась по результатам микционной уретроцистографии, выполненной до операции.

Всем пациентам до операции проводились общепринятые клинично-лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологические исследования мочи, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-ag, гепатит С), ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, доплерография почек, рентгенологические методы исследования, микционная уретроцистография и уретроцистоскопия. Детям с нарушением мочеиспускания до эндоскопической коррекции ПМР проводилось комплексное консервативное лечение хронического воспалительного процесса. Эндоскопическая коррекция проводилась по стандартной методике, субуретеральным введением иглы под слизистую устья мочеточника на 6 часах. Количество вводимого имплантата определялось индивидуально и варьировалось от 0,5 до 1,0 мл. Всем детям в послеоперационном периоде на 2-е сутки проводилось ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря с целью выявления обструкции мочевых путей (уретерогидронефроза) и локализация болюса имплантата. Микционную уретроцистографию проводили не ранее, чем через 6 месяцев после эндоскопической коррекции. В случае положительного эффекта, уменьшения степени ПМР или полного его излечения контрольное обследование проводили спустя год.

Результаты. По данным микционной цистографии, проведенной через 6–12 месяцев после эндоскопической коррекции ПМР, рефлюкс не отмечался в 25 случаях (86,2%), уменьшение степени рефлюкса - в 2 случаях (6,9%), отрицательный результат - в 2 наблюдениях (6,9%). Небольшая дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточника сохранялась в течение 2 месяцев у 6-х больных. После проведенного комплексного консервативного лечения вышеуказанные изменения нивелировались. У всех пациентов в послеоперационном периоде отмечено благоприятное течение пиелонефрита (по результатам УЗИ почек и анализа мочи).

Заключение. Эндоскопическая коррекция ПМР является одним из эффективных и малотравматичных методов лечения. Результаты данного метода зависят от причины возникновения патологии, степени выраженности процесса и отсутствия сопутствующей патологии мочевыделительной системы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ

Афанасьева И.А., Хайтович Н.В., Потаскалова В.С.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Киев, Украина

С точки зрения школьной медицины и педиатрии актуальность проблемы нарушений осанки тесно связана с формированием сколиоза. По данным различных авторов частота встречаемости подросткового идиопатического сколиоза 0,47–5,2%, что принимается как 2–3% от общей численности населения.

Цель исследования: изучить распространенность нарушений осанки среди школьников г. Киева (Украина).

Материал и методы. В 2017-2019 годах обследовано 1922 школьников 1-11 классов (6-17 лет), постоянно проживающих в г. Киеве (Украина). Оценка осанки проводилась с использованием компьютерного скринингового фото-геометрического метода «Осанка». Было выделено три возрастные группы детей: I группа – 676 (35,2%) детей в возрасте 6-9 лет; II группа – 546 (28,4%) детей в возрасте 10-12 лет и III группа – 700 (36,4%) детей в возрасте 13-17 лет.

Результаты и обсуждение. Отклонение позвоночного столба от срединной линии (вдоль остистых отростков) выявлено у 1447 (75,3%) детей. Нарушения осанки во фронтальной плоскости отмечено у 1305 (67,9%), в сагиттальной плоскости - у 54 (2,8%), сочетанные нарушения у 88 (4,6%) детей.

Функциональные нарушения осанки (сколиотическая деформация позвоночника) выявлены у 1393 (72,5%) детей, преимущественно у школьников младших классов. Сколиотическая болезнь встречалась в 1,5 раза чаще у девочек и преимущественно старших классов. Угол максимального отклонения сколиотической дуги от срединной линии $\geq 5^\circ$ выявлен у 191 (13,7%) детей со сколиозом.

Патологическая осанка наблюдалась у 399 (59%) детей младшей возрастной группы; у 453 (83%) детей в предпубертатном периоде, у 595 (85%) подростков.

Выводы. Нарушение осанки выявлено у 75,3% школьников г.Киева. Встречаемость физиологической осанки уменьшалась с возрастом детей, Сколиотическая болезнь встречалась в 1,5 раза чаще у девочек, чем у мальчиков. У 13,7% детей со сколиозом угол максимального отклонения сколиотической дуги от срединной линии был равен или превышал $\geq 5^\circ$.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Ойнарбаева Э.А., Литош В.Е.

Научный центр педиатрии детской хирургии МЗ РК

Алматы, Республика Казахстан

Цель: улучшить результаты лечения кисто-аденоматозной мальформации легких у детей путем совершенствования диагностики и выбора рациональных сроков лечения.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подлежало 34 случая кистозных мальформаций у детей, пролеченных в отделениях общей хирургии и хирургии новорожденных НЦП и ДХ (г. Алматы) за период 2005-2019гг.

В зависимости от времени постановки диагноза выполнялась пренатальная диагностика, включающая стандартное ультразвуковое обследование, генетическое консультирование, и постнатальная диагностика, включающая рентгенологическое

исследование грудной клетки детей, мультиспиральную компьютерную томографию грудной клетки и диагностическую трахеобронхоскопию.

В 26 (76%) случаях диагноз был выставлен пренатально методом ультразвукового исследования плода у женщин с беременностью более 20 недель.

В неонатальном периоде порок дебютировал респираторным дистресс-синдромом у 9 (26%) детей, дыхательной аритмии – у 5 (15%) детей. У 20 (59%) детей отсутствовали те или иные респираторные признаки в периоде новорожденности, однако клиническая манифестация в виде рецидивирующего бронхообструктивного синдрома, затяжной пневмонии проявилась в возрасте от 1 года до 3-х лет. В 18 (53%) отмечен правосторонний процесс, в 16 (47%) – левосторонний. У 29 (85%) кисты локализовались в пределах одной доли. По результату гистоморфологического исследования в 6 (18%) случаях выявлен I тип порока, в 28 (82%) – II тип, III тип не диагностирован.

Хирургическое вмешательство потребовалось всем больным. Возраст проведения операции варьировал в зависимости от клинического дебютирования порока. У всех 100% случаев выполнена хирургическая резекция в объеме пораженной доли легкого. Осложнений после операции не наблюдалось.

Таким образом, врожденные пороки бронхо-легочной системы являются благоприятным условием для наложения инфекции с развитием грубых воспалительных осложнений, которые определяют исход заболевания, в тяжелых случаях до неблагоприятного исхода. Важным компонентом эффективности лечебных мероприятий является пренатальная диагностика, постнатальное проведение КТ исследования и своевременное оперативное вмешательство с резекцией патологических изменений в легких с целью профилактики угрожаемых для жизни осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Н-ФИСТУЛЫ У ДЕВОЧЕК

Ахпаров Н.Н., Ахтаров К.М., Афлатонов Н.Б.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК

Алматы, Республика Казахстан

Цель работы: изучить результаты хирургического лечения Н-фистулы у девочек.

Материал и методы исследования. За период с 1994 по 2018 год в отделении хирургии НЦПидХ оперировано 74(100%) детей с данной патологией. Возраст оперированных больных колебался от 3 до 8 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, рентгенологического, эндоскопического и гистологического исследований. Из 74 пациентов ректовагинальный свищ диагностирован у 3 (4%), а ректовестибулярный – у 71 (96%) девочки.

Результаты исследования. Цилиндрическая форма свищевого хода выявлена – у 28(38%), конусовидная – 46(62%) девочек. По локализации ректовестибулярного свища отверстие в преддверие влагалища слева было у 31(42%), справа – у 29(39%) и в центре у 14(19%) пациентов. Сочетанная патология была обнаружена у 16(22%) из 74(100%) пациентов. Все 74 пациентов подверглись хирургической коррекции Н-фистулы. Инвагинационная экстирпация свища произведена у 8(11%) детей, из них: 1 ребенку с ректовагинальным и 7 с ректовестибулярным свищом. 41(56%) детям с ВПР Аноректальной зоны Н-фистула произведена - передняя аноректопластика по методике НЦПидХ. 7(9%) проведена оперативная коррекция методом рассечения свища по зонду, с формированием

единой полости. 18(24%) пациентам коррекция порока проводилась методом Трансанального устранения ректovesтибулярного свища по предложенной нами методике.

У 8-ми детей, которым произведена инвагинационная экстирпация свища по Ленюшкину отмечался рецидив у 6, из них у 1 больного свищ закрылся вторичным заживлением раны. 5 детей с рецидивами оперировались повторно (произведена аноректопластика по методике НЦПиДХ) с удовлетворительным результатом. 7 больным с рецидивом свища, которые были оперированы в других стационарах применена операция рассечение по зонду с удовлетворительным результатом. У 41 девочек, которым произведена передняя аноректопластика в 2-х случаях отмечалось осложнения в виде расхождения швов, эти детям сразу была наложена терминальная колостома (отмечалось заживления вторичным натяжением), у 1 пациента на 7-е сутки было осложнение в виде кровотечения из операционной раны. Оперирован повторно с положительным результатом. Из 18 пациентов оперированных методикой Трансанального устранения ректovesтибулярного свища у 1 отмечался рецидив который самостоятельно закрылся после консервативного лечения через 23 дня. 17 оставшихся пациентов оперированных по методике Трансанального устранения выписаны домой на 8-10 сутки с хорошим косметическим и функциональным результатом.

Отдаленные результаты изучены у 67(91%) пациентов через 6-18 месяцев. Каломазание отмечено у 4-х детей и 6 детей страдали запорами, которые регулируются слабительными препаратами. Дети с каломазанием – это те пациенты, которые подверглись повторным операциям. У одного ребенка оперированного методом Трансанального устранения отмечалось каломазание которое прошло через 2 месяца.

Вывод. Таким образом, наши результаты лечения свидетельствуют о том, что при Н-фистуле Трансанальная методика устранения порока, предложенная нами является эффективной коррекцией данного порока, а при рецидивах свища альтернативный методом выбора является рассечение свища по зонду.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ МЕГАРЕКТОСИГМОИДОМ

Ахпаров Н.Н., Афлатонов Н.Б., Ахтаров К.М., Курбанова М.Р.

Научный Центр Педиатрии и Детской Хирургии МЗ РК

Алматы, Республика Узбекистан

Цель. Изучить результаты хирургического лечения идиопатической мегаректосигмоида у детей.

Материалы и методы. В Научном центре педиатрии и детской хирургии за период с 2003 по 2012 г.г. на амбулаторном и стационарном лечении находилось 550 детей с мегаректосигмоидом в возрасте от 1 года до 15 лет. Из них девочек было 299 (66%), мальчиков – 151 (43%). Основными жалобами клинических проявлений были: запоры до 8-10 дней, периодические боли в животе, метеоризм.

Наиболее информативными и достоверными методами диагностики являются эндоскопические, рентгенологические (ирригография, компьютерная томография), манометрия.

К показаниям к оперативному вмешательству относятся прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, наличие болевого абдоминального синдрома, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 6-18 месяцев.

В нашем исследовании оперативное лечение было применено 80 больным. При ревизии брюшной полости признаками хронического колостаза, обусловленного мегаректосигмоидом, интраоперационно выявлено следующее:

- дилатация и удлинение сигмовидной и прямой кишки;
- гипертрофия стенки сигмовидной и прямой кишки;
- смещение органов брюшной полости вправо за счет расположения расширенных сигмовидной и прямой кишки;
- образования у корня брыжейки грубых белесоватых рубцов, свидетельствующих о частой механической травме.

Резекция сигмовидной кишки с брюшно-промежностной проктопластикой выполнена 32 (40%) больным. Резекция мегаректосигмоида с сохранением прямой кишки по Пенья проведена 23(29%) детям. Трансанальное низведение измененной прямой и сигмовидной кишки по De la Torre – Mandragon – 9 (11%) пациентам, трансанальное низведение измененной прямой и сигмовидной кишки по Swenson – Like – 16 (20%) пациентам.

Следует остановиться на различных ближайших и отдаленных послеоперационных осложнениях, которые нами зарегистрированы. У детей, которым проведена брюшно-промежностная проктопластика по Соаве, в ближайшем послеоперационном периоде развились следующие осложнения. Так, гипертермия отмечена у 5 (16%), послеоперационная пневмония – у 2 (6%), цистит – у 3 (9%), нагноение послеоперационной раны выявлено у 1 (3%) ребенка, абсцесс межфутлярного пространства – у 1 (3%). В отдаленном послеоперационном периоде выявлен стеноз серозно-мышечного футляра у 1 (3%) ребенка, который повторно прооперирован и в удовлетворительном состоянии выписан домой. Каломазание I-II степени отмечено у 8 (25%) детей. После проведенной консервативной терапии, у этих детей каломазание купировалось.

После проведенной резекции сигмовидной и прямой кишки по Пенья ближайшие послеоперационные осложнения наблюдались в виде послеоперационной пневмонии у 2 (9%) больных, реактивного панкреатита – у 1 (4%), цистита – у 2 (9%), гипертермия – у 4 (17%). Все осложнения были купированы в результате комплексного лечения. В отдаленный период выявлено одно осложнение – послеоперационный рецидив запор у 1(4%) ребенка. Ребенку с послеоперационным рецидивом запора проводится консервативное лечение под наблюдением и планируется повторная операция – резекция мегаректума.

У детей с мегаректосигмоидом, которым было проведено трансанальное эндоректальное низведение по De la Torre – Mandragon, ближайшие послеоперационные осложнения наблюдались в виде гипертермии (1 ребенок), обострение хронического энтероколита (1 ребенок), каломазание (2 детей), послеоперационные запоры (3 детей). По поводу каломазание пациенты получают консервативную терапию.

Устранение мегаректосигмоида трансанально по Swenson – Like ближайшие послеоперационные осложнения наблюдались в виде гипертермии у 3-х детей, тазового абсцесса у 2-х детей, которым произведено трансанальное дренирование абсцесса с санацией, заживление вторичное. В отдаленном периоде у одного ребенка отмечается запоры, получает консервативное лечение, остальные дети развиваются удовлетворительно.

Таким образом, результаты лечения свидетельствуют о том, что при не эффективности консервативного лечения идиопатического мегаректосигмоида у детей в течение 6-18 месяцев необходима хирургическая коррекция. Методом выбора является трансанальное эндоректальное низведение ободочной кишки по Swenson – Like.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ашурова Ш.С., Муродов М.Дж., Ашурова Н.С., Мулоев Ф.М.

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

Цель исследования: Изучение особенностей клинического течения бронхиальной астмы у детей в зависимости от степени ее контролируемости.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 37 детей школьного возраста, от 7 до 17 лет, больных бронхиальной астмой (БА) в стадии обострения, которые находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ «Шифобахш» 2017-2018 гг.

Результаты исследования. В периоде обострения у обследованных детей с БА в клинической картине наиболее типичными были удушье (в 82,4%), кашель (в 75,0%), чувство стеснения в груди (в 87%), затруднен выдох и ощущение нехватки воздуха (в 85,3%), возникновение потребности в применении β -агонистов короткого действия (в 45,8%), наличие сухого частого кашля ночью или под утро (в 76,1%), ограничение физической активности (39,2%). Вариабельность бронхиальной проходимости наблюдалась в 94,0%, а наличие эффекта от противоастматических средств - в 85,1%. В то же время, частота и степень выраженности определенных жалоб значительно варьировали в зависимости от степени контролируемости болезни.

Выводы. Таким образом приведенные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения не только клинических, но и патогенетических изменений в БА у детей, что позволило бы достичь лучшего контроля над заболеванием по сравнению с традиционной базисной терапией.

ВТОРИЧНАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ СДАВЛИВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ашуров Р.Г., Хабибов И.М., Шоев С.Н.

Детское нейрохирургическое отделение ГУ КЗ «Истиклол»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: оценить динамику и влияние дыхательных расстройств на развитие вторичных повреждений головного мозга при закрытой черепно-мозговой травме различной локализации.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 40 пострадавших. Первое обследование проведено в момент госпитализации после травмы и на 3-е и 5-е сутки. Глубина нарушения сознания оценивалась по шкале ком Глазго (ШКГ). На основании клинико-неврологических, рентгенологических, нейрофизиологических исследований и данных оперативного вмешательства пострадавшие были распределены на две группы; первая - пострадавшие с преимущественным полушарным поражением мозга 20 человек, вторая - пациенты с преимущественным поражением стволовых структур 20 пациенты. Фибротрехеобронхоскопия проводилась всем пациентам, одновременно исследовались кровь для определения газового состава и кислотно-щелочного состояния использовался аппарат «рН /Blood Gass/ Electrolytes 1650), внутри черепное давление (ВЧД) определялся инвазивно эпидурально после катетеризации аппаратом «Phisioloquae Pressure Transducer CE-0470», Capto-844» и церебральная оксигенация (ЦО). Центральная гемодинамика изучалась импедансометрически на аппарате РПГ -2- 02 по методике Ю.Т. Пушкарю, легочная и

систолическое давление легочной артерии (СДЛА) по А. А. Карабиненко. Статистическая обработка результатов проведена с использованием метода вариационной статистики. Оценка достоверности различия средних величин производилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Глубина нарушения сознания у пациентов 1-й группы при госпитализации достигала $6,6 \pm 0,47$ балла по ШКГ, у 11 пострадавших отмечалась эндоскопическая картина аспирации желудочного содержимого, воспалительных изменений трахеобронхиального дерева с обеих сторон, рентгенологическая картина острого повреждения легких. Артериальная гипоксемия $pO_2 < 72$ мм рт. ст. у 7 пострадавших корректировались лишь повышением концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе $FiO_2 > 0,5$. В этой группе определялось снижение комплайенса легочной ткани до $43,5 \pm 8,1$ мл/см H₂O и увеличение сопротивления в дыхательных путях до $8,2 \pm 1,8$ см H₂O л/с, увеличение среднего давления в легочной артерии до $19,5 \pm 2,1$ мм рт. ст., а обструкция мелких бронхов бронхиол выявлялась у 6 пациентов из 29. Третьи сутки посттравматического периода характеризовались эндоскопической картиной эндобронхита 2-3 степени у 9 пациентов и явлениями обструкции трахеобронхиального дерева, и снижением комплайенса легких до $39,6 \pm 3,1$ мл/см H₂O, выявляемым у всех пострадавших с полушарными поражениями головного мозга. У 9 пострадавших прогрессирование дыхательных расстройств коррелировалось с повышением ВЧД до $39,5 \pm 5,6$ мм H₂O и снижением ЦО $rSO_2 < 62\%$. При развитии острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС) и пневмонии на его фоне определялось дальнейшее усугубление расстройств легочной гемодинамики ДЛА достигала $25,7 \pm 5,2$ мм Hg, зональный легочной кровоток достигал в левом легком $137,8 \pm 5,7$, в правом $142,9 \pm 7,1$ мл / мин при норме в левом легком равное $215,4 \pm 8,4$, правом $-221,7 \pm 9,2$ мл/мин. В клинической картине пострадавших 2-й группы преобладали нарушения функции ствола головного мозга. Степень утраты сознания по ШКГ соответствовало $5,1 \pm 1,9$ балла. При эндоскопическом обследовании признаки аспирации желудочного содержимого отмечались у 12 пациентов. К концу первых суток воспалительные изменения слизистой трахеи и крупных бронхов в виде отека и гиперемии были обнаружены у 8 из 20 пострадавших. Обструкция трахеобронхиального дерева выявлялись у 7 пациентов в виде повышения сопротивления в дыхательных путях до $8,3 \pm 2,7$. Снижение комплайенса легких ниже 48 отмечалось у 6 пациентов при ДЛА равному $21,9 \pm 5,1$ мм Hg, было повышенным у 17 пострадавших. К 3 – м суткам частота бронхиальной обструкции достигала 62%, а эндобронхит 1-3 степени регистрировался у 16 пострадавших и сохранялся до 6 суток посттравматического периода. Показатели легочной гемодинамики достигали уровня $126,8 \pm 5,4$ мл/мин как в правом так и левом легком, ДЛА достигала $28,6 \pm 6,1$ мм Hg, у пациентов поражение стволовых структур было выше, чем у пострадавших с полушарными поражениями. Снижение SaO_2 и paO_2 сопровождалось признаками церебральной ишемии $rSO_2 < 50\%$, что требовало интенсивную респираторную и инотропную терапию у 17 пациентов.

Заключение. Тяжелое поражение головного мозга сопровождается нарушением не дыхательных функции легких. В отличие от полушарных поражений мозга, при которых легочные осложнения отмечаются в 50-60% случаев, у пациентов с преимущественно стволовыми повреждениями посттравматический период осложняется легочными расстройствами в 100% случаев. Нарушения легочной гемодинамики и гиповентиляции вследствие острого повреждения легких создают благоприятные условия для развития пневмонии и вторичных ишемических повреждений головного мозга в ранние сроки после тяжелого ТСГМ.

СЕДАЦИЯ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Бабаев Б.Д., Острейков И.Ф., Никитин В.В., Штатнов М.К., Мельникова Н.И., Надбитова Р.А., Багажков А.М.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗ г. Москвы.

Целью данного исследования является применение ингаляционных анестетиков при седации у детей в отделении реанимации.

Материалы и методы оценки. В детской городской клинической больнице им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г.Москвы в отделении реанимации и интенсивной терапии была применена ингаляционная седация у 30 пациентов в возрасте от 2 месяцев до 10 лет, находящихся в отделении реанимации с тяжелыми гнойными процессами в брюшной полости, с нейрохирургической и соматической патологией. Все дети нуждались в седации для синхронизации с аппаратом искусственной вентиляции легких.

Больные были разделены на 3 группы в соответствии с применяемых препаратов для седативной терапии.

1-группа использовали ингаляционную седацию севофлураном.

2-группа ингаляционную седацию проводили изофлюраном

3-группа (контрольная) седация с применением раствора мидазолама в дозе 0,25-0,5 мг/кг\ч у 25 пациентов.

Использовали анестетик-сберегающее устройство AnaConDa. AnaConDa-это одноразовое устройство. Производитель рекомендует менять AnaConDa. после 24 часов использования.

Анестетик набранный в шприц объемом 50 мл. (входящий в набор) подавался в систему при помощи стандартного перфузора В. Braun. Скорость инфузии анестетика колебалась от 3 до 7 мл/час в зависимости от показателей уровня седации.

Контроль седативной терапии проводился с помощью BIS – мониторинга и ЭЭГ. Регистрация данных BIS и клиническая оценка эффективности седации при постоянном введении препарата оценивали по шкалам седации на следующих этапах: I – до начала введения препарата, II – во время введения препарата, III – после достижения постоянного уровня седации.

Результаты исследования.

На I этапе в группах пациентов при моноседации ингаляционными анестетиками исходные показатели схожи и соответствовали уровню бодрствования. При индукции (II этап) севораном: по Ramsey $2,9 \pm 0,49$ баллов, наблюдался уровень средней степени седации, а по BIS регистрировалась величина $76,8 \pm 1,69$ Ед., что соответствовало уровню средней степени со смещением к легкой степени. А при седации изофлюраном: по Ramsey $2,5 \pm 0,44$, по BIS $78,4 \pm 2,05$ Ед. В процессе анализа полученных данных уже на III этапе установлено, что при седации ингаляционными анестетиками в исследуемых дозах значительных изменений BIS не отмечается. При подаче севорана получены данные по шкалам Ramsey $2,26 \pm 0,25$ баллов соответствует минимальной величине BIS $70,9 \pm 1,08$ Ед. В группах с седацией изофлюраном по шкале Ramsey $2,06 \pm 0,18$ баллов, где BIS соответствовал величине $72,6 \pm 1,08$ Ед. Результаты полученные при постоянной моноинфузии ингаляционных анестетиков в использованных дозах отражают седативный эффект препаратов, а также по шкалам седации и по BIS монитору отмечается снижение показателей, что соответствовали глубине седации.

Почти аналогичная картина наблюдалась при моноседации мидозаламом, где седативное действие отражалось в виде изменения данных клинической шкалы седации и BIS – мониторинга.

За время использования нами ингаляционных анестетиков в качестве медикаментозной седации в ОРИТ было отмечено, что параметры гемодинамики оставались стабильными, кардиотонической и вазопрессорной поддержки не требовали, на фоне ИВЛ отмечалось адекватная дыхательная деятельность без признаков десинхронизации, что позволило ускорить перевод пациента на вспомогательное дыхание. Постоянный ингаляционный способ введения препаратов способствует поддержанию требуемой глубины уровня седативной терапии необходимый период времени у больных, находящихся на длительной седации и практичен в коррекции.

Выводы: таким образом, полученный результат представляется достаточно интересным и клинически многообещающим, чтобы продолжить изучение эффективности ингаляционной седации у детей в ОРИТ.

Катетеризации внутренней яремной вены под ультразвуковым контролем у новорожденных.

Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Кумалагова З.Т., Смирнов Г.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

ДГКБ святого Владимира, ДЗ г. Москвы.

Цель исследования: оптимизация методики ультразвукового контроля при проведении катетеризации внутренней яремной вены у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Контрольное УЗИ с визуализацией интересующих сосудов выполнялось непосредственно перед пункцией центральных вен, разметка на коже наносилась до стерилизации операционного поля. УЗИ проводилось в двух взаимно перпендикулярных плоскостях в поперечном и сагиттальном (продольном) сечении между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы при исследовании внутренней яремной вены. С помощью предварительного УЗИ определяли глубину расположения вены от поверхности кожи, непосредственно ход венозного ствола, диаметр вены, диаметр артерии, взаимное расположение вены и артерии. Всего в исследование вошёл 31 новорожденный. Всем пациентам катетеризация центральной вены проводилась под ингаляционным наркозом севофлан до 4-6 об% по стандартной методике катетеризации центральных вен по Сельдингеру. Группа № 1 - было включено 16 пациентов, которым установка ЦВК проводилась по анатомическим ориентирам. Группа № 2 - было включено 15 пациентов, которым установка ЦВК производилась под УЗИ навигацией.

Результаты. При проведении статистического анализа получены следующие данные. Среднее количество попыток катетеризации в группе №1 было существенно выше, чем в группе №2: 2,37 и 1,34 соответственно. Максимальные значения количества попыток в 1ой группе составили 6 попыток, во 2 группе 4. Среднее время выполнения манипуляции в 1ой группе составило $19 \pm 4,7$ мин, во второй группе $23 \pm 5,3$ минуты. Количество пневмотораксов, как осложнений катетеризации ЦВК в 1ой группе составило 1, во второй группе осложнений выявлено не было.

Выводы. Проведение катетеризации внутренней яремной вены под УЗИ контролем у новорожденных является более эффективной, безопасной и быстрой методикой по сравнению с традиционным методом установки по анатомическим ориентирам.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОРАКОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ.

Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Кумалагова З.Т., Смирнов Г.В., Петрин Е.А.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

ДГКБ святого Владимира, ДЗ г. Москвы.

Целью нашего исследования является разработка оптимальной методики обезболивания у детей после проведенной торакопластики.

Материалы и методы: В реанимационном отделении ДГКБ святого Владимира ДЗ г. Москвы за период 2017-2018 гг. пролечено 59 больных после операции по поводу воронкообразной деформации грудной клетки.

Всего в исследование вошли 34 больных (возраст 12-16 лет). Все больные были распределены на две группы. В 1-ую группу было включено 16 пациентов (9 мальчиков и 7 девочек, средний вес 62 ± 11 кг), которым было выполнена интраоперационная установка эпидурального катетера B Braun perfix ONE Paed Set 18 на уровне 3-5Th с болюсным введением 0,75% наропина 2 мг/кг, с последующей постоянной инфузией 0,2% раствора наропина из расчета 0,2 мл/кг/ч.

Во вторую группу было включено 18 пациентов (12 мальчиков и 6 девочек, средний вес $59 \pm 13,2$ кг), которым послеоперационное обезболивание проводилось по комбинированной методике: промедол 1% средняя дозировка $0,3 \pm 0,05$ мг/кг + парацетамол 15 мг/кг внутривенно каждые 6 часов (первое введение на момент поступления в ОРИТ.)

Выраженность болевого синдрома оценивалась каждые 2 часа по визуально-аналоговой шкале (ВАШ): нестерпимая боль (9-10 баллов), сильная боль (6-8 баллов), умеренная боль (4-5 баллов), слабая боль (2-3 балла), и нет боли (0-1 балл).

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде (30 ± 15 мин от окончания операции) дети первой группы требовали дополнительной анальгезии наркотическими анальгетиками в дозе $0,3 \pm 0,05$ мг/кг. У двух детей отмечались побочные эффекты в виде снижения чувствительности в дистальных отделах верхних конечностей. У одного ребёнка отмечалось выраженное снижение активных движений, введение наропина отменено, на контрольном КТ патологии не выявлено, отмечалось полное восстановление через 6 ч после окончания введения наропина и удаления катетера (случай не включён в исследование).

При проведении статистического анализа получены следующие данные.

Средняя оценка боли по ВАШ за 6 измерений в группе №1 была существенно ниже, чем в группе №2: 3,56 и 5,72 баллов соответственно. Максимальные значения оценки боли по ВАШ в 1-ой группе составили 6 баллов, во 2 группе 8 баллов.

Минимальные значения оценки боли по ВАШ в 1-ой группе составили 1 балл, во 2 группе 3 балла. У детей второй группы достоверно чаще развивалась в послеоперационном периоде рвота $26 \pm 3,2\%$ а в первой группе у $11,3 \pm 2,8\%$. Продленная эпидуральная обезболивания в послеоперационном периоде создает хорошую анальгезию с сохранением сознания и низким риском респираторной депрессии.

ВЫВОДЫ. Продленная эпидуральная анестезия у детей является более эффективной методикой обезболивания у больных после проведенной торакопластики по поводу воронкообразной деформации грудной клетки, по сравнению с использованием комбинации опиоидных и неопиоидных анальгетиков, но требует большего технического оснащения и подготовки.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

Бабаева Л.А., Гафуржанова Х.А.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Изучить влияние продолжительности грудного вскармливания на качество жизни детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 240 детей 1-го года жизни, которые в зависимости от продолжительности грудного вскармливания (ГВ) были разделены на три группы. В I группу вошли 44 (18%) ребёнка, которые находились на ГВ до 3 месяцев, во II группу - 70 (29%) детей, находящихся на ГВ до 6 месяцев и в III группу-126 (53%) детей, которые с рождения до года находились на ГВ. С помощью русскоязычной версии международного опросника QUALINE, проведена оценка качества жизни (КЖ) детей в зависимости от продолжительности ГВ со стороны врачей и родителей. КЖ оценивали по 4 основным показателям функционирования ребёнка и по общему баллу (ОБ): 1) «поведение и общение» - ПиО; 2) «способность оставаться одному» - СОО; 3) «семейное окружение» - СО и 4) «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» - НПриФЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что в I группе показатели КЖ у детей были самые низкие. Оценка показателей КЖ по версии родителей показала, что ПиО составил 4,1 [3,9;4,2] балла, СОО - 3,0 [2,8;3,2], СО - 4,0 [3,8;4,2], НПриФЗ - 4,1 [4,0;4,1] и ОБ составил 3,8 [3,6;4,0]. Были низкие показатели КЖ у детей, находившихся на ГВ, до 3 месяцев и по версии врачей: ПиО- 3,8 [3,6;4,0] балла, СОО - 2,8 [2,6;3,0], СО - 3,6 [3,3;4,0], НПриФЗ - 3,8 [3,0;3,9] и ОБ составил -3,5 [3,1;3,7]. Наиболее выраженный положительный эффект ГВ отмечался как по версии родителей, так и по версии врачей у детей III группы. При анализе родительского опросника были получены следующие результаты показателей КЖ: ПиО-4,6 [4,1; 4,9] балла, СОО - 3,2 [3,0;3,3], СО -4,8 [4,0;4,8], НПриФЗ - 4,6 [4,0;4,8], ОБ составил - 4,3 [4,1;4,5]. При врачебном анкетировании были получены следующие данные – ПиО 4,5 [3,9;4,8] балла, СОО -3,2 [2,5;3,5], СО-4,5 [4,0;5,0], НПриФЗ-4,5 [3,9;4,7], ОБ составил- 4,2 [3,9;4,3], что значимо выше показателей детей I группы. Отмечались значимые различия КЖ, оцененные родителями и врачами у детей I группы. Все показатели КЖ у детей по оценке родителей оказались выше, чем по оценке врачей: ПиО - 4,1 [3,9;4,2] по сравнению с 3,8 [3,6;4,0] балла, СОО - 3,0 [2,8;3,2] и 2,8 [2,6;3,0] баллов, СО - 4,0 [3,8;4,2] и 3,6 [3,3;4,0] баллов, НПриФЗ - 4,1 [4,0;4,1] и 3,8 [3,0;3,9] баллов, а ОБ – 3,8 [3,6;4,0] и 3,5 [3,1;3,7]. Выявлены различия в оценке родителей по всем показателям между II и III группами, кроме СОО- 3,2 [3,0;3,3] балла в III группе и 3,2 [3,1;3,4] балла во II группе. Врачебная оценка показала различия в показателях СОО - 3,2 [2,5;3,5] балла в III группе и 3,1 [3,0;3,3] балла во II группе и по ОБ - 4,2 [3,9;4,3] и 4,1 [3,9; 4,4] баллов соответственно.

Выводы. Результаты исследования доказывают, что грудное вскармливание является наилучшим питанием для ребенка первого года жизни. Продолжительность грудного вскармливания положительно влияет на качество жизни и обеспечивает здоровый рост и развитие ребенка в целом. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости поддержки и поощрения продолжительности грудного вскармливания на первом году жизни ребенка.

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В РЕГИОНАХ С ПОВЫШЕННОЙ РАДИАЦИЕЙ

Бадалова З.А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: нашей работы явилось изучение факторов риска, приводящих к формированию пороков сердца.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 280 историй болезни новорожденных находившихся на стационарном лечении в районах Согдийской области за 20016-2018 годы

Результаты и их обсуждение. Выявлены 32 детей с врожденными пороками сердца. При анализе особо обращалось внимание на состояние здоровья матерей, особенности течения беременности и родов, состояния новорожденных, клинические особенности врожденных пороков сердца. Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кала, иммуноферментный анализ-определение титра антител на цитомегаловирусную инфекцию, герпес, гепатит и др.), ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов и рентгенография грудной клетки. Результаты исследования: большинство женщин (65%) во время беременности страдали экстрагенитальной патологией: анемией — 76,8 % (53), патологией почек — 30,4 % (21), гипертонической болезнью — 28,9 % (20), гестозы — 52,9 % (38), эндокринные заболевания — 36,6 % (25), сахарный диабет, ожирение, зоб. Кроме того, большую роль сыграли прием лекарственных препаратов во время беременности — 23 % (16), и большинство женщин — 52 % (35) страдали генитальной патологией (аднексит, эндометрит, эрозия шейки матки). Необходимо отметить еще 2 фактора риска приводящие к врожденным порокам развития. Это беременность на грани детородного периода (15-16 лет) — 3 % и экологическая зависимость данного региона относящейся к хвостохранилищу. Основную группу составили 15 детей с дефектом межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки - у 7 детей, открытый артериальный поток — у 4 детей, тетрада Фалло — у 2 новорожденных, декстрокардия — у 1-го и транспозиция магистральных сосудов со стенозом аорты у 1-го ребенка. У четырех детей врожденные пороки сердца диагностированы в симптомокомплексе с болезнью Дауна, у двоих детей с хондродистрофией.

Выводы: Представленные данные демонстрируют реальную социально-медицинскую значимость патологии, обусловленной врожденными пороками сердца, хромосомными и наследственными болезнями и их роль в перинатальной патологии, младенческой и детской заболеваемости в регионах с повышенной радиацией.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Бакоев Ф.С.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Целью исследования данной работы явилось изучить клинические особенности перинатальной энцефалопатии и поражения сердца при них.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением 218 детей ро- дившихся в асфиксии, с гипоксическим повреждением мозга в возрасте от 1 нед. до 2-х лет. Все дети

наблюдались невропатологом, им проводились общий анализ крови, мочи, УЗИ мозга, УЗИ сердца, ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. У всех наблюдаемых детей был отягощенный анамнез. Выявлены нами факторы риска, способствующие развитию гипоксии мозга и поражению сердца. У 133 детей (61%) первой группы клиническая картина характеризовалась: глазной симптоматикой /косоглазие, нистагм/, тремор рук, легким усилением сухожильных и безусловных рефлексов, кратковременным общим беспокойством, что указывало на нарушение мозгового кровообращения. У этой группы больных отмечалась клиника функционального изменения сердца, которая характеризовалась рядом объективных признаков поражения сердца: тоны приглушены, тахикардия, аритмия, функциональный систолический шум, но границы сердца были в пределах нормы и нестойкие изменения формы одного или двух зубцов ЭКГ /QRS/. Но у 16 (12%) детей на фоне присоединившего ОРЗ отмечалось нарастание симптомов сердечной недостаточности и изменения со стороны сердца укладывались в клинику миокардиодистрофии. Усугублялись нарушения неврологической симптоматики. В основном преобладали поражения вегетативной иннервации: мраморный рисунок кожных покровов, стойкий дермографизм. У 63(28,9%) со среднетяжелой формой неврологических расстройств клиническая картина характеризовалась тремя симптомокомплексами: симптомами нарушения мозгового кровообращения, повышением внутричерепного давления, вегетативными расстройствами. У 13 детей II группы и у всех детей III группы отмечалась кардиореспираторная депрессия. Синдром характеризовался угнетением основных жизненных функции – брадикардия, понижения мышечного тонуса, нарушение дыхания, гипотония. У них отмечалась кардиомегалия, нарушения проводимости, недостаточность кровообращения. 33 детям был выставлен диагноз функциональные кардиопатии, а у 10 – фиброэластоз эндокарда. Дифференциальный диагноз между ними удалось провести с помощью R-скопии грудной клетки. Немое сердце отмечалось у больных с фиброэластозом и отсутствие эффекта от введения кардиотонических средств. У 20 детей врожденный порок сердца: из них 12 септальный порок сердца, у 3 не зарощение артериального протока, у 5 болезнь Фалло. Изменения со стороны сердца у 17 больных укладывались в клинику функционального изменения, у 5- врожденного порока сердца /топику установить не удалось из-за тяжести состояния.

Выводы. У детей с перинатальной энцефалопатией отмечались различные кардиопатии, которые часто протекают с сердечной недостаточностью, что и является причиной летальных исходов у детей. Поэтому необходима ранняя диагностика изменений со стороны сердца и своевременное назначение кардиотонических препаратов.

СЛУХОВАЯ НЕЙРОПАТИЯ: ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Балакина А.В., Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Тарасова Н.В., Дайхес Н.А.
ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России
Москва, Россия

Цель исследования: слуховая нейропатия – сложная проблема сурдологии. К заболеваниям данного профиля у детей относят нарушения слуха, обусловленные дисфункцией внутренних волосковых клеток и синапсов между внутренними волосковыми клетками и волокнами слухового нерва и/или дисфункцией непосредственно слухового нерва. Слуховая нейропатия характеризуется врожденной сенсоневральной тугоухостью различной степени выраженности, как правило, двусторонней, при отсутствии регистрации

акустических рефлексов, КСВП с сохранной функцией наружных волосковых клеток, что подтверждается регистрацией отоакустической эмиссии и/или микрофонного потенциала. В исследовании представлен наш опыт диагностики и реабилитации детей с подобным нарушением слуха.

Материалы и методы исследования: в период с сентября 2018 года по июнь 2019 года под наблюдением в отделении сурдологии и слухоречевой реабилитации ФГБУ НКЦО ФМБА России находились 4 ребенка с подтвержденным диагнозом сенсоневральной тугоухости по типу слуховой нейропатии. Все дети прошли полное аудиологическое обследование, включающее регистрацию ОАЭ, акустическую импедансометрию, КСВП и ASSR-тест. Также проводилось сурдопедагогическое тестирование в динамике: до момента начала слухоречевой реабилитации и через 3 месяца после этого.

Результаты и их обсуждение: средний возраст постановки диагноза составил 20 месяцев. У всех детей в анамнезе отмечалась высокая гипербилирубинемия (более 200 мкмоль/л), а также недоношенность умеренной или глубокой степени. Кроме того, родители 2 из 4 детей, принявших участие в исследовании, сообщили о применении вспомогательных репродуктивных технологий в планировании беременности. У всех детей диагностирована сенсоневральная тугоухость IV степени, согласно международной классификации. ЗВОАЭ зарегистрирована у 4 детей. Электроакустическая слухокоррекция бинаурально оказалась эффективна в одном случае. Трем детям выполнена кохлеарная имплантация с положительным эффектом в отношении развития слухоречевых навыков.

Выводы: в стандартную схему протокола аудиологического скрининга рекомендуется вводить регистрацию КСВП у новорожденных с наличием факторов риска в отношении развития заболеваний профиля слуховых нейропатий. Несмотря на уровень поражения слухового анализатора при нейропатии, кохлеарная имплантация является эффективным методом реабилитации подобной категории больных.

ОЦЕНКА НАВЫКОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ СЕМЬИ

Бандаев И.С., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Искандарова З.И.

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»,
Медицинский колледж г. Вахдата

Цель исследования. Оценить навыки вскармливания детей раннего возраста на уровне семьи.

Материалы и методы исследования. Оценка проведена в 12-ти городах и районах республики (г. Пенджикент, районы Рудаки, Рашт, Лахш, Зафарабат, Деваштич, Ашт, Масчо, Мастчохи Кухи, Дарвоз, Мургоб, Ишкошим) путём 3496 интервью с матерями детей в возрасте от 0 до 23 месяцев. Ответы респондентов во время интервью были введены в онлайн систему с использованием планшетов.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что только 51% (469) детей в возрасте от 0 до 5 месяцев находились исключительно на грудном вскармливании в течение последних 24 часов.

Согласно полученным результатам исследования только 41% (1051) детей в возрасте от 6 до 23 месяцев получали минимальную приемлемую диету (кроме грудного молока) в течение предыдущего дня. Данный показатель самый низкий в Ишкашимском районе (1%) и в Раштском районе (3%) (таблица)

Согласно результатам проведенной оценки, только 8% (208) детей в возрасте от 6 до 23 месяцев на момент исследования получали добавку железо-содержащих микроэлементов.

Выводы. Следует непрерывно повышать знания и навыки специалистов ПМСП по предоставлению услуг матерям и детям, частности по вскармливанию детей раннего возраста. С другой стороны следует также повышать уровень информированности и знания матерей/семей по питанию детей раннего возраста.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Бандаев И.С., Дустов Дж.Х., Джонова Б.Ю., Холова С.Г.

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»,

Медицинский колледж г. Вахдата

Актуальность. В рамках реализации «Стратегического плана развития ПМСП по принципу семейной медицины на 2016-2020 годы в Республике Таджикистан», утвержденного Постановлением Правительства Республики Таджикистан №317, 31 июля 2016 г. еще более возросли требования к подготовке специалистов семейной медицины. Данный стратегический план ставит своей задачей поддержку укрепления развития семейной медицины, основываясь на положительных результатах огромной работы, проделанной до текущего момента, и одной из первостепенных задач является качественная подготовка семейных врачей и медицинских сестер.

Цель исследования: изучить мнение слушателей 6-ти месячных курсов по первичной специализации по специальности семейная медицина о качестве обучения.

Материалы и методы исследования: Проведено анкетирование 36 врачей и 76 медицинских сестер в преддверии завершения обучения слушателей 6-ти месячных курсов специализации по специальности семейная медицина по специально разработанной анкете (2017 год).

Целью анкетирования явились оценка различных аспектов и качества подготовки специалистов по семейной медицине, изучение прогресса знаний и навыков по предоставлению медицинских услуг после прохождения обучения и предложения слушателей курсов специализации по семейной медицине по улучшению качества обучения, оценка изменения отношения к работе.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ анкет врачей показал, что среди слушателей-врачей соблюдался гендерный баланс: женщины составили 37,5% и мужчины 62,5%. Все врачи-курсанты имели до начала обучения определенный опыт работы. На вопрос, по какой причине врачи решились приобрести специальность «семейного врача» были получены различные варианты ответов: для получения большей самостоятельности 82%; по производственной необходимости – 12%, для повышения уровня своих знаний – 3% и случайный выбор – 3%.

На вопрос, считают ли 6-месячную продолжительность обучения слушатели достаточной для получения качественных знаний и навыков по специальности «семейный врач» большая часть слушателей (87,5%) ответили положительно и лишь 12,5% считают необходимой увеличить длительность обучения до 12 месяцев .

87,5% слушателей-врачей отметили как «хорошо» и «отлично» качество обучения и методы преподавания по семейной медицине на данном курсе, в тоже время 12,5% респондентов - отметили как удовлетворительное.

Все 100% слушателей – врачей отметили, что освоили во время обучения и могут самостоятельно производить такие манипуляции как отоскопия, определение сахара крови с

использованием глюкометра, осмотр новорожденного; 93,75% отметили проведение ЭКГ, 87,5% - офтальмоскопию и неврологический осмотр. Среди других приобретенных новых навыков врачи отметили следующие: пикфлоуметрия, наружное акушерское исследование, вскрытие абсцессов, введение и удаление внутриматочных спиралей, промывание уха, внутрисуставные инъекции.

Анализ анкет семейных медицинских сестер показал, что среди слушателей медицинских сестер соблюдался гендерный баланс: женщины составили 70% и мужчины 30%. Все курсанты имели до начала обучения определенный опыт работы. На вопрос, по какой причине медицинские сестра пришли на переобучение по специальности «семейная медицинская сестра» были получены различные варианты ответов: для получения большей самостоятельности – 78%; по производственной необходимости – 9%, для повышения уровня своих знаний – 13%.

На вопрос, считают ли 6-месячную продолжительность обучения слушатели достаточной для получения качественных знаний и навыков по специальности «семейная медицинская сестра» большая часть слушателей (80,4% респондентов) ответили положительно и 19,6% слушателей считают необходимой длительность обучения 12 месяцев.

Большинство слушателей (97,8%) медицинских сестер высоко оценили качество обучения и методы преподавания по семейной медицине на данном курсе.

Семейные медицинские сестра отметили, что освоили во время обучения и могут самостоятельно производить практически все манипуляции, что также подтверждают результаты текущих экзаменов по модулям.

Среди предложений по улучшению качества обучения была рекомендация по увеличению времени практических занятий и самостоятельному выполнению манипуляций со стороны курсантов.

По укреплению технической базы учебного заведения со стороны слушателей была рекомендация по организации современной лаборатории.

Среди других пожеланий курсантов были: организация непрерывного образования на местах в виде краткосрочных курсов, обеспечение сумками врачей.

Выводы: Таким образом, результаты анкетирования показали, что большинство семейных врачей и среднего медицинского персонала удовлетворены своей подготовкой, но в будущем в процессе учебной подготовки специалистов семейной медицины следует уделять особое внимание самостоятельному выполнению практических навыков на пациентах, использованию современных муляжей и манекенов в процессе приобретения и отработки навыков. Во время дискуссий со стороны курсантов было отмечено, что в процессе обучения они не только обрели новые знания и навыки, но также изменили свое отношение к своей деятельности, стали более масштабно и всесторонне относиться к профилактике заболеваний, раннему выявлению, диагностике и лечению заболеваний, реабилитации, паллиативной помощи.

СТРУКТУРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК С ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА

Барабанов Р.Е., ст.н.с., доцент, чл-корр. АМТН РФ (Москва, Россия)

Дизайн исследования. Процедура исследования представляла собой заполнение выборкой одиннадцати опросников разной измерительно-объективизирующей и целеустанавливающей направленности. При этом на первом этапе исследования был проведен контент-анализ (целью которого было выявление компонентов качества жизни на основе субъективной

оценки лицами с патологией голосового аппарата своего актуального состояния), который позволил нам определиться с набором методик для дальнейшего исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате на основе анализа повернутой матрицы компонентов, где вращение сошло за 6 итераций, удалось получить пять значимых факторов, вобравших в себя 61% общей дисперсии:

В **первый фактор** (доля объясненной дисперсии 23%) вошли компоненты по шкале экзистенции: самотрансценденция (0,888), свобода (0,845), личностная исполненность (0,948), экзистенциальная исполненность (0,858); самоактивация (-0,802); показателю удовлетворенности качеством жизни: здоровье (-0,928), общение с близкими (0,911), поддержка (0,507), негативные эмоции (0,684); показателю субъективного качества жизни: эмоциональный (0,518) и когнитивный (0,936) компоненты; а также терминальным ценностям: духовное удовлетворение (0,531).

Во **второй фактор** (доля объясненной дисперсии 24%) вошли компоненты смысложизненных ориентаций: цель (0,736), результат (0,750), локус контроля Жизнь (0,705); компоненты психологического благополучия личности: автономия (0,633), управление средой (0,794), личностный рост (0,724), цели в жизни (0,846), самопринятие (0,830), осмысленность жизни (0,862); терминальные ценности: собственный престиж (0,780) и достижения (0,590).

В **третий фактор** (доля объясненной дисперсии 22%) вошли компоненты жизнестойкости: вовлеченность (0,570), контроль (0,523), принятие риска (0,507), жизнестойкость (0,927); экзистенциальный компонент: самодистанцирование (0,582); терминальные ценности и жизненные сферы: развитие себя (0,742), профессиональная (0,655) и семейная жизнь (0,545).

В **четвертый фактор** (доля объясненной дисперсии 18%) вошли показатели качества и удовлетворенности жизни: эмоциональные переживания (0,525), активность в свободное время (0,613) и сфера общения (0,497); ценностно-побудительный компонент субъективного качества жизни (0,622); терминальные ценности и жизненные сферы: креативность (0,871) и сохранение собственной индивидуальности (0,711).

В **пятый фактор** (доля объясненной дисперсии 7%) вошел компонент смысложизненных ориентаций: процесс (0,408); компонент самоактивации: личностная активность (0,535); показатель удовлетворенности качеством жизни: личные достижения (0,579); а также терминальные ценности и жизненные сферы: высокое материальное положение (0,550), активные социальные контакты (0,713), обучение и образование (0,796), семейная жизнь (0,916), увлечения (0,867).

Исходя из этих результатов, мы видим, что психологическая структура качества жизни юношей и девушек с нарушением голоса представлена: экзистенциальной исполненностью (**фактор 1**), смысложизненными ориентациями (**фактор 2**), жизнестойкостью (**фактор 3**), личностной активностью (**фактор 4**) и самообъективизация (**фактор 5**).

Заключение. В ходе эмпирического исследования получена модель качества жизни, структурно согласованная с моделью качества жизни по Г.М. Зараковскому, включающая в себя системообразующие элементы (например, гармония, самооценność, благополучие, здоровье); операциональные компоненты (например, саморегуляция, активный образ жизни), а также характеристики, сопряженные с самореализацией как основным свойством качества жизни – например, продуктивность, самопринятие, самореализация. Интегративный анализ полученных эмпирических данных позволяет сделать вывод о том, что важнейшими детерминантами объективного благополучия личности, ее гармоничного развития, а также качества жизни выступают, с одной стороны, факторы личностных усилий, стремления к саморазвитию, готовность к самоизменению, а с другой — особая форма организации

социальной поддержки лиц с особыми образовательными потребностями. При этом, главным фактором, определяющим качество жизни, являются не условия среды жизнедеятельности, а сама личность и ее позиция по отношению к жизни в ситуации болезни, ее способность к активации собственного ресурсного потенциала. Именно личность, отталкиваясь от ограничений здоровья, делает их основополагающим ресурсом саморазвития. Таким образом, психологические компоненты качества жизни являются системообразующими. Психологическая структура качества жизни юношей и девушек определяется особенностями здоровья. У наших респондентов эта структура представлена пятью группами факторов: экзистенциальной исполненностью, смысложизненными ориентациями, жизнестойкостью, личностной активностью и самообъективизацией. Таким образом, психологический компонент качества жизни в группе с патологиями голоса отличается большей представленностью экзистенциальной линии и высокой значимостью отношений с окружающими. Активизация этих компонентов связана с затрудненностью реализации собственной жизненной линии при особой актуальности доверительных поддерживающих отношений с близкими людьми.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Баротов А.А., Абдулалиев А., Табаров А.Р., Махмудов З.Л.
ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность предоперационной подготовки детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом.

Материал и методы исследования. Нами было изучены результаты лечения 51 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом, за десятилетний период. Основное количество детей было в возрастной категории 11 – 15 лет в количестве 34 человека, а в возрастной категории 6 – 10 лет входило 17 детей. Больные разделены на три группы: 1 группа - компенсированная (7 больных); 2 группа - субкомпенсированная (26 больных); 3 группа - декомпенсированная (18 больных).

Всем больным проводились клиничко-биохимические исследования, рентгенодиагностика и эзофагодуоденаскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучены результаты лечения 51 больных с язвой двенадцатиперстной кишки. Язвенный анамнез сроком от 1 года до 2 лет отмечался у 5 (9,8%), от 3 до 5 лет – у 12 (23,5%) и более 6 лет – у 34 (66,7%) больных. У 44 (86,3%) из 51 больных до поступления в клинику был установлен диагноз ЯБ ДПК. У 5 детей в анамнезе отмечались эпизоды язвенных кровотечений. Операции по поводу перфорации язвы выполнены у 3, по поводу кровотечений - у 2 больных. Всем больным было произведено ушивание дефекта и кровоточащей язвы.

У 1 группы больных общее состояние было удовлетворительное. Дефицит массы тела ребенка не превышал 15%, дефицит ОЦК составлял $7 \pm 1,8\%$ от должного (Д), эндогенная интоксикация соответствовала 1 степени (уровень МСМ крови – $0,290 \pm 0,010$ ед., ПЖП в плазме – $29 \pm 1,2$ мин., ЛИИ – $2,2 \pm 0,5$). Желудок был умеренно увеличен, имелось большое количество слизи и остатков твердой пищи и невыраженный дуоденогастральный рефлюкс, дуоденит и деформация двенадцатиперстной кишки, сужение просвета пилородуоденального

канала до 1 см: эндоскоп проходит с трудом у 3 больных, а у остальных 4 больных непроходим. У 3 больных отмечались свежие язвы, у остальных - рубцующиеся красные язвы с резкой деформацией пилородуоденального канала. Обсемененность антральной слизистой была средней и высокой степени. Эвакуация бария из желудка в среднем $7,5 \pm 0,5$ часов. Показатели коагулограммы, гемограммы, КОС не требуют корректирующих мер. Поэтому предоперационная подготовка проводилась в следующем объеме: антихеликобактерная терапия; Н2-блокаторы (квamatел по 20 мг 2 раза); антациды (альмагель-А или гастал); цитопротекторы (де-нол по 1 таблетке 4 раза); комплекс витаминов группы В и С; инфузии растворов глюкозы 10%, Рингера, альвезина в объеме суточной физиологической потребности. Всем больным два раза в день (утром и вечером) промывали желудок физиологическим раствором с 500 мг метронидазола. 3 больным произведена эндоскопическая катетеризация постбульбарной части двенадцатиперстной кишки с последующей энтеральной инфузионной терапией (смесь «Нуртисион», отвары кураги, кишмиша, шиповника и 10% сахар) по 50-70 мл на кг массы тела ребенка. Средняя продолжительность предоперационной подготовки этой группы больных составила $8 \pm 1,5$ дней.

У 2 группы больных общее состояние было средней степени тяжести, имелись клинические проявления хронической интоксикации (вялость, бледность кожи и видимых слизистых), отставание в физическом развитии, дефицит массы тела составлял $18 \pm 2,3\%$, ОЦК – $13,5 \pm 1,5\%$ от Д, II степени ЭИ (уровень МСМ крови – $0,350 \pm 0,005$ ед., ПЖП в плазме – $25 \pm 1,0$ мин., ЛИИ – $4,0 \pm 0,5$, дефицит общего белка – $7,5 \pm 0,8\%$, альбумина – $25 \pm 1,2\%$), признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз – $8,5 \pm 0,4$, СОЭ – $17 \pm 1,2$ мм/час), функциональная печеночная недостаточность (β -липопротеиды - $78 \pm 2,4$ г/л, холестерин – $0,85 \pm 0,8$ ммоль/л, щелочная фосфатаза - $26 \pm 2,1$ ммоль/час х л), анемия (эритроциты – $3,68 \pm 0,12 \times 10^{12}$ л⁻¹, гемоглобин - $100 \pm 0,9$ г/л), отмечались изменения в большом и малом кругах кровообращения. Желудок был увеличен, находился на уровне пупка, имелось большое количество слизи и остатков пищи, отмечались дуоденогастральный рефлюкс, гастрит, дуоденит и выраженная деформация двенадцатиперстной кишки, сужение просвета пилородуоденального канала до 0,5 см. Обсемененность антральной слизистой была высокой степени. Пройодимость бария по желудку составила в среднем $15 \pm 1,2$ часов. Предоперационная подготовка дополнительно к мероприятиям I группы больных включала: устранение интоксикации, восполнение дефицита жидкости, электролитов, ошелачивание крови, иммунокоррекцию (плазма, циклоферон), препараты, улучшающие гемопоэза, энтеральную нутритивную искусственную инфузионно-трансфузионную терапию в объеме суточной потребности ребенка. Средняя продолжительность предоперационного периода составила $15 \pm 2,0$ дней.

В 3 группе больных общее состояние оценено как тяжелое (13) и крайне тяжелое (5). У этих больных на фоне клинически выраженных признаков интоксикации (вялость, слабость, бледность, сухость кожи и видимых слизистых, снижение тургора кожи), была дыхательная недостаточность, гипокинетического типа кровообращение, легочно-артериальной гипертензия гуморальные сдвиги носили выраженный характер. Дефицит массы составлял $25 \pm 4,2\%$, ОЦК – $22,4 \pm 2,7\%$ от Д, III степень ЭИ (уровень МСМ крови – $0,550 \pm 0,015$ ед., ПЖП в плазме – $17 \pm 1,0$ мин., ЛИИ – $6,0 \pm 0,5$, дефицит общего белка – $15 \pm 0,8\%$, альбумина - $36 \pm 1,2\%$), признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз – $9,6 \pm 0,6$, СОЭ – $37 \pm 3,2$ мм/час), функциональная печеночная недостаточность (β -липопротеиды - $94 \pm 3,6$ г/л, холестерин – $1,3 \pm 0,5$ ммоль/л, щелочная фосфатаза - $32 \pm 2,1$ ммоль/ч х л, фибриноген - $263 \pm 2,5$ мг), анемия (эритроциты – $2,72 \pm 0,23 \times 10^{12}$ л⁻¹, гемоглобин - $93 \pm 1,0$ г/л). Желудок был увеличен, атоничен, находился на уровне крыла подвздошной кости, имелось большое количество

остатков пищи, были выражены гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюксы, эрозивный гастрит, дуоденит и деформация двенадцатиперстной кишки, резкое сужение просвета пилорoduоденального канала. Обсемененность антральной слизистой была высокой степени. Эвакуация бария из желудка в среднем $25 \pm 1,2$ часов. Предоперационная подготовка состоит из мероприятий, проводимых 2 группе больных, а также: активации фибринолитической активности крови (комполамин, никотиновая и аскорбиновая кислоты, аскорутин), ингибиторов протеаз (контрикал, городокс), дезагрегантов (курантил, трентал), антиоксидантов (витамин Е, унитиол, реамбирин, актовегин), кортикостероидов и иммунокоррекции (нативная плазма, иммуноглобулины, циклоферон, иммунофан). В лечении этой группы больных широко использовался метод форсированного диуреза, инфузии альбумина, плазмы, аминокислотных смесей, эритроцитарной массы, отмытых эритроцитов и тромбоцитарной массы. Средняя продолжительность предоперационной подготовки составляют $24 \pm 2,5$ дней.

Выводы. Предоперационная подготовка детей с пилорoduоденостенозом осуществлялась дифференцировано в зависимости от степени выраженности ЭИ, нарушения функции желудка и обсемененности *Helicobacter pylori* с применением комплекса интенсивной, инфузионно-трансфузионной, энтеральной терапии в сочетании с комплексом эрадикационной терапии по разработанной схеме.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ У ДЕТЕЙ

Баходуров Дж.Т.¹, Ибодов Х.¹, Давлатов С.Б.¹, Юсупов Б.²

¹Кафедра детской хирургии ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан

²ГУ Медицинский комплекс «Истиклол», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель работы. Оценить результаты оперативного лечения осложненного эхинококкоза легких у детей в отдаленном периоде.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения осложненного эхинококкоза легких (ОЭЛ) у 98 из 132 детей в возрасте от 3 до 18 лет. Осложнения эхинококковых кист (ЭК) были в виде прорыва в бронх (77-60,2%), в плевральную полость (27-21,1%), нагноение (11-8,6%) и прекистозные воспаления (13-10,1%).

В основном осложнения ЭК наблюдались при средних, больших (68%) и гигантских (32%) кистах. В первые сутки от начала развития осложнений поступили – 10 (7,8%), до недели – 38 (29,7%), до одного месяцев – 34 (26,6%) и позже одного месяца – 46 (35%). В результате позднего поступления у 49 детей с прорывом в бронх (34) и плевральную полость (15) ЭК были инфицированными. При поступлении состояние оценено удовлетворительным у 7 (5,5%), средне-тяжелым у 59 (46,1%) и тяжелым у 62 (48,4%).

При больших, гигантских осложненных ЭК с толстой фиброзной капсулой и инфильтрацией легочной ткани вокруг ФК при эхинококкэктомии выполнено создание междолевой или межсегментарной щели, ликвидация ОПФК модифицированным методом А.Т. Пулатова (61 – 46,5%), типичная резекция сегмента или субсегмента с применением прецизионной техники и микрохирургических инструментов у (22 – 16,7%). При средних и больших осложненных ЭК расположенных в нижних долях легкого с тонким слоем ФК и при отсутствии инфильтрации легочной ткани вокруг ФК эхинококковых кист создание

междолевой или межсегментарной щели с иссечением ФК с тонким слоем легочной ткани по А.Т. Пулатову (34 -25,9%), ЛОПФК с атипичной резекцией легких (14 – 10,6%).

Больным ОЭЛ проводились клиничко – лабораторные, рентгенологические (обзорная рентгенография и томография), КТ, УЗИ и функциональные методы исследования. Результаты и обсуждение. Больные в зависимости от проводимой предоперационной подготовки, выбора оперативного вмешательства, интра- и послеоперационного ведения, восстановительной терапии разделены на две группы. Больные по группам, по характеру и тяжести осложнений ЭК были сравнимы.

Принципы проведения комплекса предоперационной, интенсивной терапии при различных формах ОЭЛ зависят от нарушения функции легких (обструкция, отек, инфильтрации, компрессия легких) и степени выраженности нарушений гомеостаза. Экстренные оперативные вмешательства при ОЭЛ осуществляются при легочных или внутри плевральных кровотечениях.

Важнейшим условием благоприятного исхода хирургического вмешательства больных с ОЭЛ является, дифференцировано проведенная предоперационная подготовка, которая зависит от характера и давности осложнения, распространенности поражения, степени эндогенной интоксикации и эндобронхита. При развитии внутриплеврального и внутрилегочного напряжения с клапанным механизмом и уменьшением дыхательной поверхности легкого в первую очередь производится снятие напряжения путем дренирования и аспирации.

У 16,3% детей в отдаленном периоде имелись жалобы на кашель (9) сухой (3) и с выделением мокроты (6), боли в оперированной половине грудной клетки (3), одышка при физическом нагрузке и слабость (4). У 7 из 16 детей отмечались частые простудные респираторные заболевания. 10 из 16 детей были из контрольной группы и они восстановительное лечение не получали и на диспансерном наблюдении не находились. У 2,1% детей наблюдался рецидивный ЭК в легком (1) и плевральной полости (1). У одного ребенка с рецидивом был прорыв ЭК в плевральную полость, а у второго вскрывшейся в бронх. Обе дети противорецидивную терапию не получали.

У 10,2% детей в отдаленном сроке лечения после эхинококкэктомии по поводу осложненного эхинококкоза легких наблюдались осложнения. При этом у 22,2% детей осложнения были у контрольной и у 5,6% у основной группы.

Отдаленные результаты эхинококкэктомии ОЭЛ оценены по трех балльной системы. Хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошие результаты оценены у 81,6% детей, у которых жалоб не было при клиническом и функциональном исследовании сердечно-сосудистой и дыхательной системы особых отклонений не отмечалось.

Удовлетворительные у 10,2%, которые предъявляли жалобы и при бронхологическом исследовании выявлены деформирующий бронхит, со стороны ФВД отмечались снижение эластичности легких с эмфизематозным расширением. Эти дети нуждались в проведении консервативного лечения и диспансерного наблюдения.

Неудовлетворительные – 8,2% детей, которым потребовались повторные оперативные вмешательства по поводу бронхоэктазии, остаточной полости, длинной бронхиальной культы с пневмосклерозом и рецидивом ЭК.

Таким образом, благодаря рациональной предоперационной подготовки, интра- и послеоперационного введения, разработки эффективных способов антибиотико- и интенсивной терапии в зависимости от ЭИ и тяжести осложнений, выбор способов ЛОПФК, тактики оперативных вмешательств, противорецидивной терапии, восстановительного

лечения и диспансерного наблюдения получены хорошие (94,4%) и удовлетворительные (5,6%) результаты у основной группы больных.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Баходуров Дж.Т., Ибодов Х.И., Давлятов С.Б., Рофиев Р.Р.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель работы. Изучить причины развития осложнений и оптимизировать лечения осложненного эхинококкоза легких у детей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения осложненного эхинококкоза легких (ОЭЛ) у 128 детей в возрасте от 3 до 18 лет. Осложнения эхинококковых кист (ЭК) были в виде прорыва в бронх (77-60,2%), в плевральную полость (27-21,1%), нагноения (11-8,6%) и прекистозного воспаления (13-10,1%).

У 75 (58,6%) из 128 детей ЭК были односторонними одиночными, а у 28 (21,9%) оказались множественными одно (10 – 7,8%) и двухсторонними (18 – 14,1%). У 25 (19,5%) больных ЭК были сочетанными в легких и печени. У 128 больных отмечались 157 эхинококковых кист. ЭК по объему и размеру (диаметр) остаточной полости (ОП) разделены: на малые (объем от 10 до 100 мл или диаметр ОП от 4-7 см) – 6 (4,7%); средние (100 – 250 мл или 7-10 см) – 54 (42,1%); большие и гигантские кисты (300 – 1500 мл или 11 – 20 см) – 68 (53,1%). В основном осложнения ЭК наблюдались при средних, больших (68%) и гигантских (32%) кистах. В первые сутки от начала развития осложнений поступили 10 (7,8%) больных, до недели – 38 (29,7%), до одного месяцев – 34 (26,6%) и позже одного месяца – 46 (35%). В результате позднего поступления у 49 детей ЭК были инфицированными с прорывом в бронх (34) и плевральную полость (15). При поступлении состояние оценено удовлетворительным у 7 (5,5%), средне-тяжелым - у 59 (46,1%) и тяжелым у 62 (48,4%) пациентов.

Больным ОЭЛ проводились клиничко – лабораторные, рентгенологические (обзорная рентгенография и томография), КТ, УЗИ и функциональные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведение объема предоперационной, интенсивной терапии при различных формах ОЭЛ зависит от нарушения функции легких (обструкция, отек, инфильтрации, компрессия легких) и степени выраженности нарушений гомеостаза. Экстренные оперативные вмешательства при ОЭЛ осуществляются при легочных или внутри плевральных кровотечениях.

Важнейшим условием благоприятного исхода хирургического вмешательства больных с ОЭЛ является дифференцировано проведенная предоперационная подготовка, которая зависит от характера и давности осложнения, распространенности поражения, степени эндогенной интоксикации и эндобронхита. При развитии внутриплеврального и внутрилегочного напряжения с клапанным механизмом и уменьшением дыхательной поверхности легкого в первую очередь производится снятие напряжения путем дренирования и аспирации.

В предоперационном периоде наряду с интенсивно-корректирующей, инфузионно-трансфузионной терапией и методов малой хирургии, в зависимости от степени ЭИ, детям с ОЭЛ производится бронхоскопия и лазеротерапия. Показанием для бронхоскопии больным являются явления обструктивного синдрома, временная окклюзия бронхиальных фистул при синдроме сброса. Лазеротерапия способствует ускорению фаз воспаления, улучшает

обменные процессы в очаге облучения и восстанавливает нормальную трофику бронхиальной стенки. Комплексное лечение детей с ОЭЛ с применением оксигено-аэрозольтерапии, санационной бронхоскопии, бронхоальвеолярного лаважа, адекватного дренирования плевральной полости, эндобронхиальной и чрезкожной лазерной кавитации крови является достаточно эффективным. При этом достигается раннее снижение воспалительного процесса, эндогенной интоксикации и улучшается функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Удаление ЭК с ликвидацией остаточной полости фиброзной капсулы (ФК) в основном проводили открытым способом. ЛОПФК осуществляется с созданием междолевой или межсегментарной щели с модификацией, т.е. искусственные щели создаются путем образования трех или четырех лоскутов с полной ликвидацией образующихся вогнутых поверхностей. В ближайшем послеоперационном периоде у 16 (12,5%) из 128 детей наблюдалась осложнения. При этом у 10 (26,3%) из 38 больных осложнения наблюдались в контрольной группе. У основной группы в результате изменений принципов ведения пред-, интра- и послеоперационного периодов, тактики хирургического лечения, разработки и выбора оперативных вмешательств при ОЭЛ осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 6 (6,7%) из 90 детей.

Заключение. Рациональная предоперационная подготовка, интра- и послеоперационное ведение больных, разработка эффективных способов интенсивной терапии, выбор способов ЛОПФК, восстановительного лечения достигли хорошие (94,4%) и удовлетворительные (5,6%) результаты у основной группы больных.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ХМАО-ЮГРЫ

Бацазова Н.Е., Гирш Я.В.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Сургут, Россия

Цель: Изучить состояние щитовидной железы у детей и подростков пришлового населения в г. Сургуте (ХМАО-Югра).

Материалы и методы: Проведено обследование 200 детей до 18 лет на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 5» в г. Сургуте за период 2014-2017 год. Методом «слепых конвертов» было отобрано 50 человек. Все законные представители подписали информированное согласие на участие в исследовании. Сбор данных производился в 4 этапа: 1) анкетирование родителей детей и подростков. 2) пальпация ЩЖ. 3) исследование тиреоидного профиля. 4) ультразвуковое исследование ЩЖ. Обработка данных проводилась в Microsoft Excel, 2010.

Результаты и их обсуждение: В структуре патологии щитовидной железы, среди 50 пациентов девочки составили 56%, мальчики - 44%, выявлены: 16% детей с гипотиреозом (6% и 10% девочки и мальчики, соответственно), 8% с хроническим аутоиммунным тиреоидитом (ХАИТ; 6%; 2%, соответственно), 2% с диффузно-токсическим зобом (ДТЗ; девочка), 2% с аденомой ЩЖ (девочка), 22% с диффузно-нетоксическим зобом (ДНЗ; 10%; 12%, соответственно), 32% с коллоидными кистами (14%; 18%, соответственно), 20% здоровых детей (12%; 8%, соответственно), 2% с утолщением перешейка ЩЖ, выявленному по УЗИ (мальчик). Средний возраст пациентов составил 11,1 года, без значимых гендерных различий.

Выводы. Выявлена высокая распространенность патологии ЩЖ у детей и подростков пришлого населения в г. Сургуте. В структуре наиболее частых изменений, встречаемых со стороны щитовидной железы, стали: коллоидные кисты (32%) и ДНЗ (22%), что свидетельствует о йодном дефиците в регионе. С высокой частотой диагностированы: гипотиреоз (16%) и ХАИТ (8%). У мальчиков чаще встречаются коллоидные кисты, ДНЗ, гипотиреоз. У девочек в структуре заболеваемости преобладают ХАИТ, ДТЗ, аденома ЩЖ. В группе здоровых детей преобладают мальчики.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ИСТОЧНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бекембаева Г.С.

НАО «Медицинский университет Астана»

Астана, Республика Казахстан

Цель исследования: Определить факторы риска, способствующие инфицированию и заболеванию туберкулезом детей и подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, где источники заболевания слабо привержены к лечению.

Задачи:

1. Изучить приверженность больных к лечению в очагах туберкулеза и определить ее влияние на развитие локального туберкулеза у контактных детей и подростков.
2. Провести анализ причин прерывания лечения у источников бактериовыделения из очагов лекарственно-устойчивого туберкулеза.
3. Изучить частоту инфицирования и заболевания контактных в очагах лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Методы:

Для определения факторов риска заболевания детей и подростков из очагов МЛУ ТБ нами был разработан опросник - для детей, подростков и их родителей. Заполнены и анализированы 50 анкет на детей и 50 анкет на подростков, 68 источников МЛУ ТБ (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью). Опросник содержал медико-социальные сведения о больном ТБ: всего 30 факторов.

Результаты:

На основании анализа данных анкет, мы условно разделили детей и подростков из очага МЛУ ТБ на 2 группы. Первую группу составили 15 детей и 20 подростков, где у источника инфекции были отмечены перерывы в лечении (33 больных), вторую группу составили 35 детей и 30 подростков из очага, где больные регулярно получали лечение препаратами второго ряда на этапах интенсивной и поддерживающей фаз (35 больных). В первой группе девочек было 65,0%, а во второй группе преобладали мальчики – 60,0%. В основном, причинами прерывания лечения явились длительность лечения и наступившее улучшение общего самочувствия у источника заболевания, после начала лечения. Конверсия мазка мокроты у всех больных, приверженных к лечению наступила на 1-2 месяце лечения, а у 3 (9,0%) больных из группы больных со слабой приверженностью к лечению конверсия наступила лишь через 6 месяцев лечения.

У контактных детей и подростков из первой группы достоверно чаще отмечалась гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных из второй группы (3,4%) ($p \leq 0,05$).

Отсутствие приверженности к лечению источника заболевания и неполноценное выполнение профилактических мероприятий в очаге привело к тому, что в первой группе

заболело 2 детей и 3 подростков (15,0%). Во второй группе заболел лишь один подросток (3,0%) ($p \leq 0,05$). Спектр лекарственной устойчивости контактных детей и подростков в 85,0% соответствовал спектру источника заболевания.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ПО ДАННЫМ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белых Н.А., Блохова Е.Э.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Рязань, Россия

Цель исследования. Оценить психологические особенности личности у детей с избыточной массой тела (МТ) и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей в возрасте 9-11 лет. Личностные особенности оценивали с помощью теста Кеттелла (сокращенный вариант): 1 гр. - 46 детей (20 девочек и 26 мальчиков) с избыточной МТ и ожирением (Z -score ИМТ/возраст $> +1SD$), 2 гр. - 124 ребенка (68 девочек и 56 мальчиков) с нормальной МТ (Z -score ИМТ/возраст от -2 до $+1SD$).

Результаты исследования. В 1 гр. у детей выявлялась тенденция к необщительности, замкнутости и излишней строгости в оценке людей (низкие показатели по шкале А и Н) ($p=0,0000$), более низкие баллы по шкале С ($p=0,03$), что в поведении проявляется отсутствием ответственности, заниженной самооценкой и неустойчивостью настроения по сравнению с детьми, имеющими нормальную МТ. У них отмечались более низкие показатели напряженности (шкала Q4, $p=0,0006$), что характеризует их как нестремящихся к достижениям и переменам, находящих удовлетворение в любом положении дел. Среднее значение шкалы О (подавленность), у детей 1 гр. превышало аналогичный показатель в группе сравнения ($3,0 \pm 0,4$ балла против $2,4 \pm 0,2$, $p=0,02$). Более высокие баллы по данной шкале характеризуют личностные особенности ребенка тревожного, подавленного, с пониженным настроением. Показатель, характеризующий добросовестность (G) был выше в 1 гр. ($p=0,0003$), причем мальчики данной группы имели более низкий показатель, чем девочки ($p=0,002$), т.е. они более склонны к непостоянству, несобранности и социопатии. Средний показатель по фактору I (мягкосердечность) у детей 1 гр. был значимо выше по сравнению со 2 гр. ($p=0,03$). При оценке факторов, характеризующих интеллектуальные свойства личности, различий не установлено ($p > 0,05$).

Выводы. Личностные особенности у детей с ожирением и избыточной МТ проявляются необщительностью, замкнутостью и социальной пассивностью, что обуславливает затруднение социальной адаптации в среде сверстников и, вероятно, оказывает влияние на алиментарное поведение.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Бердиев Э.А

Термезский филиал Ташкентской Медицинской Академии,
Термез, Республика Узбекистан

Цель исследования: Разработка эффективного способа профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости у детей.

Материал и методы исследования:

С целью профилактики спаечного процесса интероперационно с начала операции в брюшной полости промывали с 0,02% раствором декасана 200мл, и с последующим вводили в брюшную полость ФЛС (которая состоит из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина) в послеоперационном периоде по схеме.

У 57 больных: после деструктивного аппендицита 24 случаев (42,2%), перитониты аппендикулярного происхождения 14 больных (24,5%) а также у 19 больных (33,3%) спаечной кишечной непроходимости.

Результаты исследования: Время наблюдения за больными составило от 3 до 6 месяцев. Эффективность профилактики послеоперационного спаечного процесса оценена у 57 больных при ультразвуковом исследовании; повторной лапароскопии, которая выполнялось через 3 месяца после операции формирование спаек после аппендэктомии выявлено 2 (8,3%) больных, но спайки, же имели пленочное строение и носили одиночный характер. У всех больных, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости при повторной лапароскопии было свободно от спаек.

Повторное формирование спаек у больных с перитонитом аппендикулярного происхождения выявлено в 4 случаях (35,0%), но их интенсивность были значительно меньшей.

Выводы:

1. В связи с тем, что спайки наиболее частое осложнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости, а также то, что основным этиопатогенетическим звеном процесса является повреждение брюшины и организация соединительной ткани между листками поврежденной брюшины, наиболее перспективным был анализ средств, которые приводят к размежеванию раневых поверхностей и одновременно имеют антисептические и противоспаечное действие таким раствором декасан и ФЛС.

2. Профилактика образования послеоперационных спаек с интероперационном промывание брюшной полости с раствором декасана и с последующим введение фибринолитической смеси показала высокую эффективность данного метода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Бердиев.Э.А,

Термезский филиал ТМА

Термез, Республика Узбекистан

Цель исследования: оценить результаты диагностики и хирургического лечения врожденного пилоростеноза у детей

Материал и методы: проведен анализ клинического течения, особенностей диагностики и хирургического лечения 25 детей с пилоростенозом, находившихся на лечении в ОМПМЦ г.Термеза с 2008 – 2018 гг.

В ОМПМЦ с врожденными пилоростенозами – 7 (28%) поступили в клинику в возрасте от 2 недель до месяца; 11 (44%) – в возрасте старше месяца до 2 месяцев; 7 (28%) – старше 2 месяцев. Большинство пациентов поступили в центр своевременно, нередко после предшествующего обследования и лечения в других стационарах области, что снизило затраты на предоперационную подготовку.

Инструментальная диагностика врожденного пилоростеноза включала рентгеноконтрастное исследование эвакуаторной функции желудка (в 11 случаях, в основном в ранний период исследования, либо в спорных ситуациях), у 14 детей диагноз был

верифицирован ультразвуковым исследованием (УЗИ) пилоруса (достоверными признаками были: толщина стенки привратника более 4 мм, общая толщина пилорического отдела более 10 мм, отсутствие эвакуации содержимого из желудка).

В предоперационном периоде проводились биохимические исследования, коррекция обмена.

17 детям было выполнено хирургическое вмешательство по методике Фреде-Рамштедту, 8 детям - по эндоскопической методике.

Среди детей, кому выполнялась пилоромиотомия по Фреде - Рамштедту, было 12 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 3 недель до 2 месяцев.

Из 8 детей, оперированных эндоскопическим методом, мальчиков было 5, девочек - 3.

Результаты: Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений.

Особенности послеоперационного периода в группе пациентов, которым выполнялась лапароскопическая пилоромиотомия, состоят в сокращении пребывания ребенка в клинике, более быстром послеоперационном восстановлении, меньшем числе осложнений, менее выраженном болевом синдроме и улучшении косметического эффекта.

Выводы: эндоскопическая хирургическая техника обладает рядом преимуществ. Ее можно рекомендовать для более широкого применения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ ЦГБ Г. ЛЕВАКАНД

Бобоев Б. М., Бойчаев А. Б., Анакулов А. А.

Цель исследования. Выбор правильной диагностически-лечебной тактики и предотвращение осложнений при цистолитиазе.

Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении ЦГБ г. Леваканд с 2001 по 2019 г лечилось более 59 детей с камнем мочевого пузыря (КМП), из них 23 (40%) детей с камнем мочеиспускательного канала (КМК). Мальчиков было 42 (71,2%), девочек – 17 (28,8%). КМК все были мальчиками. По возрасту в основном с 3-х до 6 лет 67%, менее 23% случаев старше 6 лет.

Множественные камни мочевого пузыря отмечались у 3-х (5,1%) детей, а в сочетании с камнями множественными локализациями у 9-ти (15,2%) больных детей.

Всем больным детям при поступлении сделано УЗИ мочевыводящих путей, в дальнейшем обзорной и в/в урографии, с другими лабораторными исследованиями.

Клиническая картина при КМП и КМК проявлялась болевым синдромом, затрудненным болезненным мочеиспусканием, острыми задержками мочи, изнуряющими позывами повторяющиеся каждые 5 – 10 мин, иногда после 30-ти минут в зависимости от формы и размера камня.

Результаты исследований. Лечение детей с КМП и КМК осуществлялось консервативными и плановыми оперативными методами. Консервативные методы проводились в тех случаях, когда размер камня не превышал 0,3 – 0,5 см, с расчётом самостоятельного его отхождения. Оно заключалось в введении в мочевой пузырь смеси тёплых растворов новокаина, глицерина с фурацилином, сочетании инъекциями анальгетиков, спазмолитиков. За одно проводились предоперационная подготовка: противовоспалительные, антибиотикотерапия в сочетании с уросептическими препаратами (нитроксолин, фуродонин, цистон, кидфлейм, уролесан и т.д.) и фитотерапия, местно грелки, УВЧ на области мочевого пузыря, промывание мочевого пузыря теплыми растворами антисептиков с инстилляцией 2% раствором колларгола с новокаином.

Эффективности лечения считалось отхождением камней, стиханием воспалительного процесса, т.е. уменьшение дизурии.

Оперативное лечение было проведено при наличии больших камней по размеру более 0,5 см и множественными конкрементами, а также при неэффективности консервативных мероприятий. Цистолитотомия осуществлена больным детям с КМП у 23-х (39%), с КМК у 4-х (6,8%), после выведения камня в полость мочевого пузыря.

Операция цистолитотомия после предварительного наполнения полости мочевого пузыря с раствором фурацилина (иногда физиологическим раствором в сочетании раствором диоксидина) срединным надлобковым разрезом внебрюшинно обнажалась передняя стенка пузыря, которая бралась на две держалки и между ними вскрывали полость пузыря, удаляли камень, а рану зашивали двухрядными узловыми кетгутовыми швами. Операцию заканчивали оставлением резинового выпускника в предпузырной клетчатке. Послеоперационный период продолжался промыванием и инстилляцией полости мочевого пузыря через катетер до 3-5 суток.

Послеоперационные осложнения имели место у 2-х из 27-ми оперированных больных, т.е. у одного нагноение послеоперационной раны, а у другого мочеви свищ, который закрылся самостоятельно.

Выводы. Таким образом, выбор метода лечения у больных КМП зависит от предоперационной подготовки, консервативных мероприятий. С целью уменьшения послеоперационных осложнений необходим выбор правильной тактики операции и проведение санации мочевого пузыря раствором фурацилина в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ДОТАЦИИ ВИТАМИНА D3 НА ЧАСТОТУ И ТЯЖЕСТЬ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Большот Ю.К., Годяцкая Е.К.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Днепр, Украина

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения витамина D3 у детей раннего возраста с рекуррентным БОС.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 120 детей в возрасте 6 мес.-3 года с острым обструктивным бронхитом (ООБ): I группа - 60 детей с эпизодическим БОС (менее 3-х эпизодов в год); II группа - 60 детей с рекуррентным БОС (3 и более эпизодов в год). На 2-3 сутки болезни определяли уровень 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) в сыворотке крови. Исследуемые II группы были разделены на две подгруппы – 30 детей, которые получали 1000 МЕ/сутки витамина D3, преимущественно в виде водного раствора, в течение года, и 30 пациентов, которым не проводилась саплементация VD. Эффективность дотации оценивали по данным клинического обследования.

Результаты и их обсуждение. У детей с рекуррентным БОС средняя концентрация 25(OH)D в сыворотке крови была в 2,4 раза ниже, чем у пациентов с эпизодическим БОС (13,68 (7,96; 19,51) нг/мл и 33,0 (28,19; 41,97) нг/мл соответственно, $p < 0,001$). Установлено, что 75 % детей с повторными эпизодами БОС имели дефицит VD (уровень 25(OH)D в крови ниже 20 нг/мл). Вместе с тем у большинства детей (66,7%) с эпизодическим БОС отмечался достаточный уровень 25(OH)D в крови. На фоне применения витамина D3 среднее количество эпизодов БОС в год было меньше, чем при отсутствии его дотации (1,0 (0,0;2,0) и 2,0 (1,0;3,0) соответственно, $p < 0,001$). Также саплементация рациона витамином D3 детей сопровождалась снижением доли пациентов с тяжелым течением ООБ по сравнению с детьми, которым не проводилась дотация (0 % против 20 %, $p = 0,031$).

Выводы. Полученные данные позволяют говорить об эффективности применения раствора витамина Д3 у детей с рекуррентным течением обструктивного бронхита, что проявлялось снижением частоты и тяжести эпизодов БОС.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНОСУМАБА У МУЖЧИН, ПРОШЕДШИХ КУРС КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Вартанян К.Ф
ГОУ ДПО РМАНПО
Москва, Россия

Цель: исследовать действие деносумаба (пролия) на минеральную плотность костной ткани у пациентов с раком предстательной железы получавших лучевую терапию.

Материалы и методы: лучевая терапия снижает костную плотность, подавляя метаболизм в костной ткани. Под наблюдением находилось 32 пациента с раком предстательной железы, у которых проводилось комплексное лечение, основным компонентом которого была лучевая терапия. Суммарные дозы составили на первичную опухоль 64-74 Гр. Возраст больных - от 52 до 75 лет, средний возраст 67,3 года. Распространенность процесса Т2 Nx M0 – 22 чел., Т3 Nx M0 – 9 чел. Всем больным проводилась рентгеновская остеоденситометрия. У всех пациентов исследовалась зона проксимальных отделов бедренных костей. Изменения минеральной плотности костной ткани оценивались по критерию Т классификации остеопороза разработанные ВОЗ. Для коррекции минеральной плотности костной ткани ежедневно в течение 12 месяцев применялся деносумаб .

Результаты: по данным рентгеновской остеоденситометрии у всех пациентов отмечалось снижение минеральной плотности костной ткани. У всех пациентов определялся остеопороз ($T2,67 \pm 0,39$). Через 12 месяцев после повторной остеоденситометрии у пациентов отмечалось увеличение минеральной плотности костной ткани на $4,4 \pm 1,2$ %.

Выводы: применение деносумаба у пациентов с раком предстательной железы прошедших курс лучевой терапии оказывает положительный эффект на минеральную плотность костной ткани. Своевременное исследование и коррекция минеральной плотности костной ткани у данного контингента позволит оптимизировать профилактические и реабилитационные мероприятия, что в конечном итоге улучшит качество жизни данной группы пациентов.

ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА СЕГОДНЯ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ ЗАВТРА

Василевский И.В.
Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Цель исследования. Анализ качества оказания медицинской помощи детскому населению с учетом современных условий развития здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Используются официальные статистические документы о состоянии системы здравоохранения Беларуси.

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь охрана здоровья матери и ребенка определена как приоритетная область общественного здравоохранения. Сохранение и укрепление здоровья детского населения является составной частью национальной безопасности. Здоровье детей рассматривается как основа демографического, экономического и интеллектуального потенциала страны. Показатель младенческой смертности является одним из базовых в оценке общего уровня социально-демографического развития

и достаточно точно характеризует социальное положение населения, состояние национальных систем здравоохранения и отношение к человеческой жизни в целом в стране. Данный показатель в Беларуси в 2018 году составил 2,5 промилле с учетом детей с массой тела при рождении от 500 граммов. По этому показателю Республика Беларусь находится на уровне развитых стран Европы и опережает страны СНГ. В республике действует равноуровневая система перинатальной помощи. На первом уровне ее оказывают в 64 организациях здравоохранения, на втором - в 7 перинатальных центрах, на третьем – в 17. Четвертый, республиканский уровень – РНПЦ «Мать и дитя». Благодаря созданным условиям для рождения здоровых детей за 1990-2016 годы показатель материнской смертности уменьшился в 11 раз. Беларусь занимает 25 позицию в рейтинге самых комфортных для материнства стран. 7 июня 2016 г. ВОЗ предоставила Республике Беларусь сертификат, официально подтверждающий предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса. Беларусь стала первой и единственной страной в Европе, получившей подобное удостоверение.

Выводы. Достигнутый в Беларуси исторический минимум младенческой смертности характеризует отличную работу педиатрической службы, родовспоможения, других учреждений здравоохранения, свидетельствует о высоком качестве социальной политики государства. Не случайно, в названии Национальной стратегии по укреплению здоровья детей и подростков подчеркивается главное – «здоровье ребенка сегодня – это здоровье нации завтра».

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Василевский И.В., Бабиц Н.О., Скепьян Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

Цель исследования. Дать клинико-фармакологическую оценку фармакотерапии у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с целью изучения корректности проводимого лечения и повышения эффективности.

Материалы и методы исследования. Использованы данные из амбулаторных карт развития ребенка 22 детей, состоящих на диспансерном учете в городской детской поликлинике. Дети находились на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении. Анализируемая выборка включала 11 девочек и 11 мальчиков; за исключением 2 детей все они были школьного возраста. Диагноз ГЭРБ был выставлен согласно клинико-anamnestическим данным и результатам комплексного инструментального обследования. Проводимая фармакотерапия сопоставлялась в соответствии с клиническими рекомендациями Союза педиатров России (2016 года) и международными гайдлайнами по лечению ГЭРБ у детей.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев ГЭРБ в качестве лечебных средств (ЛС) первой линии рассматриваются ингибиторы протонной помпы (ИПП). H-2 гистаминоблокаторы, имеющие неблагоприятный фармакотерапевтический профиль, а также высокий риск развития тахифилаксии, у детей использовать не рекомендуется. Длительность терапии ИПП при ГЭРБ составляет до 8 недель. Из всех детей старше 12 лет только одна девочка получала из группы ИПП внутрь эзомепразол, которому отдают предпочтение в данной ситуации зарубежные специалисты. Рекомендуется пациентам старше 12 лет использовать рабепразол, а не омепразол, т.к. рабепразол, имея фармакокинетические

отличия от других ИПП и меньшую зависимость от метаболизма с помощью СУР2С19, обладает клиническими преимуществами. В нашем наблюдении пациенты в основном получали омепразол, при этом, нами выявлено нарушение у многих длительности курса приема ЛС (уменьшение его), что не соответствует рекомендациям. У половины пациентов с ГЭРБ в назначениях отсутствовали прокинетики и корректоры моторики. Напротив, даже после проведения ФГДС и выявления недостаточности кардии дети продолжали получать спазмолитики.

Выводы. Имеется необходимость обновления стандартов лечения детей с патологией органов пищеварения, включая новейшие рекомендации по терапии пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: УСПЕХИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Вильчук К.У., Легкая Л.А., Волчѣк В.И., Улезко Е.А., Девялтовская М.Г.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь достигнут рекордно низкий показатель младенческой смертности. В 2017 году он составил 3,20/00, за 2018 год снизился до уровня 2,40/00. Совершенствование организации перинатальной помощи, материально-техническое оснащение современным оборудованием, использование новых технологий первичной реанимации, интенсивной терапии и ухода увеличило число выживших недоношенных детей. Выживаемость детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (500-999 г), на первом году жизни увеличилась с 73,1% в 2017 году до 82,1% в 2018 году. Выживаемость детей родившихся с массой тела от 500 до 1499 г, на первом году жизни достигла 94,6%. Острую актуальность имеет проблема предотвращения инвалидности глубоко недоношенных детей. У детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении формирование тяжелой психоневрологической патологии, приводящей к инвалидности, может достигать 30%.

Показатель первичной инвалидности является одним из наиболее важных индикаторов здоровья детского населения, определяющим качество жизни. Последние годы первичная инвалидность детского населения в возрасте от 0 до 18 лет в Республике Беларусь находится на стабильном уровне и равняется 21,7 на 10 000 детского населения. В структуре детской инвалидности первое место занимают врожденные пороки развития и наследственные болезни, второе и третье - болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения.

Главное место в медицинской профилактике врожденных и наследственных заболеваний принадлежит пренатальной диагностике, которая включает ультразвуковую, биохимическую, молекулярно-цитогенетическую диагностику. Основной путь предупреждения инвалидности по болезням нервной системы, психическим расстройствам и расстройствам поведения – разработка и внедрение в клиническую практику новых методов прогнозирования, лечения, медицинской реабилитации детей с пре- и перинатальным поражением центральной нервной системы.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ «ЭКОПРОФИЛАКТИКА» В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

ВОРОБЬЕВ Д.В., ИКРОМОВ Т.Ш.

Международная академия науки экологии и безопасности жизнедеятельности

целью научно-практической концепции «экопрофилактики» является снижение уровня заболеваемости и смертности путем минимизации воздействия вредных факторов окружающей среды на организм человека и формирования у него экологической культуры.

Основными **задачами экопрофилактики** являются: усовершенствование природоохранных мероприятий; разработка инновационных оздоровительных и медицинских технологий и проведение массовой санитарно-просветительской работы среди детского и взрослого населения. Соответственно поставленным задачам выделены *главные направления экопрофилактики - экологическое, медико-техническое и образовательное*. Каждое из них имеет цель улучшить качество и безопасность окружающей среды - воздуха, воды, продуктов питания, лекарств и природных лечебных факторов.

Результаты исследования и их обсуждение, Проведенные нами в 37 образовательных учреждениях Самарской области показали низкую осведомленность педагогов и обучающихся в вопросах экопрофилактики - 7%. Только 19% преподавателей указали, что обучающиеся получают достаточные теоретические и практические знания и умения по сохранению здоровья в экологически неблагоприятных условиях. Все опрошенные преподаватели школ (100%) считают целесообразным включение во внеурочную деятельность курса «Школа экопрофилактики». Поэтому, с целью повышения экологической культуры и уровня знаний детей и родителей о здоровье и принципах его сбережения разработан курс «школа экопрофилактики» для ее реализации в учебных заведениях, где для обучающихся в доступной форме будут даны основные положения сохранения и укрепления здоровья в условиях воздействия на организм неблагоприятных факторов окружающей среды.

Выводы: 1. Повышение уровня заболеваемости детей в современных условиях напрямую зависит от ухудшения качества окружающей среды и ее загрязнения экотоксикантами

2. В образовательных учреждениях недостаточное внимание уделяется экопрофилактике заболеваний обучающихся.

3. Включение во внеурочную деятельность курса «Школа экопрофилактики» позволит повысить экологическую культуру и тем самым уменьшить уровень заболеваемости детей.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ДОШКОЛЬНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ

Галактионова М.Ю., Швайгерт Т.А., Чеснокова Л.Л.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия

Цель: оценить адаптацию детей к дошкольному общеобразовательному учреждению.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ДОУ №301, №259 г. Красноярска. Проанализированы карты здоровья ребенка (ф. №026/у) и истории развития (ф. №112/у) 72 детей (51 девочка и 21 мальчик). Средний возраст детей составил $3,2 \pm 0,7$ года. Оценка адаптации проводилась по следующим критериям: частота ОРИ в период адаптации, оценка физического развития, эмоционального состояния, сна и аппетита.

Результаты: Все дети, включенные в исследование, родились доношенными, с признаками морфофункциональной незрелости родились 6 (8%). Нервно-психическое развитие при оформлении в ДОО соответствовало возрастной норме. Среднее гармоничное физическое развитие имели 92% детей, у 8% детей отмечалась дисгармония за счет дефицита массы тела. Анализ длительности естественного вскармливания показал, что 33,6% детей находились на грудном вскармливании до года, 21,3% - до 6 месяцев. Среди заболеваний раннего возраста часто встречалось перинатальное поражение ЦНС- у 36, 5%, дистрофия по типу гипотрофии у 12 17%, дисбиоз кишечника –у 12,5%, аденоидные вегетации –у 12,5%, анемия- у 8%. При анализе течения периода адаптации частота ОРЗ отмечалась однократно - у 12 (17%) детей, двукратно- у 24 (33%), три и более раз отмечалась у 30 (42%) детей. Лишь у 9 детей не было отмечено изменений в нервно-психической сфере, сон и аппетит были сохранены. Снижение массы тела более 15% отмечалась у 6 детей. В группе детей в возрасте от 1 года 7 мес. до 2-х лет в период адаптации к ДОО в большинстве случаев регистрировались частые ОРИ, у 4 из них протекали с развитием бронхита. В группе детей от 2-х до 3-х лет 5 мес. характерными явились расстройства эмоционального состояния и поведенческих реакций. Легкая степень дезадаптации (нарушения в поведении, незначительное снижение аппетита не более 10-20 дней, трудность засыпания в ДОО) отмечалась у 1/3 детей. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализовались в течение 15-20 дней.

Выводы: наиболее значимыми факторами, влияющими на период адаптации у дошкольников являются неблагоприятные медико- биологические (осложненное течение беременности и родов) и социальные факторы (нарушение в выходные дни режимов кормления, организации сна и бодрствования и др.).

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИРИНГОМИЕЛИИ

Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Точиддинов Т.Б.

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оценить клинико-неврологические особенности сирингомиелии.

Материал и методы. Нами было обследовано 10 больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях НМЦ РТ за период 2012-2017 гг. с диагнозом сирингомиелия. Возраст больных составил от 6 до 16 лет. Мальчиков было 8, девочек – 2. Все больные были комплексно обследованы. Проводились общеклиническое, неврологическое и нейровизуализационное исследования (магнитно-резонансная томография спинного мозга с захватом нижних отделов ствола головного мозга).

Результаты. По данным нейровизуализационного исследования, у 7 больных сирингомиелитическая полость была обнаружена на уровне шейного отдела спинного мозга, наряду с этим был диагностирован синдром Арнольда-Киари (аномальное смещение миндалин мозжечка вниз). У этих же больных при неврологическом обследовании выявлено резкое снижение болевой и температурной чувствительности по типу «куртки», «полукуртки»; периферический парез в руках обнаружен у 5-ти из этих больных. У всех 7-ми больных заболевание начиналось с чувствительных расстройств в указанных областях. У 3-х из 7-ми пациентов имело место дизрафическое состояние, т.е. кифосколиоз, непропорционально длинные конечности, асимметрия сосков, воронкообразная грудь. У одного из 10-ти обследованных, по данным МРТ, было выявлено распространение сирингомиелитической щели на нижнюю часть ствола головного мозга, что отразилось на

клинико-неврологическом течении заболевания. При этом у него наблюдались признаки шейной формы заболевания, сочетающиеся с такими симптомами, как нарушение фонации, глотания и артикуляции речи, т.е. признаками бульбарного синдрома. У 2-х оставшихся больных диагностирована редкая форма сирингомиелии – пояснично-крестцовая. При этом определяли нарушение болевой и температурной чувствительности в нижних конечностях. Парез в одном случае носил характерный для сирингомиелии периферический тип, а в другом – имел центральный характер, по-видимому, за счет вовлечения в патологический процесс белых столбов спинного мозга, что возникает при длительном течении заболевания.

Вывод. Клинико-неврологические симптомы сирингомиелии могут быть разнообразными, в связи с чем диагностика этого заболевания должна основываться на данных нейровизуализационных методов обследования.

ОСОБЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ

Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М.

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Выделить основные факторы риска и клиническую характеристику ишемического инсульта больных детского возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 7 больных, перенесшие ишемический инсульт в возрасте от 2г 8м до 14 лет. Из них мальчиков было 4 и девочек 3. Трое пациентов были младше 5 лет.

Клиническое обследование у всех больных включало сбор анализа, общеклинический и неврологический осмотр. Для нейровизуализационной верификации инсульта в остром периоде всем больным была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Для выявления патологии сердечно-сосудистой системы всем пациентам проведено эхокардиографическое и электрокардиографическое исследование. Стандартное коагулологическое исследование выполнено всем больным. Также у больных определен уровень холестерина, креатинина и сахара в крови. Было сделано ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей.

Результаты исследования и обсуждение. К этиологическим факторам относились болезни сердца (3 больных), возможно приобретённый васкулит (после перенесенного ревматизма) (2 больных), ожирение (у 1 больного), родовая травма головы и спинного мозга (у 2 больных).

У больных в остром периоде ишемического инсульта (n=7) регистрировалось: гемипарез - у всех пациентов, парез мимической мускулатуры по центральному типу - в 6 случаях, моторная афазия - в 4, сильная локальная головная боль – в 3, нарушение сознания - у 1, судороги - в 2, рвота – в 3 случаях. Таким образом, острый период артериального ишемического инсульта характеризовался преобладанием очаговой симптоматики, соответствующей поражённому сосудистому бассейну.

В восстановительном периоде ишемического инсульта полное исчезновение неврологического дефицита отмечено у 1 больного. У остальных выявилась та или иная неврологическая симптоматика, причем наиболее частым симптомом служил гемипарез (у 6-пациентов). Реже определялись: центральный парез лицевой мускулатуры – в 2 случаях, поведенческие нарушения – в 2 случаях, симптоматическая эпилепсия - в 2, грубая задержка психомоторного и речевого развития - по 1 случаю.

Таким образом, у большинства больных, перенесших ишемический инсульт, в восстановительном периоде сохраняется неврологическая симптоматика, что не может не влиять на качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

По данным нейровизуализации у всех больных ишемический инсульт был обусловлен поражением бассейна средней мозговой артерии (СМА): левой СМА – 3 больных, правой СМА – у 4. Независимо от пораженной стороны наиболее часто регистрировались инсульты, связанные с окклюзией мелких сосудов. У двоих больных с кардиоэмболическим инсультом наблюдалось поражение ствола СМА (окклюзия крупных сосудов).

В остром периоде ишемического инсульта больные получали специфическую терапию: тромбо-асс, аспирин, глицин. Всем детям с ишемическим инсультом была проведена первичная и вторичная нейропротективная терапия. С целью первичной нейропротекции был назначен препарат мексилейд (синтетический антиоксидант, состоящий из янтарной кислоты, соли эмоксипина, 3-оксипиридина и сукцината). Препарат назначается с целью подавления нейротоксичности глутамата кальция и свободнорадикального окисления. Мексилейд вводился в вену в течение 7-10 дней из расчета 0,2 мл/кг в сутки на 0,9% растворе хлорида натрия. Вторичная нейропротективная терапия была проведена спустя 3-6 часов после инсульта с препаратами церебролизин, кортексин, глиатилин, в течение 7-10 дней. В восстановительном периоде пациентам были назначены витамины группы В, Е, ноотропные, антихолинэстеразные препараты, лекартин, ЛФК, массаж, логопедические занятия.

Выводы. У большинства детей, перенесенных ишемический инсульт, сохраняется неврологическая симптоматика по прошествии острого периода заболевания. Для детского возраста характерны небольшие по объему ишемические инсульты, обусловленные поражением мелких ветвей СМА. Лечение и вторичная профилактика ИИ у детей должны проводиться в соответствии с общепринятыми стандартами.

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА: ФАКТОРЫ РИСКА

Ганиева М.Т., Исоева М.Б., Давлатмирова Г.Ш.

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Заведующая кафедрой - к.м.н. Ганиева М.Т.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска развития невропатии лицевого нерва.

Материал и методы исследования. С января по декабрь 2016 года в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ получили стационарное лечение 36 больных с невропатией лицевого нерва. Средний возраст составил $7,6 \pm 8,6$ лет. Всем больным с невропатией лицевого нерва проводилось анамнестическое обследование с учетом факторов риска, клинико-неврологическое обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Существует множество причин поражения лицевого нерва. Первое место среди них в нашем исследовании занимает воспалительный фактор: неврит (36,2%), отогенное поражение (12,1%). Второе место заняло ятрогенное поражение (16,2%). Частота повреждений лицевого нерва при отологических операциях составила от 1,2%. Посттравматические повреждения лицевого нерва заняли 3-е место. Повреждение лицевого нерва происходило у 15% пациентов с черепно-мозговой травмой и переломом основания черепа. Травматические повреждения лицевого нерва составили 5% всех его поражений. Поперечные переломы пирамиды височной кости осложняются повреждением лицевого нерва в 50% случаев, продольные – в 10%, однако 70% парезов лицевого нерва

восстановились самостоятельно. Учитывая высокий уровень общего травматизма и тенденцию к его росту, проблема травматических повреждений лицевого нерва является, несомненно, актуальной и социально значимой. Из всех поражений лицевого нерва 6,5% имеют в своей основе единичные причины, среди них - редкие инфекционные заболевания, заболевания ЦНС, метастатические поражения.

Следует отметить, что существует несколько анатомических предпосылок к столь частому повреждению именно лицевого нерва: филогенетически нерв является одним из наиболее молодых черепно-мозговых нервов, имеет продолжительный и извитой ход в узком костном канале, особенностью кровоснабжения нерва является то, что магистральные сосуды в условиях узкого костного ложа ведут себя подобно конечным.

Выводы. Знание факторов риска, особенностей анатомии, топографии и кровоснабжения лицевого нерва помогает в правильной топической диагностике и в назначении правильного и своевременного лечения, что способствует снижению числа осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАМЕЛАНА В КОРРЕКЦИИ ЦЕРЕБРОАСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

Ганиева М.Т., Исокова М.Дж., Асоев М.М.

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить влияние растительного препарата вამелан на цереброастенический синдром у детей с перинатальными энцефалопатиями.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 42 больных детей с последствием перинатальных поражений ЦНС, поступившие на стационарное лечение в детское неврологическое отделение ГУ НМЦ РТ. Из них девочек была 18, мальчиков 24. Возраст больных варьировал от 1,5г до 13 лет. Больные были распределены на 2 группы: 1-ю группу составили 23 больных, принимающих препарат вамелан (больным детям младшего возраста был применен вамелан-кидс) в комплексе с ноотропными и сосудорасширяющими препаратами, 2-ю группу составили 19 больных не употреблявших этот препарат. Оценка психического статуса больных осуществлялась с использованием шкалы MMSE (mini-mental state examination – краткая шкала оценки психического статуса). Исследование проводилось на 1-й и 15-й день лечения. Всем больным также были проведены анамнестические, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. У обследованных больных были отмечены следующие симптомы цереброастенического синдрома: нервозность, раздражительность, плаксивость, нарушение засыпания и бессоница, нарушение концентрации внимания, запоминания, гиперактивность, вспыльчивость, агрессивность, нарушение аппетита.

Результаты исследования. В ходе исследования было отмечено, что препарат снижает реактивную и личностную тревогу, способствует восстановлению сна, уменьшает беспокойство и нервозность, уменьшает двигательную и психическую гипервозбудимость, улучшает концентрацию внимания и повышает аппетит у детей младшего возраста. Динамика психического состояния больных по шкале MMSE имела постоянную тенденцию к нормализации процесса. Эти результаты нашли отражение в проводившемся тестировании. По шкале MMSE в 1-й группе отмечалась положительная динамика. В первый день лечения средний балл по шкале MMSE составил $24,5 \pm 1,0$, а на 15-й день средний балл составил $27,0 \pm 0,3$. Во второй группе результаты были менее значительными, в первый день лечения средний балл составил $22,4 \pm 0,5$, а на 15-й день лечения составил $24,5 \pm 1,0$.

Выводы. Таким образом, применение растительного препарата вамелан оказывает положительное влияние на психическую, эмоциональную и двигательную сферы, а также в комплексе с ноотропными, сосудорасширяющими, витаминами группы В, Е, А улучшает когнитивную функцию ЦНС.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Гараева С.З., Гасангулиева Г.М., Рзаева З.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра I Детских болезней; НИИ Педиатрии им.К.Фараджевой

Баку, Азербайджан

Цель: изучить роль перинатальных асфиксий на частоту встречаемости респираторных инфекций на первом году жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 72 ребенка, перенесших асфиксию легкой и средней степени тяжести в перинатальном периоде (основная группа). Гестационный возраст при родах варьировал от 37 до 42 недель; вес при рождении составлял от 1200 до 4600 г. Контрольную группу составили 40 практически здоровых детей, родившихся без асфиксии, при сроке гестации 37-42 нед. Были проанализированы данные из амбулаторных медицинских карт всех обследованных детей в течение 12-месячного периода исследования.

Результаты. При сравнении заболеваемости респираторными инфекциями в исследуемых группах было установлено, что заболеваемость этой патологией у детей в основной группе составила $87,2 \pm 4,9\%$, что статистически достоверно выше, чем в контрольной группе - $31,7 \pm 6,0\%$ ($p < 0,01$). Таким образом, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) сопровождались обструктивным бронхитом у 5 детей (0,25), которые повторялись 2-3 раза. У 24 детей (0,07) была пневмония на первом году жизни, что потребовало госпитализации ребенка. 49 детей (0,33) были инфицированы ОРВИ, но большинство из них (23 детей) были инфицированы дважды или более. Каждый случай респираторной инфекции у одного ребенка сопровождался обструктивным бронхитом. Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о высокой частоте респираторной патологии среди детей, перенесших перинатальную асфиксию. Перинатальная асфиксия является тяжелым преморбидным фоном для заболеваний дыхательной системы у детей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕЛКА СУРФАКТАНТА SP-D У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Гасимова Е.А., Салехова Г.Б., Гулиева Г.М., Мирзоева И.А.

НИИ Педиатрии им. К. Фараджевой, АМУ, I кафедра детских болезней

Баку, Азербайджан

Введение: В последнее время особое внимание для диагностики и ранней дифференциальной диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний легких у детей с очень и экстремально низкой массой тела (ОНМТ и ЭНМТ) уделяется пневмопротеинам (SP-A, SP-D), что позволит повысить эффективность выхаживания и лечения этих детей. В ходе исследования для дифференциальной диагностики

респираторного-дистресс синдрома (РДС) и врожденной пневмонии нами проведено определение концентрации SP-D в бронхоальвеолярной жидкости и в крови новорожденных.

Материалы и методы: комплексно обследовано 100 недоношенных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ при рождении, имевших дыхательные нарушения. В 1-ю группу вошли 40 детей с РДС, из них: 23 ребенка с ОНМТ и 17 - с ЭНМТ. Во 2-ю группу вошли 60 недоношенных детей (35 с ОНМТ и 25 с ЭНМТ при рождении), имевших клинико-лабораторные признаки врожденной пневмонии. Материалом для биохимического исследования служили бронхоальвеолярная лаважная жидкость (БАЛЖ) детей, находившихся на ИВЛ и венозная кровь.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что у детей с врожденной пневмонией уровень SP-D как в крови, так и в бронхоальвеолярной жидкости был в 2 раза выше ($87,19 \pm 13,80$ и $4,28 \pm 0,73$ соответственно), чем у детей с РДС ($41,37 \pm 17,80$ и $2,04 \pm 0,49$ соответственно); ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, установленные особенности содержания SP-D в бронхоальвеолярной лаважной жидкости и сыворотке крови могут быть использованы для проведения дифференциального диагноза врожденной пневмонии и РДС у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

АНАЛИЗ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Герасимчик О.А, Гирш Я.В.

Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»

Сургут, РФ

Цель исследования: провести анализ уровня тревожности у подростков с различной массой тела

Материалы и методы исследования: в исследование включены 170 подростков в возрасте 12-17 лет. На первом этапе проведено измерение массы тела, роста, расчет ИМТ, SDS ИМТ. По данным значений SDS ИМТ подростки разделены на 3 группы, 1-ая группа ($n=54$) пациенты с избыточной массой тела, 2-ая группа ($n=79$) с ожирением, 3-ая группа ($n=37$) подростки с массой тела соответствующей возрасту и полу.

На втором этапе проведено анкетирование подростков использованием теста Спилбергера-Ханина, для определения уровня личностной и ситуативной тревожности.

Результаты и их обсуждение: умеренная степень личностной тревожности определена у подростков с нормальной массой тела в 67%, с избыточной массой тела в 57% и в 53% случаев в группе с ожирением. При анализе личностной тревожности в группе подростков с нормальной массой тела, высокая степень тревожности выявлена в 24% , у подростков с избыточной массой тела в 34% , в группе с ожирением в 47% случаев

При исследовании ситуативной тревожности низкий уровень диагностирован у подростков с нормальной массой тела в 10% с избыточной массой в 9%, в группе с ожирением в 18% случаев. Умеренная степень ситуативной тревожности определена у 74% подростков с нормальной массой тела, у 55% с избыточной массой тела и у пациентов с ожирением в 59% случаев. Высокий уровень ситуативной тревожности увеличивался у пациентов с повышением массы тела: в 16%, в 23% и в 36% случаев, соответственно.

Выводы. Уровень тревожности повышался в группах по мере увеличения массы тела пациентов. Повышение уровня тревожности в группе пациентов с избыточной массой тела и ожирением сопровождалось разнообразными психоэмоциональными расстройствами, что во многом, способствовало увеличению массы тела.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Гнедько Т.В.

Национальная академия наук Беларуси, РНПЦ «Мать и дитя»

Минск, Беларусь

Цель исследования: определить предикторы неблагоприятного исхода заболеваний перинатального периода при проведении интенсивного лечения недоношенным новорожденным.

Материал и методы исследования: проведена статистическая обработка результатов комплексного обследования 104 недоношенных детей, включая 36 умерших, с расчетом отношения шансов (OR), которое отражало оценку связи между факторами риска и летальным исходом. Отношение шансов было использовано для описания вероятности летального исхода, который может быть вызван предиктором, если отношение шансов больше 1.

Результаты и их обсуждение: В группе детей с летальным исходом бронхолегочная дисплазия, внутриутробная инфекция, недоношенность и экстремально низкая масса тела при рождении встречались чаще, чем в группе выживших детей с различной степенью кратности. Оценка по шкале Апгар менее 8 баллов регистрировалась с большей частотой по сравнению с группой выживших детей, наряду с принадлежностью к женскому полу. В ранний неонатальный период необходимость проведения детям инвазивных манипуляций (постановка артериального и пупочного катетера), наряду с высокочастотной осцилляционной вентиляцией легких, уменьшают шансы на выздоровление. Разработаны предикторы неблагоприятного исхода интенсивного лечения: пневмония новорожденного (OR=29,48) постановка пупочного катетера (OR=26,03), масса тела при рождении менее 1000 г (OR=7,80), бронхолегочная дисплазия (OR=7,22), постановка артериального катетера (OR=6,98), высокочастотная осцилляционная вентиляция легких (OR=9,00), оценка по шкале Апгар на первой минуте менее 8 баллов (OR=3,47), недоношенность (OR=2,36), внутриутробная инфекция без дополнительного уточнения (OR=1,93), женский пол (OR=1,21).

Выводы: факторами риска летального исхода заболеваний у недоношенных детей были определены отдельные состояния перинатального периода, инвазивные доступы центральных сосудов, манипуляции, асфиксия, экстремально низкая масса тела при рождении и гендерная принадлежность.

ЧАСТОТА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Гнедько Т.В.

Национальная академия наук Беларуси, РНПЦ «Мать и дитя»

Минск, Беларусь

Цель исследования: определить долевой показатель детей, находящихся на грудном вскармливании в динамике первого года жизни в Республике Беларусь, и направленность его многолетней динамики

Материал и методы исследования: по данным государственной статистической отчетности Республики Беларусь за 2005-2018 гг. проанализирован удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании в возрасте 3, 6 и 12 месяцев жизни. Динамика

показателя оценивалась по направленности линии тренда при обработке данных методом аппроксимации и сглаживания с расчетом величины достоверности R2.

Результаты и их обсуждение: доля детей первого года жизни, находившихся на грудном вскармливании до 3 месяцев, превышала 80% с 2005 года, регистрировалась максимальной в 2015 году (84,9%) без выраженного диапазона колебаний ($R^2=0,43$) и уровнем 82,5% в 2018 г. Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 6 месяцев жизни, значительно увеличился с 53,2% в 2005 году до 65,3% в 2018 году ($R^2=0,83$), что связано с активным продвижением рекомендаций ВОЗ в стационарные и амбулаторные практики, их профессиональной и административной поддержкой. Треть младенцев находилась на грудном вскармливании до 12 месяцев, относительный показатель в 2005 г. регистрировался на уровне 28,5%, к 2012 году увеличился до 34,8% и стабилизировался в последние годы на уровне 34,5% в 2018 г. ($R^2=0,64$).

Выводы: за многолетний период в Республике Беларусь удельный вес детей на грудном вскармливании в возрасте до 3 месяцев составлял более 80% и сохранялся на стабильном уровне, увеличилась доля младенцев, находившихся на грудном вскармливании до 6 месяцев, треть – до 12 месяцев жизни.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ СО СЛУЧАЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Горбач Л.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования было изучение случаев туберкулеза органов дыхания у подростков из семей со случаями туберкулеза.

Материалы и методы. Изучение проводилось в двух группах подростков с верифицированным туберкулезом органов дыхания из семей со случаями туберкулеза. В первую группу были включены 42 подростка из семей со случаями смерти от туберкулеза, во вторую группу - 163 подростка из семей без случаев смерти от туберкулеза. Анализировались анамнестические, клинические, рентгенологические, бактериологические данные у каждого подростка.

Результаты. Обе группы не различались между собой по количеству мальчиков и девочек и среднему возрасту. Группа подростков из семей со случаями смерти от туберкулеза включала 20 мальчиков (47,6%) и 22 девочки (52,4%). Группа подростков из семей без случаев смерти от туберкулеза включала 71 мальчика (43,6%) и 92 девочки (56,4%). Различия между группами не достоверно ($\chi^2 = 0,089$; $p = 0,766$). Средний возраст подростков из семей со случаями смерти от туберкулеза был $15,76 \pm 1,23$ лет, средний возраст подростков из семей без случаев смерти от туберкулеза - $15,79 \pm 1,79$ лет ($t = -0,080$, $p=0,936$).

Бактериовыделение микобактерий туберкулеза было выявлено у 13 подростков (31,0%) из семей со случаями смерти от туберкулеза и у 55 подростков (33,7%) из семей без случаев смерти от туберкулеза. Различия между группами не достоверно: $\chi^2 = 0,025$; $p = 0,874$.

Множественная лекарственная устойчивость была обнаружена у 8 подростков (19,0%) из семей со случаями от туберкулеза и у 9 подростков (5,5%) из семей без случаев смерти от туберкулеза. Различия между группами достоверно: $\chi^2 = 6,354$; $p = 0,012$.

Выводы. Установлено, что подростки из семей со случаями смерти от туберкулеза чаще заболевают лекарственно-устойчивым туберкулезом по сравнению с подростками из семей без случаев смерти от туберкулеза. Выявленная закономерность может быть использована при проведении профилактики туберкулеза у подростков из семей со случаями туберкулеза.

ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Горбач Л.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования было изучение факторов заболевания туберкулезом у детей и подростков.

Материалы и методы. Изучение проводилось в двух группах пациентов с верифицированным туберкулезом органов дыхания. В первую группу были включены 27 детей в возрасте от 2 до 14 лет, во вторую - 44 подростка в возрасте от 15 до 18 лет. Анализировались сведения о вакцинации (размер рубца после вакцинации БЦЖ), результаты иммунодиагностики (размер папулы) до заболевания, данные о наличии в анамнезе контакта с пациентом с туберкулезом, сопутствующих заболеваний, неблагоприятных социальных факторов в семье у каждого ребенка и подростка. Статистическая обработка результатов проводилась с вычислением двух критериев: Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты. Обе группы не различались между собой по количеству мальчиков и девочек. В первой группе было 16 мальчиков (59,3%) и 11 девочек (40,7%), во второй группе - 20 мальчиков (45,5%) и 24 девочки (54,5%). Различия между группами не достоверно ($\chi^2 = 1,276$; $p = 0,259$). Средний размер рубца после вакцинации БЦЖ в первой группе составил $4,4 \pm 2,2$ мм, во второй группе - $4,7 \pm 2,0$ мм. Различия между группами не достоверно: $t = 0,560$; $p > 0,05$. Средний размер папулы при иммунодиагностике в первой группе составил $11,8 \pm 7,3$ мм, во второй группе - $10,4 \pm 6,8$ мм. Различия между группами не достоверно: $t = 0,609$; $p > 0,05$. Выявлено достоверное различие между детьми и подростками по частоте встречаемости в анамнезе случаев контактов с пациентами с туберкулезом. Так, в первой группе имели контакт с пациентом с туберкулезом 17 детей (63%), а во второй группе - 13 подростков (29,5%). Различия между группами достоверно ($\chi^2 = 7,658$; $p = 0,006$). Не выявлено достоверных различий между двумя группами по частоте встречаемости сопутствующих заболеваний и неблагоприятных социальных факторов в семьях. В первой группе сопутствующие заболевания были отмечены у 5 детей (18,5%), во второй группе - у 9 подростков (20,5%), $\chi^2 = 0,040$; $p = 0,843$. Неблагоприятные социальные факторы отмечались в семьях у 10 (37,0%) детей первой группы и у 12 (27,3%) подростков второй группы, $\chi^2 = 0,746$; $p = 0,388$.

Выводы. Установлено, что дети, заболевшие туберкулезом, чаще, по сравнению с подростками, имели контакты с пациентами с туберкулезом в анамнезе. Результаты исследования могут быть использованы при оценке риска заболевания туберкулезом у детей и подростков.

СРАВНЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ РИСКОВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Горбач Л.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования было вычисление и сравнение относительных рисков туберкулеза у детей и подростков, имеющих эпидемические, медицинские и социальные факторы, способствующие возникновению заболевания.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 121 ребенке и 317 подростках с туберкулезом. Изучались три группы факторов, способствующих возникновению заболевания:

эпидемические – наличие контакта с пациентом, больным туберкулезом; инфицирование микобактериями туберкулеза, выявленное по результатам иммунодиагностики;

медицинские – наличие заболеваний, которые могли способствовать возникновению туберкулеза; социальные – асоциальный образ жизни родителей; миграция.

Вычисление относительных рисков туберкулеза проведено с помощью четырехпольной таблицы сопряженности. Группа детей и подростков, у которых не было выявлено ни одного фактора, способствующего возникновению туберкулеза, послужила группой сравнения.

Результаты. Установлено, что относительные риски возникновения туберкулеза при наличии эпидемических, медицинских и социальных факторов были выше у детей по сравнению с подростками.

Первое ранговое место по значимости занимали медицинские факторы риска. При наличии этих факторов отмечались самые высокие относительные риски возникновения туберкулеза. Относительный риск возникновения туберкулеза у детей с медицинскими факторами составил 22,25 (8,171; 60,589), у подростков он был намного ниже - 13,999 (8,678; 22,583).

Второе ранговое место по значимости занимали эпидемические факторы риска. У детей с эпидемическими факторами относительный риск возникновения туберкулеза был равен 21,5 (7,889; 58,591), у подростков он был существенно ниже - 12,444 (7,699; 20,114).

Третье ранговое место по значимости занимали социальные факторы риска. У детей с социальными факторами относительный риск возникновения туберкулеза составил 11,5 (4,14; 31,946), у подростков он был несколько ниже - 6,111 (3,713; 10,059).

Выводы. Нами были установлены достоверно высокие относительные риски возникновения туберкулеза у детей, имеющих эпидемические, медицинские и социальные факторы, по сравнению с подростками. Полученные результаты могут быть использованы для дифференцированного подхода к проведению профилактики туберкулеза у детей и подростков, с учетом наличия у них эпидемических, медицинских и социальных факторов, способствующих возникновению заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АЛИМЕНТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ФОРМ ПИТАНИЯ

Горелова Ж.Ю., Соловьева Ю.В., Летучая Т.А.

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России

Москва, Россия

Цель. Оценка профилактической эффективности современных информационных технологий в организации питания обучающихся в школе.

Методы, материалы исследования. Школьники 7–18 лет образовательных организаций разных округов г. Москвы — 400 человек; 250 пользователей электронной инновационной системы. Методы гигиенические, расчетные по меню-раскладкам, анкетирование; оценка энергетической ценности и качественного состава пищи по таблицам химического состава продуктов, с использованием компьютерных программ, электронная система «Ваш выбор». Программы «Stadia», 1С «Школьное питание». Аппаратура: компьютерное программное обеспечение.

Результаты и их обсуждение. Российская IT-компания разработала онлайн-сервис для удобного заказа школьных обедов. Школы и комбинаты питания работают на договорной основе. Меню загружается на сайт, распределяются по дням недели в виде сбалансированных рационов, соответствующих санитарным требованиям и нормам СанПиН 2.4.5.2409-08 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования", а родители получают возможность заказать питание ребёнку. В школах, подключенных к онлайн-сервису, охват школьников горячим питанием вырос на 20% уже в течение первого полугодия и продолжает увеличиваться. Данная программа помогает быстрее проходить идентификацию при получении обеда школьниками по сравнению с обычной системой оплаты и организации питания.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ РЕГУЛЯТОРОВ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Губарь С.О.¹, Одинец Ю.В.¹, Саратов В.Н.¹, Жаркова Т.С.²

¹Кафедра педиатрии № 2

²Кафедра детских инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования. Изучить состояние гормонов регуляторов углеводного обмена и их влияние на транспорт и активность ферментов внутриклеточного метаболизма глюкозы у детей с осложненными формами пневмоний.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 94 детей в возрасте от 2 мес. до 3 лет с тяжелыми бронхолегочными заболеваниями в остром периоде заболевания. У 33 детей диагностировали пневмонию с общетоксическим синдромом, у 24 – с гнойными легочными и легочно-плевральными (ОДЛ) осложнениями (группа наблюдения - I гр.), у 11 – острый обструктивный бронхит и острый бронхиолит (группа сравнения –II гр.) и показатели 26 здоровых детей служили контролем (III гр.). В сыворотке крови исследовали уровни гормонов - инсулина (И), кортизола (К), глюкагона (Г), С-пептида (С-п) радиоиммунным методом (РИА), активности ключевых ферментов гликолиза - гексокиназы (ГК),

фосфофруктокиназы (ФФК), глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы (Г-6-ФДГ) и тканевого дыхания - цитохромоксидазы (ЦО), цитохрома С (ЦитС) – спектрофото-метрическим.

Результаты исследования и их обсуждение. В остром периоде заболевания выявили повышение уровней всех исследуемых гормонов у больных анализируемых групп. Так, уровень И у больных I группы составил $50,92 \pm 13,38$ мкЕД и достоверно ($p < 0,001$) был выше, чем у больных II группы ($29,75 \pm 3,59$ мкЕД) и здоровых детей ($13,53 \pm 0,96$ мкЕД). Уровень К у больных I группы – $802,1 \pm 159,4$ нмоль/л в 2,4 и 4,9 раза выше чем у II ($327,7 \pm 47,8$ нмоль/л) и контрольной групп (163,5 ± 23,7 нмоль/л). Уровень Г в I группе составил $315,7 \pm 49,1$ пг/мл, что в 1,8 и 3,4 раза больше чем у больных группы сравнения и контроля. В остром периоде заболевания снижалась активность ФФК, ГК, ЦО, ЦитС у всех больных, но в большей степени при развитии ОДЛ ($p < 0,05$). В крови регистрировали гипергликемию – $6,16 \pm 0,31$ и $6,89 \pm 0,26$ ммоль/л, тенденцию к снижению холестерина и бета-липопротеидов, гипо- и диспротеинемию. Повышение уровня С-п в крови $1,818 \pm 0,454$ пг/мл (норма $0,596 \pm 0,068$ пг/мл) подтверждает достоверное увеличение продукции И бета-клетками поджелудочной железы, исключая ошибочно высокий результат РИА из-за возможной инсулиноподобной активности продуктов деградации гормона. Регистрируемые в остром периоде заболевания высокие уровни И и контринсулярных гормонов в сочетании с гипергликемией, снижением липидов крови, диспротеинемией, низкой активностью ГК, ФФК свидетельствуют о доминирующем влиянии контринсулярных гормонов на транспорт глюкозы в клетки и прямом или косвенном влиянии на снижение субстрат-ферментной активации гликолитических ферментов. Подтверждением изложенному являются выявленные обратные корреляционные взаимосвязи уровней гормонов и ферментов гликолиза: Г и ГК ($r = - 0,77$), К и ГК ($r = - 0,58$), К и ФФК ($r = - 0,52$), И и ФФК ($r = - 0,41$), а также прямая – И и глюкозы ($r = 0,58$). Одновременно регистрировали снижение активности ферментов гликолиза и низкую активность показателей тканевого дыхания а также, установлены прямые корреляционные взаимосвязи ГК и ЦО ($r = 0,41$), ГК и ЦитС ($r = 0,41$), ФФК и ЦО ($r = 0,75$), ФФК и ЦитС ($r = 0,46$), что указывает на зависимость внутриклеточного метаболизма глюкозы и тканевого дыхания. Снижение клеточного энергетического аденилатного заряда Аткинсона в физиологических условиях включает механизм регуляции по принципу «обратной связи» - усиление внутриклеточного транспорта глюкозы в клетку и ее метаболизм. У больных с осложненными пневмониями при наличии гипергликемии в острую фазу заболевания, регистрировали низкую активность ферментов гликолиза и тканевого дыхания при повышении уровней инсулина и контринсулярных гормонов.

Выводы: 1. Уровни инсулина, глюкагона, кортизола, С-пептида в крови повышались в острую фазу осложненных пневмоний и в большей мере при развитии ОДЛ.

2. Уровни гормонов, их влияние на концентрацию глюкозы в крови и транспорт в клетку свидетельствует о доминировании контринсулярных гормонов и развитии относительной инсулиновой недостаточности.

3. Низкая активность ферментов гликолиза обусловлена ухудшением транспорта глюкозы в клетку (нарушение механизма субстрат-ферментной активации), а также, возможно, прямым действием контринсулярных гормонов.

4. Снижение показателей энергообеспечения клетки за счет сбоя в регуляции по принципу «обратной связи» и не может быть объяснено только дисбалансом гормонов. Значение имеет гипоксия и, вероятно, ряд иных патологических или адаптивных механизмов компенсации.

ОТОСКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ: СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Гусишная О.В., Сапожников Я.М.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России

Москва, Россия

Отосклероз относят к наследственным болезням с аутосомно-доминантным типом наследования, приводящему к прогрессирующему снижению слуха. К основным клиническим проявлениям относят: снижение слуха, шум в ушах. Наиболее часто заболевание встречается у женщин, чаще в возрасте 18-30 лет.

Материалы и методы: в отделении сурдологии ФГБУ НКЦО ФМБА России с июня по август 2019 г. отосклероз диагностирован у двоих детей пяти и восьми лет. Всем детям проведено: отоскопия, акуметрия, регистрация задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), импедансометрия, регистрация коротколатентных вызванных потенциалов (КСВП), объективная аудиометрия (ASSR-тест), тональная пороговая аудиометрия. В обоих случаях дети наблюдались и лечились у ЛОР-врача по поводу тубоотита и были направлены на консультацию.

При отоскопии: наружные слуховые проходы узкие, отсутствовала продукция серы (симптом Тойнби-Бинга). В пробе Вебера звук латерализовался в хуже слышащее ухо, а проба Ринне была отрицательной с двух сторон. ЗВОАЭ не зарегистрирована. На тимпанограмме определялся тип «As». Рефлексы отсутствовали на всём частотном диапазоне, с инвертированием, что считается характерным косвенным признаком отосклеротической фиксации стремени. При проведении тональной пороговой аудиометрии определялся костно-воздушный интервал с наличием зубца Кархарта. Впоследствии выяснилось, что дети давали ответ на более громкий звук в наушнике, чем пороговый стимул, что подтверждалось данными КСВП, ASSR –обследований. Тугоухость по объективным данным соответствовала второй степени с преобладанием порогов по воздуху в области низких частот. На КТ височных костей – признаки двухстороннего отосклероза, фенестральная форма.

Для улучшения разборчивости речи и качества жизни в социально –бытовых условиях детям была проведена электроакустическая коррекция слуха слуховыми аппаратами с положительной динамикой. Пациенты находятся под динамическим наблюдением врача сурдолога, отохирурга для принятия решения об оперативном лечении.

Выводы: в детской практике важное значение приобретает настороженность ЛОР-врача при жалобах со стороны родственников на снижение слуха у ребенка. В качестве метода дифференциальной диагностики отосклероза используется импедансометрия, КТ височных костей. Всем детям необходимо применять объективные методы исследования.

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ

Давлатов С.Б., Ибодов Х., Рофиев Р.Р., Асадов С.К.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

ГОУ «Институт в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение результатов иммунокоррекции в разработанном комплексе способов реабилитации детей, перенесших эхинококкэктомия.

Материал и методы исследования. Исследовано 52 больных с сочетанным эхинококкозом. Изучены клинические данные, показатели гуморального и клеточного звеньев иммунной защиты, фагоцитоза и показателей ЦИК. Контрольную группу составило

16 человек, основную – 36 больных. Возраст детей от 3-х до 15-ти лет. Функциональную способность В-лимфоцитов оценивали по уровню способности образования иммуноглобулинов класса А, М, G в крови по Манчини и ЦИК выявляли методом преципитации с раствором полиэтиленгликоля.

Результаты исследования. Итоги иммунологических исследований 52 больных с сочетанным эхинококкозом показали некоторое снижение иммуноглобулина IgA ($127,0 \pm 2,4$), повышение IgM ($195,0 \pm 5,5$) и IgG ($135,0 \pm 5,5$) классов и сохранение высокой концентрации ЦИК ($0,340 \pm 0,010$). Но при этом у детей контрольной группы по сравнению с ПЗД (практически здоровые дети), количество IgA было сниженным на 11% в контрольной и на 5% - в основной группе ($P < 0,05$).

Заключение. Результаты наших исследований и лечения больных с сочетанным эхинококкозом показали, что для осуществления восстановительного лечения необходимо воздействовать на системы организма ребёнка, связанные с патологическим процессом и механизмом его развития.

КЛИНИКО-ЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Давлатова С.Н., Исмаилов К.И.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить клинические и цитохимические особенности железодефицитной анемии у детей.

Материал и методы исследования: обследованы 54 ребёнка с ЖДА лёгкой, средней тяжести и тяжёлой степени в возрасте от 2 до 15 лет. Всем больным проведён тщательный сбор анамнеза, а также полное клинико-гематологическое обследование, включая общий развёрнутый анализ крови, морфологию эритроцитов, биохимическое исследование крови (сывороточное железо, протеинограмма, фореграмма), пункцию костного мозга. Для изучения метаболических изменений в клетках проведён количественный цитохимический анализ, предложенный Р.П. Нарциссовым в 1969 году.

Результаты исследования и их обсуждение. При объективном обследовании у всех детей обнаружена бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Эпителиальный синдром у больных выражался умеренной сухостью кожи (61.1%), шелушением (37%), заедами в углах рта (46.3%). При осмотре у более 70% детей отмечены тонкие и у половины из них тусклые волосы, а у 18,5% - их выпадение. Ногтевые пластинки были тонкими (66.7%), с поперечной исчерченностью (29.6%). В 27.8% случаев отмечалось уплощение ногтевых пластинок - платонихии и ложкообразное углубление их, называемое койлонихиями. У 37% детей отмечен глоссит – ярко-красный, блестящий, отёчный язык, атрофия сосочков («лакированный» язык). Яркие изменения отмечены со стороны сердечно-сосудистой системы, которые проявлялись тахикардией-87%, приглушением тонов сердца-57.4%, наличием функционального систолического шума на верхушке-77.8%. Расширение левой границы сердца на 0.5- 1см отмечалось у 24.1 % детей с ЖДА. Анализ показателей артериального давления показал, что у детей с ЖДА имеется артериальная гипотензия, либо тенденция к ней. В 27.8% случаев выявлена склонность детей к запору. В общем развёрнутом анализе крови у детей с анемией лёгкой степени (9 детей) количество эритроцитов колебалось в пределах $2.9-3.9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин составлял 90-105 г/л, цветной показатель – 0.7-0.8. У 2 больных выявлены незначительно выраженные анизоцитоз и

пойкилоцитоз. У детей с анемией средней тяжести (20 больных) число эритроцитов составляло $2.3-3.3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 70-89 г/л, цветной показатель – 0.6-0.8. У 13 больных этой группы встречались умеренно выраженные анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов. У детей с ЖДА тяжёлой степени (25 пациентов) наблюдались следующие изменения в периферической крови: эритроциты составили $1.7-2.7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 40-69 г/л, цветной показатель – 0.5-0.7. Умеренно и значительно выраженные анизо- и пойкилоцитоз выявлены у преобладающего большинства детей (72%). При анализе морфологии эритроцитов у детей с ЖДА были выявлены характерные изменения: снижение среднего содержания гемоглобина в одном эритроците ниже 29 Пг (91.9%), снижение среднего диаметра эритроцита - ниже 6.9 мкм, а также среднего объёма эритроцита (менее 75 мкм^3). Микроцитоз составлял от 19 до 40%. Необходимо подчеркнуть, что степень снижения данных показателей была прямо пропорциональна степени тяжести патологического процесса. Уровень сывороточного железа был значительно сниженным по сравнению с нормой (4.6-9.8 мкмоль/л). Обнаружены изменения также со стороны общего белка и белковых фракций. Характерным являлись гипопропротеинемия у 19 больных (общий белок менее 65 г/л), диспротеинемия. Исследование костномозгового пунктата показало гипохромию эритроцитов, гиперплазию красного ростка; причём в 50% случаев отмечено сужение белого ростка кроветворения. Число митозов красной крови составило 1.5-5%.

Цитохимическое исследование лимфоцитов периферической крови проведено у 34 детей с ЖДА. Так, у детей с ЖДА лёгкой степени средняя активность СДГ составила 14.84 ± 0.22 ; α -ГФДГ – 11.47 ± 0.19 , что достоверно ниже по сравнению с показателями детей контрольной группы (17.64 ± 0.10 и 13.39 ± 0.21 соответственно). Кроме этого, у данной группы детей выявлены низкие значения коэффициента эксцесса и асимметрии по α -ГФДГ. У детей с ЖДА средней тяжести средняя активность СДГ была в пределах 12.39 ± 0.24 ; α -ГФДГ – 9.34 ± 0.25 . Для этой группы был характерен более низкий уровень разнородности клеточной популяции, а также снижение коэффициента эксцесса по СДГ и α -ГФДГ и снижение коэффициента асимметрии по α -ГФДГ, что свидетельствует о снижении компенсаторных возможностей клеток. У детей с ЖДА тяжёлой степени обнаружена выраженная депрессия ферментов: средняя активность СДГ составила 10.41 ± 0.18 ; α -ГФДГ – 7.20 ± 0.19 . Выявлено уменьшение количества пула лимфоцитов с типичной активностью, а также снижение разнородности и разнообразия клеток.

Заключение. Проведенное исследование показало явные клинические (тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум, снижение артериального давления, бледность кожи и слизистых оболочек, эпителиальный синдром, симптомы гипоксии ЦНС и др.) и лабораторные признаки дефицита железа. Депрессия активности ключевых ферментов цикла Кребса, выявленная у больных с ЖДА, свидетельствует о значительных метаболических нарушениях на клеточном уровне, обусловленных хронической гемической гипоксией и сидеропенией у детей с железодефицитной анемией.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Даминова М.Н., Расулова З.Д., Жуманиёзов Н.Б., Абдуллаева О.И.,
ТашПМИ, кафедра Детские инфекционные болезни
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучить иммунологические особенности герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей. Под наблюдением находились 57 больных, в возрасте от 1 года до 15 лет. Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без ГИ, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала, изучение иммунного статуса, уровня CD4 клеток; Серологический метод: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ).

Результаты. Результаты исследования показали, субпопуляционный состав у детей от 4 лет до 6 лет с РГИ в период обострения характеризовался выраженным снижением показателей относительного ($22,6 \pm 1,35$) и абсолютного ($0,74 \pm 0,15$) содержания CD4,% клеток по сравнению с контрольной группой ($37,7 \pm 1,47$)($1,47 \pm 0,06$) ($p < 0,001$). Во время ремиссии в группе детей от 6 лет до 15 лет, также отмечалось значительное снижение относительного содержания CD4,% клеток в периоды обострения ($23,4 \pm 2,51$) ($p < 0,001$) и ремиссии ($27,3 \pm 3,09$)($p < 0,01$). Абсолютное их количество при обострении снижалось умеренно ($0,63 \pm 0,12$) ($p < 0,05$), во время ремиссии соответствовало норме($0,75 \pm 0,12$). У детей от 4 лет до 6 лет отмечалось достоверное повышение относительного содержания CD8,% клеток на всем протяжении наблюдения ($27,7 \pm 1,73$) ($p < 0,01$). Абсолютное их содержание резко увеличивалось во время обострения заболевания ($1,14 \pm 0,17$)($0,91 \pm 0,07$) ($p < 0,001$). У детей от 4 лет до 6 лет отмечалось снижение относительного содержания CD16% клеток в периоды обострения ($9,3 \pm 1,02$)($p < 0,01$) и ремиссии ($10,1 \pm 1,11$) ($p < 0,05$) заболевания. У детей от 6 лет до 15 лет, уровень МК-клеток уменьшался только во время рецидива ($8,1 \pm 0,92$)($p < 0,05$). Абсолютное количество CD16 клеток у детей от 4 лет до 6 лет и в группе от 6 лет до 15 лет также снижалось в период возникновения рецидива($0,33 \pm 0,05$)($0,26 \pm 0,06$) ($p < 0,05$). Абсолютное содержание относительного количества В-клеток В обеих группах достоверно снижалось у детей от 4 лет до 6 лет в период ремиссии ($0,90 \pm 0,09$)($0,51 \pm 0,03$)($p < 0,05$).

Выводы. Выявлено, герпетическая инфекция ВИЧ инфицированных детей, на фоне возрастания вторичного иммунодефицита, приобретает генерализованный характер с множественными поражениями внутренних органов и ЦНС.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Джаборов Х.А., Султанов Д.Д., Солиев О.Ф., Сайдалиев Ф.Д., Курбанов С.П.
Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: определение дифференцированного подхода к лечению инфантильных гемангиом у детей, определение показаний к системному и местному применению неселективного бета-блокатора пропранолола, определение оптимальных способов контроля эффективности лечения.

Материал и методы: в исследование включено 42 ребенка с инфантильной гемангиомой которые наблюдались на базе ГУ РНЦССХ города Душанбе, Таджикистан за период ноябрь 2017 года — апрель 2019 года. Период наблюдения после окончания лечения составил от 6-ти до 25-ти месяцев. Системная терапия пропранололом проводилась у 17-ти пациентов. Возраст детей на момент начала лечения составлял от 2-х до 11-ти месяцев (в среднем 9,2 месяца). Показаниями к системному применению пропранолола были гемангиомы больших размеров в области шеи, осложненные изъязвлением, кровотечением, выраженным болевым синдромом. Пропранолол назначали перорально в суточной дозе 0,5 мг/кг. Местно 1–2 % мазь пропранолола использовалась у 7-ми детей с ИГ диаметром до 2

см, локализовавшихся в области лица и половых органов. Перед началом лечения всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее эхокардиографию, ЭКГ, измерение артериального давления (АД), определение глюкозы и электролитов крови. В группу динамического наблюдения включены 15 детей от 2,5 месяцев до 1 года с ИГ диаметром не менее 4 см области грудной клетки и конечностей, у которых в ходе наблюдения не отмечалось осложнений или агрессивного роста.

Результаты исследования. Все исследуемые находились под контролем детского врача по месту жительства. Проводился мониторинг ЧСС, АД на протяжении дня. Особенное внимание уделялось обучению родителей режиму, акцентировалось внимание на необходимости приема препарата перед едой, а также обращали внимание на потенциально опасные симптомы у ребенка (потливость, слабость, сонливость). Все больные обследовались в центре сначала еженедельно, потом ежемесячно. Осложнений в ходе лечения не было. Системное применение пропранолола было эффективным у всех пациентов. Эффект препарата определялся уже в первые 48 часов по снижению местной температуры, побледнению кожных покровов в области поражения, уменьшению напряжения тканей. Кроме клинического наблюдения, для оценки результата лечения применяли УЗИ в режиме цветного доплеровского сканирования (ЦДК). В фазу пролиферации определяется максимальная микроциркуляция, практически отсутствуют невазуляризованные ткани. Среди 15-ти детей с ИГ диаметром более 4 см в 2-х случаях было принято решение о назначении системной терапии ввиду быстрого роста и длительного времени (более 3-х месяцев) высокой активности ИГ, у 13-ти (86,6 %) наблюдалась естественная инволюция ИГ.

Заключение. Пропранолол является эффективным и безопасным препаратом лечения ИГ у детей. Системное использование препарата показано исключительно в случаях критических локализаций ИГ и их осложнений. Для локализованных ИГ небольших размеров с потенциальными осложнениями возможно местное применения пропранолола. УЗИ в режиме ЦДК с определением активности гемангиомы является оптимальным методом оценки эффективности лечения. Динамическое наблюдение целесообразно у пациентов с ИГ без осложнений и нарушений витальных функций, с предполагаемым хорошим косметическим результатом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Джонгирхонов Л.М., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Асадов С.К.
Кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии
ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель. Улучшение результатов лечения детей с пороками развития аноректальной области.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 120 детей с пороками развития аноректальной области: атрезия ануса - 7(5,83%); атрезия ануса и прямой кишки- 23(19,16%); атрезия ануса со свищом- 40(33,33%); атрезия ануса и прямой кишки со свищом -38(31,66%); эктопия ануса 10(8,33%); и клоакальная форма атрезия 2(1,66%). Дети в периоде новорожденности было 20(16,7%); до года - 66(55%); до 3 лет -20(16,7%), 4-11 лет - 13(10,8%) и свыше 12 лет - 1(0,8%) больной. В клинике всем детям проведено клинико лабораторные и рентгенологические методы исследования. По показаниям было проведено КТ и МРТ.

Аноректальные атрезии считались низкими, когда на рентгенограмме по Вангенстину протяженности порока не превышала 1,5-2см. Учитывая, что проведенные оперативные вмешательства в период новорожденности могут привести к развитию различных осложнений, поэтому по возможности сроки оперативного вмешательства при свищевой форме атрезии по показаниям отодвинуты на более поздние сроки. При не компенсированной форме свища (из 78-31) было произведено плановое бужирование. Из 120 больных у 53 по показаниям проведено рентгеноконтрастное исследование для исключения мегаколона. Все дети по показаниям были оперированы. Брюшино-промежностная проктопластика – 17, промежностная проктопластика -31, задний сагитальный промежностная проктопластика – 13, передний сагитальный промежностный проктопластика -17.

Результаты лечения и их обсуждение. При изучение отдалённых результатов было выявлено, что из 51 больного со свищевой формой с атрезии анального отверстия и прямой кишки у 17 (33,3%) наступило рубцовое сужение, требующее длительного бужирования и повторных операций (9 случая). У 5 детей отмечалось недержание кала, выпадение слизистой прямой кишки – 3, нагноение раны 11. При анализе клинического материала установили, что причины функциональных изменений во всех группах больных непосредственно связаны с тактическими и техническими нарушениями. Чаще всего это неудачный выбор сроков или методов первичной проктопластики, а также неполноценность после операционных реабилитационных мероприятий.

Заключение. Несмотря на достигнутые к настоящему времени успехам в лечении детей с пороками аноректальной области, ещё остаются нерешёнными вопросы, касающиеся не только способов оперативных вмешательств, но и более широких медико-социальные аспектов этой сложной проблемы детского возраста.

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Джумаева Л.Ф., Исмоилов К.И., Саторов С.

Кафедра детских болезней №2 и ²кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ им. Абуали ибни Син

Цель исследования: изучение особенностей гуморального иммунитета у новорожденных с бактериальной пневмонией.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное, проспективное обследование 53 новорожденных с бактериальной пневмонией в условиях отделения патологии новорожденных НМЦРТ. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. Из общего числа включенных в исследование детей сформировано три группы. Иммунологическое исследование проводилось всем детям в периоды максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления. Биологическим субстратом для исследования являлась сыворотка крови. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини (1965). Для определения средней и стандартной ошибки показателей Ig A, M, G и сравнение их в группах использовался ANOVA тест. При сравнении групп и оценки степени достоверности между собой использовался тест непараметрической статистики Mann-Whitney Test .

Первую группу составили 26 (49%) новорожденных детей с тяжелой формой пневмонией, у 5 (17,4%) новорожденных детей первой группы была диагностирована врожденная пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 новорожденного пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесенной ОРВИ. Вторую группу

составили 27 (50,9%) новорожденных детей с очень тяжелой пневмонией. У 10 (37%) пневмония протекала на фоне сепсиса, у 5 (18,5%) больных она была проявлением внутриутробной инфекции, у 12(44,%) пневмония развилась на фоне ОРВИ.

Результаты исследования показали, что среднее значение IgA ($0,3\pm 0,01$), IgM ($0,73\pm 0,2$) и IgG ($3,8\pm 0,14$) в сыворотке крови детей первой группы оказались достоверно ниже соответствующих показателей контрольной группы IgA($1,2\pm 0,06$), IgM ($0,82\pm 0,2$) и IgG($10,2\pm 0,5$), ($p<0,05$). Среднее значение IgA ($0,09\pm 0,02$) и IgG ($2,6\pm$) детей второй группы также, было достоверно ниже соответствующих показателей контрольной группы ($p<0,05$). Показатели IgM ($2,2\pm 0,01$) были существенно выше аналогичных показателей контрольной группы ($p<0,05$).

К моменту выздоровления были получены следующие данные: У детей первой группы имело место умеренное повышение концентрации IgA ($0,4\pm 0,1$), IgM ($1,2\pm 0,04$) и IgG ($5,9\pm 0,2$). У детей второй группы также отмечалось умеренное повышение концентрации IgA ($0,16\pm 0,006$) и IgG ($4,8\pm 0,1$), концентрация IgM ($1,2\pm 0,04$) не достоверно изменилась.

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о выраженных нарушениях гуморального звена иммунитета, у новорожденных детей обеих групп с бактериальной пневмонией приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию препаратов иммуномодулирующего действия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ У ДЕТЕЙ

Дияров Н.А., Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Шурчинский субфилиал РНЦЭМП

Острый аппендицит - это самое распространенное хирургическое заболевание, с которым повседневно приходится встречаться врачам клиницистам разных специальностей. Диагностика острого аппендицита, особенно его атипичное течение и осложненных форм является сложной и не всегда прост. Особенно трудно диагностировать острый аппендицит в раннем детском возрасте. Выполняемая аппендэктомия часто является сложным вмешательством, при запущенных ситуациях нередко приводит к тяжелым осложнениям. Значительный процент составляют ошибки, допускаемые врачами на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи. Своевременно правильно сформулированный клинический диагноз и тактично выполненная операция не только предотвращает опасные осложнения и нередко сокращает летальные исходы.

Нами в 2014-2018 гг. были проанализированы результаты хирургического лечения 598 больных с острым аппендицитом. Больные были в возрасте от 4 до 18 лет. В стационар из 598 больных, 188 детей поступили в первые 6 часов, через 12 часов - 208; после 24 часов - 120 больных; 70 детей госпитализированы через 48 часов и 12 больных поступили после 72 часов от начала заболевания. Из 598 оперированных больных: катаральный аппендицит у 122; флегмонозный- 184; гангренозный- 175; гангренозно-перфоративный аппендицит у 107 детей; аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс у 10 больных. Причиной запоздалой госпитализации в отделение хирургии у 136 детей было позднее обращение к врачу, у 56 больных ошибки в плане диагностики на догоспитальном этапе и у 10 госпитализации других (соматических, инфекционных) отделений. Операции произведены под внутривенным, эндотрахеальным наркозом с доступом Дьяконова-Волковича и нижне-срединный лапаротомией. Типичная аппендэктомия выполнена у 499 больных, а

ретроградная аппендэктомия у 86 больных и атипичная субсерозная аппендэктомия (по методу автора) у 11 больных. Двум больным произведена санация и дренирование брюшной полости без удаления аппендикса. Большинство случаев при типичной локализации аппендэктомии выполняли не выводя купол слепой кишки наружу, выводили только червеобразный отросток с основанием - без осложнений. Произведена тщательная санация и лаваж брюшной полости, при гнойных разлитых перитонитах брюшная полость промывали теплыми растворами новокаина и физиологического раствора с добавлением раствора Декасан.

Брюшная полость адекватно дренирована полихлорвиниловыми 1-4 дренажами (по показаниям), тампонирование полости не применяли. Учитывая характер и распространенность перитонита, антибиотики широкого спектра применяли внутривенно 2-3 раза в сутки, с учетом чувствительности к антибиотикам. При тотальных гнойных перитонитах проводили санацию брюшной полости разведенным 1:3 раствором Декасан с новокаином. Применяли на 3 сутки после операции электрофорез на живот с новокаином и прозеринном для восстановления перистальтики кишечника. Проводили комплексное лечение по стандарту МЗ РУз., инфузионную терапию (включая валюстим, инфезол, реосорбилакт, КМА) с форсированным диурезом в зависимости от фазы и виды перитонита. При простых неосложненных формах аппендицита после операции антибиотикотерапию не применяли.

Послеоперационные осложнения, отмечались у 46 детей: частичное нагноение послеоперационные раны – у 25, инфильтрат брюшной стенки в правой подвздошной области у 5 пациентов, у 9 больных развивалась гипостатическая пневмония, лигатурные свищи - у 7 больных. Летальных исходов не было.

Таким образом, своевременная доставка детей с болями в животе врачами скорой медицинской помощи 103 в ЛПУ и направление в хирургический стационар врачами поликлиник, а также налаженность системы комплексной диагностики в стационаре, позволяют выполнение адекватных хирургических вмешательств в более раннем периоде заболеваний. Кроме того, своевременное оказание специализированной хирургической помощи больным с острым аппендицитом и санация брюшной полости с раствором Декасан предотвращает послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения и сокращает сроки пребывания в стационаре.

УРОВЕНЬ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ И КОМПЬЮТЕРНАЯ БРОНХОФОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Добрынина О.Д., Мещеряков В.В.

Сургутский государственный университет

Сургут, Россия

Цель исследования: исследовать диагностическую значимость монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе и бронходилатационного теста (БДТ) с использованием компьютерной бронхофонографии (КБФГ) при БА.

Материал и методы исследования. Проведено динамическое наблюдение на протяжении 6 недель от последнего обострения за группой пациентов с установленным диагнозом БА (1-я группа, n=72) в возрасте 2 - 17 лет, в сравнении с группой здоровых детей того же возраста (2-я группа, n=49) (у всех пациентов исключен факт пассивного/активного курения). Выполнены: КБФГ (аппарат Паттерн-1, Россия) с определением акустического компонента работы дыхания (АКРД, мкДж) в высокочастотном спектре (5,0 – 12,5 кГц),

пороговый уровень $<0,2$ мкДж, проведение БДТ; определение уровня СО (ppm) в выдыхаемом воздухе (PiCO+Smokerlyzer (Bedfont, England)).

Результаты и их обсуждение. АКРД в 1-й группе при стихающем обострении - 2,30 (1,50 – 2,78), мкДж через 6 недель у 84,7% детей АКРД сохранился повышенным - 0,40 (0,23 – 0,45), мкДж, что свидетельствовало о скрытом бронхоспазме при отсутствии его клинических проявлений, регистрировался положительный БДТ. Во 2-й группе АКРД - 0,1 (0,03 – 0,19) мкДж, БДТ отрицательный, уровень СО - 1,63 (1,00 – 2,00) ppm независимо от пола и возраста ($p = 0,7$). В 1-й группе - при обострении СО - 5,7 (5,0 – 6,0), ppm, в ремиссии - 3,6 (3,0 – 4,0), ppm, несмотря на снижение уровня СО, сохраняется статистически значимая разница по сравнению со 2-й группой, ($p=0,002$). Методом ранговой корреляции установлена средней силы связь между повышенным значениями СО и повышенным АКРД ($r = 0,55$, $p < 0,05$) в период ремиссии.

Выводы. Установленные закономерности (повышенное значение СО в выдыхаемом воздухе с подтвержденным повышенным АКРД в высокочастотном спектре с положительным БДТ) могут рассматриваться как диагностические критерии БА вне обострения у детей не зависимо от возраста при условии отсутствия факта активного/пассивного курения (получен патент РФ на изобретение №2647195).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА

Довнар-Запольская О.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Республика Беларусь

Цель нашего исследования: оценить эффективность медицинской профилактики КБ у детей.

В исследование были включены 187 детей в возрасте от 1 до 18 лет, наблюдавшихся по поводу укусов клещей и получивших лечение в Городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска в период с 2010 по 2018 гг. Средний возраст пациентов составил 7,1 года. Диагноз КБ выставлялся на основании типичной клиники – мигрирующая эритема, а также серологических методов: ИФА и иммуноблота.

Ранняя локализованная стадия КБ была диагностирована у 88% пациентов (причем у 7,3% пациентов – безэритемная форма), ранняя диссеминированная стадия – у 10 %, поздняя стадия – у 1,7% пациентов. Нами была выявлена сезонность укусов клещей: большинство пациентов отмечали укусы клещей в период с июня по август – 70,5%, самое раннее обращение – март (3,3%), самое позднее - ноябрь (1,6%).

Укус клеща был установлен только у 50,3% (94) пациентов и только 23% (43) из них обратились в учреждения здравоохранения за медицинской помощью. Медицинская профилактика КБ была назначена согласно протоколам, утвержденным МЗ Республики Беларусь, только 18 из 43 обратившихся детей. Длительность антибактериальной профилактики была различной: от 5 до 20 дней, проводилась с использованием β -лактамов антибиотиков: амоксициллина, цефуроксима, цефдинира, 1 пациент получил азитромицин. В последующем у этих детей развилась ранняя локализованная стадия КБ: у 4 пациентов – безэритемная форма, у 13 – эритемная, 1 пациенту была выставлена стадия ранней диссеминации. Трех детям, обратившимся с укусами клещей, был назначен доксициклин разово, у них в период наблюдения в течение 12 -15 месяцев не развился КБ.

Выводы: сохраняется низкая настороженность педиатров и родителей относительно развития КБ после укусов клещей. Требуется дальнейшего исследования эффективности применения β -лактамовых антибиотиков для профилактики КБ у детей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Довнар–Запольская О.Н., Кудрявец М. С., Солонько А. И.
Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Такие микроорганизмы как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* относятся к известным атипичным бактериальным возбудителям внебольничной пневмонии (ВП), причем клиническая картина такой пневмонии зачастую бывает неспецифичной. Цель нашего исследования – охарактеризовать клиническую картину атипичных пневмоний (АП), вызванных *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae* у детей до 3 лет, оценить эффективность антибактериальной терапии (АБТ). В исследование было включено 50 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, получивших стационарное лечение в Детской инфекционной клинической больнице г. Минска в период с 2015 по 2018 гг. с диагнозом «Внебольничная пневмония микоплазменной и/или хламидийной этиологии». Большинство пациентов (62%), были в возрасте от 2 до 3-х лет, 32% пациентов в возрасте от 1 до 2 лет и только 6% детей в возрасте до года. Этиология АП была подтверждена методом ИФА у всех пациентов: у 54% пациентов – хламидийной этиологии, микоплазменной – у 46%. Только 6 пациентам было проведено исследование слизи из носоглотки методом ПЦР, у всех выявлена *C. Pneumoniae*. Микоплазменная инфекция чаще была диагностирована у детей в возрасте до 2 лет, хламидийная – с 2 до 3 лет, микст-инфекция была выявлена у 8% детей. У 94% детей заболевание проявлялось редким, приступообразным, влажным или сухим кашлем, повышением температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, вне зависимости от возраста и этиологии АП. Амбулаторно 32% пациентов были назначены защищенные и незащищенные пенициллины или цефуроксим, 1% пациентов – кларитромицин или азитромицин. Ротация АБТ в условиях стационара с цефалоспоринов на макролиды была проведена у 46% пациентов в связи с неэффективностью цефалоспоринов и/или подтверждением этиологии АП.

Выводы. Ведущим симптомом в клинике АП является приступообразный кашель и повышение температуры тела до фебрильных цифр. Эффективным методом специфической диагностики АП является метод ИФА, а также ПЦР-диагностика слизи из носоглотки в первые дни болезни. При неэффективности цефалоспоринов в лечении ВП необходимо обследовать пациента на атипичные возбудители, а также ротировать АБТ на макролиды.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.
ТашПМИ, кафедра госпитальной детской хирургии, детской онкологии
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: выбор оптимального метода хирургической коррекции при ректоуретральных свищах у детей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 52 мальчиков, находившихся в клинике 2010-2018 годы, которым было проведено хирургическое лечение

ректоуретральных свищей. Проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений и функциональных результатов.

Результаты. Во всех случаях порок диагностирован на 1–2 сутки жизни, в связи с явлениями низкой кишечной непроходимости. В диагностике основными симптомами ректоуретрального свища были отсутствие ануса и наличие мекония в моче. Всем пациентам производилось контрастное рентгенологическое исследование для определения уровня агенезии, наличие свища и уровень свища. У 31 (59,6%) больных отверстие свища находилось в нижней трети простатической части уретры, у 21 (40,4%) больных в бульбарной части уретры. В 12 (23,1%) наблюдениях при первичном обследовании место свища установить не удалось.

Для лечения пациентов с ректоуретральными свищами выполнялись следующие операции: брюшнопромежностная проктопластика (БППП) - 34 (65,4%), переднесагитальная проктопластика (ПСПП) - 12 (23,1%), заднесагитальная проктопластика (ЗСПП) - 6 (11,5%). В большинстве случаев 44 (84,6%) ректоуретральные свищи коррегированы после предварительной сигмостомии из-за угрозы нагноения раны и последующей потери анатомического строения анального сфинктера, с риском ухудшения аноректального удержания. При анализе послеоперационного периода выявлено, что основные хирургические осложнения в раннем послеоперационном периоде были связаны с лапаротомией при БППП – у 4 - (7,6%) и ЗСПП – у 2 - (3,8%).

Выводы. При ректоуретральных свищах выполнение коррегирующих операций после наложения предварительной колостомы обеспечивает лучшие непосредственные и отдаленные результаты. При ректобульбарных свищах целесообразно проводить брюшнопромежностную проктопластику, при ректоуретральных свищах – заднесагитальная проктопластика.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ёров У.У., Саидов С.М., Назарова Ш.Ф., Эмомов Х.С.

Кафедра сестринского дела ГОУИПО в СЗРТ

Бохтар, Республика Таджикистан

Цель работы: Заключается в проведении анализа внедрения эндохирургических операций в детском возрасте в условиях Хатлонского медицинского центра г. Бохтар.

Материал и методы исследования: С 2011 года в медицинском центре «Тибби Хатлон» г. Бохтара начато выполнение лапароскопических операций в детском возрасте.

Выполнено 179 эндовидеохирургических вмешательств при различной плановой и экстренной хирургической патологии у детей в возрасте от 1,5 месяцев до 18 лет.

Результаты и их обсуждения. Лапароскопическая аппендэктомия проводилась при различных формах аппендицита: 7-катаральный, 71 – флегмонозный, 13-гангренозный (5-разлитым гнойным перитонитом).

Двадцать две девочки оперированы лапароскопическим доступом при гинекологической патологии: 16-девочек оперирована по поводу кисты яичника, 3-по поводу перекрути придатков и ещё 3- по поводу апоплексии яичника. Все девочки доставлялись по экстренным показаниям с клиникой острого аппендицита.

По поводу острой спаечной кишечной непроходимости оперированы 12-детей, поступившие в первые сутки заболевания. Трое из них, ранее оперированным с диагнозом катаральный аппендицит, проведен лапароскопический адгезиолизис единичной шварты без технических трудностей. 35-детям выполнена диагностическая лапараскопия. Восемь девочек оперированы дивертикулэктомией по поводу дивертикула тонкого кишечника, в шести

случаях выполнена ушивание ран кишечника. По поводу тупой травмы живота: 3 с множественными гематомами сальника и брыжейки толстой кишки, 2 с ранениями передней поверхности печени, которым был проведен лапароскопический гемостаз. Дети оперированные лапароскопическим методом с экстренной хирургической патологией, были выписаны в хорошем состоянии в среднем на пятые сутки.

Выводы: Оценивая опыт применения эндовидеохирургических операций у детей, можно сделать вывод об их целесообразности, так как лапароскопическая методика позволяет выявить и одновременно устранять сопутствующую патологию; разрешает сомнение при неясном диагнозе, позволяя избегать ненужной лапаротомий, является щадящей и высокоэффективной, особенно у девочек; сокращает сроки пребывания детей в стационаре.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГУ ГЦЗ №15 ЗА 2018 ГОД

Ёдгорова М.Дж., Каюмова Д.А., Мукарамова Д.А.

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

Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: Изучить структуру заболеваемости детского контингента на уровне первичного звена (ГУ ГЦЗ №15) за отчётный период 2018 года.

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 - (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 желудочно-кишечного 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 кровеносной системы, а также 11 случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата, что составили 0.4%.

Выводы: Таким образом, анализ заболеваемости детского населения за 2018 год по ГУ ГЦЗ №15, показал, что наиболее часто за медицинской помощью к семейному врачу обращались с заболеваниями органов дыхания, второе место занимают заболевания ЦНС. На третьем месте по частоте обращения за медицинской помощью у детей занимают болезни органов пищеварения, кожи и мочевыделительной системы. Следует отметить, что

заболевания органов дыхания и ЦНС больше регистрируются у детей от 0 до 4 лет, заболевания эндокринной, кроветворной, мочевыделительной и пищеварительной системы в возрастном аспекте от 5 до 17 лет, что связано с образом жизни и нарушением рациона питания. Анализ заболеваемости по половой принадлежности показал, что мальчики болеют почти в 1.4 раза чаще, чем девочки.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ёдгорова М.Дж., Каюмова Д.А., Мирзокалонова М.Дж
Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: Изучить структуру заболеваемости детского населения Хатлонской области, по обращаемости к семейным врачам, за отчётный период 2018 года.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы данные годового отчёта Хатлонской области, ф12, за отчётный 2018 год. Всего по данным обращаемости за отчётный период, в возрастном аспекте от 0 до 17 лет, зарегистрировано 138400 детей. Из них мальчиков было 73726 (53.3%), девочек 64674 (46.7%). Все дети были распределены на 3 группы. Первую группу составили 72199 детей в возрасте от 0-4-х лет, во вторую группу вошли 49333 ребёнка в возрасте от 5-14 лет и в третью группу были включены 16836 детей в возрасте от 15-17 лет.

Результаты исследования. Изучение структуры заболеваемости детского контингента показало, что первое место занимают заболевания органов дыхания, в том числе ОРВИ в первой группе - 36377 случаев, во второй группе 19971 и в третьей группе 5049, что в общем, составили 61597 случаев или 44.5% от общего количества обращаемости. Грипп перенесли 2210 детей, что составило 1.6%, большая часть которого приходится на долю детей в возрасте от 0-14 лет. Необходимо отметить, ОРВИ осложнились пневмонией у 1495 детей, что составляет 1% от общего количества детей. Хронических тонзиллитов зарегистрировано 783 случаев, в большей степени во второй возрастной группе.

Вторую позицию по количеству заняли эндокринные заболевания и составили 5738 случая, среди которых сахарный диабет 117 эпизодов, из которых 72 в случаях сахарный диабет II типа и 45 случаях- I типа, эндемический зоб 1493 случая, гипотрофии составили 663 случаев и паратрофии 46.

Третье место заняли заболевания органов пищеварения на долю которых отводится 19107 случаев (1.4%), среди которых гастроэнтериты составляли 4264 случаев, желчнокаменная болезнь -81, язвенная болезнь желудка и 12-перстного кишечника выявлены у 49 детей, в основном у первой и второй группы.

На четвертом месте идут заболевания крови, в том числе анемия дефицитного генеза зарегистрировано у 4261 детей (3%), в основном среди детей первой и второй возрастной группы, что связано с характером питания данного возрастного контингента.

Пятое место заняли заболевания нервной системы-2195 случая, среди которых занимают ведущее место ДЦП, что составили 828 случая и эпилепсии которые составляют 445 случая. Далее по количеству идут травмы и заболевания кожи.

Выводы: Таким образом, анализ структуры заболеваемости детского населения Хатлонской области за 2018 год показал, что наиболее часто дети обращаются к семейным врачам по поводу ОРВИ, заболеваний ЖКТ, системы кровообращения и ЦНС. Следует

отметить, что наиболее уязвима группа детей в возрасте от 0-14 лет, а по половой принадлежности отмечен, что мальчики болеют чаще, чем девочки.

ПРОБЛЕМЫ ОХВАТА ИММУНИЗАЦИЕЙ ДЕТЕЙ ПРИВИВОЧНОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Иномзода Д.И.

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

Душанбе. Таджикистан

Целью настоящего исследования явилось изучение часто встречающихся причин медицинских отводов от вакцинаций детей прививочного возраста в практике семейного врача.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ годового отчёта (2018г) и историй развития (ф№24) 984 детей ГУ ГЦЗ№15, г. Душанбе, среди обследованных мальчиков было 521 (53%), а девочек 463 (47%).

Результаты исследования. Изучение историй исследуемых детей показало, что на 2018 год была запланирована вакцинация 979 детей, Пентовакс 1 – Пентовакс 2 – 974 детям, Пентовакс 3- 970 ребёнку и вакцинация кори (Корь 1) – 1018 детям, против ротавирусной инфекции (Рота -1)-984 и (Рота - 2) - 974, против полиомиелита (ОПВ) -982.

Исследование показало, что не получали Пентовакс - 1 из ранее запланированных 979 детей, 43 ребёнка, что составило 4.4 %, Пентовакс 2 из 974 запланированных, не охвачены иммунизацией 17 детей, что составило – 1.7 %, и Пентовакс 3, из запланированных 970, не иммунизированы 8 детей, что составило – 0.8 %. Иммунизацию против кори (Корь - 1) из ранее запланированных 1018 детей, не получили - 3 ребёнка, что составило 0.3 % и ОПВ вакцинацию из 982 детей, не получили 70 ребёнка, что составило 7.1% .

Необходимо учитывать тот факт, что из 43-х не иммунизированных детей, у 41 ребёнка, медицинский отвод от иммунизации по причине ПЭП с гипертензионным синдромом и судорожной готовностью, и только у 2-х детей в связи с ОРВИ осложнённый бронхитом и пневмонией. Однако следует отметить, что медицинский отвод от иммунизации был оформлен только 2-ум детям.

Выводы: Таким образом, выявлено, что вместо 984-х запланированных вакцинаций иммунизированы 941 ребёнка, что составило 95.6 %, не получали иммунизацию 43 (4.4 %) ребёнка. Несмотря на не охват около 5% запланированных детей, план иммунизации выполнен более чем на 90%, что является хорошим показателем охвата иммунизацией детей первого года жизни.

Следовательно возникшая ситуация по медицинским отводам от иммунизации требует более серьёзного отношения и пересмотра относительных и абсолютных медицинских отводов от иммунизации. Так, как именно группа не иммунизированных и иммунизированных детей с нарушением календаря профилактических прививок и иммунизированные на высоте острого периода воспалительных заболеваний способствуют периодическим вспышкам регулируемых инфекций.

ПРИНЦИПЫ МОНИТОРИНГА И РЕГИСТР НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Жанатаева Д.Ж., Мещеряков В.В.

Национальный научный центр материнства и детства Корпоративного фонда «University Medical Center», Нур-Султан, Республика Казахстан

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель исследования – разработка оптимальной структуры регистра генетических заболеваний и врожденных пороков развития (ВПР) у детей на основе изучения принципов мониторинга этой патологии.

Материалы и методы исследования. Обобщён опыт разработки регистров наследственной патологии и врождённых пороков развития у детей. Проведён эпидемиологический анализ моногенных и хромосомных заболеваний, врождённых пороков развития у детей на территории Республики Казахстан по данным отделения клинко-генетической диагностики Национального научного центра материнства и детства (г. Нур-Султан).

Результаты и их обсуждение. В настоящее время мониторинг в области здравоохранения имеет следующие разновидности: мониторинг демографических показателей, социально-гигиенический, медико-экологический, эпидемиологический и популяционный мониторинг различных заболеваний, включая наследственные болезни и ВПР. Последний вид мониторинга имеет свои особенности при различных заболеваниях: информация об эпидемиологии моногенных болезней основана на наличии специфических клинических симптомов, результатах неонатального скрининга и генной диагностики ребёнка и плода; учёт хромосомных болезней базируется на своевременной клинической диагностике и подтверждается кариотипированием; ВПР диагностируются с помощью клинических и, в основном, лучевых методов диагностики ребёнка и плода. В настоящее время все виды наследственной патологии (моногенные и хромосомные болезни) и ВПР доступны для диагностики у плода (пренатальная диагностика). Наличие отдельных регистров моногенных, хромосомных заболеваний и ВПР нередко приводит к «двойному» их учёту. Так, ВПР часто служат проявлением хромосомной патологии. Это явилось обоснованием для разработки единого регистра, включающего 4 модуля: мониторинг моногенных, хромосомных заболеваний, ВПР и результаты пренатальной диагностики. Информационное поле такого регистра обеспечивает наличие единой базы данных всех указанных заболеваний, возможность наиболее точного их прогнозирования и планирования ресурсов здравоохранения, исключает возможность «двойного» учета и позволяет оценить эффективность пренатальной диагностики.

Выводы. Инструментом мониторинга наследственных заболеваний и ВПР служит регистр этих заболеваний, наиболее оптимальной структурой которого является сочетание 4-х модулей: моногенные, хромосомные болезни, ВПР и результаты пренатальной диагностики.

ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Жуманиёзов Н.Б., Даминава М.Н., Абдуллаева О.И., Расулова З.Д.

ТашПМИ, кафедра Детские инфекционные болезни

Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования - изучить особенности ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом 57 детей от 3-х до 14 лет, на базе Республиканского Специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии. Контрольную группу (n=17) составят ВИЧ инфицированные дети без туберкулеза. Изучали общий анализа крови, кала, мочи, уровень CD4 клеток. Рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 57 детей, с ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулёзом, в возрасте от 3-х лет до 14 лет, мальчиков 31 (54,39%), девочек 26(45,62 %). Контрольную группу составили 17 детей с ВИЧ инфекцией без туберкулёза. По возрасту дети распределились следующим образом: от 3 лет до 6 лет – 23(40,35 %) и от 7 до 14 лет – 34(59,65%) детей. При анализе клинических форм туберкулеза, во всех группах исследования преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (более 50,88%). Первичный туберкулезный комплекс чаще диагностировали в I группе (22,7%), реже во II группе больных (11,76%). Туберкулез с гематогенной диссеминацией (включая поражения центральной нервной системы, позвоночника) в I и II группах встречался в 4,5% и 5,88% случаев соответственно. Очаговый и инфильтративный туберкулез встречался только у детей II группы в возрасте 12- 14 лет. Диссеминированный туберкулез за зарегистрирован у 3 человек (5,27%), милиарный туберкулез – у 1 ребенка (1,76%). Из 22 случаев сочетанной инфекции большинство (40,35%) имели поздние стадии ВИЧ-инфекции (ГУБ — IVB, V). Клинико-лабораторные проявления ВИЧ - инфекции , сочетанной с туберкулёзом отличаются от ВИЧ-инфекции без туберкулёза по выраженности астено-вегетативного синдрома, бронхолегочного, лимфаденопатии, изменений в гемограмме и зависят от стадии ВИЧ - инфекции.

Выводы. Таким образом, клинические проявления болезни, указывающие на тяжесть течения ВИЧ - инфекции, сочетанной с туберкулёзом, были значительно выражены, особенно у детей в дошкольном возрасте (3-6 лет).

УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ СУРФАКТАНТНОГО БЕЛКА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СОДЕРЖИМОМ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ (РДС) И ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Витебск, Республика Беларусь

Целью нашего исследования была оценка содержания SP-D в содержимом трахеобронхиального дерева и сыворотке крови у детей с врожденной пневмонией и РДС.

Материалы и методы исследования. Данная работа проводилась в 2018-2019 годах на базах роддомов города Витебска и Витебского областного детского клинического центра. Под нашим наблюдением находилось 45 новорожденных с дыхательными расстройствами

(27 детей с врожденной пневмонией и 18 детей с РДС), группу сравнения составили 20 «условно здоровых» новорожденных без патологии респираторного тракта.

Результаты исследования. Содержание SP-D в сыворотке крови у в группе «условно здоровых» недоношенных на 1-2 сутки составила 1,97 нг/мл (25—75 IQR 1,3-2,14 нг/мл). Концентрация SPD в плазме пациентов с врожденной пневмонией была в течение как 1-2 суток (35,78 нг/мл (25—75 IQR 25,57 – 41,63 нг/мл)) , так и в последующем на 10-14 сутки (56,72 нг/мл (25—75 IQR 42,61-58,47 нг/мл)) исследования достоверно выше ($p < 0,01$), чем у недоношенных без респираторных заболеваний и выше чем у детей с РДС ((8,32 нг/мл (25—75 IQR 6,75-9,23 нг/мл) и 6,52 нг/мл (25—75 IQR 4,78-6,36 нг/мл)) соответственно). При анализе концентрации SP-D в ТА были получены статические различия и была отмечена характерная тенденция к значительно более низкому содержанию SP-D в ТА по сравнению с содержанием в сыворотке крови. В результате проведенного ROC (Receiver Operating Characteristic)- анализа получены данные о высокой диагностической информативности концентрации SP-D в плазме крови в отношении диагностики врожденной пневмонии. Содержание SP-D в первые сутки исследования 21,8 нг/мл обладает чувствительностью 83,5% и специфичностью 81,0% в отношении диагностики врожденной пневмонии.

Вывод. Таким образом, SP-D может быть использован как диагностический маркер наличия и определения степени тяжести врожденной пневмонии.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х.¹, Рофиев Р.¹, Давлатов С.Б.¹, Хамидов И. ², Юсупов Б. ²

¹ГОУ Институт последипломого образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан, кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

²ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель. Оптимизация диагностики и методов хирургического лечения врожденной лобарной эмфиземы легких у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 11 детей с врожденной лобарной эмфиземой легкого (ВЛЭЛ). Пациенты в основном были в возрасте от 2 дней до 1 месяца -5, от 1 месяца до 2 лет- 6. Мальчиков – 8, девочек – 3. Локализации врожденной лобарной эмфиземы легкого у 10 верхняя доля левого легкого, у одного верхняя и средняя доля правого легкого. Сопутствующие патологии: гипертрофия вилочковой железы (3), воронкообразная деформация грудной клетки (2). По форме дыхательной недостаточности: компенсированная – 3, субкомпенсированная – 6, декомпенсированная – 2. Степень дыхательной недостаточности определялось по клиническим признакам и парциальному давлению газов крови (pO_2 и pCO_2). Основными диагностическими методами исследования ВЛЭЛ являются рентгенологические. Рентгенография грудной клетки проводится в двух проекциях. Диагностическая ценность рентгенографии в нашем исследовании составило 72,7%. Для ВЛЭЛ характерно вздутие доли и смещение органов средостения в противоположную сторону с выраженным снижением прозрачности легочного поля и колабирование прилежащих отделов легкого. В 3 случаях по показаниям проведено КТ и МРТ.

Результаты исследования. Ведущими симптомами являлись респираторные и сердечно-сосудистые расстройства, выраженность которых зависела от степени смещение органов средостения, нарушения бронхиальной проходимости, сдавления здорового легкого эмфизематозной долей и сопутствующие заболевания. Основным метом лечения всех форм ВЛЭЛ является хирургический. Детям в зависимости от распространенности патологического

процесса были проведены 10 лобэктомии и у одного билобэктомии. Хирургическая тактика зависит от объема поражения легкого и выраженности клинических проявлений ВЛЭЛ, а так же от формы порока развития. Нами у 9 пациентов выполнена лобэктомия из переднее – бокового доступа по 5 межреберье, у 2 доступ по заднее – боковой, что с косметической стороны вопроса более оптимальный. У одного ребенка при поражении верхней и средней доли выполнена билобэктомия по переднее – боковому доступу. Во всех случаях при выполнении лобэктомии проводились раздельное выделение и лигирование артериовенозных сосудов удаляемой доли, выделение долевого бронха до бифуркации с таким расчетом, что бы не оставалось длинный слепой конец удаленного долевого бронха. При удалении бронха с двух сторон прошивается капроновой нитью 4/0, затем отсекается. После удаления доли легкого проверяется герметичность ушитой бронха. Плевральная полость дренируется полихлорвиниловой трубкой через 7 межреберье на уровне средней аксиллярной линии. Новорожденным и детям до одного года (7) в послеоперационном периоде проведены продленные ИВЛ в течение 3 – 4 дней. В послеоперационном периоде осложнение в виде пневмонии были у 3 детей. Изучены отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 10 лет. Проведены полное клинико – лабораторные и рентгенологические исследование. Проведены электро- и поликардиографические исследование и исследование функции внешнего дыхания (ФВД) на которых признаков гипоксии миокарда и гипертензии малого круга кровообращения не выявлено. Показатели статической податливости и эластичности легкого были в пределах возрастной нормы. Резерв дыхания сохранялось в пределах нормы (88,5% от должной).

Таким образом, ранняя диагностика и своевременное проведение хирургической коррекции и правильного выбора методов оперативного вмешательства и эффективное проведение послеоперационное лечение позволяет достичь хороших результатов.

ЛИКВИДАЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х.И.¹, Давлатов С.Б.¹, Рофиев Р.¹, Мирзоев Д.С.²

¹ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан

²ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель исследования. Оптимизировать способы ликвидации остаточной полости при эхинококкозе печени у детей и определить ее эффективность.

Материалы и методы: На обследовании и лечении находились 72 детей в возрасте от 2 до 15 лет с эхинококковыми кистами (ЭК) печени. Одиночные ЭК были у 46, множественные – у 26 больных. У 72 больных наблюдались 113 ЭК. Эхинококковые кисты были расположены в 2 сегменте печени 19 (16,8%), в 3 сегменте – 23 (20,4%), во 5 – 40 (35,4%) и 6 сегменте – 31 (27,4%). По объёму ЭК в зависимости от возраста были больших размеров объем – от 250 до 1000 мл было 66,4% и гигантские объем – 600 до 1500 мл и более – 33,6%. Отдаленные результаты изучены у 57(79,2%) из 72 оперированных детей. Всем больным с целью исключения эхинококкоза легких и определение состояния куполов диафрагмы выполнена обзорная рентгенография грудной клетки. Для выявления кисты печени и ее локализации, а так же определение остаточной полости после ликвидации эхинококковые кисты и рецидива ЭК производили УЗИ печени, органов брюшной полости и забрюшинного пространство. С целью выявления характеристики сосудистой системы печени и отношение эхинококковой кисты к сосудам и жечными ходами, состояния сосудистой системы печени и

рубцовых изменений на месте удаленной ЭК произведена КТ 3Д(36), ангиография и доплерография (36) печени. Исследования функционального состояния печени проведены по общепринятой методике.

Больные в зависимости от способа ликвидации остаточной полости разделены на 2 группы. I группа (группа сравнения) – 37 детей, которым произведены ликвидации остаточной полости эхинококковой кисты традиционными способами (заворачиванием одной или обоих краев фиброзной капсулы кисты (ФКК) с подшиванием к дну остаточной полости – 17, пломбировка ОП выкроенным лоскутом большого сальника на сосудистой ножке – 11, типичная и/или атипичная резекция печени – 9). II группа (основная) – 35, с ЛОП ЭК путем наложения П образных швов, который осуществлялись следующим образом: после удаления хитиновой оболочки ЭК и обеззараживания ОП раствором гипохлорида натрия 0,06% и 96° этанолом. Остаточная полость ЭК широко раскрывается рассечением ФК параллельно идущим печеночным сосудам, ушиваются желчные свищи. Фиброзная капсула рассекается по периметру ОП ЭК в пределах до 1-1,5 см толщины паренхимы печени. Участок ФКК лишенный печеночной тканью иссекается. В результате рассечения ФК образуется один или два (верхний или нижний) наружный (латеральный) лоскут с тонким слоем печеночной ткани и внутренняя (медиальная) площадка ФК на паренхиме печени. С целью ЛОП на медиальной площадке ФК начиная с дна ОП накладываются несколько П-образных кетгутовых швов в зависимости от объема ЭК. П-образные швы проводятся через латеральный лоскут в виде матрасного шва и завязываются. В результате подшивания наружного и внутреннего лоскута ФК ОП ликвидируется.

Результаты исследования и их обсуждения. У 7 (9,7%) больных I группы в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались осложнения в виде: желчного перитонита (2); образование ОП с нагноением (2); воспалительная инфильтрация на месте ОП с токсическим гепатита (2); длительная послеоперационная лихорадка (2). В отдаленном сроке после ЭКК осложнения были у 5 (6,9%) больных в виде: ОП на месте ЛОП ЭК (2); склероз ткани печени, деформация сосудов и желчных ходов сегмента на месте ЛОП ЭК (3). У II группы больных в ближайшем и отдаленном периоде после операции осложнения не наблюдались.

Таким образом, ликвидация остаточная полость эхинококковой кисты по предложенному способу оказались эффективными и архитектурное состояние сосудистой системы печени на месте остаточной полости были удовлетворительными и склеротические изменения минимальными.

КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х.¹, Давлатов С.Б.¹, Рофиев Р.¹, Хамидов И.²

¹Институт последипломного образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан, каф. детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

²ГМУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация хирургической коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 34 детей с врожденными воронкообразными деформациями грудной клетки. В возрасте 4 – 7 лет были 8(23,5%), 8 – 11 лет 12(35,3%), 12 – 16 лет 14(41,2%). Пациенты были с II степени 3(8,8%), III

степени 13(38,2%) и IV степени 18(53,0%) деформации грудной клетки. Третьей и четвертой степени ВДГК неизбежно сопровождается функциональными нарушениями: 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 грудной клетке. В алгоритм обследования детей ВДГК входили: обзорная рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки, 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 торакопластики использованы фиксаторы проволочного типа изготовлены из титан – никелевого сплава и II группа 12(35,2%) которым применялись пластинчатые фиксаторы также изготовлены из титан-никелевого сплава с памятью формы индивидуально для каждого больного. Пластины толщиной 2 мм и длина должно соответствовать расстоянию между правым и левым передним подмышечным линиям. При выполнении торакопластики за основу взята методика D.Nuss.

Результаты исследования и их обсуждение. При 3-4 степень ВДГК выявлено смещение органов средостения у 92,5% детей. По данным КТ органов грудной клетки наличие смещения грудины в сочетании ее ротацией обнаружено в 46% случаев, увеличение плотности легочной паренхимы на уровне наибольшего западания грудино-реберного комплекса отмечено у 19,0% обследованных. У 91,2% больных дыхательная недостаточность по рестриктивному типу с нарушением альвеолярной вентиляции, а у 68% уменьшение ударного индекса, мышечная работы желудочков. Повышение общего и легочного сосудистого сопротивления у 58%. У 70,6% наблюдались 1-2 степени легочно-артериальная гипертензия. У 82% детей отмечены нарушения метаболической активности легких, тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза и вторичное иммунодефицитное состояние. Коррекции ВДГК осуществляется следующим образом: параллельно межреберья на уровне наиболее глубоком месте деформации грудины длиной 3-4 см между среднеключичной и передней подмышечной линии с обеих стороны производится разрез кожи, тупо выделяются грудные мышцы, отслаиваются их от ребер до межреберья парастернальные линии. Последующим, тупо расширяя межреберья прокалывается вне плеврально передняя средостения самой выступающей вперед части ребер с двух сторон. С левой стороны проводится проводник под грудины образуя туннель в противоположную сторону. По проводнику проводится капроновая нить, по которой проводится фиксатор. После проведение пластины специально разработанными рукоятками которые одеваются на обе концы пластины и разворачивается в сторону наибольшей деформации грудины. Затем обе концы пластины фиксируются капроновыми нитями за ребер. Для устройства фиксатора используются металлы термомеханической обработки с памятью формы из никелида титана (TiNi), обладающие биомеханической и биохимической совместимостью. Из TiNi изготавливается пластины, в зависимости от возраста ребенка и степени деформации шириной от 1 см до 2 см. Проведено сравнительный анализ методов коррекции воронкообразной деформации грудной клетки фиксаторами проволочного типа и титан-никелевой пластины. При использовании проволочного фиксатора отмечались осложнения нагноение раны (4), перемещение пластины (1), пневмония с плевритом (3). Надо отметить,

что по истечению срока между проволками разрасталась ткань и удаление фиксатора составила определенной трудности. В этой связи нами у 12 пациентов при ВДГК в качестве фиксатора применен пластины из титан-никелевого сплава. Осложнение в ближайшем послеоперационном периоде только у одного больного отмечалось пневмоторакс, который пункцией плевральной полости устранен пневмоторакс. В отдаленном периоде у одного больного отмечалось перемещение пластины. У больных достигнута достаточную коррекцию деформации грудной клетки. В послеоперационном периоде в течение 3 дней обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками. Активизация больного на 8 сутки после операции. В течение 6 месяцев ограничивали активные физические нагрузки.

Таким образом, предложенный способ торакопластики с использованием пластины из титан никелевого сплава достигается хорошие результаты, то есть устойчивой коррекции деформации и может быть предложен для оперативного лечения ВДГК.

ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Рофиев Р., Асадов С.К., Каримова П.Т.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Оптимизация диагностики пороков развития мочевыделительной системы у детей.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 110 детей в возрасте от 1 дня до 1 года с врожденными пороками развития мочевыделительной системы. Для выявления пороков развития в антенатальном периоде у плода, новорожденных и детей до одного года выполнены УЗИ, клиничко-лабораторные и рентгенологические исследования. У 72(65,4%) новорожденных обструктивная уропатия диагностирована в антенатальном периоде: 2 триместр беременности -31(43,0%), 3 триместр – 41(57,0%). У 28(25,4%) диагноз обструкция мочевыводящей системы был установлен после рождения до 1 года. Обследование начиналось с УЗИ мочевыделительной системы (МВС). Всем детям проводилось экскреторная урография, которая указывала на уровень обструкции МВС. Для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса выполнена цистография.

Результаты исследования и их обсуждение. В связи с внедрением в практику здравоохранение УЗИ появилось возможность выявлять патологию МВС внутриутробно. Антенатальная диагностика позволяет выявить популяцию здоровых детей и новорожденных, не имеющих симптоматики, но страдающих гидронефрозом, от небольшой до тяжелой степени, с различными исходами. В течение пренатального периода, также это один из эффективных и хорошо воспроизводимых методов оценки гидронефроза. Антенатально диагностирован гидронефроз (72) в следствие сужения лоханочно-мочеточникового сегмента - 45(62,5%), мегауретер – 24(33,3%) (за счет дисплазии надпузырного отдела мочеточников) и мультикистоз почек -3(4,2%). Все новорожденные с гидронефрозом 3 и 4 ст. (6) обусловленной обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в период новорожденности (от 10 до 20 дней после рождение) вначале было вставлено пункционная нефростома под УЗ-наведением. Также больным с 2 ст. гидронефроза связанной с обструкции ЛМС и больным с обструкции пузырно-мочеточникового соединения эндоскопически произведено внутреннее стентирование. Поснатально выявлены сужение лоханочно-мочеточниковой сегмента 16(57,1%), дисплазия надпузырного отдела

мочеточников – 6(21,4%), склероз шейки мочевого пузыря – 4(14,2%), клапаны уретры – 2(7,1%).

Как показывают наши исследования, патология мочевыделительной системы в большинстве случаев выявлены до годовалого возраста. Основными проявлениями заболеваний у детей в 80,5% были повышение температуры тела, беспокойства, дизурия, лейкоцитурия и бактериурия. Больным (27) у которых наблюдались увеличение дилатации и/или ухудшение почечной функции было произведено открытая резекционная пиелопластика по Хайнес-Андерсону. Больным с обструкции пузырно-мочеточникового соединения произведено операция реимплантация мочеточников по Козна, Политана – Лидбеттера и неоцистоуретероанастомоз по методике клиники. При склерозе шейки мочевого пузыря рассечение шейки, при клапанах абляция клапана с использованием резектоскопа.. При мультикистозной почки произведена нефроуретероэктомия. Больным с пузырно мочеточниковым рефлюксом (ПМР) 3-4ст. произведено эндоскопическая коррекция рефлюкса (ЭКР) введением объёмобразующих вещество гел (ДАМ+ и Вантрис) субуретерально под слизистую устья мочеточника.

Таким образом, оправдана УЗ исследования беременных женщин для выявления патологии мочевыводящих систем у плода и охвата таких детей дальнейшее стационарное обследование и лечение в специализированных детских хирургических отделений. Лечение заключается не только в хирургической коррекции порока развития, необходимо динамическое наблюдение.

ОПТИМИЗАЦИИ СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Икромов Т.Ш.¹, Муродов А.А.², Ибодов Х.³

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии

³Кафедра детская хирургия

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оптимизации степени операционно- анестезиологического риска у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезни почек.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 187 детей с двухсторонним уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек. Детей в возрасте от 3- 7лет было 27 (23,9%); 7 - 10 – 24 (21,2%); 11 – 14 – 38 (33,7%); 15 – 18 были 24 (21,2%). Разработаны нами карты операционно-анестезиологического риска и прогноза для детей на основе факторов операционно-анестезиологического риска у детей с уролитиазом, осложненным ХБП.

За основы карты положены рекомендации, взятые из классификации операционно–анестезиологического риска в педиатрии (в баллах) - рекомендации по В.М. Балагину с соавт., МНОАР и NARCO, а также дополненные и оптимизированы на основании полученных нами исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. В основу карты положена балльная система, включающая критерии: возраст, оценка общего состояния (по АРАСНЕ III), объем и травматичность операции, стадии хронической болезни почек (ХБП) по рекомендации NKF-

К/DOQI (2003), а также стадии ХБП по уровню СКФ, показатели почечной гемо-и уродинамики, а также наличие сопутствующей патологии и функциональных нарушений, которые вызваны основным заболеванием.

Возраст больного играет важную для оценки риска: чем моложе ребенок, тем более высокий риск. Общее состояние больного оценивается по АРАСНЕ III, чем выраженные симптомы интоксикации, тем больше опасность и вероятность развития каких-либо осложнений, возникающих в результате анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

Степень ОАР тоже имеет зависимость от объема и травматичности выполняемой операции. Градации операции по объему и травматичности.

В настоящее время все большее распространение получает классификация хронической болезни почек (ХБП), предложенная Национальным почечным фондом США (NKF), которая учитывает степень снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), она является основой разработкой

наших разработок, которые внедрены в клиническую практику.

На основании определения почечного кровотока выявлена зависимость нарушения почечной гемодинамики и тяжести клинических проявлений, поэтому больные были разделены на незначительные нарушения и выраженные нарушения.

Уродинамика также зависит от размера, расположения и вида камней, от расположения камней в мочевых путях и вне их, которые препятствует её оттоку.

Одним из критериев ОАР у детей с уrolитиазом, осложненным ХБП, является наличие сопутствующих заболеваний, т.к. у них выявляется низкий индекс здоровья и высокая встречаемость сопутствующей патологии, что значительно усугубляет состояние и прогноз заболевания: чем больше процент наличия сопутствующей патологии и более выражено её клиническое течение, тем выше риск анестезиологического и операционного течения.

В зависимости от функциональных нарушений нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем, вызванных основным заболеванием, у больных с уrolитиазом, осложненным ХБП, они разделены на 3 стадии: компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные. Оценку состояния нервной системы необходимо проводить по анамнезу жизни, заболевания, уровню сознания, общего неврологического и психического состояния и поведенческих реакций больного.

При ХБП частое поражение легких обусловлено высоким сродством эпителия базальных мембран легочной и почечной тканей, поэтому нарушаются как нереспираторные, так и респираторные функции легких, что клинически протекает в виде воспалительного процесса, интерстициального отека, пневмонии и др. В зависимости от тяжести состояния при нарушении респираторных функций легких изменяются газовые и объемные показатели, имеющие прямую связь с нарушениями НФЛ и стадийность нарушения (компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные), и являются важным фактором ОАР.

Состояние сердечно-сосудистой системы также требует динамической оценки и определения от типа кровообращения так как последний является предиктором утяжеления и одним из важных факторов ОАР.

В зависимости от общей суммы баллов ОАР разделен на 5 степеней: I ст. (незначительная) – 9-13 баллов, II ст. (умеренная) – 14-19 баллов, III ст. (средняя) – 20-26 баллов, IV ст. (значительная) – 27-34 балла, V ст. (чрезвычайная) – 35-42 балла.

Вывод: 1. Разработанная нами карта ОАР приемлема для всех больных с ХБП. Анестезиолог-реаниматолог заполняет её в предоперационном периоде, выставляет баллы ОАР и проводит прогнозирование развития осложнений и исхода заболевания.

2. Наша разработка рекомендуется для широкого применения при проведении оперативного вмешательства не только у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, но и при других ХБП в отделениях детской хирургии, урологии и анестезиологии и реаниматологии.

ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА И НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Икромов Т.Ш.¹, Ибодов Х.², Муродов А.А.³

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

²Кафедра детская хирургия

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результатов лечение детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек в послеоперационном периоде.

Методы и методы исследований. Под наблюдение находились 45 детей с уролитиазом осложненным хронической болезнью почек (ХБП). В возрастном аспекте дети были от 7 до 18 лет. При поступлении обструктивные уропатии наблюдались острое серозное воспаление почки – у 17 пациентов и острое гнойное воспаление почки у 28 больных (гнойничковый пиелонефрит – апостомоз и пионефроз - 9, карбункул 2 и абсцесс почки - 8, пионефроз и паранефрит - 9). При этом микробиологический посев и анализ мочи поступивших больных, выявил наличие стафилококков 26,2 %, стрептококков 16,6%, протей 9,09%, синегнойная палочка 8,1%, кишечная палочка 13,9% и клебсиеллы 4,8%. Всем больным перед операцией с учетом чувствительности была проведена антибактериальная терапия.

В нашем исследовании применен медицинский озон в концентрации 6-8 мг/л для внутривидеочечного промывания. Курс лечения выбран для каждого больного индивидуально в среднем $5,0 \pm 1,2$ сеансов. Озонотерапия проводилась аппаратом «Озон УМ -80

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы 45 детей с уролитиазом, осложненной ХБП после оперативного лечения. Больным в послеоперационном периоде в КИТ с целью быстрой ликвидации воспалительного процесса в почке, регенерации и повышения местной иммунной реакции внутривидеочно применялся озонированный физиологический раствор 30 и 15 больным детям непрямо электрохимическое окисление гипохлоритом натрия. Выполнено 156 сеансов озонотерапии и 60 сеансов внутривидеочечного орошения гипохлоритом натрия.

Разработки проведенные с помощью электрохимических технологий, непрямого электрохимического окисления и озонирования крови, успешно примененные в предоперационной подготовке у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, с целью прямого воздействия на гомеостаз и весь спектр токсических соединений вызывающий СЭИ, оказали значительный положительный эффект.

В послеоперационном периоде наряду с противовоспалительной, антибактериальной и инфузионной терапии со 2 суток проводился курс внутривидеочечного орошения озонированного физиологического раствора, который воздействует на функциональное состояние почек за счет улучшения микроциркуляции, нормализации реологических свойств крови и улучшения лимфоттока и стабилизации местного клеточного иммунитета.

Анализ показал, что после второго сеанса озонированного физиологического раствора и применение гипохлорита натрия в моче количество высеянной флоры стафилококк, стрептококк, протей, синегнойная палочка, кишечная палочка и клебсиеллы уменьшилось на 65,4 - 75% ($p < 0,05$; $p < 0,01$) соответственно, после 4-го сеанса на 90,2-95,7% ($p < 0,05$; $p < 0,01$) соответственно и после 6 сеанса на 100% соответственно. Боли в пояснице со стороны оперированной почки отсутствовали.

Действие медицинского озона в комплексном лечении детей с уроли-тиазом способствует улучшению гемостаза и реологии крови, насыщению крови кислородом, улучшению процессов фильтрации и реабсорбции почек.

Выводы. Включение в комплекс лечения внутривидеочечного орошения озонированного физиологического раствора (ОФР) и гипохлорита натрия при уролитиазе способствует более быстрому и полноценному улучшению динамики клинического течения заболевания, снижению эндотоксикоза, регуляции гемостаза, активации окислительно-восстановительных реакций в крови и тканях, повышению общей резистентности организма и исчезновению болевых ощущений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ

¹Икромов Т.Ш., ²Ибодов Х.

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста

²Кафедра детская хирургия

ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения

Душанбе, Республики Таджикистан

Цель работы. Оптимизации реабилитации детей после перенесенной операции на почках.

Материал и методы исследования. Исследовано 187 детей с мочекаменной болезнью. Дети были в возрасте от 3 до 18 лет. Больные разделены на 2 - группы: основная - 60 и контрольная - 127. Всем детям была проведена клиничко-лабораторное, рентгенологическое исследование, а у 77 детей УЗИ с доплерографией почечных сосудов. У 85 (45,45%) детей были солитарные камни, у 44 (23,52%) коралловидные, у 58 (31,01%) коралловидно-множественные камни почек. Давность заболевания составляет от 6 мес до 10 лет. Озонотерапия проводилась аппаратом «Озон УМ -80» с применением высокоочищенного медицинского озона.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным УЗИ до оперативного вмешательства отмечалось снижение экскурсии пораженных почек до $2,5 \pm 0,4$ см у 60% больных, пиелоктазия выявлено до $2,0 \pm 0,2$ см (40%) больных. При бактериологическом исследовании мочи до операции отмечены рост кишечной палочки, стафилококк, стрептококк, синегнойная палочка, протей и клебсиеллы. Всем больным перед операцией с учетом чувствительности была проведена антибактериальная терапия. В послеоперационном периоде наряду с противовоспалительной, антибактериальной и инфузионной терапии в основной группе проведен курс внутривенной и внутривидеочечной озонотерапии, который воздействует на функциональное состояние почек за счет улучшения микроциркуляции и нормализации реологических свойств крови и улучшения лимфоттока.

В нашей работе применен медицинский озон в концентрации 3-5 мг/л для в/в введения и 6-8 мг/л для внутривидеочечного промывания. Курс лечения выбран для каждого больного индивидуально в среднем $5 \pm 1,2$ сеансов. В роли основной мишени биологического действия

озона на клетку выступают плазматические биомембраны, при этом заметно усиление репродуктивной способности клеток при низких дозах озона и гибель их при высоких дозах. В связи с этим анализированы результаты лечения детей с уролитиазом, осложненным ХБП, которые получили озонотерапию. Больным основной группы (60) одновременно с назначением медикаментозной терапии проводили озонотерапию. Выполнено 260 сеансов озонотерапии. Больные контрольной группы (127) получали только общепринятый комплекс медикаментозной терапии. Бактериологическое исследование мочи до операции указывает о наличии микрофлоры мочи, взятой из нефростомы, после 2,4, и 6 сеансов местной озонотерапии. Анализ показал, что после второго сеанса озонотерапии в моче количество высевной флоры уменьшилось на 54%, после 4-го сеанса на 76% и после 6 сеанса на 94%. После 4-6 сеансов проведенной терапии в анализах мочи рост микроорганизмов не обнаружено, болевые ощущения в пояснице со стороны оперированной почки отсутствовали. Результаты лечения оценены через 6-мес и 1 года после операции методами УЗИ с доплерографии сосудов пораженной и контралатеральной почки, как в основной группе так и в контрольной. По результатам доплерографии почечный кровоток в обеих группах зависит от давности заболевания, активности инфекционно-воспалительного процесса и степени дилатации чашечно-лоханочной системы у 89,5% пациентов основной группы через 6 мес, после операции систолическая скорость кровотока от $60,81 \pm 0,23$ см/с до $46,05 \pm 0,12$ см/с и приблизилась к норме, а через 1 год у 94% детей достигнуты нормальные значения.

В контрольной группе через 6 мес после операции у 19 (79,2%) детей систолическая скорость кровотока снизилась с $60,82 \pm 0,21$ до $52,91 \pm 0,28$ см/с ($p < 0,05$), а через год у 20 (83,34%) больных составила $48,01 \pm 0,37$ см/с ($p < 0,05$). Незначительное снижение индекса резистентности у 20 (83,3%) детей с $0,68 \pm 0,21$ до $0,65 \pm 0,01$ через 6 мес и до $0,63 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) через 1 год, что свидетельствует об рубцево-склеротическом и воспалительном процессе в паренхиме пораженных органов. Нами через 6 мес выявлено, что в основной группе пиелюктазия до 2 см у 5% больных, свыше 2 см у 4%, что проведены повторные курсы (каждые 6 мес) озонотерапии. У контрольной группы пиелюктазия до 2 см наблюдалась у 5 (20,8%), свыше 2 см – 16,7%, а через год у 8,3%.

Таким образом, включение в комплекс лечения внутривенного введения и внутрипочечного орошения озонированного физиологического раствора (ОФР) при уролитиазе способствует более быстрому и полноценному улучшению динамики клинического течения заболевания, снижению эндо-токсикоза, регуляции гемостаза, активации окислительно-восстановительных реакций в крови и тканях, повышению общей резистентности организма, исчезновению болевых ощущений, тем самым сокращаются сроки пребывания больного в стационар.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Исмоилов К. И., Юсупова М. А.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить современные аспекты лечения внутриутробных смешанных инфекций у новорождённых.

Материалы и методы: было обследовано 80 больных с внутриутробными смешанными инфекциями (основная группа) и 20 больных контрольной группы исследования, находившихся в отделении патологии новорождённых Государственного учреждения «Национальный Медицинский Центр Республики Таджикистан». Диагноз

внутриутробной смешанной инфекций у новорождённых верифицировался на основании серологических и иммунологических исследований, клинических, биохимических и бактериологических исследований. При лечении исследуемой группы больных использовалась этиотропная, симптоматическая, иммунокорректирующая и метаболическая терапия.

Результаты обследования и их обсуждение: Клинические проявления заболевания у данной категории больных протекало в виде тяжёлого генерализованного септического процесса с поражением всех органов и систем, с развитием осложнений (93) и летальным исходом (18 случаев 22,5%). При комплексном обследовании новорождённых с внутриутробной смешанной инфекцией были выявлены инфекционно-воспалительные очаги заболевания, преимущественно энтероколит (89%), пневмония (87%), омфалит (68%), менингит (24%), анемия (23%), пиелонефрит (18%), пузырчатка (16%) и гепатит (12%).

Все больные основной группы исследования получали этиопатогенетическую терапию: антибактериальную: пенициллины в сочетании с цефалоспоридами III-IV поколения или с аминогликозидами II – III поколения, также в тяжелых случаях заболевания были использованы антибиотики группы резерва в виде карбопенемов и фторхинолонов в сочетании с пенициллинами или полусинтетическими пенициллинами.

В качестве дезинтоксикационной терапии были использованы, солевые растворы, растворы глюкозы, кровозаменители, компоненты крови человека (плазма, отмывтая эритроцитарная масса, исключительно по жизненным показаниям); применялась кислородотерапия (ИВЛ, маска, палатка) по показаниям, антиоксиданты и метаболиты, десенсибилизирующие, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, симптоматическая и специфическая терапия.

В качестве иммунокорректирующего препарата были использованы нормальный человеческий иммуноглобулин по 1,5 мл в/м через день, на курс лечения 3-5 инъекций и специфические иммуноглобулины в зависимости от возбудителя инфекционного процесса такие как: антицитомегаловирусный, антигерпесвирусный и антистафилококковый иммуноглобулины по 1 дозе в/м через 1-2 дня 3-5 инъекций на курс лечения. Метаболическая терапия, которая включает в себя препараты, нормализующие биоэнергетику на клеточном уровне и стимулирующие биосинтетические процессы, состоит из 2 комплексов. 1-й комплекс, проводимый в течение 10 дней включает в себя: кокарбоксылазу, липоевую кислоту, рибофлавина мононуклеотид, токоферола ацетат и пантотенат кальция. 2-й комплекс назначается через 7 -10 дней после 1-го комплекса в течение 10 дней, он включает в себя: рибоксин, оротат К, пиридоксальфосфат, цианокоболамин и фолиевую кислоту.

Заключение. Применение специфической терапии в сочетании с метаболическими средствами больным с внутриутробными смешанными инфекциями приводит к более быстрой положительной динамике основных клинических и лабораторных проявлений болезни. При этом заметно снижается, а в последующем полностью нивелируются симптомы общей интоксикации, лучше санируются гнойные очаги инфекции, наблюдается положительная динамика веса, повышается эритропоэз.

ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАК МАРКЁР ТЯЖЕСТИ ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ

Исмоилов К. И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить гемостатические показатели у новорождённых детей с пневмонией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 45 новорождённых детей в возрасте от 6 дней до 1 месяца с пневмонией. Из них мальчиков было 27(60%), а девочек 18 (40%). Наблюдаемые дети по тяжести процесса и степени дыхательной недостаточности была разделены на две группы. Первую группу представляли 21 новорождённый с тяжелой пневмонией с признаком дыхательной недостаточности ДН I-II ст, а вторую группу 24 ребёнок с проявлением дыхательной недостаточности ДН II-III ст.

Контрольную группу составляли 16 здоровых детей соответствующего возраста. Всем пациентам было проведено общий анализ крови с подсчётом количество тромбоцитов, а также коагуляционные и паракоагуляционные исследования.

Результаты исследования. Все больные первой группы (21 ребёнок) были госпитализированы в клинику на первой недели заболевания, при поступлении состояние всех детей расценено как тяжёлое. Выраженная одышка (ЧД 64-78 в минуту) отмечалась у всех детей и сочеталась с симптомами интоксикации в виде гипертермии. Втяжение уступчивых мест грудной клетки и цианоз носогубного треугольника наблюдались у всех обследованных детей данной группы. Укорочение перкуторного звука над пневмоническим очагом выявлено в 85% случаях. Аускультативно мелкопузырчатые влажные хрипы выслушивались у 53,5% больных. Наряду с симптомами общей интоксикации ($t=37,8^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$) и ДН клинический процесс сочетался с циркуляторным изменением со стороны кожи в виде кровотечения из мест инъекции (43%), кровавая рвота в виде кофейной гущи - у 35,7% детей, уменьшение суточного диуреза до (61,9%) у 13 детей.

Состоянии 24 детей второй группы при поступлении в стационар было очень тяжёлым за счёт выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности, гипертермия колебалась в пределах от $t = 39^{\circ}\text{C}$ до 41°C , что сочеталась с гипервентиляционным синдромом с нарастанием частота дыхания от 76 до 88 дыхательная движения в минуту.

Наряду с этими у больных второй группы клинические проявления нарушения гемостаза сочетались с циркуляторными изменениями со стороны кожи в виде кровоточивости из мест инъекций, уменьшения суточного диуреза (59-77%).

Кровавая рвота и мелена, отмечались у всех детей, а у одного ребёнка констатировано разлитое кровоизлияние в конъюнктиву глаз.

Кроме того общее количество тромбоцитов в периферической крови у детей с тяжёлой формой пневмонией ($136 \pm 7,43 \times 10^9/\text{л}$) было достоверно ниже по сравнению с показателем контрольной группы ($245,5 \pm 5,63 \times 10^9/\text{л}$), а у детей второй группы с очень тяжелой формой пневмонией среднее значение тромбоцитов в периферической крови было значительно меньше по сравнению с показателем детей первой и контрольной группы.

При исследовании свёртывающего статуса у больных I группы обнаружены укорочение ВСК по Ли-Уайту ($4,1 \pm 0,06$) и незначительное уменьшение тромботеста ($4,3 \pm 0,57$), повышение фибриногена ($3,8 \pm 0,24$) и замедление фибринолитической активности ($286,7 \pm 16,34$), а остальные показатели коагулограммы были в пределах нормы.

У больных II группы с пневмонией имели место значительное удлинение ВСК по Ли-Уайту ($9,7 \pm 0,15$) и длительности кровотечения по Дьюке ($6,4 \pm 0,07$ мин). Среднее значение

показателя тромботеста и протромбинового индекса и содержание фибриногена в плазме крови были ниже ($2,01 \pm 0,004$, $43,1 \pm 2,9$, $0,94 \pm 0,009$ соответственно) по сравнению с группой здоровых детей.

Наряду с этими средняя величина фибринолитической активности ($161,5 \pm 5,4$) у детей данной группы, превосходила показатели здоровой контрольной группы ($226,4 \pm 18,35$). Кроме того, выявлено значительное удлинение АВР ($153 \pm 6,3$), по сравнению с этими же показателем новорождённых детей контрольной группы ($87,8 \pm 5,21$).

Выводы. При тяжёлом течении бактериальной пневмонии у новорожденных детей на фоне выраженная симптомов интоксикации и проявлений дыхательной недостаточности может развиваться нарушение всех звеньев гемостаза.

При тяжёлом течении пневмонии чаще наблюдаются начальные проявления тромбгеморрагического синдрома в виде гиперкоагуляционных изменениями, а коагулопатия потребления и повышение фибринолитической активности констатируется несколько реже.

СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ ЛИМФОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., Мухитдинова З.А.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Изучить состояние ферментной активности лимфоцитов (СДГ и α -ГФДГ) в периферической крови у детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 3 до 14 лет с острым и хроническим течением ИТП. Контрольную группу составили 30 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу.

Комплексное исследование включало в себя тщательное общеклиническое обследование и исследование активности СДГ и митохондриальной α -ГФДГ в лимфоцитах периферической крови с использованием комплексного метода Р.П. Нарциссова (1969).

Результаты. У детей первой группы имело место некоторое снижение средней активности α -ГФДГ по сравнению с этими же показателями в контрольной группе ($p > 0,005$). Существенное снижение всех показателей клеточной популяции по активности СДГ выявлено у детей второй группы по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей. Это указывает на то, что основная масса клеток имела активность ниже типичной. При сравнении изучаемых параметров лимфоцитов периферической крови пациентов двух групп между собой отмечена статистически достоверная разница в показателях ферментативной активности обоих ферментов. Проведённое нами цитохимическое исследование выявило тенденцию к угнетению к активности ключевых ферментов цикла Кребса (СДГ и α -ГФДГ) лимфоцитов у детей с ИТП, особенно с хроническим течением процесса, что является проявлением аналогичных дисметаболических изменений в мегакариоцитах костного мозга и в тромбоцитах периферической крови иммунопатологического процесса. Это свидетельствует о развитии не только количественных, но и качественных регрессивных изменений в кровяных пластинках при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре. Уровень активности цитоплазматических ферментов имеет прямую зависимость от степени тяжести ИТП.

Выводы. Цитохимическое исследование активности ключевых ферментов цикла Кребса (СДГ и α -ГФДГ) в лимфоцитах выявило их депрессию у больных с ИТП, в большей степени при хроническом течении процесса, что является отражением дисметаболических изменений в иммунокомпетентных клетках, а также в тромбоцитах.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ (ПОЛ) И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ (АОЗ) У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Исмоилов К.И., Шарипова М.М.

Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у детей с бронхиальной астмой.

Материалы исследования. Обследовали 65 детей с бронхиальной астмой, в возрасте от 5 до 14 лет. В зависимости от возраста, все дети были разделены на 2 группы. Первую группу составили дети в возрасте от 5 до 10 лет, во вторую группу входят дети в возрасте от 11 до 14 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых детей, приближенных к обследуемым группам по полу и возрасту. Критериями выбора в основную группу были все дети с бронхиальной астмой: приступный период, постприступный период, межприступный период. Критерии исключения дети с астматическим статусом.

Результаты исследования. Биохимическое исследование показало существенное повышение содержания малонового диальдегида (МДА) $4,0 \pm 0,06$ в сыворотке крови у пациентов с БА в период приступа в сопоставлении аналогичным показателем группы контроля ($p < 0,001$).

Среднее показатели МДА в сыворотке крови в постприступном периоде было заметно выше по сравнению с таким же значениями контрольной группы ($p < 0,001$). При сравнении содержания МДА в зависимости от периода болезни обнаружено значимое отличие ($p < 0,001$).

Антиоксидантная система (АОС), реализующей свой эффект в определенных звеньях цепи ПОЛ, регулирует функционирование в организме данной системы с высокой биологической активностью промежуточных и окончательных продуктов. Продолжительная активация ПОЛ выше физиологической нормы, которая наблюдается при БА, приводит антиоксидантную защиту к истощению, о котором можно судить по результатам нашего исследования, свидетельствующего о развитии "синдрома хронической липидной перекисидации".

У всех больных во время обострения БА имело место повышение содержания МДА в сыворотке крови, а в постприступном периоде болезни выявлено заметное снижение его содержания ($p < 0,001$), но не доходила до показателей детей контрольной группы ($2,1 \pm 0,05$).

Следует отметить, что накопление в сыворотке крови МДА у детей в приступном периоде свидетельствует об активации процессов ПОЛ и развитии оксидативного стресса.

Итак, биохимические исследования в постприступном периоде болезни выявило некоторое снижение содержания МДА ($3,2 \pm 0,04$) ($p < 0,001$), повышение активности СОД ($10,7 \pm 0,2$), и повышение содержания аскорбиновой кислоты ($57,6 \pm 0,28$), что свидетельствует об активации АОС и оптимизации процессов ПОЛ.

Для выяснения дисбаланса ПОЛ – АОС у детей с БА проведен корреляционный анализ, который выявил высокую степень взаимосвязи между активностью СОД и концентрацией аскорбиновой кислоты в сыворотке крови ($r = 0,71$). И обратную линейную взаимосвязь содержания СОД с МДА ($r = -0,67$), что позволяет предположить зависимость повышения МДА и снижения антиоксидантов от одних и тех же факторов, т.е. гипоксемии и гипоксии ткани.

Выводы. Результаты нашего исследования показали, что у детей с БА в приступном периоде происходит интенсификация процессов перекисного окисления липидов, сопровождающаяся повышенным образованием метаболитов ПОЛ и малонового диальдегида, что сопровождается истощением антиоксидантной системы, в виде снижения

активности СОД и неферментного антиоксиданта – аскорбиновой кислоты, которые способствуют развитию иммунновоспалительного процесса в бронхах среднего и мелкого калибра.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПИТАНИЯ

Исмаилов К.И., Расулова С.А.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Изучить активность СДГ и α – ГФДГ в лимфоцитах периферической крови у детей с гипотрофией

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 72 больных с детей с гипотрофией с 2 мес. до 2 лет, из них 32 (44,4%) девочки и 40 (55,6%) мальчиков соответственно. Все дети находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей. Наряду с общеклиническими методами исследования всем детям определены активность ферментов СДГ и α – ГФДГ в лимфоцитах периферической крови.

Результаты исследования. Исследования показали, что в группе детей с гипотрофией легкой степени тяжести обнаружено некоторое снижение активности СДГ и α - ГФДГ по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. В группе больных с гипотрофией средней степени тяжести обнаружилось значимое снижение показателей обеих дегидрогеназ по сравнению с аналогичными показателями групп детей контрольной и легкой степени гипотрофии. В то же время у детей с гипотрофией тяжелой степени показатели обнаружена явное снижение средних значений СДГ и α - ГФДГ по сравнению с аналогичными показателями здоровых детей и больных с легкой степенью гипотрофии ($p < 0,001$).

При сравнении полученных результатов показателей активности ферментов цикла Кребса СДГ и α - ГФДГ в лимфоцитах крови в зависимости от степени выраженности гипотрофии выявлена значимая разница в показателях ферментативной активности обеих дегидрогеназ. Корреляционный анализ показал прямую зависимость средней активности основных ферментов метаболизма СДГ и α - ГФДГ с уровнем гемоглобина крови ($r=0,82$; $0,84$ соответственно).

Выводы. α -ГФДГ является ключевым и инициализирующим ферментом пентозофосфатного цикла, продукты которого определяют широкий спектр реакций макромолекулярного синтеза. Следовательно, снижение активности данного фермента в лимфоцитах крови больных с гипотрофией определяет ингибирование рибозо-5-фосфат- и НАДФН-зависимых пластических процессов. Это свидетельствует, что интенсивность метаболических процессов, зависящих от состояния субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, в лимфоцитах детей с хроническим расстройством питания снижена.

Итак, результаты проведенного нами цитохимического исследования показали существенное снижение активности ключевых митохондриальных ферментов цикла Кребса (СДГ и α - ГФДГ) лимфоцитов, что указывает на снижение метаболических процессов во всех органах и системах, в том числе в иммунокомпетентных, что является свидетельством угнетения неспецифического иммунитета у детей с хроническим расстройством питания.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Исмаилов К.И., Хаётова С.М.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель работы. Изучение особенностей функции внешнего дыхания (ФВД) и у детей с наследственными гемолитическими анемиями (НГА).

Материал и методы исследования: Обследовано 36 детей с НГА в возрасте от 2-14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском гематологическом отделении НМЦ РТ. Девочек было – 20, мальчиков -16. Все обследованные дети были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести анемии. Контрольную группу составляли 20 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Всем детям с НГА при поступлении в клинику проведено полное клинико-лабораторное обследование, включая развёрнутый общий анализ крови, морфологию эритроцитов, биохимические исследования крови, исследование костного мозга, а также определяли ФВД методом спирографии.

Результаты. У детей с большой талассемией на первый план выступали характерные для НГА стигмы деформации черепа, приводящая к формированию «лица бального анемией Кули» - башенный череп, монголоидный разрез глаз, увеличение верхней челюсти и готическое небо (30,3%), западение переносицы (80%), выступление скул, резцов и зубов с нарушением прикуса (33,3%).

У больных с ферментопатией, малой талассемией, наследственным микросфероцитозом отчетливых стигм, кроме уплотнение переносицы, не выявлено. Кожные покровы у всех детей бледные с желтушным, либо восковидным оттенком.

В периферической крови анемия лёгкой степени обнаружена у 10 больных: эритроцитов было 2,9-3,2 млн, гемоглобин -90-100 г/л, ЦП -0,7-0,9. У 16 больных выявлена анемия средней тяжести: эритроцитов -1,7- 3,3 млн, гемоглобин -71-89 г/л, ЦП -0,65-0,9. Анемия тяжелой степени обнаружена у 10 больных: эритроциты составили 1,0-2,5 млн, гемоглобин -21-69 г/л, ЦП-0,5-0,9. У всех больных было выявлены ретикулоцитоз, лейкопения, нормобластоз, анизо-пойкилоцитоз, а при тяжёлой степени анемии – ускорение СОЭ, тромбоцитопения, сдвиг лейкоформулы влево.

Спирографическое исследование у больных первой группы выявило небольшую тенденцию к снижению динамических и статических легочных объемов, ОФВ1 находилась в пределах от 81-89,4%, д; Т.Т от 80,1-86,2% д; ФОЕ от 77,3-81,3% и ООЛ от 78,1-79,8%. У больных с анемией средней степени тяжести отмечалось снижение динамических и статических легочных объемов, ОФВ1 от 76,5-81,5%, ТТ от 71,2-75,4%, ФОЕ от 75-80,6% и ООЛ 72,3-76,4%. У больных третьей группы отмечалось заметное снижения динамических и статических легочных объемов и при этом ОФВ1 находилось в пределах от 69,2-74,3%, ТТ от 68,3-72,6%, ФОЕ от 71,2-78,3% и ООЛ от 69,2-74,6%.

Выводы.

1. У детей с большой талассемией очень хорошо видны характерные для НГА стигмы деформации черепа, приводящая к формированию «лица бального анемией Кули» - башенный череп, монголоидный разрез глаз, увеличение верхней челюсти и готическое небо западение переносицы, выступление скул, резцов и зубов с нарушением прикуса.

2. Спирографическое исследование у всех обследованных больных, в зависимости от степени анемии (легкой, средней тяжести и тяжёлой), обнаружило тенденцию к уменьшению ОФВ1, Т.Т и МВЛ, что сочеталось с заметным снижением ФОЛ и ООЛ.

КЛИНИКО-ГОМЕОСТАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С., Исмоилова М.А., Ходжибекова Н.А.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить клинико-гомеостатическую характеристику специфической внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 68 новорожденных детей с ВУИ в возрасте от 7 до 28 дней, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и отделении детской реанимации и интенсивной терапии Государственного Учреждения Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан. Всем обследованным детям наряду с анамнестическим, эпидемиологическим, общеклиническим методами исследования проводили лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови включая общий белок, билирубин, креатинин, глюкоза крови, определяли электролитный состав крови (Na, K, Ca), серологическое исследование на TORCH-инфекцию, а также рентгенография легких, эхокардиография (ЭхоКГ) и нейросонография.

Результаты и их обсуждения. Все 68 обследованные дети поступили в отделение патологии новорожденных и отделение детской реанимации и интенсивной терапии в конце первой или второй недели от начала заболевания в тяжелом, очень тяжелом и в терминальном состоянии.

Клиника ВУИ у наблюдаемых больных детей имела разнообразную симптоматику. Наряду с основными клиническими проявлениями у наблюдаемых новорожденных детей имела место сопутствующая инфекционно-воспалительная патология, среди которых преобладала пневмония (78,0%), энтероколит (73,4%), омфалит (68,2%), менингит и менингоэнцефалит (22,7%), везикулопустулёз (17,1%), пузырчатка новорожденных (20,3%), пиелонефрит (19,8%) и конъюнктивит (12,5%).

При обследовании крови на TORCH-инфекцию у 68 (100%) исследуемых новорожденных обнаружались положительные титры (более 1:200) цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), у 51 (75%) - обнаружались маркеры герпеса, у 22 (32,3%) - маркеры токсоплазмоза, у 11 (16,6%) пациентов маркеры к хламидийной инфекции, у 10 (14,7%) - маркеры сифилиса, у 2 (2,9%) пациентов маркеры к ВИЧ-инфекции. У 21 (30,8%) обнаружались сочетанная форма ЦМВ + герпес инфекции+хламидии и у 15 (22,0%) наблюдаемых больных диагностировали ЦМВ + токсоплазмоз+хламидии.

При обследовании органов дыхания у наблюдаемых детей с ВУИ имели место признаки синдром респираторного расстройства в виде тахипноэ (78,4%), генерализованный цианоз (21,3%) или акроцианоз (81%), участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (80,9%) и при этом аускультивно выслушивались ослабленное везикулярное дыхание (83,7%) и хрипы различного калибра (82,0%). Кроме этого, у данной категории детей обнаружались желудочно-кишечная симптоматика в виде срыгивания (76,6%), рвота (67,3%), увеличения печени (51,2%) и спленомегалия (28%). У наблюдаемых детей на фоне специфической ВУИ обнаружено изменений со стороны органов кровообращения и в 13 случаях (19,1%) выслушивались сердечные шумы различных высот, которые свидетельствовали о наличии врожденных пороков сердца у них и диагноз был подтвержден с помощью ЭхоКГ. Ведущий симптом при некоторых нозологических форм ВУИ была желтуха (64,8%) различной выраженностей и в зависимости от клинического течения основных заболеваний, выраженность желтухи была различной степени. У детей с ВУИ неврологические изменения проявлялись в виде судорожного синдрома (70%), выбухание

больших родничков (61,3%), высокочастотный крик (68,5%), беспокойство (78,3%) и мышечная гипотония (47,5%). При нейросонографии в 16 случаях (23,5%) обнаружился гидроцефалия различного вида и кальцификаты в головном мозге.

Общий анализ крови у обследованных детей с ВУИ выявил анемию различной степени тяжести (62,6%), лимфоцитоз (67,3%) и нейтрофилёз (63,1%), тромбоцитопению (37,1%) и повышенные СОЭ (52,4%).

Исследование электролитов крови показало увеличение содержания ионов Na^+ ($155,2 \pm 3,0$) в сыворотке крови по сопоставлению с таким же показателем контрольной группы ($144,1 \pm 1,4$; $p \leq 0,05$). В противоположность показатели ионов K^+ у детей с очень тяжелым течением ВУИ имели тенденцию к снижению ($3,4 \pm 0,07$), по сравнению с показателем здоровых новорожденных ($3,8 \pm 0,09$; $p < 0,05$). В то же время у данной категории больных содержание ионов Ca^+ было значительно выше ($2,75 \pm 0,01$), чем у новорожденных контрольной группы ($2,0 \pm 0,03$; $p < 0,05$).

У 10 (14,7%) наблюдаемых новорожденных в терминальной стадии заболевания была выявлена относительная гиперкалиемия ($6,8 \pm 0,05$) и в то же время у этих детей обнаружился относительная гипонатриемия ($125,8 \pm 1,0$) с гипокальциемией ($1,35 \pm 0,04$), что указывает о наличии острой почечной недостаточности, развивающихся на фоне осложненных форм ВУИ.

Выводы. Таким образом, электролитный состав у новорожденных детей со специфической ВУИ имеют различные сдвиги, и степень выраженности которых зависят от нозологических форм специфической ВУИ.

Электролитный гомеостаз и в частности его компоненты, таких как ионов Na , K и Ca , как важнейшие звено системы гомеостаза на фоне специфической ВУИ претерпевает разнообразные изменения.

Нарушение обмена упомянутых ионов электролитов крови у детей с ВУИ во многих случаях усугубляют нарушения процессов клеточного метаболизма и в свою очередь приводят к глубоким клинко-гомеостатическим изменениям, что способствует ухудшению состояния больных, развитию осложненных форм заболевания и диктуют о необходимости проведения своевременной и адекватной корректирующей терапии.

ДИАГНОСТИКА ГИМЕНОЛЕПИДОЗА У ДЕТЕЙ

Исмаилова А.К., Даминова М.Н., Умаров Т.У., Абдуллаева О.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра детские инфекционные болезни Узбекистан

Ташкент, Республика Узбекистан

Целью нашей работы было изучение особенностей гименолепидоза у детей.

Материалы и методы. Обследовано 37 больных с гименолепидозом у детей, от 3-х лет до 14 лет, на базе Научно-Исследовательского института Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан (НИИЭМИЗ РУз). Лабораторный: изучение общего анализа крови, кала, мочи, паразитологическое исследование образцов кала 3-хкратно, с 5-6 дневным перерывом.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 37 детей в возрасте от 3-х лет до 14 лет. Из 37 наблюдаемых детей 24(64,9%) детей были с пониженным питанием, а у 4(10,8%) детей отмечено также некоторое отставание в росте, сравнительно со средними антропометрическими показателями. Бледность кожных покровов отмечена 14(37,8%) детей. Изучение анамнестических данных показало, что 7(18,9%) детей, никаких жалоб не

предъявляли. Установлено, что 27(73%) детей были жалобы на пониженный аппетит, у 13(35,1%) детей – на боли в животе, которые наблюдались чаще натошак, появлялись внезапно, периодические ноющие тупые боли в животе, редко бывали очень сильными и локализовались в средней частим живота, ближе к пупку, Боли отмечались в виде ежедневных приступов или с перерывами в несколько дней. Тошнота имела место у 9(24,3%) детей, рвота 5(13,5%), слюнотечением 7(18,9%), изжогой 8(21,6%), отрыжкой 5(13,5%), а у 6(16,2%) детей, в основном в возрасте от 7 до 12 лет. Характерным в течение заболевания отмечался длительный неустойчивый жидкий учащенный стул с примесью слизи 14(37,8%). Пониженная кислотность и полное отсутствие свободной соляной кислоты выявлены у 11(29,7%) детей, повышенная кислотность – у 10(27%) и нормальная кислотность – у 16 (43,2%) детей. Исследования крови, проведенные у 37 детей в возрасте от 3-х лет до 14 лет больных гименолепидозом показали наличие выраженной и умеренной анемии нормохромного или гипохромного типа у 8(21,6%) детей, у 22(59,5%) отмечалась лейкопения. Умеренная эозинофилия наблюдалась у 8(21,6%) детей.

Выводы. Течение гименолепидоза у некоторых инвазированных протекало без клинических проявлений. Инвазия карликовым цепнем сопровождается выраженными клиническими проявлениями, как нарушения функции желудочно-кишечного тракта, печени, сердечно-сосудистой системы, нервной системы и изменениями крови.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСИДЖАДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ЖЕЛЕЗОМ

Исмаилов К.И., Ходжаева Н.Н

Кафедра детских болезни №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффект применения эксиджада у пациентов с НГА (наследственная гемолитическая анемия).

Материал и методы. Мы изучили результаты лечения 30 больных со средней и тяжелой степенью НГА, из них 13 (43%) мальчиков и 17 (56%) девочек в возрасте от 2 до 15 лет, в комплексную терапию которых был включен курс эксиджада.

Результаты исследования. Клинически у больных первой группы отмечались бледность кожи с восковидным оттенком, вялость, умеренная гепатоспленомегалия, увеличение селезенки до 2-3 см. из - под края реберной дуги, изменения со стороны костной системы в виде склонности к образованию башенного черепа. У больных второй группы кожа была бледно – желтушная с землистым оттенком. Отмечалась деформация черепа (35,5%), увеличение верхней челюсти и готическое нёбо (72,6%), западение переносицы (83,9%), гепатоспленомегалия (увеличение селезёнки до 4-6 см). У третьей группы исследования отмечалась бледно-желтушная кожа с землистым оттенком. Характерны были деформация черепа, западение переносицы (85,9%), отдаление глазниц и монголоидный разрез глаз, выступающие скулы, резцы и клыки с нарушением прикуса аномалии зубов (26,2%), отмечалось увеличение селезенки до 6-8 см. Комплексное обследование включало в себя следующие методы: клиничко-anamnestический и лабораторный с определением сывороточного железа и ферритина. Ежедневное применение эксиджада привело к улучшению запасов общего железа в организме на 0,4 мг/Fe, снижению концентрации ферритина в среднем почти на 36 мкг/л. Это приводит к уменьшению признаков гемосидероза внутренних органов у пациентов, а следовательно, к улучшению общего состояния.

Выводы. Таким образом, применение препарата эксиджада у пациентов с хронической перегрузкой железа позволило улучшить качество жизни вследствие уменьшения гемотрансфузий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ

Кабилова Б.Х.

Цель исследования. Изучить влияние факторов риска возникновения внутрижелудочковых кровоизлияний, их особенность и клинические проявления у новорожденных детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 50 историй болезни новорожденных, родившиеся в родильном доме МК Истиклол за 2017-2018 годы, и их дальнейшее наблюдение в отделении патологии новорожденных. По результатам нейросонографии (НСГ) все новорожденные в зависимости от степени ВЖК были подразделены на три группы. ВЖК (I степень) было диагностировано у новорожденных в 6,7% случаев. ВЖК средней тяжести (II степень) установлено в 83,3% случаев, тяжелое (III степень) - в 10% случаев. Всем новорожденным осуществлялось ежедневное клиническое и неврологическое обследование. Ультразвуковое сканирование головного мозга производилось по стандартной методике при помощи аппарата Samsung Medison UGEO NM70A. Исследования проводились в стандартных плоскостях сканирования

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что из 50 новорожденных с диагнозом ВЖК подавляющее большинство родились недоношенными, что составило 85,6%. Доношенные дети с ВЖК составили 14,4%. Все дети в зависимости от степени ВЖК были разделены на три группы. ВЖК I степени родилось 23 (46,7%) детей при сроке гестации от 32 до 36 недель и с массой тела от 1800 до 2400 граммов. Двое детей из этой группы родились в срок. У обоих доношенных детей ВЖК развились на фоне сочетанной патологии: в одном случае имел место врожденный порок сердца, в другом - синдром аспирации мекония. У 83,3% новорожденных, независимо от срока гестации, течение ВЖК легкой степени было малосимптомным. Клинически для детей этой группы было характерно наличие хронической антенатальной гипоксии и гипоксии в родах. Во второй группе новорожденных с ВЖК II степени доношенными родились 65,3% и 14,7% недоношенными т.е. количество доношенных в этой группе было больше. У 26,2% доношенных и 11% недоношенных были признаки ЗВУР, что является следствием фетоплацентарной недостаточности и хронической антенатальной гипоксии. В большинстве (97,3%) случаев при ВЖК II степени неврологические проявления развивались постепенно и прогрессировали в течение нескольких дней наряду с дыхательными нарушениями. На нейросонограмме определялись гиперэхогенные зоны в области герминативного матрикса с последующим развитием вентрикуломегалии и образованием кистозных полостей.

ВЖК III степени были диагностированы исключительно у 5 недоношенных детей, что составила 3 группу. Чем меньше масса срок гестации и масса ребенка, тем чаще ВЖК тяжелой степени диагностировался. Все дети этой группы родились в 24 - 29 недель гестации и массой тела от 760 граммов до 1340 граммов. При этом 3 (55,6%) из них имели массу тела при рождении менее 1000 граммов. Период адаптации протекал с очень выраженной симптоматикой, как неврологической, так и соматической. С первых суток отмечалось стремительное угнетение активности с нарушением мозговых и витальных функций. В этой группе детей судороги отмечались в 2 раза чаще, чем при II степени ВЖК и носили характер повторяющихся приступов. На нейросонограмме обширные гиперэхогенные области

перивентрикулярной локализации, снижение или отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния. При проведении повторного обследования через 2 - 4 недели отмечались: формирующаяся дилатация желудочковой системы с деформацией боковых желудочков, признаки формирования окклюзионной гидроцефалии.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что тяжелые внутрижелудочковые кровоизлияния возникают в первую очередь у крайне незрелых по срокам гестации недоношенных детей с экстремально малой массой тела. Формированию ВЖК у новорожденных способствуют: хроническая антенатальная гипоксия, антенатальный инфекционный фактор и асфиксия при рождении. Среди факторов риска возникновения ВЖК у новорожденных преимущественное значение имеют: сопутствующие заболевания, патология беременности, патология родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Каримов К.Р., Жамолов Т.А.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Бухара, Республика Узбекистан

Осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки относительно редко встречаются в детском возрасте. Последние десятилетия характеризуются значительным ростом осложненных форм заболевания - кровотечение и перфорация, требующие хирургического лечения.

За период с 2011 по 2018 г. были оперированы 21 больных с перфоративными язвами желудка и ДПК в возрасте от 14 до 18 лет. Все дети мужского пола, доставлены с остро возникшим болевым синдромом. Давность заболевания у 6 (28,5%) больных 8-10 часов, у 2 (9,5%) суточная, остальные доставлены в течение 4 часов. У всех детей болезнь началась с острыми, кинжальными болями в эпигастальной области. Из анамнестических данных: длительный гастроэнтерологический анамнез отмечался у 3 (14%) больных, у 5 (23,8%) подростков отмечалось постоянное потребление недоброкачественной пищи, 7 (33,3%) детей никогда не жаловались на боли и дискомфорт в области желудка, всегда питались нормальной пищей. У 6 (28,5) детей в анамнезе частое потребление нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) по поводу высокой температуры, но на желудок не жаловались. При поступлении только у 6 (28,5%) детей состояние было тяжелым, остальные дети поступали в состояние средней тяжести. Клиническая картина болезни протекала с болями в верхнем этаже брюшной полости, пассивным напряжением мышц передней брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины. Всем больным проводились УЗИ обследование, которое определило наличие жидкости в боковых каналах живота. При рентгенографии только в 8 (38%) случаях определили свободный газ под диафрагмой. У 16 (76%) больных в лабораторных анализах крови отмечался лейкоцитоз от 12 до 20.10⁹/л, в остальных случаях от 6 до 10.10⁹/л. Дооперационный диагноз перфорации язвы желудка и ДПК поставлен в 17 (80,1%) случаях и в 4 (19%) случаях поставлен диагноз острый аппендицит, перитонит. Все больные оперированы традиционной методикой. Перфорация язвы передней стенки желудка обнаружена у 4 (19%) больных, у 5 (23,8%) перфорация препилорического отдела желудка и у 12 (57%) перфорация ДПК. Во всех случаях выявлено содержимое желудка с примесью желчи в верхнем этаже брюшной полости и боковых каналах живота. Разлитой перитонит обнаружен у 4 (19%) больных, в остальных случаях отмечались начальные стадии воспалительного процесса брюшины. В послеоперационном

периоде проводилась антибактериальная и инфузионная терапия. Так же назначали H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы. У всех больных послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

Выводы: Таким образом, перфорация язвы желудка и ДПК встречается 0,3% из всех обратившихся детей с ургентной патологией. Своевременная диагностика и оперативное лечение этих больных является залогом успешного лечения больных.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 1,5 ЛЕТ ЖИЗНИ ИЗ УСЛОВИЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каспарова А.Э., Коваленко Л.В., Мещеряков В.В., Сус Л.А.

Сургутский государственный университет

Сургут, РФ

Цель исследования: оценка здоровья детей из условий плацентарной недостаточности (ПН) от рождения до 1,5 лет.

Материал и методы исследования. Проведено сравнительное когортное исследование детей от 0 до 1,5 лет, родившихся из условий ПН в стадии компенсации (1-я группа, n=60) и декомпенсации (2-я группа, n=30), в сравнении с детьми без ПН во время беременности у матери (3-я группа, n=15).

Результаты и их обсуждение. В 1-й и 2-й группах с ПН в асфиксии родились 3,3% (n=2) и 46,6% (n=14) детей, гипоксическое поражение ЦНС имели 1,7% (n=1) и 20,0% (n=6) новорожденных, синдром задержки роста плода выявлен у 6,6% (n=4) и 20,0% (n=7), низкая масса тела - у 9,9% (n=6) и 40,0% (n=12), через ОРИТН прошли 3,3% (n=2) и 26,6% (n=8) детей, соответственно (p<0,05). В 3-й группе данной патологии не было. В 1,5 года у детей из условий без ПН 1-я группа здоровья регистрировалась у 6,70%, 2-я - у 93,3% детей, 3-я в 0,00%. В 1-й и 2-й группах наблюдения 1-я, 2-я и 3-я группы здоровья - 0,00%, 95,0%, 5,00%, соответственно и 0,00% и 23,3%, 76,7% (p<0,05). Чаще у детей 1-й и 2-й групп встречались перинатальное поражение ЦНС с более тяжёлыми формами патологии (60,0% и 65,0%, соответственно, p>0,05), в сравнении с 3-й группой (30,0%, p<0,05). При отсутствии статистической значимости различий частоты инфекционной патологии последняя наиболее тяжело и с осложнениями протекала у детей из условий ПН, особенно - во 2-й группе. Частота различных отклонений на ЭКГ в 1-й, 2-й и 3-й группах детей составила 14,2%, 26,3% и 2,20%, (p<0,01) соответственно. Коморбидность была характерной для 2-й группы: более частым было сочетание перинатального поражения ЦНС (ППЦНС) с кардиальной патологией в виде метаболических изменений на ЭКГ и аритмий. Установленная закономерность наиболее была характерна в случаях диагностированной внутриутробно кардиоплацентарной недостаточности (КПН).

Выводы. Хроническая ПН неблагоприятно влияет на здоровье ребёнка при рождении и дальнейшее его развитие, что наиболее выражено при декомпенсированной ПН и наличии КПН. Это выражается в более тяжёлом течении острых инфекционных заболеваний, более частой встречаемости коморбидности с превалированием ППЦНС и кардиальной патологии. Диагностика ПН и КПН во время беременности позволяет прогнозировать течение постнатального развития ребёнка и определяет необходимость разработки методов профилактики установленной патологии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

Касьян А.Р. Сатаев В.У. Алянгин В.Г.

Башкирский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России)

Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Целью исследования является улучшение результатов лечения вросшего ногтя у детей. В отечественной и зарубежной литературе имеется много противоречивой информации, по поводу тактики лечения вросшего ногтя. Много авторов пишут о низкой эффективности консервативной терапии при вросшем ногте, другие наоборот утверждают об опыте успешного лечения запущенных случаев вросшего ногтя консервативными методами.

Материалы и методы. Авторами данного тезиса в период с августа 2017 по август 2019 года было пролечено 142 пациентов в условиях детского хирургического отделения Лениногорской ЦРБ Республики Татарстан. 113 пациентов перенесли хирургическое лечение и 29 пациентов консервативное. Основными хирургическими способами лечения вросшего ногтя являлись – краевая резекция ногтевой пластинки по Винограду в классическом виде – 52 пациента, операция Винограда, дополненная лазерной деструкцией зоны роста удаляемой части ногтевой пластинки - 54 пациента, операция иссечения бокового ногтевого валика по Ванденбоссу - 7 пациентов. Консервативное лечение производилось путем изоляции вросшей части ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой фиксированной цианокрилатным клеем - 29 пациентов.

Результаты и обсуждение. Основными показателями успешного лечения вросшего ногтя являются: хороший косметический эффект и отсутствие рецидивов. Все выше перечисленные методы лечения приводят к хорошему косметическому результату.

- Среди 52 пациентов прооперированных нашей клиникой по методике Винограда было 3 случая рецидива – 5,8%. У 54 пациентов, которым операция Винограда была дополнена лазерной деструкцией зоны роста удаляемой части ногтевой пластинки, возник 1 рецидив – 1,9%. Хороший косметический эффект при выполнении операции Винограда достигается если резецируется только вросшая часть ногтевой пластинки. Необходимо не допускать избыточной резекции ногтя, так как сужение ногтевой пластинки снижает его опорную функцию и ухудшает косметический результат. Время выздоровления обычно составляет 10-20 дней.
- Пациенты, которым была выполнена операция Ванденбосса – 7 человек – рецидивов не было. Косметический эффект - отличный, не смотря на большой объем операции и долгий период заживления послеоперационной раны 30-40 дней. Хороший косметический результат достигается за счет формирования новых, не нависающих над ногтем боковых валиков.
- Консервативным способом - изоляцией вросшей части ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой, фиксированной цианокрилатным клеем, пролечено 29 пациентов. После данного вида лечения возникло 3 рецидива болезни - 10,3%, эти пациенты впоследствии были прооперированы. Косметический результат отличный. Время выздоровления 10-20 дней.

Выводы и рекомендации. При выборе тактики лечения вросшего ногтя, необходимо учитывать клиническую картину, анатомические особенности строения пальца, преимущества и недостатки каждого из приведенных способов лечения. При впервые возникшем вросшем ногте и отсутствии выраженного воспаления, по мнению авторов, лучше использовать консервативное лечение, хотя в некоторых случаях оно может использоваться и при наличии гнойного отделяемого. Еще одним преимуществом данного способа лечения

является возможность пациентов продолжать активную трудовую или учебную деятельность, и при необходимости выполнять повторные фиксации ватной турунды самостоятельно. Хирургические способы лечения предпочтительнее при выраженном воспалении в месте врастания ногтевой пластинки (разрастание грануляционной ткани, обильное гнойное отделяемое, боль). При этом если боковые ногтевые валики не нависают над ногтем, то можно с успехом применить краевую резекцию ногтевой пластинки по Винограду. При гипертрофии боковых ногтевых валиков и их нависании над ногтевой пластинкой предпочтительнее выполнить оперативное вмешательство, направленное на иссечение боковых валиков (операция Ванденбосса). Несмотря на травматичность данного оперативного вмешательства и довольно длительный период заживления послеоперационной раны - результат лечения оправдывает эти минусы. Вновь сформированные боковые валики имеют меньший размер, не наползают на ногтевую пластинку, что приводит к отличному косметическому результату и низкому уровню рецидива болезни.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Каюмова Д.А., Файзуллоева С.М., Назаров Э.И.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучение причин тяжелого течения внебольничной пневмонии у детей с оптимизацией профилактики, ранней диагностики и улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Из всех поступивших в детском отделении ЦРБ Файзободского района за период 2017-2018 года находились на лечении 562 детей, из которых у 548 исход заболевания был благоприятным и у 14 – неблагоприятным. Из 562 детей 76 поступили с диагнозом Внебольничная пневмония.

Всем находившимся в стационарном лечении детям было проведено: клинко-лабораторные исследования - общий анализ крови, коагулограмма и биохимическое исследование крови, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности выявленной флоры к антибиотикам, в процессе лечения определение «микробного числа» мокроты, общий анализ мочи; инструментальные исследования - рентгенография, электрокардиограмма, ультразвуковое исследование внутренних органов.

Результаты исследования. Всех 76 (100%) детей с ВП в зависимости от тяжести течения заболевания разделили на две группы: I группа 52 (68,4%) детей с нетяжелой формой и II группа 24 (31,6%) детей с тяжелой формой Внебольничной пневмонии. Тщательный сбор анамнестических данных за последние 7-15 дней до госпитализации детей дало очень скудные сведения о начале заболеваний. Родители могли сообщить только об умеренной общей слабости, единичном покашливании, незначительном беспокойстве в вечернее и ночное время, позже присоединилась тенденция к повышению температуры тела и одышка.

Кроме осмотра специалистов, в комплексе диагностических исследований основным диагностическим методом острой пневмонии у 100% больных были результаты Рентгенографии (Р-графия). Р-графия ОГП выполнялась два раза: при поступлении больных и в процессе или в конце лечения, для подтверждения улучшения рентгенологической картины легких и выздоровления больных.

Таким образом, из выявленных больных со средней тяжестью и тяжелым течением ВП всего у 29 (38,2%) отмечалась общая реакция организма на воспалительный процесс в виде

повышения температуры тела, у остальных 61,8% выздоровление наступило без симптомов интоксикации и без температурной реакции.

Из всех 14 (100%) больных с неблагоприятным исходом заболевания с основным диагнозом «Внебольничная пневмония» тяжелое течение составили 7 (50%) детей, с гипотрофией тяжелой степени 3 (21,4%), с острой диареей 3 (21,4%) детей и врожденным пороком сердца 1 (7,1%) ребенок.

Анализ данных показал, что у 7 (50,0%) умерших детей основным диагнозом являлась Внебольничная очаговая пневмония, у 5 (35,7%) острые заболевания органов дыхания, в т.ч. пневмония диагностирована как сопутствующая патология. Кроме этого у 2 (14,3%) детей патология органов дыхания, в т.ч. пневмония развилась на фоне другого основного заболевания и считалась осложнением основной патологии. В тоже время из 14 (100%) умерших детей имело место развитие ОДН, у 12 (85,7%) на фоне патологии органов дыхания и у 2 (14,2%) на фоне другого основного заболевания.

Таким образом, из всех летальных исходов у 50% больных заболевание органов дыхания являлась основной, у 35,7% - сопутствующей и у 14,3% - осложнением.

Выводы: Внебольничная пневмония в ранних стадиях у детей может иметь бессимптомное течение, ранняя диагностика и своевременная терапия внебольничной пневмонии способствует профилактике тяжелого течения и развития дыхательной недостаточности. Тяжелому течению пневмонии и высокой летальности у детей способствует тяжелая сопутствующая и врожденная патология.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Каюмова Д.А., Шамсов Б.А., Назаров Э.И., Файзуллаева С.М.

Цель исследования: Оценить основные показатели состояния здоровья детей первого года жизни, в зависимости от вида вскармливания.

Материал и методы исследования. С целью оценки основных показателей здоровья детей первого года жизни, в зависимости от вида вскармливания проводился ретроспективный анализ историй развития ребенка у 100 детей первого года жизни (форма 024). Работа проводилась на базе Центр здоровья Яванского района. Были изучены данные о течении беременности и родов, состоянии ребенка при рождении, перенесенных заболеваний, социальных условий. Проведена комплексная оценка качества вскармливания и оценены основные показатели здоровья, в зависимости от вида вскармливания.

Для характеристики социально гигиенических данных родители заполняли специально разработанную анкету, которая включала в себя: паспортные данные, характеристику жилищно-бытовых условий, данные о родителях (возраст, здоровье родителей, вредные привычки и т.д.). Все дети были разделены на 2 группы, в зависимости от вида вскармливания. I группу составили 62 (62%) ребенка, находящихся на грудном вскармливании. Во II группу вошли 38 (44%) детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке характеристики акушерского анамнеза в I группе преобладали дети от первородящих матерей в возрасте 20-27 лет - 34 (53,8%) женщины, средний возраст, которых составил $23,5 \pm 3,5$ года. Во II группе детей от первородящих матерей в возрасте 18-34 года было 53 (13,9%), средний возраст матерей которых составил $26,0 \pm 8,0$ года. В I группе детей от повторнородящих женщин было 17 (27,4%), во II группе – 14 (27,3%). В I группе у 18 (29%) детей матери имели в анамнезе

медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши, а во II группе таких женщин было 9 (23,6%). Дородовый патронаж прошли не все женщины.

Во II группе причинами перехода на искусственное вскармливание были: лактационный криз – 13 (34, 2%) случаев; заболевания матери – 9 (21%); недостаточный уровень знаний у членов семьи по вопросам организации и необходимости грудного вскармливания - 6 (15,8%); по состоянию здоровья ребёнка-3(7,6%) случаев; социальные причины матери, такие, как выход на работу – 5 (13%) случая, выход на учебу – 2 (5,2%) случая. Таким образом, ранний перевод детей на искусственное вскармливание чаще обусловлен управляемыми причинами.

Анализ структуры заболеваний детей первого года жизни, в зависимости от вида вскармливания показал, что значительно чаще среди алиментарно-зависимых заболеваний в I группе у 22 детей (33,7%) встречается дефицитная анемия, тогда как во II группе она выявлена у 8 детей (21,6%), что достоверно больше, чем в I группе ($p < 0,05$). Атопический дерматит в I группе был выявлен у 15(24,1%), а во II группе у 9(23,6%) детей ($p < 0,05$). Паратрофия в I группе обнаружена у 11 детей (16,1%), во II группе у 11 детей (28,9%). Гипотрофия средней степени была выявлена у 12 (7,1%) детей I группы, во II группе у 10 (26,3), а гипотрофия тяжелая степень была выявлена у 2 (3,2%) детей I группы, во II группе у 5 (13,1). В I группе не имели алиментарно-зависимых заболеваний 18(29%) детей. 4 (10,5%) детей, находящихся на искусственном вскармливании, не имели алиментарно-зависимых заболеваний.

Вывод. Анализ структуры показателей здоровья детей первого года жизни, в зависимости от вида вскармливания показал, что среди алиментарно-зависимых заболеваний в группе детей, находящихся на грудном вскармливании, преобладают: дефицитная анемия - 33,7% и гипотрофия средней степени -7,1% случаев; а в группе детей, находящихся на искусственном вскармливании проявления атопического дерматита — 24,1% и гипотрофия тяжелой степени -13,1% случаев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании не имели алиментарно-зависимых заболеваний в 29% случаев, в группе детей, находящихся на искусственном вскармливании - в 10,5% случаев.

АНАЛИЗ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА САРАНСК

Китаева Л.И., Балыкова О.П., Чернова Н.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Саранск, Россия

Цель исследования: провести анализ и дать гигиеническую оценку общей заболеваемости детского населения г. Саранска.

Материалы и методы. Коллективом авторов проанализированы данные ежегодных статистических отчетов ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1».

Результаты исследования. В последнее время в городе Саранск наблюдается рост заболеваемости по всем категориям населения республики, особенно это заметно среди детского населения. Высокие показатели детской заболеваемости обусловлены тем, что в течение года у части детей регистрируются несколько заболеваний, или же они обращаются за медицинской помощью по одной и той же патологии более одного раза.

Состояние здоровья подрастающего поколения – важный показатель благополучия общества, составляющий фундамент демографической пирамиды населения страны и отдельных ее регионов, а также отражающий и настоящую ситуацию, и прогноз на будущее.

По этой причине проблема охраны здоровья детей, доступности и качества медицинской помощи по-прежнему остается актуальной.

Численность детского населения, обслуживаемого поликлиникой в 2016 году – 11674 человека, что составляет 22,5% от общей численности детского населения города Саранска. Количество детей, прикрепленных к данной поликлинике, по сравнению с 2015 годом уменьшилось на 4 %, в связи с сокращением участков.

На территории города установилась стойкая тенденция к росту общей заболеваемости детей. В частности, в 2016 году она увеличилась на 11% по сравнению с предыдущим годом, на 7% – с 2014. Ведущими причинами заболеваемости у детей в РФ, в целом, являются болезни органов дыхания, костно-мышечной и нервной систем, у подростков – болезни костно-мышечной системы, глаза и его придаточного аппарата и органов дыхания.

Структура заболеваемости детского населения г. Саранск остается неизменной: на первом месте – болезни органов дыхания (59,6%); на втором – болезни глаз (8,7%); на третьем – болезни нервной системы (7,9%).

Прослеживается уменьшение доли здоровых детей при рождении. Не зарегистрирован ни один случай отнесения ребенка к I группе здоровья. Большинство новорожденных относится ко II группе здоровья (99%). В 2016 году на 2,2% увеличилось количество детей с III группой, за счет врожденных патологий.

Своевременно проводится оздоровление детей с хронической патологией. Число детей находящихся под диспансерным наблюдением в 2016 году, по сравнению с 2014 годом, снизилось на 42% по причине сокращения участков. В структуре хронических патологий на первом месте болезни органов пищеварения (22,5%), на втором – патология мочеполовой системы (22,7%), на третьем – болезни органов дыхания (15,5%).

Одной из приоритетных проблем здравоохранения является младенческая смертность, так как её уровень отражает состояние общественного здоровья. В 2016 году младенческая смертность составила 0,8%, что выше, чем в 2014 и 2015 годах.

Выводы. Таким образом, сохраняется тенденция ухудшения состояния здоровья детей, что в дальнейшем будет способствовать ухудшению состояния здоровья во взрослой популяции.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СРЕДНОГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кодиров А.Р., Хукумзода М.З., Рахмонов М.Б.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенностей течения и лечения гнойного среднего отита в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР кабинета ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» за период от 2014-2018 г.г. обследовано 120 детей с гнойным средним отитом в возрасте от 1 года до 3-х лет. Мальчики 54(45%) и девочки 66(55%).

Всем детям проводили оториноларингологическое обследование, с определением характера микрофлоры и их чувствительности к антибиотикам. У 102(85%) больных причиной гнойного среднего отита являлся тубогенный путь проникновения инфекции (через евстахиеву трубу), а у 18(15%) детей посттравматический (повреждение барабанной

перепонки). У всех обследуемых детей отмечалась перфорация барабанной перепонки, с выделением секрета гнойного характера.

Дети были распределены на 2 группы (основная 84(70%) и контрольная 36(30%) детей, соответственно). У основной группы перфорация перепонки была выраженной. Им были произведены хирургическое и консервативное лечение, что включали в себя дренирование и удаление гнойного содержимого из среднего уха, а также местное введение антибактериальных, десенсибилизирующих препаратов, антибиотиков, витаминных комплексов и НПВС. У контрольной группы перфорация была менее выраженной. Им проводилось только консервативное лечение, что включало в себя местные ушные капли с в/м ведением антибиотиков, применения десенсибилизирующих препаратов, витаминных комплексов и НПВС. У всех детей без исключения лечение продолжалась 16 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. К концу лечебного периода у 66(79%) детей основной группы отмечалось выздоровление, при отоскопии наблюдалось исчезновение гноетечения, барабанная полость приобрела естественный вид. У 10(12%) детей наблюдалось регрессирование гнойного выделения, но все еще барабанная полость имела ярко красный цвет, была отечной, короткий отросток молоточка и рукоятка были неразличимы. И только у 8(9%) детей все еще наблюдалась незначительное выделение гнойного содержимого и сохранение клинической картины гнойного среднего отита. В то время, как в контрольной группе у 26(72%) пациентов к концу лечения помимо выраженного выделения гноя наблюдалась значительная перфорация барабанной перепонки, а у 10(28%) детей наблюдалось регрессирование гнойного выделения, но все еще барабанная полость имела ярко красный цвет, была отечной, короткий отросток молоточка и рукоятка были неразличимы.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что применение комплексной терапии в амбулаторных условиях, включающее в себя хирургическое (дренирование и удаление гнойного содержимого из среднего уха, с местным введением антибактериальных, десенсибилизирующих препаратов и антибиотиков) и консервативное лечение наиболее благоприятно влияет на исход гнойного среднего отита, нежели только применения консервативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Коновалова А.М., Печкуров Д.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Самара, Россия

Цель исследования – установить особенности физического развития детей раннего возраста с пищевой аллергией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 ребёнка в возрасте от 1 месяца до 3 лет с кожными и гастроинтестинальными формами пищевой аллергии. В зависимости от возраста дети, были разделены на 2 группы: 1-я группа – от 1 мес до 1 года – 20 детей, 2-я группа - от 1 года до 3-х лет – 22 ребенка. Оценку антропометрических данных проводили с помощью программы ВОЗ Anthro.

Результаты. У детей в 1-й группе диапазон массы тела колебался в пределах – от 4,51 до 10,2 кг, рост – 56-74 см. Z-score роста относительно возраста – 0,78 [-1,33; 4,29]; Z-

score массы тела относительно возраста – 0,32 [-1,64; 1,92]; Z-score массы тела относительно роста – -0,25 [-2,69; 2,02]. Z-score ИМТ относительно возраста – -0,41 [- 2,96; 2,07]. Дефицит массы был отмечен у 12 детей (60%), задержка роста зарегистрирована у 10 (50%) детей.

Во 2-й группе масса тела была в диапазоне – от 9,42 до 19,0 кг, рост – 78-104 см. Z-score роста относительно возраста – 0,35 [-1,69; 3,44]; Z-score массы тела относительно возраста – 0,12 [-2,62; 3,52]; Z-score массы тела относительно роста – -0,06 [-2,32; 2,64]. Z-score ИМТ относительно возраста – -0,17 [- 2,28; 2,52]. Дефицит массы выявлен у 5 детей (22,8%), задержка роста - у 9 детей (40,9%).

Выводы и обсуждение. Задержка физического развития – распространенная проблема детей раннего возраста с пищевой аллергией. Особенно актуальна для детей до года, что объясняется значительным местом в их рационе молочного белка, который является частым аллергеном в этом возрасте. После года питание более разнообразное, у части детей физическое развитие нормализуется, однако, более чем у 40% сохраняется задержка роста. Это подчеркивает необходимость использования в рационе детей с пищевой аллергией заменителей грудного молока на основе гидролизата молочного белка с первых месяцев жизни.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Косимов З.К., Махмудов С.А., Джалилов А.Х., Хамидов Д.Б.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования: улучшение результата профилактики и лечения легочных осложнений у больных с острым перитонитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 больных с 18 до 83 года с острым перитонитом различной этиологии, лечившихся в реанимационном отделении клинической больницы г. Душанбе. Из обследованных больных мужчин 38(61,3%) , женщин 24 (38,7%). В реактивной фазе острого перитонита находились 11 (11,7%) больных, в токсической 43(69,4%) и в терминальной фазе 8 (12,9%) больных.

В зависимости от включения в комплексное интенсивное лечение в послеоперационном периоде небулайзерной терапии больные были разделены на две группы: контрольную группу состоящую из 28 больных и основную группу – из 34 больных в комплексную интенсивную терапию, которых была включена небулайзерная терапия.

Диагностика пневмоний осуществлена на основании клинических проявлений, рентгенологического и клиничко биохимического исследований.

Небулайзерная терапия осуществлена с помощью компериссионных небулайзера компании «Юрия – Фарма» - «Ulaizer First Aid» и «Ulaizer Home».

При этом использованы небулы: небутамол (салбутамол для ингаляций) и декасан (антисептик для ингаляций) данной компании.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что в группе больных с острым перитонитом, где в послеоперационной периоде не применяли небулайзерную терапию, легочные осложнения наблюдались в 11 (39,3%) случаях. Из них острый трахеобронхит – 2, обострение хронического бронхита – 2, пневмонии – 5 и острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) 2 наблюдениях.

А в группе больных в комплексе интенсивной терапии получивших небулайзерную терапию легочные осложнения были выявлены 5 (14,7%) наблюдениях. Это 2 случая обострение хронического бронхита, 2 – острой пневмонии и у 1 больного ОРДС.

Таким образом, включение в комплексную интенсивную терапию острого перитонита небулайзерной терапии способствует снижению частоты легочных осложнений.

КИШЕЧНАЯ ВСАСЫВАЕМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Кошимбетова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Рецидивирующая боль в животе представляя собой наиболее распространенную форму хронической боли у подростков, может возникнуть в любой момент дня и является одним из причин проявлений функциональной диспепсии. Функциональная диспепсия (ФД) являясь одним из часто встречаемых причин абдоминальных болей у подростков школьного возраста, встречается среди подростков от 5% до 18% в зависимости от региона проживания подростков (Камилова А.Т., 2016), и более характерна для подростков, проживающих в мегаполисах (Алиева Н.Р. с соавтор., 2018).

Методы и материалы исследования. Были обследованы 18 подростков от 12 до 16 лет с функциональной диспепсией, и 20 практически здоровых подростков аналогичного возраста. Функциональная диспепсия диагностирована в ходе диспансеризации школьников, совместно с консультацией узких специалистов (детского гастроэнтеролога, хирурга, эндокринолога и др.), проведена контрольная гастродуоденоскопия. Всем обследуемым проведен тест SAT на абсорбцию (всасываемость) сахара, состоящий из лактулозы, маннита и сахарозы с последующим анализом мочи. Психосоматическое состояние оценивались в обеих группах с использованием вопросника анкеты – BASC с расчётом баллов.

Результаты. По результатам исследования, в клинической картине ФД преобладают боли в верхней части живота ($n=18 - 100\%$), с чувством дискомфорта ($n=15 - 83,3\%$), который не проходит при дефекации. При этом эндоскопически отсутствовали выраженные органические воспалительные изменения. Концентрация лактулозы и маннита в моче определяется, и результаты выражаются в виде отношения лактулозы к манниту. При этом, увеличенное соотношение лактулоза/маннит (L/ M) указывает на повышенную параклеточную проницаемость из-за дисфункции плотности слизистой оболочки тонкого кишечника. В ходе исследования выявлено, что у подростков с ФД средние значения L/M достоверно не отличается от показателей контрольной группы ($0,036 \pm 0,01$ против $0,034 \pm 0,01$), $P < 0,05$. При интерпретации средние значения тревожности, которая определялась по шкале BASC, показала, что у подростков с ФД тревожное состояние ($58,1 \pm 9,2$) превалирует над контрольной группой ($43,1 \pm 7,3$) наблюдаемых $P < 0,01$.

Выводы. У подростков с ФД кишечная всасываемость сахара не нарушается, и являются близкими к показателям контрольной группы, но у данных подростков отмечается психосоматические расстройства в виде повышенной тревожности.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А., Набиева Ш.З.

Хатлонский государственный медицинский университет

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить характер ВПС, структуру, стадии нарушения кровообращения, сопутствующие заболевания у детей раннего возраста с ВПС.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 детей раннего возраста с ВПС в возрасте от 1 года до 5 лет, находившихся на стационарном лечении на базе детского кардиоревматологического отделения НМЦ в течении 5 лет. Из них мальчиков было – 62, девочек – 38. Всем больным проведено клиническое и инструментальное исследование. Целенаправленный сбор анамнеза, электрокардиография сердца (ЭКГ), рентгенография органов грудной полости, эхокардиография (ЭХОКГ), доплерэхокардиография. Клинические и биохимические анализы крови, мочи и другие исследования по показаниям.

Результаты исследования. В структуре ВПС у детей преобладали пороки бледного типа, среди них: ДМПП – у 45, ДМЖП – у 35; и среди всех синих пороков преобладала тетрада Фалло – у 20.

Анализ анамнеза жизни детей показал, что у 60 детей наблюдались частые ОРВИ, более 8-9 раз в год, пневмонии – у 30 больных.

Среди сопутствующих заболеваний чаще всего встречаются перинатальная энцефалопатия – у 80, рахит – у 75, гипотрофия – у 60, анемия – у 55, дисплазия тазобедренного сустава – у 25, болезнь Дауна – у 30 детей.

При объективном осмотре был выявлен ограниченный цианоз у 25 детей, диффузный цианоз при беспокойстве – у 15, акроцианоз – у 10, отеки коленных и голеностопных суставов – 10 детей.

Чаще всего встречалось расположение дефекта в мембранозной части перегородки - у 60. Расположение в мышечной части наблюдалось - у 40 детей.

При пальпации определяется разлитой сердечный толчок установлен у – 30 детей (ДМЖП, ДМПП), усиленный – 25 (тетрада Фалло), систолическое дрожание сердца – у 20, а у 6 детей – грубое, границы сердца увеличены вправо в пределах 0,5-1 см (ДМЖП, ДМПП) – у 15.

При аускультации выслушивалось усиление или ослабление тонов сердца, систолический или систоло-диастолический шум разной интенсивности.

На ЭКГ наблюдались признаки гипертрофии миокарда предсердий и желудочков.

На рентгенограмме органов грудной полости были выявлены застой или снижение кровенаполнения малого круга кровообращения.

При обследовании ЭхоКГ сердца у детей имеется возможность более точно диагностировать анатомическое расположение пороков и при неосложненных пороках (ДМПП, ДМЖП) выполнение операций без катетеризации и ангиографии.

В начальной стадии декомпенсации у детей наблюдались одышка (45) при физической нагрузке, умеренный цианоз (55), увеличение печени на 1,5 см (53). При декомпенсации кровообращения (НЦД) – одышка и цианоз были выражены в покое (30), усиливались при физической нагрузке (35), застойные явления в малом круге кровообращения (65), увеличение печени до 2-3 см (35), край печени более плотный (15).

Хирургическая коррекция ВПС была проведена 20 больным. Оперативная коррекция ВПС оказало значительное положительное влияние на функциональное состояние детей. У

всех детей отмечалось улучшение самочувствия, прибавка в массе тела, не было одышки и тахикардии, уменьшение интенсивности или полное исчезновение шума.

Все дети находятся на диспансерном наблюдении кардиолога и кардиохирургов. Кратность наблюдения устанавливается индивидуально в зависимости от характера порока сердца и стадии декомпенсации.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что у детей раннего возраста ВПС имеют различный характер, сочетания, стадии нарушения кровообращения, послеоперационные осложнения. Прогноз жизни больных с ВПС зависит от характера порока сердца, сроков оперативной коррекции, послеоперационных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ "ЙОДОЛАЙФ" ПРИ ЙОДОДЕФИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Кудратова С.Н., Каюмова Д.А., Халилова З.А., Парсаева В.А.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Целью исследования: изучение эффективности применения "Йодолайфа" при йододефиците у детей с социопатических семей.

Материалы и методы. Было анализировано медицинская документация 54 детей, находившихся на лечение в ГУ «Шифобахш» по поводу соматической патологии. Средний возраст детей составил 12,7 + 5,26 года.

Результаты исследования. В большинство (73,1%) таких детей установлено симптомы СГ (в сыворотке крови достаточное содержание Т3 и Т4 на фоне повышенного уровня ТТГ и пограничных показателей медианы йодурии), у остальных - манифестного. У всех детей с йододефицитом наблюдалось замедление физического и психического развития, нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы и вегетативных функций организма (что оказывалось по данным пара клинических методов исследования), дислипидемия. Замедление физического развития проявлялось у подавляющего большинства детей (83,3%) задержкой роста в пределах 10-25 перцентилей. Увеличение размеров щитовидной железы различной степени констатировано у всех обследованных. Для коррекции выявленных отклонений всем детям назначался препарат "Йодолайф", который по типу обратной связи ингибирует синтез и секрецию тиреотропного гормона, вследствие чего останавливается рост зоба, нормализуется продукция гормонов щитовидной железы, нарушена вследствие недостатка йода. На фоне коррекции препаратом "Йодолайф" в течение 3-х месяцев удалось восстановить гормональный статус, стабилизировать липидный обмен. Вероятно, уменьшились размеры щитовидной железы, улучшился показатель интеллекта, возросла концентрация внимания и темп сенсомоторных реакций, наметилась тенденция к улучшению физического развития обследованных детей. Достоверно лучшую динамику показателей констатировано у детей субклиническим гипотиреозом.

Выводы. Таким образом, йододефицит у детей и его последствия со стороны психического и физического развития можно устранить путем приема препаратов йода, в частности "Йодолайфа"

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Курбанов С.Х., Шарипов М.А., Юнусов И.А.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ Таджикского Государственного университета им. Абуали ибн Сино (зав.-проф. Раззаков А.А.) НМЦРТ
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: Улучшение результатов лечения врожденной косолапости у детей младшего возраста путем формирования индивидуальной программы лечения для каждого пациента с использованием средств реабилитации.

Материал и методы. В лечебно-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино и клинике кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с 2015 по 2018 проведено лечение 36 больных с врожденной косолапостью в возрасте от 10 дней до 3 лет. Из них было 20 (55,5%) мальчиков и 16 (44,5%) девочек. Консервативную коррекцию гипсовыми повязками проводили методами по Виленскому и Понсети, а также сочетанием обеих методик. Гипсование по Виленскому проведено 23 пациентам. С 2012 года мы впервые в республике начали проводить консервативный метод лечения по Понсети, которым были пролечены 11 пациентов с первого месяца жизни. У 2 детей проводили лечение, сочетая два эти метода.

После выведения стоп с помощью гипсовых повязок и гиперкоррекцию мы включали различные средства реабилитации: лечебную гимнастику, массаж, физиотерапию, тьютора, брейсы и ортопедическую обувь.

В проведении реабилитационных мероприятий необходима помощь родителей, которые выполняют с детьми лечебную гимнастику с элементами массажа в домашних условиях.

Лечебная гимнастика начинается в шадящем режиме и направлена на удержание стоп в правильном положении, тренировку наружной группы мышц голени. Все упражнения проводятся мягко, чтобы ребенок не чувствовал боли. Хорошие результаты даёт проведение лечебных упражнений после тепловых процедур – парафин-озокеритовых аппликаций на голеностопный сустав и заднюю группу мышц голени.

Для растяжения пяточного сухожилия и упражнения подошвенного сгибания стопы проводят следующее упражнение: ребенок лежит на спине с согнутыми тазобедренным и коленным суставами; одной рукой фиксируем голень ребёнка в области лодыжки, другой необходимо захватить стопу так, чтобы ладонь упиралась в подошву, и осторожно сгибаем стопу в тыльную сторону с давлением на её наружный край. Фиксируем голеностопный сустав и мягко производим выпрямляющие движения, отводя передний отдел стопы кнаружи.

Элементы массажа надо проводить по следующей специальной методике: одной рукой фиксируют голень ребенку, другой рукой по наружной и передней поверхности голени и стопы, где мышцы слабые и растянутые, проводят тонизирующий массаж, добиваясь эффекта активного разгибания стопы. Принимают растирание и разминание.

Для внутренней и задней поверхности, где отмечается повышенный тонус мышц, делается расслабляющий массаж с применением поглаживания.

На фоне лечебного массажа и гимнастики делается общеукрепляющий массаж, соответствующий возрасту ребенка. Масса и гимнастику рекомендуется проводить родителями 3-4 раза в день.

После снятия гипса применяются протезы - ортопедическое изготовление которых предназначено для фиксации стопы в правильном положении во время сна до 2-3 лет.

Брейсы являются неотъемлемой частью лечения косолапости по Понсети. После окончания гипсования ребёнок должен носить фиксатор, предусматривающий положение стоп с разворотом на 70° для откорректированной стопы и 40° для здоровой стопы. Фиксатор представляет собой шину с прикрепленными ботинками. При этом важен режим их ношение. Первые три месяца после окончания гипсования ребёнок должен носить фиксатор 23ч в сутки затем время сокращается до 14-16ч в сутки и позже только на ночной сон. Фиксатор должен применяться до достижения ребёнком возраста 3-5 лет по некоторым данным до 5 лет. Немаловажным является ношение антиварусной обуви.

Результаты. Анализ результатов лечения выявил хорошие и удовлетворительные результаты у 34 (94,4%) пациентов

Заключение. Учитывая данные проведенного нами исследования, мы пришли к выводу: основным эффективным методом лечения врожденной косолапости у детей первых месяцев жизни является ношение гипсовых повязок с последующей реабилитацией. В подавляющем числе случаев предложенный метод дает положительный результат.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГЕПСИДИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОЛЛ)

Лагутеева Н.Е., Сависько А.А., Асланян К.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Ростов-на-Дону, Россия

Целью работы явилось исследование гепсидина у детей с ОЛЛ на этапах полихимиотерапии (ПХТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 43 ребенка в возрасте от 2 до 16 лет, поступивших в отделение онкологии и гематологии ГБУЗ «Областная детская больница» г. Ростова-на-Дону с впервые диагностированным ОЛЛ стандартной и промежуточной группами риска. Все пациенты получали ПХТ по протоколу ALL-MB-2008. Дети исследовались в установленные сроки: до начала, после индукции ремиссии и после окончания интенсивной ПХТ. Группу сравнения составили 32 ребёнка I и II групп здоровья. Содержание гепсидина в сыворотке крови определяли с помощью иммуноферментного анализа (Peninsula Laboratories, США). Статистическая обработка результатов проведена с применением ПО Microsoft Office Excel и Statistica, 6.0.

Результаты. У детей с ОЛЛ в дебюте заболевания выявлено достоверное ($p < 0,05$) повышение содержания гепсидина в сыворотке крови ($232,30 \pm 42,12$ пг/мл). Возможно, увеличение содержания гепсидина связано с наличием опухолевой массы и различных инфекционных заболеваний в дебюте заболевания.

После проведения индукции ремиссии выявлено значимое повышение содержания гепсидина сыворотки крови до $140,70 \pm 38,36$ нг/мл по отношению к контрольной группе. Некоторое снижение гепсидина по сравнению с началом заболевания можно объяснить с одной стороны, отсутствием опухолевой массы, снижением инфекционно-воспалительных заболеваний в этот период, а с другой стороны сохраняющейся гемической гипоксией. Это также свидетельствует о достаточно высоком содержании железа в организме, поскольку гепсидин является отрицательным регулятором обмена железа.

После окончания интенсивного курса ПХТ выявлено дальнейшее снижение содержания гепсидина сыворотки крови (105,29+19,39 пг/мл). Полученные данные свидетельствуют в пользу сохраняющейся гипоксии, несмотря на отсутствие опухолевой интоксикации и снижении интенсивности воспалительных и инфекционных осложнений. Сохранение повышенного содержания гепсидина в сыворотки по сравнению с контрольной группой свидетельствует о высоком содержании железа в организме.

Заключение. Гепсидин может выступать в качестве высокоинформативного маркера, наряду с основными показателями обмена железа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЮНОШЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Ларичева Е.Г.

БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»

Сургут, Россия

Цель исследования: оптимизация организационных технологий по охране репродуктивного здоровья юношей в условиях детской поликлиники.

Объекты и методы исследования: юноши 15-17 лет, получающие инновационную информационную услугу по формированию мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивного здоровья (основная группа); юноши 15-17 лет, обучающиеся в рамках традиционного образовательного процесса (группа сравнения).

Анкетирование юношей в возрасте 15-17 лет основной группы и группы сравнения с целью исследования их половой активности, уровня знаний о репродуктивном здоровье, ориентации на здоровьесберегающее поведение в области репродуктивного здоровья.

Результаты:

1. Из 225 опрошенных юношей 15-17 лет заявили о сексуальной активности 39 (17,3%). Количество юношей, возраст сексуального дебюта у которых не достигает 15 лет, составляет 3% в общей популяции;
2. Среди сексуально активных юношей 15-17 лет 36% на момент анкетирования имели 3 половых партнёра и более, 10% подтвердили факт наступления беременности у партнёрши, 21% отказывалось от применения контрацептивов;
3. В процессе реализации инновационной программы выявлен статистически значимый рост информированности в вопросах репродуктивного здоровья ($p < 0,01$);
4. Во всех подгруппах респондентов выявлена статистически значимая корреляция между уровнем осведомлённости в вопросах репродуктивного здоровья и ранжированным уровнем мотивации на сохранение репродуктивного здоровья ($r = 0,7$; $p < 0,01$).

Обсуждение:

1. Высокая половая активность юношей 15-17 лет, распространение промискуитета, наступление беременностей в подростковой среде и отказ от использования контрацептивов указывает на острую необходимость проведения профилактической работы с данной целевой аудиторией;
2. Изучение вопросов относительно строения и функционирования репродуктивной системы в процессе реализации обязательной образовательной программы неэффективно; мероприятия в рамках инновационной программы позволяют повысить информированность юношей в вопросах репродуктивного здоровья;

3. Повышение уровня осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья позволяет сформировать мотивацию на реализацию здоровьесберегающего поведения.

Выводы:

1. Работа с юношами в области их полового воспитания представляет в настоящее время мало использованный резерв в формировании мотивации к реализации здоровьесберегающего поведения;
2. Настоящая программа предлагает не только научно-обоснованный подход к половому воспитанию, но и решает вопросы организации включения обучения юношей в образовательный процесс и методике их проведения с целью формирования мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивного здоровья.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КРАСНОЯРСКИХ ВУЗОВ О ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВАХ

Лисихина Н.В., Галактионова М.Ю., Гордиец А.В.

Сибирский юридический институт МВД России; Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск, Россия

Цель: изучить уровень осведомленности обучающихся ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (КрасГМУ) и Сибирского юридического института МВД России (СибЮИ) о психоактивных веществах при использовании анкетного метода в оценке здоровья обучающихся, употребление ПАВ (алкоголь, табак, наркотики) молодежью.

Методы: Проведен сравнительный анализ данных анонимного анкетирования студентов в 2008 и 2018гг. Анкета-опросник содержала 43 вопроса для учащихся вузов и техникумов (разработана ФСКН РФ); создана единая электронная база данных Excel; статистическая обработка с помощью программы PSPP 1.2.0 и встроенных функции программы Excel из пакета Microsoft Office 2007; оценка процентного содержания ответов; для анкетирования 2018 г. проверка статистической значимости ответов между вузами методом медианным тестом, в том числе с поправкой на множественное тестирование; 1 группа (n=334) – студенты КрасГМУ в 2008г, (n=661) – студенты КрасГМУ в 2018 г; 2 группа (n=247) – студенты СибЮИ в 2018 г.

Результаты: анализ анкет показал, что в 2008 г. среди источников по информированию о наркотических веществах лидировало телевидение, второе и третье место соответственно занимали педагоги и родители. В 2018 г. информированность о наркотических веществах исходила в большей степени от педагогического состава, на втором месте оказалось - телевидение. Была выявлена тенденция к снижению употребления наркотических веществ (2008 г.-9%, 2018 г.-5%), а также высокий уровень информированности респондентов об основных видах наркотических и психоактивных веществ (более 87%). Среди респондентов КрасГМУ и СибЮИ в 2018 г. не выявлено ни одного человека употребляющего или употреблявшего наркотические средства. В Красноярском крае правоохранительными органами ведется активная деятельность по уменьшению показателя потребления наркотических веществ, путем проведения профилактических мероприятий, как среди молодежи, так и среди взрослого населения.

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПУТЕМ ПРОБНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лозовская М.Э., Хамчиева Л.Н., Мосина А.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования: определение диагностической ценности метода противотуберкулезной тест-терапии при установлении активности впервые выявленных кальцинатов у детей.

Материалы и методы: Обследовано 24 ребенка от 3х до 13 лет, взятые на учет по нулевой группе диспансерного учета (ДУ). У всех детей положительный результат пробы с диаскинтестом (ДСТ). По результатам мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) у детей выявлены кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах (ВГЛУ) и/или легких. Для определения активности изменений проводилась тест-терапия по III стандартному режиму 2 месяца. Регистрация изменений проводилась через 3 месяца от первого обследования: проведение МСКТ всем детям и фибробронхоскопия по показаниям (5 пациентов). Статистическая обработка выполнена с использованием компьютерной программы Statistica v.6.1. Применяли χ^2 – критерий Пирсона.

Результаты. Проведение детям МСКТ органов грудной полости в динамике позволило разделить их на две группы. 1 группа – 9 (37,5%) детей, у которых отмечалось нарастание солей кальция в легочных очагах и ВГЛУ, в том числе 1 больной, у которого произошло увеличение числа кальцинированных очагов в печени и 1 ребенок, у которого появились кальцинаты в этом органе и в тимусе. 2 группа – 15 пациентов (62,5%), у которых МСКТ- органов грудной клетки в динамике после курса тест-терапии была стабильной (определена III-А группа ДУ – остаточные посттуберкулезные изменения (ОПТИ). В 1-й группе из 9 пациентов у 5х (55,6%) имел место установленный туберкулезный контакт. Во 2-й группе из 15 пациентов у 3х (20,0% $\chi^2=16,7$; $p<0,05$) имел место туберкулезный контакт. Результаты пробы с ДСТ были гиперергическими в 1-й группе детей у 6 человек (66,7%), размеры папулы 16,4 + 1,4мм, во 2й группе – у 10 (так же 66,7%), размеры папулы 14,9 + 1,5мм. Результаты пробы Манту 2ТЕ были гиперергическими в 1й группе у 2х детей (22,2%), во 2-й группе – у 2х человек (13,3% $\chi^2=2,2$; $p > 0,05$). Средние размеры папулы 12,6 + 1,5мм и 10,8 +1,3мм. Заключение: Проведение специфической тест-терапии позволило дифференцировать активные формы туберкулеза I гр. ДУ от остаточных посттуберкулезных изменений (III-А гр. ДУ). Для группы активного туберкулеза была характерна достоверно большая частота туберкулезных контактов и большая частота поражения легких по сравнению с группой ОПТИ. Разницы в результатах иммунодиагностики не было.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Мадаминова З.А., Умарова М.Н, Хайталиева Н.Р., Нозимов Р.Д., Рахматов М.Н., Негматова Д.А., Хусейнов А.А.

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить проблемы оказания паллиативной помощи детям в РТ.

Материал и методы: За 2015-2017 годы зарегистрировано 424 случая первично выявленных больных со злокачественными заболеваниями, из которых 73 (100%) больных

были с IV стадией IV клинической группой. Из которых 49(67,2%) мальчиков, 24(32,8%) девочек. Возраст колебался от 3 дней до 18 лет: 0-1год 4(5,4%) больных ребёнка, 1-4года 14(19,3%) детей, 5-9лет 26(35,6%) детей, 10-17 29(39,7%) больных. При поступлении детей в онкологическом центре было проведено полное обследование по протоколам и выявлены запущенные стадии заболевания. 60% этих детей состоят в категории малоимущих семей, что приводило к поздней обращаемости родителей ребёнка за медицинской помощью в медучреждения по месту жительства. Так как в Республике отсутствуют хосписы, эти больные госпитализируются в детское отделение ГУ РОНЦ.

Результат исследования. Из 73 (100%) больных детей с IV стадией заболевания только 42 (57,5%) больным была возможность проведения паллиативной монокимиотерапии (циклофосфан 600мг/м²) в половинной дозе, что приводило к снижению болевого синдрома и улучшению общего состояния ребёнка. Пяти больным со злокачественными опухолями костей были проведены операции ампутация конечностей с санитарной целью, одному ребёнку наложена трахеостома. Остальным 26 (35,6%) больным, учитывая тяжесть состояния, проведена симптоматическая терапия (противоболевая, общеукрепляющая и гормонотерапия). До настоящего времени 25 пациентов из этой группы больных продолжают получать поддерживающую терапию. Из них 16 - получают симптоматическое лечение на дому, 32 больных детей погибли от генерализации процесса.

Вывод: Проблема паллиативной помощи в РТ является актуальной. Это связано с отсутствием хосписов в районах и городах Таджикистана. Всех больных детей, нуждающихся в паллиативной помощи, врачи вынуждены госпитализировать в отделения, где дети с нераспространёнными опухолевыми процессами получают протокольное лечение. Учитывая тяжесть состояния детей с запущенными стадиями необходимо предложить комплексную модель паллиативной помощи, которая продолжается на протяжении всей болезни, независимо от результата. Необходимо что бы все педиатры и врачи узкого профиля могли иметь представление о паллиативной помощи детям для оказания её по месту жительства и обеспечить интенсивное купирование болевого синдрома больным детям с терминальными состояниями. Выбирая ту или иную тактику лечения онкологического больного, врач должен обязательно включать в нее, наряду с противоопухолевым лечением, элементы паллиативного, симптоматического лечения с учетом биологического состояния ребёнка, его социального, психологического и эмоционального статуса. Только с учетом всех этих факторов можно рассчитывать на успех, на улучшение качества жизни пациента, что и является конечной задачей при решении проблемы оказания паллиативной помощи онкологическим больным в терминальной стадии болезни.

ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Маджидзода А.К., Ахмедов С.Б., Саидов Ф.Б.

Детское нефрологическое отделение ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»

Цель настоящего исследования явился анализ эффективности лечения детей с первичным хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезней детей, находившихся на лечении в детском нефрологическое отделение ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» по поводу первичного хронического пиелонефрита. Все больные с пиелонефритом были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 40 детей, которым лечение антибактериальными препаратами проводилось в определенной последовательности в течение 3-х и более месяцев. Во вторую группу вошли 20 детей,

которые получали антибактериальную терапию не систематически и не более 1 месяца, преимущественно в период обострения (контрольная группа).

Полученные результаты. В группе больных, которые лечились непрерывно в течение 3-х и более месяцев, ремиссия сроком в 1 год и более была получена у 30 (75%) детей. В этой же группе больных в дальнейшем после непрерывного лечения рецидивы наблюдались в 9 случаях (22,5%). У больных второй группы рецидивы наблюдались в 84,2% случаев.

Динамика признаков активности пиелонефрита служила критерием в оценке эффективности антибактериальных препаратов у больных пиелонефритом двух групп: 1) получавших антибактериальные препараты в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры (48) и 2) 12 больных, получавших антибактериальные препараты без учета чувствительности микрофлоры (контрольная группа) мочи. Проведенные нами клинические наблюдения подтверждают необходимость применения антибактериальных препаратов с учетом чувствительности к ним микрофлоры мочи. У большинства больных (n=39), что составило 81,25%, которым было проведено подобное исследование и препараты назначались в дозе, соответствующей возрасту и массе ребенка, наряду с клиническими признаками пиелонефрита, бактериурия и лейкоцитурия ликвидировались на 6-8 день, что условно расценивалось как проявление начала клинико-лабораторной ремиссии. В тоже время у детей контрольной группы значительно чаще (66,8%) отсутствовал столь ранний эффект от антибактериальной терапии.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что для поддержания непосредственных результатов лечения в дальнейшем, необходимо непрерывное лечение пиелонефрита в течение 3-х и более месяцев. При соблюдении этого условия рецидивы наблюдаются реже, чем у больных, которым лечение проводилось только в период обострения.

В обеспечении эффективности антибактериальной терапии нами подтверждено большое значение предварительного определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ZANCOLLI ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОКТЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Маликов М.Х, Хасанов М.А, Карим-заде Г.Д, Махмадкулова Н.А

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Улучшение результатов остаточной функции кисти при застарелом повреждении локтевого нерва путем выполнения операции Zancolli.

Материал и методы исследования. Модифицированная операция Zancolli (патент на изобретение, ТЖ № 759 № 1601004 от 22.01.2016г.) при застарелых повреждениях локтевого нерва была выполнена 9 детям в возрасте от 9 до 14 лет за период с 2010 по 2019 годы. Операции были выполнены в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ (8) и лечебно-диагностическом центре (1) ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Из общего числа пострадавших в 6 наблюдениях отмечалось изолированное повреждение локтевого нерва и в 3 случаях одновременное повреждение срединного и локтевого нерва на уровне верхней трети предплечья. При изучении этиологических факторов повреждения было установлено, что у всех детей в анамнезе имели места резаные раны предплечья.

Результаты и их обсуждение. Первый этап васкуляризированной пластики срединного нерва трансплантатом локтевого нерва был осуществлен 3 пациентам при одновременном повреждении обеих нервов. Утраченная функция локтевого нерва этим пациентам была восполнена модифицированной операцией Zancolli вторым этапом. Для улучшения сенсорной функции IV-V пальцев в последующем выполнили невротизацию локтевого нерва поверхностной веточкой лучевого нерва. При изолированных повреждениях локтевого нерва всем 6 пострадавшим корригирующие операции были осуществлены в сроки более одного года от момента получения травмы. При этом наряду с операцией Zancolli было осуществлено эпиневральное восстановление нервных стволов для улучшения сенсорной функции кисти. Течение после операции у всех пациентов было гладкое, заживление ран по первичному натяжению. Оперированные конечности фиксировали в лонгетой в течение 18-21 дня. Непосредственно после выполнения операции Zancolli отмечалось устранение грифа пальцев, восстановилась функция приведения мизинца, однако восстановление сенсорной функции локтевого нерва после его восстановления в верхней трети предплечья было длительным. Были получены хорошие показатели восстановления лишь защитных видов чувствительности. Улучшение результатов восстановления чувствительной функции IV-V пальцев после невротизации за счет поверхностной веточки лучевого нерва наступило на 3-4 месяца после операции. Восстановление чувствительности после васкуляризированной пластики срединного нерва длилось более одного года, при этом дискриминационная чувствительность равнялась 12 -14 мм.

Выводы. Одновременное повреждение срединного и локтевого нервов нередко ведут к инвалидизации пациентов. Пластика срединного нерва за счет васкуляризированного трансплантата локтевого нерва во всех случаях считается оправданной и при этом достигается получение хороших функциональных результатов. Восстановление двигательной функции локтевого нерва путём модифицированной операции Zancolli на сегодняшний день считается полезным видом реконструкции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГРЫЖЕ АМИАНДА

Маликов М.Х, Додариён Х.С, Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А.

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Выбор метода операции при нахождении червеобразного отростка в грыжевом мешке.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения грыжи Амианда у 10 детей в возрасте от 4 до 14 лет за период с 2008 по 2019 годы. Больные находились на лечении в отделении реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССХ (8) и лечебно-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Все оперированные пациенты были госпитализированы с диагнозом врожденной кривой пахово-мошоночной грыжи в плановом порядке. У всех детей грыжи имели правостороннюю локализацию, двухсторонней грыжи не наблюдалось. Симптом кашлевого толчка был положительный, наружное паховое кольцо пропускало более одного поперечника пальца. Все грыжи были вправимы, клинические признаки ущемления грыж не имели место.

Среди дополнительных методов исследования было использовано УЗИ всем пациентам. Наличие червеобразного отростка в грыжевом мешке при УЗИ не было выявлено,

что мы связывали с мобильностью слепого кишечника и горизонтального положением пациента при выполнении исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Дети были оперированы под общим обезболиванием, оперативные вмешательства выполнялись типичным доступом исключительно под оптическим увеличением (Лупа 2.0).

После нахождения грыжевого мешка инфильтрацией новокаина по медиальной стенке мешка были мобилизованы элементы семенного канатика. Нахождение отростка целиком в грыжевом мешке было обнаружено у 4, верхушка отростка – у 6 оперированных детей. Во всех наблюдениях воспаления червеобразных отростков не было отмечено (I тип по классификации Losanoff and Basson), но отростки были длинные и утолщенные.

Всем пациентам была выполнена аппендэктомия с погружением культей в кисетные и Z-образные швы. Учитывая косую форму грыжи, всем детям осуществили пластику задней стенки пахового канала.

Послеоперационный период протекал гладко, заживление ран по первичному натяжению, больные выписывались на 4-5 сутки после операции.

Относительно объёма операции все родители детей были информированы. Частая травматизация отростка в мешке до операции и мобильная слепая кишка могут послужить предрасполагающими факторами развития воспаления в будущем. Проведенная операция в детском возрасте и наличие рубца в правой подвздошной области при появления симптомов воспаления червеобразного отростка могут привести к заблуждению врача и допущению диагностических ошибок. В связи с этим выполнение аппендэктомии при грыже Амианда у детей считали обоснованным.

Выводы. Таким образом, нахождение нормального или же воспаленного червеобразного отростка в грыжевом мешке (грыжа Амианда) встречается редко. Выполнение одновременной аппендэктомии с пластикой задней стенки пахового канала не считали тактической ошибкой.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «COMPARTMENT SYNDROME» ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А., Хайруллои Назрилло

Кафедра хирургических болезней №2, ТГМУ имени Абуали ибни Сино РНЦССХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оперативному лечению подвергались 15 детей в возрасте от 4 до 14 лет с костно-сосудистыми повреждениями плеча, у которых имело место клиническое проявление острой ишемии верхних конечностей. Пострадавшие находились на лечении в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ (13) и лечебно-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино (2) за период с 2010 по 2019 годы.

Анализ этиологических факторов показал, что все 15 пострадавшие получили травму при падении с высоты. Сроки поступления больных варьировали от 2 до 23 часов от момента получения травмы. Пострадавшим первичная медицинская помощь была оказана в разных лечебных учреждениях, но в двух наблюдениях “иммобилизация” конечностей подручными средствами была выполнена народными целителями.

Клиническое проявление повреждения проявилось деформацией плеча и предплечья, равномерной отёком конечности, похолоданием и снижением чувствительности пальцев кисти и ограничением функции кисти. В 3 наблюдениях кровообращение конечности

расценивалось как декомпенсированное, в 5 – субкомпенсированное. У 4 пациентов в зоне иннервации срединного нерва отмечалось отсутствие чувствительности, тогда как у 4 детей чувствительность была снижена.

При осмотре конечностей отмечалась равномерная отечность плеча и предплечья, кисть и пальцы были холодные на ощупь, пульсация сосудов ниже плеча не определялась. Объём пассивных движений был ограниченным и болезненным.

Пациентам с целью уточнения характера повреждений использовали рентгенографию, УЗДГ сосудов и в двух сложных случаях выполнили ангиографию.

Результаты и их обсуждение. Пациенты оперировались под общим обезболиванием. Перекрёстным проведением трех спиц достигали стабильной фиксации костных отломков.

При дефекте между концами плечевой артерии до 3 см 3 пострадавшим удалось осуществить циркулярный шов. В 5 наблюдениях выполнили аутовенозную пластику бифуркации плечевой артерии при дефекте более 4 см. Аутовенозную пластику лучевой (2) и локтевой (2) артерий выполнили в 4 наблюдениях. В 3 случаях локтевая (2) и лучевая (1) артерии были перевязаны.

При повреждении срединного нерва (4) осуществили эпиневральное восстановление, в 4 остальных наблюдениях повреждение нерва носило характер аксонотмезиса.

Клиническое проявление тромбоза восстановленных сосудов после операции отмечалось в 2 наблюдениях. С целью уточнения диагноза был использован УЗДГ. Повторная реконструкция анастомозов привела к успеху.

Отдаленные результаты выполненных реконструкций изучались у всех пациентов. Сроки консолидации костных отломков варьировались от 2 месяцев до 4 месяцев. При УЗДГ восстановленные сосуды были проходимы, регенерацию нервных стволов наряду с объективными критериями изучали при помощи ЭНМГ. Регенерация нервных стволов была быстрее при аксонотмезисе, тогда как после эпиневрального восстановления регенерация продолжалась в сроки от одного до 1,5 года.

Выводы. «Compartment syndrome» зачастую возникает при повреждениях плечевой и артерий предплечья при переломах костей верхних конечностей. Ранняя диагностика и адекватная реконструкция поврежденных структур при костно-сосудистых повреждениях позволяет получить хорошие результаты восстановления функции конечности в большинстве случаев.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Махкамов К.К., Олимова Ф.К., Амонкулова Н.И., Зурбекова Ш.

Кафедра неонатологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ», Государственное учреждение родильный дом № 1

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Анализ смертности маловесных детей для оптимизации деятельности неонатологических стационаров.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были маловесные дети, умершие в неонатальном периоде за период с 2016 по 2018 годы. Проведен анализ 148 историй родов и историй развития недоношенных с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела, с изучением каждого случая их смерти и отражением согласованной информации об характере ее причин.

Результаты и их обсуждение. Внедрение и реализация с 2011 года национальных протоколов по неонатологии позволило снижению показателя перинатальной и ранней неонатальной смертности (на 8.2% и 5.6 % , соответственно). Аналогичную тенденцию мы

наблюдали в динамике снижения летальности. Отмечено снижение показателя как общей летальности (на 7.5%), так и летальности среди недоношенных (на 9.9%).

В структуре ранней неонатальной смертности, основные позиции неизменно занимают СДР, асфиксия, состояния связанные с в/у инфекцией, а также пороки развития, несовместимые с жизнью. В динамике за исследуемый период мы отмечаем снижение смертности от асфиксии (на 6%) и от СДР (на 9 %).

В то же время отмечается рост фатальных исходов, связанных с внутриутробной инфекцией (на 11.5%) и особенно пороками развития (в 2.7 раза).

Проведенный анализ истории болезни каждого умершего новорожденного показал, что у всех матерей родивших преждевременно беременность протекала на фоне сочетания двух и более неблагоприятных факторов. Особенно это наблюдалось в группе, родивших детей с очень низкой массой тела (42%). Ведущее место занимали перенесенные острые воспалительные (орви, грипп, бронхит) и обострения хронических заболеваний, особенно мочеполовой системы (87,6%). При оценке плаценты выявлены различные её изменения, а часто их сочетания в 82.6% преждевременных родов. Неблагоприятные факторы риска оказывая потенцированное воздействие на плод, приводили к внутриутробной гипоксии плода. Так, дети были рождены исключительно в состоянии асфиксии, чаще умеренной, особенно дети с очень низкой массой тела (34%).

Состояния, связанные с преэклампсией, хориоамнионитом, мекониальными водам наблюдались в 71% случаев, а патологическое течение родов встречалось у 40% матеремаловесных детей. В 25.7% отмечаем преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

Несмотря на относительное снижение смертности от СДР, сохраняющийся его высокий обусловлен: неполной профилактикой (17%) и его отсутствием (62%); отсутствием сурфактант терапии; неадекватной респираторной терапией. Так, основная часть умерших маловесных (77,2%) нуждалась в ИВЛ. Из числа нуждающихся в вентилизации 85,7% была начата ИВЛ, однако у 58,3% она начата поздно. У 14.3% детей вентилизация не проведена по причине занятости аппарата.

Выводы:

1. Среди основных направлений совершенствования неонатальной помощи выделены определение порядка ее организации, штатных нормативов и стандартов оснащения.
2. Использование современных стандартов ведения (профилактика СДР, неинвазивная ИВЛ, сурфактант терапия и т.д.) позволят снизить показатель смертности маловесных новорожденных.

НЕЙРОГЕННОЕ РАССТРОЙСТВО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Махмаджонов Д.М., Джабборов С.С.

Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Улучшение результатов лечения нейрогенного мочевого пузыря у детей.

Материал и метод исследования. В отделение детской урологии, клиники детской хирургии ТГМУ за период 2010-2018 гг. на обследовании и лечении находилось 67 больных в возрасте от 1 до 14 лет, с НМП из них мальчиков было 27, девочек 40. Диагностика включала сбор анамнеза (семейную отягощенность, травмы, патологии нервной системы), оценку результатов лабораторных и инструментальных методов исследования мочевой и нервной системы.

Урологическое обследование больных включало УЗИ почек и мочевого пузыря (с определением остаточной мочи), микционную цистографию, обзорная и экскреторная урография при необходимости цистоскопия, КТ и МРТ почек и мочевыводящей пути.

При подозрении на патологию ЦНС после консультации детского невропатолога 13 больным проводились ЭЭГ, рентгенографии черепа и позвоночника, где выявлялись внутричерепная гипертензия у 8 детей и spina bifida у 5 больных.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от типа, тяжести нарушений и сопутствующих заболеваний прибегали к дифференцированной лечебной тактике, которая включала медикаментозную терапию, а у 48 больных применялось хирургическое вмешательство. При гипертонусе детрузора у 8 детей, который проявлялся учащенными (до 8-10 раз сутки) мочеиспускания малыми порциями, недержание мочи, энурезом - назначили М – холиноблокаторы (атропин, детям старше 5-7 лет оксибутирин). Фитопрепараты (валерианы, пустырника), ноотропы (пантогам). У детей старше 5 лет с ночным энурезом применяли препарат десмопрессин.

При гипотонии мочевого пузыря у 11 детей, которая была проявлена отсутствующими и редкими (до 2-х раз) мочеиспусканиями при полном или переполненном мочевом пузырем, вялом мочеиспусканием с напряжением брюшной стенки, ощущением неполного опорожнения из-за остаточной мочи, больным были рекомендованы по графику принудительные мочеиспускания каждые 2–3 часа. Периодически с целью опорожнения, повышения тонуса мочевого пузыря проводилась катетеризация мочевого пузыря. Все дети получали физио процедуры в виде электрофореза в области мочевого пузыря прозерин, калий йодо, озокеритовую аппликацию в области мочевого пузыря. Из медикаментов назначались: препараты ацеклидин элеутерококк, лимонник, глицин, орошение полости мочевого пузыря раствором диоксида, облепиховое масло, новокаином, лечебные ванночки с морской солью, настоем ромашки, зверобоя. Уросептики назначались в возрастных дозах (фурамаг, фурагин, 5-нок, канефрон, тактивин).

При НМП обусловленные хирургической патологией, которая выявлена у 48 больных, проведены коррегирующие операции в виде уретероцелэктомия 4 больным, геми нефруретерэктомия 8 больным, анти рефлюксные операции 30 больным, неоцистодубликатура по Савченко 3 больным и имплантация коллагена в устья мочеточника 3 больным. У всех больных подвергших оперативному лечению результаты лечения в ближайших и отдалённых периодах были хорошими.

Выводы.

1. При адекватной лечебной тактике прогноз нейрогенного мочевого пузыря у детей наиболее благоприятен.
2. Показания к пластическим операциям является наличие хирургической патологии, приводящей к вторичным расстройствам мочевого пузыря (пузырно-почечный рефлюкс, уретероцеле, дисплазия пузырных сегментов мочеточников), которые увеличивают риск развития инфекции мочевых путей и функциональных нарушений почек, вплоть до хронической почечной недостаточности.

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОГЛОТКИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мамаджанова Г.С

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Душанбе, Республика Таджикистан

Целью исследования: данной работы явилось изучить особенности клиники, диагностики и лечения детей с хроническими заболеваниями носоглотки у ЧБД.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 503 ЧБД с хроническими заболеваниями носоглотки: с хроническим ринитом – 57(11,8%) детей, фарингитом – 49(44%), отитом -99(27%), детей, с гайморитом 75(15,5%), с тонзиллитом-208(43,3%) часто развивались после перенесших инфекционных заболеваний. Всем детям проводились общий анализ крови, мочи, кала, температурный профиль, осмотр отоларинголога, риноскопия и отоскопия, R-графия гайморовых пазух, бактериологическое исследование посева на флору из носа, зева и уха.

Результаты исследований и их обсуждение. Обследуя 503 больных страдающих частыми, затяжными, хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей немалое влияние оказывало воздействие внешних, фенотипических факторов: этиологическое неблагополучие окружающей среды -483(100%), проживание в сырых помещениях-320(66,2%), посещение детских коллективов 280(57,9%), недостаточное и/или неправильное питание-318(65,8%), неправильное лечение предшествующих заболеваний (ОРИ, бронхиты, отиты)-198(41,1%), злоупотребление антибактериальными препаратами- 389(80,5%), ранее перенесшие тяжелые заболевания-168(34,8%), особенно инфекционные, глистная инвазия-228(47,2%), повторяющиеся стрессовые воздействия-148(30,6%). Все вышеперечисленные факторы способствовали развитию хронизации процесса .

При осмотре лор врачом отмечалось сухая, истонченная, бледноватая слизистая оболочка задней стенки глотки, покрытая серозным или серозно-гнойным отделяемым. Проникновение в полость среднего уха инфицированной слизи способствовало развитию отита у 99(20,4%). Появлялось беспокойство, крик, нарушался сон, снижался слух, повышалась температура до 39-40%, появлялся понос. При чихании, кашле глотании сопровождающимся повышением давления в барабанной полости боль усиливалась. При осмотре отмечалась гиперемия барабанной перепонки, выбуханием и у 29 (6,0%) даже гнойные выделения. Частые воспалительные заболевания носа вели к заболеванию решетчатого лабиринта: лобной -45(45,5%) и основной пазух 44(44,5%) больных. У всех этих больных отмечалось обильное выделение из носа, притупление, а иногда и полная потеря обоняния. Беспокоили периодические головные боли различной интенсивности. При гайморитах боль irradiровала в щеку и висок, а при фронтитах боль локализовалась в надбровных дугах. У 208 больных наблюдались частые повторные ангины, протекающие с поражением лимфоидной ткани, что способствовало развитию хронического тонзиллита. У этих больных отмечалось длительная субфебрильная температура, быстрая утомляемость, слабость, потливость, снижение работоспособности. Местно бугристость и плотность миндалин, наличие в лакунах гнойных пробок или гнойного содержимого, сращение миндалин с передними и задними дужками, наличие увеличенных, плотных, болезненных, регионарных лимфатических узлов. Со стороны лабораторных данных в анализах крови наблюдался умеренный лейкоцитоз, повышенное СОЭ преимущественно при обострениях хронических очагов инфекции ЧБД. В посевах слизистой оболочки зева (с миндалин), носа и уха были выявлены В-гемолитический стрептококк группы А, стафилакокки, этеробактерии, гемофильная палочка, хламидная и ЦМВ и др. кроме того обнаружено довольно интенсивная микробная колонизация слизистой оболочки грибами рода Candida

Медицинская помощь ЧБД проводилось комплексно в зависимости от степени выраженности клинических проявлений. Был организован рациональный режим дня ребенка, полноценный, длительный сон, исключались переутомления и перенапряжения. Назначалось полноценное питание, обильное питье (соки и отвары трав). Проводилась санация хронических очагов инфекции. По чувствительности проводилась медикаментозная терапия: в период обострения - антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, бициллин, макролиды. Использовались бактерицидные пластинки- фарингосепт, гексорал. Местная терапия включала орошение полости зева и носа растворами солевыми, ромашки, зверобоя и фурациллина. Применялись этиопатогенетические препараты- интерферон, виферон, а также физиотерапевтические методы (УФО, УВЧ зева). По выздоровлению оздоровительные мероприятия – закаливание, массаж, лечебная гимнастика. В катамнезе после проведенной терапии у большинства больных были длительные ремиссии, частота обострения заболевания уменьшилась с 6-7 до 2-3 раз. Диспансерное наблюдение проводилось в течение 3-х лет.

Выводы. Нами выявлены факторы способствующие развитию заболевания и клинические особенности хронических заболеваний носоглотки у ЧБД. Разработана комплексная терапия и проведено катамнестическое наблюдение в течение 3 лет. Весной и осенью проводилось протирецидивное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мамаджанова Г.С

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить состояние сократительной способности сердца при сепсисе у детей раннего возраста.

Методы и материалы исследования: нами был проведен анализ историй болезни 55 детей в возрасте от 0-3 месяцев находившихся на стационарном лечении в КЗ «Истиклол» с диагнозом сепсис. Всем детям проводилось клиничко-лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, кала. Клиничко –инструментальное исследование (ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенографию грудной клетки). Этиология подтверждалась на основании эпиданамнеза, клиники, бактериологического и вирусологического исследования.

Результаты и их обсуждение: при клиническом исследовании у большинства детей 38 состояние было тяжелым, у 17 средней тяжести. При осмотре обращало внимание резкая бледность кожных покровов, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, кашель, нарушение сна, вялость, адинамия, или беспокойство, отказ от груди. У всех детей заболевание начиналось бурно: с выраженными физикальными изменениями в сердце и легких, с высокой температурой. У большинства 29 (82,9%) детей в остром периоде отмечались серо-землистый цвет лица, холодные конечности с мраморностью, пероральный цианоз, явления нейротоксикоза, одышка. При выраженных экссудативных проявлений в легких отмечалось смещение границ относительной сердечной тупости вправо. Тоны сердца у всех больных были приглушены. Второй тон над легочной артерией акцентуирован, выслушивался у 22 (62,8%) детей ясный, но короткий систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины. На ЭКГ показало, что у 30 (72,7%) детей с сепсисом обнаруживались изменения желудочного комплекса QRS, у 29 (82,9%) выявлены зазубрения на восходящем, нисходящем колене зубцов Q или S, расщеплением их вершин, что свидетельствовало о нарушении проводимости в миокарде желудочков. Низкий вольтаж зубца T на ЭКГ отмечался у 24 (65,0%) больных. Заостренность его вершины T в стандартных усиленных от конечностей и грудных отведений – 18(59,8%) детей. Уплотнение

зубца Т со смещением интервала ST, выше изолинии на 1,5 мм в стандартных и усиленных от конечностей отведениях наблюдалось в 12 (38,8%) случаях. Предсердно-желудочковая проводимость у 12 больных была на 0,02-0,03 сек. короче по сравнению с нормой, приведенной для здоровых детей.

Выводы. При назначении препаратов улучшающих функциональное состояние миокарда и по мере улучшения состояния больного показатели ЭКГ, УЗИ имели тенденцию к нормализации. Проведенные исследования показали, что у детей с сепсисом отмечаются выраженные изменения функциональных состояний миокарда. Это необходимо учитывать при комплексном лечении сепсиса.

КОРРЕКЦИЯ СИМБРАХИДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ

Махмадкулова Н.А, Ибрагимов Э.К., Курбонов Дж. Дж. Маликов М.Х.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, РНЦССХ

Цель исследования. Улучшить результаты хирургической коррекции симбрахидактилии у детей.

Материал и методы исследования. Нами изучались результаты хирургического лечения 18 оперированных детей в возрасте от 3 до 14 лет за период с 2010 по 2019 годы. Дети находились на лечении в условиях лечебно-диагностического отделения ТГМУ имени Абуали ибни Сино (5) и отделении реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССХ (13). Среди оперированных 11 были мальчики и 7 девочек. Симбрахидактилия обеих кистей имела место всего лишь у одного ребенка.

Лечебно-диагностического отделения ТГМУ имени Абуали ибни Сино операции были выполнены совместно с врачами микрохирургического отделения РНЦССХ, Всем детям операции были выполнены с участием Операции в пальцев кисти.

Из дополнительных методов диагностики были использованы ЭХОЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография кистей, термометрия, УЗДГ, ангиография. При ЭХОЭКГ наличие порока не было выявлено. Аномалии развития органов брюшной полости и забрюшинного пространства не имело место ни у одного обследованного ребенка. В 9 наблюдениях больным была выполнена ангиография верхней конечности. Процедура была выполнена в условиях рентгено-васкулярного отделения РНЦССХ.

Результаты и их обсуждение. При ангиографии во всех наблюдениях были выявлены аномальные отхождения пальцевых артерий с уменьшением их количества. При выборе метода операции данные ангиографии строго учитывались.

Оперативные вмешательства были выполнены под общим обезболиванием, после наложения кровоостанавливающего жгута в нижнюю треть плеча. Во всех случаях были использованы микрохирургические инструментари операции и атравматический шовный материал. После предварительного начертания схемы операции (строго соблюдалась при выполнении всех операций) вмешательства выполнялись под оптическим увеличением (операционный микроскоп, лупа).

В связи с тяжестью патологии и аномалии развития сосудов оперативные вмешательства разделялись на два этапа. В большинство случаев (15) в первую очередь нами были разобщены I-и IV-V пальцы. В последующем спустя 3 месяца после операции и адекватной реабилитации, детям было выполнено разобщение III-IV пальцев. Основным

критерием успеха профилактики рецидива патологии явилось формирование межпальцевого промежутка. С этой целью по ладонной либо тыльной поверхностям кисти выкраивали треугольные лоскуты. Ятрогенное повреждение пальцевых нервов имело место в 3, пальцевых артерий в 2 наблюдениях. Во всех случаях пальцевые артерии и нервы были восстановлены нитью Prolene 7-0 и Ethilon 8-0.

Нарушение кровообращения разобщенных пальцев и перемещенных кожно-жировых лоскутов не имело место. В отдаленном периоде нарушение функции пальцев, развитие вторичных деформаций и контрактур, рецидива патологии мы не отмечаем.

Выводы. Таким образом, хирургическая коррекция симбрахидактилии у детей является сложной задачей и должна выполняться в специализированных лечебных учреждениях, где имеются современная аппаратура. Учёт данных ангиограмм имеет особое значение в выборе меда операции и формирование межпальцевых промежутков необходимо с целью профилактики рецидива патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ МОКСИФЛОКСАЦИНА (БИВОКСА) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Махмадов Ш.К., Халимова З.С., Каримова С.Б.

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: исследовать эффективность фторхинолона IV поколения моксифлоксацина (глазных капель Бивокса 0,5% , World Medicine ophtalmics) у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования: нами были обследованы 47 детей в возрасте от 4 недель до 11 месяцев. У 31 ребёнка (65,9%) был диагностирован острый бактериальный конъюнктивит, у 16 – дакриоцистит новорожденных (34,1%).

Основной проблемой при назначении этиотропной терапии у детей первого года жизни является то, что многие антибактериальные препараты противопоказаны для данной категории пациентов. Так же, многие бактерии выработали устойчивость в отношении часто применяемых в офтальмологической практике антибиотиков.

Фторхинолоны являются противомикробными препаратами широкого спектра действия, отличаются хорошей биодоступностью, высокой концентрацией, медленным выведением из организма, что обуславливает их высокую эффективность и снижение кратности закапывания. Моксифлоксацин разрешен к применению в педиатрической практике.

Всем пациентам с острым бактериальным конъюнктивитом и дакриоциститом новорожденных было рекомендовано инстиллировать глазные капли «Бивокса» 0,5% (World Medicine ophtalmics) по 2 капли 2 раза в день в течение 7 дней. Дополнительно к данному лечению, пациентам с дакриоциститом новорожденных, был рекомендован массаж слёзного мешка.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов, гнойное отделяемое исчезло к концу 2-х суток. Родителями отмечено улучшение состояния глаз: спал отёк, уменьшилась краснота глаз (конъюнктивальная инъекция). Полное исчезновение симптомов наблюдалось на 5-е сутки. У всех пациентов отмечена хорошая переносимость препарата. Родители 3 пациентов (6,4 %) с бактериальным конъюнктивитом прекратили инстилляцию глазных капель Бивокса на 4-5 сутки в связи с отсутствием конъюнктивальной инъекции и гнойного отделяемого, при

осмотре на 7 сутки – не отмечен рецидив заболевания. Это можно связать с кумулятивным свойством вышеуказанного препарата.

В группе детей с дакриоциститом новорожденных не понадобилось проводить зондирование и промывание слезных путей. При повторном осмотре спустя месяц, не отмечено симптоматики дакриоцистита новорожденных.

Дополнительным плюсом применения глазных капель Бивокса 0,5% в сравнении с другими антибактериальными каплями, со стороны родителей, указано снижение кратности закапывания.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности глазных капель Бивокса 0,5% у наших пациентов, сокращении воспалительного периода, хорошую переносимость. Не отмечено каких-либо побочных эффектов при их применении. Всё вышеизложенное позволяет рекомендовать глазные капли Бивокса 0,5% (World Medicine ophthalmics), как препарат базового выбора у детей первого года жизни.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж
Термезский филиал Ташкенской медицинской академии
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП

Наиболее актуальной и одной из сложных проблем экстренной медицины остается диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и малого таза. Необходимость оказания ЭМП больным, опасность развития грозных осложнений, если она не оказана, требуют от хирургов применение всех возможных способов ургентной диагностики. Наиболее частое несоответствие клинической картины со степенью патоморфологических изменений в органах ведет либо к вынужденным хирургическим вмешательствам, либо к неоправданной задержке операции, что отрицательно влияет на результатах лечения. Поэтому диагностическая лапароскопия является более эффективным, высокоинформативным и миниинвазивным методом исследований и позволяют четко определить последующую тактику хирурга.

Материал и методы. Нами в отделении неотложной хирургии Шурчинского субфилиала РНЦЭМП за период с 2014г по 2018г экстренную диагностическую лапароскопию использовали у 41 больных, из них 28 детей с подозрением на острую хирургическую патологию брюшной полости и органов малого таза, а также при тупых травмах живота для исключения повреждения внутренних органов. Дети были в возрасте от 5 до 18 лет. Из 28 детей, мальчиков было - 17, девочек - 11. Экстренная лапароскопия применялась для уточнения диагноза, проведения дифференциальной диагностики между заболеваниями и для определения характера повреждений органов брюшной полости. Из 28 больных у 9 лапароскопия произведена по поводу закрытой тупой травмы живота, у 3 наблюдаемых повреждения внутренних органов не выявлены; у 2 поверхностный разрыв правой доли печени, зона повреждения покрыта сгустками крови, продолжающегося кровотечения нет; у 1 больного выявлено изолированное поврежденное тело поджелудочной железы и передней стенки сальниковой сумки; у 1 ребенка обнаружен разрыв селезенки; у 1 больной разрыв брыжейки тонкой кишки и у 1 больного забрюшинная гематома по поводу перелома костей таза. В 19 наблюдениях при заболеваниях органов брюшной полости, у 4 при лапароскопии острой хирургической патологии не выявлено: у 4 выявлена апоплекция

яичника и сальпингоофарит; у 6 больных атипичные локализации деструктивного аппендицита; в 2 наблюдениях диагностирована прикрытая перфорация язвы 12 п.к; в 2 случаях при лапароскопии был обнаружен серозный выпот в брюшной полости и у 1 больного выявлены признаки пареза кишечника. В 9 наблюдениях при закрытых тупых травмах живота, у 4 выполнены санации и дренирование брюшной полости; у 1 лапаротомия, спленэктомия с дренированием брюшной полости; у 1 пациента произведена лапаротомия и ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, у 2 больных произведена санация и дренирование полости малого таза. Из 19 наблюдений в 6 случаях произведена аппендэктомия; у 2 больных выполнена клиновидная резекция яичника; у 2 наблюдений произведено иссечение и ушивание перфоративных язв в виды пилоропластики по Джадде.

Результаты проведенных исследований показали, что применение диагностической лапароскопии в экстренной хирургии способствовали точной диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза, а также повреждений внутренних органов при тупой травме живота и тем самым уменьшению процента нежелательных лапаротомии.

На основании нашего небольшого опыта мы считаем, что организация экстренной диагностической лапароскопии - это наиболее эффективное, более информативное и экономически оправданное, необходимое для центров ЭМП, лечебно-диагностическое исследование, позволяющее планировать тактику оперативного вмешательства.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЗАВЕРШЕНИЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения осложненных форм эхинококковых кист (ЭК) печени у детей.

Материал и методы: В отделении неотложной хирургии в период с 2012 по 2018 гг., под наблюдением находились 16 детей с осложненными формами эхинококковой кисты печени. Возраст детей колебался от 5 до 18 лет. Всем больным диагноз был установлен на основании жалоб, результатов обследования, клинико-биологических и иммунологических исследований анализов крови, УЗИ, МСКТ-органов брюшной полости. Одиночный эхинококк печени был выявлен у 10 (62,5%) больных, множественные эхинококковые кисты – у 6 (37,5%), первичный эхинококкоз имелся у 14 больных, рецидивный – у 2. Кисты более 15 см в диаметре наблюдались у 9 больных.

Все пациенты подвергались оперативному лечению, выполнялись следующие виды оперативных вмешательств в зависимости от локализации ЭК: открытая эхинококкэктомия с наружным дренированием без уменьшения объема фиброзной полости – 4 больным, эхинококкэктомия с тампонадой остаточной полости большим сальником на ножке по Аскерханову – 3 больным, эхинококкэктомия с капитанажем остаточной полости по Дельбе на дренажной трубке - 6 больным, эхинококкэктомия с капитанажем и инвагинацией стенки фиброзной капсулы - 2 пациентам, идеальная эхинококкэктомия печени выполнена у 1 больного. Из 16 больных у 1 больного выявлены разрыв ЭК в брюшную полость с анафилаксией, у 8 больных нагноившиеся ЭК, у 4 прорыв кисты в желчные протоки. Желчных свищей ушивали атравматическими абсорбирующими шовными материалами 2/0. Интраперационно в ходе эхинококкэктомии печени остаточная полость обрабатывалась

антисептиками. Полость фиброзной капсулы обрабатывалась раствором 3% H₂O₂ и 80 % раствором глицерина с экспозицией 5 минут, а также двухкратно обрабатывалась 96о спиртом и йодопираном. В послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионно-детоксикационная терапия и анальгетики. Химиотерапия (альбендазол или зентел из расчета 10 мг/кг) по схеме.

В послеоперационном периоде у 3 больных с наружным дренированием остаточной полости отмечалось желчеистечение в течение 2 месяцев; нагноение остаточной полости было отмечено у 2 больных. Летальных исходов и рецидивы эхинококкоза не было. Средняя продолжительность лечения в стационаре при открытой эхинококкэктомии составила 13,9-+0,9 дня. Больные активизировались на 3-4 сутки после операции.

Выводы: Методы хирургической тактики лечения, обработки фиброзной капсулы и способ ликвидации остаточной полости зависит от локализации, размеров кисты, квалификации хирурга и оснащенности операционного блока. Методом выбора ликвидации остаточной полости при эхинококкозе печени является эхинококкэктомии с капитанажем фиброзной капсулы по Дельбе викриловыми швами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б., Сагираев Н.Ж
Термезский филиал Ташкенской медицинской академии
Шурчинский субфилиал РНЦЭМП

Кишечная инвагинация встречается наиболее часто у детей грудного и раннего детского возраста, что связано с введением прикорма. В последнее двадцатилетие широко применяется в основном консервативный метод лечения, т.к. улучшилась современная диагностика и раннее выявление данной патологии.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии Шурчинского субфилиала РНЦЭМП в 2008-2018 гг., находилось 18 детей с инвагинацией кишечника. Детей в возрасте до 4-х месяцев было – 2; 5-7 месяцев – 7; 8-10 месяцев -6; 1 год и старше -3 детей. Мальчиков был -11, девочек-7. Для ранней диагностики нами использовано УЗИ брюшной полости по методике проф. В.Державина, которая позволяет выявить в большинстве случаев характерные эхопризнаки инвагинации кишок, таких как симптомы «псевдопочка», «мишень» и «маятникообразные» движение химуса кишечника выше припятствия, а также МСКТ брюшной полости по показаниям. У всех детей для диагностики применялись пневмо- и контрастная ирригоскопия с водорастворимым контрастом триомбрат 76%. При обнаружении инвагината произведена консервативная дезинвагинация аппаратом Ричардсона путем трансанального нагнетания воздуха под давлением 150-170 мм.рт.ст под рентгеноскопическим контролем. Из 18 больных консервативная дезинвагинация проведена 13 (72,2%) и оперированы - 5 (27,8%). Показаниями к операции были полностью не расправившаяся инвагинация - 3, повторная инвагинация у 1 и позднее поступление у 1 больного. Оперативная дезинвагинация выполнена у 5 больных, из них тонко-тонкокишечная – 1; илеоцекальная инвагинация 3; толсто-толстокишечная - 1 ребенка. Из 5 у 1 больного произведена резекция тонкого кишечника с наложением анастомоза «конец-конец» по поводу некроза инвагината.

Таким образом, информативными методами диагностики при данной патологии являются УЗИ брюшной полости, пневмоирригографии. При поступлении в стационар в ранние стадии болезни, а также при отсутствии признаков осложнений (некроз инвагината,

перитонит) лечение следует начинать с консервативной дезинвагинации, а при неэффективности показано оперативное лечение.

МИОКАРДИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Махмудова М.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить факторы и клинические особенности миокардитов у новорожденных детей, поступивших с внутриутробной инфекцией.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 286 больных детей, поступивших с внутриутробной инфекцией в КЗ «Истиклол» в отделение «Мать и дитя». Из них у 32(11%) детей были выявлены изменения со стороны сердца, укладывающиеся в клинику миокардита. Всем детям проводилось клиническое наблюдение, общий анализ крови, мочи, ЭКГ, ЭХОКГ, R-графия грудной клетки, бактериологические посевы крови на флору и чувствительность к антибиотикам и иммунно-ферментный анализ крови (ИФА).

Результаты и их обсуждение: все наблюдаемые дети поступали в клинику внутриутробно инфицированными. Из анамнеза выявили, что они родились от больных матерей, перенесших во время беременности ОРИ, причем у 15(5,2%) матерей неоднократно. Из них у 10(3,4%) бронхит, у 16(5,9%) пиелонефрит, у 3(1%) диагностировали пневмонию, у 3(1%) цитомегаловирусную инфекцию, у 3(1%) герпес. Состояние детей при поступлении в клинику было тяжелое: бледность кожных покровов, выраженная одышка, цианоз губ, акроцианоз, отмечались срыгивания, грудь брали неохотно, сосательные и все другие физиологические рефлексы были снижены. У 19 детей миокардит проявился прогрессирующей чрезмерной тахикардией (до 200 и более ударов в минуту), сердечной аритмией, тахипноэ, бледностью кожи, холодными конечностями, незначительным участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, на фоне отсутствия поражения легких. У всех детей ясный систолический шум выслушивался на верхушке, отчетливо слышны были расщепление II тона во втором межреберье слева 9(3,1%), ритм галопа 4(1,3%), пальпировалась печень 18(6,2%), отмечалась олигоурия 22(7,7%).

Но у 3(1%) детей была более легкая форма миокардита, состояние их было тяжелое, но самочувствие относительно неплохое (самостоятельно сосали, глотали), единственным симптомом было наличие систолического шума. У всех детей выявлено на УЗИ и R-графии грудной клетки кардиомегалия. На ЭКГ обычно виден был низкий вольтаж комплекса QRS в отведениях aVF, V₁₋₂, V₅₋₆, инверсия зубца T и депрессия S-T в левых прекардиальных отведениях, отмечалось явная гипертрофия стенок желудочков.

Выводы: таким образом, у всех детей с внутриутробной инфекцией была выявлена клиника миокардита, подтвержденная инструментальными и клинико-лабораторными исследованиями.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Махмудова М.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: явилось изучение клинической характеристики внутриутробной хламидийной инфекции у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Исследовано 200 новорожденных детей, находившихся в отделении «Мать и дитя» КЗ «Истиклол». Верификация внутриутробной хламидийной инфекции проводилась методами ИФА и ПЦР путем определения специфических антител.

Результаты и их обсуждение. Внутриутробная хламидийная инфекция подтверждена методами ИФА и ПЦР у 37-и новорожденных детей. У большинства (66,7%) детей клинические проявления инфекции начинались в раннем неонатальном периоде, что свидетельствовало о пренатальном заражении. Интранатальное инфицирование, при котором заболевание дебютировало на второй -третьей неделе жизни, имело место у четырех детей. Генерализованная форма хламидийной инфекции констатирована у 50% больных, субклиническая форма инфекции – также в 50%. Неврологические нарушения в виде сочетаний синдромов гипервозбудимости, двигательных и вегетативно-висцеральных расстройств с дальнейшей негрубой задержкой психомоторного развития диагностированы у всех детей. Пневмония, кишечный синдром и непрямая гипербилирубинемия составили симптомокомплекс генерализованной формы заболевания. У одного ребенка из этой группы отмечалось септическое состояние, очагами инфекции которого явились острая кишечная инфекция, пиелонефрит,. Конъюнктивит был у 41,6% детей, обычно двусторонний, со слизисто-гнойным отделяемым, который удерживался у большинства детей до 3х- 4-х месячного возраста.

У всех наблюдаемых пациентов регистрировались неврологические нарушения в виде повышения нервно-рефлекторной возбудимости. В постнеонаталь-ном периоде констатирована высокая частота гипер-тензионно-гидроцефального синдрома (50%) с дальнейшим формированием гидроцефалии в 20,8% слу-чаев, судорожного синдрома (33,3%), задержки психомоторного развития (33,3%).

Выводы: Внутриутробная хламидийная инфекция у новорожденных детей протекает тяжело с кишечный синдром (83,3%), пневмония (66,6%), гипербилирубинемия (50%), пиелонефрит (33,3%). Характерный симптом субклинической формы - конъюнктивит. Врожденные пороки развития усугубили течение хламидийной инфекции, приведшей к летальному исходу. Неврологические нарушения, имевшие место во всех случаях, являются проявлениями гипоксически-ишемической энцефалопатии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Машиц В. Д., Рубан А.П., Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Анализ современных данных с целью оценки рациональности ведения детей с ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Используются новейшие литературные данные по изучаемой проблеме, включая базы данных PubMed и Medline.

Результаты и их обсуждение. Рациональность терапии ОРВИ у детей с позиции эффективности, безопасности, фармакоэкономики и принципов доказательной медицины регулярно пересматривается. В ряде клинических исследований показана низкая эффективность ингибиторов нейраминидазы в терапии гриппа. Неэффективны также блокаторы М2-каналов в связи с высоким уровнем резистентности к ним вируса гриппа. Новый класс противовирусных ЛС, ингибиторы эндонуклеазы, не разрешены к применению у детей до 12 лет. Ведение пациентов с РС-инфекцией с использованием рибавирина сопряжено с множественными побочными эффектами, а назначение паливизумаба ограничено его высокой стоимостью. Заявленный ранее противовирусный эффект капсидингибирующих ЛС относительно рино-, пикорно- и энтеровирусной инфекции не оправдался. Целесообразность применения ЛС с целью воздействия на систему интерферонов при ОРВИ также пересматривается. Фактором ограничения применения индукторов интерферонов в педиатрии, является возраст пациентов (умифеновир разрешен с 3-х, кридоманид – с 4-х, тилорон – с 6-ти лет жизни). В этой связи при ведении детей с ОРВИ рекомендуется делать акцент на симптоматическую терапию. Широко применяется регидрационная, элиминационно-ирригационная и местная противовоспалительная терапия. Гипертермия купируется назначением ацетаминофена или ибупрофена. Деконгестанты не укорачивают ринорею, но облегчают дыхание, показаны коротким курсом и в соответствующей возрасту концентрации. Системные деконгестанты не разрешены к применению до 12 лет, ровно как и комбинированные противовирусные ЛС. В международных руководствах возраст для применения бутамирата регламентирован с 6-ти лет, синтетических муколитиков - с 4-х лет. Ингаляционное лечение включает использование бронхолитиков, будесонида при явлениях обструкции и стенозирующего ларингита.

Выводы. Таким образом, арсенал ЛС в менеджменте детей с ОРВИ ограничен, наиболее значимым эффектом при гриппе обладает противовирусная вакцинация.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ЛОЖНЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мендигалиев Е.К., Турсунов К., Куниязов Ж.К., Кусайнов Е.А., Сагымбаева А.А.

Национальный медицинский университет

Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования. Изучить результаты торакоскопической коррекции ВЛДГ у новорожденных.

Материалы и методы. Для достижения этой цели нами проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 18 новорожденных с ВЛДГ находившихся с 2015 по 2018 гг в «ЦДНМП» г. Алматы. Из 18 пациентов девочек было 4 (22,2%) и мальчиков 14 (77,8%). Гестационный возраст составил от 34 до 41 недели. Из них 4 (21%) недоношенные, 15 (79%) - доношенные. Масса тела при рождении была в пределах от 2500 гр до 4114 гр. По нашим данным ВЛДГ в антенатальном периоде диагностирована у 15 (83,3%) плодов. Левосторонняя ВЛДГ выявлена у 17 (94,4%) новорожденных, справа в 1 (5,6%) случае. Двухсторонние грыжи в нашей практике не встречались. Следует отметить, что ВЛДГ среди всей группы врожденных ДГ выявлены в 94% случаев. В 6 (33,3%) наблюдениях ВЛДГ сочетались с другими пороками, в частности с ВПР сердца,

мочевыводящих путей, костно-мышечной системы, гипоксического поражения головного мозга и полиорганной недостаточности.

В алгоритме диагностических методов кроме традиционных клиническо-лабораторных исследований, включены УЗИ ЦНС, грудной клетки и брюшной полости, мочевыводящих путей, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, а также КТ органов грудной клетки.

Необходимо указать, что в нашей клинике хирургическая коррекция ВЛДГ с 2015 года осуществлялась только торакоскопическим (ТС) методом. У 14 (77,8%) пациентов с незначительным дефектом пластика диафрагмы выполнена местными тканями. В 1 (5,6%) случае из-за разволокненности диафрагмы, у 2-х (11,1%) новорожденных с субтотальной и у 1-го (5,6%) новорожденного с тотальной аплазией купола диафрагмы для пластики выбран синтетический аллотрансплантант «Gortex».

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде из-за сочетанных множественных пороков развития умерли 2-е (11,1%) недоношенных пациентов. Выживаемость после ТС коррекции ДГ составила 16 (88,9%) детей, что доказывает весомую эффективность данной методики.

Выводы. Результаты наших исследований свидетельствуют, о том, что на сегодняшний день наиболее эффективным и безальтернативным методом лечения ВЛДГ является ТС пластика диафрагмы. При тотальной аплазии диафрагмы показана аллопластика с синтетическим аллотрансплантантом «Gortex».

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ

Мирпочоева З.А.

Худжандский государственный университет

Цель исследования. Изучить особенность клинического течения аскаридоза у детей.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано клиническо-лабораторные данные 85 детей в возрасте от 2 до 14 лет, находившиеся на лечении в детской региональной клинической больнице г. Худжанда за 2017-2018 гг. Было собрано эпидемиологический анамнез, жалобы а также проводили общеклинические лабораторные и биохимические анализы для оценки функциональных изменений со стороны печени, желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы. Всем детям проведено копрологическое исследование, анализ кала на яйца глистов по Като.

Результаты исследования. Следовательно клинически выраженная инвазия имела у 59 детей, причем у 23 детей (27,0%) протекали с изолированными симптомами а у 36 (60%) с двумя и более симптомами.

Диспепсический синдром выявлен у 58 (68,2%) детей и является преобладающим у всех детей. В 85% случаев дети жаловались на боли в животе. Во время болевых приступов у 8 детей была тошнота и рвота, во время которой у 3 из них в рвотных массах были обнаружены взрослые аскариды.

Вздутие и урчание в животе отмечали 19% пациентов. Этот симптом возникал как на «голодный» желудок, так и после еды.

У каждого третьего исследуемого ребенка отмечалась нарушения питания.

На изменения характера стула указывали данные 59% детей. Из них 6 пациентов имели неустойчивый, непереваренный стул с примесью слизи в каловых массах, склонность к запорам была у 8 обследуемых, периодически жидкий стул отмечался у 13 детей.

Жалобы астено - невротического характера были выявлены у 14 детей. В кишечную стадию аскаридоза изменения со стороны нервной системы проявлялись в более стойких нарушениях в виде ортостатического головокружения у 6, сухости и шелушения кожи – у 4 пациентов, у 3-х детей 10 и 12 лет отмечалось наличие истерических приступов.

Кожно-аллергический синдром выявлен у 11 детей. Его проявления выражались в виде аллергического дерматита, сыпи уртикарного или пятнисто-папулёзного характера, зуда кожи.

Выводы. Таким образом, аскаридоз у детей характеризуется диспепсическим, астено-невротическим, кожно - аллергическим и респираторными синдромами.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ

Мирзоев Р. К., Сайёдов К. М., Магзумов Д. Р., Нодиров Н. Н.

ГУ Республиканский научный центр педиатрии и детской хирургии

Цель работы заключается в анализе проделанной работы и определение наиболее приемлемого метода операции при дистальной гипоспадии.

Материалы и методы исследований. За 2011 и 2019 годы всего поступило 57 больных с гипоспадией, из них с дистальной гипоспадией было 42 (100%) больных детей. Возраст больных: с 2 до 5 лет – 12 (28,6%), с 6 до 10 – 18 (42,8%) больных и с 11 до 15 – 12 (28,6%) больных. Первичных больных было 28 (66,7%), в других лечебных учреждениях ранее оперированы с неудовлетворительным результатом 6 (14,3%) ребенка. Больных с венечной гипоспадией было 13 (21,4%), дистальную стволовую форму имели 20 (40,5%) мальчиков, среднюю стволовую 9 (21,4%). У 23 (54,8%) больных уретропластика произведена по методике Snodgrass, 12 (28,6%) больным Duplay и по методике Magpi 7 (16,7%) больных.

Результаты исследований. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У одного больного оперированного по методике Duplay отмечалось образование маленького свища в пределах одного шва. При уретропластике по методу Magpi отмечалось осложнение в виде стриктуры неоуретры у 2 больных. У оперированных по методике Snodgrass мы отмечали в 2 случаях образование свищей, которые были из категории больных оперированных повторно, и в 3 случаях отмечалось сужение неоуретры, которые были коррегированы путём продленной катетеризации с последующим бужированием.

Выводы. Таким образом, при дистальной гипоспадии наиболее приемлемой методикой является метод Snodgrass, которая даёт возможность провести полную косметическую и функциональную коррекцию порока и позволяет сократить число послеоперационных осложнений.

РАННЕЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Мирзоева С.М., Набиев М., Кариева М., Сабуров М.Р.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, НМЦРТ

Душанбе, Республик Таджикистан

Цель исследования. Изучить результаты раннего лечения врожденного вывиха бедра у детей.

Материал и методы исследования. Нами в детском травматологическом отделении НМЦ РТ были изучены амбулаторные карты, данные УЗИ и рентгенологического исследования тазобедренного сустава 210 детей раннего возраста. Мальчиков было 88,

девочек 122. В возрасте до 3 месяцев было 12 детей, от 4 до 6 месяцев - 56, от 6 месяцев до 1 года было 142 ребенка.

Результаты и их обсуждение. При обследовании детей обращали внимание на основные клинические симптомы: степень отведения бедер в тазобедренном суставе, симптом "соскалзывания" в тазобедренном суставе, асимметрия кожных складок на бедрах и ягодиц, наличие разницы в длине ног и наружная ротация конечностей. В результате обследования детей выяснилось, что дисплазия тазобедренных суставов выявлено у 36 детей, подвывих бедер у 54 детей и вывих бедра у 120 ребенка. Лечение детей мы начинали независимо от возраста ребенка и степени патологии тазобедренного сустава. У новорожденных и у большинства детей грудного возраста благодаря отведению ног (широкое пеленание) удается вправить постепенно головку бедра в суставную впадину. Лечение прекращали тогда, когда клинически и рентгенологически определяется нормальное направление в развитии сустава. Для удержания нижних конечностей ребенка применяли различные отводящие ортопедические шины. Параллельно больные получали физиотерапевтические процедуры, ЛФК и массажа мышц окружающих тазобедренных суставов. Полное анатомо-физиологическое восстановление тазобедренных суставов после лечения наступало: при дисплазии - у 100 процентов, при подвывихах - 96,3 и при вывихах - у 90 пр. детей

Выводы. Клинические и рентгенологические исследования показали, что ранее консервативное лечение врожденного вывиха у детей является безопасным и эффективным методом и в более 96% случаев дает хорошие функциональные результаты.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Мирзоева С. М., Набиев М., Сагизов Н.Г.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ. НМЦ Республики Таджикистан

Цель работы. Изучить результаты современных методов хирургического вмешательства лечения последствий перенесенного полиомиелита у детей.

Материалы и методы исследования. В детском травматолого-ортопедическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан были анализированы истории болезни 168 больных возрасте от 5 до 14 лет, подвергнутых оперативному лечению по поводу остаточных явлений перенесенного полиомиелита. Мальчиков было 96 (57.2%), девочек - 72 (42.8%).

В комплекс диагностических пособий входил ортопедический осмотр, анамнез, рентгенологические исследования, электромиография, УЗИ органов, компьютерная томография, лабораторные анализы биохимия.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ нашего материала показал, что эквино-варусная стопы была у 53 (31,5%) детей, плоско-вальгусная у 18 (10.7%), пяточно-вальгусная у 14 (8.3%), только эквинусная деформация у 10 (6.0%), сгибательные контрактуры коленного сустава у 32 (19%), сгибательно-приводящие контрактуры в тазобедренном суставе у 15 (8.9%), укорочение конечностей у 13 (7.7%) и патологический вывих бедра у 11 (6.5%) больных. Оперативному лечению подвергались дети с 5 летнего возраста после окончания восстановительного периода. Характер оперативных вмешательств (219 операций), проведенных в клинике заключалась в следующем: ахиллопластика, рассечение подошвенного апоневроза выполнена в 55 случаях, пересадка сухожилий в 56, подтаранный трехсуставной артродез стопы в 31, удлинение и тенотомия сгибателей

коленного сустава в 19, метаплазия по Вредену - в 21, надмышцелковая остеотомия бедра в 25 случаях. Удлинение конечности аппаратом Илизарова осуществлено у 12 больных. Определяя объем и характер возможных оперативных вмешательств, мы стремились максимально использовать современные достижения ортопедии, позволяющие восстановить опороспособность конечности в целом. Старались избегать артродезирующих операций, шире использовали возможности компрессионно - дистракционных аппаратов и т.д. В послеоперационном периоде важным фактором лечения является восстановительная терапия: массаж, активная гимнастика, тепловые процедуры и обучение ходьбе в рациональном ортезе. Результаты лечения показали, что все больные после оперативных вмешательств отметили улучшение опороспособности пораженной конечности. Дети (10), которые не передвигались до операции, начали самостоятельно ходить при помощи костылей. Большинство больных освободились от тяжелых фиксирующих аппаратов. 13 больных получили возможность передвигаться в домашних условиях самостоятельно. Они пользовались ортопедической обувью или облегченными шинами только при передвижении на большое расстояние.

Выводы. В заключение хочется отметить, что в настоящее время в арсенале ортопеда имеется целый ряд современных методов хирургических вмешательств, в комплексном лечении больных с деформациями на почве перенесенного полиомиелита у детей. Правильное и своевременное применение, которых оказывают большую помощь в восстановлении здоровья больных детей и подростка.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мисюра А.Н.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
Киев, Украина

Целью данной работы было оценить эффективность применения алгоритма медико-психологического сопровождения подростков с АГ.

Материалы и методы. В отделении ревмокардиологии Детской клинической больницы №6 г.Киева проведено комплексное клиническое и психологическое исследование 20 подростков (7 девочек, 13 мальчиков) в возрасте 11-17 лет (в среднем $14,40 \pm 1,63$ лет), находившихся на стационарном лечении по поводу АГ (основная группа). Диагноз установлен за результатами суточного мониторинга артериального давления. Качество жизни определяли с помощью анкеты SF-36, тип Д личности – анкеты DS-14, приверженность к лечению – анкеты X. Girerd и соавт. (2001), компьютерную зависимость – специальной анкеты. Результаты лечения сопоставляли с результатами у 11 подростков (7 мальчиков и 4 девочек) соответствующего возраста с АГ.

Результаты. Избыточная масса тела, тип Д личности, высокие значения анкеты «Компьютерная зависимость» позволили разделить подростков на 2 группы по 3 подгруппы в каждой. В первую группу вошли подростки, у которых первичная АГ сочеталась с избыточной, во второй с нормальной массой тела. В подгруппы 1а и 2а вошли пациенты с типом Д личности, 1б и 2б с высоким показателем теста «Компьютерная зависимость», в подгруппы 1в и 2в – остальные пациенты.

При построении программы медико-психологического сопровождения пациентов 1 группы акцент был сделан на психообразование (увеличивали приверженности к лечению,

особенно у пациентов с типом Д личности), в качестве основного метода психокоррекции подростков из подгрупп 1а, 1б, 2а, 2б использовали когнитивно-поведенческую терапию.

Положительный результат лечения был достигнут у 17 (85%) пациентов (нормализовалось или существенно улучшилось артериальное давление), тогда как группе сравнения лечение было эффективным лишь у 35,3% подростков. В среднем у пациентов основной группы более чем в два раза повышалась приверженность к лечению, а также улучшились показатели качества жизни.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ В 2010-2018 ГОДАХ

Мощенко Ю.П.¹, Сапотницкий А.В.²

¹«Барановичская детская городская больница», Барановичи, Республика Беларусь

²«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования – изучение динамики заболеваний сердца и сосудов у детей и подростков в городе Барановичи в 2010-2018 годах.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 города Барановичи за 2010, 2014 и 2018 годы. Используются методы описательной статистики и критерий хи-квадрат.

Результаты исследования. В динамике исследуемого периода отмечено постоянное возрастание числа детей, находящихся на диспансерном учете: 373, 613, 945 пациентов в 2010, 2014 и 2018 годах соответственно. Лидируют в структуре детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы врожденные пороки сердца (ВПС). Частота ВПС неуклонно увеличивается: 373 ребенка в 2010 году (76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 414 (67,5%) в 2014 (67,5%) и 762 (80,6%). Причем если в 2014 году по сравнению с 2010 относительная частота ВПС достоверно снизилась ($\chi^2=8,3$; $p=0,004$), то в 2018 выявлено ее статистически значимое повышение ($\chi^2=34,4$; $p=0,0001$).

Относительная частота нарушений сердечного ритма и проводимости остается стабильной, однако абсолютное число пациентов с этими заболеваниями повышается: 35 случаев (9,4% от общего числа состоящих на учете) в 2010 году, 55 (9,0%) в 2014 и 89 (9,4%) в 2018.

Число пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани остается стабильным. На учете состояло 23 пациента в 2010 году (6,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 24 в 2014 (3,9%), и 24 (2,5%) в 2018.

Заключение. В динамике периода 2010-2018 годов выявлено абсолютное и относительное возрастание числа пациентов с ВПС. Имеется также тенденция к росту частоты нарушений ритма и проводимости.

СТРУКТУРА ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ, ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ОТ МАТЕРИ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Музаффаров Ш.С., Зурхолова Х.Р., Расулова Г.Дж., Розикова Г.С., Нурова Р.А.

Научно-исследовательский институт Акушерства, Гинекологии и Перинатологии Таджикистана

Цель исследования. Проанализировать показатели здоровья и заболеваемости недоношенных новорожденных, родившиеся с низкой и очень низкой, экстремально низкой массы тела от матери с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 (n=40) детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела, родившиеся от матери с тяжелой преэклампсией, которые наблюдались в отделении реанимации новорожденных и отделении второго этапа выхаживания неврожждённых НИИ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии Республики Таджикистан. Все наблюдаемые новорожденные дети по сроку гестации и антропометрическими показателями были разделены на две группы. Первую группу составили 13 (n=13) недоношенных новорожденных детей с низкой массы тела (m=1501-2500 грамм) и во вторую группу вошли 37 (n=27) недоношенных новорожденных детей с очень низкой (m=1001-1500 грамм) и экстремально низкой (m=1000 грамм и меньше) массы тела. Всем обследованным детям наряду с анамнестическими, эпидемиологическими и общеклиническими методами диагностики проводили лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, включая билирубин, глюкозу крови, посев крови на микрофлору и нейросонография.

Результаты исследования и обсуждения. Матери наблюдаемых детей имели отягощенный акушерский, гинекологический и экстрагенитальный анамнез. Из анамнеза жизни у 7 женщин отмечалась гинекологическая патология – кольпит, эрозия шейки матки, метроэндометрит, аднексит. У 14 женщин отмечались хронический тонзиллит и у 18 хронический пиелонефрит. Гестационная гипертензия отмечалась у 40 женщин, тяжелая эклампсия наблюдалась в 2 случаях. Всем матерям наблюдаемых детей проводилась магниезиальная терапия, 19 женщинам была проведена профилактика РДС.

Среди наблюдаемых недоношенных новорожденных детей 19 (47,5%) родились со сроком гестации менее 28 недель, масса тела при рождении составила 950 ± 210 гр, длина тела $34,4 \pm 1,8$ см. Со сроком гестации 28-34 недель родились 14 (35%) недоношенных новорожденных, средняя масса тела при рождении 1420 ± 150 гр, средняя длина тела $38,2 \pm 1,0$ см. 7 (17,5%) недоношенных детей родились при сроке гестации 34-36 недель масса тела составила $2140 \pm 260,4$ гр, средняя длина тела $43,7 \pm 2,3$ см. Задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу (ЗВУР) отмечалась у 8 (27,5%), по гипопластическому типу у 5 (20%) и диспластическому типу у 4 (10%) новорожденных детей. При диспластическом ЗВУР отмечались врожденные пороки развития в виде расщелина верхней губы в 2 случаях, атрезия ануса в 1 случае, атрезия пищевода с трахеобронхиальным свищом в 1 случае.

От первой беременности родились 13 (32,5%), от 2-й 18 (45%), от 3-й 9 (22,5 %) новорожденных детей. Оценили по шкале Апгар 6-7 баллов 13 (32,5 %) детей, 5-4 баллов 16 (40%), и 1-3 баллов 11 (27,5%) детей.

В раннем неонатальном периоде у детей I-й группы наблюдался синдром дыхательных расстройств в 14 (35%) и у II группы в 10 (25%) случаев, соответственно.

внутрижелудочковые кровоизлияния в 9 (22,5%) и 17 (42,5%) случаев, церебральная ишемия различной степени тяжести в 16 (40%) в первой и 9 (22,5%) случаев во второй группы наблюдаемых дети. Сочетанная форма внутриутробной цитомегаловирусной и герпетической инфекции в 3 (7,5%) и 1(2,5%) случаев, внутриутробная пневмония с синдромом дыхательных расстройств в 4 (10%) и 2 (5%) случаев, неонатальный сепсис в 2 (5%) и 1(2,5%) случаях соответственно в первой и второй группах. У детей первой и второй группе в раннем неонатальном периоде неврологическая симптоматика имела разнообразной характер и у большинства детей наблюдались синдром угнетения.

В позднем неонатальном периоде у детей обеих групп отмечались признаки бронхолегочной дисплазии (16) и патологии инфекционного характера т.е энтероколит у 13 (32,5%) ребенка, у 5 (12,5%) детей признаки язвенно-некротического энтероколита, у 4 (10%) симптомы очагово-сливной формы пневмонии и у 1(2,5%) признаки менингоэнцефалита. Гемодинамические нарушения головного мозга проявлялась в виде гипоксически - ишемической энцефалопатии с синдромом угнетения у 13 (32,5%), с синдромом нейрорефлекторного возбуждения у 10 (25%), с судорожным синдромом у 5 (12,5%) и гипертензионно-гидроцефальным синдромом у 2(5%) недоношенных детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массы тела. Судороги отмечались у детей более 34 недель. Кисты головного мозга отмечались у 6 новорожденных, у которых в крови определялись маркёры на возбудители токсоплазмоза и ЦМВИ.

При нейросонографическом исследовании в ранних периодах отмечались перивентрикулярный отек и обширный отек паренхимы.

Выводы. Недоношенные новорожденные, родившиеся у матерей с тяжелой преэклампсией, подвержены нарушениям мозгового кровообращения, внутрижелудочковым кровоизлияниям, дыхательным расстройствам, как в результате недостаточности сурфактанта, так и на фоне преэклампсией матери перенесенной внутриутробной гипоксии и асфиксии. На фоне вышеуказанных нарушений дети склонны к инфицированию и грозными постгипоксическими неврологическими осложнениями.

КЛИНИКО-ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Музаффаров Ш.С.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ имени Абуалиибни Сино

Цель исследования. Изучить клинико-гомеостатические особенности системы гемостаза у новорожденных детей при врождённой цитомегаловирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией, госпитализированных в отделение патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ. Все наблюдаемые дети были разделены на две группы. Первую группу составили 13 ребенка с изолированной цитомегаловирусной инфекцией, и вторая группа включала в себя 15 детей с сочетанной внутриутробной инфекцией. Наряду с общеклиническими и лабораторными методами исследования проводили анализ коагулограммы и изучали ее компоненты, в том числе активированное частичное тромбластиновое время, протромбиновое время, концентрация фибрина и фибриногена в плазме крови, на основании которого оценивали показатели гемостаза у наблюдаемых новорожденных. Все поставленные диагнозы наблюдаемых больных были подтверждены лабораторными методами.

Результаты исследования и её обсуждение.

При исследовании крови на TORCH-инфекцию у 8 детей были выявлены диагностические титры только к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), в 7 случаев были обнаружены маркеры к ЦМВ и герпес, в 5 случаях маркёры к ЦМВ и токсоплазмозу и в 2 случаях маркёры к ЦМВ и хламидийной инфекции.

У 18 детей клинически наблюдались признаки ДВС-синдрома в виде продолжительного кровотечения из мест инъекции в 15 случаев и рвота по типу «кофейной гущи» в 9 случаях. Кожные высыпания отмечалась у 10 новорожденных, и высыпания имели петихиальный и мелкоочечный характер и после проведения соответствующей терапии в течение 6-8 дней исчезли без следов. Мелена отмечалась у 11 больных детей. Носовые кровотечения наблюдались у 2 новорожденных.

У 13 детей первой группе наблюдалось укорочение время кровотечения по Лью-Уайту ($2\pm 1,0$) и по Дьюке ($1,0\pm 0,3$). АЧТВ у детей второй группы имело длительное течение ($56,3\pm 1,33$). Показатели фибриногена у этих же детей было несколько выше ($488,3\pm 4,0$), чем у детей контрольной группы. Протромбиновое время тоже имело тенденции к повышению ($41,4\pm 3,0$).

У 15 детей второй группе при анализе свертываемости крови отмечалось заметное удлинение время кровотечения по Лью – Уайту ($9\pm 1,0$) и по Дьюке ($6\pm 0,5$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($5\pm 1,0$ и $3\pm 1,0$). У этих же детей показатели АЧТВ были немногониже ($40,3\pm 2,0$) по сравнению с этими же показателями группы относительно здоровых детей ($46,6\pm 1,2$). Уровень фибриногена у этих детей имело явную тенденцию к уменьшению ($166,2\pm 3,0$), чем показатели контрольной группы ($333,1\pm 4,0$). Протромбиновое время у детей первой группы имелось более краткое течение ($16,1\pm 2,1$), чем этот показатель у детей контрольной группы ($24,3\pm 1,3$).

Таким образом, при врожденной цитомегаловирусной инфекции система гомеостаза и в частности система гемостаза претерпевает заметные изменения, и в основе которых лежит синдром холестаза, цитолиза, бактериальные процессы и синдрома полиорганной недостаточности. ДВС-синдром как последствие перечисленных процессов у детей с цитомегаловирусной инфекцией в основном развивался на фоне вторичной инфекции, но и может развиваться первично в результате нарушения функции печени, которая проявляется в виде фетального гепатита, выраженного холестаза, синдрома цитолиза, повышения трансаминаз, снижения количество белка, заметная тромбоцитопения и синдром полиорганной недостаточности.

Выводы:

1. Нарушения системы гомеостаза как последствие изменения функции свертываемости крови при цитомегаловирусной инфекции может быть первичной на фоне функционального нарушения печени и вторичной в результате присоединения бактериальной инфекции. Степень выраженности нарушения системы гемостаза зависит от уровня выраженности синдромов холестаза, цитолиза и системного воспалительного ответа.
2. При вторичной цитомегаловирусной инфекции наряду с традиционной антибактериальной терапией следует, применять иммуномодулирующие лекарственные средства поднимаемые содержание антител против ЦМВИ человека и назначение препаратов улучшаемые почечный кровотоков для профилактики острой почечной недостаточности и синдрома полиорганной недостаточности на фоне фетального гепатита.

ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Музофиршоева М.М., Ашурова Ш.С.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить особенности бронхиальной астмы при заболевании щитовидной железой.

Материалы исследования: исследования проводились по материалу Государственного медицинского центра – отделение аллергологии г. Душанбе в течение 2016-2017 гг. В исследование вошли 86 детей от 5 до 17 лет.

Проведено клиничко-лабораторные исследование функционального состояния щитовидной железы у больных детей БА в зависимости от формы, степени тяжести и длительности заболевания. Выявлено, что функциональная активность щитовидной железы у пациентов с этой патологией закономерно изменяется в зависимости от клинических особенностей течения заболевания. В начальных стадиях БА в приступный период функциональная активность щитовидной железы повышается, при дальнейшем прогрессировании патологического процесса она снижается. У больных с тяжелым течением БА, длительно получавших преднизолон и дексаметазон, формируется первичный и вторичный гипотиреоз. Компенсаторное увеличение содержания Т3 предупреждает развитие выраженных клинических проявлений первичного гипотиреоза при БА легкого и среднетяжелого течения. Однако у больных с тяжелым течением заболевания с вторичным гипотиреозом эти проявления не могут быть полностью компенсированы. Это подчеркивает большое значение Т3 в окислительно-восстановительных процессах.

Результаты и их обсуждения. Были обследованы специально отобранные больные БА с изменениями щитовидной железы, ранее не лечившиеся глюкокортикоидами. У больных с легким течением БА выявлены изменения щитовидной железы в виде диффузного увеличения 1-2 степени. У всех больных обнаружено повышение функций: возбудимость и эмоциональная лабильность, легкий тремор пальцев рук, тахикардия, повышение артериального давления. Длительность бронхиальной астмы не превышала 5 лет. В группе больных со среднетяжелым течением заболевания отмечены различные изменения щитовидной железы – 48,7% имели клинические признаки гипертиреоза (раздражительность, повышенная возбудимость, легкий тремор пальцев рук, плохой сон, снижение работоспособности, сердцебиение); у 51,3% отмечались симптомы гипотиреоза (резкая слабость и утомляемость, сухость кожи, запоры). И, наконец, в группе с тяжелым течением бронхиальной астмы имелись признаки пониженной функции щитовидной железы. Длительность заболевания была у подавляющего большинства – более 10 лет. Клинические наблюдения подтверждены лабораторно – значениями Т3, Т4, ТТГ. Но более тщательное изучение с применением тиролиберина показало, что только у больных с тяжелым течением бронхиальной астмы с клиническими признаками гипотиреоза были обусловлены поражением самой щитовидной железы. Это позволяет подчеркнуть высокую частоту нарушения функций щитовидной железы у больных бронхиальной астмой тяжелого и длительного течения. Данные исследования проведены в приступный период БА.

Вывод. Таким образом, в доступной литературе данных о сочетании респираторного аллергоза с дисфункцией щитовидной железы крайне мало, а имеющиеся результаты противоречивы. В этой связи, проблема сочетания этих заболеваний остается одной из нерешенных задач и обосновывает необходимость изучения их взаимосвязи. Кроме того, имеющиеся исследования проводились в основном у взрослых. Но в последние годы

распространенность БА среди детского населения возрастает. Отмечена тенденция к более раннему возникновению данного заболевания, которая стала появляться у детей в возрасте до 1 года, а также к более тяжелому течению болезни, что существенно снижает качество жизни больного ребенка. Дальнейшее изучение сочетанного течения БА у детей и патологии щитовидной железы является актуальной проблемой и требует поиска новых данных в этом направлении.

СТРАТИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Муродов М.Дж., Шамсов Б.А, Кодиров А.Р., Рахмонов М.Б.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: определение факторов риска у новорожденных, которые могут влиять на формирование кардиоваскулярных патологий.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 56 матерей и обследовано 64 ребенка, в сроке гестации $37,4 \pm 1,2$ недели. Для определения факторов риска развития кардиоваскулярной патологии использовались анкеты семейного анамнеза кардиологического профиля, качество жизни матерей оценивалось с помощью специального опросника качества жизни. В качестве контрольной группы были включены - 20 здоровых новорожденных, без морфофункциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, без отягощенный анамнеза кардиологического профиля, средний возраст родителей - $24,7 \pm 2,9$ лет.

Результаты исследования: Средний возраст большинства рожениц составлял $25,6 \pm 4,5$ лет. Родились от первой беременности – 59,4% детей ($p \leq 0,05$), от второй беременности - 21,9% и 18,7% - от третьей и последующих.

Скрининговое УЗИ было проведено всем опрашиваемым женщинам во время беременности в среднем 2-3 раза. Осложненная беременность имела место у 33,9% женщин. 50,9% ($p \leq 0,05$) матерей имели различные хронические заболевания. Состояние своего здоровья во время беременности как хорошее оценивают 89,6% ($p \leq 0,05$) женщин, удовлетворительное - 8,3%, неудовлетворительное - одна женщина. Большинство детей родились в удовлетворительно состоянии, из них 86,9% ($p \leq 0,05$) имели оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, 9,4% - 7-8 баллов и только 3,7% - 4-6 баллов. 84,9% ($p \leq 0,05$) детей были здоровы, 15,1% имели морфофункциональные отклонения со стороны ССС в виде нарушений ритма сердца (1 ребенок), диабетической кардиомипатии (2), аневризмы межпредсердной перегородки и широкого открытого овального окна (3), врожденных пороков сердца (2). В обследованных с морфофункциональными особенностями сердечно-сосудистой системы, описанным выше, средний возраст родителей составил $32,8 \pm 3,8$ лет ($P \leq 0,05$). Отягощенный анамнез по заболеваниям ССС выявлен в 50% ($p \leq 0,05$) обследованных; 62,5% ($p \leq 0,05$) женщин имели соматическую патологию 25% ($p \geq 0,05$) матерей перенесли острую респираторную инфекцию во втором триместре беременности, в 25% ($P \geq 0,05$) выявлены герпетическая и хламидийная инфекции.

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми факторами риска развития кардиальной патологии у новорожденных являются: возраст родителей после 30 лет, наличие тяжелой соматической патологии у матерей, отягощенный семейный анамнез по кардиологическому профилю.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мухтеримова В.Н, Медведева Н.В, Шамшиева Н.Н, Курбанов А.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение частоты возникновения активного туберкулеза (ТБ) у детей и подростков при наличии различных факторов риска.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы данные о 145 детях и подростках г. Ташкента с впервые установленным активным ТБ, верифицированным иммунологическими, рентгенологическими и бактериологическими методами.

У заболевших детей оценивалось наличие факторов риска, которые могли способствовать возникновению ТБ. Далее высчитывалось общее число детей и подростков с тем или иным фактором риска, проводилось сравнение с группой детей, у которых отсутствовали какие-либо факторы риска ТБ.

Результаты. При вычислении и сопоставлении группы риска возникновения ТБ среди детей и подростков, установлено, что достоверно высокие риски возникновения активного ТБ у детей и подростков были получены: в случае семейного контакта с пациентом, страдающим ТБ с бактериовыделением, — 71,2%; в случае инфицирования микобактериями ТБ в течение длительного времени — 5,0 %. Помимо этого, получен достоверно высокий относительный риск возникновения туберкулеза органов дыхания у детей и подростков, проживающих в социально дезадаптированной семье — 2,3%.

Среди всех анализируемых эндогенных факторов, достоверно высокие относительные риски возникновения ТБ у детей и подростков были получены: в случае часто регистрируемых острых респираторных инфекций и хронических заболеваний органов дыхания— 12,6%, при наличии ВИЧ инфекции — 6,8%, сахарного диабета— 1,2%, хронического пиелонефрита— 0,5%, гастрита — 0,4%.

Выводы: Установлено, что наиболее опасными факторами, повышающими риск возникновения активного ТБ у детей и подростков, являются: семейный контакт с пациентом, страдающим ТБ с бактериовыделением, инфицирование микобактериями ТБ в течение длительного времени, проживание в социально дезадаптированной семье. Эндогенными факторами с достоверно высоким относительным риском возникновения ТБ у детей и подростков являются часто регистрируемые острые респираторные инфекции, ВИЧ инфекция и сахарный диабет.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

Набиева Ш.З.¹, Шамсов А.Т.², Камолова Г.Т.²

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

²НМИЦ «Шифобахш»

Цель исследования. Определить главные закономерности возникновения, протекания и принципы лечения различных форм гломерулонефрита у детей.

Материалы и методы исследования: под наблюдением было 23 детей, больных гломерулонефритом (ГН), находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш». Все дети были обследованы

клиническими и биохимическими методами: анализы крови и мочи, иммуноферментные обследования; инструментальные методы: УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, разрабатывались данные из историй болезней.

Результаты исследования. Чаще всего возникновение ГН предшествовали вирусные заболевания. Нефротический синдром наблюдался у 16 детей, что составляет 69,6% от числа обследованных детей; у 5 детей (21,7%) - нефритический синдром 2 ребенка (8,7%) болела ГН с изолированным мочевым синдромом. Наблюдалась закономерность - дети возрастной группы 1-7 лет болели ГН по ЧС; у больных 8-12 лет - нефритический синдром, изолированный мочевого синдром наблюдался у 2 пациентов в возрасте 17 лет. С 23 испытуемых, только у 8 пациентов заболевания ГН было диагностировано впервые, у 15 детей наблюдался повторное развитие заболевания, что свидетельствует о учащении рецидивов ГН. Дети по ЧС положительно отреагировали на лечение глюкокортикоидами.

Выводы: наше исследование показало, что участились случаи ГН у детей раннего возраста (до 5 лет); у пациентов данной возрастной категории преобладает НС, однако отмечается положительный эффект на лечение ГК.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Набиева Ш.З., Сулаймонов С.И., Шеров М.М., Парсаева В.А.

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

Цель исследования: анализ паттернов электроэнцефалограммы детей с синдромом раннего детского аутизма.

Материалы и методы. На базе детского неврологического отделения ГУ «Шифобахш» было обследовано 15 мальчиков. В качестве сравнения вошли 10 абсолютно здоровых мальчиков. Обследование было проведено с помощью многоканального электроэнцефалографа «Нейрон-спектр 3» (г. Иваново, Россия) с возможностью расширенной регистрации данных в состоянии спокойного расслабленного бодрствования и сна.

Результаты. Определение стадий электроэнцефалограммы сна проводились согласно руководству для проведения полисомнографических исследований American Academy of Sleep Medicine (AASM). Безартефактные участки ЭЭГ анализировались в 4-х состояниях: 1. Спокойное расслабленное бодрствование с закрытыми глазами; 2. стадия дремоты; 3. стадия «сонных веретен»; 4. стадия глубокого медленноволнового сна. Было выявлено что у детей с ранним детский аутизмом на ЭЭГ отмечается снижение мощности α - и θ - ритмов, повышенная частота «сонных веретён» во II стадию сна, и сниженная частота Δ -1-активности в глубоком сне.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о общей гипотезы отклонения в развитии нейронных сетей при аутизме, что приводит к иллюзии опережающего развития, при этом баланс возбуждения и торможения смещается в пользу возбуждения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Набиев М.Т., Мирзоева С.М., Сабуров М.Р.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ, Таджикистан

Цель работы. Изучить результаты современных методов хирургического вмешательства в комплексном лечении последствий перенесенного полиомиелита у детей.

Материалы и методы исследования. Нами в детском травматолого-ортопедическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан были анализированы истории болезни 168 больных возрасте от 5 до 14 лет, подвергнутых оперативному лечению по поводу остаточных явлений перенесенного полиомиелита. Мальчиков было 96 (57.2%), девочек - 72 (42.8%).

В комплекс диагностических пособий входил ортопедический осмотр, анамнез, рентгенологические исследования, электромиография, УЗИ органов, компьютерная томография, лабораторные анализы биохимия, гомеостаз, остаточный азот, общий белок).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ материала показал, что при деформации нижних конечностей преобладали ее дистальные отделы, т.е. стопа, хотя на первом месте по частоте преобладало поражение мышц бедра, затем голени и стопы.

Анализ нашего материала показал, что эквино-варусная стопа была у 53 (31,5%) детей, плоско-вальгусная у 18 (10,7%), пяточно-вальгусная у 14 (8,3%), только эквинусная деформация у 10 (6,0%), сгибательные контрактуры коленного сустава у 32 (19%), сгибательно-приводящие контрактуры в тазобедренном суставе у 15 (8,9%), укорочение конечностей у 13 (7,7%) и патологический вывих бедра у 11 (6,5%) больных.

Опыт показал, что при правильном лечении детей во время острого периода заболевания и своевременном систематическом проведении необходимых лечебных ортопедических мероприятий в течение всего восстановительного периода, можно в значительной мере добиться восстановления нарушенных функций нервной системы и не допустить развития тяжелых деформаций конечностей. Устранение контрактур и деформаций должно начинаться с этапных гипсовых повязок, ЛФК, массаж, тепловых процедур и только при безуспешности консервативной терапии заканчиваться оперативным вмешательством. Оперативному лечению подвергались дети с 5 летнего возраста после окончания восстановительного периода.

Диапазон хирургических вмешательств в настоящее время довольно большой, но в каждом отдельном случае построение плана оперативной помощи носило индивидуальный характер. В стационаре для каждого больного индивидуально определялся план лечения в зависимости от возраста больного, давности заболевания, характера, анатомических и динамических возможностей организма больного, а также компенсаторной приспособленности его в послеоперационном периоде. Больным, которым представлялась возможность устранить деформацию без хирургического вмешательства на костях, производились операции на сухожилиях и мышцах и лишь больным со стойкими деформациями производились операции на костном скелете. Иногда, по показаниям сочетались операции на костях и сухожильно-мышечном аппарате. Мы считаем целесообразным, начинать вмешательства с дистальных отделов конечности. Если оперативное вмешательство требовалось производить на двух конечностях, то она обычно начиналась с более пораженной конечности больного. Для восстановления и улучшения функции конечностей в клинике выполнялись корригирующие, восстановительные и стабилизирующие операции. Характер оперативных вмешательств (219 операций), проведенных в клинике заключалась в следующем: ахиллопластика, рассечение подошвенного апоневроза выполнена в 55 случаях, пересадка сухожилий в 56, подтаранный

трехсуставной артродез стопы в 31, удлинение и тенотомия сгибателей коленного сустава в 19, метаплазия по Вредену - в 21, надмышечковая остеотомия бедра в 25 случаях. Удлинение конечности аппаратом Илизарова осуществлено у 12 больных. Превышение количества операций над количеством больных объясняется тем, что отдельным больным приходилось делать по несколько оперативных вмешательств, ввиду множественности и тяжести поражения конечностей. Определяя объем и характер возможных оперативных вмешательств, мы стремились максимально использовать современные достижения ортопедии, позволяющие восстановить опороспособность конечности в целом. Старались избегать артродезирующих операций, шире использовали возможности компрессионно - дистракционных аппаратов и т.д.

При паралитической косолапости оперативное вмешательство заключалось в удлинении ахиллова сухожилия, тенотомия подошвенного апоневроза и пересадке передней большеберцовой мышцы на латеральный край стопы (55 случаях) При значительном выпадении силы мышц пересадку откладывали на второй этап, когда производили подтаранный трехсуставной артродез (12).

При параличе обеих большеберцовых мышц развивается плоско-вальгусная и падающая стопа. В этом случае пересадка одной длинной малоберцовой мышцы недостаточна, в связи, с чем приходится прибегать к комплексной операции: подтаранному трехсуставному артродезу с пересадкой сухожилий обеих малоберцовых мышц.

При пяточно-вальгусной деформации стопы у старших детей и подростков производили: подтаранный трехсуставной артродез стопы с учетом пяточно- вальгусной деформации и пересадку малоберцовой мышцы на пяточную кость. (12). Паралитическая вальгусная стопа сочетающаяся с плоской, конской и пяточными деформациями, как следствие паралича большеберцовых мышц встречалась у 16 детей. В этих случаях производилась пересадка малоберцовых мышц на внутренний край стопы в костный канал ладьевидной кости, а также пересадку мышц с артродезом мелких суставов по методу Грайса, сущность, которой состоит в восстановлении нормальных соотношений костей предплюсны и выведение таранной кости из эквинусного положения. Корригированное положение стопы поддерживается двумя костными трансплантатами, введенными в подтаранный синус, что создает «внесуставной артродез» подтаранного сочленения. При поражении параличом всех мышцы стопы, за исключением трехглавого сгибателя голени развивается паралитическая конская стопа. В этих случаях подвешивание стопы в трех точках по Вредену способствовало выведению стопы в правильное положение.

Выводы. В заключение хочется отметить, что в настоящее время в арсенале ортопеда имеется целый ряд хорошо разработанных современных методов хирургических вмешательств, в комплексном лечения больных с деформациями на почве перенесенного полиомиелита у детей. Правильное и своевременное применение, которых оказывают большую помощь в восстановлении здоровья больных детей и подростков.

Лечение паралитической деформации конечностей у детей после перенесенного полиомиелита должно быть ранним, комплексным и индивидуальным.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Набиева Ф.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Юсупов А.С.

ТашПМИ, кафедра Детские инфекционные болезни

Ташкент, Республика Узбекистан

Целью нашей работы является изучение клинических проявлений цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 31 больных с цитомегаловирусной инфекцией у ВИЧ-инфицированных пациентов, в 4 клинической стадии, обследуемых в Научно-исследовательском институте вирусологии. Лабораторный: изучение общего анализа крови, кала, мочи. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) количественный для определения количества ЦМВ крови в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определены CD 4 + клеток в РЦ СПИД МЗ РУз. На каждого ребенка заполнена карта обследования.

Результаты и их обсуждение. Проведено клиническое наблюдение и обследование 31 детей с цитомегаловирусной инфекцией у ВИЧ-инфицированных пациентов, в 4 клинической стадии, от 1-го года до 15 лет. ЦМВ-инфекция у больных СПИДом протекала с поражением легких 21(67,7%), пищеварительного тракта 23(74,2%), ЦНС 24(77,42%), глаз 14(45,16%). В большинстве случаев 18(58,06%), заболевание развивалось незаметно, исподволь. Вначале у больных отмечалась повышенная утомляемость 25(80,6%), слабость 27(87,1%), ухудшение аппетита 19(61,3%), затем отмечалось повышение температуры 16(51,61%), потливость 15(48,39%). Выявлено увеличение печени и лимфатических узлов 27(87,1%). Поражение дыхательных путей проявлялось клиникой пневмонии 13(41,93%). Выявленные слабость, кашель, одышка, усиливающиеся по мере прогрессирования заболевания и нарастания гипоксии. У больных на фоне лихорадки, прогрессирующего истощения, а часто и диареи появлялись признаки эзофагита (затруднение при глотании, боль при прохождении пищи по пищеводу) 3(9,68%), гастрита 8(25,8%), язвы желудка 1(3,2%), колита (боль в животе, эрозии и язвы на поверхности слизистой оболочки) 11(35,48%).

Выводы. Возникающие иммунологические сдвиги цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов, на фоне прогрессированием иммунодефицита, отмечается ухудшение течения заболевания, возрастает частота, тяжесть и осложненность герпетических инфекций и их рецидивов, приобретает генерализованный характер с множественными поражениями внутренних органов и ЦНС.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Назаров Ф. Н.², Азизов Б. Дж.¹, Мирзоев Р.К.^{1,2}, Абдуллоев С. Ф.², Магзумов Д. Р.¹, Мирзоев З.Р.²

¹ГУ Национальный медицинский центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

²Медицинский центр «Хатлон», Бохтар, Республика Таджикистан

Цель работы. Анализ внедрения лапароскопической аппендэктомии (ЛА) у детей.

Материалы и методы. За период 2010-2019гг. прооперировано 586 (100%) детей с острым аппендицитом. Возраст больных составлял с 3 до 18 лет, преобладали больные в возрасте 8-12 лет. Среды них мальчиков 380 (64,85%) и девочек 206 (35,15%).

Результаты исследований. Количество лапароскопической аппендэктомии ежегодно растёт до 60 больных детей. Значительно снизилось количество открытых аппендэктомий до 12-15. Увеличение количества лапароскопических аппендэктомий (ЛА) связано с изменением «психологического доступа» в абдоминальной хирургии, наличии в клинике достаточного количества хирургов владеющих оперативной лапароскопией, качественным оборудованием и меньшими расходными материалами позволяющими безопасно выполнять данный вид вмешательства. Также нарастает количество диагностических лапароскопий от 6 до 22 ежегодно. С подозрением на острый аппендицит всего выполнено 180 (100%) диагностических лапароскопий и у 36 (20%) больных диагноз «острый аппендицит» исключен. У 10 (5,5%) из них диагностирована «апоплексия правого яичника», при которой выполнена коагуляция яичника, У 4 (2,2%) больных выявлена киста яичника, которым лапароскопически выполнена «кистэктомия». У 11 (6,1%) больных установлен «мезоаденит», и у 11 (6,1%) «спастический колит». При проведении лапароскопической аппендэктомии в 76 (42,2%) случаях диагностирован «гангренозно-перфоративный аппендицит с местным перитонитом». 45 (25%) из них произведена ЛА с санацией и дренированием брюшной полости. У 3 (1,6%) больных в связи с техническими трудностями перешли на открытую лапаротомию. Такое осложнение как нагноение раны при ЛА не отмечалось. Из интраабдоминальных осложнений отмечалось кровотечение у 1 (0,5%) больного, которому не удалось остановить кровотечение лапароскопически, в связи с чем произведена конверсия. Такие осложнения как кишечная непроходимость, перикюльтевые абсцессы, формирование слепого мешка культи аппендикса, абсцесс Дугласа пространства вообще мы не встречали после ЛА. Применение ЛА позволило уменьшить напрасные аппендэктомии при мезоаденитах, гинекологической патологии у девочек и при спастическом колите. Уменьшилось количество катаральных форм аппендицита по результатам гистологического исследования: при ЛА у 5%, а при открытой аппендэктомии (ОА) 21%. Средняя продолжительность пребывания больных с острым аппендицитом в стационаре за анализируемый период при ЛА составило 3,6 к/д, при ОА 7,5 д.

Выводы. Таким образом, использование в хирургической практике ЛА при остром аппендиците позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить травматичность вмешательства, частоту послеоперационных осложнений, даёт хороший косметический эффект и сокращает сроки пребывания больного в стационаре, которое позволяет рекомендовать ЛА как метод хирургического вмешательства у детей.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Назаров Ф. Н., Мирзоев Р. К., Мирзоев З. Р., Абдуллоев С. Ф., Магзумов Д. Р., Ёров У. У.
ГУ Республиканский научный центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан
Медицинский центр «Хатлон», Бохтар, Республика Таджикистан

Цель работы: Анализ применения лапароскопии в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы исследования. В медицинском центре «Хатлон» за последние 6 лет находились в лечении со спаечной кишечной непроходимостью 60 больных, возраст которых варьировал от 1 года до 18 лет. Среди них мальчиков было 25 (41,7%), а девочек 35 (58,3%). Из них ранее перенесли операции лапаротомным доступом 42 (70%), а 6 (10%)

причиной непроходимости было воспаление дивертикула Мекеля и у 4 больных причиной непроходимости было ранее перенесенные язвенные энтероколиты.

Диагноз спаечная кишечная непроходимость выставлялось больным на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных больного, клинико – лабораторных исследований, обзорной рентгенографии брюшной полости, УЗИ и лапароскопии.

Лечебные мероприятия начинались с момента поступления больного в стационар и заключались в следующем: вставлялся зонд в желудок с промыванием желудка слабым содовым раствором; назначалась инфузионная терапия направленная на ликвидацию эксикоза и интоксикации; стимуляция кишечника с применением прозеринизации, очистительных и сифонных клизм.

Консервативные мероприятия оказались эффективными у 33 (55%) больных, которые в последующем получали противоспаечную терапию. Из 15 (25%) остальных больных у 6 (10%) в возрасте до 3 лет с поздним обращением, после короткой предоперационной подготовки выполнена лапаротомия разделение спаек. Остальным 12 (20%) больным выполнено лапароскопия, которая в данном случае позволяет точно установить диагноз, четко выполнять лечебное пособие и во многих случаях избежать ненужной лапаротомии.

Результаты исследований. Наиболее эффективным методом, при спаечной кишечной непроходимости является лапароскопия и ликвидация спаек в брюшной полости у 12 больных старше 3 лет. В итоге лапароскопический адгезолизис при острой кишечной непроходимости произведено 11 больным, а в одном случае из-за плотных сращений и отсутствие четких границ между листками брюшины были вынуждены перейти на лапаротомию. Применение эндовидеохирургической технологии позволило во всех случаях уточнить диагноз, форму и локализацию непроходимости, оценить жизнеспособность кишки, наличие перитонита и установить возможность проведения адекватного малоинвазивного вмешательства. Благодаря этому значительно сократились диагностический этап, частота развития осложнений и послеоперационный период пребывания больных в стационаре. Все больные активизировались на 1 – 2-е сутки после операции. Осложнений как интраоперационных так и послеоперационных мы не наблюдали. Выписка из стационара производилась на 5 – 7-е сутки. Летальных исходов не было.

Выводы. Таким образом диагностика и лечение острой кишечной непроходимости на фоне спаечной болезни брюшной полости – распространенной и тяжелой патологии, зачастую требует экстренного хирургического вмешательства. Несмотря на постоянное совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения, при этом заболевании сохраняется высокая летальность (от 3 до 9,45%). В последние годы произошли положительные изменения в системе оказания неотложной помощи в связи с внедрением в нашу практику эндовидеохирургической технологии. Лапароскопический адгезолизис при лечении спаечной кишечной непроходимости имеет неоспоримые преимущества перед лапаротомным вмешательством за счёт минимизации операционной травмы, снижения риска повторного спайкообразования, уменьшения числа осложнений, сокращения послеоперационного периода и тем самым расходов на лечение больного, что немаловажно в нынешних экономических условиях.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ МАТРИКС МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-17 ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насирова С.Р., Мехтиева С. А.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Я. Фараджевой
Баку, Азербайджан

Некротический энтероколит новорожденных (НЕК) - неспецифическое воспалительное заболевание, вызываемое инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты и гипоксически-ишемического повреждения слизистой кишечника. В настоящее время широко обсуждается вопрос использования матрикс металлопротеиназы в качестве маркеров при НЕК.

Цель исследования: Оценить прогностическую значимость матрикс металлопротеиназы-17 при НЕК у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 110 новорожденных с НЭК в возрасте от 1 до 28 дней. Все обследованные новорожденные были разделены на три группы по стадиям НЭК. На основании клинико-рентгенологических признаков I стадия НЭК отмечалась у 49 (40,5%), II стадия у 48 (39,7%), а III стадия у 13 (10,7%) новорожденных. Контрольную группу составили 30 условно-здоровых новорожденных. Мальчики составили 56,4% от общего числа детей (62 младенца), а девочки 43,6% (48 младенцев).

У 50 детей с НЕК был определен уровень матрикс металлопротеиназы 17 (ММП-17) в сыворотке крови новорожденных с НЭК при поступлении и в динамике через 7 дней после лечения.

Результаты и их обсуждение. Уровень ММП-17 в группах I и II была почти одинакова повышена в среднем 2,5 раза, а в III группе в 3,6 раза по сравнению с контролем ($p=0,007$; $F=13,617$). Нами проводилась оценка полученных показателей с помощью ROC-анализа. Согласно значениям ММП-17 $S=0,863\pm 0,66$ (95%ДИ: 0,734-0,992; $p<0,005$). На основании координат ROC-кривой определены Cut of Point (точки отсечения). Оптимальной «точкой отсечения» для ММП-17 является величина 1350 пг/мл. В этой точке чувствительность равна (Se) $83,3\pm 15,2\%$, специфичность (Sp) $88,2\pm 5,5\%$. Общий диагностический вес тест составляет для ММП-17 87,5%, что свидетельствует об их хорошей диагностической эффективности. С помощью дисперсионного анализа ANOVA мы оценили степень влияния каждого фактора (СВФ) на исход новорожденных с НЭК. Наиболее значимое влияние на исход заболевания выявлено при повышенной концентрации ММП-17 СВФ=59,9 ($p<0,001$).

Выводы. Изменение уровня матрикс металлопротеиназы 17 показывает возможность использовать его в прогнозировании НЕК.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Недыхалов И.С., Гирш Я.В., Тепляков А.А.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут
Сургут, Россия

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости и структуры поражений ЖКТ у детей и подростков с СД 1 типа.

Материалы и методы. Проведен анализ нарушений ЖКТ у пациентов с СД 1 типа. Проанализировано 17 историй болезни с основным диагнозом: сахарный диабет 1 тип за 2019 г., 43 историй болезни за 2018 г. Выборка произведена сплошным методом.

Результаты. Анализ за 2018 г. показал, что 30,23% детей предъявляли жалобы на боли в животе и диспептические явления. При осмотре у 9,3% выявлена болезненность при пальпации живота, гепатомегалия у 11,63%. Болезнь поджелудочной железы неуточненная диагностирована в 2,33%, функциональная диспепсия в 2,33%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом в 2,33% случаев. Оценка результатов обследования показала: в копрограмме, признаки нарушения моторики ЖКТ выявлены в 57,14% случаев (неизменные мышечные волокна, жирные кислоты, внеклеточный крахмала). Эзофагогастродуоденоскопия проведена в 4,65% случаев, с выявлением ГЭРБ с эзофагитом. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило: аномалии желчного пузыря (8,11%), признаки холецистита (5,41%), изменения поджелудочной железы (32,43%), дискинезии желчного пузыря (2,7%), гепатомегалию и изменения печени (40,54%), метеоризм (2,7%). Биопсия слизистой оболочки желудка, взятая у 1 пациента, выявила признаки реактивной гастропатии. Анализ 2019 г.: дискинезии желчного пузыря диагностированы у 11,76%. Жалобы на боли и диспептические явления предъявляли 41,18% детей. Осмотр выявил болезненность при пальпации у 5,88%. Изменения в копрограмме диагностированы в 50% случаев. УЗИ ОБП выявило: изменения поджелудочной железы (47,06%), признаки холецистита в 5,88%, гепатомегалию и изменения печени в 11,76% случаев. Дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу диагностирована у 11,76%.

Выводы. Установлено, что нарушения ЖКТ у детей с СД 1 типа не рассматриваются в качестве возможных осложнений сахарного диабета. Требуется продолжение дальнейших исследований с целью дифференциальной диагностики сопутствующей патологии со стороны ЖКТ и/или проявлений автономной нейропатии.

НОВЫЙ КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Новиков В.И., Степура Д.С., Новиков И.В.

Академия медико-технических наук РФ,

Общество с ограниченной ответственностью «Протезно-ортопедическое малое предприятие «ОРТЕЗ».

Москва, Россия

Целью исследований является выявление воздействия новых компонентов-ортопедических аппаратов на голеностопные и лучезапястные суставы в процессе гидрореабилитации детей со спастическими параличами конечностей.

Материалы и методы. Спастические параличи, множественные парезы, патологические установки, контрактуры в суставах возникающие в следствии детского церебрального паралича, перинатальных поражений нервной системы требуют комплексного реабилитационного воздействия.

Наиболее часто поражаются дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Среди консервативных способов лечения этих патологий наиболее широко распространены физиотерапевтические процедуры, массаж и лечебная физкультура.

В последнее время в области и практики реабилитации детей со спастическими поражениями опорно-двигательной системы большое внимание уделяется гидрореабилитации с элементами плавания и разработке новых упражнений для обучения детей двигательным движения в водной среде. Однако, при выполнении различных

упражнений в воде, таких как ходьба, движения руками, упражнения с элементами движений разных способов плавания, ребенок, имеющий пораженные сегменты конечностей, осуществляет движения в плоскостях соответствующих не норме, а патологии. Причем амплитуда движений в суставах не регулируется. Происходит воздействие на патологические установки, приводящие к вторичным деформациям, что снижает роль гидрореабилитации. Исключить отрицательные факторы представилось возможным за счет осуществления нового подхода на который получен патент заключающейся в том, что у конкретного больного ребенка определяли требуемые направления и амплитуда движений во фронтальной, сагиттальной и горизонтальной плоскостях, которые должны осуществляться по медицинским показаниям сегментами стоп и кистей относительно голени и предплечья в голеностопном и лучезапястном суставах.

Проведение исследований. Устанавливали стопы и кисти в требуемое положение, изготавливали гипсовые негативы, затем по ним гипсовые позитивы, а затем изготавливали разработанные запатентованные специальные не имеющие металлических деталей аппараты на дистальные отделы нижних и верхних конечностей с полимерными шарнирами пространственной ориентации на уровне голеностопного и лучезапястного суставов, соответственно, выверяли положения шарниров в плоскостях, в которых будут происходить движения в шарнирах и диапазон движения в них, в соответствии с определенными ранее, требуемыми направлениями и целесообразными диапазонами. После традиционного массажа и ЛФК, одевали ортопедические аппараты на конечности, помещали ребенка в водную среду и проводили гидрореабилитацию, включая элементы различных способов плавания.

Результаты применения оригинальных аппаратов в процессе гидрореабилитации проявились в повышении эффективности комплексного восстановления двигательных функций у детей. Отмечено уменьшение тугоподвижности, углов патологических установок в суставах, откорректированность движений в суставах дистальных отделов, обеспеченность необходимых диапазонов и целесообразных направлений движений в голеностопных и лучезапястных суставах. Проведение гидрореабилитации стало намного комфортнее для специалистов. Появилась возможность использования ласт, более безопасного подхода к бассейну так как аппараты на голеностопный сустав адаптированы по форме и имеют подошву с антискользящим эффектом.

Отмечалось повышение гемодинамики в мышцах, укрепление опорно-двигательной системы, улучшение самочувствия детей.

Выводы. Использование метода с применением ортопедических аппаратов в процессе гидрореабилитации детей с поражениями опорно-двигательной системы является эффективным и его целесообразно использовать в условиях специализированных больниц, реабилитационных центров и поликлиник имеющих бассейны.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Носиров Ю.У., Мансуров А.Б., Султанов Р.Ш.

Бухарский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность темы. Ранняя диагностика и своевременное удаление инородных тел из пищевода остаётся одним из серьёзных проблем хирургии детского возраста. Исход лечения во многих случаях зависит от своевременного обращения больных в стационар и правильной тактики обследования и эндоскопического удаления инородных тел из пищевода. Относительно длительное пребывание инородных тел в пищеводе может привести к различным осложнениям, непосредственно угрожающее здоровью больного.

Материалы и методы исследования. В последние 3 года в отделении детской хирургии бухарского филиала РНЦЭМП с диагнозом: «инородное тело пищевода» находилось 18 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, из них мальчиков – 11 (61,1%), девочек было – 7 (38,9%). При анализе характера проглоченных предметов, органические предметы составляли 8 (44%) случаев (семечка подсолнухи, арбуза, стебель пшеницы, лекарственные капсулы и т.п.), неорганические предметы составили 10 (56%) (части металлических и пластмассовых предметов, наконечники ручек, иголки от шприца и т.п.). Необходимо отметить, что наибольшее число наблюдавших больных было в возрасте от 1-го года до 4-х лет 14 (77,8%). Диагноз «инородное тело пищевода» во всех случаях установлен в первые сутки от начала заболевания на основании жалоб больных и анамнеза. У этих детей в анамнезе имелись указание на проглатывание инородного тела, после которого появлялись гиперсаливация, у некоторых больных отмечалось рвота, жалобы на боли за грудиной. При объективном осмотре характерно было симптом «гиперсаливации», затруднение заглатывания жидкости. Если инородное тело рентген негативное, тогда на снимке четко прослеживался форма и место нахождения.

Результаты. При нахождении инородного тела в первом физиологическом сужении пищевода, инородные тела старались удалить с помощью ларингоскопии. А в других случаях приходилось удалить инородное тело с эзофагоскопом. После удаления инородного тела из пищевода все больные находились в наблюдение, в зависимости от общего и местного статуса получали комплекс интенсивной антибактериальной, противовоспалительной и симптоматической терапии, на фоне которого наблюдалось выздоровление больных. Во всех случаях могли удалять инородные тела и состояние пациентов осталось удовлетворительным.

Заключение. Таким образом, своевременное обращение больных в стационар, тщательный сбор анамнеза, правильное определение диагностической и лечебной тактики предотвращает развитие осложнений со стороны органов пищеварительного тракта и средостения.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D

Олимова К.С., Курбанова Л.М., Рахимова С.А.
Детский оздоровительный центр «ЗАНГУЛА»
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель настоящего исследования – изучить показатели состояния здоровья и развития детей старшего возраста с недостаточностью и дефицитом витамина D и оценить эффективность его коррекции.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 36 детей с недостаточностью и дефицитом вит D в возрасте от 6 до 14 лет в условиях медицинского центра «Зангула» г.Душанбе.

Состояние здоровья детей, их развитие оценивалось на основе анализа ante- и постнатального периодов онтогенеза, клинических параметров, показателей физического развития. с использованием центильных отклонений, когнитивные и другие показатели нервно-психического развития детей с использованием инструментальных и, при необходимости, других методов исследования.

Исследование уровня метаболита витамина D (25-гидрооксивитамин D) в плазме крови проводилось в лаборатории «Асри XXI» на аппарате Architecti 1000sr.

В процессе лечения, с целью коррекции дефицита витамина D, был использован препарат Коледан (холекальциферол) в возрастных дозировках.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении особенностей антенатального периода у обследуемой группы детей выявлена достаточно высокая частота сочетанной соматической и гинекологической патологии (38,9%), что может рассматриваться, как фактор высокого риска развития витамин D дефицитного состояния у их детей.

Анализ антропометрических показателей выявил в обследуемой группе детей высокую частоту встречаемости оценки физического развития, как «ниже среднего» и «низкое» (31,7 % и 13,8 % - соответственно). Оценивая соматическое здоровье детей с дефицитом витамина D, следует отметить, что данный контингент часто подвержен острым респираторно-вирусным, простудным заболеваниям. Среди данной группы детей отмечена большая распространенность болезней лор-органов, представленные преимущественно хроническим тонзиллитом (38,9 %), аденоидными вегетациями (26,8 %), хроническим фарингитом (8,7%), отитами и др. Среди детей с недостаточностью или дефицитом витамина D чаще выявлялись состояния быстро возникающей утомляемости, недостаточности внимания (34,7 % и 73,9%, соответственно). Выявленные эмоционально-личностные расстройства способствовали возникновению трудностей в усвоении школьной программы (32,4 %), снижению социальной адаптации (25,7 %), снижению у большинства из них (36,8 %) речевой активности. При осмотре дети выглядели преимущественно астеничными, с удлинненными конечностями, у 12% детей отмечена деформация грудной клетки, у 20% сколиоз, у 6% детей гипермобильность суставов, низкое артериальное давление у 12% детей.

В обследуемой группе детей показатели 25-гидрооксивитамин D в плазме крови варьировали от 4,0 до 28,9 нг/мл (15,3 + 5,4), при норме от 30 до 100 нг/мл.

За период коррекции дефицита витамина D препаратом Коледан, у детей в обследуемой группе переносимость препарата во всех случаях была хорошей, аллергических реакций не зарегистрировано. На фоне приема холекальциферола (Коледан) в дозировке по 4 капле (2000 МЕ) ежедневно в течении 3х месяцев, нами выявлено улучшение общего состояния 15 (41,6%) детей, отмечено снижение общей заболеваемости, в том числе ОРИ (33,4%), снизилась частота обострений хронических соматических заболеваний на 28,7%, вегетативных расстройств на 12,2 %, улучшилась острота зрения у 8,7% наблюдаемых, У 64,7 % детей основной группы после лечения нами получены данные об улучшении сна, памяти, работоспособности, вработываемости, мелкой моторики, речевого развития, повышение показателей 25-гидрооксивитамин D в плазме крови (56,7 + 13,6) нг/мл.

Выводы. У детей с недостаточностью и дефицитом витамина D выявлены низкие показатели индекса здоровья, являющиеся неблагоприятным прогностическим маркером качества их жизни и своевременное назначение современных препаратов витамина D позволит улучшить состояние здоровья и развития детей всех возрастных групп.

ЧАСТОТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА РЕНТГЕНОГРАММ

Орел А.М., Семенова О.К.

ГАУЗ "Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы" Москва, Россия.

Цель исследования: изучить частоту дегенеративно-дистрофических поражений суставов позвоночника у лиц молодого и среднего возраста.

Материалы и методы: проведена рентгенография всех отделов позвоночника 395 пациентов 165 мужчин и 230 женщин, с описанием по методу системного анализа рентгенограмм позвоночника (САП). Все пациенты предъявляли жалобы на дорсопатию. Из генеральной совокупности были исключены пациенты с установленным диагнозом анкилозирующего спондилита.

В целом, во всей совокупности обследованных нами пациентов артроз дугоотростчатых суставов был диагностирован у 96,1%. Частота артрозов дугоотростчатых суставов на уровне СI-VII составила 90,7%, на уровне ТI-XII 90,2%, на уровне LI-V(VI) 91,5%. Артрозы полулунных (унковертебральных) суставов СIII – CVII были выявлены у 80,2% пациентов. Артрозы реберно-позвоночных суставов (в совокупности реберно-головчатых и реберно-отростчатых) ТI – ТХII диагностированы у 36,7% пациентов. При этом наиболее часто их поражения встречались на уровне TVIII–ТХ. Артрозы крестцово-подвздошных суставов были выявлены у 63,8% пациентов. Межостистый неоартроз (симптом Бострупа) диагностирован у 22,6% пациентов на уровне поясничных позвонков LIII-V(VI) и у 2% пациентов на уровне СI-СII.

Таким образом, дегенеративно-дистрофические поражения суставов позвоночника встречаются у большинства пациентов молодого и среднего возраста. Их можно рассматривать в качестве маркера специфики осуществления биомеханики позвоночника. Наиболее часто диагностируются артрозы дугоотростчатых и крестцово-подвздошных суставов. Специфика локализации реберно-позвоночных суставов состоит в том, что они диагностируются преимущественно на уровне TVIII–ТХ. Межостистый неоартроз, наиболее часто выявляется в поясничном отделе и на уровне СI-СII.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛОАКАЛЬНЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ

Отамурадов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения клоаки у детей.

Материал и методы. За период с 2008 по 2018 гг. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 19 девочек с клоакальной формой аноректальных пороков развития. Возраст пациентов колебался от 1 го дня до 15 лет. Всем больным проводили комплексное обследование, включавшее сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, рентгенологическое исследование, КТ, МРТ, УЗИ и морфологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Основным методом диагностики клоаки – осмотр промежности, при котором определяется атрезия ануса и недоразвития наружных органов гениталий. При разведении половых губ можно увидеть наличие единственного отверстия. Окончательный диагноз устанавливался на основании комплексного обследования поскольку среди этого контингента высокий процент сочетанных пороков развития.

У 16 (84,2%) патология представлен виде изолированной формы, у 3(15,8%) - в сочетании с ректальным мешком. У 5 (26,3%) правильный диагноз был установлен в неонатальном периоде, остальные 14 (73,7%) больные поступили в клинику в возрасте 1 мес. – 7 лет с различными направительными диагнозами, без соответствующей коррекции порока. По ходу обследования установлена длина общего клоакального канала: у 9(47,4%) - до 3 см, у 6 (31,6%) -до 5 см, у 4 (21%) -более 5 см.

Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства зависит от вариантов взаимоотношений органов создающей общий уро-ректогенитальный синус. При низком

расположении устья уретры у 3 больных провели одномоментную радикальную операцию: у двух пациентки – заднее - саггитальная вагиноректоаноопластика; у одной – брюшно-промежностная проктопластика с вагинопластикой. У 16 был наложен предварительно колостома в последующем для выполнено радикальной операции. Из числа общих пациентов у 8 больных было выполнена радикальная операция – уретровагиноректоаноопластика заднее саггитальном доступом и в последующем у 6 выполнено закрытие колостомы. А четверо больных находятся под наблюдением и планируется операция закрытие колостомы. Остальные больные наложенной колостомой были выписаны домой с рекомендацией на дальнейшего этапа лечения.

Выводы. Таким образом клоака является наиболее выраженным проявлением аноректальных пороков развития. Соответствующая настороженность должна быть проявлена в каждом случае анальной атрезии на предмет клоаки и вариантов сочетанных аномалий с выполнением углубленного специального обследования. Наблюдение и лечение данной патологии может осуществляться лишь в специализированных учреждениях, располагающих высоко компетентными кадрами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Пазилова С.А., Абдужабарова З.М., Шодиева М.С.³

¹Республиканский Специализированный научно практический медицинский центр педиатрии

^{2,3}Кафедра педиатрии Ташкентского института усовершенствование врачей

Республика Узбекистан

Цель: изучить распространенность НР ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей в Ташкентском регионе.

Распространенность НР ассоциированной патологии изучена у 1230 детей школьного возраста, их них у 615 детей младшего и 615 – старшего школьного возраста. Детальное клиническое и анамнестическое обследование позволило выявить 267 детей, которые нуждались в эндоскопическом исследовании верхнего отдела ЖКТ для подтверждения гастродуоденального заболевания.

Диагноз гастродуоденального заболевания был подтвержден у 255 детей, из них у 58 (22,7%) детей младшего школьного (7-11 лет) и у 197 (77,3%) детей старшего школьного (12-15 лет) возраста.

Среди пациентов младшего школьного возраста преобладали девочки - 36 (62,1%), среди детей старшего школьного возраста количество мальчиков и девочек было примерно одинаковым, 92 (46,7%) и 105 (53,3%) соответственно.

При эндоскопическом обследовании у детей старшего школьного возраста выявлена следующая нозологическая последовательность: ХГД - 189 (95,9%), ЯБДПК - 8 (4,1%). Эрозивная форма ХГД установлена в 23 (12,2%) случаях, ХГД с гиперплазией - в 101 (53,4%), а поверхностная форма - у 65 (34,4%) детей.

Среди больных в возрасте 7-11 лет ЯБДПК не диагностирована ни в одном случае, ХГД в виде поверхностной формы установлен у 43 (74,1%), а гиперпластическая форма - у 15 (25,9%) детей.

Хеликобактерный генез заболевания на основании гистоморфологического и серологического методов был подтвержден у 146 (74,1%) детей старшего школьного возраста (12-15 лет) и у 13 (22,4%) детей младшего (7-11 лет).

Число девочек среди НР позитивных больных старшего школьного возраста превышало число мальчиков в 1,6 раза - 90 (61,6%). Такая же ситуация прослеживалась среди детей младшего школьного возраста (7-11 лет): мальчики - 5 (38,5%), девочки – 8 (61,5%).

Таким образом, с нарастанием возраста прослеживался рост распространенности и разнообразия нозологических форм НР ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны у детей, что отмечено и другими авторами (Цветкова Е.Н., 2003, Корниенко К.Т., 2003).

КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ТЕКСТА ВЫПИСОК ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ

Пиянзин А.И.¹, Москалев И.В.¹, Сероклинов В.Н.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет»

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет»

Барнаул, Россия

Цель исследования:

Выявить возможность получения существенной информации при компьютерной обработке выписок историй болезни детей с помощью технологий машинного обучения.

Материалы и методы исследования:

Были изучены 1100 выписок из историй болезней пациентов пульмонологического отделения Алтайской краевой клинической детской больницы. Рассматривались основные заболевания легких – бронхиальная астма, бронхит, пневмония, плеврит, муковисцидоз. Для анализа текста использовались следующие математические методы: регулярные выражения, токенизация, удаление слов без смысловой нагрузки, наивный байесовский классификатор, случайный лес, градиентный бустинг, логистическая регрессия, метод опорных векторов и многослойный персептрон.

Результаты и их обсуждение:

Получены словари, содержащие важные для каждого диагноза слова и сочетания. Наиболее часто встречающиеся в тексте клинически значимые слова (пневмония-рентгенологическое исследование грудной клетки, биохимический анализ крови 97%; бронхит – общий анализ крови, электрокардиограмма 98%; муковисцидоз – ультразвуковое исследование внутренних органов, биохимический анализ крови, электрокардиограмма 97%; плеврит – эхокардиография сердца, рентгенограмма легких, общий анализ крови 99%; бронхиальная астма - общий анализ крови, ультразвуковое исследование внутренних органов, электрокардиограмма сердца 98%). Компьютерный анализ текста выписок историй болезни проводился и по другим критериям, которые используются при экспертизе качества оказания медицинской помощи при пребывании больного ребенка в стационаре. Полученные результаты показали высокую точность и специфичность используемых при этом исследовании математических методов.

Выводы:

Разработанный метод компьютерного анализа текста выписок историй болезни показал его высокую эффективность при выборе необходимых специфических слов. Он может быть использован педиатрами и экспертами для оценки правильности проведения диагностики и лечения больных детей. С помощью этого метода можно создавать специализированные базы данных, которые необходимы при разработке программных

средств диагностики пульмонологических заболеваний у детей с помощью технологий искусственного интеллекта.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У ДЕТЕЙ - НАЦИОНАЛЬНЫЙ И ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Пиянзин А.И, Дронова Е.И, Козловский Р.А, Москалев И. В, Кротова О.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный университет»

Барнаул, Россия

Цель исследования. В настоящее время в научной литературе ведутся дискуссии относительно использования в клинической практике референтных интервалов показателей крови. Отмечается, что имеются значительные пробелы в установлении этих показателей. Предлагаются другие подходы в решении этой проблемы. Выше отмеченные факты в ряде случаев могут создавать значительные трудности для педиатров в обеспечении соответствующей клинической интерпретации. Целью данной работы является выявление возможных различий средних значений показателей общего анализа крови здоровых детей двух стран с учетом результатов, которые были получены в разные годы.

Материалы и методы исследования. По выше указанной проблеме были проанализированы Российские публикации и имеющиеся в национальной медицинской библиотеке Соединенных Штатов Америки научные статьи (Россия – А.Ф. Тур, Н.П. Шабалов, 1967 г.; Соединенные Штаты Америки – Dallman P.R, 1977 г. и Megan M. Tschudy, Kristin M. Arcara 2012 г.). Исторический интервал средних значений общего анализа крови составляет 45 лет. Возраст детей 6 – 12 лет.

Результаты и их обсуждение. Эталонные показатели крови (здоровые дети) даны в следующей последовательности: Россия 1967 г., Соединенные Штаты Америки 1977 г. и 2012 г. Гемоглобин (г/л) – 131, 135, 135; лейкоциты ($10 \times 9 / л$) – 8,9-8,3-8,3; нейтрофилы (%) – 50, 53, 53; лимфоциты (%) – 38, 40, 40; моноциты (%) – 9, 4, 5; эозинофилы (%) – 2, 2, 2; тромбоциты ($10 \times 9 / л$) – 280, ?, 250. Анализ данных показывает, что несмотря на значительную разницу в длительности хронологического периода (45 лет) в двух странах с отличительными социальными условиями не имеется существенных отличительных особенностей в общем анализе крови у детей в возрасте 6-12 лет. Особенно это проявляется, если брать во внимание пределы допускаемых значений, рассчитанных на основе данных биологической вариации.

Выводы. Полученные результаты указывают на то, что у детей гемопоэз имеет высокие компенсаторные возможности, которые позволяют поддерживать стабильные показатели общего анализа крови. Учитывая факт, что в рассматриваемых результатах включены данные из многонациональных регионов необходимо более детальное рассмотрение данной проблемы. При этом необходимо учитывать современные достижения медицинской науки и информационных технологий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ И РАДОНОВЫХ ВАНН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Погонченкова И.В., Рассулова М.А., Юрова О.В., Макарова М.Р., Харисов Н.Ф., Ксенофонтова И.В.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России, ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ
Москва, Россия.

Целью настоящего исследования являлось изучение отдаленных результатов комплексного применения экстракорпоральной ударно-волновой терапии и радоновых ванн в восстановительном лечении пациентов с гонартрозом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 пациентов с верифицированным диагнозом гонартроз II и III стадии в возрасте от 35 до 62 лет, разделенных на 3 группы. Основная группа (27 чел.) получала комбинированное лечение с использованием экстракорпоральной ударно-волновой терапии и радоновых ванн. Группа сравнения (23 чел.) - курс радонотерапии. Контрольная группа (25 чел.) - стандартное лечение (лечебная физкультура, магнитотерапия, прием НПВС).

Оценка толерантности к физической нагрузке и объективизация функциональной активности коленного сустава основывалась на результатах 6 минутной пробы и индексу Лекена. Оценка выраженности боли определялась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенных ранее исследований, нами было выявлено, что применение комплекса восстановительного лечения у пациентов основной группы непосредственно после проведенного лечения позволило: существенно снизить субъективную выраженность болевого синдрома в среднем в 2,6 раза; повысить толерантность к физической нагрузке, что выражалось в увеличении пройденной дистанции в среднем на 35%; существенно улучшить функциональное состояние коленного сустава, а также улучшить качество жизни пациентов, а именно, увеличить показатели физического компонента здоровья в среднем в 2,52 раза и психического компонента здоровья в среднем в 2,15 раза. При этом, было выявлено, что комплексное применение экстракорпоральной ударно-волновой терапии и радонотерапии существенно превышали эффективность радонотерапии как монофактора, и стандартной терапии непосредственно после лечения и в сроки до 6 мес.

Через 12 месяцев после проведенного лечения выраженность болевого синдрома в основной группе оставалась на уровне $4,8 \pm 0,21$ баллов ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями), в группе сравнения - $7,3 \pm 0,31$ ($p > 0,05$) и $8,1 \pm 0,26$ ($p > 0,05$).

Показатели 6 минутной шаговой пробы оставались выше исходных показателей на 22,3% ($p < 0,05$) в основной группе, на 11,2% ($p > 0,05$) в группе сравнения и снизилась на 5,1% ($p > 0,05$) в контрольной группе.

Показатели функциональной активности коленного сустава на основании индекса Лекена через 12 мес. имели тенденцию к повышению по сравнению с показателями, полученными непосредственно после лечения, однако в основной группе оставались существенно ниже исходных показателей в среднем на 3,2 балла (24,2%, $p < 0,05$), в группе сравнения – несколько ниже исходных показателей в среднем на 1,6 балла (12,5%, $p > 0,05$), а в контрольной группе превышали исходные показатели в среднем на 0,9 балла (7,2%, $p > 0,05$).

Оценивая отдаленные результаты лечения через 12 мес. стойкая ремиссия заболевания была отмечена у 36% пациентов контрольной группы, у 64% пациентов группы сравнения и у 82% пациентов основной группы.

В то же время повторное обострение, при котором возникал рецидив болей интенсивностью больше, чем 7,0 баллов по шкале ВАШ было отмечено у 23% пациентов контрольной группы, у 12% пациентов группы сравнения и у 5% пациентов основной группы.

Заключение. Таким образом, анализ отдаленных результатов исследования показал, что комплексное применение радоновых ванн и экстракорпоральной ударно-волновой терапии у пациентов с остеоартрозом позволяет сохранить выраженную положительную динамику по показателям выраженности болевого синдрома, толерантности к физической нагрузке и функциональной активности коленного сустава, а также добиться стойкой ремиссии у 82 пациентов, что позволяют рекомендовать данный метод восстановительного лечения в рамках медицинской реабилитации пациентов с деформирующим артрозом коленного сустава.

МАЛОВЕСНЫЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ ДЕТИ: ПРОГНОЗ И МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ

Прилуцкая В. А., Сукало А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Республика Беларусь

Цель: выявить факторы риска формирования нарушений физического развития (ФР) и/или метаболического дисбаланса у маловесных при рождении доношенных детей в динамике первых 2 лет жизни.

Материалы и методы. В исследование включено 97 маловесных при рождении доношенных детей. Первую группу (Гр1) составили 22 ребенка, у которых к 2 годам сохранялся дефицит МТ, Гр2 – 14 детей с избытком МТ. В Гр3 включен 61 ребенок, у которого к 2 годам z-score ИМТ составил от -1 до +1. При рождении дети групп наблюдения не имели различий МТ и Z-score МТ. Оценка ФР с помощью программы WHO Anthro при рождении, в возрасте 3–7 и 10–20 сут, в 1, 3, 6, 12, 18 и 24 мес жизни. Определение концентраций лептина, адипонектина, ИФР1, грелина, ТТГ, инсулина в те же сроки проводилось наборами «DRG International Inc.». ГрК – 78 здоровых доношенных с МТ при рождении 3,26 [3,15; 3,68] кг.

Результаты. Дети с последующей избыточной МТ в 2 летнем возрасте, рождались от матерей с повышенными значениями ИМТ. В Гр2 МТ матерей была больше, чем в Гр1 ($p=0,035$). В 1 мес жизни не выявлено различий показателей ФР у младенцев групп наблюдения. В 3 мес дети Гр1 стали отставать в МТ ($p=0,033$) и значениях прибавки МТ ($p=0,021$), показатели Гр2 не имели достоверных различий. К возрасту 1 года у младенцев Гр1 уже наблюдалось существенное отставание как в МТ ($p=0,021$), так и по z-score МТ ($p=0,002$) и прибавкам МТ ($p=0,013$). Дети Гр2 в 1 год не имели значимых отличий показателей ФР от детей Гр3, опережать параметры сверстников стали после года. Уровень лептина сыворотки Гр2 на 3–7 сут был ниже показателя ГрК ($p=0,011$). Концентрация ТТГ на 10–20 сут у детей Гр1 выше, чем в ГрК ($p=0,024$). Отмечено более высокое содержание ИФР1 сыворотки маловесных детей Гр2 в раннем неонатальном периоде ($p=0,049$). Уровень грелина плазмы Гр1 в 6 мес был значимо ниже ($p=0,037$) показателя ГрК. У маловесных детей, не достигших оптимального ФР к 2 годам, выявлены прямые корреляционные связи между z-score длины тела и ИФР1 ($r=0,412$; $p=0,023$).

Выводы. На протяжении двухлетнего интервала маловесные дети характеризовались высокими темпами прибавок показателей ФР. Разброс значений МТ и

длины тела у данной категории младенцев позволяет констатировать гетерогенность группы. Выявлены антенатальные, неонатальные и младенческие предикторы формирования нарушений ФР и гормонально-метаболического дисбаланса в раннем возрасте у маловесных младенцев.

ВЛИЯНИЕ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ

Пшеничная Е.В., Тонких Н.А., Дудчак А.П., Усенко Н.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

Донецк, Украина

Цель: оценить динамику артериального давления (АД) здоровых детей с гипертонической реакцией (ГР) на физическую нагрузку (ФН) для составления индивидуальных рекомендаций по физической активности.

Материалы и методы. Проведен тредмилл-тест (ТТ) по модифицированному протоколу Bruce 30 подросткам (11 девочек и 19 мальчиков) в возрасте 12-16 лет, у которых при исследовании 1 год назад отмечалась ГР на ФН и была исключена первичная и вторичная артериальная гипертензия. Обследованные занимались различными видами спорта в течение двух лет в режиме тренировок 3 раза в неделю по 60 минут.

Результаты: Все дети выполнили нагрузку, соответствующую средней толерантности к физической нагрузке. Однако у 17 (56,7±9,0%) человек отмечалось более раннее достижение субмаксимальной ЧСС (до 9-й минуты пробы); у 14 (46,7±9,1%) – замедленное восстановление ЧСС в периоде реституции, у 16 (53,3±9,1%) – замедленное восстановление АД, что свидетельствовало о снижении адаптационных резервов. Нормотонический тип реакции гемодинамики на нагрузку констатирован у 10 (33,3±8,6%), дистонический – у 1 (3,3±3,3%) ребенка. У 19 (63,3±8,8%) обследованных сохранялась ГР. Примечательно, что дети с ГР в течение года занимались такими видами спорта как бокс, тяжелая атлетика, восточные единоборства. Лица, занимавшиеся динамическими и циклическими видами спорта (плавание, легкая атлетика), имели нормотонический тип реакции на ФН.

Выводы. ТТ позволил оценить динамику АД у детей с гипертонической реакцией на физическую нагрузку спустя год регулярных тренировок различной направленности в режиме общеоздоровительной секции. При этом у детей, посещавших спортивные секции с высокими статическими нагрузками, сохранялась ГР на ФН (19 чел., 63,3±8,8%), что, вероятно, объясняется микротравматизацией головного мозга и шейного отдела позвоночника во время тренировок. Указанное позволяет рекомендовать детям с ГР на ФН виды спорта аэробной направленности с преимущественно динамическим компонентом: спортивная ходьба, бег, плавание.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО HBV-, HCV- ГЕПАТИТА

Ражабов И.Б., Таджиев Б.М., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

ТашПМИ, кафедра Детские инфекционные болезни

Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования - сравнительная клиническая характеристика вариантов хронического HBV-, HCV- гепатита

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 37 больных хронического вирусного HBV-, HCV- гепатита, от 5-х лет до 18 лет, на базе клиники НИИ Вирусологии, 4 ГДКИБ и 1 ГКИБ. Изучали общий анализа крови, кала, мочи, кровь на билирубин и АЛТ, АСТ; HBs Ag. Методом ИФА определены специфические маркеры вирусных гепатитов.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 37 больных хронического вирусного HBV- (n=22), HCV (n=15)- гепатита. Среди больных в нашем исследовании преобладали мальчики - 21 (56,8%), девочки -16(43,2%). Длительность заболевания предположительно до 2 лет у 11 больных (29,7%), от 3 до 5 лет - 12 больных (32,4%), от 6 до 10 лет у 7 больных (18,9%), более 10 лет - 3 пациентов (8,1%), 4 пациента (10,8%) не знают сроки заболевания. При анализе активности вирусов HBeAg, являющийся маркером активной репликации HBV, был выявлен лишь у 10,8% больных из групп В и С. У всех больных в группе ВС отмечалась сероконверсия HBeAg. Клинические проявления хронического вирусного гепатита HCV в целом не отличаются существенно от моноинфекции HBV. В нашем исследовании у 10 (45,4%) и 5 (33,3%) больных хроническим вирусным В,С -гепатитом заболевание манифестировало печеночными, внепеченочными проявлениями и было выявлено при случайном обследовании, соответственно. Клинические проявления малосимптомны и зависят от активности ХГС. В последние годы частый вариант начала болезни - случайное обнаружение маркеров HCV-инфекции при отсутствии жалоб и изменений печеночных проб. Основными клиническими проявлениями были синдром прогрессирующей астенизации до 66,7%(HCV), до 54,5% (HBV) боли и тяжесть в правом подреберье 60%(HCV), до 54,5% (HBV) и гепатомегалия у 53,3%(HCV), до 59,1% (HBV). Хроническому вирусному гепатиту свойственна высокая частота внепеченочных проявлений, которые отмечены у 46, 7% (HCV), до 36,4% (HBV) больных.

Выводы. Выделение вариантов хронического вирусного гепатита позволяет выбрать оптимальную тактику противовирусной терапии, что позволит купировать выраженность внепеченочных проявлений и контролировать течение заболевания.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ ПО ФУТБОЛУ

Рапян А.А., Карапетян Н.Р.

Центр Спортивной Медицины, Ереванский Государственный Медицинский Университет им.Мхитара Гераци

Ереван, Армения

Целью исследования была оценка данных эхокардиографического обследования (ЭхоКГ) детских и юношеских футболистов 7-15лет, отобранных для участия в соревнованиях в своих возрастных группах за сборную команду Республики и тренирующихся в период подготовки к соревнованиям в Академии футбола.

Материалы и методы исследования. За два месяца прошли ЭхоКГ обследование 50 детей и юношей. Обследование проводилось на эхокардиографе Toshiba Aplio 500. Проанализированы следующие ЭхоКГ-параметры: Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (ТМЗС), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР), размеры правого желудочка (ПЖ), правого предсердия (ПП), левого предсердия (ЛП), аорты (Ао), наличие пролапса передней створки митрального клапана (ППМК), митральной (МР) и трикуспидальной (ТР) регургитации.

Результаты исследования.

Минимальное значение ТМЖП 0,7см, было выявлено у 3 футболистов. У одного отмечался минимальный размер ТМЗС 0,6см. Максимальная величина ТМЖП -1,1см выявлена у 1 футболиста. Максимальная величина ТМЗС 1,1см также была выявлена у 1 футболиста. У 17- ТМЖП 1,0см и 1,0см ТМЗС у 1. Средние размеры ТМЖП и ТМЗС -0,9см и 0,83см соответственно. Максимальный размер Ао 3,2см выявлен у 2, минимальный 2,0 у одного, а средний размер Ао-2,45см.

Максимальная величина КДР левого желудочка 5,0см отмечалась у 4, а минимальная - 3,5 см у 1 футболиста, средний размер-4,389см.

Максимальный размер правого желудочка (ПЖ) 4,8см определялся у 1 футболиста (причем, у него же было расширено и правое предсердие (ПП) - 4,1см), а минимальный размер 2,5см у 2 спортсменов. Величина ПЖ 4,0см была выявлена у 2 юных футболистов, у 1 из них определялось и расширенное ПП, 3,9см. Максимальный размер ЛП 3,7см был выявлен у 3 футболистов, у 2 из них размер ПП был 3,6см, у 1 же – 3,8см. Минимальные значения ЛП 2,9см обнаружено у 2 футболистов. Надо отметить, что у этих спортсменов размеры других полостей и восходящей аорты также имели меньшие значения. Средние величины правых отделов сердца, ПЖ и ПП были 3,29см и 3,32см соответственно. А ЛП – 3,29см.

ППМК визуализировался у 11 футболистов, у 3 из которых была также выявлена и ТР, а у 1 спортсмена МР.

МР 1 степени визуализировалась у 2 футболистов, а ТР у 14 футболистов и оценивалась как тривиальная.

Полученные данные схожи с данными описанными в разных исследованиях.

Заключение.

В детско-юношеском спорте, в частности, юным футболистам, в предсоревновательном периоде необходимо проводить скрининг ЭхоКГ, поскольку это поможет в предупреждении предпатологических состояний, а в дальнейшем и в оценке морфо-функциональных показателей сердечной деятельности во время динамических наблюдений в профессиональном футболе.

ЗАЩИТНАЯ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Расулова З.Д., Каримова З.К., Даминова М.Н.

ТашПМИ, кафедра Аллергологии, микробиологии; каф. Детские инфекционные болезни
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучение защитной способности эритроцитов у детей и подростков с сахарным диабетом (СД) 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника (МК).

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач представлены результаты клинико-бактериологического обследования 30 детей, больных сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 10 до 15 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. У

всех пациентов изучены состав микрофлоры кишечника, гематологические показатели крови и адсорбирующая способность эритроцитов. Диагноз СД 1 типа верифицировали с учетом клинических признаков периодической гипергликемии (повышенная потребность в жидкости, полиурия, эпизоды сухости во рту), анамнестических данных (перенесенные эпизоды кетоацидоза или кетоацидотическая кома, абсолютная зависимость от инсулинотерапии, установленный ранее клинический диагноз СД 1 типа).

Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника.

Результаты. Установлено, что гематологическая картина крови у детей и подростков с СД 1 типа на фоне МК не отличалась от здоровых, т.е. количество эритроцитов, лейкоцитов и СОЭ были в норме. Однако выявлены очень низкие показатели гемоглобина, что составляет 76,5 г/л., это указывает на нарушения метаболизма эритроцитов, вследствие чего они теряют защитную способность. Изменение адсорбирующей способности эритроцитов при СД 1 типа на фоне МК по сравнению со здоровыми оказалось резко сниженным. Дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный МК установился у 93,9% обследованных детей с СД 1 типа. Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с эубиотиками, пробиотиками, оральную и регидратацию терапию, в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства. В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 93,9% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа. Эффективность лечения дисбиотических изменений вызывала коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям.

Выводы. Количество эритроцитов у обследованных детей остаётся в норме. Однако их способность адсорбировать бактерии резко снижается.

ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ УПРАВЛЯЕМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рассулова М.А., Погонченкова И.В.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России, ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ
Москва, Россия

Методы управляемой климатотерапии нашли широкое применение в восстановительном лечении пульмонологических больных на санаторно-курортном этапе лечения. Следует отметить различие между галотерапией и сильвинитовой спелеотерапией:

- Методика галотерапии предполагает вдыхание аэрозоля хлорида натрия, получаемого с помощью специального генератора и периодически подаваемого в палату с респираторной фракцией частиц 5 – 10 мкм.

- Сильвинитовая спелеотерапия – лечебное применение микроклимата естественных и искусственных пещер. Основными лечебными факторами являются относительная стабильность температурно-влажностных характеристик микросреды и насыщение мелкодисперсным естественным аэрозолем (состоящий из хлорида калия, магния, небольшого количества радона и изотопа калия-40) со стен, пола и потолка палаты, получаемые с помощью приточно-вытяжной вентиляции.

Показаниями для назначения данных методов лечения являются подострые и хронические заболевания ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей, синдром вегето-сосудистой дистонии. С осторожностью следует применять спелеотерапию при наличии в анамнезе заболеваний крови, щитовидной железы, а также следует учитывать возможное развитие клаустрофобии у некоторых пациентов и появление сухого раздражающего кашля в ответ на вдыхание сухого соляного аэрозоля при проведении первых процедур.

К этой же группе методов относится интервальная гипоксическая тренировка (ИГТ), или «дыхание горным воздухом», нашедшая очень широкое применение в самых различных областях медицины. Применяемая методика нормобарической интервальной гипокситерапии предполагает чередование дыхания обычным атмосферным воздухом и гипоксической смесью с содержанием кислорода 10 – 14%. Каждый интервал длится 5 минут, общая продолжительность процедуры – 30 – 60 минут. Главными механизмами метода являются стимуляция эритропоэза и повышение кислородной емкости крови; кратковременный недостаток кислорода стимулирует активность про- и антиоксидантной системы, защитных механизмов, повышает общую выносливость организма, способствует расслаблению гладкой мускулатуры, улучшает микроциркуляцию, обладает выраженным седативным и релаксирующим действием. Эффекты со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы проявляются в виде повышения альвеолярной вентиляции в связи с углублением дыхания и урежением частоты дыхательных движений, вазодилатации, увеличении плотности микроциркуляторного русла, стабилизации артериального давления, урежения частоты сердечных сокращений. Следует обратить внимание на то, что у ряда пациентов, имеющих более яркие симпатоадреналовые реакции в ответ на первые ИГТ может возникнуть повышение АД и увеличение ЧСС, что требует увеличения процентного содержания кислорода в воздушной смеси.

Показаниями к ИГТ являются:

- заболевания бронхолегочной системы без дыхательной недостаточности или с ее I степенью;
- синдром вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу;
- факторы риска развития ИБС: гиперлипидемия, гиподинамия, курение и др.;
- гипертоническая болезнь I-II ст.;
- ИБС: стенокардия напряжения I-III ФК;
- подготовка к плановому хирургическому вмешательству или состояние после операций реваскуляризации миокарда (начиная с 3-ей недели после АКШ и 5 – 7-го дня после СКА);
- проведение курсов лучевой или химиотерапии у онкологических больных.

Противопоказания:

- любые острые состояния и заболевания, в том числе инфаркт миокарда в острой фазе, острое нарушение мозгового кровообращения, гипертонический криз и др.;
- дыхательная недостаточность и сердечная недостаточность в стадии декомпенсации;
- ИБС: стенокардия IV ФК и нестабильная стенокардия;
- САД выше 149, ДАД - 95 мм рт. ст.;
- первичный и вторичный эритроцитоз;
- любые острые и хронические гипоксические состояния;
- индивидуальная непереносимость кислородной недостаточности.

Применение ИГТ у пульмонологических больных, в особенности у детей представляется чрезвычайно перспективным, т.к. позволяет подготовить организм больного к адекватному перенесению физических нагрузок в условиях постепенного повышения кислородной емкости крови (предикторами являются повышение эритроцитов, гемоглобина,

показателя SpO₂ при выполнении дозированных физических нагрузок), методика может успешно сочетаться с гало/спелеотерапией.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С., Мансуров А.Б.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Бухара, Республика Узбекистан

Целью исследования является анализ результатов лечения посттравматического панкреатита у детей.

Материалы и методы исследования. Метод основан на динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) pancreasa и определение диастазы в крови. В последние 10 лет в отделение хирургии повреждений детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с диагнозом: «Закрытая травма органов брюшной полости» находились 268 детей в возрасте от 1-го года до 14 лет, из них мальчиков – 156 (58,2%), девочек было – 112 (41,8%). Всем больным поступившим с повреждениями органов брюшной полости в момент поступления в стационар и в динамике производилось ультразвуковое исследование органов, комплекс необходимых клинико-лабораторных исследований.

Результаты и обсуждения. При анализе выше указанных данных выявлено, что травматическое повреждение поджелудочной железы обнаружено у 4 (1,5%) больных. У этих больных лабораторно обнаружено повышение уровня диастазы в крови. Все больные оперированы, дренированы и тампонированы полость малого сальника. Трое больные выписаны с выздоровлением и у 1-го (25%) развилась посттравматическая псевдокиста. При изучении данных этого больного выяснилось, что примерно за 1 час он упал неудачно с арбы и в очень тяжелом состоянии больной доставлен в стационар. Произведен комплекс лечебно-диагностических мероприятий, при УЗИ в проекции ворот селезенки, забрюшинно, обнаружено жидкостное, округлое образования размерами 20x15 мм. Лабораторные показатели крови и мочи без особенностей, диастаза крови – 64 ед. на 5-е сутки, в динамике наблюдения общее состояние больного оставался стабильно-тяжелой, диастаза в крови увеличилось до 128 ед., УЗИ размеры жидкостного образования составило 50x47 мм, к 8-м суткам размеры жидкостного образования увеличилась до 129x98 мм, в брюшной полости диагностировано свободная жидкость до 60 мл, в хвостатой части pancreas отмечался дефект капсулы и паренхимы. Больной взят на операцию, обнаружено повреждение pancreas размерами 3x12 мм, в области корня поперечно-ободочной кишки выявлено жидкостное образования, содержащее около 200 мл мутной жидкости (диастаза которого составляло 65,536 ед.), которое дренировано. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось, и ребенок в относительно удовлетворительном состоянии выписан домой.

Заключение. Таким образом, панкреатит у детей встречается крайне редко, но при этом протекает очень бурно, что требует пристального внимания к больным, поступающим с травмой брюшной полости.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ

Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Файзулов Д. А., Шерназаров И.Б.

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

Цель. Улучшение методов интенсивной терапии новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно – некротическом энтероколите.

Материал и методы. За последние 10 лет (2009-2018) в отделении детской реанимации поступило 29 новорожденных с ЯНЭК. Состояние детей при поступлении крайне тяжелое, обусловленное явлениями токсикоза и эксикоза, нарушением периферической микроциркуляции, со второй степенью эндогенной интоксикации (ЭИ). Степень выраженности клинической симптоматики зависело от продолжительности заболевания и преморбидного фона.

У 10 больных при пальпации выявлены напряжение мышц живота, сопровождающиеся резким беспокойством ребенка. У 5-ти новорожденных перфорация оказалась прикрытой, свободного воздуха под куполами диафрагмы не обнаружено. Больные оперированы по поводу кишечной непроходимости и перфоративного перитонита вследствие ЯНЭ установленного во время операции.

Результаты исследования. Из 29 новорожденных 8 не оперированы. Новорожденные поступали в крайне тяжелый соматический фон (внутриутробный сепсис, тяжелая родовая травма, энтероколит, пневмония). Из 13 больных 9 переведены из реанимационной палаты отделения неонатологии, где новорожденные получали комплексную интенсивную терапию. По ухудшению состояния в связи наступлением перфорации кишечника больные были срочно доставлены в клинику.

Выводы. Таким образом, наблюдения над 29 новорожденными детьми с осложненным течением острого язвенного некротического энтероколита показали, что новорожденные нуждаются в особой предоперационной подготовке и дифференцированной тактике хирургического лечения. При наличии пневмоперитонеума в предоперационном периоде целесообразно наложение лапароцентеза.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Рахматуллаева М. А., Набиева Ш.З.

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино»
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: изучить частоту встречаемости пролапса митрального клапана у детей с врожденными и приобретенными заболеваниями сердца.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 23 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет с различными врожденными и приобретенными заболеваниями сердца в сочетании с пролапсом митрального клапана за период с января по декабрь 2018 год, находящихся на стационарном лечении в детском кардиоревматологическом отделении ГУ Комплекса Здоровья «Истиклол». Для диагностики заболеваний были использованы ЭхоКГ в различных режимах, ЭКГ и рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования. По результатам ретроспективного исследования из 23 обследованных детей девочек было 14 (61%), а мальчиков 9 (39%). У 12 (52,2%) из них был дефект межпредсердной перегородки, у 8 (34,7%) дефект межжелудочковой перегородки, у 1 (4,4%) инфекционный эндокардит, а у 2 (8,7%) больных дилатационная кардиомиопатия. По результатам ЭХОКГ были выявлены вышеуказанные пороки сердца со смещением створок митрального клапана не менее чем на 3 мм от линии их смыкания в полость левого предсердия во время систолы желудочков с различной степенью митральной регургитации у 14 (60,8%) и у 9 (39,2%) больных с признаками ПМК без митральной регургитации. На ЭКГ были выявлены нарушения процессов реполяризации у всех больных (100%), синусовая тахикардия у всех больных (100%), признаки гипертрофии с гемодинамической перегрузкой желудочков и предсердий у 20 (86%) больных. На рентгенограмме грудной клетки расширение границ сердца в обе стороны у 7 (30,4%).

Выводы. Таким образом, стало известно, что пролапс митрального клапана чаще всего встречается у девочек и больше всего сопутствует такому врожденному пороку сердца как дефект межпредсердной перегородки в связи с единым эмбриогенезом развития мышечных и эластических волокон сердца.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Рахимов Т.И., Бобоева Х.А., Астанакулов С.Р.

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить патогенетическое обоснование иммуномодулирующей терапии больных с рецидивирующим обструктивным бронхитом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 160 детей от 3-х до 6-и лет, находящихся на диспансерном учёте в центрах здоровья №6 и №15 г. Душанбе за период 2016-2018 гг. Всем больным кроме общеклинических, были проведены иммунологические методы исследования.

Клеточный иммунитет определяли иммунофлюоресцентным методом моноклональными антителами к поверхностным рецепторам клеток: СД 3+ (Т - лимфоциты), СД 4+ (Т-хелперы), СД 8+ (Т – супрессоры). Для оценки В-системы иммунитета определили абсолютное количество В-лимфоцитов (СД 19+) и IgM, IgG, IgA в крови.

Результаты и их обсуждение. У всех детей эпизоды болезни отмечались от 5-6 раз и более в году в течение не менее 2-х лет подряд. Практически у всех детей наблюдались отклонения в иммунном статусе в сторону от возрастной нормы. Так у 135 (84%) обследуемых достоверно ($P \geq 0,05$) было снижено абсолютное количество Т-лимфоцитов и их субпопуляции. У 25 (16%) больных изменения в иммунном статусе были своеобразны: на фоне нормального общего количества Т – лимфоцитов (СД 3+) заметное снижение СД8+ клеток. Этим детям необходимо дальнейшее исследование иммунного статуса, включая IgE. В гуморальном звене иммунитета статистически значимых изменений не было выявлено. Связь частых обострений со сниженной иммунной реакцией клеточно – эффекторного звена иммунитета очевидна.

Выводы. Полученные данные позволяют считать целесообразным включить в комплексную терапию рецидивирующего обструктивного бронхита иммунокорректирующую терапию, направленную на Т-звено иммунитета.

РОДИТЕЛЬСКИЕ ЗНАНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАХИТА, МЕЖДУ ПРОТОКОЛОМ И РЕАЛЬНОСТЬЮ

Ревенко Н.Г., Цуркану Т.Г.

Кишиневский Университет Медицины и Фармации

Кишинев, Республика Молдова

Цель исследования: Соблюдение родителями рекомендаций Национального Клинического Протокола по антенатальной и постнатальной профилактике рахита.

Материал и методы: 1. Проведено анкетирование матерей с оценкой знаний, связанных с профилактикой рахита, поступившие в 1-ую ГДКБ, с детьми в возрасте 1-24 месяцев.

2. Сравнение полученных результатов с рекомендациями Национального Клинического Протокола по профилактике рахита.

Результаты:

1. Антенатальная профилактика проводилась у 102 беременных из 104 опрошенных, 35 беременных получали правильную специфическую профилактику, остальные неправильно и недостаточно (38 - получили только неспецифическую профилактику, 29-комбинированную - специфическая (малые дозы вт. Д) и неспецифическая.

2. Из 104 опрошенных, ухаживающих за детьми в возрасте 1-12 месяцев, только 29 % были достаточно осведомлены относительно значения правильной профилактики рахита, последствиях.

75 % не обладали достаточными знаниями по профилактике рахита (рекомендуемая доза, возраст начало профилактики, ежедневный прием, продолжительность).

Выводы:

1. Антенатальная профилактика была проведена правильно только у 35% беременных.

2. 2/3 родителей не обладают достаточными знаниями относительно профилактики рахита.

3. 2/3 родителей не обладают достаточными знаниями о ранних и поздних последствиях рахита.

4. Исследование показывает возможные резервы медицинского маркетинга во внедрении национального клинического протокола на уровне первичного звена медицины.

АРИТМИИ У ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Романчук Л.В., Ревенко Н.Е.

Государственный Медицинский Университет «Н. Тестемицану»

Кишинев, Республика Молдова

Цель исследования: изучение особенностей нарушения ритма сердца у детей с дисплазией соединительной ткани.

Пациенты и методы. В группу исследования были включены 190 детей: 160 (84,2%) пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК), средний возраст $13,32 \pm 0,23$ года и 30 (15,79%) здоровых детей, средний возраст $12,2 \pm 0,72$ года ($p > 0,05$). Были проведены исследования (ЭКГ, Эхокардиография с цветным Доплером, Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа с определением параметров variability ритма сердца).

Результаты. Анализ клинических симптомов выявил преобладание: более в области сердца (90,0%), сердцебиений (83,75%), нарушений ритма сердца (67,2%). Преобладающими признаками дисплазии соединительной ткани у пациентов с ПМК в 66,87% и 26,67% случаях у здоровых детей было астеническое телосложение ($p < 0,001$). Результаты ЭКГ определили синдром ранней реполяризации в миокарде левого желудочка у пациентов с ПМК в 75,62% в сравнении с 23,33% случаях у здоровых детей ($p < 0,001$); нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы у пациентов с ПМК в 18,12% и у 10,0% здоровых детей ($p > 0,05$). Результаты эхокардиографического исследования показали преобладание ПМК I степени в 96%. Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа выявило наличие наджелудочковых экстрасистол у 86,25% детей с ПМК и 13,33% здоровых детей ($p < 0,001$), желудочковых экстрасистол у 18,75% пациентов с ПМК и 3,33% здоровых детей ($p < 0,05$). Анализ параметров variability сердечного ритма на Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа демонстрирует превалирование в 98% случаях параметров (VLF) и (LF), что объясняет активность симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Заключение. Синдром дисплазии соединительной ткани в проведенном исследовании сопровождался различными нарушениями ритма сердца: наджелудочковыми и желудочковыми экстрасистолами у детей. Анализ variability ритма сердца определил преобладание низкочастотных и очень низкочастотных параметров, что объясняет снижением контроля парасимпатической нервной системы и доминирование симпатической нервной системы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Рофиев Р.Р., Баходуров Д.Т., Ибодов Х.И., Давлатов С.Б.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ИПОВСЗ Республики Таджикистан

Цель работы. Изучить причины послеоперационных осложнений и на основании которых провести профилактику повторных операций на легких у детей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 776 детей с различными заболеваниями легких, которые находились на стационарном лечении за последние 20 лет в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет было 173 ребенка, от 4 до 7 лет – 274, от 8 до 15 лет – 329 детей. Повторные операции на легких в раннем послеоперационном периоде произведены 42 (5,4%) больным. По поводу легочно-плеврального кровотечения – 26, бронхиального свища -16 больным. В отдаленном послеоперационном периоде 87 (11,2%) больных в 9 случаях отмечалось наличие остаточной полости после эхинококкэктомии легких, в 12 - хроническая эмпиема плевры в 16- длинная бронхиальная культя, в 10 - рецидивный эхинококкоз, в 41- бронхоэктазии.

Результаты исследования и их обсуждение. Причиной развития легочно-плеврального кровотечения после операций на легких явилось нарушение гемокоагуляции в результате кровопотери при операции и неадекватной коррекции последствий кровотечения. С целью восполнения объема циркулирующей крови переливание крови часто сопровождается развитием гемотрансфузионных осложнений, приводящих к развитию ДВС синдрома. Для профилактики данных осложнений при проведении оперативных вмешательств на легких нами проводится умеренная гиперволемическая гемодилюция в сочетании с гипероксической вентиляцией легких, где улучшаются гемореологические свойства крови, что способствует уменьшению истинной кровопотери за счет сохранения глобулярной части крови и улучшения её кислородтранспортной функции. Одной из наиболее частых причин развития

бронхиальных свищей после эхинококкэктомии являются оставшиеся незамеченными бронхиальные свищи или негерметичное их ушивание. Для профилактики этих осложнений в клинике разработан специальный obturatorный катетер, при помощи которого в начале операции бронх пораженной доли легкого obtурируется. Во время операции при помощи obtурационного катетера патологические жидкости постоянно отсасываются. Путем ведения красительного антисептического вещества (иодинал) устанавливается наличие бронхиального свища. После ушивания бронхиальных свищей повторным ведением иодинала контролируется герметичность. Для профилактики несостоятельности швов и оставления длинной культы бронха при резекции легких (сегмента, доли и легкого), производим раздельную обработку сосудов и ушивание культы бронха после иссечения слизистой бронха на расстоянии 2-3 мм с применением прецизионной техники. Развитие остаточной полости было связано с неудачной ликвидацией остаточной полости при эхинококкэктомии особенно, при больших и гигантских эхинококковых кистах. Для ликвидации остаточной полости применяли метод создания междолевой щели по А.Т.Пулатову, где на образованных полушариях оставались вогнутые поверхности и при соприкосновении последних образовывались остаточные полости. Для профилактики данного осложнения был разработан новый усовершенствованный метод ликвидации остаточной полости, при котором вместо одной междолевой щели образовывались три или четыре межсегментарные щели путем рассечения фиброзной капсулы по ходу сосудов и бронхов с применением перцензионной техники. Хроническая эмпиема плевры развивалась вследствие развития острых легочно-плевральных нагноений или пиопневмоторакса в послеоперационном периоде и при неэффективном его лечении. Поэтому для предотвращения данного осложнения обязательно промывалась плевральная полость асептическими растворами (фурацилин, диоксидин или гипохлорид натрия 0,06%). После операции осуществлялось адекватное дренирование плевральной полости с назначением эффективных методов антибиотикотерапии, таких как регионарная лимфотропная антибиотикотерапия, проводимая путем катетеризации средостения. Длинная бронхиальная культя развивалась после атипичных резекций с применением аппарата УКЛ, где в результате оставления длинной бронхиальной культы и развивалась данная патология. В связи с этим, мы отказались от атипичных резекций и стали применять только типичные резекции легких с ручной обработкой элементов корня легкого. По всей вероятности эти осложнения были связаны с нарушением регионарного кровообращения, деформация бронхиальных структур и методов ликвидации остаточной полости при эхинококковых кист.

В основном бронхоэктазии развивались при операциях, проводимых на легких по поводу хронических приобретенных нагноительных заболеваний легких. Причиной бронхоэктазии явилось прогрессирование эндобронхитов в оставшихся сегментах или в долях, существовавших еще до оперативного вмешательства и недолеченное перед операцией. В связи с этим, мы отказались от применения традиционных методов предоперационной подготовки и применили оптимизированную, дифференцированную предоперационную подготовку, включающую парокислородные ингаляции с лекарственными травами; аэрозольтерапию с ультразвуковым распылением лекарственных препаратов; санационную бронхоскопию с локальным бронхоальвеолярным лаважем; регионарную лимфотропную антибиотикотерапию с катетеризацией средостения, эндобронхиальную и наружную лазерную кавитацию, иммунокоррекцию по тяжести эндобронхитов: раннюю функциональную реабилитацию и диспансеризацию с контролем функциональной восстанавливаемости легкого.

Заключение. Изучая причины развития послеоперационных осложнений разработаны способы профилактики повторных операции на легких путем улучшения нарушения

регионарного кровообращения, выбор оптимальных методов оперативных вмешательств на легких, устранить деформацию бронхиальных структур.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ УРОПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Садомская Н.А., Аникеева Н.А., Майорова Н.А., Лашко А.Ю., Терещенко С.В., Кантулис С.С., Жилочкина А.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Рязань, Россия

Цель исследования. Изучение микробного пейзажа и клинико-анамнестических особенностей течения инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) у детей.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов, получавших консервативное лечение по поводу ИМВП в педиатрическом отделении ГБУ РО «ГКБ №11» в 2017-2018гг. (n=100, девочки 68%, мальчики 32%, возраст пациентов от 2 месяцев до 17 лет). Данные локального микробиологического мониторинга структуры и антибиотикорезистентности микрофлоры, выделенной из мочи у детей с ИМВП.

Результаты. Микробный пейзаж возбудителей ИМВП представлен: *E. Coli* - 57%, *E. coli* ESBL кл. А - 14%, *K. pneumoniae* - 9%, *P. mirabilis* - 6%, *E. faecalis* - 6%, *K. pneumoniae* ESBL кл. А- 4%. У 18% пациентов была выделена флора, обладающая детерминантами резистентности к антибиотикам (1-ая группа). У 82% детей выделялись типичные уропатогены (2-ая группа). В обеих группах преобладали девочки (67%). В 1 гр. преобладали пациенты с хроническими ИМВП (61%), во 2 гр. – с острыми ИМВП (55%). При поступлении в стационар в обеих группах отмечались симптомы интоксикации, мочевого синдром, дизурические расстройства. Препаратами стартовой терапии являлись: цефалоспорины III поколения (80%), цефалоспорины II поколения (7%), производные нитрофурана (13%). У пациентов 1 гр. не отмечалось положительной динамики в течение первых 3 суток лечения. У пациентов 2 гр. на вторые сутки отмечалось купирование лихорадки, снижение лейкоцитурии. По данным микробиологического мониторинга *E. coli* ESBL кл. А и *K. pneumoniae* ESBL кл А проявляли резистентность к препаратам из группы цефалоспоринов и пенициллинов. Наибольшей эффективностью в отношении этих возбудителей обладали карбапенемы и производное фосфоновой кислоты (фосфомицин). Коррекция антибактериальной терапии способствовала купированию интоксикации и мочевого синдрома у пациентов 1 гр. на 4-5 сутки. Средний койко-день в 1-ой гр. составил 14 дней, во 2гр. – 9 дней.

Выводы. Лидирующие уропатогены у детей с ИМВП: *E. coli* с обычным фенотипом чувствительности и *K. pneumoniae*. Спектр флоры, обладающей механизмами резистентности, представлен: *E. coli* ESBL кл А, *K. pneumoniae* ESBL кл А, проявляющими устойчивостью к препаратам из группы цефалоспоринов и пенициллинов. Коррекция антибактериальной терапии, с учетом чувствительности флоры, позволяет повысить эффективность терапии ИМВП у детей.

ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

Саидмурадова Г.М., Салимов А.

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучение применения фитотерапии у детей с затяжным течением вирусного гепатита А.

Материалы и методы. Из числа 300 больных, госпитализированных в инфекционные отделения ГМЦ г. Душанбе за июнь - декабрь 2016 года с диагнозом ВГА, затяжной вариант течения был диагностирован у 25 (8,3%) детей. Диагноз ВГА был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных, данных биохимических показателей крови, а также серологических исследований методом ИФА на наличие анти-НАV IgM и при необходимости было проведено УЗИ печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

Результаты исследования. Из числа детей с затяжным течением ВГА, у 12 (48%) диагностировали функциональное расстройство желчного пузыря (гипофункцию и дискинезию), у 13 (52%) холецистит, причём у 5 (20%) детей с переходом в I стадию желчнокаменной болезни. Затяжной вариант ВГА часто был диагностирован у девочек 18 (72%), в пубертатном периоде 12 (67%), чем среди мальчиков 7 (28%). У большинства 19 (76%) детей в течении 2-3 месяцев ($2,2 \pm 0,5$ месяцев) отмечался зуд кожи, и только у 5 (20%) детей желтушность кожи и склер. Симптомы интоксикации были умеренными, в виде лихорадки до $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$ у 20 (80%), $38,5^{\circ}\text{C}$ - $39,5^{\circ}\text{C}$ у 5 (20%), слабости и адинамии у всех (100%) детей. Увеличение размеров печени до 4 - 5 сантиметров из-под края ребра отмечены у 7 (28%), до 3-х сантиметров у 18 (72%), у 17 (68%) консистенция печени была мягкой, у 8 (32%) умеренно плотной. У большинства детей 20 (80%) с затяжным течением ВГА общий билирубин был повышенным до 50 мкмоль\час\л. и только у 5 (20%) детей 180 мкмоль\час\л. Все дети жаловались на тошноту после еды, 22 (88%) на отрыжку с привкусом горечи, 16 (64%) на боли ноющего характера в верхней половине живота и 13 (52%) на боли в правом подреберье. Боли возникали или усиливались через 40–60 минут после приёма пищи, а при пальпации живота была отмечена болезненность в правом подреберье и в эпигастральной области.

В лечении детей с затяжным вариантом ВГА кроме базовой терапии в питание были включены продукты с липотропным действием (морковь, кабачки, творог, овсяная каша и др.), а также назначена фитотерапия в виде лекарственных трав желчегонного и желчеобразующего действия в виде настоек из барбариса, бессмертника, мяты, кукурузных рыльцев, шиповника и щавеля. Причём, у всех детей симптомы интоксикации нивелировались на 4-5 сутки, у 16 (64 %) болевой синдром на 10–12 сутки. К четвертой неделе от начала терапии 19 (76 %) детей жалоб не предъявляли, и только у 5 (20 %) сохранялись жалобы диспептического характера до 1,5 месяцев. Контрольное УЗИ у большинства 20 (80 %) детей через 1,5 месяцев показала положительную динамику в виде уменьшения объёма билиарного сладжа, у 5 больных (20 %) степени неоднородности содержимого желчного пузыря.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали эффективность применения фитотерапии у детей с затяжным течением ВГА, при котором отмечены положительная динамика клинических признаков, биохимических показателей крови и ультразвукового исследования печени и желчевыводящих путей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Саидмурадова Г.М., Джонибеки Рустамбек
Кафедра детских инфекционных болезней
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель исследования. Изучение клинического течения пневмонии у детей при ОРВИ.

Материалы и методы. Из общего числа (949) больных в возрасте от 2 –х месяцев до 18 лет, госпитализированных в Городской медицинский Центр №1 г. Душанбе имени Ахмедова Карима в 2017 году, детей с ОРВИ было 579 (61,0%). Причём, из числа детей с ОРВИ у 29 (5,0%) заболевание протекало без осложнений, у 30 (5,2%) диагностирован нейротоксикоз, у 383 (66,1%) пневмония, у 122 (21,1%) бронхит, у 4 (0,6%) ларинготрахеит, у 11 (1,8%) детей отмечено сочетание с острыми кишечными инфекциями. Диагноз ОРВИ был выставлен на основании эпид. ситуации по гриппу в г. Душанбе и наличия клиники. У всех детей с пневмонией были проведены рентгенологическое исследование лёгких.

Результаты исследования. Из числа детей 383 (66,1%) с диагнозом ОРВИ и пневмония, у большинства 291 (75,9%) по клиническому течению была диагностирована тяжёлая пневмония, сопровождающаяся признаками тяжёлой дыхательной недостаточности с кашлем, учащённым и затруднённым дыханием, кряхтящим дыханием у детей первого года жизни, втяжением нижней части грудной клетки в акте дыхания и раздуванием крыльев носа при дыхании. Учащение дыхания было отмечено у всех детей, причём при аускультации выслушивались ослабленное дыхание, чаще в правом лёгком, у большей половины детей также были отмечены влажные хрипы.

У 92 (26,6%) детей была диагностирована очень тяжёлая пневмония, причём с тяжёлой дыхательной недостаточностью у 56 (60,8%), центральным цианозом у 32 (34,7%) детей, судорогами у 12 (13,04%) детей.

Из числа детей с диагнозом ОРВИ и пневмония, госпитализированных в инфекционные отделения в тяжёлом состоянии (413), в отделение детской реанимации по неотложному состоянию были переведены 10 детей (2,4%). Из их числа 5 (50%) детей с ОРВИ и нейротоксикозом, сопровождающийся судорожным синдромом, 2 детей (20%) с ОРВИ и отёком мозга и 3 (30%) детей с тяжёлой пневмонией, сопровождающаяся признаками тяжёлого нарушения дыхания и кроме того, у всех был диагностирован ДВС.

По данным детского реанимационного отделения в 2017 году в ГМЦ было госпитализировано 411 детей в тяжёлом состоянии. Из их числа, детей с ОРВИ и пневмонией было 154 (37,5%), с ОРВИ и нейротоксикозом 67 (16,3%), а с сепсисом 42 (10,2 %). Большинство 216 (52,6%) детей в тяжёлом состоянии поступили в РО без направления. Из их числа умерло 3 детей (2 детей с диагнозом ОРВИ с нейротоксикозом, и 1 ребёнок с сочетанным течением ОРВИ и ОКИ).

Выводы. Таким образом, из числа детей с ОРВИ у большинства 383 (66,1%) была диагностирована пневмония, причём отмечены клиническое течение осложнений в виде тяжёлой пневмонии у 291 (75,9%), нейротоксикоза у 30 (5,2%) и бронхита у 122 (21,1%) детей. Только у 11 (1,8%) детей заболевание сочеталось с острыми кишечными инфекциями, а у 4 (0,6%) детей был диагностирован ларинготрахеит.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ПРИ РОЖДЕНИИ

Самиева Н.Ш.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: определение ранних и отдаленных перинатальных исходов у недоношенных новорожденных с ЭНМТ.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 недоношенных новорожденных с ЭНМТ за 2017 г. Также проведен анализ 19 (54,3%) летальных исходов новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. Возраст детей составил от 1 до 21 сут. Срок гестации при рождении составлял от 23 до 30 нед. Масса тела при рождении колебалась от 550 до 980 г (средний вес 833).

Результаты исследования: Анализ историй болезни новорожденных с ЭНМТ показало, что профилактику РДС антенатальными стероидами проводили в 9 (25,7%) случаях, однократно дексаметазон был назначен в 10 (52,6%) случаях. Дети родились по шкале Апгар 4\6 баллов. У всех детей с рождения наблюдались дыхательные расстройства, по шкале Сильвермана в среднем оценены 8–9 баллов. Респираторная терапия включала ранний назальный СРАР или механическую вентиляцию легких в зависимости от выраженности респираторных расстройств при рождении. Четверо детей родились путем вспомогательных репродуктивных технологий, 9 из 35 являются плодами многоплодной беременности (в том числе тройни и четверни). 8 (22,8%) из 35 детей с ЭНМТ имели задержку внутриутробного роста и развития. У всех детей диагностировались признаки сочетанной патологии. При рождении присутствовали признаки угнетения ЦНС. Ультразвуковое обследование выявило наличие внутрижелудочковых кровоизлияний у 19 (54,3%) детей обследованных в первые 0–36 часов жизни. ВЖК и в дальнейшем ПВЛ выявилось у одного новорожденного, дожившего до 21-го дня жизни. Несмотря на адекватно организованную инфузионную терапию (5–8 мг\кг\мин) и сбалансированное парентеральное питание, у детей отмечались нарушения уровня глюкозы в крови. Гипергликемический синдром диагностировался у 21 (60%) новорожденных с ЭНМТ, это сопровождалось клиникой ВЖК. Гипогликемия отмечалась у 12 (34,8%) недоношенных. Высокие уровни билирубина отмечались уже через 18–24 ч после рождения.

Выводы: Главной причиной смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела является развитие тяжелой бактериальной генерализованной инфекции. Способствующими факторами являются РДС (диагностированный у всех глубоко недоношенных), ВЖК. Среди отдаленных результатов преобладают неврологические нарушения, дети отстают в психомоторном развитии и нуждаются в восстановительной терапии.

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА СУРДОЛОГА И СУРДОПЕДАГОГА В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Сапожников Я.М., Карпов В.Л., Мачалов А.С., Тарасова Н.В.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
Москва, Россия

Кохлеарная имплантация (КИ) - это не только хирургическая операция, а комплексный многоэтапный метод реабилитации детей и взрослых с глухотой и выраженной степенью тугоухости, включающий диагностический этап, цель которого отбор кандидатов

на КИ, хирургический этап и этап реабилитации. Цель исследования: организация взаимодействия сурдолога и сурдопедагога при настройке речевого процессора системы КИ для создания оптимальных программ стимуляции, позволяющих каждому ребенку более точно воспринимать речевой материал.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 школьников в возрасте от 8 до 14 лет (27 мальчика и 23 девочки) – пользователи системой КИ в течение 5 лет: 32 - учащиеся общеобразовательных школ, 18 – специальных (коррекционных) школ II вида для детей с нарушением слуха. Речевым материалом для исследования явились сбалансированные артикуляционные таблицы односложных слов русского языка и списки разнотипных слов Лопотко А.И. Нами были предложены следующие варианты.

Первый: первоначально пациент проходил педагогическое тестирование с целью выявления трудностей в восприятии речи на слух. Анализируя субъективные ответы пациента, сурдолог, при необходимости, корректировал параметры индивидуальной программы стимуляции.

Второй: первоначально пациент проходил процедуру настройки речевого процессора по объективным методикам. Далее пациент направлялся к сурдопедагогу для оценки адекватности настройки речевого процессора. Полученные результаты заносили в протокол и проводили качественно-количественный анализ. В связи с чем, сурдопедагог рекомендовал сурдологу внести коррективы в индивидуальную карту настройки в соответствующих диапазонах частот.

Результаты: Все дети показали значительный прирост в опознавании слов на слух: а) односложные слова: от $40\pm 25\%$ до корректировки настройки звукового процессора и до $80\pm 15\%$ после; б) слова различной слоговой структуры: от $50\pm 25\%$ до $85\pm 12,5\%$ после.

Выводы: 1. Выбор модели организации совместной деятельности сурдолога и сурдопедагога, как совместно взаимосвязанной, показал свою эффективность при решении задач комплексной реабилитации детей после КИ. 2. Совместная работа двух специалистов позволила значительно повысить качество восприятия речевого материала без опоры на «чтение с губ», что, в свою очередь, положительно сказалось на результатах коррекционно-педагогической работы с детьми данной категории.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ДЕТЕЙ

Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Файзуллоев С.

Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан.

Цель исследования. Разработка нового способа хирургического лечения некротической эпифасциальной флегмоны при ветряной оспе у детей, которая обеспечивало бы эффективный отток патологического экссудата и уменьшило бы процент кожных дефектов.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 7 детей с эпифасциальной флегмоной, которая развивалась при инфицировании ранок ветряной оспы. Возраст детей колебался от 1 года до 8 лет. Флегмоны располагались на спине, животе, на внутренней поверхности бедра и на шее с переходом на переднюю поверхность грудной клетки. У 3 больных флегмоны образовались на двух участках тела, а у 3 кроме одного очага наличие флегмон отмечалось небольшими инфильтратами на других участках кожи, т.е. имела место - септикопиемия.

Суть предложенного способа заключается в том, что производятся окаймляющие разрезы кожи вокруг флегмоны на границе со здоровой тканью длиной 1-1,5см. Для правильного распределения расстояния между разрезами вокруг флегмоны её объем условно делят, перпендикулярно на 4 доли. Затем в центре каждой доли на границе между краями флегмоны и здоровыми тканями делают разрезы-насечки. Длина разрезов не должно превышать 1-1,5см. В случаях, когда некротизированный участок кожи находится в центре гнойника, дополнительный разрез насечки не делаются. Некротизированный участок используют для проведения через него дренажа и оттока промывных растворов. При краевом расположении зоны некроза он также послужит для введения очередного дренажа в полость. В остальных случаях в центре флегмоны делают один разрез – насечку (Патент на изобретение ТТ№921).

Для дренирования используют силиконовые дренажные трубки с множественными боковыми отверстиями. Первую трубку проводят по центру флегмоны насквозь через параллельные периферические разрезы. Через другие периферические разрезы-насечки в полость флегмоны проводят дополнительные трубки с таким расчетом, что их концы не должны доходить до основной сквозной трубки. Т.е. дополнительные трубки должны лежать в полости флегмоны радиально. Следует отметить, что лечение предложенным способом проводят на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии, включающее общеукрепляющие, десенсибилизирующие, антибактериальные, детоксикационные, иммуностимулирующие и улучшающие микроциркуляцию препараты.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде промывание дренажных трубок проводятся ежедневно с помощью антисептических растворов.

Критерием для удаления дренажей служат: улучшение общего самочувствия ребенка, нормализация температуры тела, очищение полости флегмоны от гнойного экссудата и некротических масс. Дренажи удаляют по очередности с интервалом 2-3 дня. Сначала удаляют сквозную трубку.

Преимущества предложенного способа является то, что при таком расположении дренажных трубок в полости флегмоны обеспечивается полноценный отток патологического экссудата и промывных антисептических растворов. Кроме того разрезы-насечки не могут быть причиной нарушения кровообращения очага флегмоны так как они делаются по перифериям на границе со здоровой тканью со значительным интервалом, и лишь один разрез-насечка длиной 1см делается в центре флегмоны.

В результате все больные выздоровели. Койко-дни составили в среднем 15 ± 2 дня. Заживление ран у всех больных наступило без развития некрозов и образования дефектов кожи.

Выводы. Благодаря созданию адекватного дренажа некротических флегмон с меньшими разрезами на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии удалось обеспечить скорейшую их санацию, и предотвращение некроза пораженных участков кожи с её отторжением, что наблюдается в литературных описаниях.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Сергета И. В., Теклюк Р. В., Тимощук О. В., Макаров С. Ю., Панчук А. Е., Стоян Н. В.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова
Ивано-Франковский национальный медицинский университет
Винница, Ивано-Франковск, Украина

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение социально-психологических и психофизиологических аспектов школьной гигиены и профилактической педиатрии на основе использования междисциплинарного подхода и межсекторального взаимодействия их отдельных составляющих, разработка комплексного подхода к профилактике нарушений здоровья обучающихся.

Материал и методы исследования. Исследования, с использованием эпидемиологических, гигиенических, психофизиологических, психодиагностических и статистических методов, проводились на базе средних и высших учебных заведений городов Винницы и Ивано-Франковска.

Результаты и их обсуждение. В ходе оценки особенностей формирования здоровьесберегающих компетенций современных учащихся выявлены статистически-значимые отличия между девушками и юношами. Девушки в большей мере интересовались проблемами формирования здоровья, юноши достаточно часто проявляли неопределенную позицию относительно этих вопросов (t -value: $-2,809$, $p=0,005$; F -ratio: $1,64$, $p=0,007$). В тоже время среди девушек ($50,4\%$) и юношей ($57,4\%$) преобладал интернальный локус субъективного контроля, свидетельствующий о склонности исследуемых брать на себя ответственность за свое здоровье. Разработаны психогигиенические основы здоровьесберегающих технологий, концептуальными принципами использования которых являются режимно-адаптационный, психофизиологический, личностный и интегративно-функциональный принципы, ведущими прикладными компонентами реализации – режимно-организационный, психофизиолого-психодиагностический и психогигиенический коррекционный компоненты. Установлены психофизиологические критерии оценки адаптационных возможностей обучающихся, а также выявлены особенности функционирования механизмов психофизиологической адаптации их организма в условиях экзаменационного стресса. Научно-обоснован комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию профессионального обучения и профилактику возникновения неблагоприятных изменений в психофизиологическом состоянии организма будущих специалистов.

Выводы. В ходе исследований с позиций междисциплинарного подхода изучены социальные аспекты школьной и университетской гигиены, а также профилактической педиатрии, установлены особенности формирования здоровьесберегающих компетенций современных учащихся, разработаны психогигиенические основы использования здоровьесберегающих технологий в современных учебных заведениях

МЕКОНИАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ ФАКТОР СРЫВА АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Солиева Л. М., Халилова З.А., Гулова Р.Х.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оценка роли мекониальной аспирации в срыве адаптации новорожденных.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 28 женщин и их дети, родившиеся в сроке 39-42-х недель гестации. В 1-ю - основную группу вошли 18 женщин и их детей с СМА, во 2-ю – группу сравнения – 10 женщин и их дети без СМА. У беременных основной группы течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у (36%) рожениц, слабостью родовой деятельности у 10 рожениц (20%). С целью родовозбуждения и родостимуляции применялись утеротонические средства у (48%) женщин.

Результаты исследования и их обсуждения. На первом этапе исследования были построены корреляционные матрицы 42 изучаемых факторов. В группе детей без СМА было выявлено 109 зависимостей, в то время как в группе детей с СМА - 58, что свидетельствует о напряженности регуляторных процессов у новорожденных, имеющих СМА.

На основании установленных множественных нелинейных связей между рядом показателей соматического и гинекологического статуса матери, течения беременности и родов, а также состоянием младенца при рождении проведен сравнительный анализ зависимостей сочетанного воздействия изученных факторов с установлением приоритета каждого из них, которые были разделены на следующие группы: 1. Группа «материнских» факторов: факторы, относящиеся к соматическому статусу; факторы, относящиеся к характеру течения данной беременности; параметры, характеризующие течение родов; 2. Группа факторов, относящихся к состоянию новорожденного: антропометрические данные ребенка; параметры, характеризующие состояние ребенка при рождении; параметры клинического анализа ребенка в первые сутки жизни.

Выявлено, что возраст матери, как и наличие у нее заболеваний желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, не оказывает значимого влияния на возникновение СМА у новорожденного. В то же время, с вероятностью 48,9%, можно утверждать, что наличие патологии органов дыхания и заболеваний сердечно-сосудистой системы значительно чаще встречаются у матерей, которые родили детей, впоследствии развивших СМА.

Таким образом, показатели соматического и гинекологического статуса матери, течения беременности и родов являются неблагоприятными факторами, способствующими развитию мекониальной аспирации у новорожденных, что оказывает существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности детей в перинатальном периоде.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Сорбон М.¹, Икромов Т.Ш.², Джонгирхонов Л.М.²

¹Медико-социальный колледж, Душанбе, Республика Таджикистан

²Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Выявить влияние образа жизни женщины и медико-социальных факторов, обеспечивающих гуманизацию медицинского обеспечения на риск формирования патологии новорожденных.

Материал и методы исследования. В рамках оценки влияния медико-социальных факторов риска на здоровье младенцев, методом анкетирования, было опрошено 324 женщин, находившихся под наблюдением в антенатальном и интранатальном периодах развития ребенка. При этом, особое внимание акцентировалось на состоянии соматического здоровья матерей, их гинекологический анамнез, особенности течения антенатального, интранатального и постнатального периодов развития. Кроме того, в анкету были включены вопросы, характеризующие показатели физического и нервно-психического развития, особенности течения лактационного периода у матерей. Первую группу (1) составили 170 женщин с новорожденными детьми, получавшие медицинскую помощь в лечебно-профилактических учреждениях г.Душанбе, в которых внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» (ЮНИСЭФ, ВОЗ).

Женщины и дети в этой группе были обеспечены всеми составляющими гуманизации медицинской помощи до зачатия, которые включали (снижение воздействия «пренатальных переживаний», минимальное интвенция в интранатальном и раннем неонатальном периодах, включая раннее пережатие пуповины, создание максимума условий для раннего прикладывания новорожденного к груди матери и сохранение и поддержка грудного вскармливания).

Вторую группу составили 154 женщины с новорожденными, которые получали медицинскую помощь в ЛПУ, где не внедрена «Инициатива, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и Программа «Поощрения и поддержки грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку». Женщины и дети во 2 группе не были обеспечены всеми составляющими гуманизации медицинской помощи.

Результаты исследования и их обсуждения. Анализ результатов проведенного исследования показал, что контингент матерей – респонденток, в большинстве случаев, находился в активном репродуктивном возрасте (20-25 лет) - 45,8%, каждая 4-ая женщина была в возрасте от 26-30 лет -26,7% и каждой 5-ой женщине было более 30 лет (21,7%). В процессе исследования было обращено внимание на образовательный ценз матерей. Оказалось, что более половины опрошенных женщин (53,3%) были с высшим образованием, каждая третья женщина имела среднее образование и около 10% респондентов не имели образования вообще или неполное среднее.

Изучая паритет обследуемых, было выявлено, что у каждой третьей женщины (40,2%) настоящий ребенок рожден от первой беременности, почти каждая вторая из обследуемых (46,7%) уже имели от 2-х до 4-х детей и у 6,6% женщин более 4-х детей. Необходимо отметить неудовлетворительную работу в организации деятельности медицинских учреждений по информированности женщин в вопросах антенатальной подготовки к родам. Отсюда можно констатировать, что 40 % и 44,2% женщин в обследуемых группах информацию о грудном кормлении получили не от специалистов.

По своей профессиональной занятости, большая половина женщин были домохозяйками (более 60,0%), 33,3% служащие, до 7% - рабочие, 7,9% - студентки ВУЗов и средних специальных учебных заведений.

Большинство из матерей были замужем – 82,4%, не имели регистрацию брака – 9,4%, воспитывали детей в одиночку – 8,2%.

Наиболее значительное влияние на здоровье новорожденных оказывают факторы, формирующие биологический фон развития. К этой группе мы отнесли здоровье родителей (в оценочных характеристиках), состояние здоровья беременных женщин (по оценке медицинских работников), характер родов, условия труда родителей.

Аntenатальный период развития обследуемой группы детей, в большинстве случаев, осложнялся экстрагенитальной патологией женщин.

Спектр осложнений настоящей беременности не столь велик, однако обращает на себя внимание достоверно высокая частота анемий. Частота встречаемости железодефицитной анемии среди беременных составляла 53,8%, проявления позднего токсикоза было зарегистрировано у 25,7%, заболевания мочеполовой сферы выявлено у 19,% случаев, отклонения в системе кровообращения установлено – 13,6%. эндокринными болезнями страдала каждая третья женщина (38%).

Динамическое наблюдение за женщинами в послеродовом периоде показало, что частота ЖДА снизилась до 33,6%, такая же тенденция имела место и среди других заболеваний, заболевания мочеполовой системы – 9,1%, кровообращения – 10,8%.

Нами установлено, что у относительно здоровых матерей, не имевших экстрагенитальную патологию во время беременности, каждый четвертый ребенок к 2 годам жизни, был включен в группу часто болеющих детей, а к пяти – шести годам жизни большинство из них (51,8%) имели какую-либо хроническую патологию и были отнесены во вторую или третью группу здоровья. Факторы негативно влияющих на состояние новорожденных (аборты у матери до данной беременности, акушерские пособия, угроза выкидыша, крупный вес новорожденного), во 2 группе отмечались с достоверным преимуществом.

В большинстве случаев (54,0±1,5%) позднее прикладывание к груди и необоснованно раннее начало искусственного вскармливания (32,3± 1,8%) во 2 группе обследованных отмечалось достоверно чаще, чем в 1 группе (P<0,001). Негативное влияние медико-социальных факторов на заболеваемость новорожденных преобладало во 2 группе: высокий риск - у 17,8±0,9 %, средний риск – у 53,8±1,6% (P<0,05). В 1 группе отмечен достоверно чаще низкий риск заболеваемости (72,6 ± 1,4) (P<0,05). Негативное влияние факторов интра- и постнатального периода на состояние здоровья новорожденных более значимо, в сравнении с влиянием средовых и медико-социальных факторов. Высокий и средний риск заболеваемости новорожденных преобладал также во 2 группе (P<0,001 и P<0,05 соответственно).

Таким образом, медицинское обеспечение женщин и новорожденных в ЛПУ с инициативой доброжелательного отношения к ребенку и поощрения грудного вскармливания, приверженных принципам гуманизации медицинского обеспечения в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах обеспечивает низкий риск заболеваемости новорожденных.

К ВОПРОСУ ОБ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Султанкулова Г.Т., Турлекиева Ж.М.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Университетская клиника №1, г. Алматы

Целью работы явилось изучение клинико-неврологической симптоматики при геморрагических инсультах головного мозга у детей.

Материалы и методы исследования. За период с 2014-2018 года в отделении нейрохирургии ЦНМПД находилось на стационарном лечении 222 нейроинсультных больных, из которых 204 (92 %) случая составили геморрагические инсульты и 18 (8%) ишемические инсульты в возрасте от периода новорожденности до 14 лет. Наибольшая частота возникновения геморрагического инсульта в детском возрасте отмечается в первый год жизни с максимальным пиком в 1-2 месяца, что выявлено у 53% больных. Ишемические инсульты чаще наблюдались в возрасте 2-6 лет.

Непосредственно из родильных домов поступило 20 % детей, из детской инфекционной больницы 25%, из других лечебных учреждений 8%, обратились самостоятельно 9%, доставлены скорой помощью 38 %.

Всем больным с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) проводились инструментальные методы исследования: электроэнцефалография, эхоэнцефалография, нейросонография, компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Наиболее информативным методом показала себя КТ головного мозга, проводимая в динамике.

Результаты. Топическая локализация внутричерепных нетравматических кровоизлияний была чрезвычайно разнообразной. Изолированные одиночные кровоизлияния составили 51 % случаев нейроинсульта. Субдуральные гематомы наблюдались у 20% больного, внутримозговые гематомы у 14% больных, внутрижелудочковые кровоизлияния в различных вариантах у 7% больных.

При изучении этиологии у 84% больных выявлена связь с инфекционным фактором (внутриутробная инфекция, неонатальный сепсис, ОРВИ). Клинико-неврологическая картина в значительной степени определялась возрастом больных и этиологической причиной. Наиболее тяжелая клинико-неврологическая симптоматика наблюдалась у детей с геморрагическим инсультом.

Клинико-неврологическая картина в значительной степени определялась возрастом больных. В связи с анатомо-физиологическими возрастными особенностями у детей раннего возраста уровень сознания характеризовался большей резистентностью к степени поражения и компрессии мозга, чаще уровень сознания расценивался как оглушение. Судороги, как правило, сопровождали не только фазу формирования внутричерепной гематомы, но и наблюдались в течение длительного времени в послеоперационном периоде. Судороги по своим характеристикам были полиморфные, фокальные клонико-тонические судороги, начинающиеся с нижнемимических и контралатеральных конечностей с адверсивным компонентом – которые имели тенденцию при дальнейшем развитии процесса к генерализованной с потерей сознания и тоническими судорогами. Кроме этого, отмечались выраженное беспокойствие, общая гиперестезия на свет, звук, манипуляции по уху.

Интенсивная терапия ОНМК представляла собой последовательные этапы специфической и неспецифической терапии. Неспецифическая терапия включала экстренную коррекцию жизненно важных функций – восстановление проходимости верхних дыхательных путей, при необходимости – интубация трахеи, искусственная вентиляция

легких, а также нормализация гемодинамики и сердечной деятельности. Для снятия приступов судорог использованы дипакин, конвулекс, препараты бензодиазепиновой группы, рекофол, миорелаксанты.

Выводы. Несмотря на проводимую комплексную терапию у 39 больных с геморрагическим инсультом наступил летальный исход. Следует отметить, что большинство из них были доставлены в клинику поздно, в терминальном состоянии, в коме 2-3 степени, с острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, развернутой клинической картиной ДВС-синдрома, геморрагическим и церебральным шоком, постгеморрагической анемией 3-4 степени. А также причиной смерти у умерших больных были полиорганные нарушения, наступившие вследствие генерализация внутриутробной инфекции и перинатального сепсиса. При ишемических инсультах летальных исходов не было.

Таким образом, учитывая тенденцию к росту заболеваемости, высокий процент летальности и инвалидности с развитием стойких органических изменений головного мозга, являющихся причиной судорог, нарушения психоэмоционального статуса у детей с острыми нарушениями мозгового кровообращения необходимо продолжить изучение данной патологии с привлечением соответствующих специалистов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Султонов Ш.Р., Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Дж., Гуриев Х.Дж.

Кафедра детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения врожденного пилоростеноза (ВП).

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы положены результаты комплексного обследования 87 детей с ВП, поступивших в отделение хирургии новорожденных и детей грудного возраста в клинику детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ НМЦ РТ с 2010-2017 гг.

Мальчиков было 62 (71,2%), девочек-25 (28,7%). Дети родившиеся в срок от первой беременности составили 45 (51,7%). Масса тела детей не превышала 3500 г. С гипотрофией I степени в стационар поступило 18 (22,5%) детей, II степени – 46(52,8%), и III степени – 25 (28,7%) детей. Из 87 детей - на грудном вскармливании находился 58 (66,6%) ребенок, на смешанном - 10(11,4%) и на искусственном - 19 (21,8%). С эксикозом I степени было 10 (14,3%), II степени-16 (22,2%) и III степени-47 (63, 5%) пациентов.

В стадии субкомпенсации 58(66,6%), а в декомпенсации 29 (33,3%) ребенка, между тем степень гипотрофии у больных с пилоростенозом прямо пропорционально длительности заболевания: до 15 дней гипотрофия III степени отмечалась у 14 (16,1%), у поступивших через один месяц - у 27 (31,1%), до полутора месяца у 46(52,8%) -больше чем у половины детей. Следовательно, подавляющее большинство детей поступило в клинику в запоздалые сроки с выраженной степенью гипотрофии. В последнее время можно отметить как положительный сдвиг уменьшение числа крайне истощенных детей. У 48 (55,1%) ребенка имел место тяжелый соматоневрологический статус, которые лечились в детском соматическом отделении.

Всем больным использованы клиничко-лабораторные методы, УЗИ и ФЭГДС. В последнее годы нами широко применялся ультразвуковое исследование (УЗИ) желудка как современный и информативный метод. Оно позволяет видеть пилорическую оливу в

продольном срезе, определить характер перистальтики желудка и наблюдать продвижение желудочного содержимого через узкий суженный пилорический канал. При гипертрофическом пилоростенозе натощак в желудке обнаруживается большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, «перетягивающая». Пилорический канал при прохождении перистальтической волны не раскрывается. Длина канала составляет в среднем 21 мм (от 18-25мм), наружный диаметр привратника 14 мм (от 11 до 16 мм). Циркулярная мышца представлена на продольном разрезе двумя параллельными гипоезогенными полосками, между которыми располагается эзогенная полоска слизистой оболочки. На поперечном срезе циркулярная мышца визуализируется в виде гипоезогенного кольца вокруг эзогенного кружка слизистой оболочки. Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм (от 3-6 мм).

УЗИ как приоритетный метод почти полностью вытеснил рентгеноконтрастное исследование из плана обследования детей с подозрением на ВП. Эндоскопическое исследование (ФГЭДС), которое дает представление о состоянии слизистой оболочки пищевода и желудка и пилорического канала при котором в 67% случаев у детей наряду с пилоростенозом обнаруживаются признаки рефлюкс-эзофагита.

Результаты и их обсуждение. У 45 (51,7%) детей диагностированы воспалительные очаги; пневмония – у 27 (31,1%), омфалит - у 26 (29,8%), энтероколит – у 26(29,8%). У 35 (30,4,%) и сопутствовал перинатальная энцефалопатия. При наличии тяжелого соматоневрологического статуса и типичной клиники ВП диагноз установлен на основании анамнеза, жалоб, клиники, обзорной рентгенограммы, УЗИ, ФЭГДС. В проведении рентген контрастного исследования не было необходимости. На обзорном снимке в брюшной полости в вертикальном положении больного обнаруживали большой газовый пузырь и уровень жидкости в растянутом желудке. В петлях кишечника газа мало или он отсутствует. У детей с наличием инфекции лабораторно подтвержден лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, подавление показателей гуморального, Т - и В - клеточного иммунитета, наличие смежной инфекции (золотистого стафилококка, клебсиеллы, энтеропатогенной кишечной палочки) в биоптатах из зева, кала и пупочной ранки. Учитывая, что большинство детей поступало в тяжелом состоянии, то им с момента поступления была проведена комплексная терапия, включающая в себя инфузию белковых препаратов (растворы альбумина 10%, альвезина, реосорбилакта, желафузина), солевые растворы, витамины, метаболиты, десенсибилизирующую терапию, гормоны, иммуностимуляторы (циклоферон, тактивин, иммуноглобулин человеческий донорский), гемотрансфузию, оральную регидратацию и посиндромную терапию. Оперативное вмешательство были произведены на 3 сутки 32 (36,7%), 4-е и более сутки от момента поступления 56 (64,3%) больным.

Выводы. Проведение своевременной ранней диагностики, объективная оценка операционного и анестезиологического риска, проведение индивидуальной предоперационной подготовки с учетом соматического фона, биохимических и гемодинамических нарушений у детей раннего возраста, дает возможность провести оперативное вмешательство с оптимальными показателями гемодинамики, позволяющие снизить процент послеоперационных осложнений и летальность.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ОБЛАСТИ ЛИЦА И СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Султанов Д.Д., Сайдалиев Ф.Д., Солиев О.Ф., Туйчиев Д.А.

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. оценить эффективность различных методов лечения гемангиом области лица и стопы у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Работа основано на результатах диагностики и хирургического лечения 40 больных с гемангиомами области лица и стопы, находившимися в отделении хирургии сосудов РНЦССХ в период с 2016 по 2018 гг. Мальчиков было 11 (27,5%) девочек-29 (72,5%). Возраст больных колебался от 3 года до 16 лет, в среднем составил $9 \pm 1,5$ лет. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 3 лет. Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на две группы. В 1-ю группу входили 23 больных которым была произведена сначала склеротерапия (1% 1,0 этоксиклеролом), затем на втором этапе иссечения гемангиом. Во второй группу включили 17 больных им была произведено одномоментно оперативное лечение со склеротерапией во время операции.

Результаты оценивались клинически и данными ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС).

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе полная резорбция опухоли отмечена у 23 детей, во 2-й группе полная резорбция опухоли отмечена у 84,9% детей, частичная у 15,1%. У двух больных наблюдалось кровотечение во время операции. У троих больных был некроз кожи в области стопы. Отсутствие эффекта от комбинированного лечения не наблюдалось. Наблюдавшиеся осложнения у детей с гемангиомами были связаны в основном у тех больных которым проведено одновременно оперативное лечение со склеротерапией во время операции.

Вывод: Таким образом комбинированное лечение гемангиом у детей двухэтапное, проведения склеротерапии и иссечения гемангиом даёт более хорошие результаты по сравнению одномоментном применении этих двух методов.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ

Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Зарифов Х.З.

Кафедра детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш», Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей с применением новейших технологии (УЗИ и лапароскопия).

Материал и методы исследования. Анализированы истории болезни 68 детей (девочек) с различными патологиями органов малого таза в возрасте от 2 до 15 лет. Среди них апоплексия яичника отмечена у 21(30,8%) девочки, перекрут кисты придатки матки с некрозом отмечен у 10(14,8%), перекрут кисты яичника с некрозом - у 5(7,3%), без некроза ткани органа - у 14(20,5%) девочек, перекрут гидатида отмечен - у 4(5,9%) и первичный пельвиоперитонит - у 14(20,5%) детей.

Клиническое проявление апоплексии яичника в большинстве случаев протекало с появлением острых болей внизу живота, тошноты, рвоты, у детей часто отмечалась слабость, головокружение, холодный пот на лице и теле, обморочное состояние при разрывах апоплексии. Температурная реакция у них в большинстве случаев не отмечалась. При пальпации болезненности в нижних отделах живота, определяется незначительное напряжение мышц в подвздошных областях, симптомы раздражения брюшины умеренно выражены на стороне поражения часто справа. На ультразвуковом исследовании (УЗИ) определялось увеличение одного из яичников в размерах и участок пониженной эхогенности иногда при разрыве апоплексии - свободная жидкость в малом тазу.

Клинические признаки при перекрутах кисты яичника и придатков матки проявились с появлением резких коликообразных болей в нижних отделах живота, а также напряжение и раздражение мышц передней брюшной стенки, тошнота, рвота, бледность покровов тела, субфебрилитет, признаки пареза кишечника, задержка стула, холодный пот, тахикардия, поздний лейкоцитоз, при ректальном исследовании определяется болезненное опухолевидное образование в малом тазу. УЗИ – картина зависит от степени перекрута и наличия сопутствующей патологии органа. На эхограммах часто определяется увеличение яичника с выраженным кистозным изменением. В таких случаях эффективным методом диагностики является доплерография, которая позволяет уточнить состояние кровоснабжения органа.

При обнаружении апоплексии яичника во время диагностической лапароскопии, первым этапом санировали полость малого таза, после чего установили место кровотечения яичника, затем биполярным электродом произвели коагуляцию сосудов до окончательной остановки кровотечения. При перекрутах кисты придатка матки ее захватывали зажимом от основания и вытягивали вверх, далее биполярным электродом производили коагуляцию у основания кисты с последующим ее пересечением ножницами.

При установлении перекрута кисты яичника с некрозом ткани органа хирургическая тактика заключалась на первом этапе в санации имевшегося экссудата в полости малого таза и на втором этапе без раскручивания яичника с помощью петли Редера выполняли перевязку маточной трубы у ее основания, по возможности в двух местах и между ними пересекали, то есть выполняли лапароскопическую тубоварэктомию. Культю обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. В случаях обнаружения перекрута кисты яичника без некроза органа выполняли органосохраняющую операцию.

Больные с первичным пельвиоперитонитом после лапароскопической диагностики и установления наличия гнойного выпота в малом тазу и взятия посева на бактериологическое исследование, подвергались тщательной санации и промыванию полости малого таза раствором «Метрогила» или «Декасана», макроскопически до чистых вод с последующим дренированием.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде акцентировали внимание на болевом синдроме, активности больного, времени до первого самостоятельного акта дефекации, уровень ранних и поздних послеоперационных осложнений. Через 12-24 часов после лапароскопической операции 45 (61,1%) детей перестали жаловаться на послеоперационные боли, а через сутки жалоб не предъявляли 53 (77,9%) пациента, что потребовало применение меньшего количества обезболивающих препаратов. Большинство, то есть 39 (57,3%) больных начали свободный двигательный режим через 6-10 часов. У большинства пациентов после лапароскопической операции самостоятельный стул отмечен на $1,0 \pm 0,5$ сутки, в контрольной группе - на $2,5 \pm 0,5$ сутки после операции. Послеоперационные абдоминальные осложнения не отмечены. Продолжительность госпитализации больных в основной группе составила от $3,5 \pm 0,75$ сут., в группе сравнения - $5,44 \pm 2,35$ сут.

Выводы. Таким образом, эндовидеохирургический метод диагностики и лечения острых заболеваний органов малого таза у детей позволяет произвести операцию наиболее безопасно, и с наименьшей травмой для детей всех возрастных групп. Можно с уверенностью прогнозировать, что её использование является наиболее успешным и перспективным для лечения данной группы больных.

БРОНХОЛЁГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MMR9

Сухарева А.П.^{1,2}, Шишко Г.А.¹, Михаленко Е.П.³, Малышева О.М.³, Артюшевская М. В.¹, Аджиева В.Ф.³, Кильчевский А.В.³, Ситник Н.Г.², Сержан Т.А.²

¹Белорусская медицинская академия последиplomного образования, Минск, Республика Беларусь

²Клинический родильный дом Минской области, Минск, Республика Беларусь

³Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить влияние полиморфизма 2660A>G (rs17576) гена MMR9, кодирующего синтез желатиназы В (фермента деградации внеклеточного матрикса), на развитие БЛД.

Материалы и методы исследования. Объект исследования 199 недоношенных новорождённых в сроке гестации 26-36 недель: 95 детей с БЛД (основная группа) и 104 ребёнка без БЛД (группа сравнения).

ДНК выделяли из образцов венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Изучение полиморфизма гена MMR9 проводили методом ПЦР-ПДФ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ STATISTICA 10.0 и GraphPad Instat. Статистическую значимость различий между изучаемыми группами определяли с помощью теста χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты исследования и обсуждение. Распределение полиморфных вариантов 2660A>G MMR9 в основной группе было следующим: генотип G/G – 39 пациентов (41,0%), G/A – 37 пациентов (39,0%) и A/A – 19 пациентов (20,0%). В группе сравнения полиморфные варианты 2660A>G MMR9 встречались со следующей частотой: G/G – 27 пациентов (26,0%), G/A – 53 пациента (51,0%) и A/A – 24 пациента (23,1%). При сравнительном анализе частоты встречаемости генотипов выявлено, что в основной группе достоверно чаще встречались пациенты с генотипом G/G (ОШ (95%ДИ): 1,97 (1,09-3,62) $p=0,035$).

Выводы. Установлена значимость носительства генотипа G/G полиморфизма 2660A>G гена MMR9 как маркера риска развития БЛД у недоношенных новорождённых.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Таджибаева З.А., Кузибаева Н.К., Ходжибекова Н.А., Файзуллоев Ф.А., Набиева Ш.З.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель: Изучить динамику клинических показателей сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС в различные сроки послеоперационного периода.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 50 больных с ВПС с обогащением малого круга кровообращения (ДМЖП, ДМПП, ОАГ1) в возрасте от 1 года до 3-х лет. По длительности послеоперационного периода, все дети были разделены на 3-

группы: 1-ю группу составили дети со сроком после операции до 1 года; 2-ю группу от 1 до 3-х лет; 3-ю группу - более 3 лет.

Результаты и их обсуждения. Оперативная коррекция ВПС оказала значительное положительное влияние на функциональное состояние детей. У всех детей отмечалось улучшение самочувствия, прибавка в массе тела, не было одышка и тахикардии, уменьшение интенсивности или полное исчезновение шума.

По данным ЭКГ признаки гипертрофии правых отделов сердца и левого желудочка сохранялись в 1-й год после операции, в последующие годы происходило их постепенное уменьшение.

Рентгенологические признаки гиперволемии и кардиомегалии сохранялись в течение 1-го года после операции в последующее признаки гиперволемии исчезли, границы сердца сократились, но оставались еще увеличенными более 3-х лет.

Данные эхокардиографического обследования показали, что у оперированных детей уменьшались размеры правого желудочка в более поздние сроки после операции (в 3-й группе). Дилатация полости левого желудочка сохранялись в первые 2 года после оперативного лечения. Одновременно определялось снижение параметров гемодинамики (ФВ-48,5±3,45%) особенно в течение первого года после операции с постепенной нормализацией на протяжении трех лет после операции.

Выводы: Дети, перенесшие операцию по поводу ВПС, не могут считаться практически здоровыми и нуждаются в динамическом наблюдении кардиолога особенно в ранние сроки после операции.

Клинические улучшения самочувствия больных после оперативной коррекции ВПС не являются абсолютными показателями нормализации гемодинамических параметров.

Динамическое наблюдение за детьми в послеоперационном периоде должно проводиться с обязательным эхокардиографическим контролем.

Наличие дилатации левых отделов сердца, снижение систолической функции желудочка ставит перед кардиологами вопрос о назначении медикаментозной терапии: ингибиторов АПФ и или антагонистов альдостерона, сердечные гликозиды, препараты калия, комплекс витаминов, элькара.

ДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИОНТОФОРЕЗА АЛОЭ И СЕРЕБРА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Тархан-Моурави И.Д., Табидзе М.Ш., Гулуа Н.Л., Кутателадзе Н.С.

Грузинский филиал Академии медико-технических наук России

Тбилиси, Грузия

Проведена медицинская реабилитация 36 больных детей со среднетяжелым течением бронхиальной астмы (БАС) и 28 – с тяжелым течением патологии (БАТ), прошедших медикаментозное лечение в условиях стационара.

У всех исследованных при поступлении на реабилитацию отмечалась фаза затихающего обострения. Для реабилитации больных использовался ионтофорез алоэ и серебра.

Проведенными исследованиями было установлено, что лечебные факторы, примененные в процессе медицинской реабилитации, вызывают у детей с бронхиальной астмой увеличение кортизола в плазме крови, что вызывает ослабление (вплоть до

исчезновения) воспалительного процесса в бронхах, деструктивных явлений и интоксикации, вызванной указанным воспалением как в бронхах, так и во всем организме.

Указанные положительные сдвиги проявлялись в уменьшении содержания в сыворотке крови «С» реактивного белка, гаптоглобина и серогликолидов.

Ослабление (вплоть до исчезновения) воспаления в бронхах, деструктивных процессов и интоксикации, вызванных указанным воспалением как в бронхах, так и во всем организме, вызвало усиление регулирующей функции Т-лимфоцитов и Т-клеточного иммунитета, повышение γ -интерферона в сыворотке крови и снижение в ней интерлейкина-4.

Указанные положительные процессы оказывали десенсибилизирующее действие, что проявлялось, в снижении (вплоть до исчезновения) кожной гиперчувствительности на введение аллергенов и уменьшении общего неспецифического иммуноглобулина Е в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой, прошедших реабилитацию с использованием ионтофореза алоэ и серебра.

Ослабление (вплоть до исчезновения) воспаления, сенсibilизации и деструктив-процессов в бронхах, влекло за собой улучшение бронхиальной проходимости, повышение резервных возможностей легких и ослабление гипоксии, вплоть до исчезновения. Указанные положительные сдвиги у больных, прошедших медицинскую реабилитацию, проявлялись в урежении дыхания, уменьшении поглощения кислорода в минуту, дыхательного объема и минутного объема дыхания, повышении жизненной емкости легких и однократной форсированной жизненной емкости легких, величин проб с задержкой дыхания, парциального напряжения кислорода в артериальной и венозной крови.

Вышеуказанные положительные изменения объективных показателей были более выраженными при среднетяжелом течении бронхиальной астмы и влекли за собой значительное улучшение клинического состояния.

В результате медицинской реабилитации с использованием ионтофореза алоэ и серебра отмечалось значительное улучшение состояния здоровья у 36 больных детей с БАС и 24 – с БАТ. В то же время проведенная медицинская реабилитация у 4-х больных с БАТ оказалась неэффективной. Случаев ухудшения или осложнений не наблюдалось.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Ташпулатова Ф.К¹, Абдусаломова М.И¹, Медведева Н.В¹, Рахимов Д.Б.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт

²Республиканский специализированный научно медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз

Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить частоту и характер побочных реакций (ПР) от химиотерапии) у больных детей туберкулезом (ТБ).

Материал и методы: Комплексно обследовано 181 детей с ТБ в возрасте от 1 до 15 лет, находившиеся на лечении в отделении детского ТБ центра фтизиатрии и пульмонологии с 2018 по 2019 годы. Мальчиков было 41%, девочек 59%. Преобладали дети в возрасте от 7 до 13 лет (50%). Среди клинических форм туберкулеза наиболее часто встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (51%). У 86% пациентов ТБ выявлен был впервые. У 48% больных диагностированы сопутствующие заболевания. Больные получали химиотерапию согласно стандартам ВОЗ с учетом чувствительности МБТ к химиопрепаратам.

Результаты. В процессе лечения у 13% больных установлено развитие ПР от химиопрепаратов. Кожно-аллергический синдром реакции (КАС) отмечены у 20,8%, поражение печени и ЖКТ у 33%, артралгии 12,5% больных, лактоацидоз у 16,6% детей.

Если кожно-аллергические реакции наблюдались в первый месяц лечения, то токсические поражение печени, ЖКТ и сочетанные синдромы отмечены в более поздние сроки лечения (2-3 месяца). Клинические проявления ПР сопровождалось изменениями АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, содержания билирубина, мочевой кислоты, эозинофилов. ПР, в основном у 78,5% больных детей были средней тяжести. Наиболее часто ПР со стороны печени вызывали препараты такие как, пиразинамид, рифампицин. КАС обусловлен капромицином, лактоацидоз - линезолидом. Артралгия отмечено на прием пиразинамида и левофлоксацина. нейротоксические реакции были связаны с приемом изониазида.

Вывод. У больных детей туберкулезом частота ПР составляет всего 13%. Однако, преобладают ПР средней тяжести (78%), по характеру преобладают синдром поражения печени и ЖКТ, кожно-аллергические реакции, артралгии. Клинические проявления ПР коррелируют с изменениями биохимических показателей. Выявленные нарушения указывают о необходимости проведения профилактических мер для предотвращения развития ПР от химиопрепаратов у детей с туберкулезом.

ВАЗОВАГАЛЬНЫЕ СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ. РАЗНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ

Тонких Н.А., Пшеничная Е.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, Украина

Цель: изучить ретроспективный анамнез детей с вазовагальными обмороками (ВВО).

Материалы и методы: проведено обследование 471 ребенка от 3 до 18 лет с преходящей потерей сознания (сбор анамнеза, физическое обследование, включая измерение АД в положении стоя, 12-канальную ЭКГ; ортостатические пробы). Диагноз ВВО был выставлен 234 (49,7%) обследованным. Анализ структуры тилт-индуцированных обмороков показал, что преобладающим механизмом развития потери сознания был вазодепрессорный – у 159 (67,9%) чел., кардиоингибиторный тип наблюдался у 54 (23,1%) пациентов, характеризовавшийся развитием асистолии от 3 до 65 сек., у 21 (9,0%) детей – смешанный тип. 163 (69,7%) ребенка с ВВО (основная группа) обратились на повторную консультацию для назначения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по собственной методике: увеличение дневного потребления жидкости; использование компрессионного трикотажа; утренний контрастный душ; курсы витаминного препарата с антиоксидантным и вегетостабилизирующим действием, психотренинг и тилт-тренировки. Ребенка и его родителей обучали использованию методик самомассажа биологически активных точек, оказанию неотложной само- и взаимопомощи. Контрольную группу составили 71 (30,3%) чел, наблюдавшихся нерегулярно в различных учреждениях и/или не получавших медицинскую помощь. Проведен ретроспективный 5-летний катамнез детей с ВВО в обеих группах.

Результаты и обсуждение: при условии приверженности пациента рекомендованной терапии рецидивы обморочных состояний отсутствовали у 139 (85,3%) чел. Разные клинические сценарии отмечались во второй группе. Частота повторных обмороков через 1 и 5 лет составила 28 и 42% соответственно, при этом пятерым детям (7%) на основании длительной асистолии во время тилт-теста был имплантирован искусственный водитель

ритма сердца, что противоречит современным рекомендациям (2013, 2015, 2017) и приводит к инвалидизации пациента.

Выводы: внедрение разработанной лечебно-реабилитационной программы детям с ВВО позволит предотвратить развитие обморока у 85,3% детей, оказать адекватную неотложную помощь и избежать инвалидизации пациента. В сложных случаях для оценки рефлекторного или аритмогенного генеза асистолии показано проведение неинвазивного электрофизиологического исследования для оценки состояния функции синусового узла.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

Улезко Е.А., Левандовский Е.В.

Государственное Учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Минск, Республика Беларусь

Задачи исследования: определить ультразвуковые характеристики легких у здоровых детей и ультразвуковые характеристики основных патологических состояний.

Материалы и методы: были исследованы легкие у 30 здоровых новорожденных детей, возрастом до 7 дней, по передней грудной стенке, латеральным поверхностям и подлопаточным областям. Динамически осмотрено 20 новорожденных недоношенных детей с гестационным возрастом 26-33 недели в условиях реанимации.

Результаты: получены основные ультразвуковые характеристики легких при отсутствии патологии – важным диагностическим критерием является наличие и четкая визуализация плевральной линии. А-линии – горизонтальные, параллельные гиперэхогенные артефакты реверберации, находящиеся друг под другом на одинаковом расстоянии и ограниченные одним межреберным промежутком. Б-линии – линейные гиперэхогенные артефакты, начинающиеся от плевры и имеющие перпендикулярную к ней направленность, параллельны между собой.

С помощью ультразвука определены следующие патологические состояния: респираторный дистресс-синдром (РДС) 1-4 степени, пневмония, интерстициальный отек легких.

РДС 1 ст.: 3-5 Б-линий в одном межреберьи. А-линии дифференцируются.

РДС 2 ст.: Б-линий в одном межреберьи более 5, частично сливаются между собой.

РДС 3 ст.: Б-линии сливаются между собой, точное количество определить невозможно. А-линии не дифференцируются. Определяется тень ребер.

РДС 4 ст.: А-линии и Б-линии, тень ребер не определяются. Картина соответствует интерстициальному отеку легких.

Консолидация – картина «паренхиматозного органа».

У всех исследованных детей отмечалась положительная динамика в течении 1-3 дней с улучшением, минимум, на 1 степень. Ультразвуковые данные полностью соответствовали рентгенологической и клинической картинам.

У 1 новорожденного ребенка пренатально определен кистозно-аденоматозный порок развития легких, подтвержден рентгенологически: локализован паравертебрально в 10 сегменте. Постнатальная УЗИ с упором на место локализации патологии не выявила.

Выводы: применение УЗИ для динамической оценки пневматизации легких у недоношенных новорожденных детей является перспективным неинвазивным методом, позволяющим снизить лучевую нагрузку. Имеет ряд ограничений: диагностика патологического процесса напрямую зависит от его локализации.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ФОНОВЫМ СОСТОЯНИЕМ

Умаров Х.У., Самиева Н.Ш.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

Целью работы явилось изучение влияния фоновых состояний на течение заболеваний у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 110 больных детей до годовалого возраста, поступивших на стационарное обследование и лечение в септическое отделение КЗ «Истиклол». Из них у 23 (20,9%) детей отмечалась хламидийная инфекция, у 53 (47,3%) - цитомегаловирусная инфекция и 36 (32,2%) детей были с другими бактериальными и вирусными заболеваниями. У всех больных диагностированы фоновые заболевания: рахит у 78 (70%), гипотрофия у 69 (62%), паратрофия у 16 (12%), анемия у 110 (100%), аллергические заболевания у 54 (49%), аллергические дерматиты, риниты у 84 (75%) детей. Диагноз у всех больных был подтверждён лабораторными данными (общий анализ крови, мочи, кала), специфические антитела определялись с помощью иммуноферментного анализа на вирусы. Контрольную группу составили 32 больных с соматическими заболеваниями, но без отягощенного фона.

Результаты и их обсуждение. Основной контингент больных и контрольная группа были с внутриутробной инфекцией - хламидия, цитомегаловирус, проявлениями которых были бронхиты. Возникновению рахита и простудных заболеваний способствовали следующие социальные факторы: плохие жилищно-бытовые условия у 80 (72%), у 57 (50,8%) - нарушение организации рационального вскармливания (грудь матери + общий стол) грудных детей, неблагоприятные социально-гигиенические - 55 (49%) и экологические условия (100%). В процессе обследования и лечения наблюдаемых больных появлялись и другие «фоновые заболевания», такие как железодефицитная анемия (100%), гипотрофия: внутриутробная 20 (17%) и постнатальная – 50 (45%), аллергические болезни - 30 (27%) разнообразных клинических проявлениях. Гипотрофия, как и рахит, приводит к изменению всех метаболических процессов, к нарушению пищеварения – 40 (36%), деятельности нервной и эндокринной системы 19 (17%) и задержке физического – 88 (79%) и психомоторного развития - 40 (42%). Всё это сопровождалось развитием вторичной иммунологической недостаточности -74 (62%), приводящей к полнейшей беззащитности организма ребёнка и его повышенной восприимчивости к любому инфекционному фактору. Железодефицитная анемия, болезнь, которая несколько обособленно находится в группе «фоновых заболеваний». Ей больше уделяется внимание, по-видимому, потому, что встречается почти у каждого больного и было подтверждено общими анализами крови (снижением гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя, сывороточного железа).

Выводы: «Фоновые состояния» являются по своей сути тяжелыми болезнями детей раннего возраста и усугубляют течение основных заболеваний. В результате этих болезней нарушаются функции всех органов и систем, что приводит к задержке физического и психомоторного развития и нарушения иммунологической реактивности организма ребёнка.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Умарова З.К.

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования – оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у детей раннего и дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 семьи (всего 260 чел.), которые были разделены на 2-группы в зависимости от желания использовать (основная группа) или не применять (группа сравнения). Для профилактики ОРВИ у детей применялись препарат «Иммубелс» в течение эпидсезона 2017. -2018.г.

Результаты их обсуждения: Основную группу (1 группа) составили 32 семей (n=135), дети которых принимали «Иммубелс» по 1-2мл x 3 раза в день. ежедневно в течение 7-10 дней и повторный курс через 2 недели. Во 2-ю группу также включены 32 семей (n=125), которые использовали другие средства профилактики на протяжении 10 дней, прием которых осуществляется нерегулярно (обычно при первых симптомах ОРВИ). На начало исследования (на 1 ноября 2010г.) больных ОРВИ в группах не было зарегистрировано.

Клиническое наблюдение включал клинико-эпидемиологический мониторинг: первичный осмотр всех детей, затем ежедневный телефонный мониторинг на протяжении одного года. В случае возникновения заболевания осуществляли повторный визит, проводили осмотр, назначали лечение. В ходе исследований установлено, что ведущими для всех вирусных болезней данной группы оказались общие симптомы инфекционного токсикоза: ринорея, боль в горле, сухость в носу, першение, сухой кашель, осиплость, лихорадка, озноб, головная боль, миалгия и др. В течение года наблюдения в основной группе (прием «Иммубелс») ОРВИ заболели 10 детей, что было существенно ниже, чем в группе сравнения, в которой заболели 28 детей. Прием препаратов способствовал более редкому (10%) развитию заболевания у детей 1- группы по сравнению с детьми 2-группы (28%).

В комплексную терапию детей 1-й группы назначали «Иммубелс» в лечебной дозировке при необходимости назначали другие симптоматические лекарственные средства. Во 2-й группе в случае заболевания использовали разнообразный арсенал лечебных препаратов по стандарту: жаропонижающие, антигистаминные, при необходимости – антибактериальные средства. В течение года наблюдения в основной группе ОРВИ заболели 15 детей, что было существенно ниже, чем в группе сравнения, в которой заболели 28 детей. Анализ течения заболеваний показал, что в основной группе ОРВИ протекали в более легкой форме и без осложнений. В группе сравнения ОРВИ характеризовались выраженным интоксикационным синдромом и сопровождалась осложнениями: острый бронхит (4), острый средний катаральный отит (3), пневмонии(4).

Выводы. В ходе настоящего исследования нами не было выявлено ни одного случая нежелательных побочных эффектов, аллергических реакций на прием «Иммубелс», который оказался более эффективным при лечении ОРВИ.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ЕГО ТЕЧЕНИЕ

Умарова З.К.

Кафедра семейной медицины № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель: изучить особенности течения атопического дерматита (АТД) у детей.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 110 детей с атопическим дерматитом обратившихся ГЦЗ №12 с жалобами на высыпания, зуд кожи в возрасте от 1 года до 7 лет. Всем детям проводилось клинико- лабораторное исследование (общий анализ крови, мочи кала, кал на яйца глист) определяли индекс Scogad.

Результаты исследования и их обсуждение: В зависимости от симптомов АТД различают следующие виды его течения: легкое течение АТД наблюдалось 67 больных в возрасте от 4 месячного возраста до 3 лет. Характеризовалось незначительно выраженными единичными папуло – везикулёзными высыпаниями у 37 (33,6%) больных, легкой гиперемией у 52 (47,2%) больных, экссудацией у 20 (18,1%) , шелушением - 27 (24,5%); слабым зудом -39 (35,4%) увеличением лимфатических узлов до размеров горошины -27 (24,5%). Частота обострений 1-2 раза в год продолжительностью 2-3 недели, длительность ремиссии 5-8 месяцев у 57 (51,8%) больных. В период ремиссии симптомы болезни отсутствовали.

Среднетяжелое течение АТД наблюдалось у 37 (33,6%) характеризовалось множественными очагами поражений у 29 (26,3%), выраженной экссудацией у 25 (22,7%), инфильтрацией у 23 (20,9%), и лихенификацией у 13 (11,8%), эскориациями и кровянистым корочками у 15 (13,6 %), у 9 (8,1%) зуд умеренный, а у 6 (5,4%) сильный. Лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха или фасоли ,почти у всех 37(33,6%) больных. Частота рецидивов – 3-4 раза в год продолжительностью 1-2 месяца. Отмечается неполная клиника – лабораторная ремиссия.

Тяжелое течение АТД отмечалось у 6 (5,4%) больных и характеризовалась множественными распространенными очагами с переходом в эритродермию выраженной экссудацией стойкими инфильтрацией, лихенификацией, глубокими линейными трещинами, эрозиями, зуд постоянный, пароксизмальный, биопсирующий. Лимфатические узлы увеличивалось до размеров с лесной или грецкий орех. Частота обострений более 4- браз в год, продолжительность которых более 2 месяцев. Период ремиссий 1-2 месяцев или отсутствует. Этот период тяжелый они нуждаются в госпитализации.

Все больные нуждаются в проведении базовой терапии, которая включала в себя регулярное постоянное использование смягчающих и увлажняющих средств и устранение провоцирующих факторов (эмоленты) наносят на влажную кожу, позволяет устранить сухость, зуд, воспаление кожи. При легком и среднетяжелом течении заболевании в период обострения назначают ТГКС. После исчезновения клинических проявлений ТГКС отменяют. Согласно новой концепции наносят антигистамины, антибактериальные, противовирусные препараты, антимикотические средства, интерферонотерапии, психологическую помощь.

Выводы: 1) Атопический дерматит остается важной медика - социальной проблемой с хроническим рецидивирующим течением, с разной степенью тяжести заболевания. 2) Малой эффективностью терапии несмотря на проводимое комплексное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ РОНЦ РТ МЗ СЗН

Умарова М.Н., Мадаминова З.А., Негматова Д.А., Хайталиева Н.Р.,
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: Оценить результаты лечения детей с гемангиомами различных локализаций в условиях отделения детской онкологии РОНЦ РТ МЗ СЗН.

Результаты исследования: В детском отделении РОНЦ за последнее 5 лет прошло 385 больных детей с гемангиомами различных локализаций. 90% больных это дети до 1 года, большинство из них поступают с гигантскими гемангиомами, в основном, эти гемангиомы локализуются в области лица и шеи. Больные получили лечение хирургические, гормонотерапию, склерозирующую терапию. 303 больным было произведено оперативное иссечение, 28 больным проведена дерматокоагуляция, 54 больным произведено прошивание гемангиомы со склерозирующей терапией + гормонотерапия, и в дальнейшем им произведено хирургическое иссечение остатка гемангиомы, 1 больной получил лучевую терапию по поводу гемангиомы позвоночника. Результат лечение у всех больных выздоровление.

Выводы: Гемангиомы у детей необходимо лечить, не дожидаясь момента, когда опухоль исчезнет сама. В большинстве случаев гемангиомы самостоятельно, без лечения не исчезают. Чтобы избежать психологических проблем у родителей и, в будущем, у их детей, необходимо как можно раннее начало лечения этого заболевания. У 98% больных с гемангиомой лица и шеи в нашем исследовании после лечения получены хорошие косметические и функциональные результаты.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Умурзаков М.Н., Юнусбаева М.
Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация гемодинамических показателей у детей с кишечной инфекцией в зависимости от тяжести течения.

Материал и методы исследования. Нами было изучено состояние гемодинамики у 102 больных детей с кишечной инфекцией. Возраст больных составил от года до пяти лет.

Проведя более подробную систематизацию клинической картины и лабораторных признаков, нам удалось определить несколько более значимые признаки – акроцианоз, бледность, «мраморный рисунок» кожных покровов, симптом «белого пятна» более 3 секунд, холодные дистальные отделы конечностей, общая гипотермия, синдром угнетения ЦНС, с выраженностью до комы. При аускультации сердца определяются тахикардия и глухость сердечных тонов; пульс на периферических артериях либо не определялся, либо малого наполнения; диурез был снижен (менее $4,3 \pm 1,2$ мл/кг/ч в первые сутки жизни или менее 6,0 мл/кг/час в последующие); системное АД снижено, однако АД может быть снижено умеренно из-за увеличения ОПСС и централизации кровообращения; ЦВД < 4 см.вод.ст (1 см вод.ст. = 0,74 мм рт.ст) (ЦВД измеряется через катетер с внутренним диаметром не менее 1 мм, заведенный в нижнюю полую вену через пупочную вену до уровня 1–2 см выше диафрагмы или катетер заведенный в бедренную, подключичную, яремную вены; норма ЦВД

4-6 см.рт.ст.). Определяя ЦВД, мы оценивали следующие показатели снижения капиллярного кровотока, метаболический ацидоз, снижение ОЦК.

Учитывая, что значения реографических показателей имели существенные различия в зависимости от степени выраженности нарушений водно-электролитного баланса, поэтому анализ данных проводился в отдельности для каждой группы больных.

Результаты и их обсуждение. Сравнительная характеристика данных центральной гемодинамики показала, что у детей с гиповолемией I-II ст. разного пола интегральные параметры кровообращения отличаются от величин этих параметров у детей с гиповолемией III ст.

Частота сердечных сокращений, артериальное давление и общее периферическое сопротивление сосудов у детей обоих полов с гиповолемией I-II ст. увеличены, показатели минутного и ударного объемов крови имели тенденцию к повышению, тогда как работа левого желудочка сердца оказались выше у детей с гиповолемией III ст. в сравнении с детьми, у которых гиповолемический синдром был выражен в меньшей степени. Так, параметры общего периферического сопротивления сосудов у мальчиков второй группы были выше этих цифр у здоровых детей на 11,1%, а у девочек на 6,8%. Минутный объем крови у девочек с гиповолемией III ст. был выше соответственно на 8,6%. Частота сердечных сокращений в группе детей с гиповолемией I – II ст. у мальчиков оказалась выше на 2,3%, у девочек на 5,9%.

Артериальное давление у детей второй группы оказалось выше на 4,3% у мальчиков и 1,5% у девочек. Такая же тенденция имела место и с показателем ударного объема крови на 4,6% у мальчиков и на 6% у девочек. Работа левого желудочка у детей с гиповолемией III ст. также превысила эти цифры: у мальчиков на 8,7%, у девочек на 9,5%.

По уровню индекса циркуляции мы судили о степени нарушения циркуляции тока крови, в тех случаях когда показатели были низкими, степень нарушения микроциркуляции была хуже (от гипер- до гипо-). При низких показателях центрального венозного давления было больше оснований думать о гиповолемии, чем выше, тем больше опасений о перегрузке. Выявленное изменение ИЦ возникает в результате стимуляции симпатической нервной системы CO₂. У больных с гиповолемией III ст. ИЦ снизился на 20,7%.

В нашей практике представил интерес клинический тест, позволяющий ориентировочно оценить степень гидратации. Тест проводился следующим образом. В область передней поверхности предплечья внутривенно вводили раствор Рингера и отмечали время до полного рассасывания и исчезновения волдыря (для здоровых людей оно равно 45 – 60 минутам). При I степени дегидратации время рассасывания составляет 30 – 40 минут, при II степени – 15 – 20 минут, при III степени – 5 – 15 минут. Так, у новорожденных оно составляет 0 – 30 мм вод. ст., у грудных детей – 10 – 50 мм вод. ст., у детей старшего возраста – 60 – 120 мм вод. ст.

Вывод. Таким образом, оптимизация гемодинамических показателей у детей с кишечной инфекцией дает возможность провести своевременную и целенаправленную коррекцию и этим снизить частоту неблагоприятных исходов при данной патологии.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Файзуллоев Д.А., Набиев З.Н., Рахматова Р.А., Абдуназаров Н.А.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель работы. Изучение характера и степени нарушений системы гемокоагуляции и возможностей их коррекции у новорожденных с ЯНЭК.

Материал и методы. За период с 2003 по 2018 гг. в нашей клинике под наблюдением находилось 167 новорожденных с ЯНЭК. Изучались результаты следующих тестов, характеризующих функциональное состояние системы гемостаза: количество тромбоцитов периферической крови, время спонтанного свертывания цельной крови по Ли и Уайту, длительность кровотечения по Дюке, время рекальцификации плазмы, активность протромбинового комплекса плазмы, тромбиновое время, активность тромбина III, количество фибриногена в плазме, фибринолитическая активность плазмы.

Результаты и обсуждение. Перед началом лечения изменения в системе гемокоагуляции у пациентов I и II групп были практически одинаковыми и свидетельствовали о наличии у них генерализованного тромбгеморрагического синдрома (ТГС) II-III стадии.

Наличии II стадии ТГС говорят следующие изменения тестов системы гемостаза: ускорение хронометрических данных, значительное снижение фибринолитической активности, увеличение количества фибриногена плазмы, снижение активности антитромбина III и числа тромбоцитов, положительные тесты-маркеры синдрома ДВС крови (этаноловый, бетанафтоловый и протамин сульфатный).

Выводы.

1. У новорожденных с ЯНЭК имеются существенные нарушения системы гемокоагуляции в форме генерализованного ТГС II-III степени.
2. Коррекция этих нарушений методом гепаринотерапии на фоне комплексного многокомпонентного лечения ЯНЭК приводит к существенному улучшению его результатов. Наиболее существенным резервом улучшения результатов лечения ЯНЭК у новорожденных является снижение числа оперированных больных и экстраперитонеальных осложнений, которые нередко решают исход заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Файзуллоев Ф.А., Набиев З.Н., Шамсов Б.А., Тоджибоева З.А., Набиева Ш.З.

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

Цель исследования: оценить особенность физического развития детей до 1 года с врожденными пороками сердца (ВПС).

Материал и методы исследования: В детском кардиоревматологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» были обследованы 30 детей в возрасте до 1 года с врожденными пороками сердца за 2016 год. Оценка физического развития проводилась с использованием программного обеспечения (ПО) WHO Anthro, WHO AnthroPlus (2009) и включала определение уровня биологической зрелости и морфофункционального статуса (МФС). При оценке уровня биологической зрелости

использовались значения длины тела и ее годовой прибавки за 1-й год жизни. Соответствие паспортному возрасту уровня биологической зрелости определялось по индексу длина тела/возраст. Гипотрофия I степени составили 7, больных с гипотрофией II степени -12, больные с гипотрофией III степени – 5 с, детей с нормальными весами составляли 6 ребенок

Результаты исследования : Длина тела в целом у наблюдаемых детей соответствовала значениям среднего уровня $64,0 \pm 6$ см. У детей годовалого возраста с ВПС прибавка в длине тела составила $22,5 \pm 0,8$. Причем масса тела в среднем составляло 7-8 кг. Годовая прибавка в массе в среднем составляла $5000 \pm 350,5$. Масса тела было изменчива чем рост ребенка. У 80% детей до 1 года с ВПС наблюдалось уменьшение темпа прироста веса. Дефицит весо- росткового показателя зависела от размера дефекта и степени недостаточности кровообращения (НК).

У 30 % детей до 1 года с ВПС развития по биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту. При оценке МФС в целом у детей до 1 года с ВПС гармоничный рост развития составлял 30%, дисгармоничный 70%, за счет недостатка массы – у 37,1%, резко дисгармоничный за счет недостатка массы – у 28,6%, за счет избытка массы – у 2,8% детей. При этом превалировали дети с дисгармоничным МФС за счет дефицита массы. Установлено, что большая часть детей на протяжении 1 года имела дисгармоничный МФС в возрасте 3 месяцев -40,9%, 6 месяцев -60,0% и 12 месяцев -71,4%. Дисгармоничный МФС за счет избытка массы встречался только у детей в возрасте 3 месяцев жизни.

При объективном осмотре признаки НК присутствовали у всех детей различной степени. Цианоз носогубного треугольника пастозность мягких тканей, одышка и тахикардия, гепатомегалия на фоне естественных физических нагрузок (кормление, физиологическая двигательная активность) встречались у всех детей.

Таким образом, комплексная оценка здоровья выявила, что к концу 1-го года жизни только половина детей с ВПС 40,% (n = 12) имела III группу здоровья, 60% (n = 18) детей – IV группу.

Выводы: У 80% детей до 1 года с ВПС отмечались низкие темпы физического развития и отставание биологического возраста от паспортного. Дефицит масса тела у детей до 1 года с ВПС отмечалось 80% детей, отставания в росте у 50%. Причиной отставание физического развития детей с ВПС явилось нарушение гемодинамики приводящейся к снижению темпа развития роста и массы тела, нарушения трофики, замедления процессов метаболизма.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Фалетров М.В., Фокичева Н.Н., Анিকেева Н.А., Горячев В.В., Иёшкина М.Н., Никонова С. А.
Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова
Рязань, Россия

Цель исследования. Изучить структуру и динамику острых отравлений у детей г. Рязани и Рязанской области за период 2013-2017 год.

Материалы: Исследование проводилось на базе педиатрического отделения и детского отделения реанимации и интенсивной терапии в ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» г. Рязани. Был проведен анализ 548 медицинских карт стационарного больного с диагнозом «Острое экзогенное отравление». Возраст пострадавших детей варьировал от 2 месяцев до 17,5 лет.

Результаты: Наибольшее количество отравлений было зарегистрировано в 2014 г – 124 случая, наименьшее в 2013 г – 89 случаев. Пострадавшие госпитализировались посредством скорой медицинской помощи (91%), переводом из другого лечебного учреждения (2%), в порядке самообращения (7%). Отравления чаще происходили в домашних условиях (72%), реже - на улице (20%) и в местах общественного пользования (8%). Наиболее часто отравления встречались у подростков- 247 человек (44%) и детей раннего возраста 195 человек (36%). По этиологии на первом месте находились отравления медикаментозными препаратами (45%), на втором – неуточненными веществами (34%), на третьем – алкоголем (15%). Количество случаев отравлений алкоголем за последние 5 лет возросло в 2 раза – с 13% до 26%. Большинство отравлений курительными смесями приходилось на период с 2014 по 2016 год. Отмечена тенденция к снижению количества случаев отравлений неуточненными веществами с 47% (в 2013 г) до 30% (в 2017 г), что может быть связано с улучшением диагностики экзогенных отравлений у детей. Больше половины пострадавших находились в больнице до 5 дней (61%), менее суток - 37%. Дети в тяжелом состоянии пребывали в стационаре до 2-х недель (2%). В реанимационном отделении получали лечение 42% пациентов. Зафиксировано 2 летальных исхода, в 2015 и 2016 гг, вследствие отравления грибами.

Выводы.

Острые экзогенные отравления чаще встречаются у детей раннего возраста и подростков. Во всех возрастных группах преобладают отравления медикаментозными препаратами. Отмечена тенденция к возрастанию количества отравлений алкоголем и снижению количества случаев отравлений не уточненными веществами.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Фирсова Л.Д.

Московский клинический научный центр им. А.С.Логинова

Москва, Россия

Цель исследования: оценить особенности гастроэнтерологического анамнеза периода детства у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы с позиций предикторов развития данного заболевания.

Материал и методы.

Проанализирован анамнез 27 больных (21 женщина и 6 мужчин в возрасте от 30 до 46 лет), у которых по результатам обследования в гастроэнтерологических отделениях МКНЦ установлен диагноз «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы». Предположительный диагноз базировался на наличии большого количества (не менее 4 у мужчин и 6 – у женщин) многообразных жалоб в сочетании с высоким баллом (выше 15) по Опроснику выявления вегетативных изменений (А.М.Вейн). В последующем диагноз подтверждался выявлением функциональных нарушений в работе пищеварительного тракта при отсутствии органической патологии по данным инструментальных методов обследования, а также результатами психодиагностического тестирования. При сборе анамнеза целенаправленно акцентировали внимание на данных, касающихся школьного (при возможности – дошкольного) возраста.

Результаты и их обсуждение.

Ретроспективный анализ анамнестических данных показал, что нарушения, характерные для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы появлялись задолго до диагностики данного заболевания. В частности, первыми признаками соматического неблагополучия у большинства больных исследуемой группы были гастроэнтерологические симптомы, появившиеся в школьном (19; 70,4%) и у 6 (22,3%) даже дошкольном возрасте. Характерным начальным проявлением были боли в животе, при этом в ряде случаев (14; 51,9%) выраженная в значительной степени интенсивность болевого синдрома требовала стационарного лечения, в ряде случаев (4; 14,8%) неоднократного. Характерным проявлением были и частые пропуски школьных занятий из-за болей в животе. При целенаправленном сборе анамнеза часть больных смогли припомнить и другие проявления: тошноту в утренние часы (11; 40,7%), эпизоды рвоты (5; 18,5%), появление диареи во время контрольных и экзаменов (18; 66,7%). Кроме того, как правило, отмечались признаки общего вегетативного неблагополучия (22; 81,5%): плохая переносимость жары и/или холода, укачивание при поездках в транспорте, освобождение от уроков физкультуры. Следует упомянуть и о некоторых особенностях семейного анамнеза, свидетельствующих о вероятности длительного эмоционального перенапряжения в периоде школьного возраста: неполная родительская семья, характерологические особенности матери (склонность к тревожным реакциям), сверхопека со стороны женщин семьи (матери или бабушки).

Выводы.

Проведенное исследование показало, что такие признаки, как раннее проявление функциональных нарушений в работе пищеварительного тракта, значительная степень выраженности болевого синдрома в сочетании с признаками общей вегетативной лабильности, соматическое реагирование на стрессовые ситуации можно отнести к предикторам развития соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Динамика клинических данных после раннего «дебюта» заболевания зависит от факторов, влияющих на психофизиологическую адаптацию: условий жизни, внутрисемейных отношений, успехов/неуспехов в учебе, занятий спортом, правильной организации труда и отдыха. Несомненно, важную роль в профилактике развития и прогрессирования заболевания играет индивидуальная психотерапия, содержание которой зависит от конкретных обстоятельств. Назначение психофармакологических препаратов проводится по строго индивидуальным показаниям.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Хайдаров Б.М., Мухитдинова З.А., Курбанов Н.М., Рустамова М.С.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Цель: оценка эффективности лечения дилатационной кардиомиопатии у детей.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 2,5 г до 15 лет с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). Мальчиков было 16, девочек - 14. Наряду с общеклиническими методами всем больным проводилось ЭхоКГ, ЭКГ и рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Терапия была направлена на борьбу с этиологией, сердечной недостаточностью (СН), низким сердечным выбросом, нарушениями реполяризации, и на предотвращение осложнений. Лечение начиналось с постельного режима в положении ортопноэ до уменьшения СН. Водный баланс поддерживался с учётом суточного диуреза. Жидкость физиологического потребления уменьшена на 25%. В рационе

больных была уменьшена поваренная соль, исключены кофе и крепкий чай, подключены продукты богатые с калием, магнием (изюм, курага, чернослив, бананы) и витаминами. С учётом участия иммунных механизмов и тяжести состояния больных назначен преднизолон (1 – 1,5 мг/кг) в течение 4 - 6 недель с последующим постепенным снижением и отменой.

Основными препаратами в борьбе с СН были сердечные гликозиды, диуретики, периферические вазодилататоры и средства, улучшающие метаболизм в миокарде.

Сердечные гликозиды назначались методом медленной и умеренной дигитализации с переходом на поддерживающую дозу дигоксина длительно (2 – 3 раза в сутки). У 9 детей тахикардия сохранялась после окончания дигитализации, поэтому им вводилась ещё одна дневная доза насыщения дигоксина. Быстродействующие препараты (0,06% коргликон) в/в струйно медленно на физиологическом растворе натрия хлора или дигоксин в/в или в/м вводились при острой СН в течении 3 – 4 дней. При нарастании СН назначались кратковременные курсы (по 3 суток) стимулятора бета-рецепторов дофамина (2-5 мкг/кг/мин) в/в капельно для усиления инотропизма миокарда.

Из диуретиков чаще использован лазикс в течение 2 – 3 дней в дозе до 3 мг/кг/сутки в 1 – 2 введения. После уменьшения СН его доза уменьшена до 1 мг/кг с переходом на приём фуросемида внутрь в различные сроки ежедневно, далее прерывистым методом (2 – 3 раза в неделю) вместе с препаратами калия. С первого дня вместе с лазиксом назначался верошпирон (7 – 8 мг/кг/сутки) в течение 10 дней, затем в дозе 5 мг/кг в течение 2 месяцев и >. При уменьшении их эффективности периодически назначался гипотиазид (1 – 2 мг/кг) по схеме (2 – 3 дня) с препаратами калия.

Из периферических вазодилататоров (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) применялись капотен или каптоприл (4,1 мг 2 – 3 раза в сутки с постепенным увеличением его дозы до 12 мг/сутки) и эналаприл (1,25 – 2,5 мг/сутки) в 1 или 2 приёма с постепенным повышением его дозы при необходимости до 5 – 10 мг/сутки, которые, действуя как на пред- так и на посленагрузки, при длительном применении уменьшают гипертрофию миокарда левого желудочка (ЛЖ) и миоцитов стенок артерий резистентного типа, предотвращают прогрессирование СН и замедляют развитие дилатации ЛЖ, улучшают кровоснабжение ишемизированного миокарда, снижают агрегацию тромбоцитов и обладают некоторым диуретическим эффектом.

У 15 детей из 30 развилась рефрактерная СН, поэтому им после стабилизации состояния на фоне проводимой терапии были подключены бета-адреноблокаторы (анаприлин в суточной дозе 1 мг/кг внутрь в 4 приёма, метопролол 5 мг/сутки в 2 приёма). Это препараты применялись не только как средство контроля ЧСС, профилактики аритмии, но и как важный стабилизатор нейрогуморальной регуляции, которая нарушается на фоне СН. Лечение было начато с минимальных доз, медленно увеличивая их дозы каждые 1 - 2 недели и доводя до желаемых доз. Они, хотя снижают ещё больше сократительную функцию миокарда, тем не менее, уменьшив в большей степени ЧСС, способствуют уменьшению признаков СН.

Профилактику и лечение аритмий и тромбэмболических осложнений проводилась кордароном. При приступе пароксизмальной тахикардии или мерцательной аритмии он вводился внутривенно капельно в 150 мл 5% раствора глюкозы из расчета 5 мг/кг 1 раз в сутки, переходя после получения эффекта на пероральный приём по 10 мг/кг/сутки. Эуфиллин нами использован при наличии у детей экспираторного компонента и легочной гипертензии в суточной дозе 10 мг/кг в 3 – 4 приёма до их уменьшения или исчезновения.

Для улучшения процессов реполяризации миокарда принимались препараты калия, ККБ, коэнзим -10, L - карнитин и т.д. Особенно было эффективным в/в капельное введение и приём карнитина внутрь в течение 1 месяца. С целью профилактики тромбообразования

назначались варфарин в течение 3 дней (2,5 – 5 мг/сутки) или фенилин (0,5-1 мг/кг/сутки) в 2 приёма с последующей коррекцией их дозы по протромбиновому времени.

На фоне комплексной терапии состояние большинства больных улучшилось, уменьшилась СН. Смерть наступала в 6 случаях: у 4 от СН, у 2 от тромбоэмболии.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют об эффективности сочетанного применения сердечных гликозидов, диуретиков, периферических вазодилататоров, средств улучшающих метаболизм в миокарде, а в случаях развития рефрактерности к обычной терапии и бета-адреноблокаторов у детей с ДКМП.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

Хайдарова О.Ф., Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т.

Кафедра педиатрии детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Изучить особенности клинического течения и лечения пиелонефритов у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни детей с пиелонефритом, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГУ МК «Истиклол» за период с января по декабрь 2018 года, среди них детей от 1 года до 3 лет – 13 (32,5%), от 3 до 7 лет - 16 детей (40%), и от 7 до 15 лет – 11 детей (27,5%). Из обследованных детей с острым пиелонефритом было – 33 (82,5%), с хроническим – 7 детей (17,5%). Из них девочек - 28 (70%), мальчиков - 12 (30%). Всем детям был взят общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ почек.

Результаты и их обсуждения. Из анамнеза было выявлено: наследственный фактор отмечался у 5 детей (12%), неблагоприятный преморбидный фон у детей раннего возраста: анемия – у 12 (30%), гипотрофия – у 7 (51%), рахит – у 11 (84,6%) больных; также у детей раннего возраста отмечались: ОРВИ, воспалительные заболевания у девочек (вульвиты, вульвовагиниты), а у детей старшего возраста - ОРВИ, ангины. В клинической картине отмечались признаки интоксикации (слабость, утомляемость, вялость, нарушения сна, повышение температуры) особенно у детей раннего возраста. У старших детей преобладал болевой синдром, боль локализовалась в поясничной области, дизурические расстройства проявлялись учащенным или редким мочеиспусканием, а симптомы интоксикации были менее выражены. У детей раннего возраста с неблагоприятным фоном, клинические признаки протекали тяжелее, чем у детей старшего возраста.

Со стороны лабораторных данных: в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и ускоренное СОЭ, у 22 детей отмечалась анемия (55%). В общем анализе мочи отмечалась незначительная протеинурия (менее 1 г/л), лейкоцитурия, микрогематурия. В биохимическом анализе крови выявлялась: диспротеинемия у 12%, гипокальциемия у 84% больных. Ведущее значение в диагностике пиелонефрита имели место посевы мочи на флору, где в основном высевалась *E. Coli* (50%), *Proteus mirabilis* (7%). На УЗИ почек отмечалась картина пиелонефрита. Проводилось комплексное лечение. В остром периоде заболевания назначался постельный режим, стол № 5. Основой лечения была антибактериальная терапия, при выборе которой учитывалась нефротоксичность препарата и чувствительность к антибиотикам. Наиболее часто используемыми антибиотиками были:

ингибиторзащищенные пенициллины - амоксиклав и цефалоспорины 3 поколения (цефтазидим, цефатаксим, цефазолин). После курса антибиотикотерапии лечение продолжали уроантисептиками (фурагин, фурамаг, невигамон и т.д.), а также проводилась патогенетическая и симптоматическая терапия.

Выводы. Клиническая картина и лечение пиелонефрита зависит от возраста ребенка и активности процесса. У детей раннего возраста заболевание протекает тяжелее, особенно при наличии неблагоприятного преморбидного фона (анемия, гипотрофия, рахит), чем у детей старшего возраста. Лечение необходимо проводить с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Хакимов Ш.К., Каримов К.Р., Ортиков О.Р., Мансуров А.Б., Абдуллаев Н.С.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Бухара, Республика Узбекистан

Цель исследования основана на анализе результатов внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза у детей с чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости.

Материал исследования основан на анализе данных 26 клинических наблюдений детей в возрасте от 2 до 14 лет с закрытыми «чрез- и надмышцелковыми» переломами плечевой кости, которым проводилось оперативное лечение с использованием метода, разработанного в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии МЗ РУз. Оперативное лечение заключалось в закрытой репозиции костных отломков под ЭОП, установке внешнего аппарата Илизарова с минимальной комплектацией, составляющей из 2-х полуколец. Средний срок стационарного лечения составил $7,5 \pm 2,1$ (M \pm m) день. Имобилизационный период длился в среднем $38,2 \pm 3,7$ (M \pm m) дней.

Результаты оперативного лечения чрез- и надмышцелковых переломов у детей изучены в раннем до 6 мес. и в отдаленном послеоперационном периоде после истечения года. Во всех случаях имобилизационный период протекал гладко. Отдаленные результаты нами оценивались по трёхбалльной системе оценки («0», «1» и «2» балла) с суммированием балльных шкал. В итоге из всех 26 пациентов, с хорошими отдаленными результатами составило 22 (85%) случая с лучшими последствиями в косметическом и функциональном плане. Удовлетворительные результаты были отмечены у остальных 4 (15%) детей, связанных с незначительным отклонением от нормы оси конечности в сторону варуса при отсутствии заметного болевого ощущения в самом локтевом суставе. Такие дети находились в последующем под нашим наблюдением. Детей с неудовлетворительными результатами в наших случаях не зарегистрировано.

Заключение. Примененный нами метод оперативного лечения является методом выбора, обеспечивающий повышение эффективности проведенной операции с низкими показателями неудовлетворительных результатов, не оказывая существенного влияния на функцию и форму локтевого сустава.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Хасанова Г.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент, Узбекистан

Цель и задачи исследования. Изучение коморбидной патологии у подростков с ожирением по ретроспективному анализу.

Материалы и методы. На базе городского подросткового диспансера г.Ташкента был проведен ретроспективный анализ 138 амбулаторных карт детей с ожирением от 15 до 18 лет, из них 51 девочка и 87 мальчиков, проходивших обследование в ГПД за период 2017-2018 гг. Средний возраст детей, вошедших в исследование, соответствовал подростковому и составил $15,8 \pm 0,4$ лет, индекс массы тела (ИМТ) $32,4 \pm 2,4$ кг/м². Ретроспективный анализ амбулаторных карт детей включал: изучение данных об отягощенной наследственности по ожирению, сахарному диабету; оценку показателей физического развития (рост, масса тела, ИМТ); изучение данных общего и биохимического анализа крови; результатов инструментальных методов исследования: ЭКГ; УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС и осмотра узких специалистов.

Результаты и их обсуждение. При анализе амбулаторных карт детей было выявлено, у 62% детей - наследственная предрасположенность по ожирению; 43,4 % - патология ССС; 37,5% - хроническая патология желудочно-кишечного тракта; 42% - ЛОР-патология; 69,5% - неврологические синдромы; 54,3%- нарушение зрения; 58,8% девочек - нарушение менструального цикла; 65,2% - патология опорно-двигательной системы; 72,4% - патология мочевыделительной системы.

Оценка общего и биохимического анализа крови: у 88,2% девочек была выявлена гипохромная анемия I степени, у мальчиков – слабовыраженная тенденция к более высокому уровню гемоглобина; у 59,4% (вне зависимости от пола) - нарушения липидного обмена.

Выводы. Ожирение у детей характеризуется рядом патологических состояний, включающих сопутствующую сердечнососудистую, гастроэнтерологическую патологию, психоневрологические нарушения, болезни ЛОР-органов, ортопедические проблемы, что диктует необходимость расширения плана обследования для детей с ожирением для выявления коморбидной патологии.

ОСНОВНОЙ МАРКЁР ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ходжаева Н.Н, Исмаилов К.И

Кафедра детских болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Душанбе, Таджикистан

Цель. Определить значение маркёров неспецифического иммунитета у детей при железодефицитной анемии.

Материал и методы. Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 75 детей больных ЖДА в возрасте от 2 до 14 лет за период 2013-2018 гг., находившихся на стационарном лечении в детском гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ.

Общепринятые методы исследования включали в себя гемограмму, миелограмму, сывороточное железо, билирубин и его фракции, морфологию эритроцитов. Мы изучали

фагоцитарную активность и фагоцитарный индекс нейтрофилов периферической крови, как основной маркер по определению неспецифического иммунитета у детей с ЖДА.

Контрольную группу составили 30 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу.

В группе больных с ЖДА было 36 (48%) мальчиков и 39 (52%) девочек.

Диагноз основывался на данных анамнеза, клинических и лабораторных методах исследования.

Результаты и их обсуждение. По степени тяжести анемии все больные были разделены на три группы. У больных с легкой степенью анемии по сравнению с пациентами контрольной группы, показатели фагоцитоза и фагоцитарного индекса нейтрофилов существенно не отличались ($p > 0,05$). Показатели фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса у больных с анемией средней степени тяжести, по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе, имели явную тенденцию к снижению ($p < 0,001$). В группе больных с тяжелой степенью анемии отмечалось выраженное снижение иммунных показателей по сравнению с группой здоровых детей ($p < 0,001$). Это говорит о снижении бактерицидной способности гранулоцитов у детей со средней и тяжелой степенью ЖДА.

Итак, изучение неспецифической резистентности показало ее несостоятельность у больных с железодефицитной анемией.

Полученные данные доказывают, что у больных ЖДА имеет место снижение фагоцитарной активности, одновременно тесты ее стимуляции свидетельствуют об отсутствии ответа лейкоцитов на эту стимуляцию, что указывает на истощение резервов фагоцитоза.

Выводы. Таким образом, у больных ЖДА обнаружено нарушение неспецифического звена иммунитета, которое проявилось в виде снижения фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса нейтрофилов периферической крови.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ СКАРЛАТИНЕ

Ходжаева Н.М., Бобоева З.Р., Мамадырова М.Г.

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Изучить особенности клеточного иммунного ответа при скарлатине у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 13 больных со среднетяжелой формой скарлатины в возрасте от 3 до 7 лет (основная группа), госпитализированных в детское инфекционное отделение ГМЦ г. Душанбе в период 2017-2018 гг. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста с благоприятным преморбидным фоном. Диагноз был выставлен на основании клинической картины и лабораторных методов исследования – бактериологического посева мазков из зева на группу стрептококков. Кроме того, всем больным проводились рутинные лабораторные исследования, по показаниям - биохимические анализы крови, ЭКГ.

Количественное определение лейкоцитов и лимфоцитов проводилось на автоматическом гематологическом анализаторе BC-5800 mindray. Определение количества лимфоцитов и их субпопуляций проводили с помощью набора моноклональных антител (производства научно-производственного центра Мед Био Спектр г. Москва): CD 3- Т-клетки, CD 4- Т-хелперы, CD 8- Т-супрессоры, CD 95 –рецептор апоптоза, укомплектованных

иммуноферментными конъюгатами вторичных антител для учёта результатов методом световой микроскопии.

Результаты исследования. Проведённые исследования показателей иммунного статуса у больных скарлатиной в сравнении с контрольной группой выявили изменения в клеточном звене иммунитета. Так, у больных со среднетяжёлой формой скарлатины в периоде разгара болезни показатели Т-лимфоцитов и их субпопуляций имели тенденцию к снижению по сравнению с контрольной группой: CD3+ ($43,29 \pm 1,08\%$ против $62,03 \pm 7,11\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$), CD 4+ ($25,57 \pm 0,72\%$ против $39,21 \pm 5,21\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$) и CD 8+ ($14,29 \pm 1,15\%$ против $20,34 \pm 3,09\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$), при относительно сохранённом уровне CD 95+. В периоде ранней реконвалесценции отмечалось достоверное повышение их количества (CD3+ $-53,43 \pm 1,29\%$; CD4+ $-34,71 \pm 0,78\%$ и CD8+ $-21,43 \pm 0,84\%$, $p < 0,05$). Показатели CD3+ и CD 4+ имели тенденцию к восстановлению только в периоде поздней реконвалесценции.

Таким образом, установлено, что у детей дошкольного возраста при скарлатине наблюдались выраженные изменения иммунного гомеостаза, проявляющиеся депрессией Т-клеточного звена иммунитета, степень которого отражала тяжесть инфекционного процесса. Установленная нами вариабельность клеточного звена иммунной системы у детей при скарлатине определяет целесообразность проведения адекватной иммунокорректирующей терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж., Мамадярова М.Г.

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Изучить особенности клеточного иммунного ответа при коклюше у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 12 больных с тяжёлой формой коклюша, в возрасте от 1 года до 3 лет (основная группа), госпитализированных в детское инфекционное отделение ГМЦ г. Душанбе в период 2017-2018гг. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста с благоприятным преморбидным фоном. Для достижения поставленной цели проводилась оценка эпидемиологического анамнеза, клинико-лабораторных показателей. Дополнительные методы исследования включали верификацию диагноза методом ПЦР (полимеразная цепная реакция). Количественное определение лейкоцитов и лимфоцитов проводилось на автоматическом гематологическом анализаторе BC-5800 mindray. Определение количества лимфоцитов и их субпопуляций проводили с помощью набора моноклональных антител (производства научно-производственного центра Мед Био Спектр г. Москва): CD-3 Т-клетки, CD-4 Т-хелперы, CD-8 Т-супрессоры, CD-95 рецептор апоптоза, укомплектованных иммуноферментными конъюгатами вторичных антител для учёта результатов методом световой микроскопии, двукратно в периоде разгара болезни и в периоде ранней реконвалесценции.

Результаты исследования. При сравнительной оценке анализа субпопуляционной структуры лимфоцитов, нами было установлено, что у детей раннего возраста при коклюше отмечается относительная депрессия клеточного звена иммунитета при тяжёлой форме болезни. Так, при тяжёлой форме коклюша у детей раннего возраста в периоде разгара

болезни наблюдалось угнетение показателей Т-клеточного звена иммунитета (СД 3 $+42,5 \pm 4,5\%$, СД4 $+25,0 \pm 2,0\%$, СД 8 $+16,5 \pm 0,5\%$ и СД 95 $+19,0 \pm 2,0\%$) по сравнению с контрольной группой (СД 3 $+57,6 \pm 2,2\%$, СД4 $+46,1 \pm 1,6\%$, СД 8 $+24,7 \pm 1,8\%$ и СД 95 $+30,13 \pm 4,34\%$). В периоде ранней реконвалесценции на фоне проводимой терапии показатели Т-лимфоцитов повышались, но не достигали контрольных величин.

Таким образом, представление о дисбалансе субпопуляций Т-клеток рассматривается в качестве основы для развития иммунопатологии. Установленный дисбаланс иммунного ответа свидетельствует о наличии вторичного иммунодефицита и определяет целесообразность проведения адекватной иммунокорректирующей терапии.

ПАТОЛОГИЯ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА И СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D В ДЕТСКОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

Ходченко Е.В., Гирш Я.В.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»

Сургут, Россия

Цель исследования: оценка содержания витамина D в группе детей и подростков с острыми и хроническими заболеваниями лимфоглоточного кольца.

Материалы и методы. Обследовано 73 ребенка, проживающих на территории Краснодарского края. Возрастная группа 1 – 15 лет, обратившихся на амбулаторный прием врача оториноларинголога. Дана оценка данным анамнеза, клинической картины заболевания, физикальным данным, содержанию D в сыворотке крови

В зависимости от уровня витамина D, пациенты были разделены на 2 группы: 1 - дети с уровнем витамина D в пределах референсных интервалов, 2 – дети с недостаточностью и дефицитом витамина D.

Результаты исследования. У 27 (37%) пациентов уровень витамина D находился в пределах референсных значений – 1 группа сравнения. У 46 пациентов (63%) диагностированы недостаточность и дефицит витамина D - 2 группа. 2-ая групп была не однородна, недостаточность витамина D выявлена у 30 (41%) детей и дефицит у 16 (21%).

Оценка данных анамнеза во 2-ой группе пациентов с недостаточностью и дефицитом витамина D показала, что витамин D в возрасте до 1-го года жизни в профилактической дозе (1000 МЕ) получали 32 (69%) ребенка, с 1 года до 3 лет – только 17 (37%) детей. В сравнении, в 1-ой группе до 1 года жизни получали профилактическую дозу препарата 20 (74%) человек и 17 (63%) человек от 1 года до 3-х лет ($p < 0,005$).

В группе детей с недостаточностью витамина D гипертрофия небных миндалин, гипертрофия глоточной миндалины выявлены у 26 (56%) человек. В группе детей с достаточным уровнем витамина D – у 11 детей (40%).

Таким образом, в группе детей с пониженным содержанием и дефицитом витамина D имело место большее число пациентов с хроническими заболеваниями лимфоглоточного кольца. При этом, меньший процент детей из этой группы получали необходимую профилактическую дозу холекальциферола в первые годы жизни. Группа детей с достаточным содержанием витамина D характеризовалась более длительным получением профилактической дозы витамина D и меньшей частотой хронической патологии носоглотки.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Хомякова Т.И., Магомедова А.Д., Козловский Ю.Е., Козловская Г.В., Чертович Н.Ф., Хомяков Ю.Н.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт морфологии человека»

Москва, Россия

Патология легких у детей раннего постнатального периода часто ошибочно интерпретируется как нозокомиальная инфекция. Проведенные нами исследования позволяют утверждать, что в значительном числе случаев происходит внутриутробное заражение в результате распространения инфекции из ЖКТ матери путем транслокации. Бактериальная транслокация может иметь место при нарушении барьерной функции толстой кишки вследствие антибиотикотерапии на поздних стадиях беременности. В циркуляторном русле также происходит увеличение уровня липополисахарида грамотрицательных бактерий. У беспородных беременных мышей в зависимости от сроков гестации последствия введения антибиотика цефотаксима различны. При введении в первом триместре происходила гибель плода с последующей резорбцией. При введении во втором триместре потомство рождалось, но было слабым и нежизнеспособным, поедалось матерью на 2-3 день после рождения. При введении антибиотика в третьем триместре потомство было жизнеспособным и не имело выраженных признаков инфицирования, однако после окончания подсосного периода (1 месяц) у мышат отмечались признаки интоксикации, шерстный покров становился тусклым и взъерошенным, аппетит ухудшался, поведение было угнетенным. При выведении из эксперимента из печени, легких, почек высевалась бактерия, идентифицированная как *Klebsiella pneumoniae*, соответствовавшая по спектру антибиотик-резистентности штамму, выделенному из кишки матери. Таким образом, применение антибиотиков при беременности не только вызывает дисбиотические нарушения в организме матери, но и приводит к транслокации патогенов в кровеносное русло и органы плода. Повышенный уровень липополисахаридов в крови матери может быть причиной невынашивания беременности: выкидыша или преждевременных родов. Внутриутробное инфицирование вызывает интоксикацию и тяжелую патологию детей раннего постнатального периода. В ведении беременных следует учитывать возможность транслокации бактерий и проводить терапию по возможности без применения антибиотиков в соответствии с Евразийскими клиническими рекомендациями «Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике»

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА ГОДА

Хотамова М.Н.

Кафедра детских болезней №1. ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Установить характер и выраженность нарушений системы гемостаза у новорожденных, перенесших гипоксию в жаркий и холодный периоды года.

Материал и методы исследования. Проведены исследования у 120 новорожденных, перенесших гипоксию. Определялись: время кровотечения, тромбиновое время, фибриноген, протромбиновый индекс. Для определения сезонных колебаний изучаемых показателей,

новорожденные дети были разделены на две группы: в основную включены 60 новорожденных, родившихся летом и 60, родившихся зимой). Контрольную группу составили 30 детей .

Результаты и их обсуждение. Результаты показали, что сезонные различия показателей свёртывающей системы по времени кровотечения, протромбиновому индексу, концентрации фибриногена, тромбиновому времени у практически здоровых доношенных новорожденных отсутствуют. Результаты изучения фибринолитической активности крови у практически здоровых доношенных новорожденных, показали, что лизис сгустка разведенной крови повышен в холодный период года.

У новорождённых перенесших гипоксию имеется достоверное удлинение времени кровотечения, тромбинового времени, которые более выражены в жаркий период года.

Изучение показателей гемокоагуляции, свидетельствующих о внутрисосудистом свёртывании крови установило повышение их содержания при гипоксии у доношенных новорожденных в оба периода года, при сравнении с контрольной группой и несколько чаще в жаркий сезон года.

Выводы. Таким образом, у здоровых доношенных новорожденных изменения показателей свёртывающей системы крови в зависимости от сезона года незначительны. Анализ показателей свертывающей системы крови у доношенных новорожденных перенесших гипоксию свидетельствует о снижении свёртывающего потенциала крови, особенно в жаркий период года, по сравнению с контрольной группой.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С АНЕМИЕЙ

Хотамова М.Н.

Кафедра детских болезней №1. ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Дать характеристику перинатальных поражений (ПП) ЦНС гипоксического генеза у новорожденных, родившихся от матерей с анемией.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 120 детей раннего неонатального периода с перинатальным поражением ЦНС, родившихся от матерей с анемией. Были выделены 2 группы детей: I-доношенные дети (60), II-недоношенные дети (60).

Результаты и их обсуждение. Установили, что у детей I группы церебральная ишемия диагностировалась в 23,0% случаев, при этом у большей половины из них выявлялась I степень тяжести (61,5%), у каждого третьего ребенка-II степень. Внутрочерепные кровоизлияния (ВЧК) определялись лишь у 3,9% детей и были представлены внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) I степени. Ведущим клиническим синдромом в этой группе был синдром возбуждения (95,4%).

Во II группе церебральная ишемия регистрировалась у большинства детей, что было достоверно больше, чем в I группе (72,7% и 26,0% соответственно, $p=0,001$). ВЧК во II группе выявлялись у 20,9% новорожденных и у всех характеризовались ВЖК I степени. У большинства детей II группы регистрировался синдром угнетения (86,1%), синдром возбуждения имел место у 13,9% детей.

Выводы: таким образом, частота и тяжесть ПП ЦНС у детей в раннем неонатальном периоде, родившихся от матерей с анемией обусловлены недонашиванием беременности. Следовательно, необходимо способствовать снижению частоты преждевременных родов,

усилить работу первичного звена, что позволит уменьшить частоту встречаемости данной патологии и формирование более тяжелых её исходов.

К ВОПРОСУ О БЛИЗОРУКОСТИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

Цамерян А.П.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД

Москва, Россия

В течении тысячелетий эволюции человеческий глаз был адаптирован на зрение вдаль. Первобытный человек в основном охотился и «путешествовал» в поисках пищи. В процессе развития человеческого общества и цивилизации зрительному анализатору приходилось приспосабливаться к работе вблизи. В настоящее время в связи с развитием компьютеризации всех видов человеческой деятельности нагрузка на глаза увеличивается. А если учитывать все гаджеты (мобильные телефоны, айфоны, смартфоны, планшеты, электронные книги и др.), вполне можно говорить о вредном воздействии на глаза «дисплейного зрения». Показательным является пример с Китаем. До появления компьютеров близорукость там была 20-25%, такая же, как и в большинстве стран. После того, как Китай вышел на первое место по использованию Интернетом, близорукость выросла до 70-75%.

Вспомним немного истории, в 1870 году обрусевший швейцарец Гульдрих Эрисман, основатель отечественной науки - санитарной гигиены, по специальности врач-офтальмолог, обследовав зрение петербургских школьников, написал: «Результаты моих исследований приводили меня в ужас многочисленностью учащихся юношей с пострадавшими глазами. Но, вместе с тем, они убедили меня в том, что мы имеем полную возможность противодействовать появлению близорукости». Именно Ф. Эрисману принадлежит разработка конструкции школьных парт (парты Эрисмана) с наклоном передней панели под углом 45° и парт различных размеров: маленьких, средних и больших, соответствующих росту школьников. Борьба с прогрессированием близорукости необходимо с начальных классов, т.е. тогда, когда глаз еще не удлинился (близорукий глаз, это длинный глаз).

В 1904 г. в городе Нюрнберге (Германия) состоялась первая международная конференция, посвященная школьной гигиене. О вредном влиянии учебы на состояние здоровья впервые указали врачи-офтальмологи. Причинами ухудшения зрения назывались следующие факторы: освещение, несоблюдение расстояния от глаз до объекта (тетрадь, книга) и длительность нагрузок.

В 1978 году в МНТК микрохирургии глаза (С. Федоров) было организовано отделение оптико-физиологических методов коррекции и восстановления зрения «Зоркость». Однако, деятельность «Зоркости» не вписывалась в профиль МНТК микрохирургии глаза, и МЗ СССР перевел отделение в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков МЗ СССР. Отделение «Зоркость» занималось лечением близорукости с помощью бифокальных сферопризматических очков (БСПО) и косметическим исправлением косоглазия с помощью призм Френеля, а также различными тренировками аккомодации и глазодвигательных мышц. БСПО - единственные в мире очки, которые в пропорциональной степени разгружают аккомодацию и конвергенцию. Авторы - врач-офтальмолог Е. Утехина и оптик Ю.А. Утехин. Результаты использования БСПО при различных степенях близорукости были очень хорошие. Очередь в лабораторию «Зоркость» была на три года. Следует отметить, что во всем мире врачи-офтальмологи делятся на следующие специальности: офтальмолог-терапевт, офтальмолог-хирург и офтальмолог-оптометрист. Офтальмолог-оптометрист -

это врач, который хорошо знает законы оптики. Глаз - единственный представитель в природе «живой оптики». У нас в стране такой специальности вообще нет. В США имеется Академия оптометрии, Американская оптометрическая ассоциация.

Нами (НИИ гигиены и охраны здоровья детей НЦЗД РАМН) десять лет назад было начато обследование состояния здоровья учеников первых классов московских школ и гимназий. Обследования повторялись в динамике в течение одиннадцати лет. Такое исследование проводится впервые. У обследованных школьников близорукость прогрессировала примерно с 4-5% в первых классах до 32-33% к окончанию школы.

В 2013 году нами были обследованы 350 школьников г. Мурманска - близорукость там доходила до 42-43%. Объясняется это помимо зрительных нагрузок также и климатическими условиями (недостаточность освещения).

В 2014 г. при обследовании зрения учеников первых классов университетской школы при Московском Государственном педагогическом университете у 5% школьников была обнаружена миопия в основном слабой степени. Однако, при обследовании запас акомодации с помощью теста Малиновского (положительная линза +0,75D), у 70% первоклассников тест был положительным, т.е. они входят в «группу риска» или являются кандидатами в близоруких.

В 2005 году в отделении оптико-физиологических методов коррекции и восстановления зрения «Зоркость» на основе многолетнего опыта было разработано пособие для врачей «Оптико-физиологические аппаратные методы коррекции и восстановления зрения у детей» (автор Академик АМТН А.П. Цамерян), которое может быть использовано в условиях образовательной организации, что в конечном счете легло в основу работы «Кабинета охраны зрения в школе». На основании многолетнего опыта можно с уверенностью сказать, что в большинстве случаев, если соблюдать гигиенические рекомендации и проводить оздоровление, прогрессирования школьной миопии можно предотвратить.

ОХРАНА ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ И РАБОТА «КАБИНЕТА ОХРАНЫ ЗРЕНИЯ»

Цамерян А.П., Добрук И.В.

Гимназия № 12

Долгопрудный, Московская область, Россия

Цель: разработать мероприятия по охране зрения для школьников.

Методы: Отклонения со стороны органа зрения у российских школьников являются ведущими. Работа была начата в 2000 году. Под наблюдением были взяты 72 школьника начальной школы, которые были осмотрены офтальмологом. Осмотр офтальмолога осуществлялся ежегодно в течение 11 лет, выявлялись заболевания глаз и характер их течения. Мероприятия включали использование в условиях школы приборов, апробированных в условиях детских поликлиник: аппарат цветоимпульсной стимуляции с биологической обратной связью для снятия зрительного и эмоционального напряжения и вибромассажер. Курсы занятий на приборах корректировались офтальмологом, занятия школьников на приборах осуществляла школьная медицинская сестра.

Результаты. Была проведена предварительная работа по обучению медицинского персонала гимназии, беседы с детьми, педагогами и родителями по вопросам охраны зрения. Курсы занятий на приборах проводились 2 раза в год длительностью 10 дней всем школьникам, среднее число занятий составило 8 ± 1 на одного ребенка. В динамике обучения

от начальной школы до старшей распространённость функциональных отклонений со стороны органа зрения у мальчиков составила 365,8‰ в 2000 году и 231,9‰ в 2011 году, у девочек 295,1‰ и 294,6‰ соответственно. Распространённость хронических заболеваний со стороны органа зрения составила у мальчиков 24,4 ‰ и 28,9‰ и у девочек 32,0‰ и 26,8‰. Т.е. не было зафиксировано статистически значимого роста заболеваний глаз, что обычно происходит у школьников к моменту окончания школы. Необходимо отметить, что помимо высокой учебной нагрузки, традиционной для гимназии, за последние 10 лет у школьников появились дополнительные зрительные нагрузки, связанные и активным использованием компьютеров, мобильных телефонов, электронных книг и интернета.

Выводы. Результаты, полученные в наших исследованиях, свидетельствуют об эффективности предложенных профилактических мероприятий с целью охраны зрения школьников.

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ МАТЕРИНСКОЙ-ФЕТАЛЬНОЙ ЗАРАЖЕННОСТИ ГЕРПИНФЕКЦИЕЙ У МЛАДЕНЦЕВ

Цуркану Т.Г. Андриеш Л.Г

Кишиневский Университет Медицины и Фармации

Кишинев, Республика Молдова

Цель: определение антенатальных и постнатальных факторов риска в возникновении матерно-фетальной герпетической инфекции у детей.

Материалы и методы: В исследование было включено 120 детей с положительным эпиданамнезом по герпетической инфекции в возрасте 1-12 месяцев, распределённых на 3 группы.

Группа 1- 75 детей, заражённых ЦМВ (60%);

Группа 2- 30 детей, заражённых вирусом простого Герпеса тип 1,2 (53,34 %);

Группа 3- 15 детей со смешанной инфекцией (ЦМВ + ВПГ)-60 %.

Результаты:

1. Антенатальные факторы риска: спонтанные аборт (в 1-й группе отмечалось в 33% случаев во 2-й-в 10%, в 3-й -в 5%), замершая беременность (в 1-й группе отмечалось в 27% случаев во 2-й-в 4%, в 3-й -в 7%), рождение детей в предыдущих родах с врожденной патологией (в 1-й группе отмечалось в 7% случаев во 2-й-в 10%, в 3-й -в 7%), мертворожденность в анамнезе (в 1-й группе отмечалось в 3% случаев во 2-й-в 6%, в 3-й -в 9%).

2. Постнатальные факторы риска: недоношенность (в 1-й группе отмечалось в 18% случаев во 2-й-в 15%, в 3-й -в 16%), гепатоспленомегалия (в 1-й группе в 91% случаев во 2-й-в 18%, в 3-й -в 20%, повышенный билирубин (в 1-й группе в 100% случаев во 2-й-в 10%, в 3-й -в 18%), увеличение трансаминаз (в 1-й группе в 97% случаев во 2-й-в 5%, в 3-й -в 18%), псевдокисты мозга (в 1-й группе в 40% случаев во 2-й-в 20%, в 3-й -в 17%), расширение желудочков мозга (в 1-й группе в 40% случаев во 2-й-в 25%, в 3-й -в 15%).

Заключение:

1. Матерно-фетальные инфекции представляют большой риск инфицирования/инфекции плода.

2. Значительный рост TORCH инфекций и значение серопревалентности этих инфекций оправдывает внедрение скрининга.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАТЯЖНЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ «МАТЬ И ДИТЯ» КЗ «ИСТИКЛОЛ»

Шабонов Р.З., Намозов Д.Б., Исматова М, Файзуллоева А.Б.

Отделения «Мать и дитя» соматической части КЗ «Истиклол»

Цель – изучить этиологическую структуру затяжных желтух у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования: За период работы 2017–2019 гг. в клинко-диагностическом отделении мать и дитя было осмотрено 254 детей раннего возраста из г. Душанбе и районов республики. Пациенты направлялись для осмотра, установления диагноза, лабораторного обследования, коррекции лечения. При этом возраст наблюдаемых детей составлял $35 \pm 6,0$ суток от рождения. На момент обращения наиболее частым направительным диагнозом была конъюгационная желтуха, в то же время значительная доля в структуре принадлежит дисфункциям билиарного тракта, неонатальным желтухам.

Число пациентов мужского пола (58,9%) преобладает, при этом обращает на себя внимание, что подобное соотношение прослеживается во всех нозологических формах. Все обследованные дети были доношенными от 1–3-й одноплодной беременности, рожденные от матерей, не имеющих факторов риска по развитию гемолитической болезни новорожденных. Течение настоящей беременности было отягощено: угрозами прерывания – у 96 женщин (37,8%), гестозами второй половины беременности – у 37 женщин (14,6%). Острые респираторные инфекции в течение данной беременности перенесли 45 женщин (17,7%). Обострение хронических заболеваний (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит) отмечалось у 111 (43,7%) пациенток. Прием препаратов, улучшающих отток желчи во время беременности, потребовался 12 женщинам (4,7%) в связи с периодическими подъемами уровня общего билирубина в биохимическом обследовании. Роды путем операции кесарева сечения закончились у 42 женщины (1,5%), факт родостимуляции зафиксирован в 36,21% случаев, что могло служить предпосылкой для развития гипербилирубинемии у детей.

После родов дети находились на совместном пребывании с матерями в палатах и получали грудное вскармливание. Из анамнестических данных стало известно, что в неонатальном периоде у всех обследуемых наблюдались иктеричность кожи и видимых слизистых оболочек, что подтверждалось высоким уровнем общего билирубина – от 246 до 297 мкмоль/л – в биохимическом исследовании. На этапе детской поликлиники всем пациентам было отменено грудное вскармливание на период от 3 до 7 дней для исключения возможного развития факторов прегнановой желтухи. Также в комплекс основной терапии входили энтеросорбенты (смекта, полисорб) в течение 5–12 дней. Все обследуемые пациенты проходили стандартное обследование, включавшее общий анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, щелочная фосфатаза), определение основных маркеров гепатитов и герпесвирусов (ИФА HCV, HBs Ag, ИФА CMV, ИФА и HSV 1, 2-го типов).

Структура направительных диагнозов у детей с затяжной желтухой: неонатальная желтуха 11,7%, затяжное течение неонатальной желтухи 21,2%, конъюгационная желтуха 36,6%, синдром холестаза 2,4%, дисфункция билиарного тракта 27,6%.

Результаты исследования: На момент осмотра основным диагнозом являлась конъюгационная желтуха, которая составила половину (51,4%) всех обращений. При диагностике перинатального HBV- и HCV-контакта обращаемость имела место у 26 (4,5%) и 91 (15,7%) пациента соответственно, что должно настораживать врачей-педиатров в перспективе увеличения данной патологии у детей раннего возраста. Влияние герпетических инфекций (цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), вирус Эпштейн-Барр инфекции [ВЭБ]) на

затяжное течение желтух у детей раннего возраста является причиной развития билиарной атрезии. В частности, ЦМВИ обладает тропностью к эпителию внутрипеченочных желчных протоков, что подтверждается наличием большого числа пациентов с данной нозологической единицей в структуре заболеваемости затяжных желтух у детей раннего возраста. Висцеральная форма ЦМВИ имела место у 47 (8,1%) наблюдаемых пациентов, что подтверждалось увеличением аланинаминотрансферазы в 2 и более раз выше уровня в биохимическом исследовании.

Выводы: Таким образом, при направлении на стационарное лечение за период 2017–2019 гг. было выявлено, что этиологическую структуру затяжных желтух у детей раннего возраста подтвердили в 80% наблюдений. Для этого использовали дополнительные методы лабораторных и инструментальных обследований. Этиологическая структура в 50% и более случаев была представлена конъюгационными желтухами, герпетические инфекции (ЦМВИ, ВЭБ) составляли 19% от всех обследуемых, перинатальный контакт по НВV и HCV имели 20% детей, у оставшихся пациентов причина осталась не выявленной в процессе обследования.

ВЛИЯНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С МАЛЫМ ВЕСОМ

Шамсов Б.А., Набиев З.Н.

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

Целью исследования: изучение влияния грудного вскармливания на динамику показателей физического развития недоношенных детей в зависимости от массы тела с момента рождения

Материал и методы исследования: Ретроспективным методом исследования проведено анализ историй родом, развития и обследования 150 недоношенных детей с массой тела ≤ 2500 г и рожденные ≤ 37 недель беременности. Критериям исключения были наличие врожденных пороков развития (ВПР) а также органические патологии центральной нервной системы.

Для оценки физического развития (ФР) использовались центильные таблицы для недоношенных детей от 22 до 50 недель (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2013), антропометрический калькулятор WHO Anthro ver. 3 с вычислением сигмальных отклонений (Z- scores).

В зависимости от массы тела при рождении все дети были распределены на 3 группы: 1- группа - от 2499 до 1500г; 2-группа от 1499 до 1000г; 3-группа от 999г и ниже.

Результаты исследования.

Частота задержки ФР среди детей в возрасте 6 месяцев была 26,87%, (95% ДИ 17,72-38,52%) в 1-й группе; 77,78% (95% ДИ 63,73-87,46%) во 2-й группе; 100% в 3-й группе. Частота задержки ФГ среди детей в возрасте 1 года была 7,46% (95% ДИ 3,23-16,31%), 33,33% (95% ДИ 21,36-47,93%), 63,16% (95% ДИ 41,04-80,85%) соответственно. Задержка массы относительно длины тела была замечена среди детей в возрасте 6 месяцев с наступни частотой: 5,97% (95% ДИ 2,35-14,37%) в 1-й группе, 33,33% (95% ДИ 21,36-47,93%) во 2-й группе, 47,37% (95% ДИ 27,33-68,29%) в 3-й группе. Среди детей в возрасте 1 года 2,99% (95% ДИ 0,82-10,25%) 1-й группы, 8,89% (95% ДИ 3,51-20,73%) 2-й группы, 15,79% (95% ДИ 5,52-37,57%) 3-й группы также отметим дефицит массы относительно длины тела.

Выводы. У детей 2-й и 3-й группах в возрасте 6 месяцев достоверно чаще, чем у детей первых группы встречается недостаточно и чрезмерно недостаточный вес. В 1 год отмечено значительное положительную динамику во всех группах, но в группах детей 2-й и 3-й

сохраняется высокий процент детей с задержкой физического развития. Также у детей этих групп в 6 месяцев достоверно чаще встречается истощения. грудное вскармливание способствует увеличению веса, это наиболее физиологичный метод ухода за недоношенными детьми.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА

Шамсов Б.А., Набиев З.Н.

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

Цель исследования — анализ питания детей с сахарным диабетом 1-го типа.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 32 детей с диагнозом сахарный диабет 1-го типа в возрасте 2–7 лет. При помощи метода анализа частоты потребления пищи, где использовалась специально подготовленный опросник, оценена частота потребления продукта за определенный промежуток времени, калорийность и химический состав суточного рациона питания, с учетом потери на очистку и потери компонентов при различных способах приготовления. Результаты полученных данных сравнивались с нормами физиологической потребности в пищевых веществах и энергии для детей согласно ВОЗ.

Результаты исследования. У детей всех возрастных категорий, входящих в данное исследование, отмечалось избыточное потребление белков.

Среднее потребление жиров в рационе питания детей 2-3 лет 74,0 г/сут. что превышало нормальное значение на 60%, а у детей 3-5 лет 118,64 г/сут. где превышение от должной величины отмечалась на 89,35%, 6-7 лет 126,48 г/сут. превышение на 92,4% в основном за счет холестерина и насыщенных жирных кислот.

Между тем у детей 2-3 лет потребление углеводов составило 128,5 при значении 203 г/сут. (снижено на 36,7%), 3-7 лет 234,1 г.сут при значении в 261 г/сут. (снижено на 10,3%). Среднесуточное потребление витаминов А, В9 (Фолиевая кислота) и Д (Вит. А - 0,27 мкг рет. экв./сут, что ниже нормы на 32,5%, вит. В9 – 128,64 мкг/сут (норма 200 мкг/сут) что снижено на 64,32%, вит. Д – 0,73 мкг/сут. (норма 10 мкг/сут) что снижено на 7,3%).

Выводы. Таким образом было определено что, у детей с сахарным диабетом 1-го типа несбалансированное и нерациональное питание главным образом за счет избыточного потребления жиров, а также незначительного недостатка углеводов в рационе. Более того у них наблюдается дефицит в основных микронутриентов в рацион питания (витаминов А, В9 и Д).

Полученные результаты исследования информируют о том, что необходимо корректировать рацион питания и включать в них дефицитные макро- и микронутриенты, а также минеральные комплексы (вит А, В9 и Д).

РОЛЬ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «SCOPE CODA» В УЛУЧШЕНИИ УПРАВЛЕНИЯ ДАННЫМИ У ДЕТЕЙ С БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шамсов Б.А., Каюмова Д.А.

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

Цель исследования: оценить распространённость и степень недостаточности питания у детей района Дж. Балхи

Материалы и методы исследования: всего было зарегистрировано 800 детей (352 мальчиков и 448 девочек) в возрасте от 6 мес. до 5 лет из 20 медицинских пунктов района

Джалолодина Балхи за период 2018-2019 гг. На каждого пациента заполнялась индивидуальная карта, включающая в себе 3 шага: 1) регистрация антропометрических данных, 2) регистрация данных медицинского обследования, 3) распределение продуктов питания (питательные каши Super Cereal Plus).

Результаты исследования: Так как данный проект рассчитан только детей с острой недостаточности питания в возрасте от 6 по 59 месяцев то было бы целесообразнее разделить детей из числа зарегистрированных на 5 групп (6-11, 12-23, 24-35, 36-47, 48-59).

Следовательно, согласно анализу полученных результатов к числу самых уязвимых детей с диагнозом острой недостаточности питания средней и тяжелой степени относятся дети от 12 до 23 месяцев. На втором месте по числу зарегистрированных детей с острой недостаточностью относятся дети от 6 до 12 месяцев. Если учесть гендерное соотношение то почти для всех групп преобладающее большинство т.е 60% зарегистрированных детей занимают девочки. Далее для остальных групп (24-35, 36-47, 48-59) уязвимость детей к проблемам недостаточности питания с возрастом т.е к 5 годам сильно уменьшается.

Выводы. 1. Таким образом, данное исследование позволило установить, что недостаточность питания чрезвычайно распространена среди детей ... возрастной категории. 2. Переход с бумажной на цифровую систему может повысить эффективность программы, сводя к минимуму ручную ошибку и трудоемкие процессы при вводе данных, анализе и составлении отчетов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Шамсиев Дж.А., Ганиев Ш.С., Хамраева Д.Х

Кафедра урологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения терминальной стадии врожденного гидронефроза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей терминальной стадии гидронефроза (ТСГ) в детском урологическом отделении городок «Шифо-бахш» с 2001 по 2015 годы. Девочек было 34 (56,7%), мальчиков 26 (43,3) в возрасте от 3 до 15 лет. Правосторонний гидронефроз у 22 (36,7%), левосторонний 26 (43,3%) и двух-сторонний у 12 (20%). Причинами ТСГ явились дисплазия ЛМС – 41 (68,3%), аберрант-ный сосуд – 8 (13,3%), фиксированный врожденные спайки 5 (8,3%), клапан ЛМС - 4 (6,7%), высокое отхождение мочеточника – 2 (3,3%).

Проведено гистологическое исследование лоханочно-мочеточникового сегмента у всех оперированных исследование показало больных, который дал следующий результат: у детей до 3 – х лет преобладают изменения гипопластического, диспластического характера, прежде всего в мышечном слое мочеточника, склероз и атрофия не выявлены. В последующих возрастных группах четко прослеживаются морфологические изменения стадийного характера, то есть пресклеротические, склеротические и декомпенсаторно – атрофические процессы. По мере роста ребенка и прогрессирования заболевания на фоне гипо- и диспластических изменений в стенке лоханочно – мочеточникового сегмента выявляются склероз и атрофия мышечных волокон.

Особое внимание уделялось состоянию сосудистого русла почки. Во всех случаях выявлены признаки дисангиогенеза, преимущественно дуговых и междольевых артерий. Установлены утолщение интимы почечной артерии (без тромбообразования) и изменения в

эластической мембране сосудов. К процессам гидронефратических изменений наиболее стойкими оказались сосуды клубочков. Околоканальцевые сосуды были вовлечены в интерстициальный процесс отек-фиброз-гиалиноз, вследствие чего почечные каналы постепенно лишались кровоснабжения и атрофировались.

Вследствие повышения внутривисцерального давления нарушается кровоток в сосудистых колонах мозгового вещества почки, создаются условия для атрофии пирамид. Атрофия почечной паренхимы вследствие длительного трансформационного отека особенно заметна в пирамидах, тогда как в корковом слое и бертиниевых колонах она менее выражена.

Вывод. Таким образом, использование функционально-морфологических методов диагностики позволило убедительно доказать, что гидронефротическая почка – орган функционирующий, способный в зависимости от стадии болезни сравнительно быстро восстановить свою функцию и обеспечить здоровье детей.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Шовкун В.А., Васильева Л.И., Лутовина О.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: изучение состава микробиоты кишечника у детей раннего возраста с отягощенным анамнезом для профилактики развития у них обменных заболеваний на всех этапах последующей жизни. Обследовано 47 детей от 1 месяца до 3 лет. Анализ анамнестических данных показал, что у 69% матерей детей, вошедших в исследование, наблюдались хронические заболевания. В 100% случаев выявлены различные осложнения в течении беременности. Обращает на себя внимание высокая частота (36%) оперативных родов. Внутриутробная гипотрофия наблюдалась в 8,6% случаев, крупная масса при рождении – в 10,6%. В 81% случаев отмечался ранний перевод на искусственное вскармливание. Клинические проявления кишечной дисфункции регистрировали в 69,2% случаев, пищевой аллергии – в 28%. Всем детям проводилось микробиологическое исследование, в ходе которого были выявлены дисбиотические сдвиги в составе кишечной микробиоты, которые характеризовались выраженным дефицитом бифидо- и лактобактерий в сочетании с увеличением частоты выделения и уровня грамотрицательных (клебсиеллы, протей, *R.aeruginosa*, гемолитические и лактозонегативные штаммы эшерихий) и грамположительных (клостридии, *S. aureus*) УПМ. Вместе с тем, при дисбиозе кишечника, сопровождающегося увеличением пула УПМ, развивается системная эндотоксинемия, провоцирующая развитие хронического воспаления, которому отводят большую роль в патогенезе атеросклероза, ожирения, сахарного диабета. Полученные данные позволяют рекомендовать детям комплексную коррекцию микробиологических нарушений, направленную на предупреждение развития в последующей жизни хронических неинфекционных заболеваний.

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шеров М.М., Косимова М.С., Сулаймонов С.И., Мулоев Ф.М., Мавлонов А.Р.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии РТ»

Цель исследования: изучение состояния вегетативного гемостаза и мозгового кровообращения у детей с вегетативной дисфункцией нервной системы.

Материалы и методы исследования: В детском неврологическом отделении ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ проведено клиничко-лабораторное обследование 65 детей в возрасте от 10 до 16 лет, из них 64,6% девочек, 35,4% мальчиков.

Результаты: При анализе данных клинических симптомов заболевания выявлено, что основными жалобами у детей были: головные боли, сердцебиение, головокружение. На ЭКГ у всех обследованных детей регистрировались изменения: признаки гипоксии миокарда (92,3%, нарушение процессов реполяризации (81,5%), экстрасистолия (43%), синусовая брадикардия (23%), нарушения внутрижелудочковой проводимости (18,5%). При кардиоинтервалографии у большинства детей (64,6%) наблюдалось преобладание симпатического отдела ВНС. Ваготония диагностирована у 20%, и только у 15,4% детей проявлялась амфотония.

Анализ реоэнцефалограммы (РЭГ) показал, что у обследованных детей с вегетативной дисфункцией НС (ВДНС) отмечаются признаки повышенного сосудистого тонуса, внутричерепная гипертензия, снижения интенсивности пульсового кровенаполнения мозга.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у детей с ВДНС преобладает тонус симпатического отдела нервной системы, что проявляется ангиоспазмом сосудов головного мозга и требует адекватной коррекции.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ – ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА

Щербакова М.Ю.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»
Москва, Россия

Проблема респираторных инфекций у детей занимает одно из ведущих мест в педиатрической практике. Несмотря на увеличение охвата детей профилактическими прививками против респираторных вирусов, проведение различных оздоровительных мероприятий сохраняется достаточно высокая заболеваемость острыми респираторными инфекциями – на уровне до 80 000 на 100 000 детей до 17 лет. В России до 60-85% детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов ОРЗ, при этом заболеваемость выше у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников: дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРЗ в 2-2,5 раза реже, чем дети первых 3 лет жизни. До 15-40% детей болеют респираторными инфекциями значительно чаще, чем сверстники, на их долю приходится до 75% всех случаев – именно эти дети составляют группу «часто болеющих детей».

Группа часто болеющих детей неоднородна. Условно можно выделить три основных подгруппы: 1-я - до 40% детей, у которых ОРИ в легкой форме, выздоровление в короткие сроки, осложнения редки. Обычно это - в 90,5% глубоко недоношенные дети, которые начинают болеть в конце 1-го или на 2-м году жизни. У 70% детей в возрасте после 3 лет при благоприятной обстановке частота ОРИ снижается, в неблагоприятных условиях повторные ОРИ сохраняются до 5-6-летнего возраста. Физическое и психомоторное развитие детей соответствует возрастной норме. 2-ю подгруппу составляют до 25% детей, страдающие

аллергией. ОРИ у них протекают с длительным выздоровлением с последующим астеновегетативным синдромом: недомогание, снижение аппетита, нарушение ритма сон-бодрствование, бледность и др. Дети болеют независимо от посещения дошкольных учреждений. Частота ОРИ уменьшается в возрасте после 5–7 лет. Условная 3-я подгруппа – до 35% - дети с наличием ЛОР-патологии (аденоидит, тонзиллит, отит). Возраст начала повторных ОРИ – после 1 года, с 2–3 лет течение ОРИ характеризуется чередованием обострений и неполных ремиссий, во время которых сохраняется затрудненное носовое дыхание и ночной кашель. Дети болеют независимо от посещения дошкольных учреждений. При отсутствии лечения у многих развиваются трахеиты, бронхиты, пневмонии. В анамнезе - у одного или обоих родителей ребенка патология ЛОР-органов. Довольно часто у детей встречаются изменения на ЭКГ.

В структуре рецидивирующих респираторных инфекций на сегодняшний день преобладают: аденовирус, коронавирус, человеческий метапневмовирус, энтеровирус, вирус гриппа, вирус парагриппа, респираторно-синтициальный вирус, риновирус, бокавирус, полиомавирусы. Рассматривая структуру вирусных причин поражения миокарда у детей, можно найти перекресты и совпадения, в частности, ведущими причинами поражения миокарда считаются: Коксаки В вирус, Коксаки А вирус, аденовирус, эховирусы, вирусы гепатита, герпес-вирусы, Эпштейна-Барр вирус, цитомегаловирус, полио вирусы, вирус ветряной оспы, вирус гриппа и др. За последние 60 лет произошла трансформация этиологических факторов вирусных миокардитов: если в середине 50-х годов XX века в качестве основной причины развития миокардита рассматривались энтеровирусы, то на сегодняшний день особую актуальность приобретают респираторные вирусы и герпес-вирусы.

Коварство вирусных миокардитов заключается в отсутствии характерной клинической картины - миокардит часто протекает под «маской» распространенных заболеваний дыхательной и/или пищеварительной систем. Среди наиболее распространенных вариантов течения выделяют респираторный, кардиальный, гипоперфузионный, абдоминальный, Кавасаки-подобный (инфаркто-подобный). Основными жалобами у 72% больных является одышка, что зачастую при наличии вирусной инфекции может трактоваться как проявление именно ОРИ, у 32% могут появляться боли в области грудной клетки при осмотре нередко определяется разлитой верхушечный толчок. На ЭКГ выявляются неспецифические признаки в виде тахикардии, ST-T изменений, нарушения проводимости. Аналогичные изменения на ЭКГ фиксируются и у часто болеющих детей: нарушения ритма сердца (умеренная синусовая аритмия - 37,2% детей, выраженная синусовая аритмия - 23,1% детей, сочетание выраженной синусовой аритмии с миграцией водителя ритма или СРРЖ - 17,7% детей). Нарушения внутрижелудочковой проводимости, преимущественно по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса встречается у 32% детей, синдром укороченного интервала Pq - 24,4% детей, синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) - 42,3% (Кантимилова Е.А., 2005). Большой интерес представляют работы по уточнению ЭКГ-изменений у часто болеющих детей, демонстрирующих возможность нормализации ЭКГ под влиянием противовирусной и иммуномодулирующей терапии (Балыкова Л.А., 2002).

Таким образом, для предотвращения заболеваемости миокардитами, следствием которых могут быть развитие дилатационной кардиомиопатии необходимо очень внимательно подходить к терапии вирусной инфекции. В первую очередь следует уделить внимание организации рационального режима дня ребенка, обеспечить полноценный, достаточный по длительности сон; исключить переутомления и перевозбуждения; организовать обязательные и достаточные по длительности прогулки, но без

переохлаждения; ограничить посещения мест большего скопления людей и др.; исключить пассивное табакокурение ребенка в семье; обеспечить ребенка полноценным питанием, учитывающим его возрастные особенности.

Во-вторых, важным моментом является проведение патогенетической противовирусной терапии, основными препаратами которой являются интерфероны - эндогенные низкомолекулярные белки, обладающие противовирусным, иммуномодулирующим и противоопухолевым эффектами. Наиболее изученным и применяемым препаратом интерферона является ВИФЕРОН, терапевтическая эффективность и безопасность которого доказана многочисленными клиническими исследованиями и 20-летним опытом успешного применения. При тяжелом осложненном течении, поздно начатой противовирусной терапии назначаются противовоспалительные препараты, местная и/или системная антибактериальная терапия.

ВРОЖДЕННЫЙ РЕКТАЛЬНЫЙ МЕШОК У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш. Отамурадов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования - изучить особенности диагностики и хирургической тактики редкого варианта аноректальной мальформации – врожденного ректального мешка у детей.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в период 2008-2018гг. находились на обследовании и лечении 432 детей в возрасте от 1 дня до 15 лет с АРМ из них у 8 (1,9%) диагностированы ректальный мешок: 4 – у мальчиков, 4 – девочек. Больным проводилось комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, анамнез, клинический осмотр промежности, лабораторную диагностику, а также лучевые методы диагностики: УЗИ внутренних органов; контрастное рентгенологическое исследование толстой кишки.

Результаты и их обсуждения. При ВРМ должен присутствовать следующие компоненты: мешковидное или дивертикулярное расширения укороченной толстой кишки заполненное меконием или фекалиями без гаустраций, жировых подвесок, Тенia; отсутствие переходной зоны между мешком и нормальной кишки; утолщение стенки с гипертрофией слизистой оболочки; нарушение кровоснабжения мешочка; наличие мочеполювого свища. По K.L. Narasimharao (1984), различающее 2 вида (полное и неполное) и 4 типа. Наблюдавшиеся нами из 8 больных у 2 мальчиков данные соответствовали на I тип ВРМ имевшее сообщение с мочевым пузырем, у 2 – II и у 4 - IV типу патологии. Во всех 8 наших наблюдениях ВРМ был установлен во время операции.

При наличии узкого свища или при его obturации размеры кистозного расширения будут большими, при достаточной ширине свища, мешок может быть относительно небольшими и толстостенными. При контрастной цистографии отмечается поступление контрастной массы из мочевого пузыря в полость в несколько раз превышающее его объем в ректальный мешок.

Оптимальная хирургическая тактика при ВРМ окончательно не установлена. Во всех наших наблюдениях первичные операции были завершены наложением стомы: у одной цекостомы без резекции кистозного расширения; у второй резекции кистозного расширения с наложением сигмостомы; у третьей двойной сигмостомы у которой по жизненным показаниям повторно проведена резекция кистозного расширения с низведением толстой кишки в промежность. Основным принципом оперативного лечения при ВРМ является резекция кистозно расширенного мешка с низведением здорового участка толстой кишки при

достаточной ее длине или создание либо удлинения толстой кишки путем моделирующей колопластики из ректального мешка для свободного низведения в промежность.

В заключении можно отметить, что для ВРМ характерны специфические компоненты, которые способствуют появления признаков низкой кишечной непроходимости и уrogenитального инфицирования. При атрезии прямой кишки или клоаки наличие раздутый купол кишки с уровнем жидкости, занимающее большой объем в брюшной полости на рентгенограмме являются характерными признаками ВРМ при котором требуются проведения целенаправленных дооперационных исследований, интраоперационной верификации вариантов и тип аномалии. Соответствующая оперативная коррекция должна проводится в специализированных учреждениях, имеющее опыт работы и лечения детей с тяжелыми формами аноректальных мальформаций.

ЧАСТОТА И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.

ТашПМИ, кафедра госпитальной детской хирургии, детской онкологии

Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – изучить частоту и особенности клинко-анатомических вариантов АРПР у мальчиков по материалу клиники.

Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2018 гг. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находилось 128 пациентов с аноректальными аномалиями. Возраст пациентов колебался от 1 дня до 15 лет: новорожденных - 9 (7,0%), 1-3 мес.- 23 (18,0%), 4-6 мес.-26 (20,3%), 7-12 мес.-30 (23,4%), 1-3 г.-21 (16,4%), 4-6 лет -11 (8,6%), 7-14 лет -8 (6,3%). Для уточнения анатомической формы и выявления сопутствующих пороков развития были проведены комплексные клинические – ультразвуковые, рентгенологические, КТ методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При определении анатомической формы аноректальной мальформации мы придерживались Международной классификации аноректальных аномалий, принятой в Крикенбеке 2005. С промежностным свищом было 44 (34,4%) больных; с ректоуретральным свищом – 40 (31,3%), ректовезикальным свищом –9 (7,0%); с без свищевая форма - у 26 (20,3%), стеноз ануса - у 5 (4,0%); редкие варианты: ректальный мешок у 3 (2,3%), ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе у 1-(0,7%).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что среди аноректальных пороков развития по частоте встречаемости преобладают свищевые формы – 79,7% (102 случаев). Из них большую часть составляют ректопромежностные и ректоуретральные свищи -65,7%.

В заключении можно отметить, что выбор хирургической тактики и метода оперативного вмешательства зависит от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей, обусловленных локализацией и размеров свищевого хода. Анатомическая форма порока и характер сопутствующей патологии определяют выбор оптимального способа хирургического доступа - промежностная или брюшно-промежностная проктопластика.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ А И Г ИНТЕРФЕРОНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Эфендиева М.З.¹, Кулиева С.А.², Керимова Н.Т.¹

¹Научно-исследовательский институт педиатрии им. К Фараджевой

²Азербайджанский Медицинский Университет

Баку, Азербайджан

Цель исследования: определить уровни α и γ интерферона в сыворотке крови новорожденных с инфекционной патологией и изучить их диагностическое значение.

Материалы и методы исследования. У 60 новорожденных, получающих лечение по поводу: сепсис (13), пневмония (10), ОРВИ (15), TORCH-инфекция (13), локальная гнойная инфекция (пиодермия гнойный омфалит 9 младенцев), в сыворотке крови определялся IFN α и IFN γ . Возраст детей колебался 3 дней до 1 месяца. 53 ребенка были рождены в срок, а 7 детей преждевременно, со сроком гестации менее 35 недель. Контрольную группу составили 20 детей, у которых уровень IFN α составил $19,7 \pm 1,1$ рг/мл, а уровень IFN γ – $10,8 \pm 0,9$ рг/мл.

Результаты исследования. Было выявлено, что уровень IFN α в сыворотке крови обследуемых детей, был в 3-4 раза меньше ($p \leq 0,05$) по сравнению с контрольной. Уровень IFN γ у детей с сепсисом составил $1,5$ рг/мл, у детей с пневмонией $4,1$ рг/мл, у детей с ОРВИ $3,8$ рг/мл, у детей с TORCH-инфекцией $8,1$ рг/мл, у детей с локальной гнойной инфекцией $5,6$ рг/мл, что меньше, чем у детей контрольной группы. Наиболее низкие уровни IFN γ были у детей с микст инфекцией (вирусно-бактериальной) и при инфекциях с поражениями головного мозга. Снижение синтеза интерферонов, особенно IFN γ в значительной степени отмечались у новорожденных с малой массой тела, что по-видимому связано с морфо-функциональными особенностями организма и незрелостью системы интерферона.

Заключение. При перинатальных инфекциях новорожденных отмечается уменьшение синтеза интерферонов. При тяжелом течении отмечалось интерферодефицитное состояние, что подчеркивало необходимость иммунокорректирующей терапии.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Юнусбаева М.Ш., Умурзоков М.Н., Бадалов Ш.А.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Изучить проявления повреждения почек у детей с нейроинфекцией и определить алгоритм лечения.

Материал и методы исследования. Всего в исследование вошли 73 детей в возрасте от 1 до 15 лет получивших комплексное лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» за период с 2015-2018г.г.

Основную группу исследования составили дети в возрасте от 1 до 7 лет, которые на фоне нейроинфекции имели проявления ОПН, из которых у 40 (59%) диагностирована острая респираторная вирусная инфекция с проявлениями нейротоксикоза. У 23 (33,3%) пациента на фоне гипертермии и судорожного синдрома зафиксированы проявления отека мозга. У 10 (14,7%) больных преобладали признаки кишечной инфекции на фоне респираторных нарушений. Контрольную группу составляли 20 здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследования. В момент поступления у всех детей выявлены симптомы выраженной интоксикации, нарушения микроциркуляции и нарушения основных жизненно-важных функций организма на фоне основного заболевания.

У 40 (56%) больных детей диагностирована клиника острого повреждения почек, за счет дефицита жидкости на фоне проявлений выраженной нейроинфекции. По лабораторным

показателям в момент поступления у 37 (62,3%) больных на фоне нарушений функции почек наблюдались признаки азотемии, нарастание креатинина и мочевины до 50%.

У большинства (46,9%) больных детей отмечалась кожная сыпь полиморфного характера с синюшным оттенком. Также наблюдалась повышенная кровоточивость из мест инъекций. В 44% случаях картина пастозности тканей. У всех обследуемых детей отмечалось втяжение межреберных промежутков грудной клетки, цианоз носогубного треугольника.

При обследовании у большинства детей (58%) с пневмонией, над пораженными участками легких выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы, а у больных с бронхиолитом такие хрипы проводились по всей поверхности грудной клетки с обеих сторон на высоте вдоха и вначале выдоха.

Исследование периферической крови обнаружило явления лейкоцитоза $18,7-10^9$ у 93% больных, что сочеталось с палочкоядерным сдвигом (от 11 до 26%).

При исследовании суточного объема мочи выявилось уменьшение его от 60 до 90% у 35 (54%). У больных на фоне нейроинфекции, сопровождающейся кишечной недостаточностью, удельный вес мочи был ниже 1005 ($1007 \pm 6,3$).

Выводы. Таким образом, комбинированная медикаментозная терапия, включающая наряду с этиопатогенетическими средствами, направленная на нормализацию водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния крови, на фоне форсированного диуреза, с использованием диуретиков салуретического и натрийуретического эффекта в средних терапевтических дозах, способствует достаточно быстрому нивелированию проявлений основного заболевания и восстановлению функционального состояния почек.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОКРИНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Якубова З. Х.

Кафедра пропедевтики детских болезней

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить структурный профиль эндокринопатий во взаимосвязи с функциональными параметрами у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 детей с различными вариантами эндокринопатий в возрастном диапазоне от 1 месяца до 3-х лет. Изучены анамнестические, клинические, гормональные (ТТГ, T_4 , T_3 , АКТГ, пролактин, кортизол, эстрогены и ДЭАС) методом ИФА, а также показатели метаболизма (уровень гликемии, холестерина, калия, натрия в сыворотке крови). Физическое развитие (масса тела, рост) оценивали перцентильным методом сравнительно с возрастными нормативами. Использованы УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), вилочковой (ВЖ), надпочечников и внутренних гениталий. Все пациенты осмотрены эндокринологом, по показаниям окулистом и детским гинекологом.

Результаты и их обсуждение. Нозологическую структуру эндокринопатий составили: 15 детей с гипотиреозом, 10 – с тимомегалией (ТМ), 7 – с сахарным диабетом (СД), 6 – с преждевременным половым развитием (ППР) и 2 больных с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН) сольтеряющая форма. Среди них – 26 девочек, 14 – мальчиков. На основе анамнестических данных установлено ведущее значение пренатальных факторов: осложненное течение беременности, низкое качество здоровья матерей (йоддефицитные заболевания, ожирение, синдром галактореи, анемия). В группе детей с врожденным

гипотиреозом основными факторами риска были: напряженный регион по ЙД, патология ЩЖ у матери и гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Из них, первичным гипотиреозом – 10, вторичным – 5 больных. Сроки первичной диагностики от одного месяца жизни до 2-х лет. Выявлены характерные клинические симптомы гипофункции ЩЖ: крупный вес при рождении (> 4.000), пролонгированная физиологическая желтуха (до 1 месяца жизни), позднее отпадение пуповины (до 2-3 недель жизни), отеки, отставание в умственном и физическом развитии, запаздывание психомоторных, статических функций и прорезывания молочных зубов на 2-3 года. Диагноз верифицирован на основе высокого уровня ТТГ, снижения содержания T_4 и T_3 .

ТМ с гипоталамическими знаками выявлена преимущественно случайно при УЗ и рентгенологическом исследовании; II степень ТМ – у 6, III – у 4 детей первого года жизни. В клинической картине преобладали высокая частота респираторной патологии (бронхит, пневмония) затяжного и рецидивирующего характера. Ускоренное физическое развитие со склонностью к паратрофии II степени – у 4, III – у 6 больных. Антропометрические показатели опережали возрастные нормативы на 3-4 перцентиле. Оценка гормонального статуса, отражая клинико-функциональные взаимосвязи ТМ, выявила повышение уровня АКТГ, пролактина и снижения кортизола. С возрастом ребенка (> 1 года) на фоне инволюции ВЖ отмечена у большинства детей регрессия клинических и гормональных параметров.

СД раннего возраста имеет свои особенности. Особое внимание привлекает неонатальный диабет, характеризующийся перманентным или транзиторным течением. Группу риска составили дети, рожденные от матерей с ожирением и ИМТ, а также с неадекватной терапией концентрированными растворами глюкозы и гормонов. Из 7 у 4 больных неонатального возраста диагностирован транзиторный, у 3 - манифестная форма СД I типа в возрасте 8, 9 месяцев и 1,5 лет. Провоцирующими факторами манифестации диабета были вирусная инфекция и стресс. В клинике преобладали неспецифические симптомы (рвота, диарея, нарастающая дегидратация, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи), значительно затрудняющие раннюю диагностику и ухудшающие прогнозы патологии. У 5 девочек, рожденных от матерей с галактореей и ожирением, выявлены признаки ППР с первых месяцев жизни, с проявлениями мастопатии и выделениями из гениталий. В соматическом статусе наблюдалось ускоренное развитие с опережением антропометрических показателей на 1-2 перцентиле. Основными гормональными факторами с гиперпролактинемией и гипокортицизмом были наиболее характерными прогностическими маркерами для данной патологии. Наиболее сложной группой в диагностическом и терапевтическом плане были больные с ВГКН сольтеряющая форма (2 девочки), как результат нарушения биосинтеза минералокортикоидов. Клинические маркеры ВГКН составили рвота, диарея, дегидратация, отсутствие эффективности интенсивной регидратационной терапии на фоне нарушенного водно-электролитного обмена. Диагностические позиции дополнены нарушением наружных гениталий по типу гипертрофированного клитора в сочетании с гипонатриемией, гиперкалимией, повышением уровня АКТГ и ДЭАС.

Выводы. Медико-социальная значимость проблемы эндокринопатий детей раннего возраста весьма актуальна и требует широкой информативности по данной проблеме неонатологов, семейных врачей и реаниматологов.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Янгибаева Б.У., Муродов М.Дж. Муллоев Ф.

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

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: Диагностика и комплексное лечение детей с железодефицитной анемией.

Материалы и методы: проведено исследование диагностики и лечение 67 детей больных ЖДА в возрасте 5-14 лет г. Душанбе. Из них 43 (64%) детей страдающих ЖДА тяжелой степени и 24 (36%) с анемией средней степени тяжести. С целью выявления влияние рациона питания на возникновение железодефицитной анемии, нами использованы статистические данные о производстве и употреблении основных продуктов питания на душу населения в год. Указанные данные приведены в «Отчете Правительства Республики Таджикистан по реализации Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ) 2010». Обоснование выбора железосодержащего препарата для лечения детей. К новым высокоэффективным и безопасным препаратам железа относятся препараты, представляющие собой неионные соединения железа на основе гидроксид–полимальтозного комплекса (ГПК) трехвалентного железа. Структура комплекса состоит из многоядерных центров гидроксида Fe (III), окруженных нековалентно связанными молекулами полимальтозы. Комплекс имеет большой молекулярный вес, что затрудняет его диффузию через мембрану слизистой кишечника. Химическая структура комплекса максимально приближена к структуре естественных соединений железа с ферритином. Абсорбция железа в виде ГПК имеет принципиально иную схему по сравнению с его ионными соединениями и обеспечивается поступлением Fe (III) из кишечника в кровь путем активного всасывания. Из препарата железо переносится через щеточную каемку мембраны на белке–переносчике и высвобождается для связывания с трансферрином и ферритином, в блоке с которыми депонируется и используется организмом по мере необходимости.

Результаты и выводы: У детей, на фоне проведенного лечения и коррекции питания с тяжелой ЖДА более чем на 50% уменьшились проявления исчерченности ногтей и сухости кожи. Нормализацией диеты не всегда удается полностью компенсировать дефицит железа, зачастую на фоне коррекции питания приходится прибегать к медикаментозной коррекции дефицита Fe. Расчет лечебной дозы любого препарата железа должен проводиться только по элементарному (активному) железу. Установлено, что показатели обмена сывороточного железа при железодефицитной анемии более глубоко изменяются у детей раннего возраста. У детей старше 3 лет содержание сывороточного железа и коэффициент насыщения трансферрина, как правило, более высокие. Как ранее, нами было отмечено, показатели периферической крови у детей с латентным дефицитом железа практически не отличались от таковых у здоровых детей. У детей до 5 лет латентный дефицит железа выявлялся преимущественно при уровне гемоглобина 110—119 г/л (у 48% детей), в более старшем возрасте при уровне 120—129 г/л (у 63,7% детей) в возрасте 3—7 лет и 47,4% детей 7—14 лет. В общей группе детей с латентной сидеропенией у 70,5% уровень гемоглобина колебался от 110 до 129 г/л. Эти данные свидетельствуют о том, что оптимальным уровнем гемоглобина для детей до 10 лет следует считать уровень выше 120 г/л, а для детей старше 14 лет — выше 130 г/л (13г%).

В тех случаях, когда возникала необходимость в проведении коррекции дефицита железа в организме, мы основывались на ряд факторов; возраст, пол ребенка, причина анемии, уровень Hb, соматическое и эмоциональное состояние ребенка. По рекомендации ВОЗ, детям следует проводить 3 - 6 - месячные курсы суплементации (восполнения) дефицита железа.

Таким образом, питание, наличие различных видов глистных инвазий, частых заболеваний являются определяющими факторами развития железодефицитной анемии. Только при комплексном проведении коррекции анемии с использованием железосодержащего препарата и питания больных продуктами высоким содержанием железа

возможно достичь желаемого эффекта в нормализации показателей Hb, а следовательно, и улучшения соматического статуса детей. Под влиянием проводимого лечения у всех детей были получены положительные результаты, однако, средние сроки исчезновения жалоб и клинических симптомов заболевания зависели от формы коррекции питания и лечения, что нашло свое отражение в частоте наступления клинической ремиссии. Так, через 6 месяцев от начала реабилитационного курса отмечен самый высокий процент наступления клинической ремиссии – 92%, у остальных детей определялось значительное улучшение состояния. На амбулаторном режиме лечения наибольшая клиническая эффективность отмечена на фоне сочетанного медикаментозного воздействия и коррекции питания - 83%, медикаментозная терапия оказалась эффективной в 72% случаев, у остальных детей отмечено значительное улучшение состояния.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ, ПРЕИМУЩЕСТВА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Янгибаева Б.У., Хокимова Ф.Г.

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

Целью данного исследования является изучение острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей.

Материалы и методы. В исследование было включено 48 детей в возрасте от 4 до 12 лет с диагнозом острый ларинготрахеит, пациенты распределены были на 2 группы. Группа 1 (основная) - 24 пациентов, которым после санации верхних и нижних дыхательных путей (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с ежедневной ингаляцией (с помощью небулайзера). Группа 2 (контрольная) - 24 пациента, которым после санации верхних и нижних дыхательных путей (стерильными растворами морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля) с ежедневно применяли спрей по 2 дозы.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ необходимости проведения симптоматической терапии показал, что ни у одного из пациентов, не потребовалось применения жаропонижающих препаратов. При этом использование ингаляционного метода лечения по потребности для уменьшения сильного спазма в первые дни от начала лечения подтвердили 11 пациентов из основной группы и 7 из контрольной. Удобство применения ингаляционного метода лечения нетяжелых и неосложненных форм острого ларинготрахеита у детей, даже в качестве монотерапии, является эффективным, удобным и безопасным методом лечения.

Выводы. Исходя из выше сказанного можно сделать выводы, для успешной терапии заболевание острых респираторных вирусных инфекций необходимы специальные устройства, позволяющие добиться необходимого результата. С этой задачей справляются популярные на сегодняшний день как среди врачей, так и среди пациентов устройства – небулайзеры. Эффективность и безопасность их применения научно обоснованы, в ряде случаев использование небулайзеров является единственным способом доставки препарата к патологическому очагу воспаления.

МАТЕРИАЛЫ III ФОРУМА ПО ПИТАНИЮ

РОЛЬ И ВАЖНОСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НОРМ В УЛУЧШЕНИИ СТАТУСА ПИТАНИЯ СРЕДЕ ДЕТЕЙ ДО 2 УХ ЛЕТ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Автор: д.м.н Умарзода С.Г., первый заместитель Министра здравоохранения и социальной защиты, Республики Таджикистан

Рахматуллоев Ш.Р., главный внештатный специалист по педиатрии Министерства здравоохранения и социальной защиты, Республики Таджикистан

Национальная стратегия по изменению социальных и поведенческих норм, направленных на снижение уровня задержки роста и улучшения здоровья детей в Таджикистане «1000 золотых дней жизни» – это первая национальная стратегия по изменению социальных и поведенческих норм в Таджикистане.

Настоящая стратегия дополняет стратегию Движения по расширению питания (SUN) в Таджикистане нацеленную на достижение Целей Устойчивого Развития (ЦУР) 2 и 6, а также снижение всех показателей недостаточного или неправильного питания в Таджикистане. В совокупности, подходы настоящей стратегии и стратегии движения SUN направлены на достижение следующих целей: цели Всемирной ассамблеи здравоохранения в области сокращения числа детей в возрасте до 5 лет, отстающих в росте, на 40% к 2025 году, и цели стратегии движения SUN в области уменьшения масштабов задержки роста на 17% к концу 2022 года.

Данная стратегия основывается на принципах, заложенных в ЦУР, и ряде национальных стратегий, таких как Национальная стратегия здоровье население Республики Таджикистан на период 2010-2020, Национальная/среднесрочная программа развития Республики Таджикистан на период 2016-2020, и соответствующей нормативно-правовой базе, разработанной для целей сокращения низкорослости и достижения предусмотренных в них отраслевых результатов, Положении глобальных целей ВОЗ 2025 в сфере питания по вопросам задержки роста, политики и стратегии¹, а также Национальная стратегия питания и физической активности (2015-2024).

Действующие стратегии предлагают конкретные задачи для решения вопросов задержки роста у детей, настоящая стратегия делает акцент на поведенческих аспектах, или точнее – на тех лицах, которым необходимо изменить свои поведенческие линии для снижения показателей задержки роста, а также на том как именно их мотивировать для этих изменений. Эта стратегия предлагает свой подход к изменению поведения людей на ряде уровней – включая руководителей и сотрудников системы здравоохранения, сообщества и семьи. Акцент на изменение поведения нацелен на ускорение результатов, так как понимание того, как и почему люди принимают решения о здоровье своих детей, оказывает определяющее влияние на то, будут ли они придерживаться указаний и использовать те услуги, которые разрабатываются в целях улучшения качества жизни людей.

Этот документ состоит из двух частей. Первая часть предлагает общий обзор стратегии, который нацелен на то, чтобы определить, чье поведение оказывает наибольшее воздействие на задержку роста, в разные моменты времени, и то как наиболее эффективно воздействовать на них. При разработке стратегии были приняты во внимание обширный анализ данных, имеющихся в наличии в Таджикистане, передовая международная практика и опыта в поведенческой науке, а также опыт специалистов-практиков внутри страны. Она

¹ <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>

рассматривает возможность селективной разработки программ для наиболее уязвимых детей и их семей.

В процессе разработки стратегии принимались во внимание долгосрочные подходы, такие как образовательные программы для подростков, а также инфраструктурное развитие систем водоснабжения и санитарии. Однако, основной акцент стратегии сделан на краткосрочные и среднесрочные подходы, которые главным образом сосредоточены в секторе здравоохранения, так как подход именно этого сектора зарекомендовал себя как наиболее последовательным и действенным по охвату детей в возрасте до 2 лет и лиц, осуществляющих уход за ними². Тем не менее, для эффективной реализации стратегии недостаточно акцентироваться только на секторе здравоохранения. Поэтому, стратегия включает работу других секторов, такие как социальная защита и социальное обеспечение, образовательные компоненты и компоненты по привлечению общественности в сфере здравоохранения, воды, санитарии и гигиены, а также обязательства в отношении гендерных стратегий и других стратегий охраны семьи. В то время, как реализация стратегии возглавляется Министерством здравоохранения и социальной защиты населения, многосистемную сеть участников процесса следует расширить также до лиц, вовлеченных в систему питания (диетическое разнообразие) и воды, систему социальной защиты (сквозь призму обеспечения справедливости), а также системы на уровне общин.

Вторая часть настоящего документа представляет из себя план реализации высокого уровня, который предлагает поэтапный подход сроком на пять лет, и в общих чертах предлагает методику и партнёров, необходимых для практической реализации стратегии. В плане реализации также подробно изложены роли и обязанности разных национальных заинтересованных сторон и поддержки международных партнёрских организаций.

Настоящая стратегия предназначена для лиц, которые вовлечены в разработку или реализацию программ по охране здоровья детей, детскому питанию или санитарии в Таджикистане – особенно тех лиц, которые работают с наиболее уязвимыми слоями населения.

Хотя за истекшее время в Таджикистане накоплено значительное количество медицинских, антропометрических и диетических данных, существуют большие пробелы в социальных и поведенческих данных. Это наталкивает на необходимость дальнейшего проведения прикладных исследований по вопросам отношения, восприятия и поведения, создания благоприятной среды.

В Таджикистане самые высокие показатели детской низкорослости в пределах Европы и Центральной Азии³. Согласно данным Медико-Демографическому исследованию за 2017, у 18% детей в Таджикистане в возрасте от 0 до 59 месяцев отмечается задержка роста⁴. Сельская местность, в частности ГБАО, Хатлон и РПП несут наибольшее бремя низкорослости, или низкий рост по отношению к возрасту. Низкорослость может отрицательно воздействовать на функцию мозга ребенка, здоровье – на развитие органов и иммунной системы, результаты познания и обучения – ограничивая в будущем их производительность и способности самих детей.

² <https://www.path.org/articles/eecd-advocacy-films/>

³ *Задержка роста у детей в Таджикистане: количественная оценка связи с водой, санитарией и гигиеной, уровнем продовольственной безопасности, установившейся практикой охраны здоровья и ухода.* Группа Всемирного Банка, 2017. <http://documents.worldbank.org/curated/en/177891521471973553/Childhood-stunting-in-Tajikistan-quantifying-the-association-with-wash-food-security-health-and-care-practices>

⁴ *Национальное обследование статуса микроэлементов в Таджикистане. 2016.*

Только порядка трети (36%) детей в возрасте до 6 месяцев находятся на исключительно грудном вскармливании, и только 9% детей в возрасте до 2 лет имеют достаточно разнообразное питание. Приблизительно 40% детей в возрасте до 5 лет и 45% женщин имеют те или иные формы анемии. Почти половина беременных женщин не принимают железо-фолатные добавки. Восемь процентов принимают их в течение менее чем 2 месяцев. Только 30% людей, включая медработников, моют руки с мылом после посещения туалета, а в стационарных ЛПУ часто нет достаточного количества санитарно-профилактического оборудования и средств. А также, существует ряд возможностей и передовая практика, от которых можно отталкиваться: 88% родов происходят в стенах медучреждения, 64% женщин посещают, по крайней мере, 4 раза женскую консультацию (АНУ), но только 17% посещают женскую консультацию 8 раз. Восемьдесят один процент детей в возрасте до 2 лет проходят полную вакцинацию в сельской местности, по сравнению с 68% в городской местности.

Цель

Настоящая стратегия содействует достижению конкретной цели Всемирной ассамблеи здравоохранения в области сокращения числа детей в возрасте до 5 лет, отстающих в росте, на 40% к 2025 году, и цели стратегии движения SUN в области уменьшения масштабов задержки роста на 17% к концу 2022 года.

Стратегические задачи

Матери имеют очень много обязанностей в любом контексте. В Таджикистане – где многие женщины выносят на своих плечах большую тяжесть семейных обязанностей, особенно в отсутствии мужей, работающих за рубежом – это явление носит ещё более острый характер.

Некоторые поведенческие подходы непреднамеренно налагают ещё больше бремени на уже тяжёлую нагрузку женщин: матери получают больше сообщений, больше материалов для чтения и освоения, им предстоит делать больше посещений по вопросам охраны здоровья, следовать ещё большему количеству инструкций. Этот подход может иметь негативные последствия, так как люди часто отключаются или перестают обращать внимание, когда они сталкиваются с подавляющим количеством информации.

Благодаря работе, которая уже многие годы проводится в Таджикистане, пробелы в знаниях лиц, осуществляющих уход, не являются самыми большими препятствиями для поведенческих изменений в отношении сокращения низкорослости. Лица, осуществляющие уход – матери, отцы, бабушки и дедушки – также в крайне степени заинтересованы в предоставлении лучшего ухода за своими маленькими детьми. Во многих случаях, установки и представления лиц, осуществляющих уход, приспособляются под новые идеи, например, новое питание для роста и развития, новые рецепты для приготовления пищи, и разные модели ухода за детьми.

Итак, отмечается существенный уровень неосведомлённости о низкорослости в целом, и есть необходимость в восполнении пробелов в знаниях по действиям и поведенческим линиям, которые способствуют сокращению низкорослости. Тем не менее, аспекты связанные с нехваткой знаний, неправильные установки и представления не представляют из себя наиболее значительные препятствия для преобразований в Таджикистане.

Важную роль играет среда, которая окружает мать. Необходимо создавать такие условия, которые помогают улучшить среду матери, таким образом, чтобы она имела больше прав и

возможностей для изменений в своих поведенческих линиях – условия, которые укрепляют её навыки, её убеждения в собственной значимости, расширяют её доступ к услугам, людям и новым идеям. Такая среда может оказать значительное воздействие на её поведение, а также поведение членов её семьи и членов сообщества, которые вовлечены в уход за её ребёнком.

Настоящая стратегия делает акцент на двух стратегических задачах для улучшения поведения, которое может сократить уровень низкорослости :

- 1. Повысить способность матери принимать решения**
- 2. Создать благоприятные социальные нормы**

В своей основе, эти задачи нацелены на повышение способности матери принимать более правильные решения, поддерживая её на каждом этапе этого процесса. Иными словами, при разработке мероприятий, на каждом этапе этого процесса следует заострять внимание на повышении способности матерей делать более правильный выбор и обеспечении среды, благоприятствующей её выбору.

Резюме

1000 дней с момента наступления беременности и до достижения ребенком возраста двух лет являются важнейшим периодом для оказания позитивного воздействия на когнитивное и физическое развитие ребенка.

В соответствии с Программой заботливого ухода, пять элементов из того, что даётся ребёнку в первые 1000 дней его жизни, могут помочь определить его будущее: крепкое здоровье, питание, заботливый уход, безопасность, и раннее обучение и стимулирование⁵.

В то время как ни один из компонентов в отдельности не способен в полной мере удовлетворить потребности ребенка, особое внимание на питание ребенка в первые 1000 дней жизни, начиная с момента беременности, может послужить импульсом к долгосрочным социально-экономическим изменениям. У детей с хорошим умственным и физическим развитием больше возможностей: они живут дольше, сохраняя здоровье, лучше учатся в школе и становятся более продуктивными, хорошо приспособленными к взрослой жизни⁶.

Инвестирование в питание является также наиболее затратосберегающим и эффективным мероприятием в первые 1000 дней. По оценкам Всемирного Банка каждый доллар, вложенный в мероприятия по сокращению низкорослости, может принести \$18 прибыли в долгосрочной перспективе⁷. Тем не менее, если это окно возможностей упущено, его уже нельзя восстановить.

⁵ <http://nurturing-care.org/>

⁶ <http://www.ciff.org>

⁷ <https://nutrition.org/economists-making-case-stunting-reduction/>

ТАДЖИКИСТАН: НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПО ИЗБЫТОЧНОМУ ВЕСУ СРЕДИ ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНОГО КЛАССА ШКОЛ

Автор: Рахматуллоева С. И. , к.м.н.

Таджикистан расположен в юго-восточной части Центральной Азии. Численность населения, широко рассредоточенного по территории страны, составляет около восьми миллионов человек, а внутренний валовый продукт — 7,85 млрд долл. США. Доля граждан, проживающих в сельской местности, достигает 73 %. Столица Таджикистана — Душанбе — является крупнейшим городом страны с населением более 770 000 человек. Средняя продолжительность жизни при рождении, по оценкам, составляет 66,2 года для мужчин и 73,2 года — для женщин.

Несмотря на то, что инфекционные заболевания, материнская, младенческая и детская смертность, а также недоедание по-прежнему являются распространенными причинами убыли населения Таджикистана, ведущую строчку в этом рейтинге все же занимают неинфекционные заболевания (НИЗ): на сердечно-сосудистые заболевания приходится 38 % всех смертей, на рак — 8 %, на респираторные заболевания — 4 %, а на диабет — 1 %. Угрозу представляют также ожирение и избыточный вес: около 31 % населения в возрасте старше 20 лет имеют избыточный вес, а 8,3 % — страдают ожирением, при этом его наибольшая распространенность отмечается в столице. По итогам недавнего опросного исследования выяснилось, что 21,2 % респондентов в возрасте старше 45 лет живут с диабетом. Проблема НИЗ становится все более актуальной, при этом число случаев детских заболеваний сокращается — уровень распространенности респираторных инфекций снижается, а осложнения при преждевременных родах случаются реже. Меры по сокращению масштабов нищеты дали значительные результаты: в период с 2003 по 2014 год национальный показатель нищеты, отражающий порог минимальных потребностей человека в питании, одежде и жилье, уменьшился с 73 % до 31 %.

Стремясь изменить текущий статус-кво, правительство Таджикистана приняло Национальную стратегию в области здравоохранения на 2010-2020 гг., Национальную стратегию в области питания и физической активности на 2015-2024 гг затрагивающую вопросы профилактики НИЗ и борьбы с ними, а также популяризации правильного питания и здорового образа жизни.

Проведение опросного исследования COSI в Таджикистане в период с 2016 по 2017 год

Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) — уникальный инструмент для количественной оценки тенденций, касающихся распространенности избыточного веса и ожирения среди детей младшего школьного возраста. Инициатива COSI предусматривает снятие стандартных измерений роста и веса более чем у 250 000 детей во всем Европейском регионе ВОЗ, предоставление национальных репрезентативных данных странам-участникам проекта и анализ крупного массива данных по региону на предмет определяющих факторов возникновения избыточного веса и ожирения у детей.

Исследование COSI проводилось в Таджикистан в течение 2016-2017 гг. Выборка охватывала 3318 детей в возрасте семи лет из 153 школ. Предварительные результаты по распространенности ожирения и лишнего веса среди детей оказались впечатляющими. Таджикистан продемонстрировал самые низкие показатели среди всех стран региона, участвующих в исследовании: только 9 % мальчиков и 5 % девочек страдали избыточным весом, а ожирением — только 2 % и 1 % соответственно. Распространенность ожирения и

избыточного веса не зависела от рабочего статуса и уровня образования родителей. В целом ожирение было выявлено только у 1% детей, в то время как у 6 % из них (8 % мальчиков и 4 % девочек) было диагностировано пограничное состояние.

Однако недоедание может оказаться проблемой для Таджикистана: у значительного числа обследованных семилетних детей была выявлена худоба (4 %), задержка роста (10 %) и недостаток веса (8 %).

Рекомендации в отношении политики: меры по решению вопросов, связанных с детским ожирением и питанием:

- Приоритетные направления, в которых может двигаться правительство Таджикистана, руководствуясь результатами настоящего исследования:
- Разработка мер политики и программа, направленные на двукратное сокращение бремени недоедания, в контексте Десятилетия действий ООН по проблемам питания.
- Дальнейший мониторинг нутритивного статуса детей посредством проведения таких исследований, как COSI, для выявления возникающих угроз.
- Координация работы всех государственных секторов и учреждений, отвечающих за меры политики, в частности, по таким направлениям, как образование, продовольственная безопасность и сельское хозяйство, промышленность и торговля, развитие, финансы и налоги, спорт и развлечения, информационная сфера, экологическое и городское планирование, транспорт и социальные вопросы, а также торговля.
- Разработка руководящих принципов, рекомендаций или мер политики, которые надлежащим образом привлекают к работе соответствующие сектора, в том числе частный сектор, если есть такая необходимость, с целью осуществления мер, направленных на снижение распространенности детского ожирения.
- Обеспечение подготовки и распространения приемлемых и специфических сведений о питании и соответствующих руководств для детей и взрослых в простой, понятной и доступной для всех групп населения манере.
- Осуществление ряда рекомендаций по сокращению ориентированного на детей и подростков маркетинга нездоровых пищевых продуктов и безалкогольных напитков, а также снижение его действенности.
- Размещение пояснительной маркировки на лицевой стороне пищевых продуктов с целью повышения грамотности детей и взрослых в вопросах питания.
- Проведение заблаговременных вмешательств применительно к беременным матерям на предмет их питания, а также принятие мер политики, направленных на поддержку грудного вскармливания.
- Разработка мер политики, таких как введение налогов на нездоровые продукты питания и популяризация здорового питания в школах, с целью создания благоприятной пищевой среды.

Пилотирование новых технологий (SCOPE CODA) в рамках проекта по профилактике и лечению острой недостаточности питания средней степени.

Бахтовар Шамсов, ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии РТ»

Шамсия Миралибекова, Представительство Всемирной продовольственной программы ООН в РТ

Недостаточность питания в Таджикистане остается серьезной проблемой общественного здравоохранения. Задержка роста снизилась до 17 процентов среди детей в возрасте до 5 лет по всей стране, однако неравенство между регионами сохраняется. Дефицит питательных микроэлементов по-прежнему широко распространен: более 40 процента женщин и детей младшего возраста страдают анемией, в то время как увеличение избыточного веса, ожирение и неинфекционные заболевания также негативно влияют на здоровье и развитие населения.

С 2017 года Всемирная Продовольственная Программа ООН в Таджикистана совместно с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ улучшают возможности по борьбе с острым недоеданием путем реализации проекта по профилактике и лечению средней степени недостаточности питания (МАМ) для детей в возрасте от 6 до 59 месяцев в 5 пилотных районах, включая Шахритуз, Балхи, Куляб и Дусты Хатлонской области и Айни Согдийской области. Проект финансируется со стороны ЮСАИД и основная цель проекта заключается в улучшении питания путем предоставления доступа к надлежащей поддержке питания и медицинской помощи в целевых районах, достигая стабилизированного или сниженного уровня недоедания.

В течение 4-летнего срока действия программы, планируется охватить более чем 24 000 детей в 250 центрах первичной медико – санитарной помощи путем еженедельного предоставления обогащённого специализированного питания Super Cereal Plus и информации о здоровом питании для родителей.

Деятельность проекта осуществляется согласно протоколу по интегрированному ведению острой недостаточности питания (ИМАМ) в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и Проектом по здоровью и питанию в Таджикистане.

Пилотирование программы SCOPE CODA.

Это программное обеспечение позволяет сотрудникам центров первичной медико-санитарной помощи улучшить управление профилактикой и лечением недостаточности питания, создав надлежащую базу данных детей, охваченных программой, и позволит Министерству здравоохранения визуализировать данные ПМСП в режиме реального времени. Беспрепятственные переходы между компонентами программы помогают уменьшить количество детей, потерянных в реферальной системе, и повысить уровень их охвата и восстановления.

Инновация обеспечивает надежную, точную и своевременную передачу записей, что в свою очередь дает возможность оценить результаты программы в режиме реального времени, упрощает создание цифровых отчетов и диаграмм, отслеживает реализацию программы и тенденции.

Программа была адаптирована согласно национальному протоколу по интегрированному ведению острой недостаточности питания на таджикском языке.

Предпосылки для использования программы были связаны с проблемами в отчетности и отслеживании специализированного продукта и бенефициариев (повторное

поступление, дублирование и т.д.), а также сбором данных на бумажной основе и потере данных.

Реализация программы и дальнейшие шаги.

Реализация программы ведется в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения и ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» в районе Балхи Хатлонского области. По результатам совместного мониторинга и оценки деятельности со стороны МЗ и СЗН, в дальнейшем программа будет охватывать 5 районов проекта и будет рассматриваться вопрос об интегрировании данных в существующую национальную систему.

Выводы:

Программа внесет вклад в цифровизацию системы здравоохранения страны и способствует упрощению оформления документов персоналу первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), составлению отчетов по различным показателям и отслеживая тенденции, улучшит процесс профилактики и лечения недостаточности питания. Несмотря на то, что SCOPE CODA изначально был разработан для управления острой недостаточностью питания, он может использоваться в других программах, требующих распределения на основе потребностей и мониторинга.

Аналитический инструмент «Оптимальное питание» и презентация предварительных результатов анализа «Оптимальное питание» в Республике Таджикистан

Автор и презентатор: Якуб Какиетек, Экономист, Всемирный Банк

Всемирный банк проводит аналитическую работу «**Optima Nutrition**» в Республике Таджикистан по оптимальному питанию. **Optima Nutrition** (в переводе с английского «оптимальное питание») представляет собой аналитическо-математический инструмент для вывода рекомендаций по эффективному распределению финансовых средств для программ, направленных на улучшение питания матерей и детей, в частности на снижение уровня задержки роста, тяжелой формы гипотрофии, анемии и предотвратимой смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Данный анализ проводится под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, где на сегодня действует меж-секторальная экспертная группа.

Данный инструмент содержит в себе гео-пространственный компонент, который обеспечивает эффективное распределение финансовых средств лет как на национальном, так и на региональном уровне. Инструмент имеет гибкий перечень интервенций\программ по питанию, например, таких как предоставление питательных микро-элементов, обучение матерей кормлению детей грудного и раннего возраста, лечение тяжелой формы гипотрофии, лечение и профилактика диареи, обогащение продуктов питания витаминами и минералами, водоснабжение, санитария и гигиена (ВСГ), планирование семьи и профилактика малярии.

Посредством данного анализа можно будет определить:

- каким образом можно распределять имеющиеся бюджетные и внебюджетные средства по программам и/или регионам для того, чтобы свести к минимуму такие проблемы с питанием как недоедание и сопутствующие им заболевания?
- при существующем объеме финансирования или при планируемых объемах

финансирования, в какие регионы необходимо будет направлять финансовые средства через те или иные интервенции по питанию?

- каким образом могут изменяться тенденции, связанные с недоеданием, при различных сценариях финансирования?
- какова вероятность того, что страной будут достигнуты целевые показатели в области питания, материнства и детства:
 - при нынешнем объеме финансирования и при действующих на сегодня программах по питанию;
 - учитывая рекомендации анализа по оптимальному питанию (Optima Nutrition);
 - в условиях имеющегося объема финансирования, которое будет пере-распределяться оптимальным образом?
 - в условиях увеличения объемов финансирования?
- какой минимальный объем финансирования требуется для достижения целевых показателей в области питания, если оно будет распределяться оптимальным образом?

Инструмент для принятия решения по улучшению статуса питания населения

Инструмент «Optima Nutrition» может помочь:

- определить оптимальный объем и распределение бюджетных и внебюджетных средств на нужды питания по различным уровням в рамках общего финансирования;
- прогнозировать средне- и долгосрочные воздействия в рамках текущих инвестиций в область питания;
- дать некую гарантию того, что финансирование обеспечивает максимальную пользу и эффективно решает проблемы с питанием населения.
- провести комплексный анализ результатов долгосрочного финансирования и послужить основанием для привлечения необходимых внутренних инвестиций.

Предварительные результаты данного анализа будут оглашены в ходе Конгресса педиатров стран СНГ и III-его Национального форума по питанию в октябре 2019 года, но окончательные результаты будут известны только в начале 2020 года.

Всемирный банк совместно с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения планирует проведение регионального тренинга по инструменту «Optima Nutrition» для заинтересованных лиц в конце 2019 года или в начале 2020 года и рассмотрит кандидатуры всех желающих из стран СНГ. Для подробной информации можно обратиться к Старшему специалисту Глобальной практики в сфере здравоохранения, питания и народонаселения Постоянного представительства Всемирного банка в Республике Таджикистан, Латыповой Мутрибе по электронному адресу: mlatypova@worldbank.org.

Центрально Азиатский проект по снижению задержки роста детей в Таджикистане Шукурбекова И.

Руководитель Программы по Работе с Общиной, Службы Ага Хана по Здравоохранению в Таджикистане

Сеть Организаций Ага Хана по Развитию в сентябре, 2018 года, приняв во внимание высокие показатели задержки роста детей, одобрил необходимость принятия ключевых стратегических мер по устранению причин задержки роста у детей в 447 наиболее отдаленных и уязвимых общинах трёх стран: Афганистан - Бадахшан, Северный Пакистан и Таджикистан - Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО).

Медико - Демографическое Исследование (МДИ), 2017 года показало, что в Таджикистане уровень задержки роста у детей составляет 18%, а в наиболее отдалённых районах ГБАО составляет 32%. Также, в отдалённых сельских местностях ГБАО до сих пор отмечается высокий уровень дефицита микроэлементов и высокий уровень анемии среди детей и женщин детородного возраста:

- 62% детей в возрасте от 6 до 59 месяцев страдают анемией, из числа которых, 38% детей с анемией средней и тяжелой степени
- 55% женщин в возрасте 15-49 лет страдают анемией, из числа которых, 20% женщин имеют анемию средней и тяжелой степени.

По всему Таджикистану только 36% детей в возрасте до шести месяцев получают исключительно грудное вскармливание, а 57% детей в возрасте от 6 до 8 месяцев получают дополнительное питание (МДИ, 2017). 14% новорожденных в ГБАО имеют низкий вес при рождении (менее 2500 гр). Мероприятия по улучшения питания, предпринятые в рамках этого проекта, будут проводиться как на уровне сообщества, так и на уровне медицинских учреждений для обеспечения оптимального охвата.

Географический охват:

Проект финансируется Фондом Ага Хана, продолжительность составляет три года с Января, 2019 по Декабрь, 2021. Охват проекта 156 кишлаков в пяти районах ГБАО (Шугнан, Рошткала, Ишкашим, Мургаб, Рушан) и г. Хорог. Прямыми бенефициарами проекта являются дети от 0-59 месяцев и женщины детородного возраста.

Целью проекта является улучшение питания женщин и детей в ГБАО, РТ, снижение задержки роста среди детей до 5 лет и сокращение количество детей с низким весом.

Задачи проекта:

- Содействие развитию роста детей в возрасте от 1 до 59 месяцев путем консультирования по вопросам питания, мониторинга роста и раннего выявления. Лечение и поддержка детей с задержкой роста и истощением.
- Оказание услуг новорожденным (0-28 дней), включая раннее выявление, уход и поддержку для новорожденных с низкой массой тела при рождении.
- Улучшение статуса питания женщин детородного возраста

Ключевые мероприятия:

В соответствии с общими целями, в проекте принят двусторонний подход, включающий акцент на первые 1000 дней жизни ребенка, от зачатия до двух лет, которые являются самыми важными для формирования крепкого здоровья на всю дальнейшую жизнь, с непрерывным мониторингом роста и развития ребенка до пяти лет и с акцентом на питание матерей во время беременности.

В рамках *улучшения питания матерей* внимание будет уделяться на поддержание веса в гестационном периоде для предотвращения рождения детей с низкой массой тела, снижение уровня анемии и улучшение статуса употребления микроэлементов.

Высокий уровень хронического недоедания матерей во время беременности, является существенным фактором задержки внутриутробного роста ребенка и низкой массе тела при рождении. Проект включает следующие мероприятия по улучшению материнского питания: укрепление компонента антенатального ухода с акцентом на питание путем обучения персонала первичной медико-санитарной помощи, обеспечение оборудованием для измерения и отслеживания гестационного веса; обеспечение микроэлементами для беременных и кормящих женщин; обучение волонтеров, направление и отслеживание беременных женщин с проблемами питания.

Для детей в возрасте от 0 до 23 месяцев внимание будет уделяться на улучшение рациона питания для поддержки оптимального роста и развития, а также раннее выявление и своевременное лечение детей с падением веса.

Недостаточная практика грудного вскармливания и прикорма, а также дефицит микроэлементов в сочетании с частыми случаями возникновения диареи приводят к недостаточному питанию и недостаточному росту (в частности, среди детей в возрасте до двух лет). Цель проекта предназначена для выявления недоедающих детей и детей с падением веса и разработка путей раннего вмешательства. Ключевые мероприятия включают: обучение персонала первичной медико-санитарной помощи по уходу за детьми с низким и средним весом, содействие позитивной практике питания детей грудного и раннего возраста, включая разнообразие рациона питания, выявление и лечение детей с недостаточным питанием или с задержкой роста, проведение рутинного мониторинга роста и консультирование с последующим наблюдением и лечением детей, поддержка доступа к лечению умеренного недоедания (MAM) и острого недоедания (SAM).

ПРОЦЕССЫ УЛУЧШЕНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДО ПЯТИ ЛЕТ В РАЙОНАХ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Пулатова С., Разыкова Г., Джаборова Т., Бобоева Х.

Проект по здоровью и питанию в Таджикистане

В рамках инициативы Правительства США «Продовольствие во имя будущего»

Чтобы оставаться здоровым, необходимо ежедневно есть разнообразную пищу из всех групп продуктов питания, с учетом сбалансированного содержания белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов. Недоедание может вызывать физиологические осложнения в организме человека, включая задержку роста у детей. Практика здорового питания формируется на ранних этапах жизни — грудное вскармливание способствует здоровому росту и улучшает когнитивное развитие и оказывает благотворное воздействие на здоровье в длительной перспективе, например снижает вероятность набора избыточного веса или ожирения и развития неинфекционных заболеваний позднее в жизни.

Несмотря на значительное улучшение общего состояния питания детей, недостаточное питание остается серьезной проблемой здравоохранения, особенно в отдаленных регионах и сельских районах. Задержка роста, истощение, недостаток витаминов и минералов влияют на здоровье и благополучие детей. Медико-демографическое исследование (МДИ), проведенное в стране в 2017 году показало, что доля детей, отстающих в росте, снизилась с 26% в 2012 году до 17% в 2017 году, а доля детей с недостаточной массой тела снизилась с 12% в 2012

году до 8% в 2017 году. 24,2% женщин фертильного возраста и 28,8% детей в возрасте от 6 недель до 5 лет страдают анемией, а 52,9% недостатком йода. Недоедание является косвенной причиной 35% смертных случаев среди детей в возрасте до пяти лет. Бремя недоедания в Таджикистане является существенным с экономической точки зрения.

Учитывая сложившуюся ситуацию, постановлением Правительства Республики Таджикистан была утверждена и начата реализация Национальной многосекторальной стратегии и плана действий в области питания и физической активности на 2015-2024 годы. Также страна в сентябре 2013 года присоединилась к инициативе SUN – «Движение за усиление внимания к проблеме питания».⁸

Основной задачей проекта по здоровью и питанию в рамках инициативы «Продовольствие во имя будущего» (далее Проект) в Таджикистане в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан является улучшение здоровья и статуса питания матерей и детей до пяти лет. Внедряя современные подходы по снижению недостаточности питания детей и укрепляя потенциал работников здравоохранения, проект способствует улучшению качества медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения Хатлонской области; улучшению консультирования по вопросам питания на уровне первичной медико-санитарной помощи и больниц; повышению осведомленности населения в вопросах питания и здорового образа жизни; просвещению детей, подростков и взрослых в отношении практик здорового питания; содействию в развитии кулинарных навыков населения и в рамках школьного образования; продвижению и поддержке исключительного грудного вскармливания в службах здравоохранения и на уровне сообществ.

Проект продвигается к цели оказания непрерывной помощи детям с недостаточностью питания и беременным женщинам. В результате регулярно проводимой кампании мониторинга роста и развития детей с целью выявления и перенаправления детей с недостаточностью питания, на уровне ПМСП зарегистрировано в общей сложности 2332 ребенка в возрасте до пяти лет с умеренным (<-2Z) и тяжелым (<-3Z) острым недоеданием. Результатом усиления механизмов преемственности, перенаправления и регистрации между сельскими и районными участками в 12 районах Хатлонской области, зарегистрировано 1630 ребенка с легкой степенью недостаточностью питания (<-1Z) для наблюдения и предотвращения ухудшения их статуса.

Проект способствует разработке внутренней системы перенаправления детей с признаками недостаточности питания с целью своевременного выявления и оказания помощи на всех уровнях, начиная от семьи, общин и заканчивая медицинским учреждением. По итогам мониторинга 239 детей, идентифицированных общественными работниками с подозрением на недостаточность питания, направлены на ПМСП и в больницы. К сожалению, существует проблемы на уровне каждого звена, такие как слабый патронаж детей на ПМСП после лечения, недостаточное консультирование по вопросам питания на уровне семьи, отказ родителей обращаться в медучреждения из-за отсутствия финансов и др. Во время кураторских визитов ТННА выявила значительные пробелы в непрерывном уходе за детьми с недостаточностью питания. Например, только 22% выявленных детей с признаками МАМ и САМ получили лечение в стационаре в 2019 году. Препятствия на пути лечения в основном связаны с транспортом, а также с расходами на лабораторные и госпитальные расходы, которые семьи не могут себе позволить. Совместно с партнерскими организациями ЮНИСЕФ и ВПП ООН проект поддерживает мониторинг использования терапевтического питания в 12 районах Хатлонской области. В районах Дусти, Балхи и Шахритус

⁸ Национальный доклад о ходе реализации стратегических документов страны в контексте Целей Устойчивого Развития.2018

терапевтическое лечение доступно на уровне ПМСП, соответственно детям с показателем веса на рост $<-2Z$, а иногда и $<-3Z$ предоставляется амбулаторное лечение. В результате средний процент детей с недостаточностью питания, госпитализированных в эти районы, составляет всего 8%, в то время как в других районах этот показатель составляет 35%.

Одним из основных процессов по улучшению питания детей до пяти лет в районах Хатлонской области является повышение и укрепление потенциала медицинских работников. В связи с этим, Проект ТННА оборудовал 24 Ресурсных центра для обеспечения непрерывного процесса обучения медицинских работников по вопросам питания и здоровья женщин и детей до пяти лет.

Несмотря на значительные результаты, достигнутые в рамках деятельности проекта, еще многое предстоит сделать совместными усилиями, при поддержке партнеров и в тесном сотрудничестве с Министерством Здравоохранения и Социальной Защиты Республики Таджикистан для улучшения статуса питания матерей и детей до пяти лет.

ОСНОВНЫЕ СПОНСОРЫ



кагоцел[®]
противовирусное средство

СПОНСОРЫ

ЮРИЯ-ФАРМ



ГЕДЕОН РИХТЕР

