

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**  
**УДК 616.32-007.271-089-053.2**

*На правах рукописи*

**ЮСУПОВ БОБОХОН ХАКИМОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ  
СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ БУЖИРОВАНИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности

14.01.19 – Детская хирургия

Душанбе 2024

Работа выполнена на кафедре детской хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения республики Таджикистан

**Научный руководитель:** **Шарипов Асламхон Махмудович** - заведующий кафедрой детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», доктор медицинских наук.

**Официальные оппоненты:** **Батаев Саидхасан Магомедович** - главный научный сотрудник отдела пластической и реконструктивной хирургии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Профессор кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России доктор медицинских наук.

**Рофиев Рауф** - доцент кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан», кандидат медицинских наук.

**Ведущая организация:** Ташкентский педиатрический медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета бД.КОА-040 при ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31, зал заседания диссертационного совета.  
www.tajmedun.tj +992918300308

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2024 года

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук**

**Каримова Ф.Н.**

## Общая характеристика работы

**Актуальность проблемы.** Химические ожоги пищевода (ХОП) являются одной из самых распространённых бытовых травм у детей в возрасте от 1 до 5 лет. [Баиров В.Г. С соавт. 2006; Бочарников Е.С. с соавт. 2011; Pieczarkoski S. et. al., 2015; Hsieh K.H. et. al., 2018]. Главная причина возникновения данной травмы – любопытство детей и их привычка пробовать на вкус все легкодоступные химические вещества, а также невнимательность взрослых по отношению к собственным чадам [Шамсиев А.М. с соавт. 2011; Ормантаев К.С. с соавт. 2016; Rustagi T. et. al., 2015; Ley D. et. al., 2019].

Своевременная диагностика и лечение ХОП является залогом успешного лечения пациентов. Допущенные тактические ошибки в ранней диагностике при оказании первой помощи приводят к различным осложнениям, в связи чем больной вынужден проходить неоднократный курс лечения. Одним их тяжелых последствий ХОП является рубцовые стенозы пищевода (РСП), частота которых составляет от 10 до 20% [Акилов Х.А. с соавт. 2013; Воронежский А.Н. 2018; Меркулова А.О. с соавт. 2021; Jones D.W et. al., 2010; Terui K. et. al., 2015]. Поэтому, проблема лечения РСП является одной из сложных задач в детской торакальной хирургии.

Большинство авторов в лечении РСП отдают предпочтение дилатационным способам – бужированию пищевода [Разумовский А.Ю. с соавт. 2011, 2012; Климашевич А.В. с соавт. 2013; Тупыленко А.В. 2018; Hsieh K.H. et. al., 2018; Bracki V. et. al., 2019]. Бужирование остается основным методом лечения послеожоговых РСП у детей, другие методы лечения, такие как стентирование, баллонная дилатация и местная терапия носят вспомогательный характер. По данным различных авторов, эффективность бужирования при РСП достигает от 70 до 96% [Разумовский А.Ю. с соавт. 2012; Ормантаев К.С. с соавт. 2016; Hsieh K.H. et. al., 2018].

Для дилатации пищевода наиболее часто используют следующие методы: бужирование пищевода «вслепую»; бужирование за «нить» или по металлической струне-проводнику. Следует отметить, что каждый из указанных методов имеет определенные показания, преимущества и недостатки. При бужировании «вслепую», вероятность возникновения перфорации пищевода составляет около 10% [Доржиев Б.Д. с соавт. 2009; Обыденнова Р.В. с соавт. 2012]. Основным недостатком способа бужирования пищевода «за нить» является необходимость наложения гастростомы и проведение назогастральной нити для бужирования [Годжелло Э.А. с соавт. 2013; Черноусов А.Ф. с соавт. 2020; Dall'Oglio L. et. al., 2016].

В последние годы многие специалисты стали использовать бужирование по струне-проводнику, которое сводит к минимуму вероятность развития осложнений [Разумовский А.Ю. с соавт. 2012; Воскресенская М.Л. с соавт. 2015; Spaander M.C. et. al., 2016]. Это и послужило основанием для проведения сравнительной оценки результатов лечения детей с рубцовыми стенозами пищевода с использованием всех перечисленных выше методов бужирования пищевода.

В случае, когда РСП не поддается лечению методом бужирования, для его коррекции применяется хирургическое вмешательство – реконструктивная операция пищевода из других частей органов брюшной полости. Ряд авторов [Разумовский А.Ю. с соавт. 2012, Чумакова Г.Ю. с соавт 2020] в случае неэффективности метода бужирования в течение 6 месяцев с дальнейшим учетом длины протяженного стеноза пищевода (более 4 см) предлагают проведение ее пластики.

Таким образом, об актуальности комплексного анализа результатов бужирования пищевода при РСП у детей, включая оценку качества жизни, без сомнения говорят вышеизложенные аргументы.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

Несмотря на проводимые исследования и достигнутые результаты, как в плане диагностики, так и в лечении рубцовых стенозов пищевода остаются ряд проблем, требующих свое решение: предпосылки формирования стриктуры, подбор больных для проведения своевременного бужирования, дифференциация II-III степеней ожога, улучшение качества жизни больных и их реабилитации. В связи с этим, поиск эффективных лечебных мер при РСП не теряют своей актуальности, и по сей день.

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Данное научное исследование проведено в рамках выполнения научно - исследовательской работы кафедры детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Хирургическое лечение пороков развития у детей» (срок выполнения 2018-2022 гг., ГР № 0117ТJ00840).

## **Общая характеристика работы**

### **Цель исследования**

Улучшение результатов комплексного лечения детей с послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода путем дифференцированного применения различных способов дилатации.

### **Задачи исследования**

1. Изучить частоту клинических проявлений и выявить факторы, способствующие формированию рубцовых стенозов при химическом ожоге пищевода у детей.
2. Определить особенности эндоскопической картины при различных степенях послеожогового поражения пищевода у детей на этапах лечения.
3. Провести сравнительную оценку эффективности различных методов дилатации пищевода при его рубцовом стенозе у детей.
4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты бужирования пищевода и их влияние на параметры качество жизни.

**Объект исследования.** Данная диссертационная работа включает в себя материалы 121 пациентов с рубцовыми сужениями пищевода, которым были выполнены различные способы бужирования.

**Предмет исследования.** Предметом исследования явились послеожоговые поражения пищевода у детей III - й степени. Вместе с тем в работе рассматриваются аспекты сравнительной оценки эффективности различных методов дилатации пищевода, при его рубцовом стенозе у детей, а также изучены ближайшие и отдаленные результаты бужирования пищевода и их влияние на параметры качества жизни.

**Научная новизна исследования.** Разработаны и внедрены в клиническую практику ряд дополнительных эндоскопических критериев, позволяющих оценить степень ожога пищевода у детей до начала и на этапах лечения. Проведено прогнозирование степени ожога на основании эндоскопических критериев и сформулированы основные принципы дифференцированного подхода в коррекции развития рубцовых стриктур пищевода. Путем применения эндоскопических и рентгенологических методов исследования определены показания и противопоказания к различным методам бужирования. Разработан и усовершенствован метод бужирования по струне проводнику с помощью фиброэндоскопа. Разработаны способы профилактики осложнений при бужировании пищевода у детей. Обосновано преимущество бужирования пищевода по струне-проводнику в отличие от других методов дилатации пищевода. Разработан и внедрен алгоритм диагностических и лечебных процедур в зависимости от степени и природы химического ожога.

#### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования**

Доказано, что адекватное проведение комплексной терапии химического ожога пищевода на ранних этапах способствует предотвращению развития осложнений. Своевременное осуществление полноценного эндоскопического исследования пищевода позволяет выявить характерную степень поражения органа, чтобы предотвратить излишне нежелательную процедуру.

Изучение результатов исследования в отдалённом периоде показали, что использование проводникового бужирования при рубцовом стенозе пищевода снижает частоту осложнений, рецидивов болезни и улучшает качества жизни детей. Данный способ бужирования довольно прост и позволяет выполнить дилатацию органа более корректно и безопасно. Проведение целенаправленной терапии на раннем этапе болезни, своевременное проведение бужирования по струне проводника способствует достижению эффективного результата лечения при рубцовом стенозе пищевода у детей.

#### **Положения, вносимые на защиту:**

1. Разработка объективных критериев эндоскопических проявлений при ожогах различной тяжести позволит избежать «напрасных» бужирований пищевода при 1-2 степенях ожога.

2. Результаты эндоскопического исследования пищевода в разработанные сроки приводят к более объективной оценке надобности,

сроков проведения и кратность бужирования в корреляции от показателей эндоскопических проявлений заболевания.

3. Способ бужирования пищевода по струне-проводнику как компонент комплексного лечения при рубцовых стенозах у детей приведет к улучшению результатов лечения. Разработка комплексного подхода в диагностике лечения рубцовых стенозов пищевода позволит улучшить результат лечения, сократить ее продолжительность.

4. Применение бужирования по струне-проводнику при рубцовых стенозах пищевода в большинстве случаев позволят снизить частоту осложнений и рецидивов болезни по сравнению с иными методами дилатации у детей.

**Степень достоверности результатов.** Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, практические рекомендации базируются на основе обследования достаточного клинического материала, использования современных информативных методов диагностики и выполнения различных способов дилатации при рубцовом стенозе пищевода у детей. По данной научной работе были опубликованы в виде научных статей и тезисов в рецензируемых журналах Российской Федерации и республике Таджикистан.

**Соответствие диссертации паспорту научных специальностей.**

Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.19 – Детская хирургия: подпункт 3.1. Этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика врождённых и приобретённых заболеваний грудной клетки у детей (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы). 3.3. Ожоги и отморожения у детей – патогенез и лечение. 3.8. Предоперационная подготовка детей и ведение послеоперационного периода.

**Личный вклад соискателя.**

Состоит в непосредственном участии на всех этапах проведённых исследований, сборе научного материала 121 обследованных лиц; участии в разработке диагностического алгоритма (подбор субъективных и объективных методов исследования функционального состояния); проведении общего осмотра обследованных лиц; участии в проведении дополнительных методов исследований; разработке рекомендаций по выбору тактики лечения детей с рубцовыми стенозами пищевода.

**Апробация и реализация результатов диссертации.**

Основные положения диссертационной работы доложены на следующих съездах, конгрессах и конференциях: Республика Таджикистан, г. Душанбе. 3-й съезд детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республика Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижение, проблемы и пути их решений» 2020 г; Республика Узбекистан, г. Самарканд. Международной научно -практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии, травматологии, педиатрии, и анестезиологии - реаниматологии» 28.05. 2021 г; Республика

Таджикистан. г. Душанбе. Материалы научно-практической конференции (69-й годичный) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годы развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)»; 17.11.21 г.; Республика Таджикистан. г. Душанбе. XVII - научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», «Актуальные вопросы современных научных исследований»; 29.04.22 г.; Республика Таджикистан. г. Душанбе. Материалы ежегодной 11 научно-практической конференции с международным участием медико - социальное учение - новое направление в развитие образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан; 28-29 10.22г.; Республика Таджикистан, г. Душанбе. Заседания ассоциации детских хирургов Республика Таджикистан; 07.12. 2022 г.; Республика Таджикистан. г. Душанбе. Международный симпозиум «Актуальные проблемы онкологии с международным участием». Сборник статей. Душанбе. 28.04.23 г. С. 260-262. Практические рекомендации диссертации внедрены в работу детских хирургических отделений Государственного Учреждения «Национальный медицинский центр «Шифобахш» и многопрофильный комплекс «Истиклол» г. Душанбе. Включены в учебные программы студентов ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино».

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертационной работы опубликовано 9 научных работ, в том числе 5 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации и Республики Таджикистан, 4 в материалах различных конференций и симпозиумов. Получено одно рационализаторское предложение (05.08.22 г. № 3475/R963).

**Структура и объём диссертации.** Научная работа изложена на 137 страницах компьютерного текста, состоит из оглавления, перечень сокращений и условных обозначений, введения, общей характеристики работы, 5 основных глав, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования, списка использованных источников, публикаций по теме диссертации. Диссертационная работа иллюстрирована: 47 – рисунками, 18 – таблицами. Список литературы содержит 145 источника, в том числе 69 работ русскоязычных и 76 иностранных авторов.

## **Содержание работы**

### **Общая характеристика клинических наблюдений**

В период с 2014 по 2020 гг. в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино» на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» Республики Таджикистан проходили лечение 494 больных с ХОП по причине случайного

употребления химического вещества. Подавляющее большинство детей - 396 (80,2%) - поступили в клинику в первые сутки после получения травмы.

Согласно эндоскопической классификации градаций ожогового поражения пищевода по С.Д. Терновскому распределение больных было следующим: I-я степень ХОП выявлена у 242 (49%) детей, II-я степень ХОП - 131 (26,5%) ребенка, III-я степень ХОП установлена у 121 (24,5%) пациента.

Так как РСП в основном возникает у детей с III-й степенью ХОП, то в связи с этим для всестороннего изучения причин образования рубцовых стриктур, правильного отбора пациентов, а также достижения результатов их лечения различными методами бужирования, нами была выбрана данная группа в качестве объекта нашего диссертационного исследования.

Среди 121 пациента с ХОП III-й степени мальчиков было 67 (55,4%), девочек – 54 (44,6%). Возраст детей колебался от 1 года до 18 лет (средний возраст – 6,4 лет). Преобладали дети в возрасте от 1 до 3 лет – 78 (64,5%).

В зависимости от способа бужирования при РСП больные были распределены на две группы: в контрольную группу вошли 68 (56,2%) пациентов, которым дилатация пищевода проведена методом «вслепую» – 47 (38,8%), за «нить» – у 21 (17,4%) ребенку. В основной группе 53 (43,8%) больным бужирование пищевода было выполнено с использованием проводникового бужа (по струне проводника). Распределение детей по возрасту в исследуемых группах представлено в таблице 1.

**Таблица 1. - Распределение детей с химическими ожогами пищевода с 3 - й степени по возрасту в группах сравнения**

Возраст (в годах)	Группа				p	Всего (n=121)	
	Контрольная (n=68)		Основная (n=53)			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
1-3	53	77,9	25	47,2	<0,001	78	64,5
4-7	13	19,1	21	39,6	<0,05	34	28,0
8-12	1	1,5	5	9,4	>0,05	6	5,0
13-18	1	1,5	2	3,8	>0,05	3	2,5
Итого	68	100,0	53	100,0		121	100,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ )

Результаты сравнительного анализа (табл. 2.3) выявили достоверные отличия во возрастных группах от 1-3 лет ( $p < 0,001$ ) и от 3-7 лет ( $p < 0,05$ ).

В исследуемых группах в течение 3 часов от момента получения ожога поступили в клинику 30% больных, а остальные – 70% детей обратились после 3 часов.

Этиология возникновения ХОП, приведшая к развитию РСП представлена в таблице 2.2. Так, из 121 больного с РСП у 78 (64,5%) ожог пищевода был вызван уксусной эссенцией, у 38 (31,4%) – щелочным раствором, у 3 (2,5%) – случайным проглатыванием круглой батарейки (автономного гальванического элемента питания – дискового источника



электрического тока круглой формы), у 2 (1,6%) – неизвестным химическим веществом.

**Таблица 2. – Этиологические факторы рубцовых стенозов пищевода у детей в группах сравнения**

Название средства	Группа				p	Всего (n=121)	
	Контрольная (n=68)		Основная (n=53)			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
Уксусная эссенция	52	76,5	26	49,0	<0,01	78	64,5
Щелочь	14	20,5	24	45,3	<0,01	38	31,4
Круглая батарейка*	1	1,5	2	3,8	>0,05	3	2,5
Неизвестный реагент	1	1,5	1	1,9	>0,05	2	1,7
Итого	68	100,0	53	100,0		121	100,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ ); \*Здесь и в табл. 2.4. круглая батарейка - автономного гальванического элемента питания – дисковый источник электрического тока круглой формы.

Одним из важных аспектов в выборе метода дилатации является определение длины рубцового стеноза, от которого зависит ожидаемый результат лечения. В зависимости от длины рубцовых стенозов их принято подразделять на три вида: короткий (не более 1,5 см), трубчатый (от 1,5 до 4 см) и протяженный (более 4 см). Так, по результатам нашего исследования, в обеих группах короткая стриктура пищевода выявлена у 47 (38,8%) больных, трубчатая форма -- у 64 (53%), протяженные стенозы пищевода -- у 10 (8,2%). А также в ходе работы было выявлено, что короткие стриктуры пищевода зачастую вызываются раствором уксусной эссенции и стеноз всегда находится в верхней трети пищевода. Щелочные растворы вызывают протяженные рубцовые стриктуры, который может располагаться в средней и нижней частях органа.

При эндоскопическом и рентгеноконтрастном исследовании пациентов также было определено место суженного участка органа и его размер. В сумме только у 56 детей стриктура находилась в верхней части органа, у 28 в средней, у 23 в нижней трети пищевода, а у 12 детей стриктура отмечалась в средней и нижней трети пищевода.

В плане лечения РСП следует учитывать диаметр суженного пораженного участка, от которого непосредственно зависит выбор метода дилатации. Изучая эндоскопические и рентгенологические данные, мы определили диаметр самого узкого участка стриктуры. Итак, диаметр рубцового стеноза до 2 мм был определен у 23 детей, от 2 до 5 мм – у 56 и от 5 до 8 мм – у 42.

#### **Клинические проявления химического ожога и диагностика рубцовых стенозов пищевода у детей**

Широта клинического проявления болезни, тяжесть пораженного пищевода, последующее развитие рубцового стеноза при химическом ожоге

во всех наблюдениях коррелирует от особенности реагента, количества принятого вещества ее концентрации, консистенции и времени соприкосновения его со стенкой органа.

Дети с ХОП при поступлении в клинику жаловались на боль вовремя глотания, беспокойство, гиперсаливацию, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. У группы детей с ожогами дыхательных путей наблюдались симптомы удушья. Во время осмотра у детей обнаружены признаки химического ожога на губах, слизистой оболочки полости рта в виде образования изъязвления и фибриновых налетов. При обращении в стационар первостепенным звеном является правильная оценка тяжести состояния больных и их госпитализация в соответствующее отделение. В нашем наблюдении 191 (36,7%) ребенка с ХОП поступили в клинику в тяжелом состоянии, и 303 (61,3%) пациентов со средней степенью тяжести.

Выбранная тактика лечения в разные годы зависела от степени тяжести повреждения органа у детей с ХОП. По причине сложной дифференциальной диагностики до 2017 г. у детей с ХОП II и III степени, на 8-10 сутки после обнаружения грануляционной ткани и фибринозного наложения, прибегали к применению раннего профилактического бужирования методом «вслепую» либо «за нить» после наложения гастростомы. С ноября 2017 г. тактика лечения больных с ХОП была изменена, с целью предотвращения развития ранних осложнений не проводились ранние профилактические бужирования.

Таким образом, пациенты были выписаны из стационара на 8-10 сутки после купирования воспалительного процесса и улучшения общего состояния, а на 21 сутки амбулаторно им проводилась контрольная ФЭГДС. Повторный осмотр проводился на 4-6 недели с момента получения травмы, при этом выполнялось эндоскопическое исследование по результатам исследования, были строго отобраны больные с III степенью ожога пищевода. В случае появления жалоб на дисфагию данные пациенты госпитализировались раньше времени.

Клинические проявления РСП обуславливают степень прижигающих веществ и промежуток времени от момента поступления больных. Кроме того, при обращении в клинику тщательно собирается анамнез и учитываются следующие аспекты: питание (твердое либо жидкое); наличие случаев поперхивания и кашля во время акта глотания; через какое время возникают рвотные рефлекс; отмечается ли слюнотечение, отрыжка и запах изо рта; наблюдается ли у ребенка бронхопневмония; соответствует ли рост и вес больного необходимой возрастной категории.

Итак, 88 (72,7%) детей с РСП, поступили в клинику в основном с жалобами на дисфагию (затруднение прохождения пищи) и рвотными синдромами после употребления принимаемой пищи. Пациенты, страдавшие от болезни в течении длительного времени, имели длительный эндотоксикоз с хроническим расстройством питания различной степени.

При РСП необходимо учесть сроки образования стеноза, в связи с чем следует учитывать время поступления больных от момента получения травмы до обращения в клинику. В нашем наблюдении в обеих группах 93

(76,8%) ребенка поступили в стационар в интервале одного месяца от получения химического ожога, а 12 (21,5,%) пациентов – на промежутке от одного до двух месяцев, и еще двое больных обратились только спустя два месяца.

При обращении детей в стационар с РСП следует дать правильную оценку тяжести состояния, от которого зависит ожидаемый благополучный результат лечения. Состояние больных при поступлении были оценены как удовлетворительное, среднее и тяжелое. Итак, 64 пациента поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, 43 – со средней тяжестью болезни и 14 больных – в тяжелом состоянии.

У больных в удовлетворительном состоянии жидкая пища проходила свободно, нарушение проходимости пищевода отмечалось при применении твердой пищи. Дети этой группы не отставали от сверстников и со стороны общих и биохимических анализов крови изменений не наблюдалось.

У больных со средней степенью тяжести отмечались гипотрофия, отставание в физическом развитии по сравнению со сверстниками, изменение показателей общих и биохимических анализов крови в виде нормохромной анемии, лейкоцитоза и гипопроteinемии.

Больные с тяжелой степенью жаловались на плохой аппетит, гиперсаливацию, рвоту сразу после применения пищи независимо от консистенции, появление запаха изо рта, зачастую данной группы пациентов детей отмечалась картина бронхопневмонии. Характерным были проявления хронического нарушения питания тяжелой степени, также несовпадение антропометрических данных и глубокие изменения в показателях крови.

#### **Эндоскопическая и рентгенологическая оценка рубцовых стенозов пищевода у детей**

Фиброэндоскопия пищевода была применена всем 121 детям с РСП, где во всех случаях удалось выявить диаметр и степень суженного участка. При первичном эндоскопическом осмотре в (60%) наблюдениях суженный участок был проходим, и была возможность для определения длины пораженного участка. Кроме того, у больных с РСП для выбора подходящего размера бужа были выявлены диаметры суженных участков с помощью эндоскопического исследования. У 98 (81,0%) больных данный метод в динамике лечение давал корректные сведения о структуре стеноза, а у 23 (19,0%) пациентов (эндоскоп не был проходим из-за узкого хода суженного участка) метод был не информативным, но был определен диаметр суженного участка для выбора подходящего бужа.

Всем больным с РСП применяли рентгенографию пищевода с контрастным веществом сульфата бария.

Таким образом, совместное применение эндоскопических и рентгенологических методов исследования в диагностике РСП, позволили более точно определить необходимые параметры рубцовых стенозов и найти ответ на все поставленные вопросы, которые нужны для выбора способа бужирования и метода лечения.

## **Результаты лечения рубцовых стенозов пищевода у детей**

### **Предполагаемые исходы бужирования пищевода**

Из общего количества (78) больных с формирующимися РСП после ожога уксусной эссенцией 52 (66,7%) пациента были из контрольной и 26 (33,3%) из основной группы. Из них 28 (35,8%) детей поступили в стационар позже, чем через 1 месяц после получения травмы.

В обеих группах у 4 (5,1%) детей во время дилатации пищевода произошла его перфорации. Двое детей с перфорацией пищевода имели короткие стенозы, а у 2 (2,5%) других – протяженные. В контрольной группе перфорация пищевода произошла у 3 (3,8%) детей: у 2 (2,5%) во время слепого бужирования, у одного во время бужирования за нить. У больных основной группы перфорация органа была в одном (1,3%) случае.

Двум больным (по одному из каждой группы), у которых возникли осложнения, произвели дренирование плевральной полости с переводом на зондовое кормление, оба выписаны с благополучным исходом. У одного ребенка, у которого не была дренирована плевральная полость, во время очередного управляемого бужирования за нить, произошла перфорация пищевода. Так как микроперфорация находилась в верхней трети пищевода, кормление ребенка осуществлялось через желудочный зонд. Получен положительный результат.

После ожога уксусной эссенцией с формированием протяженного рубцового стеноза 21 (26,9%) больному произведена операция: лапаротомия, гастростомия по Кадеру с проведением назогастральной нити, получен хороший результат. Среди этих детей 18 (23,0%) были из контрольной, а 3 (3,8%) -- из основной группы. Двое детей доставлены в клинику из других медицинских учреждений с гастростомой, которым было проведено бужирование по струне - проводнику с хорошим результатом.

Среди детей основной группы с формирующимися рубцовыми стенозами после ожога уксусной эссенцией, только в одном случае была перфорация органа в верхней трети пищевода, потребовавшая дренирования плевральной полости и перевода на зондовое кормление. Результат лечения благополучный.

В целом результаты лечения больных при бужировании по струне-проводнику у детей основной группы с РСП после ожога уксусной эссенцией хорошие, а эффективность составила 98,7%.

После приема щелочи РСП был сформирован у 38 (31,4%) детей. Из них 14 (36,8%) пациентов были в контрольной группе, а 24 (63,2%) – в основной. Протяженные рубцовые стенозы пищевода в обеих группах отмечены у 6 (15,8%) пациентов. Осложнение в виде перфорации пищевода случилось у 4 (10,5%) пациентов контрольной группы и у 2 (5,3%) – основной (пациенты были с протяженными рубцовыми стенозами и обратились в клинику через 1 мес. со дня получения травмы). Среди детей контрольной группы во всех случаях была дренирована плевральная полость и проведена соответствующая терапия, где итоговый результат был положительным. У детей основной группы в одном случае дренирована

плевральная полость справа и наложена гастростома по Кадеру с проведением назогастральной нити, в последующем отмечен положительный результат лечения. В другом наблюдении ребенок находился на зондовом кормлении, получал комплексное лечение и был выписан с благоприятным исходом. Отмечался положительный результат использования проводниковых бужей. Эффективность проводниковых бужей в случае установления гастростомы было только в одном наблюдение у детей основной группы.

Среди детей основной группы пациентов формирование РСП после ожога щелочью проведение бужирования по струне-проводнику было эффективно в 58,3% случаев. При неэффективности дилатации, родителям были рекомендованы реконструктивно пластические операции пищевода, однако они от оперативного вмешательства отказались в связи, с чем были продолжены сеансы бужирования. Два пациента были прооперированы в зарубежных клиниках.

В 3 других наблюдениях РСП образовались после случайного проглатывания батареек, где одному ребенку провели бужирование за нить после наложения гастростомы, а двум другим -- по струне-проводнику. У ребенка из контрольной группы после очередного сеанса бужирования за нить произошла перфорация пищевода, дренирована плевральная полость справа, исход которого был положительный. Далее ребенок получал комплексное лечение, которое способствовало выздоровлению пациента.

Из общего количество больных с РСП двое детей получили ожог от неизвестного реагента с формированием в последующем рубцового стеноза органа. Детям провели бужирование за нить и по струне-проводнику. У одного ребенка достигнут благоприятный результат, у второго ребенка, из-за протяженного стеноза неудовлетворительный показатель. Было предложено бужирование за нить, однако данное предложение родителями принято не было.

В ходе нашей работы нами был разработан алгоритм комплексного исследования и выбора метода коррекции РСП у детей.

Подводя итоги результатов собственного научного исследования, считаем, что наше достижение связано в совершенствовании дифференциации диагностики между II - ой и III - ей степенями ХОП методом эндоскопии. А также отказались от раннего профилактического бужирования и стали использовать проводниковые бужи в лечения РСП, которые являются наиболее безопасными и эффективными.

Критерием достигнутого лечебного эффекта при дилатации пищевода в обеих группах являлось стойкое расширение ее просвета до 10-12 мм и более, позволяющее свободно провести эндоскоп через зону стриктуры, а также свободное прохождение контрастного вещества через пищевод во время рентгенографии органа.

Результаты лечения детей в зависимости от выбора методов бужирования изучены в двух исследуемых группах, сводные данные которых приведены в таблице 3.

**Таблица 3. - Сводные данные в исследуемых группах**

Параметры сравнения	Группы		
	Контрольная, n=68		Основная, n= 53
	способы бужирования		
	вслепую	за нить	По струне проводника
Перфорация пищевода	-	2	1
Реконструктивная операция	-	1	
Результативность бужирования	-	-	-
Наложение гастростомы	-	-	-

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что в основной группе случаи перфорации пищевода во время дилатации органа меньше, чем у детей контрольной группы. Следует также отметить, что оперативное вмешательство (наложение гастростомы) среди детей основной группы было произведено только у одного больного (ребенок с протяженным рубцовым стенозом). Это связано с тем, что метод бужирования пищевода по струне проводника оказался эффективным и позволяет благополучно расширять развивавшийся рубцовый стеноз.

### **Бужирование пищевода**

У детей основной группы бужирование пищевода по струне проводника проводилось при помощи силиконовых внутриспросветных бужей фирмы «Wilson Medical Cook, (США)», где кончик струны состоит из пружины, которая является атравматичной. Использовались следующие размеры проводниковых бужей: 15 Fr, 19 Fr, 21 Fr, 27 Fr, 29 Fr, 33 Fr, 38 Fr, 42 Fr, 45 Fr, 48 Fr по шкале Шарьера (Charrière)\*. Диаметр силиконовых проводниковых бужей составил от 2,0 до 15,0 мм, а длина их - 70 см.

Первым шагом струна проводника проводится через пищевод в просвет желудка. Зачастую при внесении струны в полость органа ее кончик приводит к видимому колебанию в области эпигастрия. Вторым шагом через струну проводится буж и медленно направляется в желудок. После завершения манипуляций, буж вытягивается назад через струну, внимательно прослеживается следим его нахождение в полости желудка. Данный способ дилатации в первые 2-3 раза реализовывался под общей седатацией больных и процедуру проводили в эндоскопическом кабинете отделения.

Последующие сеансы бужирования проведены без общей анестезии, выполняли предоперационную подготовки препаратами 0,1% атропина и 5% трамадола, учитывая возрастную норму. В стационаре сеансы бужирования по струне - проводника проводили дважды с интервалами 3 дня на протяжении двух недель. После выписки больные с РСП были переведены на амбулаторную дилатацию органа, предназначенную для всех пациентов с

ХОП 3-й степени. Бужирование продолжали вначале один раз в неделю, затем один раз в две недели в течение 3 месяцев, далее один раз в 3 недели до полного устранения рубцового стеноза. Этим пациентам каждые 2 месяца проводили контрольную ФЭГДС.

Перед сеансами бужирования родители оповещались о вероятности возникновения перфорации пищевода различными методами дилатации в связи с чем с их стороны подписывалась «информирование согласие» возможных осложнений. И только после согласия родителей проводились вышеизложенные манипуляции. В данной анкете отмечались следующие моменты: эффективность бужирования по данным различных авторов, методы дилатации, а также их недостатки и возможные возникновения осложнений.

Грубое нарушение рельефа органа, не всегда позволяла нам провести проводник через пораженный пищевод. В этом случае был использован фиброэндоскоп через просвет пищевода, с протягиванием струны - проводник в полость желудка для достижения эффективного сеанса бужирования. По данному способу нами было разработано рационализаторское предложение «Способ проведения струны проводника с помощью фиброэндоскопии».

Способ осуществляется следующим образом: первым этапом проводили фиброэзофагоскопию и под ее поддержкой струну-проводник проталкивали через пищевод в просвет желудка. Далее вторым этапом через струну проводили буж, медленно направляя его в желудок. Данный способ нами в 2-3 случаях был реализован под общей анестезией в эндоскопическом кабинете, последующие сеансы бужирования проводили без общей анестезии, выполняя предоперационную седацию. Предлагаемый способ был применен у 18 (14,8%) больных с рубцовыми стенозами пищевода у детей в детском торакоабдоминальном хирургическом отделении, где сеансы бужирования прошли благополучно. В случаях невозможности проведения этого способа прибегали к выполнению гастростомии по Кадеру с последующим бужированием «за нить».

Детям контрольной группы бужирование пищевода проводилось с помощью стандартных конических бужей ГОСТ 25-1961,088-88 (г. Казань) размером от № 15 Fr до № 40 Fr по шкале Шарьера, методом «вслепую» или за «нить» после наложения гастростомы. Перед очередным сеансом бужирования, с учётом диаметра и длины суженного участка по результатам эндоскопического и рентгенологического исследований, проводился подбор необходимого бужа.

Критерием достигнутого лечебного эффекта при дилатации пищевода в обеих группах являлось стойкое расширение ее просвета до 12 мм и более, позволяющее свободно провести эндоскоп через зону стриктуры, а также свободное прохождение контрастного вещества через пищевод вовремя рентгенография органа.



**Рисунок 1. - Алгоритм комплексного исследования и выбора метода коррекции рубцового стеноза пищевода у детей**

#### **КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИЛАТАЦИИ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**

Для изучения эффективности методов бужирования из 121 детей с РСП нами было проведено исследование отдаленных результатов 82 (67,7%) больных. Среди которых мальчиков было 47 (57,3%), девочек – 35 (42,7%).

Из 82 больных обеих групп отдаленный период наблюдения после бужирования пищевода составил: до 6 месяцев – 26 (31,7%) пациента; от 6 месяцев до 2 лет – 28 (34,2%) и от 2 до 4 лет после дилатации – 28 (34,2%).

В корреляции метода бужирования пищевода больные были распределены на две исследуемые группы: основную с включением 46 (56,1%) пациентов и контрольную в составе 36 (43,9%) человек. Дилатация пациентам контрольной группы (n-36) проводилась «вслепую» или «за нить». Бужирование больным основной группы (n-46) составили – 46 (56%) было выполнено способом по струне - проводнику. Обе группы детей были сопоставимы по полу, возрасту и характеру основной патологии.



Преимущество методов бужирования у больных с РСП сравнивали на основании изучения отдаленных результатов при плановой госпитализации и в амбулаторных условиях. Кроме того, нами был проведен анализ качества жизни больных в отдаленном периоде наблюдения, после проведения различных способов бужирования.

Критериями для оценки эффективности проводимой дилатации в отдаленном периоде служили результаты клинического, эндоскопического и рентгенологического исследования пищевода.

Структурные изменения в стенках пищевода, а также появление ГЭРБ в отдаленные сроки после бужирования определяли методом ФЭГДС и проведением рентгенографии пищевода контрастным веществом (5% раствор сульфата бария).

### **Клиническое обследование детей в исследуемых группах**

Анализ результатов клинического обследования детей контрольной группы выявил жалобы на нарушение акта глотания во время еды (при проглатывании твердой пищи) у 4 (4,8%) пациентов, боли в области эпигастрия у 4 (4,8%) детей. Жалобы в основном отмечались у больных с протяженным рубцовым стенозом пищевода. Необходимо отметить, что боли в области эпигастрия в основном наблюдались у детей, которым ранее были наложены гастростома. У 6 (7,3%) больных с перфорацией пищевода, которым была дренирована плевральная полость, характерными были жалобы на боли в области грудной клетки. А у 12 (14,6) детей во время аускультации выслушивалось ослабленное дыхание.

Показатели общеклинического обследования детей основной группы определили, что ни в одном из наблюдений больным не были предъявлены жалобы во время приема еды, в не зависимости от ее консистенции. Только у 2 (2,4%) пациентов после дренирования плевральной полости по поводу перфорации пищевода, были жалобы на незначительные боли в области грудной клетки, и при аускультации выслушивали жесткое дыхание в правой половине грудной клетки. У больных контрольной группы (n-36) жалобы во время акта глотания, боли в области грудной клетки были отмечены в 4 и 6 раз чаще, чем у пациентов основной группы.

### **Исследование фиброэзофагогастродуоденоскопии в группах сравнения**

В отдаленном периоде всем детям в порядке наблюдения было проведено эндоскопическое исследование органа, с целью определения ее проходимости, состояния и рельефа слизистой оболочки, воспалительных изменений, язв и эрозий. Всесторонне изучена функциональная полноценность места бывшего сужения, степень ее регенерации, а также расправление органа при инсуффляции.

При проведении манипуляции внимание было обращено на нарушение моторики пищевода, ригидности органа в бывшем суженном участке, растяжимости данной зоны при инсуффляции. Осмотру подвергалась также

зона пищеводно-желудочного перехода. Проанализирован характер складчатости и смыкание кардиального жома, исследованы косвенные признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия была проведена неоднократно в эндоскопическом отделении натошак по стандартной методике с применением местной анестезии. Исследование показало, что у всех больных основной и контрольной группы с хорошими и удовлетворительными результатами лечения, тубус эндоскопа был проходим. При этом слизистая оболочка органа было обычной формы, суженный участок нивелировался.

У больных с неудовлетворительными результатами после сеансов дилатации тубус эндоскопа возрастного диаметра не был проходим или был проходим, но с трудом.

### **Изучения рентгеноскопии и рентгеноконтрастного исследования пищевода в группах сравнения в отдаленном периоде**

С целью определения отсутствия или наличия тени пищевода, расположения грудной поверхности диафрагмы, ее участия в акте дыхания, изучения формы и размера газового пузыря желудка, степени выраженности угла Гисса, проводилась рентгеноскопия грудной и брюшной полостей в вертикальном положении.

Выполнение рентгенографии пищевода у детей с РСП в отдаленном периоде способствовало изучению структурных изменений в ткани пищевода, рельефа слизистой оболочки, выявлению наличия или отсутствия сужения органа, ее диаметра. Для выявления ГЭРБ и ее степени была применена водно-сифонная проба. Рентгеноконтрастное исследование пищевода было проведено в двух проекциях с использованием 5% раствора сульфата бария.

### **Изучение качества жизни больных в группах сравнения**

Для определения качества жизни больных проведен опрос пациентов в обеих группах. Результат опроса в отдаленном периоде показал, что у детей основной группы степень дисфагии меньше, чем у детей контрольной группы. Помимо этого, учитывая детский возраст, для определения общего эмоционально-социального положения не могут считаться объективными ответы самих пациентов и тем более ответы их родителей. Для определения качества жизни необходимо учитывать общее состояние ребенка, физические данные, возможность полноценного питания. В связи с этим для более полной оценки нами была разработана анкета-вопросник, содержащая вопросы с однозначными ответами.

Анкеты заполнялись родителями у детей несовершеннолетнего возраста и самостоятельно детьми старше 14 лет. Из общего числа пациентов - 82 в анкетировании участвовали 58 (70,7%) детей в отдаленном периоде. При этом 23 (39,7%) ребенка были с РСП вызванными щелочью, 35 (60,3%) с РСП после употребления уксусной эссенции. К моменту первичного обращения возраст пациентов составлял от 4 до 12 лет. От момента первого

лечения до настоящего анкетирования прошло от 1 до 6 лет. Из 58 интервьюированных респондентов здоровыми себя ощущали 42 (72,4%), 14 (24,1%) расценивали свое самочувствие как удовлетворительное, а 2 детей (3,5%) как неудовлетворительное.

Все анкетированные пациенты в период нашего исследования могли самостоятельно принимать пищу. У 42 (72,4%) респондентов акт глотания фактически не нарушен, у остальных имело место хроническая дисфагия, требующая дополнительного лечения. При этом у 16 респондентов (27,6%) при прохождении пищи отмечались эпизодические боли за грудиной, причем у 8 (13,8%) из них после РСП щелочью на длинном участке, которым неоднократно была выполнена дилатация органа под общим обезболиванием.

На основании антропометрических данных, нами установлено, что у большей части детей после РСП наблюдается отставание в росте и в весе. Так, параметры роста соответствовали среднему показателю у 38 детей (65,5%), а в 34,5% случаев физическое развитие равнялось параметрам ниже среднего показателя.

При работе с опросниками или анкетами нами было учтен тот факт, что у детей младшего школьного и дошкольного возраста возникают определенные сложности, связанные с интерпретацией вопросов, выбором варианта и расшифровкой ответа. С учетом этого мы своей анкетой-вопросником стремились максимально упростить задание для респондентов, а также для повышения достоверности и объективности результатов часто использовали участие родителей. Отмечено, что после дилатации пищевода лишь 46 (79,3%) детей считают себя счастливыми и довольными своей жизнью. Эмоционально неустойчивыми и нервными считают родители 12 (20,7%) респондентов.

Итак, по результатам нашего анкетирования, в основном жалобы в отдаленном периоде были у больных с РСП после приема щелочи, с неудовлетворительными результатами. Пациенты с РСП после уксусной эссенции почти жалоб не предъявляли.

Резюмируя данную главу, при оценке клинической эффективности лечения в отдаленном периоде результаты считали хорошими в случае отсутствия жалоб пациентов вовремя принятия пищи, а также при свободном прохождении фиброэндоскопа через орган. При эзофагографии не отмечена задержка контрастного вещества и не выявлена деформация стенок органа.

Удовлетворительным результатом, считали наличие жалоб детей на редкую дисфагию при приеме твердой пищи,хождение фиброэндоскопа с трудом через орган и незначительную задержку контрастного вещества при исследовании пищевода.

При жалобах на дисфагию в независимости от характера пищи на протяжении одного года и более после дилатации органа, непроходимость фиброэндоскопа через суженный участок пищевода и задержки контрастного вещества в области вновь появившегося рестеноза, считали не удовлетворительным результатом.

**Таблица 3. - Отдаленные результаты лечения в исследуемых группах**

<b>Отдаленные результаты</b>	<b>Основная группа, в %</b>	<b>Контрольная группа, в %</b>
Хороший	74	61,1
Удовлетворительный	21,7	22,2
Неудовлетворительный	4,3	16,7

Таким образом, изучение отдаленных результатов лечения рубцовых стенозов пищевода у детей контрольной группы показало, что хорошие показатели получены в 61,1%, удовлетворительные – в 22,2%, неудовлетворительные – в 16,7% случаях. При этом у детей основной группы хорошие результаты были получены в 74%, удовлетворительные – в 21,7%, неудовлетворительные – в 4,3% наблюдениях.

### **ВЫВОДЫ**

1. Клинические проявления и степень формирования рубцовых стенозов пищевода зависят от характера агрессивного вещества, времени его действия, а также от площади раневой поверхности. [1-А, 5-А]

2. При второй степени химического ожога пищевода эндоскопическая картина в динамике лечения характеризовалась поражением как слизистого, так и подслизистого слоев, некротическим изменением эпителия с тонким фиброзным наложением и эпителизацией к 3-4-й неделе. [2-А, 4-А]

3. Эндоскопическая характеристика ожога III - ей степени на этапах лечения выражалась в образовании в стенке органа циркулярных, грубых, серых фибринозных наложений, трудноотделимых и длительно кровоточащих подлежащих тканей при их удалении. [7-А, 8-А]

4. При рубцовых стенозах пищевода после ожога уксусной эссенцией у детей основной группы бужирование по струне-проводнику независимо от протяженности дало хорошие результаты у 98,7% пациентов. При этом после ожога щелочью эффективность бужирования по струне-проводнику составило 58,3%, связанные в основном с протяженными рубцовыми стенозами. [3-А, 6-А]

5. Применение у детей бужирования по струне-проводнику при рубцовых стенозах пищевода является наиболее безопасным и эффективным методом, которое позволяет уменьшить частоту осложнений, добиться благоприятного исхода и улучшить качество жизни пациентов. [2-А, 9-А]

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Во избежание перфорации органа у детей с рубцовыми стенозами пищевода нельзя проводить ранее профилактическое бужирование.

2. Чтобы не принести вред здоровью ребенка, сохранить целостность

органа на раннем периоде болезни необходимо дождаться полного завершения всех стадий ожога.

3. Эндоскопические критерии дифференциальной диагностики необходимы с целью совершенствования обследования, в связи с тем, что при правильной постановке диагноза пациенты с ожогами II - ой степени не подвергаются напрасному бужированию.

4. Комплексное применение эндоскопических и рентгенологических методов исследования дает более точную картину степени рубцового стеноза пищевода у детей, что позволяет провести эффективное лечение.

5. При рубцовых стенозах пищевода у детей применение бужирования по струне - проводнику по сравнению с иными методами дилатации позволяет снизить частоту осложнений и рецидивов болезни.

6. Метод бужирования по струне проводнику в большинстве случаев не приводит к необходимости дополнительного оперативного вмешательства (наложение гастростомы с проведением назогастральной нити для бужирования), предотвращает необходимость в проведение раннего профилактического бужирования.

7. Неэффективное лечение методом бужирования в течение года, а также протяженности стеноза пищевода более 6 см является прямым показанием для пластики органа.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

[1-А]. Юсупов Б.Х. Диагностика и лечение рубцового стеноза пищевода у детей. [Текст] /А.М. Шарипов., Х.А. Шамсзода., Юсупов Б.Х. //Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 - С. 72-75.

[2-А]. Юсупов Б.Х. Лечение детей с последствиями химическими ожогами пищевода у детей. [Текст] /А.М. Шарипов., Х.А. Шамсзода, Р.А. Рахматова, Юсупов Б.Х, Ю.Т. Додочонов, А.А. Сайфуллоев, У.Л. Умаров. //Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. - 2020. - Том 10. - №2 - С. 217-226.

[3-А]. Юсупов Б.Х. Выбор методов лечения рубцового стеноза пищевода у детей. [Текст] / А.М. Шарипов, Х.А. Шамсзода., А.А. Юсупов Б.Х. Баротов, Ю.Т. Додочонов. //Детская хирургия. – 2021. - Том 25. - № S1 - С. 82.

[4-А]. Юсупов Б.Х. Сравнительная характеристика методов бужирования при рубцовых стенозах пищевода у детей [Текст] /А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Р.А. Рахматова, С.А. Мазабшоев, Ю.Т. Додочонов //Детская хирургия. - 2022. - Том 26. - №3 - С. 168-173.

[5-А]. Юсупов Б.Х. Современные взгляды на этиологию, классификацию, диагностику, лечение химического ожога и послеожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей [Текст] /А.М. Шарипов. Б.Х. Юсупов. (обзор литературы) //Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - № 3 - С. 108-119

#### **Статьи в научных сборниках, материалы конференции**

[6-А] Юсупов Б.Х. Подход в лечение рубцовых стенозов пищевода у

детей [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Р.А. Рахматова. // Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины. Материалы научно-практической конференции (69-й годичный) с международным участием, посвященной 30 - летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» - Том 1. - С. 238-239.

[7-А] Юсупов Б.Х. Дилатация как один из методов лечения рубцовых стенозов пищевода у детей. [Текст]. /А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Н.Ш. Шарипов. //«Актуальные вопросы современных исследований» XVII научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. С.

[8-А] Юсупов Б.Х. Результаты лечения рубцовых стенозов пищевода у детей. . [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Н.Ш. Шарипов. //Материалы ежегодной 11 научно-практической конференции с международным участием медико - социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан. 28-29 10.22 г. С. 18-19

[9-А] Юсупов Б.Х. Сравнительный анализ способов бужирования при рубцовых стенозах пищевода у детей [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Ю.Т. Додочонов., Н.Ш. Шарипов., С.У. Файзуллоев.. //Симпозиум «Актуальные проблемы онкологии с международным участием». Сборник статей. Душанбе. 28.04.23 г. С. 260-262.

#### **Рационализаторское предложение**

Юсупов Б.Х., Шарипов А.М., Додочонов Ю.Т. «Способ проведения руны проводника с помощью фиброэндоскопии при рубцовых стенозах пищевода у детей». Рас. пред. №3475/R963 выданное ТГМУ от 05.08.2022 г.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГМУ	Алтайский государственный медицинский университет
БД	баллонная дилатация
ГЭРБ	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ГПОД	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ИП	искусственного пищевода
РНИМУ	Российский научно-исследовательский медицинский университет
РСП	рубцовый стеноз пищевода
ФЭГДС	фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХОП	химический ожог пищевода
ЭУС	эндоскопическая ультрасонография

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОЧИКИСТОН БА  
НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.32-007.271-089-053.2**

**БО ҲУҚУҚИ ДАСТНАВИС**

**ЮСУПОВ БОБОХОН ҲАКИМОВИЧ**

**БЕҲТАРКУНОНИИ ТАБОБАТИ БАЪДИ СӢХТАИ ТАҢГШАВИИ  
ЗАХМИИ СУРХРӢДА ДАР КӢДАКОН БО ИСТИФОДА АЗ УСУЛИ  
МИЛЗАНИ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ НОМЗАДИ  
ИЛМӢОИ ТИБ АЗ РӢИИ ИХТИСОСИ 14.01.19 - ҶАРРОӢИИ АТВОЛ**

Душанбе 2024

Кори диссертатсионӣ дар кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Шарипов Асламхон Маҳмудович** - мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», доктори илмҳои тиб

**Муқарризони расмӣ:** **Батаев Саидхасан Магомедович** - ходими калони илмии шуъбаи ҷарроҳии тарминӣ ва таҷдидии МФДАТ ТО ДИТТР ба номи Н.И. Пирогов, профессори кафедраи педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони МФДБ МШИ МФТБ ба номи А.И. Бурназаяни АФТБ Россия, доктори илмҳои тиб

**Рофиев Рауф**, дотсенти кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ ДТБДСТ ҚТ, номзади илмҳои тиб

**Муассисаи пешбар:** Донишкадаи педиатрии тиббии Тошкенти Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» июли соли 2024 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-040-и назди МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо нишони 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, tajmedun.@tj, +992 918.30.03.08 мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2024 ирсол гардид

**Котиби Шурои диссертатсионӣ**  
доктори илмҳои тиб

**Каримова Ф.Н.**



## Муқаддима

**Мубрамияти мавзӯи тадқиқот.** Сӯхтаҳои кимиёвии сурхрӯда (СКС) дар кӯдакони аз 1 то 5 сола яке аз осебҳои маъмултари маишӣ маҳсуб меёбанд. [Баиров В.Г. ва дигарон. 2006; Бочарников Е.С. ва дигарон. 2011; Pieczarkoski S. et. al., 2015; Hsieh K.H. et. al., 2018]. Сабаби асосии пайдоиши ин осеб-кунҷковии кӯдакон ва одати чашидани ҳама гуна маводи кимиёвии ба онҳо дастрас ва инчунин бетаваҷҷуҳии калонсолон дар муносибат ба фарзандони худ мебошад. [Шамсиев А.М. ва дигарон. 2011; Ормантаев К.С. ва дигарон. 2016; Rustagi T. et. al., 2015; Ley D. et. al., 2019].

Ташхис ва муолиҷаи саривақтии СКС гарави табобати муваффақонаи беморон мебошад. Иштибоҳҳои тактикӣ дар ташхиси барвақтӣ ҳангоми расонидани ёрии аввалия ба оризаҳои гуногун бурда расонда, беморро маҷбур мекунонад, ки курсҳои тақрорӣ табобатро гузарад. Яке аз оқибатҳои вазнини СКС ин тангшавии захмии сурхрӯда (ТЗС) мебошад, ки басомади он аз 10 то 20 фоизро ташкил медиҳад [Окилов Х.А. ва дигарон. 2013; Воронежский А.Н. 2018; Меркулова А.О. ва дигарон. 2021; Jones D.W et. al., 2010; Terui K. et. al., 2015]. Аз ин ру, мушкilotи муолиҷаи ТЗС яке аз вазиғаҳои душвори чарроҳии қафаси синаи бачагона мебошад.

Аксари муаллифон дар муолиҷаи ТЗС ба усулҳои васеъкунӣ – милзании сурхрӯда афзалият медиҳанд [Разумовский А.Ю. бо ҳаммуаллиф. 2011, 2012; Климашевич А.В. ва дигарон. 2013; Тупиленко А.В. 2018; Hsieh K.H. et. al., 2018; Bracki V. et. al., 2019]. Милзанӣ усули асосии табобати ТЗС пас аз сӯхтан дар кӯдакон боқӣ монда, усулҳои дигари табобат, аз қабилҳои стенткунонӣ, васеъкунии баллонӣ ва табобати маҳаллӣ характери ёрирасон доранд. Самаранокии милзанӣ ҳангоми ТЗС мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун аз 70 то 96% мерасад [Разумовский А.Ю. ва дигарон. 2012; Ормантаев К.С. ва дигарон. 2016; Hsieh K.H. et. al., 2018].

Барои васеъкунонии сурхрӯда бештар усулҳои зерин истифода мешаванд: милзании «кӯр-кӯронаи»-и сурхрӯда; милзанӣ бо "ришта" ё қад-қадитори металлӣ. Бояд қайд кард, ки ҳар яке аз ин усулҳо дорои нишондодҳо, афзалиятҳо ва нуқсонҳои муайян мебошанд. Вақте ки милзанӣ «кӯр-кӯрона» анҷом дода мешавад, эҳтимолияти сӯрохшавии сурхрӯда тақрибан 10% -ро ташкил медиҳад [Доржиев Б.Д. ва дигарон. 2009; Обиденнова Р.В. ва дигарон. 2012]. Камбудии асосии усули милзании сурхрӯда «бо ришта» зарурати гузоштани найчаи гастростомия ва гузоштани риштаи назогастрикӣ барои милзанӣ мебошад [Годжелло Е.А. ва дигарон. 2013; Черноусов А.Ф. ва дигарон. 2020; Dall'Oglio L. et. al., 2016].

Солҳои охир бисёр мутахассисон милзаниро бо истифода аз сими роҳнамо амалӣ менамоянд, ки эҳтимолияти пайдоиши оризаҳо то ҳадди аққал кам мекунад [Разумовский А.Ю. ва дигарон. 2012; Воскресенская М.Л. ва дигарон. 2015; Спандер М. et. al., 2016]. Ин барои гузаронидани арзёбии муқоисавии натиҷаҳои муолиҷаи кӯдакони гирифтори тангшавии захмии сурхрӯда бо истифода аз ҳамаи усулҳои дар боло зикргардидаи милзании сурхрӯда асос гардид.

Дар ҳоле, ки ТЗС бо истифода аз усули милзанӣ табобат наёбад, барои ислоҳи он даҳолати чарроҳӣ - чарроҳии тармимии сурхрӯда аз дигар қисмҳои узвҳои ковокии шикам истифода мешавад. Як қатор муаллифон [Разумовский А.Ю. ва дигарон. 2012, Чумакова Г.Ю. ва дигарон. 2020] дар сурати бесамар будани усули милзанӣ дар давоми 6 моҳ бо назардошти дарозии тангшавиҳои тӯлғфтаи сурхрӯда (зиёда аз 4 см) пластика гузаронидани онро пешниҳод мекунонд.

Ҳамин тариқ, далелҳои дар боло зикршуда бешубҳа аз хусуси муобрамияти таҳлили комплекси натиҷаҳои милзании сурхрӯда ҳангоми ТЗС дар кӯдакон, аз ҷумла арзёбии сифати ҳаёти онҳо шаҳодат медиҳанд.

#### **Дараҷаи коркарди илмӣ мушкilotи таҳқиқшаванда**

Ба таҳқиқотҳои гузаронидашуда ва натиҷаҳои бадастомада нигоҳ накарда, ҳам дар таъхис ва ҳам дар табобати тангшавиҳои захмии сурхрӯда, як қатор мушкilotе боқӣ мондаанд, ки ҳалли худро тақозо менамоянд: шартҳои ташаккули стриктураҳо (сахтиҳо), интиҳоби беморон барои милзании саривақтӣ, тафриқагузори дараҷаҳои II-III-и сӯхтагӣ, беҳтар шудани сифати зиндагии беморон ва барқарорсозии онҳо. Дар робита ба ин, ҷустуҷӯ ва дарёфти чораҳои самараноки табобатӣ ҳангоми ТЗС то имрӯз аҳамияти худро гум намекунад.

#### **Алоқаи тадқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) мавзӯи илмӣ.**

Ин тадқиқоти илмӣ дар доираи корҳои илмӣ-тадқиқотии кафедраи ҷарроҳии кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» «Табобати ҷарроҳии нуқсонҳои инкишоф дар кӯдакон» (муҳлати иҷроиш 2018-2022, ГР № 0117ТJ00840) гузаронида шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати комплекси кӯдакони гирифтори тангшавиҳои пас аз сӯхтагии захмии сурхрӯда тавассути истифодаи тафриқавии усулҳои гуногуни васеъкунӣ.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯзиши басомади зуҳуроти клиникӣ ва ошкор кардани омилҳои, ки ба ташаккули тангшавиҳои захмӣ ҳангоми сӯхтагиҳои кимиёвии сурхрӯда дар кӯдакон мусоидат мекунанд.

2. Муайян кардани хусусиятҳои тасвири эндоскопӣ дар дараҷаҳои гуногуни осеби пас аз сӯхтагии сурхрӯда дар кӯдакон дар марҳилаҳои табобат.

3. Гузаронидани арзёбии муқоисавии самаранокии усулҳои гуногуни васеъкунии сурхрӯда ҳангоми тангшавиҳои захмӣ дар кӯдакон.

4. Омӯзиши натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддати милзании сурхрӯда ва таъсири онҳо ба нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт.

#### **Объекти омӯзиш.**

Диссертатсияи мазкур маводҳои 121 нафар беморони гирифтори тангшавии захмии сурхрӯдаро, ки аз усулҳои гуногуни милзанӣ гузаштаанд, дар бар мегирад.

#### **Мавзӯи омӯзиш.**

Мавзӯи таҳқиқот осебҳои пас аз сӯхтагии сурхрӯда дараҷаи III дар кӯдакон буд, ҳамзамон, зимни тадқиқот ҷанбаҳои арзёбии муқоисавии самаранокии усулҳои гуногуни васеъкунии сурхрӯда ҳангоми тангшавиҳои захмӣ дар кӯдакон, инчунин натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддати милзании сурхрӯда ва таъсири онҳо ба сифати нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт омӯхта мешавад.

### **Навгонии илмии тадқиқот**

Меъёрҳои возеҳи эндоскопӣ таҳия ва барои арзёбии дараҷаи осеби сӯхтагии сурхрӯда дар кӯдакон пеш аз ва дар марҳилаи табобат дар амалияи клиникӣ ҷорӣ карда шуданд. Дар асоси меъёрҳои эндоскопӣ рушди стриктураҳои захмии сурхрӯда пешгӯӣ карда шуда, принципҳои асосии муносибати тафриқавии ислоҳи онҳо таҳия карда шуданд. Бо роҳи истифодаи усулҳои эндоскопӣ ва рентгенологии тадқиқот нишондод ва зиднишондодҳо ба усулҳои гуногуни милзанӣ муайян карда шуданд. Усули милзанӣ бо сими роҳнамо бо ёрии фиброэндоскоп таҳия ва такмил дода шуданд. Усулҳои пешгирӣ кардани оризаҳо ҳангоми милзании сурхрӯда дар кӯдакон қор карда баромада шуд. Бартании милзании сурхрӯда бо истифода аз сими роҳнамо дар муқоиса бо дигар усулҳои васеъкунии сурхрӯда исбот шудааст. Вобаста ба дараҷа ва хусусияти сӯхтагии кимиёвӣ алгоритми расмиёти ташҳис ва табобат таҳия ва амалӣ карда шудааст.

### **Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот**

Исбот карда шуд, ки табобати мувофиқи комплексӣ ҳангоми сӯхтаҳои кимиёвӣ сурхрӯда дар марҳилаҳои аввал ба пешгирии рушди оризаҳо мусоидат мекунад. Татбиқи саривактӣ ташҳиси пурраи эндоскопии сурхрӯда имкон медиҳад, ки дараҷаи характерноки осеби узв муайян гардад, то аз гузаронидани муқаррароти иловагии номатлуб пешгирӣ карда шавад.

Омӯзиши натиҷаҳои тадқиқот дар давраи тӯлонӣ нишон дод, ки истифодаи милзанӣ бо сими роҳнамо барои тангшавиҳои захмии сурхрӯда басомади оризаҳо, такроршавии бемориро коҳиш медиҳад ва сифати зиндагии кӯдаконро беҳтар месозад. Ин усули милзанӣ хеле содда аст ва имкон медиҳад, ки васеъшавии узв дурусттар ва беҳатартар анҷом дода шавад. Гузаронидани муолиҷаи мақсаднок дар марҳилаи аввали беморӣ, гузаронидани милзании саривактӣ бо сими роҳнамо барои ба даст овардани натиҷаи самараноки табобати тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакон кӯмак мекунад.

### **Муқаррароте, ба ҳимоя пешниҳод мегарданд:**

Таҳияи меъёрҳои воқеии зухуроти эндоскопӣ ҳангоми сӯхтаҳои вазниниҳои гуногун ба мо имкон медиҳад, ки аз милзаниҳои "беҳуда"-и сурхрӯда ҳангоми дараҷаҳои 1-2 сӯхтагӣ канорагирӣ кунем.

Натиҷаҳои ташҳиси эндоскопии сурхрӯда дар муҳлатҳои қор кардашуда боиси арзёбии бештари воқеӣ ба зарурат, вақт ва басомади милзанӣ дар робита бо нишондиҳандаҳои зухуроти эндоскопии беморӣ мегардад.

Усули милзании сурхрӯда бо сими роҳнамо ҳамчун ҷузъи табобати комплекси тангшавиҳои захмӣ дар кӯдакон боиси беҳтар шудани натиҷаҳои табобат мегардад. Қоркарди равиши комплекси ташҳис ва табобати тангшавиҳои захмии сурхрӯда натиҷаи табобатро беҳтар ва давомнокии онро кам мекунад.

Истифодаи милзанӣ бо истифода аз сими роҳнамо барои тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар аксари мавридҳо теъдоди оризаҳо ва такрори бемориро дар муқоиса бо дигар усулҳои дилататсия дар кӯдакон коҳиш медиҳад.

### **Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.**

Натиҷаҳои таҳқиқот, муқаррароти барои ҳимоя пешниҳодшуда ва тавсияҳои амалӣ ба муоинаи маводи кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири ташҳиси иттилоотӣ ва татбиқи усулҳои гуногуни дилататсия ҳангоми тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакон асос ёфтаанд. Аз рӯи ин кори илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон мақолаҳои илмӣ ва фишурдаҳо ба нашр расонида шудаанд.

### **Мутобиқати рисола ба шиносномаи ихтисосҳои илмӣ**

Таҳқиқот ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.19 – Ҷарроҳии кӯдакона: зербанди 3.1. Этиология, патогенез, ташҳис, табобат ва пешгирии бемориҳои модарзодӣ ва пайдошудаи қафаси сина дар кӯдакон (шуш, сурхрӯда, плевроҳо, миёнадеворӣ, диафрагмаҳо). 3.3. Сӯхтагӣ ва сармохӯрӣ дар кӯдакон - патогенез ва табобат. 3.8. Омодагии пеш аз ҷарроҳии кӯдакон ва идоракунии давраи пас аз ҷарроҳӣ мутобиқат менамояд.

### **Саҳми шахсии довталаб**

Саҳми шахсии довталаб аз инҳо иборат аст: иштироки бевосита дар ҳамаи марҳилаҳои таҳқиқот, ҷамъовариҳои маводҳои илмӣ аз 121 нафар шахсони муоинакардашуда; иштирок дар таҳияи алгоритми ташҳис (интиҳоби усулҳои субъективӣ ва объективӣ омӯзиши ҳолати функционалӣ); гузаронидани муоинаи умумии шахсони таҳқиқшуда; иштирок дар усулҳои иловагии таҳқиқот; таҳияи тавсияҳо оид ба интиҳоби тактикаи муолиҷа барои кӯдакони гирифтори тангшавиҳои захмии сурхрӯда.

### **Апробатсия ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия**

Муқаррароти асосии кори диссертатсионӣ дар анҷуманҳо, конгрессҳо ва конференсияҳои зерин пешниҳод карда шуданд:

- Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе. Конгресси 3-юми ҷарроҳони кӯдакона, анестезиологҳо ва реаниматологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон “Усулҳои муосир дар ҷарроҳии кӯдакона ва табобати интенсивӣ: дастовардҳо, мушкилот ва роҳҳои ҳалли онҳо” 2020;

- Ҷумҳурии Ўзбекистон, ш. Самарқанд. Конфронси байналмилалӣ илмию амалии «Масъалаҳои мубрами ҷарроҳии кӯдакона, травматология, педиатрия ва анестезиология – реаниматсия» 28.05. 2021;

- Ҷумҳурии Тоҷикистон. ш. Душанбе. Маводҳои конфронси илмӣ-амалӣ (69-умин) бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021); 17.11.21;

- Ҷумҳурии Тоҷикистон. ш. Душанбе. XVII - конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён бо иштироки байналмилалӣ Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», «Масъалаҳои актуалии таҳқиқотҳои илмӣ муосир»; 29.04.22;

- Ҷумҳурии Тоҷикистон. ш. Душанбе. Маводҳои конфронси ҳарсолаи 11-уми илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалӣ дар мавзӯи таълими тиббию иҷтимоӣ – самти нави рушди маориф, амалия ва илм (комёбиҳо, мушкилот ва рушди он) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон; 28-29. 10.22

- Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе. Ҷаласаи Ассотсиатсияи ҷарроҳони кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон; 07.12. 2022;

- Ҷумҳурии Тоҷикистон. ш. Душанбе. Симпозиуми байналхалқии «Мушкилоти мубрами онкология бо иштироки байналмилалӣ». Маҷмуаи мақолаҳо. Душанбе. 28.04.23, с. 260-262.

Тавсияҳои амалии диссертатсия ба кори шуъбаҳои ҷарроҳии кӯдакони Муассисаи давлатии «Маркази миллии тиббии «Шифобахш» ва маҷмааи бисёрсоҳаи «Истиклол»-и шаҳри Душанбе ҷорӣ карда шуда, ба барномаҳои таълимии донишҷӯёни Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дохил карда шудаанд.

### **Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия**

Доир ба мавзӯи рисола 9 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои илмӣ тақризи аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва КОА-и назди Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия тавсияшуда, 4 мақола дар маводи конференсияҳо ва симпозиумҳои гуногун ба нашр расонида шудаанд. Маллиф соҳиби як тақлифи навоварона мебошад (05.08.22, № 3475/P963).

### **Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия**

Кори илмӣ дар 137 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз мундариҷа, рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ, муқаддима, тавсифи умумии кор, 5 боби асосӣ, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот, номгӯи манбаъҳои истифодашуда, интишорот оид ба мавзӯи рисола иборат мебошад. Кори диссертатсионӣ бо 47 – расм, 18 – ҷадвал оро дода шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 145 сарчашма, аз ҷумла 69 асари муаллифони русзабон ва 76 муаллифи хориҷӣ иборат аст.

### **Мундариҷаи таҳқиқот**

Тавсифоти умумии мушоҳидаҳои клиникӣ

Дар давраи аз соли 2014 то соли 2020. дар дармонгоҳи ҷарроҳии кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар заминаи шуъбаи торакоабдоминалии Маркази миллии тиббии (ММТ) «Шифобахш»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон 494 нафар беморони гирифтори бемории ТЗС бо сабаби тасодуфан истифода бурдани маводи кимиёвӣ таъбабат карда шудаанд. Аксарияти бештари кӯдакон — 396 нафар (80,2 фоиз) дар рӯзи якуми баъди захмдоршавӣ ба беморхона қабул карда шуданд.

Аз рӯи таснифоти эндоскопии дараҷабандии осеби сӯхтагии сурхрӯда мувофиқи С.Д. Терновский, тақсимооти беморон чунин буд: дар 242 (49%) кӯдак дараҷаи I-уми ОКС, дар 131 нафар (26,5%) кӯдакон дараҷаи II-и ОКС, дар 121 нафар (24,5%) бемор дараҷаи III-и ОКС муайян карда шуд.

Азбаски ТЗС асосан дар кӯдакони дараҷаи III-и ОКС рух медиҳад, барои омӯзиши ҳамаҷонибаи сабабҳои пайдоиши стриктураҳои захмҳо, интиҳоби дурусти беморон, инчунин ба даст овардани натиҷаҳои таъбабати онҳо бо усулҳои гуногуни милзанӣ, мо ин гурӯҳро ҳамчун объекти таҳқиқоти диссертатсионӣ интиҳоб кардем.

Дар байни 121 беморони гирифтори дараҷаи III ОКС, 67 (55,4%) писарон ва 54 (44,6%) духтарон буданд. Синну соли кӯдакон аз 1 то 18 сола (синни миёна 6,4 сол) буд. Кӯдакони аз 1 то 3 сола бартарӣ дошанд – 78 (64,5%). Вобаста аз усули милзанӣ ҳангоми ТЗС, беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: ба гурӯҳи назоратӣ 68 (56,2%) беморон дохил карда шуданд, ки дар онҳо васеъкунии сурхрӯда бо усули «кӯр-кӯрона» - 47 (38,8%), бо «ришта» - дар 21 (17,4%) кӯдак гузаронида шудааст. Дар гурӯҳи асосӣ, 53 (43,8%) беморон милзани сурхрӯдаро бо истифода аз сими роҳнамо (қад-қадими сими роҳнамо) анҷом доданд. Тақсимои кӯдакон аз рӯи синну сол дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

**Ҷадвали 1. - Тақсимои кӯдакони бо сӯхтагиҳои кимиёвии сурхрӯдаи дараҷаи 3 аз рӯи синну сол дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Синнусол	Гурӯҳ				p	Ҷамагӣ (n=121)	
	Назоратӣ (n=68)		Асосӣ (n=53)			абс.	%
	абс.	%	абс.	%			
1-3	53	77,9	25	47,2	<0,001	78	64,5
4-7	13	19,1	21	39,6	<0,05	34	28,0
8-12	1	1,5	5	9,4	>0,05	6	5,0
13-18	1	1,5	2	3,8	>0,05	3	2,5
Ҷамъ	68	100,0	53	100,0		121	100,0

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри  $\chi^2$ )

Натиҷаҳои таҳлили муқоисавӣ (Ҷадвали 2.3) дар гурӯҳҳои синнусолии аз 1-3 сола ( $p < 0,001$ ) ва аз 3-7 сола ( $p < 0,05$ ) тафовути ҷиддиро ошкор намуд. Дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ 30% беморон дар давоми 3 соати гирифтани осеб ба беморхона бистарӣ шуданд ва 70 фоизи боқимондаи кӯдакон баъди 3 соат омадаанд.

Этиологияи пайдоиши ОКС, ки боиси рушди ТЗС гардид, дар ҷадвали 2.2 оварда шудааст. Ҷамин тарик, аз 121 нафар беморони гирифтори ТЗС дар 78 нафар (64,5%) сӯхтагии сурхрӯда аз сирко, дар 38 нафар (31,4%) аз маҳлули ишқорӣ, дар 3 нафар (2,5%) дар натиҷаи тасодуфан фурӯбарии батареяи мудаввар ба вучуд омадааст (батареяи галваники автономӣ – манбаи диски даврашакли ҷараёни барқ), дар 2 (1,6%) – моддаи кимиёвии номаълум.

**Ҷадвали 2. – Омилҳои этиологии тангшавии захмии сурхрӯдаи кӯдакон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Номгӯи воситаҳо	Гурӯҳҳо			Ҷамагӣ (n=121)
	Назоратӣ (n=68)	Асосӣ (n=53)	p	

	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Уксусная эссенция	52	76,5	26	49,0	<0,01	78	64,5
Щелочь	14	20,5	24	45,3	<0,01	38	31,4
Круглая батарейка*	1	1,5	2	3,8	>0,05	3	2,5
Неизвестный реагент	1	1,5	1	1,9	>0,05	2	1,7
Цамъ	68	100,0	53	100,0		121	100,0

**Эзоҳ:** р – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳои байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри  $\chi^2$ ); \*Дар ин ҷо ва дар ҷадвали 2.4. батареяи мудаввар - батареяи галваник автономӣ - манбаи дискии даврашакли ҷараёни барқ.

Яке аз ҷанбаҳои муҳим дар интиҳоби усули дилататсия ин муайян кардани дарозии тангшавии захмӣ мебошад, ки таъбобати минбаъда аз он вобаста аст. Вобаста ба дарозии тангшавии захмӣ одатан ба се намуд тақсим мешаванд: кӯтоҳ (на бештар аз 1,5 см), найчагӣ (аз 1,5 то 4 см) ва дароз (зиёда аз 4 см). Ҳамин тариқ, тибқи натиҷаҳои тадқиқоти мо, дар ҳарду гурӯҳ дар 47 (38,8%) беморон тангии кӯтоҳи сурхрӯда, дар 64 нафар (53%) шакли найчагӣ ва дар 10 (8,2%) нафар тангии васеъшудаи сурхрӯда муайян карда шудааст. Ҳамчунин дар рафти кор маълум гардид, ки стриктураҳои кӯтоҳи сурхрӯда аксаран дар натиҷаи маҳлули сирко ба амал омада, тангӣ ҳамеша дар сеяки болоии сурхрӯда ҷойгир аст. Маҳлулҳои ишқорӣ боиси стриктураҳои дарозтари захмӣ мешаванд, ки метавонанд дар қисмҳои миёна ва поёнии узв ҷойгир шаванд.

Ҳангоми муоинаи эндоскопӣ ва рентгеноконтрастии беморон инчунин ҷойгиршавии майдони тангшавии узв ва андозаи он муайян карда шуд. Дар маҷмӯъ, танҳо 56 кӯдак дар қисми болоии узв, 28 нафар дар миёна, 23 нафар дар сеяки поёни сурхрӯда ва дар 12 кӯдак дар сеяки миёна ва поёни сурхрӯда стриктура мушоҳида шуд.

Дар алоқамандӣ ба таъбобати ТЗС, бояд диаметри минтақаи осебдидаи тангшуда ба назар гирифта шавад, ки интиҳоби усули васеъкунӣ бевосита аз он вобаста аст. Бо омӯхтани маълумотҳои эндоскопӣ ва рентгенологӣ мо диаметри қисми тангтарини стриктураро муайян кардем. Ҳамин тариқ, дар 23 кӯдак диаметри тангшавии захмӣ то 2 мм, дар 56 кӯдак аз 2 то 5 мм ва дар 42 нафар аз 5 то 8 мм муайян карда шуд.

**Зухуроти клиникалии сӯхтагии кимиёвӣ ва ташҳиси тангшавии захмии сурхрӯда дар кӯдакон**

Паҳнии зухуроти клиникалии беморӣ, вазнинии сурхрӯдаи зарардида, инкишофи минбаъдаи тангшавии захмӣ ҳангоми сӯхтаи кимиёвӣ дар ҳама мушоҳидаҳо бо хусусиятҳои реагент, миқдори моддаи қабулшуда, консентратсияи он, мувофиқат ва вақти тамос бо девори узв алоқаманд аст.

Кӯдакони гирифтори СКС ҳангоми қабул ба беморхона аз дард ҳангоми фуру бурдан, изтироб, гиперсаливатсия ва баланд шудани ҳарорати пасти бадан шикоят карданд. Дар як гурӯҳи кӯдакони бо сӯхтаҳои роҳҳои нафас аломатҳои нафасгирӣ ба мушоҳида мерасанд. Ҳангоми муоина дар кӯдакон

нишонаҳои сӯхтагии кимиёвӣ дар лабҳо, луобпардаи даҳон дар шакли захмҳо ва чамъшавии фибрин муайян карда шуданд. Ҳангоми мурочиат ба беморхона қадами аввал дуруст арзёбӣ кардани вазнинии ҳолати бемор ва бистарӣ кардани онҳо дар шӯъбаи дахлдор мебошад. Аз рӯи мушоҳидаҳои мо, 191 (36,7%) кӯдакони гирифтори СКС дар беморхона бо ҳолати вазнин ва 303 (61,3%) нафар беморон бо дараҷаи миёна қабул карда шуданд.

Тактикаи интиҳобшудаи табобат дар солҳои гуногун аз вазнинии осеби узвҳо дар кӯдакони гирифтори СКС вобаста буд. Аз сабаби мушкилии ташҳиси тафриқавӣ то соли 2017 дар кӯдакони гирифтори дараҷаи II ва III-и СКС, дар рӯзҳои 8-10 пас аз ошкор шудани бофтаҳои гранулятсионӣ ва лавҳаҳои фибринозӣ, онҳо ба истифодаи милзании барвақтии пешгирикунанда бо истифода аз усули “кӯр-кӯрона” ё “аз паси ришта» баъди ба кор бурдани гастростомҳо рӯ овардаҷаанд. Аз ноябри соли 2017 тактикаи муолиҷаи беморони гирифтори СКС бо мақсади пешгирии рушди оризаҳои барвақтӣ тағйир дода шуда, милзаниҳои барвақтии профилактикӣ гузаронида намешаванд;

Ҳамин тариқ, беморон дар рӯзҳои 8-10 пас аз паст шудани раванди илтиҳобӣ ва беҳтар шудани вазӣ умумии онҳо аз беморхона ҷавоб дода шуда, дар рӯзи 21-ум аз ташҳиси ФЕГДС-и назоратии амбулаторӣ гузаронида шуданд. Пас аз 4-6 ҳафтаи ҷароҳат муоинаи такрорӣ гузаронида шуда, аз рӯи натиҷаҳои тадқиқот беморони дараҷаи III-и сӯхтагии сурхрӯда ба таври катъӣ интиҳоб карда шуданд. Дар сурати шикоят аз душвории фурӯбарӣ, ин беморон пеш аз мӯҳлат бистарӣ карда шуданд.

Зухуроти клиникии ТЗС дараҷаи моддаҳои сӯзонанда ва фосилаи вақтро аз лаҳзаи қабули беморон муайян мекунад. Илова бар ин, ҳангоми мурочиат ба беморхона анамнезро бодикқат чамъоварӣ мекунанд ва ҷанбаҳои зерин ба назар гирифта мешаванд: ғизо (сахт ё моеъ); мавҷудияти ҳолатҳои нафаскашӣ ва сулфа ҳангоми фурӯ бурдан; барои пайдо шудани рефлексҳои қайқунӣ чӣ қадар вақт лозим аст? оё рафтани оби даҳон, оруғзанӣ, бӯи бади даҳон ба мушоҳида мерасад; оё кӯдак бронхопневмония дорад? оё қад ва вазни бемор ба категорияи синнусоли зарурӣ мувофиқ аст.

Ҳамин тариқ, 88 (72,7%) нафар кӯдакони гирифтори ТЗС ба беморхона асосан бо шикоятҳои мушкилии фурӯбарии ғизо ва синдроми қайқунӣ пас аз хӯрокхӯрӣ мурочиат кардаанд. Бемороне, ки муддати тӯлонӣ аз ин беморӣ азоб мекашиданд, эндотоксикозҳои дарозмуддат бо вайроншавии музмини ғизои дараҷаҳои гуногун доштанд.

Ҳангоми ТЗС, вақти пайдоиши тангшавиро ба назар гирифтани лозим аст ва аз ин рӯ, вақти қабули беморон аз лаҳзаи гирифтани осеб то мурочиат ба беморхона бояд ба назар гирифта шавад.



Тибқи мушоҳидаҳои мо, дар ҳарду гурӯҳ 93 (76,8%) кӯдакон дар муддати як моҳи гирифтани сӯхтагии кимиёвӣ, 12 нафар (21,5%) беморон дар фосилаи як то ду моҳ ва ду бемор фақат баъди ду моҳ дар беморхона бистарӣ шудаанд.

Ҳангоми бо ТЗС ба беморхона бистарӣ гаштани кӯдакон бояд вазнинии вазъият дуруст арзёбӣ карда шавад, зеро натиҷаҳои минбаъдаи муолиҷаи муваффақона аз он вобаста аст. Аҳволи беморон ҳангоми қабул ба беморхона қаноатбахш, миёна ва вазнин арзёбӣ гардид. Ҳамин тариқ, 64 нафар беморон дар ҳолати қаноатбахш, 43 нафар дар дараҷаи миёна ва 14 нафар дар ҳолати вазнин ба беморхона бистарӣ шуданд.

Дар беморони ҳолати қаноатбахш, ҳангоми истеъмоли ғизои моеъ душворӣ нақаша, вайроншавии гузаронандагии сурхрӯда ҳангоми қабули ғизои саҳт ба қайд гирифта шуд; Кӯдакони ин гурӯҳ аз ҳамсолони худ қафо намонданд ва дар санҷиши хуни умумӣ ва биохимиявиашон тағйирот ба мушоҳида нарасид.

Дар беморони дорои дараҷаи миёна, гипотрофия, ақибмонӣ дар рушди ҷисмонӣ дар муқоиса бо ҳамсолон, тағйирот дар санҷишҳои умумӣ ва биохимиявии хун дар шакли камхунии нормохромӣ, лейкоцитоз ва гипопроотеинемия ба қайд гирифта шуданд.

Беморони бо дараҷаҳои вазнини беморӣ аз иштиҳои бад, обравиҳои даҳон, қайқунии дарҳоли пас аз хӯрдани хӯрок, бўи бади даҳон шикоят доштанд. Аксар вақт дар ин гурӯҳи кӯдакон тасвири бронхопневмония ба назар мерасад; Зухуроти камғизоии шадиди музмин ба ин беморон характернок буда, инчунин номутобикатӣ дар маълумоти антропометрӣ ва тағйироти амиқ дар нишондиҳандаҳои хун ба назар мерасид.

### **Арзёбии эндоскопӣ ва рентгенологии тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакон**

Дар ҳамаи 121 кӯдаки гирифтори ТЗС фиброэндоскопияи сурхрӯда истифода шуд, ки дар ҳама ҳолатҳо диаметр ва дараҷаи минтақаи тангиро муайян кардан мумкин буд. Ҳангоми муоинаи аввалияи эндоскопӣ дар (60%) майдони тангшуда гузаранда буда, дарозии минтақаи осебдидаро муайян кардан мумкин буд. Илова бар ин, дар беморони гирифтори ТЗС, диаметри минтақаҳои тангшуда бо истифода аз ташхиси эндоскопӣ барои интиҳоби андозаи мувофиқ муайян карда шуданд. Дар 98 (81,0%) беморон ин усул дар динамикаи табобат дар бораи сохтори тангшавӣ маълумоти дуруст дод ва дар 23 (19,0%) беморон (эндоскоп аз сабаби борик будани мавзеи тангшуда гузаранда набуд), ин усул иттилоотнок набуд, вале диаметри майдони тангшуда барои интиҳоби милзании мувофиқ муайян карда шуд.

Ҳамаи беморони гирифтори ТЗС рентгенографияи сурхрӯдаро бо маводи контрастии сульфати барий гузарониданд.

Ҳамин тариқ, истифодаи якҷояи усулҳои тадқиқоти эндоскопӣ ва рентгенологӣ дар ташхиси ТЗС имкон дод, ки нишондиҳандаҳои зарурии тангшавиҳои захмӣ дақиқтар муайян карда шаванд ва ба ҳама саволҳои ба миёномада, ки барои интиҳоби усули милзанӣ ва табобат заруранд, ҷавоб пайдо карда шавад.

## **Натиҷаҳои таъобати тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакон Оқибатҳои тахминии милзании сурхрӯда**

Аз шумораи умумии (78) нафар беморони гирифтори ТЗС пас аз сӯхтаи бо сирко, 52 (66,7%) нафар беморон аз гурӯҳи назоратӣ ва 26 (33,3%) аз гурӯҳи асосӣ буданд. Аз ин теъдод 28 нафар (35,8%) кӯдакон пас аз 1 моҳи осебёбӣ дар беморхона бистарӣ шудаанд.

Дар 4 (5,1%) кӯдакон дар вақти васеъшавии сурхрӯда сӯрохшавӣ ба амал омад. Дар ду кӯдаке, ки сӯроҳии сурхрӯда доштанд, тангшавиҳои кӯтоҳ ва 2 нафари дигар (2,5%) тангшавиҳои дароз ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ сӯрохшавии сурхрӯда дар 3 (3,8%) кӯдак ба амал омад: дар 2 (2,5%) ҳангоми милзании кӯр-кӯрона ва дар як нафар ҳангоми милзании паси ришта сӯрохшавӣ ба назар расид.

Дар беморони гурӯҳи асосӣ сӯрохшавии узв дар як ҳолат (1,3%) рух додааст. Ду бемор (як нафар аз ҳар гурӯҳ), ки оризаро аз сар гузаронидаанд, обияткашии (дренажи) холигоҳи плевраро гузарониданд ва ҳарду бо натиҷаи бомуваффақият таъобат карда шуданд; Дар як кӯдаке, ки холигии плевр авиаш дренаж нашуда буд, сӯроҳии сурхрӯда ҳангоми милзании навбатии назоратшаванда бо истифода аз ришта ба амал омад. Азбаски сӯрохшавии хурд дар сеяки болоии сурхча ҷойгир буд, кӯдак ба воситаи найчаи меъда ғизо дода шуд. Натиҷаи мусбат ба даст омад.

Пас аз сӯхтаи бо маводи уккусӣ бо ташаккули тангшавиҳои дарозшудаи захмӣ, 21 (26,9%) беморон ҷарроҳӣ карда шуданд: лапаротомия, гастростомия аз рӯи усули Кадер бо риштаи назогастралӣ гузаронида шуд, ки натиҷаи хуб ба даст омад. Дар байни ин кӯдакон 18 нафар (23,0%) аз гурӯҳи назоратӣ ва 3 нафар (3,8%) аз гурӯҳи асосӣ буданд. Ду кӯдакро аз дигар муассисаҳои таъобатӣ бо найчаи гастростомия ба клиника оварданд, ки дар онҳо милзанӣ бо сими роҳнамо анҷом дода шуда натиҷаи хуб дод.

Дар байни кӯдакони гурӯҳи асосӣ, ки тангшавиҳои захмии пас аз сӯхтаи сирко инкишоф ёфта буданд, танҳо дар як ҳолат суроҳии узв дар сеяки болоии сурхрӯда мушоҳида шуд, ки добияткашии холигоҳи плевра ва ғизодиҳии найчагиро талаб мекард. Натиҷаи таъобат самаранок буд.

Умуман, натиҷаҳои муолиҷаи беморони ҳангоми милзанӣ бо сими роҳнамо дар кӯдакони гурӯҳи асосии бо ТЗС пас аз сӯхтаи сирко хуб буда, самаранокии он 98,7%ро ташкил дод.

Пас аз қабули ишқор дар 38 кӯдак (31,4%) ТЗС пайдо шуд. Аз ин теъдод 14 нафар (36,8%) беморон дар гурӯҳи назоратӣ ва 24 нафар (63,2%) дар гурӯҳи асосӣ буданд. Дар ҳарду гурӯҳ дар 6 (15,8%) беморон тангшавиҳои дарози захмии сурхрӯда мушоҳида карда шуданд. Дар 4 (10,5%) беморон дар гурӯҳи назоратӣ ва дар 2 (5,3%) дар гурӯҳи асосӣ (бемориҳо тангшавиҳои дарози захмӣ доштанд ва 1 моҳ пас аз санаи ҷароҳат ба беморхона омадаанд) ориза дар шакли сӯрохшавии сурхрӯда ба вучуд омад. Дар байни кӯдакони гурӯҳи назоратӣ дар ҳама ҳолатҳо холигоҳи плевра дренаж карда, таъобати мувофиқ гузаронида шуд, ки натиҷаи ниҳой мусбат буд. Дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар як ҳолат холигоҳи плевра аз тарафи рост дренаж карда шуда, баъдан аз рӯи усули Кадер гастростома гузошта шуд, ки натиҷаи мусбати таъобат ба қайд

гирифта шуд; Дар як мушоҳидаи дигар, кӯдак дар ғизодиҳии найчагӣ буд ва ӯ табобати комплексӣ гирифта, бо натиҷаи мусбӣ ҷавоб дода шуд. Аз истифодаи милзаниҳои ноқилӣ натиҷаи мусбат ба даст омад. Самаранокии милзаниҳои ноқилӣ ҳангоми ҷойгиркунии гастростомаҳо танҳо дар як мушоҳида дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ мушоҳида шуд.

Дар байни кӯдакони гурӯҳи асосии беморон ташаккули ТЗС пас аз сӯхтани ишқорӣ милзанӣ бо сими роҳнамо дар 58,3% ҳолатҳо самаранок буд. Ҳангоми бесамар будани васеъкунӣ, ба волидайн тавсия дода шуд, ки ҷарроҳии пластикии реконструктивиӣ сурхрударо гузаронанд, аммо онҳо даҳолати ҷарроҳиро рад карданд ва аз ин рӯ сеансҳои милзанӣ идома дода шуданд. Ду бемор дар беморхонаҳои хориҷӣ ҷарроҳӣ карда шуданд.

Дар 3 мушоҳидаи дигар, ТЗС пас тасодуфан фуру бурдани батареяҳо ба вучуд омадаанд, ки дар он як кӯдак пас аз татбиқи гастростома милзаниии паси риштагӣ ва ду кӯдаки дигар милзанӣ бо сими роҳнаморо гузаштанд. Дар кӯдаки гурӯҳи назоратӣ пас аз сеанси навбатии милзанӣ бо ришта, сӯроҳи сурхрӯда ба амал омад, холигоҳи плевраи тарафи рост дренаж карда шуд, ки натиҷаи он мусбат буд. Баъдан, кӯдак табобати ҳамачониба гирифт, ки ба барқароршавии бемор мусоидат кард.

Аз шумораи умумии беморони гирифтори ТЗС, ду кӯдак аз реагенти номаълум бо пайдоиши тангшавиҳои захмии узв осеб бардошта буданд. Ба кӯдакони милзанӣ бо ришта ва бо сими роҳнамо гузаронида шуд. Дар як кӯдак натиҷаи мусоид ба даст омад, дар ҳоле ки дар кӯдаки дуюм аз сабаби дарозии тангӣ натиҷаи ба дастномада ғайриқаноатбахш буд. Милзани бо ришта пешниҳод шуд, аммо ин пешниҳод аз ҷониби волидон пазируфта нашуд.

Дар рафти кори худ мо алгоритми таҳқиқоти комплексӣ ва интиҳоби усули ислоҳи ТЗС -ро дар бачагон тартиб додем (расми 1).

Натиҷаҳои тадқиқоти илмии худро ҷамъбаст карда, мо чунин мешуморем, ки дастоварди мо бо такмили тафриқаи ташҳиси дараҷаҳои II ва III-и СКС бо усули эндоскопӣ алоқаманд аст. Инчунин, аз милзаниии пешгирикунандаи барвақтӣ даст кашида шуд ва дар табобати ТЗС аз милзанӣ бо сими роҳнамо, ки беҳатартарин ва муассиртарин аст, истифода бурда шуд.

Меъёри самарани табобатӣ ҳангоми васеъшавии сурхрӯда дар ҳарду гурӯҳ ин васеъшавии доимии равангаи он то 10-12 мм ё бештар аз он буд, ки имкон медиҳад эндоскоп аз минтақаи саҳтшуда озод гузарад ва инчунин, маводи контрастӣ ба воситаи сурхрӯда ҳангоми рентгенографияи узв озод гузарад.

Натиҷаҳои табобати кӯдакони вобаста ба интиҳоби усулҳои милзанӣ дар ду гурӯҳи таҳқиқотӣ омӯхта шуданд, ки нишондиҳандаҳои мухтасари онҳо дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

**Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои мухтасар дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ**

Параметрҳои муқоиса	Гурӯҳҳо	
	Назоратӣ, n=68	Асосӣ, n= 53
	Усулҳои милзанӣ	

	<b>Кӯр- кӯрона</b>	<b>Бо ришта</b>	<b>Бо сими роҳнамо</b>
Сӯрохшавии кӯррӯда	-	2	1
Чарроҳии тарминӣ	-	1	
Самаранокии милзанӣ	-	-	-
Гузоштани гастростомҳо	-	-	-
Давомнокии дар беморхона будан			

Натиҷаҳои ба дастомадаро таҳлил намуда, метавон гуфт, ки дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ҳодисаҳои сӯрохшавии сурхрӯда хангоми васеъшавии узв камтар ба назар мерасанд. Инчунин бояд қайд кард, ки даҳолати чарроҳӣ (гузоштани гастростомаҳо) дар байни кӯдакони гурӯҳи асосӣ танҳо дар як бемор (кӯдаки гирифтори тангшавии дарози захмӣ) гузаронида шудааст. Ин аз он сабаб аст, ки усули милзании сурхрӯда бо сими роҳнамо самаранок буд ва ба имкон дод, ки тангиҳои рушдбанда муваффақона васеъ карда шаванд.

### **Милзании сурхрӯда**

Дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ милзании сурхрӯда бо сими роҳнамо бо ёрии милҳои силиконии дохилшон кушодаи фирмаи «Wilson Medical Cook, (США)» анҷом дода шуд, ки дар он нӯги сим аз пружа иборат аст, ки атравматикӣ мебошад. Андозаҳои зерини милзаниҳои ноқилӣ истифода шуданд: 15 Fr, 19 Fr, 21 Fr, 27 Fr, 29 Fr, 33 Fr, 38 Fr, 42 Fr, 45 Fr, 48 Fr аз руи шкалаи Шарйер (Charrière)\*. Диаметри милзаниҳои силиконӣ аз 2,0 то 15,0 мм ва дарозии онҳо 70 см буд.

Дар қадами аввал сими ноқилӣ тавассути сурхрӯда ба равшанаи меъда ворид карда мешавад. Аксар вақт, хангоми воридкунии сим ба холигии узв нӯги он ба ларзиши намоён дар минтақаи эпигастрий оварда мерасонад. Дар қадами дуюм, ба воситаи сим милзанӣ гузаронида мешавад ва оҳиста ба меъда равона карда мешавад. Пас аз анҷом додани амалҳо, милзанӣ ба воситаи сим ба қафо кашида мешавад ва ҷойгиршавии он дар холигоҳи меъда бодикқат назорат карда мешавад. Ин усули васеъкунӣ дар давоми 2-3 маротибаи аввал таҳти оромбахшии умумии беморон, дар ҳучраи эндоскопии шӯба гузаронида мешавад.

Сеансҳои минбаъдаи милзанӣ бе анестезияи умумӣ гузаронида шуда, бо назардошти меъёри синну сол беморон тавассути қабули 0,1% атропин ва 5% трамадол ба чарроҳӣ омода карда шуданд. Дар беморхона сеансҳои милзанӣ бо сими роҳнамо ду маротиба дар фосилаи 3 рӯз дар тӯли ду ҳафта гузаронида шуданд. Пас аз ҷавоб шудан, беморони гирифтори ТЗС ба васеъкунии амбулатории узв интиқол дода шуданд, ки барои ҳамаи беморони гирифтори дараҷаи 3-и СКС пешбинӣ шудааст. Милзанӣ дар аввал дар як ҳафта як маротиба, сипас дар ду ҳафта як маротиба давоми 3 моҳ ва сипас дар ҳар 3 ҳафта як маротиба то пурра бартараф шудани тангшавии захмӣ идома дода шуд. Ин беморон ҳар 2 моҳ пас аз фиброэзофагогастроуденоскопияи (ФЭГДС) -и назоратӣ гузаронида мешаванд.

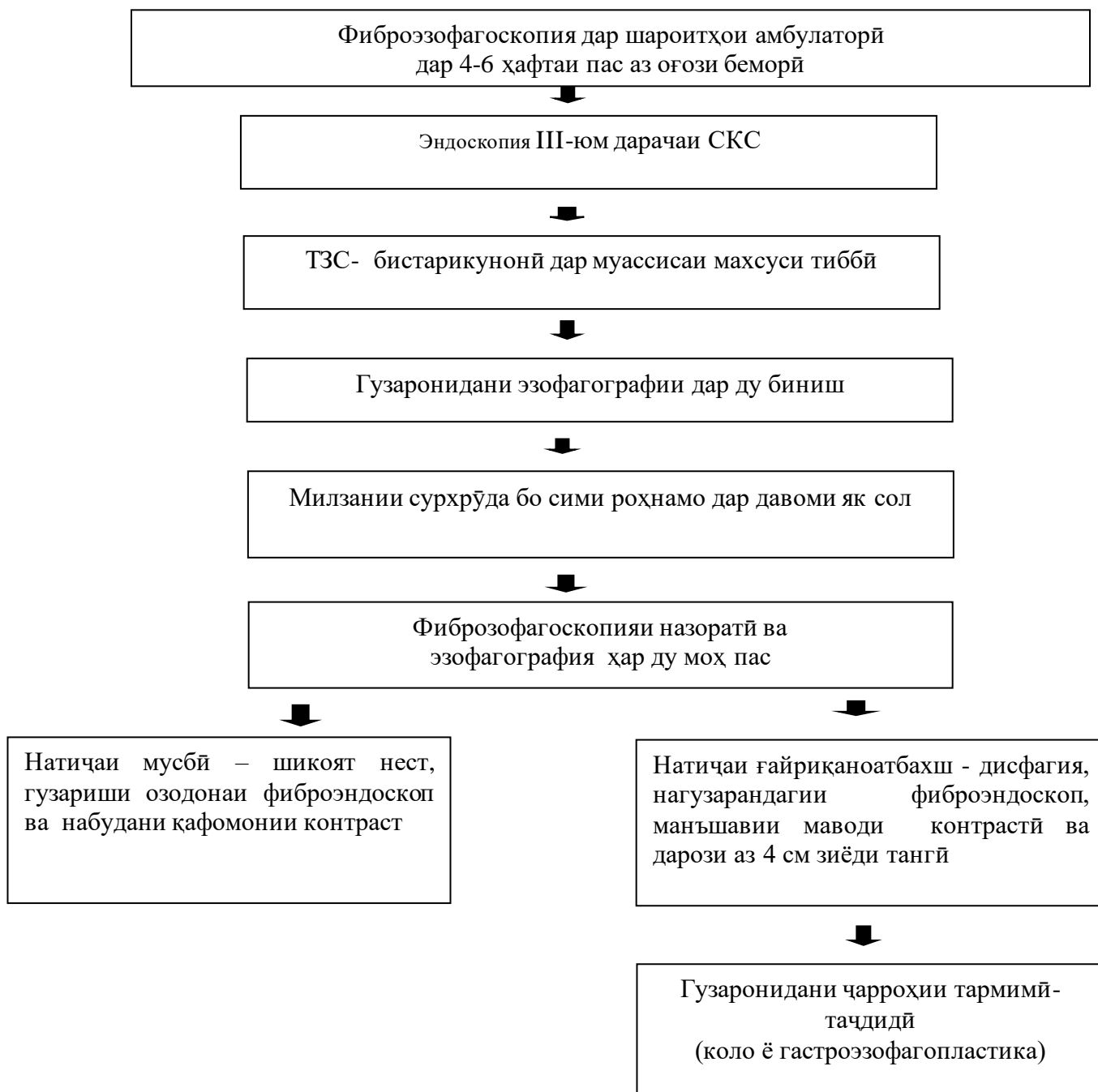
Пеш аз сеансҳои милзанӣ волидон аз хусуси эҳтимолияти пайдоиши сӯрохии сурхрӯда бо истифода аз усулҳои гуногуни васеъкунӣ огоҳ карда шуданд ва аз ин рӯ онҳо оид ба оризаҳои эҳтимолӣ "ризоияти огоҳона" имзо карданд. Ва танҳо пас аз ризоияти волидон амалҳои дар боло зикршуда анҷом дода шуданд. Дар ин саволнома нуктаҳои зерин қайд карда шудаанд: самаранокии милзанӣ аз рӯи маълумотҳои муаллифони гуногун, усулҳои васеъкунӣ, инчунин камбудихо ва эҳтимолияти пайдоиши оризаҳо.

Дағалона вайрон карда шудани масоҳати узв на ҳамеша имкон медиҳад, ки сими роҳнамо аз сурохии зарардида гузаронида шавад. Дар ин ҳолат, як фиброэндоскоп тавассути холигоҳи сурхрӯда истифода бурда шуд, ки дар ин маврид сими роҳнамо ба холигоҳи меъда кашида мешавад, то сеанси самарабахши милзанӣ ба даст ояд. Мо бо истифода аз ин усул таклифи навоваронаи «Усули ба воситаи фиброэндоскопия гузоштани симҳои роҳнамо»-ро кор карда баромадем.

Усул ба таври зерин амалӣ карда мешавад: марҳилаи аввал фиброэзофагоскопия буд ва дар зери дастгирии он сими роҳнамо тавассути сурхрӯда ба холигоҳи меъда тела дода шуд. Сипас, дар марҳилаи дуюм тавассути сим милзанӣ гузаронида, оҳиста-оҳиста он ба меъда равона карда мешавад. Дар 2-3 ҳолат, мо ин усулро дар зери беҳушқунии умумӣ дар ҳучраи эндоскопӣ амалӣ кардем, сеансҳои минбаъдаи милзанӣ бидуни беҳушқунии умумӣ гузаронида шуданд. Усули пешниҳодшуда дар 18 (14,8%) беморони гирифтори тангшавии захмии сурхрӯда дар кӯдакон дар шӯъбаи ҷарроҳии торакоабдоминалии кӯдакона истифода шуд, ки дар он ҷо сеансҳои милзанӣ хуб гузаштанд. Дар ҳолатҳои, ки ин усулро иҷро кардан ғайриимкон буд, ба иҷрои гастростомия аз рӯи усули Кадер рӯ оварда шуд ва пас аз он милзанӣ "бо ришта" анҷом дода шуд.

Барои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ милзани сурхрӯда бо истифода аз милагоҳи конусии стандартии ГОСТ 25-1961,088-88 (ш. Қазон) андозаҳои аз № 15 Fr то № 40 Fr аз рӯи чадвали Шарйер бо истифода аз усули "кӯр-кӯрона" ё усули бо "ришта" пас аз татбиқи гастростомия гузаронида шуд. Пеш аз сессияи навбатии милзанӣ бо назардошти диаметр ва дарозии маҳали тангшуда дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти эндоскопӣ ва рентгенӣ, милагоҳи зарурӣ интихоб карда шуд.

Меъёри самарани ноилшудаи табобатӣ ҳангоми васеъкунии сурхрӯда дар ҳарду гурӯҳи ин васеъкунии доимии холигоҳи он то 12 мм ва бештар аз он буд, ки имкон медиҳад эндоскоп аз минтақаи тангӣ озодона гузарад ва инчунин гузариши озоди маводи контрастӣ ба воситаи сурхрӯда ҳангоми рентгеографияи узв таъмин қада шавад.



**Расми 1. Алгоритми таҳқиқоти комплексӣ ва интихоби усули ислоҳи тангшавии захмӣ дар кӯдакон**

### **АРЗЁБИИ СИФАТИИ УСУЛҲОИГУНОГУНИ ВАСЕЪКУНӢ ҲАНГОМИ ТАНГШАВИИ ЗАХМИИ СУРХРӮДА ДАР КӮДАКОН ДАР МАРҲИЛАИ ДАРОЗМУДДАТ**

Барои омӯзиши самаранокии усулҳои милзани аз 121 нафар кӯдакони гирифтори ТЗС омӯзиши натиҷаҳои дарозмуддати 82 (67,7%) нафар беморонро гузаронида шуд. Дар байни онҳо 47 (57,3%) писарон, 35 нафар (42,7%) духтарон буданд.

Аз 82 беморони ҳарду гурӯҳ, давраи муолиҷаи дарозмуддати пас аз милзании сурхрӯда ташкил дод: то 6 моҳ – 26 (31,7%) бемор; аз 6 моҳ то 2 сол – 28 (34,2%) ва аз 2 то 4 сол пас аз васеъкунӣ – 28 (34,2%) бемор.

Дар робита ба усули милзании супхрӯда беморон ба ду гурӯҳи тадқиқотӣ тақсим карда шуданд: гурӯҳи асосӣ, ки 46 (56,1%) беморон ва гурӯҳи назоратӣ, ки 36 (43,9%) нафарро дар бар мегирифтанд. Дилататсия барои беморони гурӯҳи назоратӣ (n-36) "кӯр-кӯрона" ё "бо ришта" анҷом дода шуд. Милзанӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ (n-46) - 46 (56%) нафарро ташкил дода бо усули сими роҳнамо гузаронида шуд. Ҳарду гурӯҳи кӯдакон аз рӯи чинс, синну сол ва табиати патологияи асосӣ муқоисашаванда буданд.

Бартарии усулҳои милзанӣ дар беморони гирифтори ТЗС дар асоси омӯзиши натиҷаҳои дарозмуддат ҳангоми бистарии нақшавӣ будан бо беморони дар шароити амбулаторӣ таъбабтагирифта муқоиса карда шуд. Илова бар ин, мо сифати зиндагии беморонро дар давраи мушоҳидаи дарозмуддат, пас аз усулҳои гуногуни милзанӣ таҳлил кардем.

Меъёрҳои арзёбии самаранокии дилататсия дар муддати тӯлонӣ натиҷаҳои ташҳиси клиникӣ, эндоскопӣ ва рентгенологии сурхрӯда буданд. Дарачаи дисфагия бо истифода аз чадвали Bown (1987) баҳо дода шуд, ки чунин аст: 0- хол – фурубарии муқаррарӣ; 1- хол - мушкilotи даврагӣ ҳангоми гузаштани ғизои саҳт; 2 - хол – истеъмоли ғизои ниммоё; 3 - хол – истеъмоли танҳо ғизои моё; 4 -хол – фуру бурда натавонистани оби даҳон.

0 - хол – фурубарии муқаррарӣ;

Вобаста аз холҳои гирифташуда, сифати зиндагии кӯдакони гирифтори ТЗС дар давраи мушоҳидаҳои дарозмуддат арзёбӣ карда шуд.

Тағйироти сохторӣ дар деворҳои сурхрӯда, инчунин пайдоиши ГЭРБ дар муддати тӯлонӣ пас аз милзанӣ тавассути ФЭГДС ва рентгенографияи сурхрӯда бо маводи контрастӣ (маҳлули сулфати барий 5%) муайян карда шуд.

### **Муоинаи клиникӣ кӯдакон дар гурӯҳҳои омӯзишӣ**

Таҳлили натиҷаҳои муоинаи клиникӣ кӯдакон дар гурӯҳи назоратӣ дар 4 нафар (4,8%) беморон вайроншавии фурубарӣ ҳангоми тановул (ҳангоми фурубарии хӯроки саҳт), дар 4 (4,8%) кӯдакон дарди қисмати эпигастриро ошкор намуд. Шикоятҳо асосан дар беморони гирифтори тангшавиҳои дарози захмӣ сурхрӯда ба қайд гирифта шуданд. Бояд гуфт, ки дарди минтақаи эпигастрий асосан дар кӯдаконе мушоҳида мешуд, ки қаблан ба онҳо найчаи гастростомия гузошта шуда буд. Дар 6 (7,3%) беморони сӯроҳии сурхрӯда, ки дар онҳо холигоҳи плевра дренаж карда шудааст, шикоят аз дарди минтақаи қафаси сина хос буд. Ва дар 12 (14,6) кӯдак ҳангоми аускултатсия нафаскашии заифшуда мушоҳида гардид.

Нишондиҳандаҳои муоинаи умумии клиникии кӯдакони гурӯҳи асосӣ муайян карданд, ки дар ҳеҷ яке аз мушоҳидаҳо беморон ҳангоми хӯрдани хӯрок, сарфи назар аз мутобиқати он, ягон шикоят надоштанд. Танҳо 2 нафар (2,4%) беморон пас аз дренажи холигоҳи плевра бар асари сӯрохии сурхрӯда аз дарди ночиз дар минтақаи қафаси сина шикоят карда, ҳангоми аускултатсия нафаскашии сахт дар нимаи рости қафаси сина шунида шуд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n-36), шикоятҳо ҳангоми фурубарӣ ва дарди қафаси сина нисбат ба беморони гурӯҳи асосӣ 4 - 6 маротиба бештар ба қайд гирифта шуданд.

### **Муоинаи фиброзофагогастроуденоскопия дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Дар муддати тӯлонӣ ҳама кӯдакон ба таври мушоҳида бо мақсади ошкор намудани ҳолат ва масоҳати пардаи луобпарда, тағйироти илтиҳобӣ, захмҳо ва эрозияҳо аз муоинаи эндоскопии узв гузаронида шуданд. Мукаммалии функционалии мавзеи тангшавии пештара, дараҷаи барқароршавии он, инчунин росткунии узв ҳангоми инсуфлятсия ҳаматарафа таҳқиқ карда шуд.

Дар вақти иҷрои амалҳо ба вайроншавии ҳаракати сурхрӯда, сахтии узв дар маҳали пешинаи тангшуда ва дароз шудани ин майдон ҳангоми инсуфлятсия диққат дода шуд. Майдони гузариши сурхрӯдаю меъда низ муоина карда шуд. Характери қатшавӣ ва баста шудани мушаки дил таҳлил карда, аломатҳои бавоситаи чурраи сӯрохии сурхрӯдагии диафрагмаҳо ва ГЭРБ омехта шуданд.

Фиброзофагогастроуденоскопия такроран дар шӯъбаи эндоскопӣ дар меъдаи ҳолӣ бо истифода аз усулҳои стандартӣ бо истифода аз беҳушқунии маҳаллӣ гузаронида шуд. Таҳқиқот нишон дод, ки дар ҳамаи беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ, ки натиҷаҳои хуб ва қаноатбахши таъбибатдоранд, найчаи эндоскопӣ қобили қабул аст. Дар ин ҳолат луобпардаи узв шакли муқаррарӣ дошт, маҳали тангшуда ҳамвор карда шуд.

Дар бемороне, ки пас аз сеансҳои васеъкунӣ натиҷаҳои ғайриқаноатбахш доштанд, найчаи эндоскопии диаметрашон ба синну сол мувофиқ гузаранда набуд ва ё бо душворӣ гузаранда буд.

### **Омӯзиши рентгеноскопия ва таҳқиқоти рентгеноконтрастии сурхрӯда дар гурӯҳҳои муқоисавӣ дар давраи дарозмуддат**

Бо мақсади муайян кардани мавҷудият ё набудани сояи сурхрӯда, ҷойгиршавии сатҳи қафаси синагии диафрагма, иштироки он дар амали нафаскашӣ, омӯхтани шакл ва андозаи ҳубоби газии меъда, дараҷаи возеҳияти кунҷи Ҳис, флюорографияи қафаси сина ва холигоҳи шикам дар ҳолати амудӣ гузаронида шуд.

Гузaronидани рентгенографияи сурхрӯда дар кӯдакони гирифтори ТЗС дар муддати тӯлонӣ ба омӯзиши тағйироти сохтории бофтаи сурхрӯда, релјефи пардаи луобпарда, муайян кардани мавҷудият ё набудани тангии узв, диаметри он мусоидат кард. Барои маълум кардани ГЭРБ ва дараҷаи он, тести



обӣ-сифонӣ истифода шуд. Муоинаи рентгени контрасти сурхрӯда дар ду биниш бо истифода аз маҳлули 5%-аи сулфати барий гузаронида шуд.

### **Омӯзиши сифати ҳаёти беморон дар гурӯҳҳои муқоисавӣ**

Барои муайян кардани сифати зиндагии беморон, пурсиши беморон дар ҳарду гурӯҳ гузаронида шуд. Натиҷаи пурсиши дарозмуддат нишон дод, ки кӯдакони гурӯҳи асосӣ назар ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ камтар дисфагия доранд. Ғайр аз ин, бо назардошти синну соли кӯдакон ҷавобҳои худӣ беморон ва махсусан, ҷавобҳои волидайн онҳоро барои муайян кардани вазъияти умумии равонӣ ва иҷтимоӣ воқеӣ ҳисобидан мумкин нест. Барои муайян кардани сифати зиндагӣ, ҳолати умумии кӯдак, маълумоти ҷисмонӣ ва имкони дастрасӣ ба ғизои мувофиқро ба назар гирифтани лозим аст. Дар робита ба ин, барои баҳодихии пурратар мо саволномаеро таҳия кардем, ки дорои саволҳои дорои ҷавобҳои равшан мебошанд.

Саволномаҳоро волидони кӯдакони ноболиғ ва ба таври мустақилона кӯдакони аз 14-сола боло пур карданд. Аз 82 нафари шумораи умумии беморон, 58 (70,7%) нафар кӯдакон дар пурсиш дар давраи дарозмуддат иштирок карданд. Ҳамзамон, 23 (39,7%) нафар кӯдакон ТЗС-и баъди истеъмоли ишқор, 35 нафар (60,3%) ТЗС-и баъди истеъмоли сирко доштанд. Аз давраи муолиҷаи ибтидоӣ синну соли беморон аз 4 то 12 сола буд. Аз лаҳзаи муолиҷаи аввал то санҷиши ҳозира, аз 1 то 6 сол гузашт. Аз 58 нафар пурсидашудагон 42 нафар (72,4%) худро солим ҳис мекарданд, 14 нафар (24,1%) вазъи саломатии худро қаноатбахш ва 2 нафар (3,5%) кӯдак ғайриқаноатбахш арзёбӣ карданд.

Ҳамаи бемороне, ки дар ҷараёни омӯзиши мо пурсида шуданд, тавонистанд мустақилона хӯрок хӯранд. Дар 42 (72,4%) пурсидашудагон, амали фурубарӣ аслан вайрон нашудааст; дар баробари ин 16 пурсидашуда (27,6%) ҳангоми гузариши ғизо дар қафаси сина, аз ҷумла 8 нафари онҳо (13,8%) пас аз ТЗС-и ишқорӣ дар минтақаи дароз дардҳои лаҳзагиро ҳис карданд, ки дар онҳо якчанд бор васеъкунии узв зери беҳискунии умумӣ анҷом дода шуд.

Дар асоси маълумоти антропометрӣ, мо дарёфтем, ки аксарияти кӯдакон пас аз ТЗС қадпасти ва вазни нокифоя доранд. Ҳамин тариқ, параметрҳои афзоиш дар 38 кӯдак (65,5%) ба ҳисоби миёна мувофиқат карда, дар 34,5% ҳолатҳо инкишофи ҷисмонӣ аз сатҳи миёна паст буд.

Ҳангоми кор тариқи пурсиш мо ба назар гирифтём, ки кӯдакони синфҳои ибтидоӣ ва синни томақтабӣ бо шарҳи саволҳо, интихоби вариант ва шарҳу тавзеҳи ҷавоб душвории муайян доранд. Бо дарназардошти ин, мо кӯшиш мекардем, ки бо саволномаи худ супоришро барои мусоҳибон то ҳадди имкон содда гардонем ва инчунин аксар вақт барои баланд бардоштани эътимоднокӣ ва воқеияти натиҷаҳо аз иштироки волидайн истифода кардем. Зимнан, зикр гардид, ки пас аз васеъшавии сурхрӯда танҳо 46 нафар (79,3%) кӯдакон худро аз зиндагии

худ хушбахт ва қаноатманд медонанд. 12 (20,7%) пурсидашудагон волидони худро аз ҷиҳати эмотсионалӣ ноустувор ва асабонӣ медонанд.

Ҳамин тарик, аз рӯи натиҷаҳои пурсиши мо, шикоятҳо дар муддати тӯлонӣ асосан дар беморони гирифтори ТЗС-и пас аз истеъмоли ишқорӣ буданд. Беморони гирифтори ТЗС пас аз эссенсияи сирко қариб ҳеҷ шикоят надоштанд.

Боби номбурдаро чамбаст карда истода, бояд гуфт, ки ҳангоми арзёбии самаранокии клиникии табобат дар давраи тӯлонӣ, ҳангоми аз хӯрокхӯрӣ шикоят надоштани бемор, инчунин ҳангоми аз узв озод гузаштани фиброэндоскоп натиҷаҳо хуб ҳисобида шуданд. Ҳангоми эзофагография манъшавии моддаи контрастӣ ба қайд гирифта нашуда, деформатсияи деворҳои узвҳо ошкор нагардид.

Мавҷудияти шикоятҳои кӯдакон дар бораи дисфагия ҳангоми истеъмоли ғизои саҳт, бо душворӣ гузаштани фиброэндоскоп аз узв ва каме манъшавии маводи контрастӣ ҳангоми муоинаи сурхрӯда натиҷаи қаноатбахш ҳисобида шуд.

Ҳангоми шикоят аз дисфагия, новобаста аз хусусияти ғизо, дар тӯли як сол ва бештар аз он пас аз васеъкунии узв, монёв шудани гузариши фиброэндоскоп тавассути қисмати танги сурхрӯда ва манъшавии моддаи контрастӣ дар минтақаи нави рестенозии пайдошуда натиҷаи ғайриқаноатбахш ҳисоб карда шуд.

### **Ҷадвали 3. - Натиҷаҳои дарозмуддати табобат дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ**

<b>Натиҷаҳои дарозмуддат</b>	<b>Гурӯҳи асосӣ, дар %</b>	<b>Гурӯҳи назоратӣ, дар %</b>
Хуб	74	61,1
Қаноатбахш	21,7	22,2
Ғайриқаноатбахш	4,3	16,7

Ҳамин тавр, омӯзиши натиҷаҳои дарозмуддати муолиҷаи тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ нишон дод, ки дар 61,1 фоиз натиҷаҳои хуб, дар 22,2 фоиз қаноатбахш, дар 16,7 фоиз ғайриқаноатбахш ба даст оварда шудаанд. Дар баробари ин дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар 74 фоиз натиҷаҳои хуб, дар 21,7 фоиз қаноатбахш, дар 4,3 фоизи мушодидаҳо натиҷаҳои ғайриқаноатбахш ба даст оварда шудаанд.

### **Хулосаҳо**

1. Зухуроти клиникӣ ва дараҷаи ташаккули тангшавиҳои захмии сурхрӯда аз хусусиятҳои моддаи таҳҷумӣ, вақти амали он, инчунин аз майдони сатҳи захм вобаста аст. [1-А, 5-А]

2. Ҳангоми сӯхтагии кимиёвӣ сурхрӯдаи дараҷаи дуум, тасвири эндоскопӣ дар динамикаи табобат бо осеб дидани ҳам қабатҳои луобӣ ва ҳам зерӣ луобпарда, тағйиротҳои некротикӣ дар эпителияи бо қабати тунуки фиброзӣ ва эпителизатсия дар ҳафтаҳои 3- 4-ум характернок мебошад. [2-А, 4-А]

3. Хусусиятҳои эндоскопии сӯхтагии дараҷаи III дар марҳилаҳои муолиҷа дар пайдо шудани қабатҳои хокистарранги фибринозӣ, ноҳамвор, дар девори узв, бофтаҳои бо душворӣ ҷудошавандаи хунрав хангоми соқиткунии онҳо ифода ёфтааст. [7-А, 8-А]

4. Барои тангшавиҳои захмии сурхрӯдаи баъи сӯхтан аз сирко дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ милзанӣ дар қад-қади сими роҳнамо сарфи назар аз дарозӣ дар 98,7% беморон натиҷаи хуб дод. Ғайр аз он, пас аз сӯхтани ишқорӣ, самаранокии милзанӣ бо истифода аз сими роҳнамо 58,3% буд, ки асосан бо тангшавиҳои дарозшудаи захмӣ алоқаманд аст. [3-А, 6-А]

5. Истифодаи милзанӣ бо сими роҳнамо дар кӯдакон барои тангшавиҳои захмии сурхрӯда усули беҳавфтарин ва самараноке аст, ки метавонад басомади оризаҳоро коҳиш диҳад, натиҷаи мусоид ба даст орад ва сифати ҳаёти беморонро беҳтар намояд. [2-А, 9-А]

### **Тавсияҳои амалӣ**

1. Барои пешгирии сӯрохшавии узв дар кӯдакони гирифтори тангшавиҳои захмии сурхрӯда, набояд милзании пешгирикунандаи барвақтӣ гузаронида дода шавад.

2. Барои он ки ба саломатии кӯдак зарар нарасад ва бутунии узв дар давраи аввали беморӣ нигоҳ дошта шавад, пурра анҷом ёфтани тамоми марҳилаҳои сӯхтаро интизор шудан лозим аст.

3. Барои такмил додани муоина меъёрҳои эндоскопии ташҳиси тафриқавӣ заруранд, зеро хангоми ташҳиси дуруст беморони сӯхтагии дараҷаи дуум ба милзаниҳои ноғозим эҳтиёҷ пайдо намекунанд.

4. Истифодаи комплекси усулҳои тадқиқоти эндоскопӣ ва рентгенологӣ дар бораи дараҷаи тангшавиҳои захмии сурхрӯдаи кӯдакон тасвири дақиқтар медиҳад, ки ин барои гузаронидани муолиҷаи самарабахш имкон фароҳам меорад.

5. Барои тангшавиҳои захмии сурхрӯда дар кӯдакон истифодаи бурдани милзанӣ бо сими роҳнамо дар муқоиса бо дигар усулҳои васеъкунӣ метавонад басомади оризаҳо ва такрорёбии бемориро коҳиш диҳад.

6. Усули милзанӣ бо сими роҳнамо дар аксари мавридҳо ба зарурати даҳолати иловагии ҷарроҳӣ (гузоштани найчаи гастростомия бо риштаи назогастралӣ барои милзанӣ) оварда намерасонад ва зарурати милзании пешгирикунандаи барвақтиро пешгирӣ мекунад.

7. Табобати бесамар бо усули милзанӣ дар давоми як сол, инчунин дараҷаи зиёда аз 6 см-и тангшавии захмии сурхрӯда нишонаи бевосита барои ҷарроҳии пластикии узв мебошад.

### **Рӯйхати интишороти нашршуда оид ба мавзӯи диссертатсия:**

[1-М] Юсупов Б.Х. Диагностика и лечение рубцового стеноза пищевода у детей. [Текст] /А.М. Шарипов., Х.А. Шамсзода., Юсупов Б.Х. //Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - № 4 - С. 72-75.

[2-М] Юсупов Б.Х. Лечение детей с последствиями химическими ожогами пищевода у детей. [Текст] /А.М. Шарипов., Х.А. Шамсзода,

Р.А. Рахматова, Юсупов Б.Х, Ю.Т. Додочонов, А.А. Сайфуллоев, У.Л. Умаров. //Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. - 2020. - Том 10. - №2 - С. 217-226.

[3-М] Юсупов Б.Х. Выбор методов лечения рубцового стеноза пищевода у детей. [Текст] / А.М. Шарипов, Х.А. Шамсзода., А.А. Юсупов Б.Х. Баротов, Ю.Т. Додочонов. //Детская хирургия. – 2021. - Том 25. - № S1 - С. 82.

[4-М] Юсупов Б.Х. Сравнительная характеристика методов бужирования при рубцовых стенозах пищевода у детей [Текст] /А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Р.А. Рахматова, С.А. Мазабшоев, Ю.Т. Додочонов //Детская хирургия. - 2022. - Том 26. - №3 - С. 168-173.

[5-М] Юсупов Б.Х. Современные взгляды на этиологию, классификацию, диагностику, лечение химического ожога и послеожоговых рубцовых стенозов пищевода у детей [Текст] /А.М. Шарипов. Б.Х. Юсупов. (обзор литературы) //Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - № 3 - С. 108-119

#### **Мақолаҳо дар маҷмуаҳои илмӣ, маҷмаӯҳои конференсиҳо**

[6-М] Юсупов Б.Х. Подход в лечение рубцовых стенозов пищевода у детей [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Р.А. Рахматова. // Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины. Материалы научно-практической конференции (69-й годичный) с международным участием, посвященной 30 - летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) - Том 1. - С. 238-239.

[7-М] Юсупов Б.Х. Дилатация как один из методов лечения рубцовых стенозов пищевода у детей. [Текст]. /А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Н.Ш. Шарипов. //«Актуальные вопросы современных исследований» XVII научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе. С.

[8-М] Юсупов Б.Х. Результаты лечения рубцовых стенозов пищевода у детей. . [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Н.Ш. Шарипов. //Материалы ежегодной 11 научно-практической конференции с международным участием медико - социальное учение - новое направление в развитие образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан. 28-29 10.22 г. С. 18-19

[9-М] Юсупов Б.Х. Сравнительный анализ способов бужирования при рубцовых стенозах пищевода у детей [Текст]. / А.М. Шарипов, Б.Х. Юсупов, Ю.Т. Додочонов., Н.Ш. Шарипов., С.У. Файзуллоев.. //Симпозиум «Актуальные проблемы онкологии с международным участием». Сборник статей. Душанбе. 28.04.23 г. С. 260-262.

### **Пешниҳоди навоарона**

Юсупов Б.Х., Шарифов А.М., Додочонов Ю.Т. "Усули гузаронидани сими роҳнамо бо ёрии фиброэндоскопия ҳангоми тангшавии захмии Сӯрхрӯда дар кӯдакон" Пешн. навов. № 3475/R963 аз ҷониби ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино аз 05.08.2022 дода шудааст.

### **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО**

ДДТО	Донишгоҳи давлатии тиббии Олтой
ВБ	васеъкунонии баллонӣ
ГЭРБ	бемории гастроезофагеалии рефлюксӣ
ЧССД	чурраи сӯрохии сурхрӯдагии диафрагмаҳо
СС	сурхрӯдаи сунъӣ
ДРИТТ	Донишгоҳи руссиягии илмӣ-тадқиқотии тиббӣ
ФЭГДС	фиброэзофагогастродуоденоскопия
СКС	сӯхтаи кимиёвии сурхрӯда
УЭС	ултрасонографияи эндоскопӣ
ТЗС	тангшавии захмии сурхрӯда

АННОТАЦИЯ  
ЮСУПОВ БОБОХОН ХАКИМОВИЧ  
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ  
СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ БУЖИРОВАНИЯ

**Ключевые слова:** химический ожог пищевода, рубцовые стенозы пищевода, бужирование пищевода, дети.

**Цель исследования.** Улучшение результатов комплексного лечения детей с послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода путем дифференцированного применения различных способов дилатации.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** Фиброэндоскопическое исследование пищевода проведено аппаратом фирмы «Olimpus». Всем больным ФЭГДС выполнена в отделении эндоскопии с использованием местного анестетика (10% лидокаина в объеме 5 мл). Беспокойным больным и пациентам с повышенным рвотным синдромом данная манипуляция проводилась под общим внутривенным обезболиванием. Все рентгенологические процедуры проводились на цифровом аппарате фирмы «АКФА» бельгийского производства. Статистическую обработку полученных данных клинического материала осуществляли с помощью пакета анализа данных Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0 (StatSoft, США).

**Полученные результаты и их новизна.** Разработаны и внедрены в клиническую практику четкие эндоскопические критерии, для оценки степеней ожогового поражения пищевода у детей до начала и на этапах лечения. Проведено прогнозирование развития рубцовых стриктур пищевода на основании эндоскопических критериев и сформулированы основные принципы дифференцированного подхода в их коррекции. Проведен сравнительный анализ результатов лечения больных путем применения различных методов дилатации и их влияние на параметры качества жизни. Обосновано преимущество бужирования пищевода по струне-проводнику в отличие от других методов дилатации пищевода. Разработан и внедрен алгоритм диагностических и лечебных процедур в зависимости от степени и природы химического ожога.

**Рекомендации к использованию.** Способ бужирования пищевода по струне-проводнику как компонент комплексного лечения при рубцовых стенозах пищевода у детей могут быть применены в клиническую практику детских хирургических отделений.

**Область применения.** Детская хирургия

АННОТАТСИЯИ  
ЮСУПОВ БОБОХОН ХАКИМОВИЧ  
“БЕХТАРКУНОНИИ ТАБОБАТИ БАЪДИ СӢХТАИ ТАНГШАВИИ  
СУРХРӢДА ДАР КӢДАКОН БО ИСТИФОДА АЗ УСУЛИ МИЛЗАНИӢ”

**Вожаҳои калидӣ:** суктани кимиёвии сурхрӯда, тангшавии захмии сурхрӯда, милзании сурхрӯда, кӯдакон.

Мақсади тадқиқот. Бехтаркунонии натиҷаҳои табобати комплекси кӯдакони гирифтори тангшавии захмии сурхрӯда пас аз сӯхтан бо роҳи истифодаи тафриқавии усулҳои гуногуни васеъкунӣ.

**Усулҳо ва таҷҳизотҳои истифодашуда:** Муоинаи фиберендоскопии сурхрӯда бо истифода аз дастгоҳи Olympus гузаронида шуд. Ҳамаи беморон дар шӯъбаи эндоскопӣ бо истифода аз бедарджунии маҳаллӣ (10% лидокаин дар ҳаҷми 5 мл) ФЕГДС гузаронида шуданд. Барои беморони ноором ва беморони гирифтори синдроми қайкунӣ, ин амал дар зери бехушкунӣ умурии дохили венагӣ гузаронида шуд. Ҳама расмиёти рентгенӣ бо истифода аз дастгоҳи рақамии “АКФА”, ки дар Белгия истеҳсол шудааст, анҷом дода шуданд. Коркарди омории маълумоти маводи клиникӣ гирифташуда бо истифода аз бастаи таҳлили маълумотҳои Microsoft Excel 2010 ва Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) анҷом дода шуд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзониҳои онҳо.** Меъёрҳои дақиқи эндоскопӣ таҳия ва ба амалияи клиникӣ барои арзёбии дараҷаи осеби сӯхтагии сурхрӯда дар кӯдакон пеш аз ва дар марҳилаи табобат қорӣ карда шудаанд. Дар асоси меъёрҳои эндоскопӣ рушди стриктураҳои захмии сурхрӯда пешгӯӣ карда шуда, принсипҳои асосии муносибати тафриқавии ислоҳи онҳо таҳия карда шуданд. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати беморон бо истифода аз усулҳои гуногуни дилататсия ва таъсири онҳо ба нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт гузаронида шуд. Бартании милзании сурхрӯда бо истифода аз сими роҳнамо дар муқоиса бо усулҳои дигари васеъкунонии сурхрӯда исбот шудааст. Вобаста ба дараҷа ва хусусияти сӯхтагии кимиёвӣ алгоритми расмиёти таҳхис ва табобатӣ таҳия ва амалӣ карда шудааст.

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ.** Усули милзании сурхрӯда бо сими роҳнамо ҳамчун қузъи табобати комплекси тангшавии захмии сурхрӯда дар кӯдакон метавонад дар амалияи клиникӣ дар шӯъбаҳои қарроҳии кӯдакона татбиқ карда шавад.

**Соҳаи татбиқ:** Қарроҳии кӯдакон

## **Abstract**

Bobokhon Hakimovich Yusupov

### **OPTIMIZATION OF TREATMENT OF POST-BURN GULLET SCAR STENOSES IN CHILDREN BY THE BOUGIENAGE METHOD**

**Key words:** chemical burn of gullet, gullet scar stenoses, gullet bougienage, children.

**Purpose of the study and used equipment:** Fibroendoscopic examination of the gullet was carried out by the device of “Olimpus” firm. All patients underwent FEGDS in the endoscopy department using local anesthetic (10% Lidocaine in the volume of 5 ml.). Restless patients and patients with increased vomiting syndrome this manipulation was performed under general intravenous anesthesia. All radiologic procedures were performed on a Belgian-made AKFA digital apparatus. Statistical processing of the obtained data of clinical material was performed using the data analysis package Microsoft Excel 2010 and Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

**The obtained results and their novelty.** Clear endoscopic criteria for evaluation of gullet burn lesion degrees in children before and at the stages of treatment were developed and introduced into clinical practice. Prediction of esophageal scar strictures development on the basis of endoscopic criteria was carried out and the main principles of differentiated approach in their correction were formulated. A comparative analysis of the results of patients' treatment by applying different methods of dilatation and their influence on the quality of life parameters is carried out. The advantage of gullet bougienage using a string-conductor in contrast to other methods of gullet dilatation is substantiated. An algorithm of diagnostic and therapeutic procedures depending on the degree and nature of chemical burns was developed and implemented.

**Recommendations for use.** The method of gullet bougienage on the string-conductor as a component of complex treatment at scar stenosis of gullet in children can be applied in clinical practice of pediatric surgical departments.