

ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ХИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН  
МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ  
ПЕДИАТРИ ВА ҶАРРОҲИИ КӯДАКОНА»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ  
ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

---

*душанбе*

**Маводҳои конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-  
амалӣ бо иштироки коршиносони байналмилалӣ  
«НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДӢ ДАР КӯДАКОН:  
МУШКИЛОТ ВА ҲАЛЛИ ОН» ВА  
«4-УМИН ФОРУМИ ҶИЗО»**

**Материалы республиканской научно-практической  
конференции с международным участием  
«ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ:  
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ» И  
«4 – ФОРУМ ПИТАНИЯ»**

**ЗАМИМА №4**

**ПРИЛОЖЕНИЕ №4**

**ДУШАНБЕ - 2023**

|                                                                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Рофиев Р., Ибодов Х., Азизов Б., Давлатов А.Р. Удвоение прямой кишки .....                                                                                                              | 108 |
| Рофиев Р., Ибодов Х.И., Давлатов С.Б. Диагностика и лечение тератомы крестцово-копчиковой области .....                                                                                 | 109 |
| Сайфуллаев А.А., Шерназаров И.Б., Абдулов Ф.Ф., Додожонов Ю.Т. Особенности хирургической тактики лечения при аноректальных пороках у детей.....                                         | 110 |
| Сайфуллоев А.А., Абдуллоев Ф.У. Сабабҳои бемориҳои фаври ва музмини сурхруда дар кӯдакон .....                                                                                          | 111 |
| Салимов Ш.Т., Бердиев Э.А., Абдусаматов Б.З. Роль малоинвазивной вмешательства в лечение врожденного гипертрофического пилоростеноза у детей.....                                       | 112 |
| Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т. Хилоторакс у новорожденного: случай из практики .....                                                                                      | 112 |
| Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т. Эндоскопические доступы при видеоторакоскопических эхинококкэктомиях легких у детей .....                                                  | 113 |
| Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т. Эффективность торакоскопических эхинококкэктомий легкого у детей .....                                                                     | 114 |
| Усмонов С.С., Набиев З.Н., Хушвахтов Х.С. Инфузионно-трансфузионная терапия детей на фоне абдоминального сепсиса .....                                                                  | 115 |
| Файзуллоев Д.А., Шерназаров И.Б., Амрохони С. Комплексное лечение гемангиом у детей .....                                                                                               | 117 |
| Хакимов Б.Дж., Шерматов З.Т. Медицинский осмотр ЛОР-органов у детей в детском саду «Истиклол» .....                                                                                     | 118 |
| Хамраев А.Ж., Латипова Г.Г. Дооперационное лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных .....                                                                                  | 118 |
| Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б., Хамроев У.А. Повторные хирургические коррекции при осложнениях аноректальных мальформации у детей.....                                                     | 119 |
| Холиков З.Х., Хукумова М.З. Особенности эндоскопического исследования назальной обструкции у детей.....                                                                                 | 121 |
| Холматов Дж. И., Ахророва З.А., Исупова Ш.Ф. Врожденная сенсоневральная тугоухость у детей, перенёсших перинатальную патологию .....                                                    | 121 |
| Шамсов Х.А., Набиев З.Н., Кодиров А.Р. Интенсивная терапия тяжелой сочетанной травмы у детей .....                                                                                      | 122 |
| Шамсиев А.М., Мухитдинов Ш.Ш., Шамсиев Ш.Ж., Шамсиев Ж.А. Малоинвазивное хирургическое лечение и профилактика эхинококкоза печени у детей.....                                          | 123 |
| Шамсиев Ж.А., Тагаев И.У., Махмудов З.М., Сувокулов У.Т. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей .....                                                                      | 124 |
| Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Хуррамов Ф.А., Сувокулов У.Т. Новый метод лечения острой возникшей кисты семенного канатика у младенцев.....                                                | 124 |
| Шарипов А.М., Додочонов Ю.Т., Мазабшоев С.А., Шарипов Н.Ш. Варианты выбора хирургического лечения ахалазии пищевода у детей.....                                                        | 125 |
| Шарипов А.М., Додочонов Ю.Т., Мазабшоев С.А., Шарипов Н.Ш. Тактика хирургического лечения при кистах общего желчного протока у детей .....                                              | 126 |
| Шаханов А.Ш. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного вмешательства врожденного гидронефроза у детей .....                                                                 | 127 |
| Эгамназаров Н. К., Эргашев Б.Б. Выбор способа хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря у новорожденных и грудных детей .....                                                    | 127 |
| Эргашев Б.Б., Акилов Х. А., Эргашев Н.Ш., Мухтаров Ж.У., Абдуганиев А.А., Эгамназаров Н.К., Исмадияров Б.У. Случай успешного разделения сямских близнецов в Республике Узбекистан ..... | 129 |
| Ergashev V.V., Ismadiyarov B.U. Laparoscopic treatment of congenital duodenal atresia in infants .....                                                                                  | 130 |
| Эргашев Б.Б., Ихтиёрров Т.В., Исмадияров Б.У. Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода у новорожденных .....                                                                        | 131 |

#### ПЕДИАТРИЯ

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Абдуллаева Н.А., Кадырова М. Р., Джаборов С.С., Шабонов Р.З., Рахмонов Т. Аллергические болезни у детей .....          | 131 |
| Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Асламова Г.К. Активность иммунитета на течение пневмоний у детей раннего возраста..... | 133 |
| Адилова А.И., Меджидова С.В., Мамедова Н.М. Случай несовершенного остеогенеза у 5 месячного ребенка .....              | 134 |

лабораторных анализов) в группе №1 было существенно выше, чем в группе №2: 4,2 дня и 2,6 дней соответственно. Максимальное время адекватного функционирования ПВК в первой группе составило 12 суток, во 2 группе - 6 дней. Флебит в месте установки катетера развился в группе №1 в 23% случаев, в группе №2 в 35%. После удаления внутренней часть ПВК отправлялась на бак посев, положительный бактериальный высеv получен в 1-ой группе у 5% пациентов, во второй группе у 11%.

**Выводы.** Использование закрытых систем периферического венозного доступа является более

эффективной и безопасной методикой катетеризации наружной яремной вены, а также позволяет более длительный срок осуществлять регулярный забор крови для лабораторного контроля по сравнению с традиционным методом установки катетера-канюли. Длительный срок адекватного функционирования закрытых венозных систем также уменьшает количество проводимых пункций и катетеризаций периферических вен, что повышает комфортность пребывания больного в ОРИТ, снижает нагрузку на сестринский и врачебный персонал.

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З.

## ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

*Ташкентская медицинская академия*

*Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста, Ташкент, Узбекистан*

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

**Материал и методы исследования.** ВРНЦМ и ЭХДВ нами был разработан комплекс лечебных и профилактических мер при спаечной болезни брюшной полости и ее осложнениях.

В исследование вошли 111 больных со спаечной болезнью брюшной полости. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа (41 пациент), это больные со спаечной болезнью брюшной полости, с хроническими абдоминальными болями или с эпизодами спаечной кишечной непроходимости в анамнезе. Вторая группа (70 пациентов), это больные с острой спаечной кишечной непроходимостью.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У больных 1-й группы (41 пациент) применялся следующий комплекс лечения. На интраоперационном этапе: видеолапароскопическое рассечение спаек с последующим промыванием брюшной полости раствором декасана, санация брюшной полости и орошение брюшной полости противоспаечной смесью (ФЛС), (которая состоит из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина) по схеме, разработанной в нашем центре.

На послеоперационном этапе: ранняя активизация больных, стимуляция кишечника, введение в брюшную полость ФЛС по схеме, Серрата по 1

таблетке 3 раз в день *per os* в течение 15-20 дней, ана область передней брюшной стенки электрофорез с лидазой.

У больных 2-й группы на интраоперационном этапе: рассечение спаек традиционным способом ( $n=70$ ), ликвидация кишечной непроходимости, промывание брюшной полости озонированной водой, и с последующим введением в брюшную полость фибринолитической смеси по схеме. На послеоперационном этапе: на 3-4 сутки после операции больным проводилась этапная программированная видеолапароскопическая санация брюшной полости. При этом проводилась ревизия брюшной полости с оценкой склонности к образованию спаек в раннем послеоперационном периоде, адгезиолизис и введение в брюшную полость противоспаечной фибринолитической смеси (ФЛС) и озонифизиологического раствора.

В послеоперационном периоде: ранняя активизация больных, стимуляция кишечника и Серрата по 1 таблетке 3 р в день *per os* в течение 15-20 дней, электрофорез с лидазой. В отдаленном послеоперационном периоде через 6 месяцев и через 1 год все больные обследованы согласно разработанному диагностическому алгоритму, который включает: полипозиционное УЗИ брюшной полости; рентгенографию брюшной полости с пассажем контрастного вещества по ЖКТ. При этом у больных 1-й группы при обследовании ни в одном случае признаков спаечной болезни не выявлено.

У пациентов 2-й группы, при обследовании в 1 случае был выявлен хронический болевой абдоминальный синдром, при этом по диагностическим данным признаков спаечной болезни брюшной полости не выявлено. Однако, учитывая болевой синдром, пациенту выполнена видеолaparоскопия, при этом признаков спаечной кишечной непроходимости не выявлено.

**Выводы:** Таким образом, комплексный под-

ход в лечении и профилактики спаечной болезни брюшной полости с использованием современных технологий, промывание брюшной полости с начала операции раствором декасана и с последующим введением ФЛС по схеме и Сerrата 1 таблетке 3 р в день peros в течение 15-20 дней, электрофорез с лидазой позволяют снизить вероятность развития спаечной болезни брюшной полости и ее осложнений.

Боймятова М.Б.

## ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

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

**Цель исследования.** Выявить диагностические критерии ультразвукового метода исследования в патологии желудочно-кишечного тракта у детей.

**Материал и методы исследования.** Нами проанализированы результаты ультразвукового исследования детей в отделении функциональной диагностики ГУ «РНКИЦП и ДХ» и клинических базах ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» за период 2022-2023 гг., с различной хронической патологией желудочно-кишечного тракта, имевших в анамнезе болевой синдром. Для диагностики патологии желудочно-кишечного тракта использовались ультразвуковые аппараты «CDUS -Hy-C300».

**Результаты исследования и их обсуждение.** За период 2022-2023 гг., было обследовано 315 больных детей, с различной патологией желудочно-кишечного тракта, которая нередко носила сочетанный характер. За период 2022 года в структуре хронической заболеваемости органов пищеварения у детей преобладают: хронические гастриты — 76 детей, функциональные расстройства желудка — 30, панкреатит — 18 детей, дискинезии желчевыводящих путей - 13, дискинезии желудочно-кишечного тракта - 8 детей.

За период 2023 года в структуре хронической заболеваемости органов пищеварения у детей преобладают: хронические гастриты - 96 детей, функциональные расстройства желудка - 24 ребенка,

панкреатит - 22 детей, дискинезии желчевыводящих путей - 15, дискинезии желудочно-кишечного тракта - 13.

Проанализировав результаты УЗИ исследования детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта и структуру заболеваемости за два года, можно сделать вывод, что традиционно на 1 месте находится хронический гастрит, который имеет тенденцию к увеличению частоты случаев, а дискинезии желчевыводящих путей и дискинезии желудочно-кишечного тракта находятся на одинаковом уровне, в то же время функциональные расстройства желудка имеют тенденцию к уменьшению частоты случаев.

**Выводы.** Таким образом, ультразвуковое исследование является ведущим информативным методом диагностики патологии желудочно-кишечного тракта у детей в силу своей простоты, доступности, неинвазивности, отсутствия побочных эффектов, что способствует широкому его использованию у детей. Еще к одному из преимуществ данного метода можно отнести тот факт, что при ультразвуковом исследовании дети не получают такой лучевой нагрузки как при рентгенологическом, что имеет очень большое значение для растущего организма. Следовательно, метод ультразвукового исследования способствует своевременному выявлению хронической патологии желудочно-кишечного тракта у детей, тем самым своевременно предупреждая развитие осложнений.

Салимов Ш.Т., Бердиев Э.А., Абдусаматов Б.З.

## РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

*Ташкентская медицинская академия  
Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии  
детского возраста, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Улучшение результатов эндовидеохирургического лечения врожденного пилоростеноза у детей.

**Материал и методы.** В РНПЦМиЭХДВ с 2015 по 2022 года поступили 39 детей с подозрением на врожденный пилоростеноз. Из них (30 мальчиков, 9 девочек). Возраст пациентов от 3 недель до 5 месяцев. Давность заболевания варьировала от 7 дней до 4 недель. Детям проводились клиническое и лабораторное, рентгенологическое, УЗИ обследование. При исследовании лабораторных данных оценивали признаки анемии, гипопротенемии, билирубинемии и электролитные нарушения. Из дополнительных методов для подтверждения диагноза применялась рентгенография ЖКТ с водорастворимым контрастным веществом у 5 детей. Ультразвуковое исследование желудка проводилось в комплексе с вышеуказанными методами у всех детей.

Всем детям с подтвержденным диагнозом врожденного пилоростеноза после проведения предоперационной подготовки (проводилась кор-

рекция анемии, электролитных нарушений, гипопротенемии) была выполнена эндовидеолапароскопическая пилоромиотомия, у 6 детей выполнена пилоромиотомия по Фреде-Веберу-Рамштедту.

**Результаты.** Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. В группе пациентов, которым выполнялось эндовидеохирургическое вмешательство, послеоперационный период протекал легче, сокращался средний койко-день. Кроме этого, отмечался хороший косметический результат. Из числа детей, которым была выполнена пилоромиотомия по Фреде-Веберу-Рамштедту, у одного больного был выявлен лигатурный свищ на 5 сутки после операции, после хирургической обработки раны заживление было вторичным.

**Выводы.** При установлении диагноза врожденный пилоростеноза нет необходимости проводить эзофагогастрофиброскопию, нет необходимости в длительной предоперационной подготовке. Лапароскопическая пилоротомия имеет ряд преимуществ перед традиционной пилоротомией.

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т.

## ХИЛОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННОГО: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Ташкентская медицинская академия, Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель исследования.** Представить клинический случай диагностики и ведения новорожденного с хилотораксом.

**Материал и методы исследования.** Приводим случай из клинической практики хилоторакса у новорожденного получившего лечение в РНПЦМЭХДВ.

Ребёнок от 3 беременности, протекавшей с клиникой тяжелого токсикоза до 9 месяцев, анемии 2 степени, гепатит «В» с 2019 года. Роды оперативные в 39 недель, по шкале Апгар 7-8 баллов.

На 10 сутки после рождения у больного появляется клиника респираторных нарушений и их нарастание. При проведении рентгенографии

органов грудной клетки выявлено жидкость в правой плевральной полости. На УЗИ в правой плевральной полости свободная жидкость в объеме  $V \approx 90-100$  мл. При проведении пункции плевральной полости добыта 100 мл хилезной жидкости.

При микроскопическом исследовании хилуса: лейкоциты 50-60 в п/з, лимфоциты 70-75%, белок 18,5-25,7 г/л, проба Риволта +++.

После установления хилезного характера выпота начато лечение препаратом октреотид в стартовой дозе 3 мкг/кг/ч. Отменено энтеральное питание, назначено полное (10% Аминовенифанг 2,5 г/кг/сутки, 10-40% растворы глюкозы 10-14 г/кг/сутки,  $K^+$  1.0-1.5 ммоль/кг/сутки,  $Na^+$  2 ммоль/



Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимои  
аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон  
Министерство здравоохранения и  
социальной защиты населения  
Республики Таджикистан

МД «Маркази Ҷумҳуриявии илмию  
клиникии педиатри ва ҷарроҳии кӯдакона»  
ГУ «Республиканский научно-  
клинический центр педиатрии и детской  
хирургии»



# СЕРТИФИКАТ

**БЕРДИЕВ ЭРГАШ АБДУЛЛАЕВИЧ**

Иштирок намуд дар кори Конференсияи  
Ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ  
бо иштироки коршиносони байналмилагӣ  
«**НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДӢ ДАР  
КӯДАКОН: МУШКИЛОТ ВА ҲАЛЛИ ОН**»  
ВА «**4-УМИН ФОРУМИ ФИЗО**»

Принял (а) участие в работе Республиканской  
научно-практической  
конференции с международным участием  
«**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У  
ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ  
РЕШЕНИЯ**» И «**4 – ФОРУМ ПИТАНИЯ**»

Директори МД «МЦИКП ва ЧК»  
Д.И.Т., ДОЦЕНТ

Икромов Т.И.  
20-10-2023

Директор ГУ «РНКЦП и ДХ»  
Д.М.Н., Доцент