

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

УДК:616-089.5-053.2;616.3-007-053.1

**РАХМАТОВА
РУХШОНА АКРАМОВНА**

**ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И
МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ТЯЖЕЛЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

14.01.19 – детская хирургия

14.01.20 – анестезиология и реаниматология

Душанбе - 2020

Научная работа выполнена на базе ГУ «Республиканский научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ

Научные консультанты:	Ибодов Хабибуло , доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». Набиев Зохир Нарзуллоевич , доктор медицинских наук, начальник Управления оказания помощи матери и ребенку, и планирования семьи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Официальные оппоненты:	Миронов Петр Иванович , доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Султонов Шерали Рахмонович , доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Ахпаров Нурлан Нуркинович , доктор медицинских наук, заведующий отделением детской хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Оппонирующая организация:	Национальный центр охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан

Защита диссертации состоится «__» _____ 2020 г. на заседании диссертационного совета 6D.KOA-025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте www.tajmedun.tj ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «__» _____ 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Ш.К. Назаров

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. В настоящее время одним из лидирующих факторов неблагоприятных исходов в период новорожденности являются пороки развития, которые составляют более 70% в структуре заболеваемости новорожденных [Абдуфатоев Т.А. и соавт., 2011; Киреев С.С., 2016]. Данная патология имеет тенденцию к росту и составляет более 15 процентов от общего числа здоровых детей [Вохидов А.В., 2010; Азизов А.А., 2014].

Врожденные пороки развития пищеварительной системы (ВППС) продолжают занимать второе-третье места в структуре перинатальной смертности, а в ряде экологически неблагоприятных регионов ВППС вышли на первое место. По нашей оценке, при рождении диагностируется не более 50-60% всех ВППС. Ежегодно в Таджикистане рождается не менее 228 детей с расщелиной губы и неба, 321 ребенок с врожденными пороками развития (ВПР) нервной трубки, 160 – с множественными врожденными пороками развития (МВПР) [РЦМСИИ, 2013]. Достоверный рост частоты и их «вклад» в показатели перинатальной заболеваемости и смертности свидетельствуют о неэффективности и даже отсутствии программ профилактики и дородовой диагностики генетических нарушений плода в Республике Таджикистан [Ибодов Х.И. и соавт., 2010; Султонов Ш.Р. и соавт., 2015].

По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (РЦМСИИ), за 2012 год структура перинатальной смертности с ВППС составили 2,3%. Анализ структуры выявления разновидностей врожденных пороков развития пищеварительной системы показывает следующее: врожденный пилоростеноз отмечается в 27,6% наблюдений, грыжа пупочного канатика -18,53%, атрезия ануса - 9,3%, атрезия пищевода - 7,2%, пахово-мошоночная грыжа - 4,9%, нарушение целостности передней брюшной стенки -3,2%, эмбриональная грыжа - 2,9%, пороки развития толстого кишечника - 0,9% [РЦМСИИ., 2014]. По результатам исследования, проведенного группой специалистов [Абдуфатоев Т.А., 2011; Алимova И.Л. и соавт., 2016; Одинаев А.А., 2018], показатель неблагоприятных исходов у детей первого месяца жизни, находившихся на стационарном лечении с

различными врожденными патологиями за период 1995-2000 гг., составил 19,7% случаев, тогда как в 2003-2008гг. данный показатель равнялся 11,2%.

В организме ребенка неонатального возраста происходят различные адаптационные процессы, подготавливающие его к новым условиям внеутробной жизни, сопровождающиеся стрессами и гормональными изменениями, началом активности антиноцицептивной системы, транзиторными особенностями обмена веществ [Исаков Ю.Ф. и соавт., 2011; Chiaretti A et al 2013, Володин Н.Н., 2013]. Компенсаторный потенциал детей неонатального периода для поддержки определенного уровня метаболизма нестабилен [Рахмонова П.Э. и соавт., 2016]. Болевое раздражение представляет собой защитный механизм, как фактор физиологической реакции организма [А.С. Ваняркина. и соавт., 2013; Киреев С.С., 2016; Бочкарева С.А. и соавт., 2017]

Выявляемость таких пороков развития, как грыжи диафрагмы, пороки развития пищевода, пороки пищеварительной системы и передней стенки брюшной полости, остается очень низкой и составляет всего 1 случай на 1500-2500 родов [Мартынова Е.Н., 2011; Караваева С.А., 2016; Anand K.J. et al 2007; DeLima J., 2010].

Степень изученности научной задачи. В регионах, где показатели рождаемости и смертности высоки, к которым относится Республика Таджикистан, выживаемость детей неонатального периода во многом имеет зависимость от факторов перинатального риска, возраста матери (менее 18 лет или более 40 лет), соблюдения религиозных обрядов «ураза», низкого индекса здоровья. Неблагоприятные исходы у новорожденных с пороками развития пищевода в некоторых областях достигают 50-60% случаев и более, а при пороках легочной системы, диафрагмы - 75%, тогда как при сочетанных пороках свыше 90% [Исаков Ю.Ф. и соавт., 2011].

Восприятие болевых ощущений и их передача появляется с периода раннего внутриутробного развития плода и изменения происходят на всех этапах развития [Effe E., 2013]. Одной из основных проблем анестезиологии являются вопросы распознавания, оценка степени выраженности и умение предотвращать и лечить боль. На пике болевой активности происходят изменения гормональной и метаболической реакций [Гвак Г. В. и соавт., 2012; Лундквист П. и соавт., 2014]. Повторная

сильная боль у детей неонатального возраста может явиться причиной нарушения кровообращения мозга, привести к дисбалансу метаболизма, нарастанию гипоксии, коагулопатии и, в конечном итоге, способствовать генерализации септического процесса [Жиркова Ю.В., 2012; Набиев З.Н. и соавт., 2013].

Адекватная оценка тяжести состояния представляет собой достаточно трудную задачу, особенно, когда вопрос идет о новорожденном, по причине того, что решение данной проблемы выходит далеко за пределы здравоохранения и, зачастую, касается других отраслей науки [Байбарина Е.Н., 2010; Сулима Е.Г. и соавт., 2012; Баиров В.Г. и соавт., 2014]. При оценке тяжести патологического состояния у детей первого месяца жизни возникает необходимость сопоставлять множество факторов: данные о течении беременности, родов и раннего неонатального периода, вопросы транспортировки, соблюдение температурного режима тела, начало корригирующей терапии, своевременно проведенного обезболивания и множество других взаимозависимых причин [Александрович Ю.С. и соавт., 2011].

Отсутствие специальных методик и схем обследования новорожденных детей в предоперационном периоде заставляет прибегать к использованию идентичных пособий, ориентированных на взрослых пациентов, что часто приводит к некачественной коррекции возникших проблем [Черненко Ю.В. и соавт., 2009; Теплякова О.В. и соавт., 2014].

Особую актуальность проблема приобретает в условиях хирургического стационара, когда появляется необходимость в проведении новорожденным детям различных диагностических и лечебных процедур, которые в значительной степени являются болезненными [Михельсон В.А. и соавт., 2009; Ларькин И.И. и соавт., 2016].

В диссертации были использованы разработки и развиты идеи отечественных и зарубежных авторов относительно особенностей физиологии новорожденных с учетом рассматриваемой проблемы ноцицепции и антиноцицептивной защиты.

В ходе диссертационной работы проводилась дискуссия с отечественными и зарубежными учеными, которые заняты освещением вопроса современного состояния проблемы оценки

боли у детей первого месяца жизни, путей ее профилактики и устранения.

Имеющиеся в арсенале анестезиолога оценочные таблицы квантификации болевого синдрома, в основном, предназначены для взрослых пациентов. Эти шкалы не позволяют с учетом морфофункциональных особенностей организма новорожденных использовать предложенные диагностические показатели для более точной оценки состояния пациента этого возраста. Проблема боли у детей с врожденными пороками развития пищеварительной системы в неонатальном периоде требует осуществления различных мероприятий, направленных на уменьшение осложнений до и после оперативного вмешательства.

Для решения данной проблемы было проведено настоящее исследование.

Теоретические и методологические основы исследования.

Рассмотрена эпидемиология ВПРПС у новорожденных с, характер и частота отмечаемых исходов при данных заболеваниях в Республике Таджикистан. Дано описание проблемы изучения общего состояния новорожденных детей с определением у них индекса тяжести заболевания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Особое внимание уделено современному состоянию проблемы оценки боли у новорожденных, путей ее профилактики и устранения.

Всем больным при поступлении был проведен комплекс клинических методов исследования: определение массы тела младенца, температуры кожных покровов, количества дыхательных движений с выявлением его патологических разновидностей, прослушиваемых проводных хрипов. Проводилась оценка показателей по общепринятым шкалам оценки тяжести состояния и предполагаемые результаты коррекции состояния пациентов ОРИТ, для оценки поведения пациентов использовались шкалы стабильности и нестабильности подсистем по H. Als (1982).

Биохимическое исследование крови на количественное содержание электролитов – калия и натрия выполнено реактивами фирмы Vital турбидиметрическим методом - аппаратом BayerRA-50 (производство Германия); мочевины (метод дианэтилмонооксида) и креатинина (реакция Яффе) были определены реактивами фирмы ЗАО-ЭКО лабораторным аппаратом BayerRA-50. Реактивами фирмы

Vital колориметрическим методом на аппарате BayerRA – 50 определяли показатели глюкозы. Белок – биуретовым, билирубин – колориметрическим методом. Эндрассика-Гофа определены реактивами фирмы Vital аппаратом BayerRA-50. Изучение показателей кислотно-основного состава крови и его компонентов проводили на аппарате MEDICA EasyStat. Гемоглобин определяли колориметрическим способом, гематокрит – классическим способом.

Было проведено изучение картины микробного пейзажа с выявлением чувствительности к антибиотикам. Наблюдение за микробиологической картиной проводили в момент поступления пациента, на десятый и двадцатый дни пребывания в стационаре после проведения хирургической коррекции порока развития. Использование мониторной системы фирмы «NIHON KONDEN ВСМ-2301К» (Япония), «OXImeter» (Дания), «HUMBER-3090» (США) осуществляли для контроля частоты сердечных сокращений, среднего артериального давления и сатурации кислорода. Визуальным методом проводили наблюдение за состоянием дыхания, кровообращения, температурного режима, диуреза, состоянием ЦНС и пищеварения. САД измерялось с помощью сфигмоманометра «Cardiosap» фирмы «Datex», BP-107, «Spacelab» с использованием манжеты 30-35 мм на плече. Уровень ЦВД в момент госпитализации в предоперационном периоде и после хирургического вмешательства определяли аппаратом Вальдмана. Контроль за массой тела новорожденных проводили на портативных электронных весах Jica - США, дети находились в закрытых кюветах фирмы «Ameda-Bear», респираторная поддержка осуществлялась аппаратами «CLV-90» (Япония), имелось матрасное устройство с подогревом KANMED, BABYWARMER (Швеция) для транспортировки в операционную, и из операционной в отделение реанимации. После хирургического вмешательства в отделении реанимации пациенты находились в кюветах с автоматическим поддержанием обогрева СНО-Т, совместное производство «ИСТЭКО Интернешнл» и «ЭЛТО» РТ.

На этапе ретроспективного анализа исследование показателей центральной и периферической гемодинамики проводилось по методике Долецкого С.Я. (1982), способом тетраполярной грудной интегральной реографии тела (ИРТ) по М.И.Тищенко (1973), с

определением норм для аппарата ВоMed, проведенных совместно с О.А.Тимошенко (1995). После определения ударного объема определяли минутный объем, используя значение поверхности тела и массы, рассчитывали ударный и сердечный индексы. Неинвазивный метод определения параметров гемодинамики аппаратом «ВоMed» - простой способ для выявления динамических нарушений кровообращения новорожденных до и после операции. Поверхность тела определяли с учетом массы тела и роста больного по номограмме Кроуфорда с соавторами (Вельтищев Ю.Е., Грачев Г.С., 1979). Результаты мониторов (Sphygmomanometr neonatal BP-107, Hewlett-Packard и Spacelabs) давали возможность пользоваться абсолютными цифрами артериального давления (АД) и среднего артериального давления (САД).

В ходе проспективного исследования применялся неинвазивный метод УЗИ аппаратом IuStar-300 4D (производства Южной Кореи). В качестве физиологической ЭХО-кардиографической нормы у новорожденных приняты показатели Х. Фейгенбаума (1999 г.). Использование аппаратов сонографии нового поколения позволило одновременно рассчитать уровень легочной гипертензии и фракцию сердечного выброса.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью инструментальных исследований. Данные систематизировались в индивидуально разработанные анкеты с последующим их занесением в таблицу на IBM. Первичный материал исследования подвергался статистической обработке с использованием методов критерия знаков, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера с подсчетом средней арифметической ошибки.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Снижение перинатальной и неонатальной смертности при оперативной коррекции врожденных пороков развития пищеварительной системы путем совершенствования анестезиологической защиты с учетом степени квантификации болевого синдрома.

Объект исследования. Объектом исследования служили 274 новорожденных детей с врожденными пороками развития пищеварительной системы (врожденная кишечная непроходимость, пороки пищевода, грыжи диафрагмы, пороки развития передней брюшной стенки), которым проведен ретроспективный анализ и проспективное обследование и лечение.

Предмет исследования. Предметом исследования была квантификация болевого синдрома у детей неонатального возраста с ВППС, разработка и представление системы оценки боли у пациентов на основании выявления изменений вегетативной нервной системы, поведения и двигательной активности, модификация интегральной шкалы оценки болевой реакции новорожденного на типичный ответ при болевом синдроме с учетом типа порока развития. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы диссертации. Предмет диссертации совпадает паспорту специальностям 14.01.19 – детская хирургия и 14.01.20 – анестезиология и реаниматология

Задачи исследования

1. Оценить степень квантификации болевого синдрома у детей неонатального возраста с пороками развития.
2. Разработать систему выявления синдрома боли у пациентов путем оценки проявлений вегетативного характера, поведения и двигательной активности.
3. Модифицировать интегральную шкалу оценки болевой реакции новорожденного на типичный ответ при болевом синдроме с учетом типа порока развития.
4. Оценить информативность шкалы для оценки степени тяжести больных в отделении реанимации и интенсивной терапии с выявлением потенциала ее применения у детей неонатального возраста с врожденной хирургической патологией.

5. Оценить уровень осведомленности медицинского персонала (врачи и медицинские сестры) специализированных отделений хирургического и соматического профилей неонатального периода о выраженности болевого синдрома.
6. Разработать и внедрить на национальном уровне протоколы профилактики и лечения болевого синдрома у новорожденных детей.
7. Разработать алгоритм последовательности выполнения диагностических и лечебных манипуляций с учетом разновидностей пороков развития.
8. Дать оценку и провести апробацию эффективности стандарта ведения новорожденных с ВПРПС для межгоспитальной транспортировки.

Методы исследования

Для правильной оценки тяжести состояния новорожденных с ВПРПС учитывались клинические, анамнестические данные, результаты объективного осмотра и клинико-лабораторных показателей. Для оценки выраженности болевых реакций были использованы оценочные шкалы (DAN, CRIES, NTISS). Биохимические исследования крови выполнены реактивами фирмы Vital турбидиметрическим методом аппаратом BayerRA-50 (производство Германия); мочевины (метод дианэтилмонооксимом) и креатинина (реакция Яффе) были определены реактивами фирмы ЗАО-ЭКО лабораторным аппаратом BayerRA-50. Изучение показателей КОС крови и его компонентов проводили на аппарате MEDICA Easy Stat. Исследования инструментальными методами проводились с использованием мониторинжной системы фирмы «NIPON KONDEN BCM-2301K» (Япония), OXImeter (Дания), «NUMBER-3090» (США) для контроля частоты сердечных сокращений, среднего артериального давления и сатурации кислорода.

Область исследования. Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальностям: 14.01.19 – детская хирургия и 14.01.20 – анестезиология и реаниматология: 5.1. Определение тяжести болевого синдрома при процедурах у детей первых дней жизни и предупреждение дисфункции органов и систем. 6.1. Результаты

неблагоприятных исходов детей с ВПРПС в неонатальном периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии,

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом была изучена литература по данной проблеме. В последующем сформирована тема и цель диссертации. Разработана и представлена система оценки боли у пациентов на основании выявления изменений вегетативной нервной системы, поведения и двигательной активности у детей с ВПРПС.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищенные в Республике Таджикистан и Российской Федерации, научные статьи журналов, конференции, симпозиумов) о болевом синдроме и методах их коррекции у новорожденных с ВПРПС. Исследование проводилось в отделении детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов лечения болевого синдрома у новорожденных с ВПРПС.

Научная новизна. Для повышения выживаемости новорожденных с врожденными аномалиями развития пищеварительной системы разработаны и внедрены на национальном уровне клинические протоколы профилактики и лечения синдрома боли с учетом аномалии развития.

Определены преимущества и недостатки обезболивающей терапии с использованием сочетания наркотического и ненаркотического анальгетиков с бензодиазепином у новорожденных детей, перенесших хирургическую стрессовую реакцию.

Впервые выявлен превалирующий фон, характеризующий общее состояние детей новорожденного периода в отделении реанимации, в зависимости от разновидности порока развития на этапе предоперационной подготовки и в ранний период после хирургического вмешательства. Определены наиболее критические периоды жизни у данного контингента больных.

На основании модифицированных, немодифицированных

факторов риска и балльной оценки тяжести состояния разработан алгоритм прогноза осложнений.

Дана оценка уровня осведомленности медицинского персонала (врачи и медицинские сестры) специализированных отделений хирургического и соматического профилей неонатального периода о выраженности болевого синдрома при выполнении диагностических, лечебных манипуляций и ухода.

Разработан алгоритм последовательности выполнения качественной оценки проводимого интенсивного лечения во время хирургического вмешательства в зависимости от характера выявленного порока развития.

Совершенствована тактика обезболивания детей неонатального периода во время хирургической коррекции с учетом разновидностей пороков развития.

Дана оценка эффективности разработанного и апробированного стандарта ведения новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительной системы на этапах межгоспитальной транспортировки.

Определена значимость влияния дисфункции выделительной системы почек на исход и эффективность терапии.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая значимость

Использование апробированного способа обезболивания барбитуратами (оксибутират натрия), наркотическими анальгетиками (фентанил, промедол) в комбинации с релаксантами (дитилин) на фоне ингаляции анестетика фторотана позволили добиться стабильной глубины наркоза и эффективной анестезиологической защиты при разных видах вмешательств с учетом типа и разновидности порока.

Определены наиболее критические периоды жизни детей с врожденной патологией. На основании этого разработан алгоритм предотвращения возможных отклонений недостаточности функций органов и систем в разные периоды ведения пациента (перед транспортировкой, в до- и послеоперационный периоды) и изменена тактика хирургической коррекции врожденных пороков развития

пищеварительной системы (ВППС), с учетом болевого синдрома.

Предлагаемые модифицированные шкалы DAN, NIPS в условиях отделения реанимации дают возможность провести объективную оценку степени тяжести состояния новорожденных с врожденной патологией по следующим показателям: масса тела выше 2,0 кг, возраст – от одного часа до 28 дней.

Внедрение разработанной схемы лечения детей неонатального периода с патологией развития передней стенки брюшной полости, различных отделов пищеварительного тракта, грыжей диафрагмы снизило показатели смертности более чем на 20% (от 41% до 19%) в зависимости от результатов оценки степени тяжести и частоты осложнений, способствовало сокращению периода пребывания в отделении реанимации и определило перспективы работы с новорожденными детьми с патологией развития передней стенки брюшной полости и грыжами диафрагмы.

Применение метода деэскалационной терапии позволило снизить смертность среди новорожденных пациентов от воспалительных осложнений при ВППС. Направленное лечение септического процесса дало возможность определить виды внутрибольничной инфекции.

Положения, выносимые на защиту

1. Основным фактором, определяющим тяжесть состояния новорожденных детей с врожденной патологией, в отделении реанимации и интенсивной терапии является болевой синдром, который приводит к респираторным и гемодинамическим нарушениям, а также дисфункции систем пищеварения, мочевого выделения и нервной системы, которые наиболее часто являются следствием возникших изменений кровообращения.
2. К настоящему времени не разработана шкала для проведения оценки степени тяжести больных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии. Разработанная нами шкала оценки полиорганной недостаточности помогает определить превалирующие клинические факторы, степень тяжести состояния новорожденных пациентов с врожденной патологией, а также провести прогноз исхода заболевания.
3. Коррекция функциональных нарушений в родильном отделении обусловлена необходимостью предупреждения дисфункции органов и систем новорожденных с врожденной патологией.

4. Меры профилактики функциональной недостаточности органов у детей с врожденной патологией в родильном отделении включают устранение нарушений сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, а также назначение антибактериальных препаратов. Целенаправленная терапия на ранних этапах после операции приводит к снижению смертности. Деэскалационный метод терапии у новорожденных, находящихся в тяжелом и критическом состоянии, снижает частоту осложнений в послеоперационном периоде.

5. Результаты коррекции при тяжелой врожденной патологии новорожденных напрямую зависят от условий транспортировки из родовспомогательного учреждения в отделение реанимации и интенсивной терапии, выбранной тактики оперативного вмешательства, методов ведения в до-, и раннем послеоперационном периодах у новорожденных

Личный вклад соискателя ученой степени.

Диссертационная работа является самостоятельным научным трудом. Предложение основной идеи и цели исследования, разработка необходимых методологических подходов, все клинические исследования, обзор литературы, анализ и интерпретация клинических и лабораторных данных, статистическая обработка полученных данных, анализ фактического материала, обобщение результатов выполнены лично автором. Результаты исследования оформлены в виде статей.

Апробация работы и информация об использовании ее результатов. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: V съезде педиатров и детских хирургов с международным участием, (Душанбе, 2010); XI Конгрессе педиатров Евроазиатских стран, I съезде урологов Таджикистана с международным участием, (Душанбе, 2011); международной научно-практической конференции, (Душанбе, 2015); XXIV научно-практической конференции с международным участием, (Душанбе, 2018); XX и XXI Всероссийской конференции с международным участием; (Москва, 2018, 2019), IX конгрессе педиатров стран Содружества независимых государств (СНГ), (Душанбе, 2019); I Съезде Ассоциации детских хирургов Центральной Азии (Алматы, 2019); на заседании ученого совета ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан 21 января 2015 года, протокол

заседания №5, заседании объединенной экспертно-проблемной комиссии по педиатрическим и хирургическим дисциплинам ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан» 21 ноября 2016 года, протокол №7, заседании Ассоциации объединенного общества детских хирургов, анестезиологов, реаниматологов Республики Таджикистан от 03 января 2019 года, протокол №1.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертационной работы было опубликовано 33 научных работ, 18 из них в журналах, рецензируемых ВАК РТ, в соавторстве выпущены 2 монографии, методические рекомендации, 2 информационных письма для врачей, имеется 1 малый патент на изобретение (ТJ №1562 от 17.05.2017г.) и 3 рационализаторских предложения (№3323/R538 от 05.12.2012 г., выданный ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; №07 и №08 от 02.02.2016 г., выданные ГУ НМЦ РТ»).

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 223 страницах. Состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы включает 310 источников: 198 на русском языке и 112 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 45 таблицами и 18 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Данная диссертационная работа основана на результатах ретроспективного и проспективного обследований, лечения, анализа 274 детей новорожденного периода с врожденными пороками развития пищеварительной системы (врожденная кишечная непроходимость, пороки пищевода, грыжи диафрагмы, пороки развития передней брюшной стенки), которые были госпитализированы для хирургической коррекции за последние 12 лет (2000-2012 гг.) в отделение детской реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» г. Душанбе. Исследование больных было распределено на два периода: в первом периоде анализированы данные 130 новорожденных, которые получали комплексные мероприятия на раннем этапе без изучения аспектов болевого синдрома, дополнительных факторов риска и сопутствующей патологии. Во второй период были включены больные с проспективным анализом

– 144 новорожденных, которые получали комплекс лечебных мероприятий с учетом всех имеющихся дисфункций жизненно важных органов и систем, и у которых были акцентированы вопросы транспортировки между стационарами, оценки тяжести болевого синдрома, комбинаций анестезиологического обеспечения и мониторинга послеоперационного периода. Также были изучены вопросы отягощенного акушерского анамнеза. При поступлении в клинику дети были распределены по возрасту, полу и месту жительства (таблица 1).

Таблица 1. - Распределение больных по характеру пороков развития

Этапы исследования больных	Ретроспективный анализ	Проспективный анализ	Всего
Атрезия пищевода	14 (10,8%)	17 (11,8%)	31 (11,3%)
Грыжи диафрагмы	11 (8,5%)	-	11 (4,0%)
Пороки развития передней брюшной стенки	25 (19,2%)	30 (20,8%)	55 (20,1%)
Атрезия анального отверстия	24 (18,5%)	26 (18,0%)	50 (18,3%)
Болезнь Гиршпрунга	17 (13,1%)	25 (17,4%)	42 (15,3%)
Врожденный пилоростеноз	18 (13,8%)	22 (15,3%)	40 (14,6%)
Врожденная кишечная непроходимость	21 (16,1%)	24 (16,7%)	45 (16,4%)
Всего	130 (47,4%)	144 (52,6%)	274 (100%)
Контрольная группа	40	60	100 (100%)

Примечание - Абсолютное количество и % отношение новорожденных с пороками развития из ретроспективной и проспективной групп к общему количеству больных.

Результаты ретро-, проспективного анализа показывают, что средний возраст новорожденных колеблется от 28,5 часов от момента рождения и выше, мальчиков в процентном соотношении было больше, чем девочек. Больше поступление в стационар наблюдается больных из сельской местности. Средний гестационный возраст соответственно до 38,1±1,9, проведенная

оценка по шкале Апгар колеблется в пределах $7,2 \pm 2,3$. Показатели детей, которые были включены в данную работу – это новорожденные с массой тела более 2,1 кг, дети до 28 дней, респираторная поддержка свыше 24 часов, хирургическое вмешательство по поводу наличия пороков пищеварительной системы за период 2000-2012 гг. В нозологическом отношении ВППС в анализируемых группах (ретроспективный и проспективный) в количественном и процентном отношении, кроме диафрагмальной грыжи, были почти одинаковыми. Детей с грыжей диафрагмы в проспективном анализе не было. В контрольную группу, ретроспективного анализа были включены 60 и в проспективную группу – 40 больных детей.

Проведение биохимического исследования крови на количественное содержание электролитов – калия и натрия, которые выполнены реактивами фирмы Vital турбидиметрическим методом, аппаратом BayerRA-50 (производство Германия); мочевины (методом дианэтилмонооксимом) и креатинина (реакция Яффе) были определены реактивами фирмы ЗАО–ЭКО лабораторным аппаратом BayerRA-50. Реактивами фирмы Vital колориметрическим методом на аппарате BayerRA-50 определяли показатели глюкозы. Белок – биуретовым, билирубин – колориметрическим методом Ендрассика – Гофа определены реактивами фирмы Vital аппаратом BayerRA – 50. Необходимо отметить, что все перечисленные показатели с 2012 г. определялись аппаратом Statfakc–1904. Изучение показателей кислотно-основного состава крови и его компонентов проводили на аппарате MEDICA Easy Stat. Гемоглобин определяли колориметрическим способом, гематокрит – классическим способом.

Для исследования бактериальной флоры использовались следующие материалы: выделения из операционной раны, содержимое носа, глотки, кровь, пунктаты, фекалии, моча. Бактериологические критерии степеней дисбактериоза, согласно А.Ф. Билибину (1977), соответствуют его клиническим проявлениям: I степень – компенсированная, II степень – субкомпенсированная, III – степень – декомпенсированная степень дисбактериоза кишечника. По показателям изучения данных картины микробного пейзажа из носа, глотки, кала и сравнения этих данных с результатами таких же исследований у 60 пациентов контрольной группы проводилась диагностика состояния дисбактериоза. Уровень ЦВД в момент госпитализации в предоперационном периоде и после хирургического вмешательства определяли аппаратом Вальдмана.

Динамическое наблюдение за массой тела новорожденных

проводили на портативных электронных весах Jisa - США, дети находились в закрытых кюветах фирмы «Ameda-Bear», респираторная поддержка осуществлялась аппаратами «CLV-90» (Япония), имелось матрасное устройство с подогревом KANMED, BABYWARMER (Швеция) для транспортировки в операционную и из операционной в отделение реанимации. После хирургического вмешательства в отделении реанимациипациенты находились в кюветах с автоматическим поддержанием обогрева СНО-Т, совместное производство «ИСТЭКО Интернешнл» и «ЭЛТО» РТ.

Всем больным при поступлении был проведен комплекс клинических методов исследований: определение массы тела младенца, температура кожных покровов, количества дыхательных движений с выявлением его патологических разновидностей, прослушиваемых проводных хрипов. Также измерялась ЧСС с определением характера наполнения на периферических сосудах, исследование сердечного ритма на присутствие постороннего шума. Проводилась оценка показателей по общепринятым шкалам оценки тяжести состояния и предполагаемые результаты коррекции состояния пациентов ОРИТ, для оценки поведения пациентов использовались шкалы стабильности и нестабильности субсистем по H. Als (1982).

Клубочковую фильтрацию для детей определяли по формуле Шварца и Конегена:

клиренс креатинина (мл/1,73м²в мин)-48,4 x рост в см/креатинин крови (мкмоль/л).

Поскольку минутный объем фильтрации в почках зависит от роста и массы тела человека, для нормирования показателя у людей, значительно отклоняющихся в размерах от средних значений, клиренс креатинина пересчитывали на условную величину стандартной средней поверхности тела (1,7 м²). Для этого нужно знать рост и массу ребенка.

Разработка протокола лечения больных с врожденными пороками развития вначале выявила эффективность терапии с удовлетворительным концом и летальным исходом у ранее получивших лечение больных, исходя из характера порока и его тяжести. Эффективность лечения при нарушениях центральной нервной системы, появление физиологических рефлексов зависели от своевременного подключения больных к искусственной вентиляции легких и использования в комплексной терапии антиоксидантов.

По результатам сопоставления был предложен протокол лечения для определенного порока развития. Последовательность лечения была

соблюдена во время исследования. Сопоставление терапии проводилось с больными, не получившими лечение по предложенной схеме. Результаты исследования проанализированы на основе используемой шкалы оценки тяжести новорожденных, с учетом имеющейся сопутствующей патологии в родильном доме, до операции, в послеоперационном периоде.

После завершения клинико-лабораторных, инструментальных методов исследований данные систематизировались в индивидуально разработанные анкеты с последующим их занесением в таблицу на IBM. Первичный материал исследования подвергался статистической обработке с использованием методов критерий знаков, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера, с подсчетом средней арифметической ошибки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В Республике Таджикистан в структуре причин инвалидизации детей одно из лидирующих мест занимает врожденная и наследственная патология. По результатам последних медико-демографических исследований, врожденные пороки развития (ВПР) встречаются у 7,0-8,0% детей, тогда как в структуре младенческой смертности указанная патология занимает 3 место. Надо отметить, что в настоящее время количество пороков развития имеет тенденцию к росту и, по данным ВОЗ, среди живорожденных их частота составляет от 0,4% до 8,7%. При этом около 18,0% летальных случаев приходится на перинатальный период, тогда как частота комбинированных пороков развития не превышает 15,0%.

Проведен анализ 274 случаев новорожденных с пороками развития пищеварительной системы и органов грудной клетки, из которых 130 (47,4%) составили дети контрольной группы (анализ ретроспективный) и 144 (52,6%) – дети основной группы (проспективный анализ). Информация о рождении новорожденных с ВПР из родовспомогательных учреждений г. Душанбе и близрасположенных городов и районов передавалась в ОРИТ ГУ НМЦ «Шифобахш» РТ г. Душанбе, далее в указанном учреждении за ребенком велся мониторинг по специально разработанной карте. У 19% беременных с пороками развития плода наблюдались признаки угрозы прерывания беременности в сроке 30 и более недель, в 91,6% случаев беременность протекала с одним или при сочетании нескольких акушерских осложнений. В 44,5% случаев беременность сопровождалась различными патологическими состояниями (анемия, вирусная инфекция, пневмония, кишечная инфекция и др.).

Перевод детей в неонатальном возрасте может привести к дисфункции органов и систем, поэтому во избежание ухудшения общего состояния и прогрессирования полиорганной дисфункции оценку жизненно важных функций организма важно проводить до начала транспортировки. Отмеченные изменения в виде полиорганной недостаточности существенно влияли на условия выхаживания и своевременность оперативного вмешательства. При анализе данных выявлено, что в процессы полиорганной недостаточности чаще всего вовлекаются дыхательная, сердечно-сосудистая, мочевыводящая, а также центральная нервная системы. Наименее часто в патологический процесс вовлекался пищеварительный тракт и печеночно-почечная системы, при этом наиболее часто признаки недостаточности печеночно-почечной систем наблюдались к концу первой недели и составляли около 20% всех случаев системной полиорганной недостаточности среди детей периода новорожденности.

При ВПР параметры температуры поступивших в стационар детей неонатального периода в среднем составляли $36,0^{\circ}\text{C}$, что свидетельствовало о гипотермии этих пациентов с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в момент госпитализации (умеренная гипотермия/холодовой стресс). У новорожденных с патологией развития пищеварительной системы и при дефектах стенки брюшной полости при переводе из реанимационного отделения при соблюдении соответствующих условий, сохраняющих и обеспечивающих тепло, наблюдалось постепенное повышение средних параметров температуры тела до показателей нормы.

При проведении теплосохраниющих мер по нормализации терморегуляции у детей первых 5 часов жизни с ВППС наблюдаются хорошие результаты (показатели температуры до 13 часов жизни находятся в пределах нормы - $36,5-36,8^{\circ}\text{C}$). Причинами понижения температуры тела после 13 часов являются проведенные оперативные вмешательства. Гипотермия в пределах 1-1,5 градуса повышает показатель смертности детей более чем на 30%. Проведенный анализ одного из важных индикаторов выживаемости детей – температуры тела – в раннем неонатальном периоде выявил, что при различных хирургических патологиях, особенно при пороках развития пищеварительной системы, несмотря на комплексные мероприятия, гипотермия может привести к неблагоприятным исходам (рисунки 1).



Рисунок 1. - Динамика температуры (°C) тела новорожденных с ВПРПС

По итогам анализа результатов транспортировки новорожденных, нами составлен стандарт терапии и используется в ежедневной работе в клиниках у детей с пороками развития, у которых имеется синдром полиорганной недостаточности, при межгоспитальной транспортировке.

При межстационарной транспортировке из 66 новорожденных детей с ВПР с асфиксией, сопровождающейся дыхательной недостаточностью, 40,9% нуждались в применении вазопрессоров во время транспортировки. При этом у 44,4% новорожденных для поддержки гемодинамических показателей отмечена необходимость в введении допамина в дозе 2 мкг/кг/мин, в 14,4% случаях – в дозе 3-5 мкг/кг/мин, а у 40,8% новорожденных возникла необходимость сочетанного применения допамина в дозе 5-6 мкг/кг/мин с добутамином в дозе 2-8 мкг/кг/мин. Таким образом, около 50% новорожденных с ВПРПС из 144 при межстационарной транспортировке нуждались в вазопрессорной поддержке гемодинамики. При этом доза допамина колебалась от 2 мкг/кг/мин до 10 мкг/кг/мин. В 40,0% наблюдений поддержка гемодинамических показателей производилась в комбинации с добутамином.

Использован модифицированный «Алгоритм ведения детей при транспортировке в отделение реанимации у новорожденных с врожденными пороками развития» (удостоверение на рационализаторское предложение №08 от 2016 г., выданное ГУ НМЦ РТ) на этапах межстационарной транспортировки. При оценке от 1 до 6 баллов – средней степени тяжести состояния больного необходимости в проведении реанимационных мероприятий перед межстационарной транспортировкой нет. Оценка от 7 до 13 баллов –

тяжелая степень тяжести состояния, больной нуждается в проведении комплекса мер интенсивной терапии, с кислородной поддержкой. От 13 и более баллов – характерно для больных в крайне тяжелом состоянии, перед транспортировкой необходимо стабилизировать общее состояние больного, провести реанимационные мероприятия, ИВЛ.

С целью оценки осведомленности медицинских работников было проведено анкетирование врачей и средних медицинских работников из соматических и хирургических отделений стационаров в городах Душанбе, Худжанд, в районах Гиссар, Шахринав и Турсунзаде (анкеты, подтвержденные справки). Профессиональная деятельность среднего медицинского персонала в более чем 50% случаев составляла более 10 лет. Всего в анкетировании приняли участие 751 медицинского работника, из которых 344 составляли врачи и 407 - средние медицинские работники. Больше половины респондентов (56,2%) работают в ОРИТ детских соматических отделений и 43,8% - в ОРИТ детских хирургических отделений. Распределение анкетизируемых по регионам показало, что большую часть респондентов составляли медицинские работники детских соматических (30,3%) и хирургических (30,4%) отделений стационаров г. Душанбе. Респонденты из ОРИТ для соматических больных из г. Худжанда и г. Гиссар занимают соответственно второе (23,4%) и третье (21,0%) места по частоте. Медицинские работники из ОРИТ для детских хирургических больных из районов Гиссар и Шахринав занимают второе (23,7%) и третье (16,4%) места по частоте. Согласно результатам опроса, около 86,2% респондентов считают, что новорожденные чувствуют боль. Преобладающее большинство респондентов (69,2%) оценивают боль по крику новорожденного. Результаты исследования показали, что 29,6% анкетированных оценивают боль у детей по движениям конечностей, тела у новорожденных. У 27,7% респондентов появление гримас на лице является лучшим способом оценки боли у новорожденных. Применение шкалы оценки боли со стороны медицинских работников наблюдается в 16,9% случаев (рисунок 2).

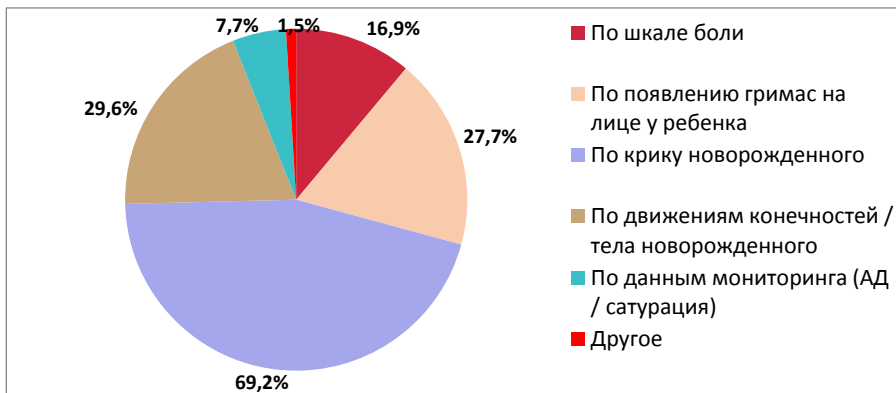


Рисунок 2. - Мнения респондентов о способах оценки болевой чувствительности у новорожденных

При оценке состояния больных необходимо учитывать каждый показатель. В связи с этим, для более объективного исследования был проведен проспективный и ретроспективный анализы с изучением физиологических показателей.

С целью создания рабочей шкалы оценки тяжести болевого синдрома на раннем этапе проанализирована поведенческая реакция новорожденных. Для этого из основной группы методом случайной выборки сформирована группа новорожденных из 120 детей с неинфекционными заболеваниями. Проведенный анализ показал, что всем новорожденным из группы риска с факторами, угрожаемыми по возникновению септического процесса, было назначено антибактериальное лечение по схеме, учитывая, что эти больные получали дыхательную реанимацию от 1 до 10 суток.

Из этого числа доношенных детей было 80 (66,7%), недоношенных – 40 (33,3%). Из общего числа обследованных на респираторной поддержке находились более 50%. По данным анамнеза, дети родились у молодых родителей. У большинства женщин беременность была первой, при этом более у 40% женщин диагностированы нарушения плацентарного кровообращения и внутриутробная гипоксия. С момента рождения у 41 (34,2%) ребёнка был установлен синдром дыхательных расстройств, однако, искусственная вентиляция легких при доставке больных не проводилась. В момент госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии 69 (57,5%) детей были санированы и

переведены в режим дыхательной реанимации. У 37 (30,8%) с момента рождения установлены проявления септического процесса, с целью купирования назначено антибактериальное лечение по принятой схеме. У большинства детей с момента рождения наблюдалась дисфункция органов и систем с проявлением метаболических изменений. Из общего количества больных у 68 (56,7%) состояние было оценено, как очень тяжелое, у 52 (43,3%) - крайне тяжелое.

При изучении индекса тяжести новорожденных в родильном доме выявлено, что различия в тяжести состояния между доношенными и недоношенными детьми статистически незначимы: $p > 0,05$ ($t = 0,3$), но при критических состояниях отмечается высокая статистическая значимость различий: $p < 0,001$ ($t = 2,8$). При наличии проявлений дисфункций органов и систем на фоне септического процесса при врожденных пороках развития с момента госпитализации и проведения оперативной коррекции необходимо проведение оценки тяжести патологического состояния, гемодинамических изменений и факторов возникновения септического процесса. В связи с этим, всем новорожденным от момента госпитализации требуется определение степени тяжести за счет клинико-лабораторных данных и возможных дисфункций органов и систем, чтобы своевременно провести целенаправленную корригирующую терапию и снизить количество неблагоприятных исходов при данной патологии. Степень полиорганной недостаточности влияет на степень тяжести септического состояния на фоне воспалительного процесса.

Восприятие болевых ощущений, их передача и происходящие изменения появляются на ранних этапах внутриутробного развития плода. Проявление генерализации болевых ощущений считается особенностью реакции у детей в неонатальном возрасте и любые болевые реакции повторяются с новой силой, что впоследствии может привести к дисбалансу органов и систем, с нарушением нервно-психического развития ребенка на этапах развития.

В клинической практике при проведении различных болезненных процедур (интубация, катетеризация центральных вен, пункция плевры, обработка раны) 48% врачей практически не применяли анальгетики вообще или использовали недостаточно, только 52% врачей считали обязательным при любой манипуляции и процедурах использовать анальгетики. Из применяемых для

анальгезии у новорожденных седативных препаратов 50% опрошенных считают эффективным только оксibuтират натрия. Данные шкалы оценки тяжести болевого синдрома необходимо применять при проведении объективной оценки боли во время процедуры и на этапах послеоперационного периода у детей раннего возраста во избежание осложнений и дисфункций органов и систем.

Обоснованная лечебная аналгезия при болевом синдроме (БС) послужила основной разработкой концепции ведения болевого синдрома. Задачей изучения БС является уменьшение до минимума тяжести и продолжительности боли при различных процедурах на этапах исследования.

В настоящее время проведено много различных клинических исследований об изучении отрицательного и положительного воздействия различных анестетиков, применяемых в педиатрической практике. При этом вопросы целенаправленного использования анестетиков на различных этапах проведения манипуляций, особенно у детей первых дней жизни, до сих пор недостаточно решены.

Адекватная медикаментозная аналгезия на этапах после операции у новорожденных является необходимым условием в алгоритме лечения, что приводит к улучшению параметров гемодинамики, снижению послеоперационных осложнений и улучшению результатов хирургической коррекции. Вопросы послеоперационного обезболивания у новорожденных должны решаться в индивидуальном порядке, в зависимости от перенесенной операции и имеющихся сопутствующих дисфункций.

Одним из основных моментов у новорожденных при хирургической патологии является принцип предоперационной подготовки с учетом имеющихся дисфункций органов и систем и коррекция этих нарушений. Вопросы операционно-анестезиологического риска должны охватить все параметры гемодинамики и не должны превышать риск хирургического вмешательства. Были изучены 130 историй болезней новорожденных с врожденными пороками развития для анализа частоты возникновения, интенсивности болевого синдрома и кратности медикаментозной аналгезии от момента госпитализации до проведения хирургической коррекции с учетом всех манипуляций на этапах исследования. Данный анализ показал, что продолжительность

дооперационного периода у новорожденных с дефектом передней брюшной стенки составляла от $7\pm 2,4$ часов, с пороками развития диафрагмы – 80 ± 27 , разлитым гнойным перитонитом – $10\pm 2,1$, пороками мочевыводящей системы – в течение первой недели, при пороках развития пищевода – 26 ± 12 часов, пороками развития пищеварительного тракта – до 3 суток. Таким образом, исследование показало, что при любой хирургической патологии у детей неонатального возраста в предоперационной подготовке наблюдаются проявления боли и стресса различной степени выраженности.

При врожденных хирургических патологиях на этапах до операции наблюдались высокие показатели содержания глюкозы в крови.

Данное исследование показало, что не всегда дети получают анальгезирующую терапию до операции. Если при пороке развития передней брюшной стенки в 35% дети получают различные варианты анальгезии, то при распространенном перитоните с хирургическим сепсисом в дооперационном периоде только в 15% получали анальгезию.

Следовательно, анальгезии и профилактике болевого синдрома при хирургической патологии на этапах исследования и подготовки к операции не придается должного значения, несмотря на то, что имеется много причин для появления болевого стресса. Эти вопросы в настоящее время недостаточно исследованы. Проведенный анализ историй болезней 130 новорожденных показал, что при врожденной патологии (воспалительный процесс брюшной полости – перитонит, пороки развития передней брюшной стенки, пороки развития грудной клетки, атрезия пищевода) отмечались высокие параметры содержания гормонов в крови, повышение глюкозы в крови, а также высокие оценки по шкале боли новорожденных и шкале послеоперационной боли.

Подобные показатели, свидетельствующие о болевом стрессе, отмечены у определенной части новорожденных пациентов и при других заболеваниях. Такие изменения были выражены при пороках пищевода, пищеварительного тракта, пороках передней брюшной стенки и менее выражены при пороках мочевыводящей системы.

Необходимо отметить, что при проведении различных исследований на этапах предоперационной подготовки необходимо

проведение лечебной аналгезии, так как в дооперационном периоде она уменьшает вероятность возникновения стресса и дает положительный результат при хирургической коррекции.

Одним из условий эффективности хирургического вмешательства является адекватная аналгезия в послеоперационном периоде у детей раннего возраста, т.к. проведение хирургического вмешательства приводит к дисбалансу функций органов и систем, что требует тщательного мониторинга и коррекции в послеоперационном периоде.

Проведенные исследования выявили, что аналгезирующая терапия на ранних этапах после операции была проведена у 86,8% больных. При этом длительность медикаментозной коррекции болевого синдрома составила от 5 до 7 суток, в зависимости от хирургической патологии и тяжести состояния. Например, в ходе проведения торакотомии при пороке пищевода продолжительность аналгезии в послеоперационном периоде составила от 7 до 10 суток. При хирургической коррекции новообразований мочевыделительной системы медикаментозная коррекция в послеоперационном периоде составила 4-5 суток.

Необходимо отметить, что на этапах после операции, в основном, в зависимости от тяжести состояния и хирургической патологии применялись наркотические и ненаркотические аналгетики (промедол, трамадол, аналгин, баралгин, индометацин). Наркотические аналгетики в сочетании с ненаркотическими получили 72 (55,4%) новорожденных. Остальные получали медикаментозную коррекцию ненаркотическими аналгетиками.

У 86 новорожденных пациентов (64,9%) оценку боли проводили по шкале оценки послеоперационной боли новорожденных. У 44 (33,9%) пациентов контроль боли не проводился, и медикаментозная коррекция проводилась шаблонно, в зависимости от уровня знаний медперсонала. В большинстве случаев лечебная аналгезия применялась на фоне беспокойства (тахикардия, одышка, признаки дискомфорта) и усиления болевого синдрома. При этом аналгезию сочетали с седативными препаратами.

Одним из лидирующих методов послеоперационной аналгезии у новорожденных является дозированная инфузия наркотическими

препаратами с использованием аппарата Линеомат – у 60% детей после хирургической коррекции. Продолжительность применения наркотических препаратов составляла в среднем 3-4 суток. На фоне инфузии наркотическими препаратами 25% больным дополнительно инъекционно вводились ненаркотические анальгетики. При медикаментозной коррекции послеоперационной боли у 52 (40%) новорожденных применялась моноанальгезия. У других 78 (60%) пациентов осуществлялась комбинированная медикаментозная коррекция. Данная методика, в основном, использовалась при сложных хирургических пороках, тяжелых состояниях, длительных оперативных вмешательствах, и продолжалась в течение четырех суток после хирургического вмешательства.

При проведении анестезии после операции у 36 (37,7%) новорожденных на фоне анальгетиков использовалась седативная терапия (в основном, оксибутират натрия из расчета 50 мг/кг).

На выбор анальгезирующего препарата в послеоперационном периоде оказали влияние несколько основных факторов. Этими факторами являются: сложные пороки развития, продолжительность хирургической коррекции и сопутствующая патология.

Проведен анализ различных вариантов (одно-, и многокомпонентное) обезболивания после оперативного вмешательства в настоящем исследовании. Необходимо отметить, что в данной группе больным применялись те препараты, которые, согласно данным фармакологии, разрешают использовать в раннем неонатальном возрасте (наркотические анальгетики: промедол, фентанил; ненаркотические анальгетики: анальгин, баралгин).

Эффективность анестезирующих препаратов после хирургического вмешательства зависит, в основном, от пути введения. Нами для более эффективного контроля болевого синдрома при одинаковой хирургической патологии применялись разные методики обезболивания. В первую группу входил 31 (22,1%) ребенок, получивший анальгезию в виде внутримышечной инъекции. А во вторую группу вошли 35 (25%) детей, анальгезия которым проводилась капельно промедолом.

Результат анализа показал, что у больных первой группы, которым препарат вводился путем внутримышечной инъекции, по сравнению с больными, которым препарат вводился внутривенно капельно, выраженность болевого синдрома была выше, о чем

свидетельствовала более высокая оценка по шкале послеоперационной боли.

На основе индекса тяжести степени и глубины порока, по балльной оценке, в отделении реанимации и интенсивной терапии разработан лечебно-диагностический алгоритм оценки полиорганной недостаточности в неонатальном периоде (удостоверение на рационализаторское предложение №07 от 2016 г. ГУ «НМЦ РТ»).

У больных с врожденными пороками развития пищеварительной системы по тяжести и дисфункции органов и систем одно из лидирующих мест занимают нарушения функции дыхания, кровообращения, в последующем – пищеварения и мочевыделения.

Стандартное лечение больного с ВПР включало изучение глубины дисфункций органов и проявлений септического процесса, как синдрома системной воспалительной реакции.

При нарушении функции дыхательной системы I степени (3-5 баллов) пациента можно оставить на спонтанном дыхании без дополнительного кислорода, с учетом оценки органов кровообращения больше 1,5 баллов; при декомпенсации гемодинамики с оценкой более 1,9 баллов – самостоятельное дыхание, с кислородной поддержкой.

При декомпенсации II степени (количество баллов достигало 10) проводилась комплексная интенсивная терапия для коррекции имеющихся нарушений. На данном этапе применение вазопрессора допамина 4% из расчета 2-3 мг/кг в минуту является оптимальным.

Учитывая, что при выраженных гемодинамических нарушениях и явлениях III степени декомпенсации системы кровообращения оценка по баллам достигает 15. Необходимо одновременное проведение коррекции ОЦК, подключение в терапию препаратов, улучшающих метаболизм и устранение гипоксии миокарда. В предоперационной подготовке, когда констатируется гиподинамический тип кровообращения, вазопрессоры принимают до 5 мг/кг массы тела внутримышечно. В послеоперационном периоде у пациентов с атрезией пищевода – $5,2 \pm 1,2$ мкг/кг в мин.; у детей с пороками диафрагмы – $10,1 \pm 3,1$ мкг/кг в мин.; при врожденных пороках пищеварительного тракта – $11,3 \pm 2,1$. На фоне выраженного метаболического ацидоза у пациентов с патологией

желудочно-кишечного тракта доза увеличивается вдвое.

На фоне дефицита жидкости и проявлений дисфункций органов (уменьшение сердечного индекса на 29,2%), нарастающих метаболических нарушений, снижения температуры тела использование комплексной терапии с применением белковых препаратов является более адекватным. При этом с целью нивелирования наблюдаемого дефицита жидкости необходимо своевременное проведение расчета жидкости и инфузия должна быть 25 мл в течение часа, общий объем – более 40 мл/кг в сутки. Следует улучшить комплексную терапию и корригировать нарушения свертывающей системы при кишечной недостаточности и выраженном парезе кишечника. Необходимо провести коррекцию из расчета 75 мл/кг в момент госпитализации и после хирургической коррекции – $95 \pm 12,4$ мл/кг, в течение первой недели – 85 мл/кг, в начале второй недели – $48,5 \pm 6,1$ мл/кг, на 20 сутки – $40 \pm 3,1$ мл/кг.

В отделении интенсивной терапии при различных патологических состояниях диагностированы проявления легочной гипертензии у 45% новорожденных, при этом больше всего клиника легочной гипертензии наблюдалась у больных с диафрагмальной грыжей. При этом отмечаемая гипертензия до хирургического вмешательства у 52% больных после хирургической коррекции увеличилась до 75%. При других патологических состояниях в раннем послеоперационном периоде (II-III степени гипертензии) при атрезии пищевода в конце первой недели на фоне дыхательной реанимации наблюдались явления легочной гипертензии.

Одним из наиболее эффективных методов ликвидации нагрузки и снижения объема периферического сопротивления является восполнение объема циркулирующей крови и проведение респираторной поддержки.

На фоне нарушения почечного кровообращения у детей первых месяцев жизни в 95% случаев диагностируется дисфункция органов и систем. При диагностике нарушений кровообращения в почечной системе первой степени (до 5 баллов) в комплексную терапию входили: нормализация температуры тела, восполнение объема циркулирующей крови, проведение кислородной терапии, коррекция метаболических нарушений и контроль азотистых шлаков.

При нарушениях почечного кровообращения второй степени,

кроме мероприятий, которые проводились при первой степени, подключаются препараты, улучшающие метаболизм (вазопрессоры, допамин 4% из расчета $10 \pm 1,5$ мкг/кг массы), производится контроль диуреза и азотистых шлаков. При данной степени оценка баллов достигает 10.

При нарушениях кровообращения почек III степени, когда количество баллов достигает 15, проводилась комплексная терапия, с учетом имеющихся дисфункций органов и систем. Когда стойко сохраняется анурия (более 2 суток) и лабораторные показатели калия достигают 7 ммоль/л, необходимо проведение дезинтоксикационной терапии.

При нарушениях кровообращения органов ЖКТ устранялись сосудистые и респираторные нарушения с целью профилактики возникновения некротического энтероколита и нарастания септического процесса. Нутритивная поддержка энтеральным путем на этапах после операции проводилась после устранения органических и сосудистых дисфункций кишечника и при полиорганной недостаточности меньше $7,2 \pm 0,9$ баллов ($p > 0,05$), после согласования с хирургом. Инфузия питательных растворов внутривенным путем при ишемическом поражении кишечника была невозможной в полной мере по причине усиления явлений катаболизма, азотемии, при изменении вирулентности флоры кишечника. Динамика массы была положительной только в случае нарастания отеков.

Благоприятные исходы у пациентов с врожденными пороками развития в проспективном исследовании были в 3 раза больше, по сравнению с новорожденными, которым проведено исследование ретроспективно ($41,2 \pm 4,1$; $13,2 \pm 2,4$). Симптоматическое лечение больных в критическом состоянии, в том числе новорожденных, не подлежащих к операции, проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии.

По данным анамнеза, обнаружено незначительное статистическое отличие в настоящем исследовании: в 1,7 раза чаще, чем в ретроспективном исследовании, диагностирована гипоксия внутриутробного периода. Это еще раз подтверждает улучшение методов диагностики на ранних этапах развития детей с врожденными пороками развития.

Одним из ведущих факторов, приводящих к дисбалансу

внутренней среды новорожденных в первые дни жизни, является необоснованный перевод и неадекватные условия транспортировки данной категории больных. Необходимо отметить, что условия транспортировки и начатая терапия в первые часы жизни влияют на исход и показатели летальности.

На основе шкалы оценки тяжести состояния новорожденных, в зависимости от варианта врожденного порока развития, сопутствующей патологии, условий транспортировки терапия была начата с определения болевого синдрома. На разных этапах исследования степень тяжести среди выживших детей составила $7,3 \pm 1,1$ балла, а в группе детей с летальным исходом составила $11,3 \pm 1,2$ балла.

В конце первой недели после хирургической коррекции обнаружилось достоверное различие в группах с выжившими детьми и детьми с летальными исходами.

Результаты исследования выявили лидирующие факторы ухудшения состояния по оценочной шкале. Это клиника дыхательной недостаточности ($3,1 \pm 0,5$ баллов), сердечно-сосудистая система ($3,0 \pm 0,3$ балл), следующие по значимости – дисфункции системы пищеварения ($1,9 \pm 0,1$), нарушение центральной нервной системы ($1,6 \pm 0,1$), поражение функции почек ($1,2 \pm 0,1$) баллов.

Клинико-лабораторные данные и другие показатели исследования свидетельствуют, что при ишемической нефропатии у большинства новорожденных пациентов определялась полиорганная патология. Это было взаимосвязано с септическими процессами и проявлениями декомпенсации органов.

Для разработки обоснованного лечения больных с ВПРПС на этапе ретроспективного исследования проводилось сравнение терапии с положительными результатами и неблагоприятными исходами с определением эффективности лечения для детей с различными вариантами хирургических пороков и факторами, приводящими к ухудшению состояния.

В группе настоящего исследования сравнение эффективности комплексной терапии при различной патологии развития проводилось на основе используемых шкал оценки тяжести с момента рождения, на этапах транспортировки и госпитализации до и после хирургической коррекции. На основе этих шкал были разработаны протоколы лечения больных с различными пороками

Статистическую значимость лабораторного подтверждения системной воспалительной реакции у пациентов с ВПР пищеварительной системы в отделении реанимации мы не получили. Эффективность терапии септического процесса у пациентов с ВПРПС зависит от быстроты диагностики и объема лечения. Необходимо определение чувствительности к антибактериальным препаратам, определение синдрома системной реакции и степени полиорганной недостаточности. Очень важно, помимо удаления инфекционного очага и бактериального агента, не позволить в полной мере проявить эндотоксину свое действие. Применение иммунологических препаратов у детей раннего возраста при сепсисе тяжелой степени и септическом шоке является более эффективным, стабилизируется дисфункция иммунных систем на ранних этапах.

Аналогичное сравнение проведено на самых «опасных» этапах терапии пациентов с ВПР пищеварительной системы в отделении реанимации: на этапе подготовки к хирургическому вмешательству и в послеоперационном периоде, в критических периодах. При декомпенсации органов первой степени (до 5 баллов) проводилось симптоматическое лечение, оно носило предупредительный характер, antimicrobные препараты при начальных явлениях – традиционные, с переводом на этиотропные препараты, заместительная терапия при помощи иммуноглобулинов. При второй степени декомпенсации (от 6 до 10 баллов) эффект терапии и прогностические данные прямо зависели от скорости устранения дыхательных и гемодинамических дисфункций; удаления инфекционного очага и системной воспалительной реакции. При системной воспалительной реакции антибиотикотерапия эмпирическая, деэскалационная, обосновано введение иммуноглобулинов.

При декомпенсации третьей степени (от 11 до 15 баллов) наблюдалась зависимость жизненного прогноза от глубины расположения пораженных органов. Объемы инфузионных растворов, дозы сосудистых препаратов напрямую зависели от глубины ацидоза и гипоксии. Эффективным являлся деэскалационный характер терапии системной воспалительной реакции, от времени госпитализации; можно комбинировать антибиотики группы аминогликозидов с другими группами, с учетом показателей азотистых шлаков. Необходимо применять обогащенный иммуноглобулин, как можно раньше после операции. Причиной ухудшения состояния больных с ВПРПС в динамике

наблюдения в ретроспективной группе детей с ВПРПС, оставшихся в живых, либо умерших в родильном доме, при поступлении в стационар, перед и после хирургического вмешательства явились дыхательные расстройства. На пятые сутки послеоперационного периода причиной ухудшения общего состояния больных являются клинические проявления энтеральной недостаточности до 2,8 баллов в группе живых и умерших больных. К ухудшению общего состояния больных на десятые, двадцатые и двадцать восьмые сутки послеоперационного периода в группе оставшихся в живых и умерших больных привели: декомпенсация в виде дыхательных расстройств до 2,6 баллов, клинические проявления нарушения гемодинамики до 2,9 баллов, энтеральная недостаточность до 2,9 баллов, неврологическая симптоматика до 2,5 баллов. На ухудшение состояния больных в послеоперационном периоде на этапах наблюдения органы мочевого выделения не влияли, оставались незначительными до 1,5 балла в группе новорожденных, оставшихся в живых, а также умерших. Таким образом, комплексный подход в лечении новорожденных с ВПРПС, включая оценку состояния в первые минуты жизни в родильном доме с оценкой состояния в дальнейшем по шкалам, соблюдении алгоритмов терапии во время межгоспитальной транспортировки, предоперационной подготовки, анестезиологического обеспечения, оценки тяжести болевого синдрома и методов коррекции, позволили снизить летальность с 41% до 19,4% и частоту послеоперационных осложнений от 18% до 7,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Болевой синдром часто возникает в процессе предоперационной подготовки и послеоперационном периоде у новорожденных с ВПРПС, он обусловлен лечебными и диагностическими манипуляциями, предоперационной болью и непосредственно хирургическим заболеванием. Нарастание уровня стрессовых гормонов в крови по оценкам шкалы послеоперационной боли у новорожденных, в основном, диагностируется при атрезии пищевода, хирургическом сепсисе и пороках развития передней брюшной стенки [10-А, 31-А].
2. Возникновение и/или усиление синдрома боли на фоне врожденных пороков развития связано с проведением инвазивных манипуляций, постоянным мониторингом, неоднократными в течение суток осмотрами и диагностическими процедурами. Болевой синдром у новорожденных с ВПРПС с проявлениями поведенческой активности наиболее выражен при сочетании соматического заболевания с выраженными инфекциями различной этиологии (64,2%), родовой травмой (56,7%), аспирационным синдромом (43,1%), синдромом дыхательных расстройств (38,4%) [8-А, 30-А]
3. Шкала оценки острой боли у новорожденных, основанная на наблюдении за поведением ребенка, и мониторинг кожной проводимости (показатель Peaks/sec) показали высокую чувствительность к выявлению острой боли у новорожденных с ВПРПС во время манипуляций. Сравнительный анализ показал отсутствие взаимосвязи или умеренную силу корреляции ($r = 0,29$ до $0,35$, метод Кендалла) между физиологическими, поведенческими и показателями кожной проводимости [29-А].
4. Риск летальности при хирургически корригируемых врожденных пороках развития пищеварительной системы повышается при позднем переводе в хирургический стационар на 56,3%; при сопутствующих хромосомных и синдромальных формах пороков на 28,5%; при неадекватном подборе анальгезирующей терапии на 24,9%; при низких данных шкалы тяжести оценки состояния Апгар в момент рождения на 22,1%; задержке внутриутробного развития на 21,8% и недоношенности на 18% [2-А, 11-А, 17-А].
5. Повышение уровня осведомленности медицинских работников (врачи и медицинские сестры) специализированных отделений хирургического и соматического профилей о выраженности синдрома боли у новорожденных детей способствует повышению эффективности оказываемой анестезиологической и

реанимационной помощи новорожденным с ВПРПС на этапах транспортировки, в до и послеоперационном периодах [31-А].

6. Разработанные и внедренные (приказ МЗ РТ №80 от 20.02.2013 г., решение Коллегии МЗиСЗН РТ №9-17 от 20.09.2016 г.) клинические протоколы по профилактике и лечению синдрома боли, межгоспитальной транспортировке новорожденных способствовали повышению выживаемости новорожденных с ВПРПС [19-А, 23-А].

7. Своевременная диагностика детей после рождения определяет последовательность терапии. Санацию трехеобронхиального дерева и декомпрессию желудка необходимо провести в первые минуты после рождения. Отрезок времени перед транспортировкой в специализированные клиники, перед оперативным вмешательством определяется степенью воспаления, объемом циркулирующей крови. Оценка дисфункции органов и систем перед транспортировкой не должна превышать $9,1 \pm 0,3$ баллов [6-А, 28-А].

8. Новорожденные дети с ВПРПС в силу совокупности факторов чаще, чем дети с другой хирургической патологией предрасположены к гипотермии. Несоблюдение тепловой цепочки у детей с ВПРПС при межгоспитальной транспортировке ухудшает последующий послеоперационный исход на 45,5%. Выявлена прямая зависимость выживаемости новорожденных детей в до-, и послеоперационном периодах от сохранения и поддержания теплового режима [21-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. В момент госпитализации на этапах подготовки к операции и после хирургического вмешательства необходимо проведение мониторинга новорожденных для оценки болевого синдрома при осуществлении манипуляции.

2. Данные мониторинга (частота сердечных сокращений, артериальное давление, SpO_2 , частота дыхания, ежечасное измерение температуры, контроль КОС один раз в 6-12 часов) при проведении обезболивания после хирургического вмешательства в течение суток дают возможность контролировать показатели гемодинамики и своевременно их корректировать.

3. При проведении интубации детей первого месяца жизни с целью дыхательной реанимации обязательно после премедикации введение ГОМК 10% - 50 мг/кг в сочетании с другими наркотическими препаратами.

4. С целью уточнения выраженности болевого синдрома и последовательности проведения терапии у новорожденных

целесообразно использовать разработанный алгоритм «Способ контроля и управления болевого синдрома у новорожденных с врожденными пороками пищеварительного тракта» (патент выдан ГУ «Национальный патентно-информационный центр» №1562 от 18 мая 2017 г.), так как он прост и доступен в применении и способствует облегчению состояния новорожденных при проведении различных манипуляций.

5. Необходимо разработать навыки у медицинского персонала (врачей и медицинских сестер), по своевременной оценке, болевого синдрома и рациональному применению медикаментозных и немедикаментозных препаратов для снижения или снятия боли у детей первых месяцев жизни.

6. При применении медикаментозных и немедикаментозных видов анальгезии у детей первого месяца жизни должны использоваться: индивидуальный подход, непрерывность, контроль боли, максимальное облегчение боли при минимуме побочных эффектов, согласно «Инструкции по профилактике, мониторингу и управлению синдрома боли у новорожденных», утвержденной приказом МЗиСЗН РТ №611 от 04.07.2018 г.

7. Обезболивание в послеоперационном периоде необходимо в первые минуты после хирургического вмешательства с одномоментным введением наркотических препаратов, в последующем – капельной инфузией через линиомат. Под контролем показателей гемодинамики с проведением мониторинга боли необходимо индивидуально подбирать дозу наркотических препаратов и скорость их введения. На фоне нарастания болевого синдрома скорость увеличивают, при стабилизации – уменьшают.

8. Обоснованная транспортировка новорожденных с использованием разработанного «Алгоритма ведения детей при транспортировке в отделение реанимации у новорожденных с врожденными пороками развития» (удостоверение на рационализаторское предложение №08 от 2016 г., выданное ГУ НМЦ РТ) при наличии дефектов пищеварительной системы между медицинскими учреждениями дает возможность правильной оценки основных витальных функций организма, способствующей в последующем снижению послеоперационных осложнений в 1,5 раза.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах:

1-А. Рахматова Р.А. Пути снижения операционно-анестетического риска у новорожденных и грудных детей с

пороками развития пищеварительного тракта / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Вестник Авиценны. -1999. - № 1. - С. 37 – 39.

2-А. Рахматова Р.А. Дифференцированная хирургическая тактика при аноректальных пороках у новорожденных и детей раннего возраста / Р.А. Рахматова, И.Б. Шерназаров, Д.Р. Магзумов // Вестник Авиценны. -2003. - № 3-4., - С. 21-15.

3-А. Рахматова Р.А. Рациональный подбор антибиотиков в схемах послеоперационной терапии гнойно-септических осложнений новорожденных. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Известия Академии Наук Республики Таджикистан. -2004. - № 1-2(151)., - С. 64-66.

4-А. Рахматова Р.А. Коагуляционные свойства легких в зависимости от эндогенной интоксикации у детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. -2004. - № 3., - С. 106-108.

5-А. Рахматова Р.А. Комплексная интенсивная терапия при эндогенной интоксикации у детей при гнойно-септических состояниях. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, З.И. Тешаева // Здравоохранение Таджикистана. -2004. - № 3., - С. 69-70.

6-А. Рахматова Р.А. Межгоспитальная транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, А.С. Умедов // Здравоохранение Таджикистана. -2015. - №1. - С. 193 - 195.

7-А. Рахматова Р.А. Изменения свертывающей системы крови у новорожденных в связи с обезболиванием. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, М.А. Хусейнова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2010. - № 4 (173), - С. 83-89.

8-А. Рахматова Р.А. Смешанное анестезиологическое пособие у детей при манипуляциях / Р.А. Рахматова, З.Р. Шарипов, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров // Здравоохранение Таджикистана. 2010. - № 3. - С. 50-54.

9-А. Рахматова Р.А. Послеоперационное обезбоживание инфузией промедола у новорожденных детей. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Т.Х. Бобоев, Х.М. Мирзошарипов // Здравоохранение Таджикистана. -2010. - № 4. - С. 38-40.

10-А. Рахматова Р.А. Влияние обезболивания на уровень иммуноглобулинов в крови у новорожденных и детей раннего возраста. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. -2011. - № 2. Т. 54. - С.158-160.

11-А. Рахматова Р.А. Отдаленные результаты хирургического лечения аноректальных пороков развития у новорожденных и детей грудного возраста. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Здравоохранение

Таджикистана. -2011. -№1. -С. 44-47.

12-А. Рахматова Р.А. Антиоксидантная терапия и оценка ее эффективности при сепсисе у новорожденных. / Р.А. Рахматова, О.Т. Аминов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2011. - № 2. - С. 62-64.

13-А. Рахматова Р.А. Свободнорадикальное окисление при септических состояниях у новорожденных. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Вестник Таджикского технического университета. - 2011. - № 1 (13). - С. 19-22.

14-А. Рахматова Р.А. Влияние картины микробной колонизации на тяжесть состояния у новорожденных и детей раннего возраста с врожденными пороками развития аноректальной области. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров // Здоровоохранение Таджикистана. – 2011. - № 3. - С.26-29.

15-А. Рахматова Р.А. Особенности клинико-иммунологического статуса у недоношенных детей с церебральной ишемией / Р.А. Рахматова, А.С. Каракушикова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2012. - № 3(180). - С. 55-61.

16-А. Рахматова Р.А. Острые повреждения почек у новорожденных и детей раннего возраста при критических состояниях / А.А. Одинаев, Р.А. Рахматова // Вестник ТНУ. - 2015. - №2. - С. 88-90.

17-А. Рахматова Р.А. Изучение тяжести состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом. / Р.А. Рахматова, П.Э. Рахмонова, Ф.Х. Тиллоева // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016. - № 4. -С. 74 –77.

18-А. Рахматова Р.А. Состояние микробной колонизации у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, Х. Ибодов, З.Н. Набиев // Здоровоохранение Таджикистана. -2016. - №4. - С. 42 46.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

19-А. Рахматова Р.А. Продленная перидуральная анальгезия у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, Х.Р. Кодиров, Д.Р. Магзумов // Материалы II- го Российского конгресса. Современные технологии в педиатрии детск. хирургии. - Москва. - 2003. - С. 415.

20-А. Рахматова Р.А. Анестезиологическое обеспечение у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров, А.С. Умедов //Материалы всероссийского научного форума – Хирургия-2005. - Москва. -2005. - С. 143-144.

21-А. Рахматова Р.А. Оптимизация анестезиологического

обеспечения у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, К.А. Холов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2009. - № 2. - С. 32-34.

22-А. Рахматова Р.А. Интенсивная терапия новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно-некротическом энтероколите. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров, И.Ш. Зарипов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2010. - № 1. - С. 47-50.

23-А. Рахматова Р.А. Перидуральная анальгезия при комбинированной анестезии у детей раннего возраста. / Р.А. Рахматова, Ш.С. Ганиев, Х.Р. Кодиров // Материалы V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана с международным участием. - 2010. - С. 272- 275.

24-А. Рахматова Р.А. Определение степени эндогенной интоксикации у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Т.Х. Бобоев, А.С. Умедов // Материалы X Российский конгресс II конгресс детских врачей союзного государства. Москва. - 2011. - С. 406-407.

25-А. Рахматова Р.А. Методы диагностики состояния паренхимы почек у детей с врожденным гидронефрозом. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Ш.С. Ганиев, А.И. Рахматов // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - 2011. - № 1. - С. 8-9.

26-А. Рахматова Р.А. Свертывающая и противосвертывающая системы крови у новорожденных с врожденными пороками развития при анестезии и хирургических вмешательствах. / Р.А. Рахматова, Х. Ибодов, З.Н. Набиев // Архив Евромедика. - Ганновер. - 2013. - №. 3 - С.47-51.

27-А. Рахматова Р.А. Эффективность использования антиоксидантов в терапии тяжелых инфекций / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Ш.С. Хукуматова // Вестник перинатологии, посвящ. V конгрессу Федерации Педиатров Стран СНГ. VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова. - 2013. - №2(58)-3(59). - С. 277-288.

28-А. Рахматова Р.А. Особенность предоперационной оценки тяжести состояния и выбора анестезиологического пособия у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров // Труды научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья населения» ТНИИАГиП. - Душанбе. -2013. - С. 230-233.

29-А. Рахматова Р.А. Предоперационная оценка тяжести состояния и оптимизация анестезиологического пособия у

новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. -2013. - № 3. - С. 140-142.

30-А. Рахматова Р.А. Послеоперационная анальгезия у новорожденных. / Р.А. Рахматова, З. Н. Набиев, Ш.С. Хукуматова //Материалы НПК с международным участием посвящ. 85-летию со дня рождения член корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова. – Душанбе. -2013. - С. 188-189.

31-А. Рахматова Р.А. Оценка болевого синдрома у новорожденных в отделениях реанимации и интенсивной терапии / Р.А. Рахматова, З. Н. Набиев // Периодический научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка», Кыргызстан. - 2013. - Т. 5. - № 2. - С. 45-48.

32-А. Рахматова Р.А. Интенсивная терапия новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно-некротическом энтероколите. /Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Файзуллаев А.С., Шерназаров И.Б. // Сборник МатериаловIX Конгресса педиатров стран СНГ, III Форум по питанию. Душанбе. 2019.- С. 199.

33-А. Рахматова Р.А. Некоторые аспекты развития острого почечного повреждения детского возраста. /Одинаев А.А.// Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -2019. -Т-II. – С. 322-324

Монография

1. Рахматова Р.А. и соавт., Абдоминальная хирургия детского возраста. / А.А. Азизов, М.Н. Нуритдинов, - Чархи гардун - Д: 2010. – 412. С.

2.Рахматова Р.А. Анестезиологическая защита у детей с пороками развития толстой кишки, принцип предоперационной подготовки / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев Импульс медиа групп. – Душанбе. 2013. – 120. С.

Информационные письма

1. Рахматова Р.А. Инструкция (информация для специалистов) по медицинскому применению опиатов на этапе терапии болевого синдрома новорожденных (приказ МЗиСЗН РТ №611 от 04.07.2018 г.) / Р.А. Рахматова, А.В. Вахидов [и др.]. – Душанбе: Мехрона-2017, 2018. – 26 с.

2. Инструкция по профилактике, мониторингу и управлению синдромом боли у новорожденных (приказ МЗиСЗН РТ №611 от 04.07.2018 г.) / Р.А. Рахматова, А.В. Вахидов [и др.]. – Душанбе: Мехрона-2017, 2018. – 70 с.

Патент на изобретение

1. Рахматова Р.А. Способ контроля управления болевого синдрома у новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительной системы. /Набиев З.Н. //ТЖ №1562. - 17.05.2017. – Опубликовано в официальном бюллетене «Патентный вестник». – 2017. – №843.

Методическая рекомендация

1. Рахматова Р.А. Острая почечная недостаточность у детей. /Р.А.Рахматова., Одиназода А.А., Набиев З.Н. – Душанбе: «Мир полиграфии» - 2010 – 30 с.

Удостоверения на рационализаторские предложения

1. Рахматова Р.А. Способ снижения депрессивного влияния кетаминового наркоза унитиолом у новорожденных /Набиев З.Н., Шерназаров И.Б. // №3323/R538. - 05.12.2012.

2. Рахматова Р.А. Лечебно-диагностический алгоритм оценки органной недостаточности у новорожденных с врожденными пороками развития. / Набиев З.Н., Тешаева З.И. // №07. - 02.02.2016.

3. Рахматова Р.А. Алгоритм ведения детей при транспортировке в отделение реанимации у новорожденных с врожденными пороками развития/ Рахмонов М.Б., Рахмонов Б.Я. // № 08. - 02.02.2016.

Список сокращений

АД – артериальное давление

БС – болевой синдром

ВПР – врожденные пороки развития

ВПРПС - врожденные пороки развития пищеварительной системы

ГОМК – гамма окси масляная кислота

ГОУ ИПОСЗ – государственное образовательное учреждение «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения»

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино - Государственное образовательное учреждение «Таджикский Государственный медицинский университет» имени Абуали ибни Сино

ГУ НМЦ – государственное учреждение Национальный медицинский центр

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

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

КОС – кислотно осовное состояние

МВПР – множественные пороки развития

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

ПОН– полиорганная недостаточность

РЦМСиИ – Республиканский центр медицинской статистики и информации

САД – систолическое артериальное давление

СНГ – содружество независимых государств

ЦВД - центральное венозное давление

ЦНС – центральная нервная система

CRIES– scale for Neonatal Postoperative Pain Assesment

DAN– douleuraiguedu Nouveau-ne

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ
ТИББИ АТФОЛ ВА ЉАРРОЊИИ АТФОЛИ ВАЗОРАТИ
ТАНДУРУСТЌИ ВА ЊИФЗИ ИЉТИМОИИ АЊОЛИИ
ЉУМЊУРИИ ТОЉИКИСТОН»**

УДК:616-089.5-053.2; 616.3-007-053.1

**РАЊМАТОВА
РУХШОНА АКРАМОВНА**

**АРЗЌБИИ ВАЗОЊАТИ СИНДРОМИ ДАРД ВА МЕТОДЊОИ
ТАСЊЕЊИ ОН ДАР КЌДАКОНИ НАВЗОДИ ГИРИФТОРИ
НОРАСОИЊОИ ИНКИШОФИ СИСТЕМАИ
ХЌРОКЊАЗМКУЊЌ**

АВТОРЕФЕРАТИ
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тибб
14.01.19 – ҷарроҳии атфол
14.01.20 – иншоршиносӣ ва тахдиромӯзӣ

Душанбе - 2020

Таъќикот дар заминаи МД «Маркази илмию клиникаи тибби атфол ва ӯарроњии атфолӣ ВТ ва ЊИА ЉТ» иљро шудааст.

- Мушовирони илмӣ:** **Ибодов Њабибулло**, доктори илмњои тиб, профессори кафедраи ӯарроњии атфолӣ МДТ «Донишгоњи тахсилоти баъдипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумњурии Тоҷикистон»
Набиев Зоњир Нарзуллоевич, доктори илмњои тиб, Сардори Раёсати хизматрасонии модар, кўдак ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Љумњурии Тоҷикистон
- Муқарризони расмӣ:** **Миронов Пётр Иванович**, доктори илмњои тиб, профессори кафедраи анестезиология ва реаниматология бо давраи ИДПО МФДБ ТО, Донишгоњи давлатии тиббии Бошқирдистон
Султонов Шералӣ Рањмонович, доктори илмњои тиб, мудири кафедраи ӯарроњии атфолӣ МДТ «Донишгоњи давлатии тиббии Тољикистон ба номи Абўалӣ ибни Сино»
Ахпаров Нурлан Нуркинович, доктори илмњои тиб, мудири шўъбаи ӯарроњии атфолӣ, Маркази илмии тиббии атфол ва ӯарроњии Вазорати тандурустии Љумњурии Казоқистон
- Муассисаи тақриздињанда:** Маркази миллии њифзи модар ва кўдаки Вазорати тандурустии Љумњурии Қирғизистон

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2020 соати ___ дар ҷаласаи шўрои диссертатсионии 6Д.КОО-025 МДТ «Донишгоњи давлатии тиббии Тољикистон ба номи Абўалӣ ибни Сино» дарнишонии (734003, Ҷумњурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рўдакӣ, 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи Донишгоњи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалӣ ибни Сино ва сомонаи расмии www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ 2020 ирсол шудааст.

Котиби илмии шўрои диссертатсионӣ,
доктори илмњои тиб

Ш.Қ.Назаров

Муқаддима

Мубрам будан ва аъямияти таъќикоти диссертатсионї.

Дар замони ӯзира яке аз омилҳои ӯалқунандаи фарӯмҳои номусоид дар давраи навзодии атфол норасоии инқишоф мебошад, ки сохтори бемориҳои навзодон беш аз 70%-ро ташкил мекунад [Абдуфатоев Т.А. ва ҳаммуаллифон, 2011; Киреев С. С., 2016]. Патологияи мазкур тамоюл ба афзоиш дорад ва беш аз 15 дарсади шумораи умумии кӯдакони солиро ташкил мединад [Воҳидов А.В., 2010; Азизов А.А., 2014].

Норасоии модарзодии лӯиози ӯазми хӯрок (НМЛҶХ) дар сохтори фавти перинаталї лӯиҳои дувуму севум ва дар баъзе минтақаҳои аз лӯиози экологї номусоид лӯиҳои якумо ишғол мекунад. Назар ба арзбӯиҳои мо ӯангоми таваллуди навзодон на беш аз 50-60% ӯамаи НМЛҶХ ташхис карда мешавад. ӯамасола дар Тољикистон на кам аз 228 нафар кӯдакони гирифтори чоки лабӯ ва ком, 321 нафар кӯдакони гирифтори норасоии инқишофи модарзодии (НИМ) найчаи асабї, 160 нафар навзодони гирифтори норасоии сершумори инқишофи модарзодї (НСИМ) ба дунё меоянд [МҚОваИТ, 2013]. Афзоиши боэтимодии басомад ва «саъм»-и онҳо дар нишондиҳандаҳои бемориҳои перинаталї ва фавти навзодон дар бораи бесамарї ва ӯатто набудани барномаи пешгирии бемориҳо ва ташхиси ихтилолоти генетикии атфол дар Љумӯурии Тољикистон шаӯодат мединад [Ибодов Х.И. ва ҳаммуаллифон, 2010; Султонов Ш.Р. ва ҳаммуаллифон, 2015]

Аз рӯи маълумоти Маркази щумӯуриявии омори тиббї ва иттилооти Вазорати тандурустї ва ӯифзи иљтимоии аҳолии Љумӯурии Тољикистон (МЉОТваИТ ВТваЊИА ЉТ) дар соли 2012 сохтори фавти перинаталї бо сабаби НМЛҶХ 2,3% ташкил мекард. Таълили сохтори ошқорсозии шаклҳои гуногуни норасоии модарзодии лӯиози ӯазми хӯрок манзараи зеринро нишон мединад: пилоростенози модарзодї дар 27,6% мушоӯидаҳо, чурраи танобаки ноф - 18,53%, инсидоди мақбад - 9,3%, инсидоди сурхрӯда - 7,2%, чурраи чатану тухмдон - 4,9%, ихтилоли солимии девораи пеши шикам - 3,2%, чурраи лӯанинї - 2,9%, норасоии инқишофи рӯдаи гафс - 0,9% [МҚОваИТ, 2014]. Назар ба натиљаҳои таъќикоти аз тарафи гурӯҳи мутахассисон роӯандозишуда [Абдуфатоев Т.А., 2011; Алимова И.Љ. ва ҳаммуаллифон, 2016; Одинаев А.А., 2018], нишондиҳандаи фарӯмҳои номусоид дар

кўдакони якмоъаи бистарибуда дар беморхона бо сабаби патологияҳои гуногуни модарзодӣ дар давраи солҳои 1995-2000 19,7% ҳолатҳои ташкил намуд, дар ҳоле ки нишондиҳандаи мазкур тайи солҳои 2003-2008 ба 11,2% баробар будааст.

Дар организми кўдаки синни неонаталӣ равандҳои гуногуни мутобиқшавии ба шароити беруназбатӣ омодакунонда мегузаранд, ки бо стрессҳои тағйироти гормонӣ, оғози фаъолнокии системаи антиносисептивӣ, вижагии гузаронандаи мубодилаи моддаҳои амроҳи мебошад [Исаков Ю.Ф. ва ҳаммуаллифон, 2011; Chiaretti A et al 2013; Володин Н.Н., 2013]. Иқтидори лубронкунии кўдакони давраи неонаталӣ барои нигоҳдории дараҳаи муайяни мубодилаи моддаҳои собит нест Раҳмонова П.Э. ва ҳаммуаллифон, 2016]. Ангезандаҳои дардовар ҳамчун омилҳои воқуниши физиологияи организм механизми ғифозатӣ мебошанд [Ваняркина А.С. ва ҳаммуаллифон, 2012; Киреев С.С., 2016; Бочкарева С.А. ва ҳаммуаллифон, 2017].

Ошкоршавандагии ҷунин норасоӣ, аз қабилҳои ҷурраи ғилӯби ғилӯз норасоӣҳои инкишофи сурхрӯда, норасоӣҳои ғилӯзи ғилӯзи хӯрок ва девораи пеши ковокии шикам ғилӯз ғилӯз хеле пойин ва ғилӯз 1 ҳолат дар 1500-2500 таваллуд боқӣ мемонад [Мартинова Е.Н., 2011; Караваева С.А., 2016; Anand K.J. et al 2007; DeLima J., 2010].

Дараҳаи омӯхта шудани проблемаи илмӣ. Дар минтақаҳои, ки нишондиҳандаҳои таваллуд ва фахт баланд мебошад ва Љумғурии Тоҷикистон ғилӯз ба ҷунин минтақаҳои мансуб аст, зиндамонии кўдакони давраи неонаталӣ аз бисёр ғилӯз ба омилҳои хатари перинаталӣ, синнусоли модар (камтар аз 18- сола ва болотар аз 40 - сола), риояи маросими динии рӯздорӣ, шохиси пасти саломатӣ вобаста мебошад. Фарғомҳои номусоид дар навзодони ғилӯзори норасоӣҳои инкишофи сурхрӯда дар баъзе вилоятҳои ба 50-60 % ҳолатҳои ва бештар аз он, ғилӯз норасоӣҳои системаи шуш ва ғилӯз ғилӯз бошад, ба 75% мерасад, дар ҳоле, ки ғилӯз норасоӣҳои якҷоя бештар аз 90% - ро ташкил медиҳад [Исаков Ю.Ф. ва ҳаммуаллифон, 2011].

Идроки энсоти дард ва интиқоли он аз давраи инкишофи барвақтии дохилибатнии ғилӯз зоғир гардида, тағйирот дар ғилӯз марғилаҳои инкишоф ба вуқӯ меояд [Effe E., 2013]. Яке аз проблемаҳои асосии иншоромӯзи масғалаҳои шинохтан, дараҳаи

вазоъат ва маъорати пешгирӣ ва дармони дард мебошад. Дар ављи фаъолнокии дард тағйироти вокунишноӣ гормоналӣ ва метаболӣ ба вуқӯ меоянд [Гвак Г. В. ва ҳаммуаллифон, 2012; Лундквист П. ва ҳаммуаллифон, 2014]. Дарди шадиди такрорӣ дар кӯдакони синни неонаталӣ метавонад сабаби ихтилолоти хунгардиши мағзи сар, боиси номувозинатии мубодилаи моддаҳо, афзудани гипоксия, коагулопатия ва дар ниёоята густардашавии раванди септикӣ гардад [Жиркова Ю.В., 2012; Набиев З.Н. ва ҳаммуаллифон, 2013].

Арзёбии мувофиқи вазнинии ҳолат вазифаи бағоят душвор мебошад, вақте ки ба вижа сухан дар бораи навзодон меравад, аз он сабаб, ки ҳаллу фасли проблемаи мазкур аз ӯдуди тандурустӣ хеле фаротар меравад ва гоёе ба дигар соҳаҳои илм марбут мегардад [Байбарина Е.Н., 2010; Сулима Е.Г. ва ҳаммуаллифон, 2012; Баиров В.Г. ва ҳаммуаллифон, 2014]. Ҳангоми арзёбии вазнинии ҳолати патологияи кӯдакони яқмоёна зарурати муқоиса намудани омилҳои сершумор: маълумот оид ба ӯараёни номилағӣ, таваллуд ва давраи неонаталӣ барвақтӣ, масъалаҳои ҳамлу нақл, риоя намудани режими ӯарорати бадан, оғози табобати тасъенӣ, бедаркунии саривақтӣ ва бисёр дигар сабабҳои баъамвобаста бо миён меояд. Ҳангоми такмил ва дигаргунсозии методикаҳои арзёбии вазнинии ҳолат дар марӯилаи татбиқи босуръат ва бемайлони технологияҳои навин, масъалаҳои такмил ва муносибсозии табобати комплексӣ, равиши ӯарроғӣ, таъминоти иншоршиносӣ ва муроқибати баъдиӯарроғӣ ба кадрҳои кӯфӣ равшан инъикос нашудааст [Александрович Ю.С. ва ҳаммуаллифон, 2011].

Набудани методикаҳои махсус ва ангораҳои таъқиқоти кӯдакони навзод дар давраи пеш аз ӯарроғӣ водор менамояд, ки аз дастурҳои ҳаммонанди барои беморони калонсол пешбинигардида муроғият карда шавад ва он аксаран боиси тасъенӣ бесифати норасоинҳои бамиёномада мегардад [Черненко Ю.В. ва ҳаммуаллифон, 2009; Теплякова О.В. ва ҳаммуаллифон, 2014].

Проблемаи мавриди назар дар шароити беморхонаи ӯарроғӣ, вақте ки зарурати бо навзодон гузаронидани амалҳои гуногуни ташхисӣ ва дармонӣ, ки аксаран дарднок мебошанд, ба миён меоянд, аҳамияти вижа касб менамояд. [Михельсон В.А. ва ҳаммуаллифон, 2009; Ларькин И.И., 2016].

Дар диссертатсия коркардҳои муаллифони ватанию хорилӣ оид ба вижагии физиологияи навзодон бо дарназардошти проблемаи

баррасишавандаи њифозати носисепсия ва антиносисептивї истифода ва инкишоф дода шудааст. Дар љараѐни таъќикоти диссертатсионї бо донишмандони ватанио хорилї, ки ба омўзиши масъалаи њолати кунунии проблемаи арзѐбии дард дар кўдакони якмоъа, роъњои пешгирї ва бартарафсозии он машѓул мебошанд, мубоъиса баргузор гардид.

Љадвалъои арзѐбии квантификатсияи синдроми дард, ки имрўз дар ихтиѐри иншоршиносон ќарор дорад, асосан, барои беморони калонсол пешбинї шудааст. Ин љадвалъо бо дарназардошти вижагињои морфофункционалии организми навзодон имкон намедињад, ки нишондињандањои ташхисии пешнињодгардида барои арзѐбии даќики њолати бемори синни мазкур истифода шавад. Проблемаи дарди кўдакони гирифтори норасоињои модарзодии инкишофи љињози њазми хўрок дар давраи неонаталї амалисозии тадбирњои гуногуни самтгиришаванда ба коъишѐбии оризањо пеш ва пас аз амали љарроњиро таќозо менамояд.

Барои њаллу фасли чунин проблема таъќикоти мазкур роњандозї гардид.

Асосњои назарияї ва методологии таъќикот.

Эпидемиологияи НМЉЊХ дар навзодон, љанба ва басомади фарљомњо њангоми чунин беморињо дар Љумњурии Тољикистон баррасї гардидааст. Тавсифи проблемаи омўзиши њолати умумии кўдакони навзод бо муайянкунии шохиси вазнинии беморї дар шуъбаи эњѓарї ва табобати муассир оварда шудааст. Тавалъуњи махсус ба њолати кунунии проблемаи арзѐбии дарди навзодон, роъњои пешгирї ва бартарафсозии он дода шудааст.

Њамаи беморон њангоми ворид шудан ба беморхона мавриди таъќикот бо методњои комплекси клиникї - муайян кардани вазни тифл, њарорати пўст, миќдори њаракатњои нафаскашї бо зонїрсозии гуногунии патологияи он, истимои хирроси гузаранда ќарор гирифтанд. Њангоми таъќикот дар марњилаи ибтидої њолати беморон аз рўйи нишондињандањои даралъаи вазнинї тибќи меъѐрњои муайян арзѐбї гардид. Арзѐбии нишондињандањо тибќи љадвалъои арзѐбии маъмули вазнинии њолат ва натиљањои пешбинишавандаи тасъењи њолати беморони ОРИТ роњандозї шуда, барои арзѐбии рафтори беморон љадвалъои босуботї ва босуботии зерсистемањо тибќи Н. Als (1982) ба кор бурда шуд.

Таъќикоти биохимиявии хун барои муайян кардани муътавои микдори электролитно - калий ва натрий бо реактивҳои ширкати Vital ва методи туридиметриќи тавассути дастгоњи BayerRA-50 (истеъсоли Германия); карбомид (бо методи дианэтилмонооксим) ва креатинин (вокуниши Яффе) ба воситаи реактивҳои ширкати ЗАО-ЭКО бо дастгоњи озмоишгоњи BayerRA-50 анъом дода шудааст. Бо реактивҳои ширкати Vital тавассути методи колориметри дар дастгоњи BayerRA-50 нишондиъандаҳои глюкоза муайян карда шуданд. Сафеда бо методи биурети, билирубин бо методи колориметрии Ендрассик-Гоф тавассути реактиви ширкати Vital ва дастгоњи BayerRA-50 муайян карда шуд. Омӯзиши нишондиъандаҳои таркиби тезобию асосии хун ва лӯзӯиети он дар дастгоњи MEDICA EasyStat роъандозӣ гардид. Гемоглобин бо равиши колориметри, гематокрит бо равиши классики муайян карда шуд.

Омӯзиши манзараи микробӣ бо ошкорсозии ӯассосият нисбат ба антибиотикно баргузор гардид. Мушоъидаи манзараи микробиологӣ дар ваќти дар клиника бистарӣ шудани бемор, дар рӯзҳои даъум ва бистуми иќомат дар беморхона баъд аз амали ларроњи тасъеъии норасоии инкишоф анъом дода шуд. Истифодаи системаи монитории ширкати «NIHON KONDEN ВСМ-2301К» (Япония), OXImeter (Дания), «HUMBER-3090» (ИМА) барои назорати басомади кашидашавинои дил, фишори миёнаи шараёни ва сатуратсияи оксиген амали гардид. Бо методи басарӣ мушоъидаи ӯолати нафаскашӣ, хунгардиш, режими ӯароратӣ, диурез, ӯолати СМА ва ӯазми хӯрок роъандозӣ шуд. Фишори миёнаи шараёни (ФМШ) бо ёрии дастгоњи сфигмоманометр «Cardiosar» ширкати «Datex», BP-107, «Spacelab» бо истифодаи сардасти 30-35 мм болои бозу чен карда шуд. Дарлаи ФМВ дар ваќти бистарикунони, ӯангоми давраи пешазларроњи ва баъди амали ларроњи бо дастгоњи Валдман муайян карда шуд. Назорати вазни бадани навзодон тавассути тарозуи электрони Jisa - (ИМА) амали мешуд, кӯдакон дар катчаи муътадилӯарорати пӯшидаи ширкати «Ameda-Bear» нигоъдорӣ мешуданд, нафаскашии муътадил тавассути дастгоњи «CLV-90» (Япония) нигоъдорӣ мешуд, лиъози тушакии гармкунандаи ширкати KANMED, BABY WARMER (Шветсия) барои интиќол додан ба нӯлӯраи ларроњи ва аз он лӯ ба шуъбаи энёгарӣ ба кор бурда мешуд. Баъди амали ларроњи дар

шубаи эъғарӣ беморон дар катчаҳои муљаъназ бо гармкунии худкори ширкати СНО-Т, истеъсоли муштараки «ИСТЕКО Интернешнл» ва «ЭЛТО» Љумбурии Тољикистон нигоҳдорӣ мешуданд.

Дар маръилаи таълили ретроспективӣ таъќикоти нишондиъандаҳои хенгардиши марказӣ ва канорӣ аз рӯйи методикаи С.Я.Долетский (1982), равиши тетрополярии синавии реографияи интегралии бадан (РИБ) тибќи методикаи М.И.Тищенко (1973), бо муайянкунии меъёрно барои дастгоњи ВоMed, баргузоргардида ӯамроъ бо О.А.Тимошенко (1995) роъандозӣ гардид. Баъди муайян кардани ӯальми зарбатӣ ӯальми даќикавӣ бо истифодаи киматҳои сатњи бадан ва вазн муайян карда шуда, муъосибай шохисҳои зарбатӣ ва калбӣ анӯом дода шуд. Методи ӯайриинвазивии муайянкунии ченакҳои хунгардиши навзодон тавассути дастгоњи «ВоMed» - равиши оддии ошкорсозии ихтилолоти динамикии хунгардиши навзодон пеш ва баъд аз амали ӯарроъӣ мебошад. Сатњи бадан бо дарназардошти вазни бадан ва қад бемор аз рӯйи номограммаи Кроуфорд ва ӯаммуаллифон (Ю.Е. Велтишев, Г.С.Грачев, 1979) муайян карда шуд. Натилҳои мониторино (Sphygmomanometr neonatal BP-107, Hewlett-Packard ва Spacelabs) имкон фароӯам намуд, ки раќамҳои мутлаќи фишори шараёни (ФС) ва фишори миёнаи шараёни (ФМШ) мавриди истифода қарор дода шавад.

Дар ӯараёни таъќикоти проспективӣ методи ӯайриинвазивии УЗИ бо дастгоњи IuStar-300 4D (истеъсоли Кореяи ӯанубӣ) ба қор бурда шуд. Ба сифати меъери физиологии ЭХО-кардиографӣ дар навзодон нишондиъандаҳои Х.Фейнбаум (1999) қабул карда шуд. Истифодаи дастгоњино сонографии насли нав имкон доданд, ки ӯамзамон дарлаи гипертензияи шуш ва фраксияи партофти дил ӯисоб карда шавад.

Қоркарди омории натилҳои таъќикот бо ёрии таъќикоти афзорӣ амалӣ гардид. Маълумот дар пурсишномаҳои ба таври инфиродӣ қоркардшуда танзиму тасниф ва минбаъд ба ӯадвал дар компютери IBM ворид карда шуданд. Маводи аввалия бо истифодаи методҳои меъёрнои аломатно мавриди қоркарди оморӣ, омори гунаӣ тибќи меъери Студент-Фишер бо ӯисобкунии иштибоњи миёнаи арифметикӣ қарор гирифт.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таъќикот. Коњиш додани фавти перинаталї ва неонаталї њангоми тасъеъи норасоиъои инкишофи навзодон тавассути љарроњї бо роњи такмил додани њифозати иншоршиносї бо дарназардошти даралаи квантификатсияи синдроми дард.

Объекти таҳќикот. Объекти таҳќикот 274 навзоди гирифтори норасоиъои модарзодии љиъози њазми хўрок (ногузориши модарзодии рудаҳо, нукси сурхруда, чурраи пардаи хочиз, патологияи инкишофи девораи пеши шикам) гардиданд, ки гирифтори таҳдили реироспективї ва таҳќикот ва табобати проспективї шуданд.

Мавзўи таҳќикот. Мавзўи таҳќикот арзёбии даралаи квантификатсияи синдроми дарди кўдакони навзоди гирифтори НМҚХХ, коркарди системаи ташхиси синдроми дард дар беморон бо ёрии арзёбии тағйироти њолати рафторї, фаъолияти њаракатї ва нишондиъандањои вегетативї, тағйирдиъии љадвали интегралїи арзёбии вокуниши дардии навзод ва тавсифи посухи навзод ба барангезандаи дард бо дарназардошти норасоии модарзодии инкишоф. Мавзўи таҳќикотии диссертатсионї бо консепсияи мавзўи диссертатсионї мувофиқ мебошад. Мавзўи диссертатсия бо шиносномаи тахассусҳои 14.01.19 - чарроҳии атфол ва 14.01.20 – иншоршиносї ва тахдиромўзї мувофиқ мебошад.

Вазифањои таъќикот

1. Арзёбии даралаи квантификатсияи синдроми дарди кўдакони навзоди гирифтори норасоиъои модарзодии инкишоф.
2. Коркарди системаи ташхиси синдроми дард дар кўдакони навзод бо ёрии арзёбии тағйироти њолати рафторї, фаъолияти њаракатї ва нишондиъандањои вегетативї.
3. Тағйирдиъии системаи ташхиси синдроми дард дар кўдакони навзод бо ёрии арзёбии тағйироти њолати рафторї, фаъолияти њаракатї ва нишондиъандањои вегетативї .
4. Арзёбии иттилоънокии љадвалњои интегралїи вазнинии њолати бемони ШЭТМ бо муайян намудани имкони истифодаи онњо барои кўдакони навзоди гирифтори норасоиъои инкишоф.
5. Арзёбии даралаи огоњии кормандони тиббии (табибон ва њамширањои тиббї) шуъбаи махсусгардонидашудаи љарроњї ва љисмии махсуси давраи неонаталї оид ба вазоњати синдроми дард.

6. Коркард ва татбики протоколнои пешгирӣ ва муолилаи синдроми дард дар кӯдакони навзод.

7. Таъияи алгоритми муттасилии илрои дасткоринои ташхисӣ ва муолилавӣ бо дарназардошти гуногуншаклии норасоинои инкишоф.

8. Арзёбӣ кардан ва роъандозии тасвиби самаранокии меъёри нигоъубини навзодони гирифтори НМҚХХ барои интиқоли байнибеморхонавӣ.

Усулҳои таъкиқот. Барои дуруст баҳо додани вазнинии ҳолати навзод бо НМҚХХ маълумотҳои клиникӣ, анамнез ва натиҷаҳои муоинаи объективӣ ва клиникаию таҳлилий ба қайд гирифта мешуданд. Барои баҳодиҳии аксуламали дард ҷадвали арзёбии вокуниши дарди (DAN, CRIES, NTISS) истифода бурда шуданд. Таъкиқоти биохимиявӣи хун барои муайян кардани муътавои микдории электролитҳо - калий ва натрий бо реактивҳои ширкати Vital ва методи туридиметриқӣ тавассути дастгоҳи BayerRA-50 (истеъсоли Германия); карбомид (бо методи дианэтилмонооксим) ва креатинин (вокуниши Яффе) ба воситаи реактивҳои ширкати ЗАО-ЭКО бо дастгоҳи озмоишгоҳии BayerRA-50 анҷом дода шудааст.

Омузиши нишондиҳандаҳои таркиби тезобию асосии хун ва лӯзъиёти он дар дастгоҳи MEDICA EasyStat роъандозӣ гардид. Истифодаи системаи монитории ширкатҳои «NIHON KONDEN ВСМ-2301К» (Япония), OXImeter (Дания), «NUMBER-3090» (ИМА) барои назорати басомади кашидашавинои дил, фишори миёнаи шараёни ва сатуратсияи оксиген амалӣ гардид.

Соҳаи таҳқиқот. Таҳқиқот бо шиносномаи КОА-и нади Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.19 - ҷарроҳии атфол ва 14.01.20 – иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ мувофиқат мекунад: 5.1. Муайян намудани синдроми дард хангоми муолиҷаҳо дар кудакони рӯзҳои аввали ҳайёт ва пешгирии дисфунксияи органҳо ва системаҳо. 6.1. Натиҷаҳои номусоид кудакон бо НМҚХХ дар давраи неонаталӣ дар шуъбаи таҳдиромӯзӣ ва табобати вусъатнок.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Диссертатсия марҳила ба марҳила таълиф шудааст. Дар марҳилаи аввал адабиёти марбут бо проблемаи мазкурро мутолиа намудем. Баъдан мавзӯ ва ҳадафи диссертатсия муқаррар шуд. Коркарди системаи ташхиси синдроми дард дар кӯдакони навзод бо ёрии арзёбии тағйироти ӯлоати рафторӣ,

фаъолияти ӯаракатӣ ва нишондиъандаҳои вегетативӣ дар қудакон бо НМҚҲХ.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар таҳқиқот иттилоот оид ба (диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия ҳимояшуда, мақолаҳои илмии маҷаллаҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо) синдроми дард ва методҳои коррексияи он дар навзодон бо НМИСХ. Таҳқиқот дар шуъбаи эҳёгарӣ, таҳдиромӯзӣ ва табобати вусъатноки МД ММТ ҶТ «Шифобахш» иҷро шудааст.

Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия бо маълумотҳои этимоднок, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ карда мешавад. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои табобати синдроми дард дар навзодон бо НМИСХ иҷро шудаанд.

Навгонии илмӣ. Барои баланд бардоштани даралаи зиндамонии навзодони гирифтори аномалияҳои модарзодии инкишоф дар сатҳи милли протоколҳои пешгири ва муолиҷаи синдроми дард бо дарназардошти аномалияи инкишоф коркард ва татбиқ гардид.

Афзалиятҳо ва камбудии табобати бедардгардонӣ бо истифодаи маълуми доруҳои мусаккини муҳаддир ва ғайримухаддир ӯамрон бо бензодиазепин дар қудакони навзоди воқуниши стресси ӯарроњиро таъаммулкарда муайян карда шуд.

Нахустин бор манзараи бартари тавсифқунандаи ӯолати умумии қудакони давраи навзодӣ дар шуъбаи эҳёгарӣ вобаста ба гуногуншаклии норасоии инкишоф дар марњилаи омодагии пешазӯарроњӣ ва давраи барвақтии баъдиӯарроњӣ ошқор карда шудааст. Буъронитарин давраҳои зиндагии ӯамин гурӯҳи бморон муайян гардидааст.

Алгоритми пешгӯии оризањо дар асоси омилҳои хатари дигаргуншуда ва дигаргуннашуда ва арзёбии вазнинии ӯолат аз рӯи ҳолҳои коркард гардид.

Даралаи огоњии кормандони тиббии (табибон ва ӯамширањои тиббӣ) шуъбаҳои махсусгардонидашудаи ӯарроњӣ ва ӯисмии махсуси давраи неонаталӣ оид ба вазоњати синдроми дард ӯангоми иљрои дастқориҳои ташхисӣ, муолиҷавӣ ва нигоњубин мавриди арзёби қарор дода шуд.

Алгоритми арзёбии пай дар пай иҷрошавии сифатии муолиљаи роњандозишавандаи муассир њангоми амали љарроњї вобаста ба љанбаи норасоии инкишофи ошкоршуда тањия шудааст.

Равиши бедардгардонии кўдакони давраи неонаталї дар ваќти љарроњии тасъенї бо дарназардошти гуногуншаклии норасоиюи инкишоф такмил дода шудааст.

Самаранокии меъёри нигоњубини коркардшуда ва тасвибгардидаи навзодони гирифтори норасоиюи модарзодии инкишофи системаи хўрокњазмкунї дар марњилаюи интиќоли байнибеморхонавї арзёбї шудааст.

Ањамияти таъсири дисфунсияи љињозии људокунандаи гурдањо дар фарљом ва самаранокии муолиља муайян карда шуд.

Ањамияти назариявии тањќикот аз он иборат аст, ки ҳолатҳои назариявї, методологї, хулоса ва тавсияҳои рисолаи мазкурро дар раванди таҳсилоти донишгоҳҳои тиббї истифода бурдан мумкин аст.

Ањамияти назариявии тањќикот

Истифодаи тарзи бедардгардонии тасвибшуда бо барбитуратҳо (оксибутирати натрий), доруҳои мусаккини мухаддир (фентанил, промедол) дар омехтагї бо релаксантҳо (дитилин) дар пасманзари нафасгирии доруи мусаккини фторотан имкон доранд, ки умқи пойдори наркоз ва ҳифозати самараноки иншоршиносї ҳангоми намудҳои гуногуни ҷарроҳї бо дарназардошти гуногуншаклии норасої муяссар гардад.

Бухронитарин давраҳои зиндагии кўдакони гирифтори патологияҳои модарзодї муайян карда шудааст. Дар заминаи он алгоритми пешгирии инҳирофҳои камбудии амалкарди узвҳо ва системаҳо дар давраҳои барвақтии нигоҳубини кўдакони бемор (пеш аз интиќол, дар давраҳои пеш ва баъд аз ҷарроҳї) тањия шуда, тарзи тасҳеҳи ҷарроҳии норасоюи модарзодии инкишофи системаи хўрокњазмкунї (НМҚХХ) тағйир дода шудааст бо назардошти синдроми дард.

Ќадвалҳои тағйирдодашудаи пешниҳодгардидаи DAN, NIPS дар шароити шуъбаи эҳғарї имкон медиҳад, ки вазнинии ҳолати кўдакони навзоди гирифтори норасоюи модарзодии инкишоф бо чунин нишондиҳандаҳо: вазни бадан бештар аз 2,0 кг. синни аз 1 соат то 28 рўз, ба таври воқеъинона арзёбї гардид.

Татбиқ намудани методи табобати зиддибактериявии деэскалатсионӣ боиси коҳишёбии фавт аз оризаҳои илтиҳобӣ дар гурӯҳҳои навзодони гирифтори норасоӣҳои модарзодии инкишофи системаи хӯрокҳазмкунӣ гардид. Муолиҷаи самтгиришудаи раванди септикӣ имкон дод, ки намудҳои сироятҳои дохили беморхонавӣ муайян карда шавад.

Татбиқи ангораи таҳияшудаи муолиҷаи кӯдакони давраи неонаталии гирифтори патологияи девораи пеши шикам, шӯъбаҳои гуногуни системаи хӯрокҳазмкунӣ, чураи ҳичоби ҳочиз нишондиҳандаи фавтшавиро ба 20% (аз 41% то 19%) вобаста ба натиҷаҳои арзёбии дараҷаи вазнинӣ ва басомади оризаҳо коҳиш дода, ба ихтисоршавии давраи иқомат дар шӯъбаи эҳёгарӣ гарид ва минбаъд дурнамои кор ба кӯдакони навзоди гирифтори патологияи инкишофи девораи пеши шикам ва чураи ҳичоби ҳочизро муайян намуд.

Нуқтаҳои барои ҷимоя пешниҳодшаванда

1. Омилҳои асосии муайянкунандаи вазнинии ӯлати кӯдакони навзоди гирифтори норасоӣҳои модарзодии инкишоф дар шӯъбаи эҳёгарӣ ва табобати муассир синдроми дард мебошад, ки боиси ихтилоли системаи асаб, нафаскашӣ ва хунгардиш, тағйирёбии системаи хӯрокҳазмкунӣ ва пешобљудокунӣ мегардад ва онҳо аксаран пайомади тағйирот дар хунгардиш мебошад.
2. То кунун ӯдвали фарогири арзёбии вазнинии ӯлати беморон дар шӯъбаи эҳёгарӣ ва табобати муассир вуљуд надорад. ӯдвали арзёбии камбудии бисёрузвӣ эљодкардаи мо ёрӣ мерасонад, ки омилҳои бештари клиникӣ, дараҷаи вазнинии ӯлати беморони гирифтори патологияи модарзодӣ муайян карда шуда, инчунин фарљоми беморӣ пешгӯӣ гардад.
3. Тасъењӣ ихтилолоти амалкардӣ дар шӯъбаи таваллудхона ба зарурати пешгирии дисфунксияи узвҳо ва системаҳои навзодони гирифтори патологияи модарзодӣ вобастагӣ дорад.
4. Тадбирҳои пешгирии камбудии амалкардии узвҳо дар кӯдакони гирифтори патологияи модарзодӣ дар шӯъбаи таваллудхона, бартараф кардани ихтилолоти системаҳои дилу рағҳо, нафаскашӣ, хӯрокҳазмкунӣ, инчунин тағйини доруҳои зиддибактериявиро дар бар мегирад. Табобати мақсаднок дар марњилаҳои барвақтии баъди амали ӯарронӣ боиси коњишёбии фавтшавӣ мегардад. Методи деэскалатсионии табобат ва корбурди доруҳои масунӣ дар

навзодони дар ӯлоати вазнинӣ ва буъронӣ қарордошта, басомади оризањоро дар давраи баъдильарроњӣ коњиш хоњад дод.

5. Натильањои таснењ њангоми норасоињои вазнини модарзодии инкишофи навзодон ба самаранокии табобат дар марњилаи интиќол аз таваллудхона ба шуъбаи энёгарӣ ва табобати муассир, равишнои љарроњии интихобшуда, методњои муолиљаи пеш аз амали љарроњӣ ва дар давраи барваќти баъдильарроњии навзодон бевосита вобастагӣ дорад.

Саъми шахсии унвончӯи дарачаи илмӣ. Таъќикоти диссертатсионӣ асари илмии мустаќили муаллиф мебошад. Пешнињоди ғояи асосӣ ва маќсадњои таъќикот, коркарди равишнои зарурии методологӣ, њамаи пажӯњишнои клиникӣ, шарњу тафсири адабиёти илмии соњавӣ, таълил ва тавзењи маълумоти клиникӣ ва озмоишгонӣ, коркарди омории маълумоти бадастомада, таълили маводи мављуда, љамъбасти натильањо аз тарафи муаллиф, шахсан, иљро шудааст. Натильањои таъќикот ба шакли маќолањо танзим шудааст.

Тасвиби таъќикот ва маълумот доир ба истифодашавии натиљањои он. Нуктањои асосии таъќикоти диссертатсионӣ дар анљумани V табибони атфол ва љарроњони атфол бо иштироки байналмилалӣ, (Душанбе, 2010); дар Конгресси XI табибони атфол кишварњои Авруосиё (Душанбе, 2011), анљумани I урологњои Тољикистон бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2011), дар конференсияи солонаи илмию амалии байналмилалии (Душанбе, 2015), конференсияи солонаи XXIV илмию амалӣ, бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 2018), конференсияи XX, XXI умумироссиягӣ бо ширкати байналмилалӣ (Москва, 2018, 2019), конгресси IX табибони атфол кишварњои ИДМ (Душанбе, 2019) Анљумани I Асосиатсияи љарроњони атфол Осиеи Марказӣ (Алмаато, 2019); дар чаласаишӯрои олимони МД «Маркази илмию клиникии тибби атфол ва чарроњии атфол Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон» 21 январи 2015 сол, протоколи №05, чаласаи муштараки комиссияи коршиносии ҳалталаб аз фаннҳои атфол ва чарроњии МДТ «Донишгоҳитаҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва МД «Маркази илмию клиникии тибби атфол ва чарроњии атфол Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон» 21 ноябри 2016 сол, протоколи №7,

чаласаи Ассотсиатсияи муштараки чамъити чарроҳон, эҳёгарон ва таҳдиромӯзони кудакони 03 январи 2019 сол, протоколи №01 гузориш ва мавриди баррасӣ қарор дода шудааст.

Ингишорот аз рӯи маводи диссертатсия

Аз рӯи мавзӯи диссертатсия 33 таълифот, аз ҷумла 18 мақолаи илмӣ дар маълумоти муътабарии илмии тиббии КАО назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷоп расонида шудааст, инчунин бо ҳаммуалиф 2 монография, тавсияномаи методӣ, 2 мақубҳои иттилоотӣ барои табибон нашр карда шудааст. Патенти ихтироъ (ТҶ №1562 аз 17.05.2017с) ва се тақлифи ихтироъкорӣ (№3323/R538 аз 05.12.2012 с., «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; №07 ва №08 аз 02.02.2016 с., содир шудаанд МД «ММТ ЉТ») вуҷуд дорад.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар 223 саҳифа таълиф гардида, аз муқаддима, ҷаҳор боб, хулоса, натиҷагирӣ, тавсияҳои амалӣ иборат аст. Феҳристи адабиёту маъхазҳо ва замимаҳо 310 маъхазро дар бар мегирад: 198 номгӯй ба забони русӣ ва 112 номгӯй ба забони хориҷӣ мебошад. Матни диссертатсия шомил 45 ладвал ва 18 расм аст.

МУҲТАВОИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифи мушоҳидаҳои худии муаллиф, методҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсионии мазкур дар асоси муолиҷа ва таълили ретроспективӣ ва проспективии 274 нафар кӯдакони давраи навзодии гирифтори норасоии инкишофи системаи хӯрокнамкунӣ (инсидоди модарзодӣ рӯдаҳо, норасоии сурхӯда, чурраи ғайбӣ ғайбӣ, норасоии инкишофи девораи пеши шикам), ки барои ҷарроҳии тасъенӣ тайи 12 сол (2000-2012) дар шӯбаи энҷерӣ, иншоршиносӣ ва табобати муассири МД «Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар шаҳри Душанбе таъти муолиҷа қарор доштанд. Таҳқиқот ба ду марҳила ҷудо шуда буд: дар марҳилаи аввал маълумоти 130 нафар кӯдакони навзод, ки дар марҳилаи барвақтӣ тадбирҳои комплекси бидуни омӯзиши ғайбӣ синдроми дард, омилҳои иловагии хатар ва патологияи ҳамроҳ қабул намуданд. Дар марҳилаи дуюм 144 нафар кӯдакони навзод, ки комплекси тадбирҳои муолиҷавиро бо дарназардошти ҳамаи дисфунксияҳои узвҳо ва системаҳои қабул карда буданд, масъалаҳои интиқоли байнибеморхонавӣ, арзёбии вазнинии синдроми дард, ҳамроҳангсозии таъминоти иншоршиносӣ ва

мониторинги давраи баъдилярроғӣ таъкид мешуданд. Њамчунин масъалаҳои табоъсозандаи анамнези акушерӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Кӯдакон њамчунин њангоми ворид шудан ба клиника аз рӯйи синн, ӯинс ва маъалли зист тақсим мешуданд. (љадвали 1).

Љадвали 1. - Тақсимои беморон аз рӯйи њанбаи норасоӣҳои инкишоф

Маръилаҳои таъќикоти беморон	Таълили ретроспективӣ	Таълили проспективӣ	Њамагӣ
Инсидоди сурхрӯда	14 (10,8%)	17 (11,8%)	31 (11,3%)
Чурраи њильоби њольиз	11 (8,5%)	-	11 (4,0%)
Норасоӣҳои девораи пеши шикам	25 (19,2%)	30 (20,8%)	55 (20,1%)
Инсидоди сӯрохи мақъад	24 (18,5%)	26 (18,0%)	50 (18,3%)
Бемории Гиршпрунг	17 (13,1%)	25 (17,4%)	42 (15,3%)
Пилоростенози модарзодӣ	18 (13,8%)	22 (15,3%)	40 (14,6%)
Ногузаронандагии модарзодии рӯда	21 (16,1%)	24 (16,7%)	45 (16,4%)
Њамагӣ	130 (47,4%)	144 (52,6%)	274 (100)
Гуруӯи назоратӣ	40	60	100 (100)-

Эзоъ–Миқдори мутлақ ва робитаи % навзодони гирифтори норасоӣҳои инкишофӣ дар гуруӯҳои ретроспективӣ ва проспективӣ нисбат ба миқдори умумии беморон.

Натилҳои таълили ретроспективӣ ва проспективӣ нишон медиҳанд, ки синни миёнаи навзодон аз 28,5 соат аз лаъзаи таваллуд ва болотар, писарон аз лиъози фоиз нисбат ба духтарон бештар буданд. Дар беморхона бештар беморон аз деъот ворид мешуданд. Синни миёнаи гестационии навзодон мутаносибан $38,1 \pm 1,9$, арзёби аз рӯйи њадвали Апгар дар њудуди $7,2 \pm 2,3$ дар навасон будааст. Нишондиҳандаҳои кӯдакон, ки ба таъќикоти мазкур шомил шуда буданд, аз ин қарор буд: вази бадан беш аз 2,1 кг, кӯдакони то 28-рӯза, дастгирии нафаскашӣ беш аз 24 соат, амали ӯарроғӣ бо сабаби мављуд будани норасоӣҳои системаи хӯрокъазмкунӣ дар давраи солҳои 2000-2012. Аз лиъози нозологӣ

норасоиньои модарзодии инкишофи системаи хӯрокназмкунӣ дар гурӯҳҳои таълилшаванда (ретроспективӣ ва проспективӣ) аз лиънати микдори ва фоизи ба ғайр аз чурраи ғиллоби ғиллоз, тақрибан яксон буданд. Кӯдакони гирифтори чурраи ғиллоби ғиллоз дар таълили проспективӣ вуҷуд надоштанд. Дар гурӯҳи назоратии таълили ретроспективӣ 40 нафар ва гурӯҳи проспективӣ бошад 60 нафар кӯдакони бемор шомил буданд.

Методҳои таъқиқоти клиникаию озмоишгоҳӣ аз ин қарор иборат буд. Роҳандозии таъқиқоти биохимиявии хун аз лиъози таркиби микдории электролитҳо - калий ва натрий, тавассути реактивҳои ширкати Vital бо методи турбидиметриқӣ бо дастгоҳи BayerRA-50 (истеҳсоли Германия); карбомид (бо методи дианэтилмонооксим) ва креатинин (вокуниши Яффе) бо реактивҳои ширкати ЗАО - ЭКО дар дастгоҳи озмоишгоҳии BayerRA-50. Бо реактивҳои ширкати Vital бо методи колориметрӣ дар дастгоҳи BayerRA-50 нишондиҳандаҳои глюкозаро муайян намуданд. Сафедаро бо методҳои биуретӣ, билирубин бо методи колориметрии Ендрассик-Гоф ва бо реактивҳои ширкати Vital ва дастгоҳи BayerRA-50 муайян гардиданд. Қайд кардан зарур аст, ки Ҳамаи нишондиҳандаҳои номбаршуда аз соли 2012 бо дастгоҳи Staffak-1904 муайян гардиданд. Омӯхтани нишондиҳандаҳои таркиби тезобӣ-асосии хун ва лузғиёти он дар дастгоҳи MEDICA EasyStat. муайян шуданд. Гемоглобинро бо равиши колориметрӣ, гематокрит бо тарзи классикӣ муайян гардиданд.

Барои таъқиқи бактериология маводи зерин истифода шуданд: тарашшуноҳ аз захми ларроғишуда, муғтавои бинӣ, ғалқ, хун, намунаи нештар, пасафкандаҳо ва пешоб. Меъёрҳои бактериологии даралаҳои дисбактериоз, тибқӣ методи А.Ф.Билибин (1977), ба зуғуроти клиникаию он: даралаи I-ғуброншуда, даралаи II-ғуброншуда, даралаи III-ғуброннопазири дисбактериози рӯда мутобиқат мекунад. Аз рӯйи нишондиҳандаҳои омӯзиши маълумоти манзараи микробӣ аз бинӣ, ғалқ, пасафканд ва муқоисаи ин маълумот бо маълумоти натиљаҳои Ҳамин гуна таъқиқот дар 60 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ тақхиси ғолати дисбактериоз.

Даралаи ФМШ дар лағзаи бистарикунонӣ, давраи пешазларроғӣ ва бағдиларроғӣ бо дастгоҳи Валдман муайян карда шуд.

Мушоњидаи пайваста аз болои вази навзодон дар тарозуи сайёри электроники Jisa-ИМА гузаронида шуд, кӯдакон дар қатъи роҳи рӯйишида- кювези ширкати «Ameda - Bear», дастгирии нафаскашӣ тавассути дастгоҳи «CLV-90» (Япония) таъмин гардида, тушаки гармкунандаи (KANMED, BABY WARMER) (Шветсия) барои ҳамлаи накл дар шӯбаи ларронӣ ва шӯбаи эъёгарӣ мавҷуд буд. Баъд аз амали ларронӣ дар шӯбаи эъёгарӣ беморон дар мизи неонаталӣ бо нигоҳдорандаи худкори гармӣ СНО-Т, истеъсоли муштараки «ИСТЭКО Интернешнл» ва «ЭЛТО» РТ нигоҳдори мешуданд.

Бо ҳаммаи беморон ҳамноми воридшавӣ ба беморхона таъкиқоти комплекси бо методҳои клиникӣ: муайян кардани вази бадани кӯдак, ҷароғати сатҳи пӯст, миқдори ҷароғатҳои нафаскашӣ бо ошкорсозии патологияҳои гуногуншакл, садоҳои хирхир роҳандозӣ шуданд. Ҳамчунин БҚД бо муайянкунии ҳамлаи пуршавии рағҳои қанорӣ, таъқиқи назми дилва мавҷудияти садоҳои бегона андозагирӣ гардид. Арзёбии нишондиҳандаҳои аз рӯйи ҷадвалҳои маъмули баъодинамӣ вазиҳои ҳолат ва нагиҳҳои эътимолӣ тасеҳи ҳолати беморони ШЭТМ роҳандозӣ гардид, барои арзёбии рағфори беморон ҷадвали пойдоғӣ ва нопойдории зерсистемаҳои аз рӯйи Н. Als (1982) истифода гардид.

Полоиши қалобавӣ барои кӯдакон аз рӯйи формулаи Шварцс ва Конеген муайян карда шуд:

тасфияи креатинин ($\text{мл}/1,73\text{м}^2$ в мин) - $48,4 \times$ афзоиш ба $\text{см}/$ креатинини хун ($\text{мкмоль}/\text{л}$).

Азбаски ҳамаи таъқиқоти болоиш дар гурдаҳои ба афзоиш ва вази бадани инсон вобаста аст, барои меъёрбандии нишондиҳанда дар инсонҳо, ки ба тағри назаррас аз қиматҳои миёна инъироф намудаанд, тасфияи креатининро ба бузургии шартии сатҳи миёнаи бадан ($1,7\text{м}^2$) аз нав ҳисоб карда шуд. Барои ин қад ва вази кӯдакро доништан лозим аст. Қорқарди протоколи муолиҷаи беморони гириғфори норасоии инқишоф дар ибтидо самаранокии табоғат бо фаръоми қаноатбахш ва фаръоми фағт дар беморони қаблан тағти муолиҷа қарордошта, бо дарназардошти ҳамлаи норасоӣ ва вазиҳои он сурат гириғтааст. Самаранокии муолиҷа ҳамноми ихтилолотии системаи марқазии асаб, зоғиршавии рефлексҳои физиолоғӣ ба саривақт пайвағт қардани беморон ба тағвияи сунӣ ва истифодаи табоғати комплекси бо антиоксидантҳои вобастағӣ доғт.

Аз рӯйи натильяҳои мукоиса протоколи муолиља барои норасоии муайяни инкишоф пешниҳод гардид. Мутғасилии муолиља ӯангоми таъќикот риоя мешуд. Мукоисаи табобат бо беморони аз рӯйи ангораи пешниҳодшуда муолиљнагирифта гузаронида шуд. Натильяҳои пажӯиш дар асоси љадвали арзёбии вазнинии бемории навзодон, бо дарназародошти будани патологияи ӯамроӯ дар таваллудхона дар давраҳои пеш ва баъд аз љарроӯи мавриди таълил қарор дода шуданд.

Баъди тамом шудани методҳои клиникаи озмоишгоҳи ва афзории таъќикот маълумот дар пурсишномаҳои инфиродан коркардшуда ба љадвали ба ИВМ низомбанди карда шуд. Маводи аввалияи пажӯиш мавриди коркарди оморӣ бо истифодаи методҳои меъери аломатӣ, омори гунаи аз рӯйи меъери Студент-Фишер бо ӯисобкунии иштибоҳи миёнаи арифметики қарор дода шуд.

НАТИЛЬЯҲОИ ТАЪҚИКОТИ ХУДИИ МУАЛЛИФ

Дар Љумӯурии Тољикистон дар сохтори сабабҳои маъюбшавии қӯдакон патологияи модарзодӣ ва ирсӣ яке аз љайҳои аввалро ишғол мекунад. Тибќи пажӯишҳои тиббию демографияи солҳои ахир норасоии модарзодии инкишоф (НМИ) дар 7,0-8,0% қӯдакон дучор мешавад, дар ӯоле ки дар сохтори фавтшавии навзодон патологияи мазкур дар мақоми сеюм қарор дорад. Бояд қайд намуд, ки дар ӯоли ӯозир миқдори норасоии инкишоф тамоюл ба афзоиш дорад ва тибќи маълумоти ТУТ дар миёни зиндатаваллудшудагон басомади онҳо аз 0,4% то 8,7%-ро ташкил медиҳад. Дар зимн, тақрибан 18% ӯолатҳои фавт ба давраи перинаталӣ рост меояд, дар ӯоле ки басомади норасоии омехтаи инкишоф болотар аз 15% нест.

Аз тарафи мо таълили 274 ӯолати навзодони гирифтори норасоии инкишофи системаи хӯрокӯазмкунӣ ва узвҳои сандуќи сина, ки оз онҳо 130 нафар (47,4%) -ро қӯдакони гурӯҳи назоратӣ (таълили ретроспективӣ) ва 144 нафар (52,6%) -ро қӯдакони гурӯҳи асосӣ (таълили проспективӣ) ташкил медоданд, гузаронида шуд. Иттилоот дар бораи таваллуд гардидани қӯдакони гирифтори норасоии инкишоф аз таваллудхонаҳои шаҳри Душанбе ва шаҳру ноҳияҳои гирду атроф ба ШЭТМ МД ММТ «Шифобахш» -и ЉТ гузориш дода шуда, минбаъд дар муассисаи номбурда аз болои

кўдак мониторинг тибќи варакаи махсус тањияшуда роњандозї мешуд. Қобили кайд аст, ки дар 19% њомилагињои атфоли гирифтори норасоињои инкишоф хатари катъшавии њомиладорї дар муњлати 30 њафта ва аз он болотар ба мушоњида расида буд, дар 91,6% онњо њомиладорї бо як ё якчанд оризањои акушерї лъараён дошт. Дар 44,5% њолатњо њомиладорї бо њолатњои гуногуни патологї (камхунї, сирояти вирусї, илтињоби шуш, сирояти рўда ва ғайра) њамроњ буд.

Ҳамлу наќли кўдакон дар синни неонаталї метавонад боиси дисфунксияи узвњо ва системањо гардад, бинобар ин барои пешгирии табоњшавии њолати умумї ва риволь ёфтани камбудии бисёрузвї арзёбии амалкардњои њаётан муњими организмро то оѓози њамлу наќл гузаронидан лозим аст. Ҳангоми тањлили маълумот ошкор гардид, ки равандњои камбудии бисёрузвї, бештар аз њама, системањои нафаскашї, дилу рагњо, пешобљудокунї, инчунин системаи марказии асаб ба назар расидаанд. Камтар аз њама раванди патологї ба лїњозии меъдаю рўда ва лїгару гурда дар охири њафтаи аввал дахл дошта, тақрибан 20% њамаи њолатњои камбудии системавии камбудии бисёрузвї дар миёни кўдакони давраи навзодиро ташкил меод.

Ҳангоми НМИ ченакњои њарорати бадани кўдакони давраи неонаталии ба беморхона воридшуда ба њисоби миёна 36,0°C -ро ташкил мекард, ки ин аз гипотермияи ин беморони гирифтори норасоињои модарзодии инкишофи лїњозии меъдаю рўда дар лаъзаи бистарикунонї (гипотермияи муътадил/ стресси сардї) шањодат меод. Дар навзодони гирифтори патологияи инкишофи системаи хўрокњазмкунї ва њангоми кабудии девораи холигии шикам дар ваќти њамлу наќл аз шуъбаи энёгарї бо риюи шароити дахлдори таъминкунандаи гармї баландшавии тадриќии ченакњои миёнаи њарорати бадан то нишондињандањои меъёр ба мушоњида мерасид (расми 1).



**Расми 1. -Динамикаи ӯарорати (°C) бадани навзодони
гирифтори НМИСХ**

Ҳангоми роҳандозии тадбирҳои гарминигондорӣ оид ба танзими ӯаророти дар кӯдакони 5 соати ӯаёти гирифтори НМИСХ натиљаҳои хуб (нишондиҳандаҳои ӯарорат то 13 соати ӯаёт дар ӯудуди меъёр 36,5 - 36,8°C қарор дорад) ба мушоҳида расидааст. Сабаби пастшавии ӯарорати бадан баъди 13 соат ӯарроњии баргузоршуда будааст. Гипотермия дар ӯудуди 1-1,5 дараља нишондиҳандаи ӯавтшавии кӯдакониро ба 30% афзоиш медиҳад. Таълили яке аз шохисҳои муњими зиндамонии кӯдакон - ӯарорати бадан - дар патологияҳои гуногуни ӯарроњӣ, махсусан дар давраи барвақтии неонаталӣ ҳангоми норасоии инкишофи системаи хӯрокназмкунӣ, қатъи назар аз тадбирҳои комплексӣ, гипотермия метавонад ба пайомадҳои номусоид оварда расонад.

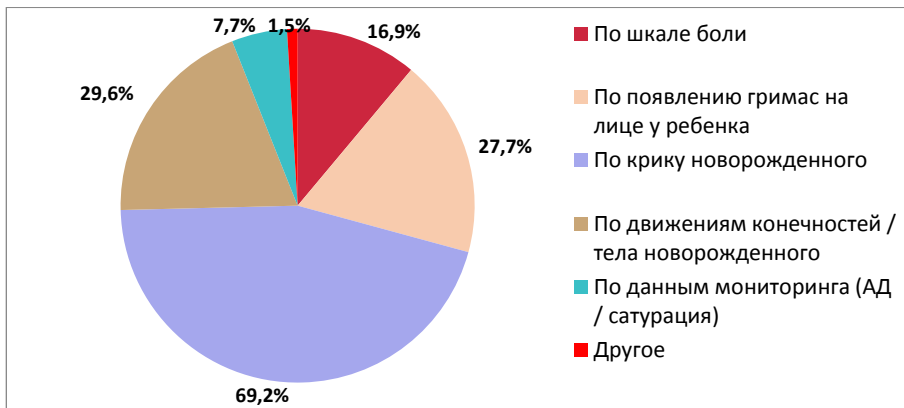
Аз рӯи лямбасти таълили натиљаҳои интиқоли навзодон, аз тарафи мо меъёри табобат тартиб дода шуд ва ӯамарӯза дар ӯаъолияти клиникаҳо бо навзодони гирифтори норасоии инкишоф, ки дар онҳо синдроми камбудии бисёрузвӣ ҳангоми ӯамлу нақли байнибеморхонавӣ мавҷуд аст, истифода бурда мешавад.

Ҳангоми ӯамлу нақли байнибеморхонавӣ аз 66 нафар навзодони гирифтори НМИ бо асфиксияи ӯамроҳ бо камбудии нафаскашӣ 40,9% онҳо ба қорбурди вазопрессорҳо дар вақти ӯамлу нақл эътиёл доштанд. Зимнан, дар 44,4 навзодон барои нигоҳдории нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ зарурати воридкунии допамин дар вояи 2 мкг/дақиқа, дар 14,4% нӯлатҳо бо вояи 3-5 мкг/дақиқа ва дар 40,8% навзодон зарурати қорбурди маљмӯии допамин дар вояи 5-6 мкг/дақиқа бо добутамин бо вояи 2-8 мкг/дақиқа ба миён омад.

Ҳамин тавр, тақрибан 50% навзодони гирифтори НМИСХ аз 144 нафар ӯангоми ӯамлу нақли байнибеморхонавӣ ба дастгирии вазопрессории гемодинамика ниёзманд буданд. Дар ин ҳол, воия допамин аз 2 то 10мкг/дақиқа навазон дошт. Дар 40,0% мушоҳидаҳо дастгириинишондиҳандаҳои гемодинамикӣ дар омехтагӣ бо добутамин роҳандозӣ мешуд.

Аз тарафи мо гунаи тағйирдодашудаи «Алгоритми нигоҳубини кӯдакон ӯангоми ӯамлу нақл ба шӯъбаи энёгарӣ дар навзодони гирифтори норасоӣҳои модарзодии инкишоф» (гувоҳнома барои таклифи ихтироъкории №08 аз соли 2016 МД ММТ ЪТ) дар марӯилаҳои ӯамлу нақли байни беморхонавӣ истифода бурда мешавад. Ҳангоми арзёбии аз 1 то 6 ҳол - дараҳаи миёнаи вазнинии ҳолати бемор барои роҳандозии тадбирҳои энёгарӣ пеш аз ӯамлу нақли байнибеморхонавӣ зарурат нест. Арзёбии аз 7 то 13 ҳол - дараҳаи вазнини ҳолат аст ва бемор ба баргузории тадбирҳои комплекси табобати муассир ба дастгирии оксигенӣ ниёз дорад. Аз 13 ҳол ба боло барои беморони дар ҳолати беҳад вазнин қарордошта хос аст, ки пеш аз ӯамлу нақл ба собит намудани ҳолати умумии бемор гузарондани тадбирҳои энёгарӣ зарур мебошад. Бо мақсади баҳо додани маълумотҳои кормандони тиб пурсиши (бо пурсишнома) духтурон, кормандони миёнаи тиб ШТЭМ, ӯарроғӣ ва шӯъбаи ӯисмии беморхонаҳои ш.Душанбе, Хуљанд, ноғияҳои Ҳисор, Шағринав ва Турсунзода (пурсишномаҳо бо маълумотномаҳо тасдиқ шудаанд) гузаронида шуд. Фаҳолияти касбии кормандони тиб дар беш аз 50% ҳолатҳо зиёда аз 10 солро ташкил медед. Ҳамагӣ дар пурсиш 751 кормандони тибшироқ қарданд, ки 344 нафари онҳо ро духтурон ва 407 кормандони миёнаи тиб ташкил доданд. Қисми зиёди мусоғибон (56,2%) дар ШТЭМ-и ӯисмӣ ва 43,8% дар ШТЭМ-и шӯъбаҳои ӯарроғӣ фаҳолият мекунанд. Тақсимоги мусоғибон ба ноғияҳо нишон дод, ки ақсарияти онҳо ро кормандони тиббӣ шӯъбаҳои ӯисмӣ (30,3%) ва ӯарроғии (30,4%) беморхонаҳои ш.Душанбе ташкил қарданд. Мусоғибон аз ШТЭМ-и шӯъбаҳои ӯисмӣ ш. Хуљанд, ноғияи Ҳисор мутаносибан ӯои дувум (23,4%) ва сеюмо (21,0%) аз руи зичӣ ишғол қарданд. Кормандони тиббӣ аз ШТЭМ-и барои беморони ӯарроғӣ аз ноғияҳои Ҳисор (23,7%) ва Шағринав (16,4%) дар чойҳои дувум ва сеюм қарор гирифтанд. Натияҳои паҷӯғиш нишон дод, ки 30% муғосибон дардро дар кӯдакон аз рӯи

њаракатњои дасту пойњо, бадан бањо медињанд. Дар 27,7% муњосибон дар рўй пайдошавии бурмакуниро усули бењтарини бањодињии дард дар навзодон мењисобанд. Истифодабарии шкалаи бањодињии дард аз тарафи кормандони тиб дар 16,9% њолатњо ба назар мерасад.



Расми 2. – Ақидаи мусохибон доир ба усулҳои баҳодихии эҳсосоти дард дар навзодон

Њангоми арзёбии њолати беморон зарур аст, ки њар як нишондињанда ба назар гирифта шавад. Дар робита ба ин барои пажўњиши бештар воќеъбинона тањлили проспективї ва ретроспективї бо омўзиши нишондињандањои физиологї роњандозї гардид.

Бо маќсади сохтани њадвали кории арзёбии вазнинии синдроми дард дар марњилаи барвактї вокуниши рафтори навзодон тањлил карда шуд. Барои ин аз гурўњи асосї бо методи интихоби тасодуфї гурўњи навзодони иборат аз 120 нафари гирифтори беморињои ѓайрисироятї буданд. Тањлил нишон дод, ки ба њамаи навзодони гурўњи хатар бо омилњои хатаровари пайдоиши раванди сепсис муолиљаи зиддибактериявї аз рўйи ангора бо дарназардошти он, ки онњо эњёгарии нафаскаширо аз 1 то 10 шабонарўз гирифта буданд, тањйин карда шуд.

Аз ин њумла кўдакони расотаваллудшуда - 80 нафар (66,7%). норасотаваллудшудагон - 40 нафар (33,3%) буданд. Аз шумораи умумии тањќикшудагон беш аз 50% дар дастгирии нафаскашї қарор доштанд. Аз рўйи маълумоти анамнез, кўдакон аз волидањии њавон

таваллуд шуда буданд. Дар аксарияти занон ӯномилагии якум буда, зимнан дар 40% занон ихтилолоти хунгардиши машимаи ва гипоксияи дохилибатни ташхис гардида будааст. Аз лаъзаи таваллуд дар 41 нафар (34,2%) кӯдак синдроми ихтилолоти нафаскаши муқаррар гардид, аммо таъвияи сунъии шуш ӯангоми ба беморхона расонидани беморон гузаронида нашудааст. Дар лаъзаи бистарикунони дар шуъбаи эъёгарӣ ва табобати муассир 69 нафар (57,5%) кӯдакон мавриди дармон қарор гирифта, ба рељаи эъёгарии системаи нафаскаши гузаронида шуда буданд. Дар 37 нафар (30,8%) навзодон аз лаъзаи таваллуд зуъуроти раванди сепсис муқаррар гардид, бо мақсади дармон муолиљаи зиддибактерияи аз рӯи ангораи қабулшуда таъйин карда шуд. Қайд кардан зарур аст, ки дар аксарияти кӯдакон аз лаъзаи таваллуд дисфунксияи узвӯ ва системаи бо зуъуроти таъйироти мӯбодилаи моддаи ба мушӯнида расид. Аз лӯмлаи шумораи умумии беморан дар 68 нафар (56,7%) ӯолати онӯо ӯамчун вазнин ва дар 52 нафар (43,3%) беъад вазнин арзӯби шуда буд.

Ҷангоми омузиши шохиси вазнинии навзодон дар таваллудхонаи ошкор карда шудааст, ки тафовут дар вазнинии ӯолат миёни навзодони расо таваллудшуда ва норасо таваллудшуда аз лиӯози оморӣ назаррас набуд: $p > 0,05$ ($t = 0,3$, аммо ӯангоми ӯолати буъронӣ кимати баланди омории тафовути ба қайд гирифта мешавад: $p < 0,001$ ($t = 2,8$). Ҷамин тавр, ӯангоми вуљуди зуъуроти дисфунксияи узвӯ ва системаи дар пасманзари раванди септикӣ дар вақти мављуд будани норасоиҳои модарзодии инкишоф аз лаъзаи бистарикунони ва баргузории ларрои тасъени анљом додани арзӯбии вазнинии ӯолати патологӣ, таъйироти гемодинамикӣ ва омилҳои пайдоиши, пайдоиши раванди септикӣ зарур мебошад. Дар ин робита ба ӯамаи навзодон аз лаъзаи бистарикунони муайянкунии даралаи вазнини аз ӯисоби маълумоти клиникаи озмоишгои ва дисфунксияи эътимолии узвӯ ва системаи талаб карда мешавад, то ки саривақт табобати мақсадноки тасъени гузаронида шуда, миқдори фарљомҳои номусоид ӯангоми патологияи номбурда коиш дода шавад. Даралаи камбудии бисерузи ба даралаи вазнинии ӯолати септикӣ дар пасманзари раванди илтиӯоби таъсиррасон мебошад.

Қабул кардани эъсосоти дарди, интиқоли онӯо ва таъйироти ларандошта дар марӯилаи барвақтии инкишофи дохилибатнии

тифл зуъур мекунад. Зуъуроти густурдашавии эъсосотидардї вижагии вокуниши кўдакон дар синни неонаталї мебошад ва ӯар гуна вокунишҳои дардї минбаъд метавонад боиси бемувозинати узвҳои системаҳои, бо ихтилолоти инкишофи асабию равонии кўдак дар маръилаҳои гуногуни инкишоф гардад.

Дар амалияи клиникӣ ӯангоми гузаронидани дасткориҳои гуногуни дарднок (найчагузорӣ, кастаракунии варидҳои марказӣ, нештарзании пардаи шуш, коркардизаҳм) 43% табибон, амалан доруҳои мусаккини дардро умуман истифода накардаанд ё ба андозаи кофӣ истифода накардаанд, танҳо 52% табибон ӯангоми ӯар гуна дасткориҳои истифодаи доруҳои мусаккини дардро ӯатмӣ ӯисоб мекарданд. Аз доруҳои қарахтқунандаи барои аналгезияи навзодон истифодашаванда 50% пурсидашудагон танҳо оксидутирати натрийро самаранок ӯисоб мекунад. Маълумоти ӯадвали арзбӣи вазнинии синдроми дардро ӯангоми гузаронидани арзбӣи воқеъбинонаи дард дар вақти дасткорӣ ва дар маръилаҳои давраи баъдильарроӣ дар кўдакони синни барвақтӣ барои пешгирии оризаҳои ва дисфунксияҳои узвҳои системаҳои ба қор бурдан зарур мебошад.

Аналгезияи асосноки муолиҷавӣ ӯангоми синдроми дард (СД) ӯамчун асоси қоркарди консепсияи шинохт ва пешбурди синдроми дард хизмат қардааст. Бинобар ин, вазифаи омӯхтани СД то ӯадди ақал қоӣиш додани вазнинӣ ва давомнокии дард ӯангоми дасткориҳои гуногун дар маръилаҳои паҷӯиш мебошад. Дар ӯоли ӯозир бисёр таъқиқоти гуногуни клиникӣ оид ба омӯзиши таъсиррасонии манфӣ ва мусбати доруҳои мухталифи мусаккини дард, ки дар амалияи тибби атфол ба қор мераванд, роӯандозӣ шудаанд. Дар зимн, бояд қайд намуд, ки масъалаҳои истифодаи мақсадноки доруҳои мусаккини дард дар маръилаҳои гуногуни баргузори дасткориҳои, махсусан дар кўдакони навзод, то қунун ба қадри кофӣ ӯаллуфасл нашудаанд.

Аналгезияи мувофиқӣ доруӣ дар маръилаҳои баъдильарроӣ дар навзодон дар алгоритми муолиҷа шартӣ зарурӣ мебошад, ки он боиси беътаршавии қенақҳои гемодинамика, пастшавии оризаҳои баъдильарроӣ ва беътаршавии натиҷаҳои ӯарроӣи тасъеӣ мегардад. Масъалаҳои бедардгардонии баъдильарроӣ дар навзодон бояд ба таври инфиродӣ, вобаста ба амали ӯарроӣи гузаронидашуда ва дисфунксияҳои мавҷудаи ӯамронӣ ӯаллу фасл

гарданд.

Яке аз лаъзаъои асосӣ дар навзодон ӯангоми патологияи ӯарроӣ асли тайёрии пешазӯарроӣ бо дар назардошти дисфункцияҳои мавӯдаи узвӯ ва системаӯ ва тасъеи ихтилолоти мазкур мебошад. Масъалаҳои хатари ӯарроӣ иншоршиносӣ бояд тамоми ченакӯи гемодинамикаро фарогир бошад ва набояд хатари амали ӯарроӣро афзоиш диӯад. Аз тарафи мо 130 таърихӯи бемориӯи навзодони гирифтори норасоиӯи модарзодии инкишоф барои таълили басомади пайдоиш, шиддатнокии синдроми дард ва такрорёбии аналгезии доруӣ аз лаъзаи бистарикунонӣ то баргузории ӯарроӣи тасъеи бо дарназардошти ӯамаи дасткориӯ дар марӯилаӯи пажӯиш мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Таълили мазкур нишон дод, ки давомнокии марӯилаи пеш аз ӯарроӣ дар навзодони гирифтори норасоии девораи пеши шикам - $7 \pm 2,4$ соат, норасоиӯи инкишофи вильоби вольиз - $8,0 \pm 2,7$ соат, илтиӯоби паъншудаи чиркдори пардаи шикам - $10 \pm 2,1$ соат, норасоиӯи ситемаи пешоббарор - дар муддати ӯафтаи якум, ӯангоми норасоиӯи сурхӯда - 26 ± 12 соат, норасоиӯи инкишофи системаи хӯрокӯазмкунӣ - то се шабонарӯзо ташкил медиӯад.

ӯамин тавр, пажӯиши мазкур нишон дод, ки ӯангоми ӯар гуна патологияи ӯарроӣ дар кӯдакони синни неонаталӣ дар тайёрии пеш аз ӯарроӣ зуӯуроти дард ва стресси дарлаи гуногуни вазоъат ба мушоида мерасад.

ӯангоми патологияӯи модарзодии ӯарроӣ дар марӯилаӯи тоӯарроӣ нишондиӯандаӯи баланди глюкоза дар хун ба мушоида мерасад.

Пажӯиши мазкур нишон дод, ки на ӯамеша кӯдакон табобати таскини дардро пеш аз ӯарроӣ қабул мекунанд. Агар ӯангоми норасоии инкишофи девораи пеши шикам дар 35% кӯдакон гунаӯи мухталифи аналгезия қабул намоянд, аммо ӯангоми илтиӯоби паъншудаи пардаи шикам бо сепсиси ӯарроӣ дар давраи пеш аз ӯарроӣ танӯ дар 15% ӯолатӯ аналгезияро қабул карданд.

Бинобар ин, ба аналгезия ва пешгирии синдроми дард ӯангоми патологияи ӯарроӣ дар марӯилаӯи таъкиқот ва тайёрии ӯарроӣ сарфи назар аз мавӯд будани бисёр омилӯи зуӯури стресси дард аӯамияти бояду шояд дода намешавад. Таълили таърихи бемориӯи 130 нафар навзодон нишон дод, ки ӯангоми

патологияи модарзодї (раванди илтињобии ковокии шикам-илтињоби пардаи шикам, норасоињои инкишофи девораи пеши шикам, норасоињои инкишофи сандуќи сина, системаи пешобаброр, инсидоди сурхрӯда) ченакњои баланди муњтавои гормонњо дар хун, афзоиши глюкоза дар хун, инчунин арзёбии баланд аз рӯйи љадвали дарди навзодон ва љадвали дардњои баъдиљарроњї ба назар расидааст.

Ин гуна нишондињандањо, ки аз стресси дард шањодат медињанд, дар ќисми муайяни беморони навзод ва љангоми беморињои дигар ба назар расидаанд. Таѓйироти мушобењ љангоми норасоињои сурхрӯда, системаи хўрокњазмкунї, норасоињои девораи пеши шикам бештар ва дар норасоињои системаи пешоббарор камтар вазоњат дорад.

Кайд кардан зарур аст, ки љангоми тањќикоти гуногун дар марњилањои тайёрии пешазљарроњї баргузории аналгезияи муолиљавї зарур аст, чунки дар давраи пеш аз љарроњї вай эњтимоли пайдоиши стрессро коњиш ва љангоми љарроњии тасњењї натиљаи мусбат медињад.

Је аз шароити самаранокии амали љарроњї аналгезияи мувофиќ дар давраи баъдиљарроњї мебошад. Дар кўдакони навзод баргузории амали љарроњї ба номувзинатии амалкарди узвњо ва системањо боис мегард, ки он мониторинг ва тасњењї даќиќу љамалњонибаро дар давраи баъди љарроњї таќозо менамояд.

Пажўњишњо ошкор намуданд, ки табобати бедардгардонї дар марњилањои гуногуни баъди љарроњї дар 86,8% беморон иљро карда шуд. Дар ин њол, давомдории тасњењї доруи синдроми дард аз 5 то 7 шабонарўзро вобаста ба патологияи љарроњї ва вазнинии њолат ташкил дод. Масалан, дар рафти баргузории тораќтомия љангоми норасоии сурхрӯда давомнокии аналгезия дар давраи баъдиљарроњї аз 7 то 10 шабонарўзро ташкил намуд. Йангоми љарроњии тасњењии навташкилањои системаи пешобљудокунї тасњењидоруї дар давраи баъди љарроњї 4-5 шабонарўзро ташкил кард.

Кайд кардан зарур аст, ки дар марњилањои баъди љарроњї, асосан, вобаста ба вазнинии њолат ва патологияи љарроњї доруњои мусакќини мухаддир ва ѓайримухаддир (промедол, трамадол, аналгин, баралгин, индометатсин) ба кор бурда шуданд. Доруњои мусакќини мухаддирро љамронњо бо доруњои ѓайримухаддир 72

нафар (55,4%) навзодон қабул карданд. Дар 18 ҳолат (13,9%) кўдакон аналгезияро дар фазои перидуралӣ қабул намуданд. Беморони боқимонда тасъеъи доруиро бо доруҳои мусаккини ғайримухаддир гирифта буданд.

Дар 86 нафар беморони навзод (64,9%) арзёбии дард аз рӯйи ҷадвали арзёбии дарди баъди ҷарроғии навзодон роҳандозӣ гардид. Дар 44 нафар (33,9%) беморон назорати дард баргузор нашуд ва тасъеъи доруии қолабӣ вобаста ба даралҳои дониши кормандони тиббӣ илро шудааст. Дар аксарияти ҳолатҳо аналгезияи муолилавӣ дар пасманзари нооромӣ (тахикардия, нафастангӣ, аломатҳои нороҳатӣ) ва пурзӯршавии синдроми дард ба қор бурда мешуд. Дар ин ҳол аналгезияро ҳамроҳ бо доруҳои таскинбахш истифода мекарданд.

Пажӯишно нишон доданд, ки инфузияи воя бандишудаи доруҳои мухаддир дар навзодон бо истифодаи дастгоҳи Линомат дар 60% кўдакон баъди тасъеъи ҷарроғӣ яке аз методҳои пешрафтаи аналгезияи баъдиҷарроғӣ мебошад. Давомнокии қорбурди доруҳои мухаддир ба ҳисоби миёна 3-4 шабонарӯзро ташкил дод. Дар пасманзари инфузияи доруҳои мухаддир ба 25% беморон ба таври иловагӣ бо роҳи бо сӯзан гузаронидан доруҳои мусаккини мухаддир ворид карда шуд. Ҳангоми тасъеъи доруии дарди баъдиҷарроғӣ дар 52 нафар (40%) навзодон моноаналгезия ба қор бурда шуд. Дар навзодони дигар 78 нафар (60%) тасъеъи омехтаи доруӣ амалӣ карда шуд. Методикаи мазкур, асосан ҳангоми норасоии мураккаби ҷарроғӣ, ҳолатҳои вазнин, амалҳои ҷарроғии тўлонӣ истифода шуда, дар муддати қор шабонарӯз баъди амали ҷарроғӣ идома меёфт.

Ҳангоми гузаронидани бедардгардонӣ баъди ҷарроғӣ дар 36 нафар (37,7%) навзодон дар пасманзари доруҳои мусаккин табобати таскинӣ (асосан оксидутирати натрий ба ҳисоби 50мг/кг) истифода гардид.

Ба интиҳоби доруи мусаккин дар давраи баъдиҷарроғӣ якҷанд омилҳои таъсиррасон буданд. Ин омилҳои аз норасоии мураккаб, давомнокии тасъеъи ҷарроғӣ ва патологияҳои ҳамроҳ иборат буданд.

Мо таълими гунаҳои мухталифи бедардгардонии (якҷузъӣ ва бисёрҷузъии минтақавӣ) баъдиҷарроғиро дар таъқиқоти мазкур роҳанӣ намудем. Қайд кардан зарур аст, ки дар ин гурӯҳи беморон

намон доруњое ба кор бурда шуданд, ки тибќи маълумоти фармакологї дар синни барваќтии неонаталї истифодаи он иљозат дода шудааст (доруњои мусакќини мухаддир: промедол, фентанил; доруњои мусакќини ғайримухаддир: аналгин, баралгин). Самараноќии доруњои мусакќин баъди амалњои љарроњї асосан ба роњи воридкунии онњо вобастагї дорад. Аз тарафи мо барои назорати самараноќи синдроми дард њангоми яксон будани патологияи љарроњї методњои гуногуни бедардгардонї ба кор бурда мешуд. Ба гурўњи якум 31 нафар (22,1%) кўдаки аналгезияро дар намуди доругузaronии дохилимушакї қабулкарда шомил мешуд. Ба гурўњи дуум 35 нафар (25%) кўдаконе шомил шуданд, ки бо онњо аналгезия бо роњи катрачаконии промедол гузаронида шуда буд.

Натиљаи таълил нишон дод, дар беморони гурўњи якум, ки дору бо роњи воридкунии дохилимушакї гузаронида шуда буд, дар муќоиса бо бемороне, ки дар онњо дору бо роњи дохиливаридї ба таври катрачконї ворид шуда буд, синдроми дард баландтар будааст, ки дар ин хусус арзёбии баланд аз рўйи љадвали дарди баъдильарроњї гувоњї медињад.

Мо дар асоси шохиси вазнинии даралља ва умќи норасої аз рўйи системаи холњо дар шуъбаи энёгарї ва табобати муассир алгоритми арзёбии муолиљаию ташхисии камбудии бисёрузвиро дар давраи неонаталї тањия намудем (гувоњинома барои таклифи ихтироёќории №07 аз соли 2016 МД ММТ ЉТ).

Дар беморони гирифтори норасоиюи инкишофи системаи хўрокњазмкунї аз рўйи вазнинї ва дисфунксияи узвњо ва системањо ихтилолоти амалкарди нафаскашї, хунгардиш ва минбаъд хўрокњазмкунїва пешобљудокунї дар лойњои аввал қарор доранд.

Муолиљаи стандартии бемори гирифтори НМИСХ шомили омўзиши умќи дисфунксияи узвњо ва зуњуроти раванди септикї, њамчун синдроми вокуниши системавии илтињобї мебошад.

Њангоми ихтилоли амалкарди даралљаи I системаи нафаскашї (3-5 хол) беморро метавон бидуни оксигени иловагї гузошт, бо дарназардошти арзёбии узвњои хунгардиш бештар аз 1,5 хол; њангоми љуброннопазирии гемодинамикабо арзёбии бештар аз 1,9 хол - нафаскашии мустаќилона бо дастгирии оксигенї тањйин мешавад.

Њангоми љуброннопазирии даралљаи II (миќдори холњо ба 10 мерасад) табобати комплексии муассир барои тасњењи ихтилолоти

мављуда гузаронида мешавад. Дар ин марњила корбурди вазопресорни допамин 2% ба њисоби 2-3 мг/кг дар як даќиќа муносиб мебошад.

Бо дарназардошти он, ки њангоми ихтилолоти возењи гемодинамикї ва падидањои даралњи III љуброннопазирии системаи хунгардиш арзёби азрўи холњо ба 15 мерасад, њамзамон баргузори тасењеи ЊХД, ба табобат шомил кардани доруњои бењтаркунандаи мубодилаи моддањо ва бартарафкунандаи гипоксияи миокард зарур дониста мешавад. Дар тайёрии пешазљарроњї, ваќте ки навњи гиподинамикии хунгардиш муайян кара мешавад, вазопресорњоро то 5 мк/кг вази бадан дохилимушакї ќабул мекунанд. Дар давраи баъдиљарроњї дар беморони гирифтори инсидоди сурхрўда - $5,2 \pm 1,2$ мкг/кг дар даќиќа; дар кўдакони гирифтори норасоињои њичоби њольиз - $10,1 \pm 3,1$ мкг/кг дар даќиќа; њангоми норасоињои модарзодии инкишофи љињози хўрокњазмкунї - $11,3 \pm 2,1$ ќабул карда мешавад. Дар пасманзари асидози метаболикии возењ дар беморони гирифтори патологияи љињози меъдаю рўда воя дучанд афзуда мешавад.

Дар пасманзари камбудии моеъ ва зуњуроти дисфунксияи узвњо (коњишебии шохиси дил ба андозаи 29,2%) ихтилолоти афзояндаи мубодилаи моддањо, пастшавии њарорати бадан истифодаи табобати комплексї бо корбурди доруњои сафедави бештар мувофиќ мебошад. Дар ин њол, бо ёрии баробаркунии камбудии моеи мушоњидашаванда роњандозии њисобкунии моеъ ва воридкунии 25 мл дар муддати як соат (њалми умумї- беш аз 40 мл/кг дар шабонарўз) зарур мебошад. Њамчунин зарур аст, ки табобати комплексї бењтар гардида, ихтилолоти системаи лахташавї њангоми камбудии рўда ва парези возењи рўда тасењ карда шавад. Зарур аст, ки тасењ аз њисоби 75 мл/кг дар лањзаи бистарикунонї ва баъди љарроњии тасењеи $-95 \pm 12,4$ мл/кг, дар муддати њафтаи якум - 85 мл/кг, дар оѓози њафтаи дуюм- $48,5 \pm 6,1$ мл/кг, дар шабонарўзи 20-ум - $40 \pm 3,1$ мл/кг сурат гирад.

Дар шуъбаи табобати муассир њангоми њолатњои гуногуни патологї зуњуроти гипертензияи шуш дар 45% навзодон ташхис шудааст, дар ин њол, бештар аз њама клиникаи гипертензияи шуш дар беморони гирифтори чурраи њильоби њольиз мушоњида гардидааст. Зимнан, гипертензия пеш аз љарроњї дар 52% беморон баъди љарроњии тасењеи то 75% афзоиш ёфтааст. Њангоми

њолатњои патологии дигар дар давраи барваќтии баъдиљарроњї (II-III даралњи гипертензия) њангоми инсидоди сурхрўда дар охири њафтаи якум дар пасманзари энѓегарии нафаскашї зуњури гипертензияи шуш ба мушоњида расидааст.

Јке аз босамартарин методњои барњамдињии сарборї ва коњишёбии њалми муковимати канорї пуркунии њалми хуни даврзананда ва роњандозии дастгирии нафаскашї будааст.

Дар пасманзари ихтилолоти хунгардиши гурда дар кўдакони якмоња дар 95% њолатњо дисфунксияи узвњо ва системањо ташхис мегардад.

Њангоми ташхиси ихтилолоти хунгардиши даралњи якум дар системаи гурдањо (то 5 хол) дар табобати комплексї муътадилшавии њарорати бадан, пуршавии њалми хуни даврзананда, баргузории табобати оксигенї, тасњењи ихтилолоти мубодилаи моддањо ва назорати тафолањои азотї шомил мегардад.

Њангоми ихтилолоти хунгардиши даралњи II, ба ғайр аз тадбирњои њангоми даралњи якум гузаронидашуда, доруњои бењтаркунандаи мубодилаи моддањо (вазопрессорњо, допамини 4% аз њисоби $10 \pm 1,5$ мкг/кг вазни бадан) роњандозї мешавад, назорати диурез ва тафолаи азотї амалї мегардад. Њангоми даралњи мазкур арзёбии холњо ба 10 мерасад.

Дар ваќти ихтилолоти хунгардиши даралњи III гурдањо, бо расидани холњо ба 15, табобати комплексї бо дарназардошти дисфунксияњои мављудаи узвњо ва системањо гузаронида мешавад. Ваќте ки пепешобї устувор бошад (бештар аз 2 шабонарўз) ва нишондињандањои озмоишгоњии калий ба 7 ммол/л мерасад роњандозии табобати безањргардонї зарур мебошад.

Њангоми ихтилолоти хунгардиши узвњои њињози меъдаю рўда ихтилолоти раѓи ва нафаскашї бо маќсади пешгирии пайдоиши энтерколити некротикї ва болоравии раванди септикї бартараф карда мешаванд. Дастгирии нутритивї бо роњи энтералї дар марњилањои баъдиљарроњї пас аз бартарафкунии дисфунксияњои органикї ва рагии рўда ва њангоми камбудии бисерузвии камтар аз $7,2 \pm 0,9$ хол ($p > 0,05$), пас аз мувофиќа бо њарроњ гузаронида мешавад. Инфузияи мањлуљњои ғизої бо роњи дохиливаридї њангоми осебњои ишемии рўда бо сабаби пурзўршавии зуњурути катаболизм, азотемия, њангоми таѓйироти зањрнокии флораи рўда, имконнопазир буд. Динамикаи вазн танњо дар сурати афзоиши

варамњо мусбат будааст.

Пайомадњои мусоид дар беморони гирифтори норасоинҳои инкишоф дар таъќикоти проспективӣ 3 баробар бештар нисбат ба навзодоне будааст, ки дар онњо таъќикот бо роњи ретроспективӣ амалӣ гардидааст ($41,2 \pm 4,1$; $13,2 \pm 2,4$). Муолиџаи симптоматикӣ беморони дар њоли буъронибуда, аз њумла навзодони ба њарроњи номувофик дар шуъбаи энџерџи ва табобати муассир гузаронида мешавад.

Аз рӯйи маълумоти анамнез тафовути ночизи оморџи дар таъќикоти мазкур ошкор шудааст: 1,7 мартиба бештар нисбат ба таъќикоти ретроспективӣ гипоксияи дохилирањми ташхис шудааст. Ин бори дигар беътаршавии методњои диагностикаро дар марњилањои барваќтии инкишофи кӯдакони гирифтори норасоинҳои модарзодии инкишоф ба исбот мерасонад.

Яке аз омилњои пешбаре, ки ба номувозинатии муњити ботинии навзодон дар нахустин рӯзњои њаџти онњо оварда мерасонад, интиќоли беасос ва шароити номувофиќи њамлу наќли ин гурӯњи беморон мебошад. Кайд кардан зарур аст, ки шароити њамлу наќл ва табобати оѓозгардида дар соатњои аввали зиндагџи ба фарљом ва нишондињандањои фавтшавџи таъсиррасон аст.

Дар асоси њадвали арзџбии вазнинии њолати навзодон вобаста ба гунаи норасоии модарзодии инкишоф, патологияи њамроњ, шароити њамлу наќл ба табобат бо муайянкунии синдроми дард оѓоз карда шуд. Дар марњилањои гуногуни пажӯњииш дар њаџи вазнинџи дар миџни кӯдакони зиндамонда $7,3 \pm 1,1$ хол ва дар гурӯњи кӯдакони фавтшуда $11,3 \pm 1,2$ - ро ташкил дод.

Дар охири њафтаи якуми пас аз њарроњии тасъењџи дар гурӯњњои кӯдакони зиндамонда ва кӯдакони фавтшуда тафовути бозџтимод ошкор гардид.

Натилџањои пажӯњииш омилњои пешбари табоњшавии њолатро аз рӯйи њадвали арзџби ошкор сохтанд. Ин клиникаи норасоии нафаскашџи $-(3,1 \pm 0,5)$ хол, системаи дилу раѓњо - $(3,0 \pm 0,3)$ хол, дисфунксияи системаи хӯрокњазмкунџи $-(1,9 \pm 0,1)$ хол, ихтилолотии системаи марказии асаб - $(1,6 \pm 0,1)$ хол, осеби амалкарди гурдањо - $(1,2 \pm 0,1)$ хол мебошад.

Маълумоти клиникаию озмоишгоњи ва нишондињандањои дигари пажӯњииш шањодат медињанд, ки њангоми нефропатияи ишемџи дар аксарияти навзодон патологияи бисџрузвџи муайян карда

Фавтшаві Һангоми раванди септикі ба бисёр омилъо вобастагї дошт. Мисол, сабабъои болоравии фавтшавї аз оризаъои сирояти бактериявї дар солъои 2000-2005 мумкин аст афзоиши таъсири сепсиси дохилибатнї, сирояти нозокоминалї, пайдоиши штаммъои бисёрмуковимат, набудани самараи табобати зиддибактериявї бошанд. Эътимолї сирояти дохилибатнї ва нақши вирусъоро дар ба вуъуд омадани оризаъои баъдильарроњї бо сабаби ночиз будани натильаъои пажъуњиш муяссар нашуд, ки ихтисор ё тасдиќ гардад. Таълили њолати клиникї дар ин давра дар 52% беморони навзод мављудияти сирояти вирусирро муайян намуд, аммо маълумоти пажъуњишъои озмоишгоњї (дар зардоби хун) мављуд будани вируси герпесро дар 8% беморон аз 45% муолилашудагон тасдиќ намуд. Аз рӯйи натильаъои таъќикоти морфологї этиологияи осеби вирусї дар 95% беморон бо тасдиќи нишондиъандаъои озмоишгоњї дар 37% мушоъидаъо мављуд будааст. Аз рӯйи маводи пажъуњишъои клиникї, сепсиси бактериявї бо аломатъои илтиъоб дар њар як навзоди гирифтори НМИСХ пеш ва баъд аз њарроњї вуъуд дошт.

Кимати омории тасдиќи озмоишгоњїи вокуниши системавии илтиъоб дар беморони гирифтори НМИСХ дар шуъбаи эњёгариро мо дарёфт накардем. Һамин гуна мукоиса дар «хатарноктарин» маръилаъои табобати беморони гирифтори НМИСХ дар шуъбаи эњёгарї дар маръилаи тайёрї ба амали њарроњї ва дар давраи баъдильарроњї ва давраъои буъронї роњандозї шудааст. Һангоми њуброннопазирии даралаи якуми узвњо (то 5 хол) муолилаи симптоматикаи гузаронида шуд ва он њанбаи пешгирикунанда дошт, доруъои зиддимикробї дар ваќти зуъуроти аввалия анъанавї бо гузариш ба доруъои этиотропї, табобати ивазкунанда бо ёрии иммуноглобулинъо буданд. Һангоми њуброннопазирии даралаи дувум (аз 6 то 10 хол) самараи табобат ва маълумоти пешгӯї бевосита ба суръати бартарафшавии дисфункцияъои нафаскашї ва гемодинамикї ба бартарафшавии манбаи сироят ва вокуниши илтиъоби системавї вобастагї доштанд. Һангоми вокуниши илтиъоби системавї табобати антибиотикї, эмпирикї, дезскалатсионї буда, ба воридкунии иммуноглобулинъо асос ёфтааст.

Һангоми њуброннопазирии даралаи сеюм (аз 11то 15 хол) вобастагии пешгӯии зиндагї аз умки мавќеияти узвъои осебдида ба мушоъида мерасид. Һаљмъои мањлуљъои инфузиви, вояъои

доруҳои рағӣ бевосита ба умқи асидоз ва гипоксия вобастагӣ дошанд. Ёанбаи дезкалатсионии табобати вокуниши илтиёби системавӣ аз замони бистарикунонӣ самарабахш буд; метавон антибиотикҳои гурӯҳи аминогликозидноро бо дигар гурӯҳҳо бо дарназардошти нишондиҳандаҳои тафолаҳои азотӣ омехта намуд. Иммуноглобулини ғанишударо ӯар чи зудтар баъд аз ӯарронӣ ба қор бурдан зарур мебошад. Сабаби табоишавии ӯолати беморони гирифтори НМИСХ дар динамикаи мушоидаҳо дар гурӯҳи ретроспективи гирифтори НМИСХ зиндамонда ё фавтшуда дар таваллудхона, ӯангоми бистарӣ қардан дар беморхона, пеш ва пас аз амали ӯарронӣ ихтилолоти нафаскашӣ будааст. Дар шабонарӯзи панҷуми давраи баъдиӯарронӣ сабаби табоишавии ӯолати умумии беморон зуӯуроти клиникии камбудии энтералӣ то 2,8 ҳол дар гурӯҳҳои беморони зиндамонда ва фавтшуда мебошад. Ба табоишавии ӯолати умумии беморон дар шабонарӯзҳои даӯум, бистум ва бисту ӯаштуми давраи баъдиӯарронӣ дар гурӯҳҳои беморони зиндамонда ва фавтшуда ӯуброннопазирӣ дар намуди ихтилолоти нафаскашӣ то 2,6 ҳол, камбудии энтералӣ то 2,9 ҳол, зуӯуроти клиникии гемодинамикӣ то 2,9 ҳол, симптоматикаи неврологӣ то 2,5 ҳол боис гардидааст.

Ба табоишавии ӯолати беморон дар давраи баъдиӯарронӣ дар марӯилаҳои мушоидаҳо узвҳои пешобӯдукунӣ таъсир надошанд ва начандон зиёд то 1,5 ҳол дар гурӯҳи навзодони зиндамонда, инчунин фавтшуда боқӣ монданд.

Ҳамин тавр, равиши комплексӣ дар муолиаи навзодони гирифтори НМИСХ бо шумули арзёбии ӯолат дар нахустин дақиқаҳои зиндагӣ дар таваллудхона бо арзёбии минбаъда аз рӯи ӯадвално, риоя гардидани алгоритмиҳои табобат ӯангоми ӯамлу нақли байнибеморхонавӣ, тайёрии пешазӯарронӣ, таъминоти иншоршиносӣ, арзёбии вазнинии синдроми дард ва методҳои тасеъ имкон доданд, ки фавтшавӣ аз 41% то 19,4% ва басомади оризаҳои баъдиӯарронӣ аз 18% то 7,8% қоииш дода шавад.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Синдроми дард бештар дар раванди тайёрии пешазӯарронӣ ва давраи баъдиӯарронӣ дар навзодон пайдо мешавад; он ба дастқориҳои муолиаӣ ва ташхисӣ, дарди баъдиӯарронӣ ва бевосита ба бемории ӯарронӣ вобаста мебошад. Муқаррар шудааст,

ки афзоиши барзиёди гормонҳои стрессӣ дар хун, аз рӯйи ҷадвали дарди баъдильарроғӣ дар навзодон, асосан, ӯангоми инсидоди сурхрӯда, сепсиси ӯарроғӣ ва норасоии девораи пеши шикам ташхис мешавад [10-А, 31-А].

2. Ба вуҷуд омадан ва ё пурзӯршавии синдроми дард дар пасманзари норасоии модарзодии инкишоф бо гузаронидани дасткориҳои инвазивӣ, мониторинги доимӣ, муоинаҳои такрорӣ ва дасткориҳои ташхисӣ дар муддати шабонарӯз алоқаманд мебошад [8-А, 30-А].

3. Ҷадвали арзёбии дарди шадид дар навзодон, ки ба мушоёндаҳо аз болои рафтори кӯдак ва мониторинги гузаронандагии пӯст (нишондиҳандаи Peaks/sec) асос ёфтааст, ӯассосияти баландро ба ошқорсозии дарди шадид дар навзодон ӯангоми дасткориҳои нишон медиҳад. Таълили муқоисавӣ набудани робитаи байниӯамдигарӣ ё нуруи муӯтадили ӯамбастагири ($r =$ от 0,29 то 0,35, методи Кендалл) миёни нишондиҳандаҳои физиологӣ, рафторӣ ва гузаронандагии пӯст нишон дод [29-А].

4. Хатари фавт ӯангоми ӯарроғииҳои тасъеии норасоии модарзодии инкишоф дар системаи хӯрокӯазмкунӣ ӯолати дер интиқол додан ба беморхонаи ӯарроғӣ - 56,3%; ӯангоми шаклҳои норасоии хромосомӣ ва синдромалии ӯамроғ - 28,5%; ӯангоми интиҳоби номувофиқи табобати бедардгардонӣ - 24,9%; ӯангоми маълумоти пасти арзёбии ӯадвали ӯолати вазнинии Апгар дар лаӯзаи таваллуд - 24,6%; таъхири инкишофи дохилираӯмӣ - 18% афзоиш меёбад [2-А, 11-А, 17-А].

5. Баланд бардоштани дараҷаи огоҳии кормандони тиббии (табибон ва ҳамшираҳои тиббӣ) шӯӯбаи махсусгардонидашудаи чарроҳӣ ва ҷисмӣ оид ба изҳори синдроми дард дар кӯдакони навзод боиси баландшавии натиҷаи кӯмаки ёрирасондаи беҳисгардонӣ ва таҳдиромӯзии навзодони гирифтори НИСХ дар марҳилаҳои накл то ва баъди чарроҳӣ мегардад [31-А].

6. Протоколҳои клиникӣ оид ба пешгирӣ ва муолиӯаи синдроми дард, ӯамлу накли байнибеморхонавии навзодон, ки таъния ва татбиқ гардиданд (фармоиши ВТ ӯТ №80 аз 20.02.2013, қарори ӯайати мушовараи ВТ ва ӯИА ӯТ №9-17 аз 20. 09.2016), ба баланд шудани зиндамонии навзодони гирифтори аномалияҳои модарзодии инкишоф мусоидат намуданд [19-А, 23].

7. Ташхисгузории саривақтӣ дар қудакон баъд аз таваллуд пай дар паии табобатро муайян месозад. Санасияи дараҳти трахеобронхiali

ва декомпрессияи меъдаро муҳим аст дар дақиқаҳои аввали баъд аз таллуд гузаронидан. Қисмати пеш аз интиқол ба клиникаҳои махсусгардонидашуда пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ бо дарачаи илтиҳоб, ҳаҷми хуни даврзананда муайян мебошад [6-А, 28-А].

8. Кӯдакони навзоди гирифтори НМИСХ бо сабаби ҷамроғии омилҳои нисбат ба кӯдакони гирифтор ба патологияҳои дигари ҷарроҳӣ ба гипотермия тамоюл доранд. Риоя нашудани мутғасилии рӯйи гармии кӯдакони гирифтори НМИСХ ҷангоми ҷамлу нақли байнибеморхонавӣ фармони минбаъдаи баъдиҷарроғиро ба андозаи 45,5% табиқ месозад. Вобастагии бевоситаи зиндамони кӯдакони навзод дар давраҳои пеш ва баъд аз ҷарроҳӣ ба нигоҳдорӣ ва риояи рӯйи гармӣ ошқор шудааст [21-А].

ТАВСИЯӢО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИЛӢАӢО

1. Дар ваќти бистарикунонї дар марӢилаӢои тайӢерї дидан ба лӢарроӢї ва баъди амали лӢарроӢї баргузори мониторинги навзодон барои арзӢбии синдроми дард Ӣангоми дасткориӢо зарур аст.

2. Маълумоти мониторинги басомади кашидашавиӢои дил, фишори шараӢнї, SpO_2 , басомади нафаскашї, андозагирии Ӣарсоатаи Ӣарорати бадан, назорати ӢИТЯк маротиба дар 6-12 соат Ӣангоми бедардгардонї баъди амали лӢарроӢї дар давоми шабонарӯз имкон медиӢад, ки нишондиӢандаӢои гемодинамикї назорат ва сари ваќт тасъеӢ карда шавад.

3. Ӣангоми найчагузорї ба кӯдакони якмоӢа бо маќсади эӢӢгарї баъди оmodасозии доруии воридкунии ГОМК 10% - 50 мг/кг ӢамроӢ бо дигар доруӢои мухаддир Ӣатмї мебошад.

4. Бо маќсади тадќик намудани вазоӢати синдроми дард ва муттасилии баргузори табобат дар навзодон алгоритми таӢиягардидаи «Тарзи назорат ва идоракунии синдроми дард дар навзодони гирифтори норасоиӢои лӢиӢози хурокӢазмкунї» (патент аз тарафи МД «Маркази патенту иттилооти миллї» №1562 аз 18 майи соли 2017 дода шудааст) - ро истифода намудан мувофиќи маќсад аст, зеро он сода ва дар корбурд дастрас буда, ба сабукшавии Ӣолати навзодон Ӣангоми баргузори дасткориӢои гуногун мусоидат мекунад.

5. Оид ба арзӢбии сариваќтии синдроми дард ва корбурди оќилонаи воситаӢои доруї ва ғайридоруї барои паст кардан Ӣ бартараф намудани дард дар кӯдакони навзод малакаӢо дар кормандони тиббї (табибон ва ӢамшираӢои тиббї) бояд таӢия карда шавад.

6. Ӣангоми корбурди намудӢои доруї ва ғайридоруии аналгезия дар кӯдакони якмоӢа бояд равиши инфиродї, муттасилї, назорати дард, сабуккунии Ӣадди аксари дард дар Ӣолати Ӣадди аќали таъсиrotи фарї истифода гардад мувофиќи « Дастурамал оид ба пешгирї, мониторинг ва идоракунии дарди навзодон фармони ВТваӢИА ҚТ №611 аз 04.07.2018с.»

7. Бедардгардонї дар давраи баъдилӢарроӢї дар даќикаӢои нахустини баъди лӢарроӢї бо воридкунии Ӣамзамони доруӢои мухаддир ва минбаъд воридкунии катраї тавассути линиомат зарур мебошад. ТаӢти назорати нишондиӢандаӢои хунгардиш бо роӢандозии мониторинги дард зарур аст, ки воѢи доруӢои мухаддир ва сурьати воридкунии онӢо ба таври инфиродї интихоб гардад. Дар

пасманзари афзудани синдроми дард суръати мазкур афзоиш меёбад ва ӯангоми устуворшавӣ кошиш дода мешавад.

8. Ҳамлу нақли асосноки навзодон бо истифодаи «Алгоритми нигоъубини кӯдакон ӯангоми ӯамлу нақл ба шуъбаи энёгарӣ дар навзодони гирифтори норасоинёи модарзодии инкишоф» (гувоъномаи таклифи ихтироъкорӣ №08 аз соли2016 МД ММТ ЪТ) ӯангоми вуъуд доштани камбудинёи системаи хӯрокӯазмкунӣ миёни муассисаёи тиббӣ имкон медиъад, ки функсияёи асосии ӯаётии организм ба кошишёбии минбаъдаи оризаёи баъдильарроӣ 1,5 баробар мусоидат намояд.

ФЕЪРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАЪАИ ИЛМИИ ДОКТОРИ ИЛМ

Мақолаё дар маълаллаёи тақризшаванда

- 1-А.** Раҳматова Р.А. Пути снижения операционно-анестетического риска у новорожденных и грудных детей с пороками развития пищеварительного тракта / Р.А. Раҳматова, З.Н. Набиев // Вестник Авиценны. -1999. - № 1. - С. 37 – 39.
- 2-А.** Раҳматова Р.А. Дифференцированная хирургическая тактика при аноректальных пороках у новорожденных и детей раннего возраста / Р.А. Раҳматова, И.Б. Шерназаров, Д.Р. Мағзумов // Вестник Авиценны. -2003. - № 3-4., - С. 21-15.
- 3-А.** Раҳматова Р.А. Рациональный подбор антибиотиков в схемах послеоперационной терапии гнойно-септических осложнений новорожденных. / Р.А. Раҳматова, З.Н. Набиев //Известия Академии Наук Республики Таджикистан. -2004. - № 1-2(151), - С. 64-66.
- 4-А.** Раҳматова Р.А. Коагуляционные свойства легких в зависимости от эндогенной интоксикации у детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / Р.А. Раҳматова, З.Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. -2004. - № 3., - С. 106-108.
- 5-А.** Раҳматова Р.А. Комплексная интенсивная терапия при эндогенной интоксикации у детей при гнойно-септических состояниях. / Р.А. Раҳматова, З.Н. Набиев, З.И. Тешаева // Здравоохранение Таджикистана. -2004. - № 3., - С. 69-70.
- 6-А.** Раҳматова Р.А. Межгоспитальная транспортировка новорожденных с врожденными пороками развития / Р.А. Раҳматова, З.Н. Набиев, А.С. Умедов // Здравоохранение Таджикистана. -2015. - №1. - С. 193 - 195.

7-А. Рахматова Р.А. Изменения свертывающей системы крови у новорожденных в связи с обезболиванием. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, М.А. Хусейнова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. -2010. - № 4 (173), - С. 83-89.

8-А. Рахматова Р.А. Смешанное анестезиологическое пособие у детей при манипуляциях / Р.А. Рахматова, З.Р. Шарипов, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров // Здравоохранение Таджикистана. -2010. - № 3, - С. 50-54.

9-А. Рахматова Р.А. Послеоперационное обезбоживание инфузией промедола у новорожденных детей. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Т.Х. Бобоев, Х.М. Мирзошарипов // Здравоохранение Таджикистана. -2010. - № 4. - С. 38-40.

10-А. Рахматова Р.А. Влияние обезболивания на уровень иммуноглобулинов в крови у новорожденных и детей раннего возраста. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. -2011. - № 2. Т. 54, - С.158-160.

11-А. Рахматова Р.А. Отдаленные результаты хирургического лечения аноректальных пороков развития у новорожденных и детей грудного возраста. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. -2011. -№ 1. -С. 44-47.

12-А. Рахматова Р.А. Антиоксидантная терапия и оценка ее эффективности при сепсисе у новорожденных. / Р.А. Рахматова, О.Т. Аминов // Здравоохранение Таджикистана. -2011. - № 2. - С. 62-64.

13-А. Рахматова Р.А. Свободнорадикальное окисление при септических состояниях у новорожденных. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Вестник Таджикского технического университета. -2011. – № 1 (13). - С. 19-22.

14-А. Рахматова Р.А. Влияние картины микробной колонизации на тяжесть состояния у новорожденных и детей раннего возраста с врожденными пороками развития аноректальной области. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров // Здравоохранение Таджикистана. – 2011. - № 3. - С.26-29.

15-А. Рахматова Р.А. Особенности клинико-иммунологического статуса у недоношенных детей с церебральной ишемией / Р.А. Рахматова, А.С. Каракушикова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. -2012. - № 3(180). - С. 55-61.

16-А. Рахматова Р.А. Острые повреждения почек у новорожденных и детей раннего возраста при критических состояниях / А.А.

Одинаев, Р.А. Рахматова // Вестник ТНУ. -2015. - №2. - С. 88-90.

17-А. Рахматова Р.А. Изучение тяжести состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с отягощенным акушерским анамнезом. / Р.А. Рахматова, П.Э. Рахмонова, Ф.Х. Тиллоева // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016. - № 4. С. 74 –77.

18-А. Рахматова Р.А., Ибодов Х.И., Набиев З.Н. Состояние микробное колонизации у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, Х. Ибодов, З.Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. -2016. - №4. С. 42-46.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маълумоти маводи конференсияҳо

19-А. Рахматова Р.А. Продленная перидуральная анальгезия у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, Х.Р. Кодиров, Д.Р. Магзумов // Материалы II- го Российского конгресса. Современные технологии в педиатрии детск. хирургии. - Москва. - 2003. - С. 415.

20-А. Рахматова Р.А. Анестезиологическое обеспечение у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров, А.С. Умедов //Материалы всероссийского научного форума – Хирургия-2005. - Москва. - С. 143-144.

21-А. Рахматова Р.А. Оптимизация анестезиологического обеспечения у детей с пороками развития толстой кишки. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, К.А. Холов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2009. - № 2, - С. 32-34.

22-А. Рахматова Р.А. Интенсивная терапия новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно-некротическом энтероколите. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров, И.Ш. Зарипов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2010. - № 1, - С. 47-50.

23-А. Рахматова Р.А. Перидуральная анальгезия при комбинированной анестезии у детей раннего возраста. / Р.А. Рахматова, Ш.С. Ганиев, Х.Р. Кодиров // Материалы V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана с международным участием. -2010. - С. 272- 275.

24-А. Рахматова Р.А. Определение степени эндогенной интоксикации у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Т.Х. Бобоев, А.С. Умедов //

Материалы X Российский конгресс II конгресс детских врачей союзного государства. Москва. -2011. - С. 406-407.

25-А. Рахматова Р.А. Методы диагностики состояния паренхимы почек у детей с врожденным гидронефрозом. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Ш.С. Ганиев, А.И. Рахматов // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. -2011. - № 1. - С. 8-9.

26-А. Рахматова Р.А. Свертывающая и противосвертывающая системы крови у новорожденных с врожденными пороками развития при анестезии и хирургических вмешательствах. / Р.А. Рахматова, Х. Ибодов, З.Н. Набиев // Архив Евромедика. - Ганновер. -2013. - №. 3 - С.47-51.

27-А. Рахматова Р.А. Эффективность использования антиоксидантов в терапии тяжелых инфекций / Р.А. Рахматова, З. Н. Набиев, Ш.С. Хукуматова // Вестник перинатологии» посвящ. V конгрессу Федерации Педиатров Стран СНГ. VI Конгресс Педиатров и Неонатологов Республики Молдова. -2013. - №2(58)-3(59). - С. 277-288.

28-А. Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Шерназаров И.Б. Особенность предоперационной оценки тяжести состояния и выбора анестезиологического пособия у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, И.Б. Шерназаров // Труды научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы репродуктивного здоровья населения» ТНИИАГиП. - Душанбе. -2013. - С. 230-233.

29-А. Рахматова Р.А. Предоперационная оценка тяжести состояния и оптимизация анестезиологического пособия у новорожденных с врожденными пороками развития. / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. -2013. - № 3, - С. 140-142.

30-А. Рахматова Р.А. Послеоперационная анальгезия у новорожденных. / Р.А. Рахматова, З. Н. Набиев, Ш.С. Хукуматова //Материалы НПК с международным участием посвящ. 85-летию со дня рождения член корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова. – Душанбе. -2013. - С. 188-189.

31-А. Рахматова Р.А. Оценка болевого синдрома у новорожденных в отделениях реанимации и интенсивной терапии / Р.А. Рахматова, З. Н. Набиев // Периодический научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка», Кыргызстан. -2013. - Т. 5, - № 2. - С. 45-48.

32.-А. Рахматова Р.А. Интенсивная терапия новорожденных с перфоративным перитонитом при язвенно-некротическом энтероколите. /Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Файзуллаев А.С., Шерназаров И.Б. // Сборник Материалов IX Конгресса педиатров стран СНГ, III Форум по питанию. Душанбе. 2019.- С. 199.

33-А. Рахматова Р.А. Некоторые аспекты развития острого почечного повреждения детского возраста. /Одинаев А.А.// Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -2019. -Т-II. – С. 322-324.

Монографияъо

1. Рахматова Р.А. и соавт., Абдоминальная хирургия детского возраста. / Азизов А.А., Нуритдинов М.Н., Сафаров А.С., Шерназаров И.Б. - Чархи гардун - Д: - 2010. - 412 стр.

2. Рахматова Р.А. Анестезиологическая защита у детей с пороками развития толстой кишки, принцип предоперационной подготовки / Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев. - Импульс медиа групп. - Д. -. 2013. – 120 стр.

Мактубҳои иттилоотӣ

1. Рахматова Р.А. Инструкция (информация для специалистов) по медицинскому применению опиатов на этапе терапии болевого синдрома новорожденных (приказ МЗиСЗН РТ №611 от 04.07.2018 г.) / Р.А. Рахматова, А.В. Вахидов [и др.]. – Душанбе: Мехрона-2017, 2018. – 26 с.

2. Инструкция по профилактике, мониторингу и управлению синдромом боли у новорожденных (приказ МЗиСЗН РТ №611 от 04.07.2018 г.) / Р.А. Рахматова, А.В. Вахидов [и др.]. – Душанбе: Мехрона-2017, 2018. – 70 с.

Патент барои ихтироъ

1. Рахматова Р.А. Способ контроля управления болевого синдрома у новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительной системы. / Набиев З.Н. // ТЖ №1562. -17.05.2017. – Опубликовано в официальном бюллетене «Патентный вестник». – 2017. –№843.

Тавсияи методӣ

1. Рахматова Р.А. Острая почечная недостаточность у детей. /Р.А.Рахматова., Одиназода А.А., Набиев З.Н. – Душанбе: «Мир

полиграфии» - 2010 – 30 с.

Гувоъномаъои таклифъои ихтироъкорӣ

1. Рахматова Р.А. Способ снижения депрессивного влияния кетаминowego наркоза унитолом у новорожденных /Набиев З.Н., Шерназаров И.Б. // №3323/R538 аз 05.12.2012 с., содиршуда МДТ «Донишгоњи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»;
2. Рахматова Р.А. Лечебно-диагностический алгоритм оценки органной недостаточности у новорожденных с врожденными пороками развития. / Набиев З.Н., Тешаева З.И. // № 07. аз 02.02.2016 с., содиршудаМД «Маркази миллии тиббӣ» ЎТ
3. Рахматова Р.А. Алгоритм ведения детей при транспортировке в отделение реанимации у новорожденных с врожденными пороками развития/ Рахмонов М.Б., Рахмонов Б.Я. // №08. аз 02.02.2016с., содиршудаМД «Маркази миллии тиббӣ» ЎТ

Рӯйхати ихтисорањо

- ГОМК**– туршии гамма оксидрағани
- ИДМ** – Иттиҳоди давлатҳои мустиқил
- КБ**–камбудии бисёрҷоя
- МДТ ДТБКСТ ҚТ**– Муассисаи Давлатии Таҳсилоти Донишгоҳи таҳсилоти баъдидаҷаи кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон
- МД ММТ ҚТ**–Муассисаи Давлатии Маркази Миллии Тиббӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон
- МД МИКТАВаҶА**–Муассисаи Давлатии Маркази илмӣ клиникаи тибии атфол ва ҷарроҳии атфол
- МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино** -Муассисаи Давлатии Таҳсилоти «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»
- МЧОваИТ** - Маркази Ҷумҳурии оморӣ ва иттилоотии тиббӣ
- НМИ** – норасоии модарзодии инкишоф
- НМИСХ**– норасоии модарзодии инкишофи хӯрокҳазмкунӣ
- НМИС**– норасоии модарзодии инкишофи сершумор
- СД**– синдроми дардӣ
- СМА** – системаи марказасаби
- ФМВ** – фишори маркази варидӣ
- ФШ** – фишори шараёнӣ
- ФМШ** – фишори миёнаи шараёнӣ
- ҲХД** – ҳаҷми хуни даврзананда
- ҲТИ**– ҳолати турши ишқорӣ
- ШТЭМ** – шӯъбаи таҳдиромӯзӣ, эҳғарӣ, муолиҷавӣ
- НСШ** – нафасдиҳии сунъии шушҳо
- DAN**– Douleur Aiguë du Nouveau-ne
- CRIES**– Scale for Neonatal Postoperative Pain Assessment

АННОТАЦИЯ
РАХМАТОВОЙ РУХШОНЫ АКРАМОВНЫ
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И МЕТОДЫ
КОРРЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ
ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ

Ключевые слова: новорожденные дети, врожденные пороки развития, болевой синдром, обезболивание.

Цель исследования: снизить перинатальную и неонатальную смертность при оперативной коррекции врожденных пороков развития пищеварительной системы путем совершенствования анестезиологической защиты с учетом степени квантификации болевого синдрома.

Методы исследования и использованная аппаратура: работа основана на результатах ретроспективного и проспективного обследований, лечения, анализа 274 детей новорожденного периода с ВПП пищеварительной системы. Биохимическое исследование крови на количественное содержание электролитов, мочевины, креатинина, белок, билирубин – выполнены аппаратом BayerRA– 5, Statfaks – 1904. Показатели кислотно-основного состава крови и его компонентов ($p\text{aO}_2$, $p\text{CO}_2$, SO_2 , pH, BE, SB) проводили на аппарате MEDICA EasyStat. Данные систематизировались в индивидуально разработанные анкеты с последующим их занесением в таблицу на IBM. Первичный материал исследования подвергся статистической обработке с использованием методов критерий знаков, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера, с подсчетом средней арифметической ошибки.

Полученные результаты и их новизна. По результатам исследования выявлено, что летальность при хирургических корригируемых ВПП пищеварительной системы повышается при позднем переводе в хирургический стационар. Разработанные и внедренные (приказ МЗ РТ №80 от 20.02.2013, решение Коллегии МЗ и СЗН РТ №9-1720.09.2016) клинические протоколы по профилактике и лечению синдрома боли, межгоспитальной транспортировке новорожденных способствовали повышению выживаемости у данной категории больных. Появление или усиление синдрома боли связано с проведением инвазивных манипуляций, множественных осмотров в течение суток. Эффективность обезболивающей терапии возможно при мониторинге гемодинамических показателей, и результатах лабораторного исследования больных. Несоблюдение тепловой цепочки у детей с ВПП при межгоспитальной транспортировке ухудшает послеоперационный исход на 45,5%.

Рекомендации по использованию: разработать навыки у медицинского персонала (врачей и медицинских сестер), по своевременной оценке, болевого синдрома и рациональному применению медикаментозных и немедикаментозных препаратов для снижения или снятия боли у детей первых месяцев жизни. Обезболивание в послеоперационном периоде необходимо в первые минуты после хирургического вмешательства с одномоментным введением наркотических препаратов.

Область применения: анестезиология, реаниматология.

АННОТАЦИЯ
РАЪМАТОВА РУХШОНА АКРАМОВНА
АРЗЁБИИ ВАЗОЪАТИ СИНДРОМИ ДАРД ВА МЕТОДӢОИ ТАСЪЕӢИ ОН
ДАР КӢДАКONI НАВЗОДИ ГИРИФТОРИ НОРАСОИӢОИ ИНКИШОФИ
ЉИӢОЗИ ХӢРОКӢАЗМКУНӢ

Калимаҳои калидӣ: кӯдакони навзод, норасоихоӣ модарзодии инкишоф, синдроми дард, бедардгардонӣ.

Мақсад: коӢиш додани ғавти перинаталӣ ва неонаталӣ Ӣангоми тасъеӢи норасоиӢоӣ инкишофи навзодон тавассути ӯарроӢӣ бо роӢи такмил додани Ӣифозати иншоршиносӣ бо дар назардошти дараӯаи квантификатсияи синдроми дард.

МетодӢои таӢќикот ва таҷхизоти истифодашуда: ТаӢќикот дар асоси омӯзиши натиҷаӢоӣ таҳқиқ, табобат, таҳлили ӯайрифабол ва ӯабӯли 274 нафар кӯдакони давраи навзодӣ бо норасоихоӣ модарзодии инкишофи хӯрокхазмкунӣ иҷро шудааст. ТаӢќикоти биохимиявии хун муӢтавоӣ электролитӢо - калий ва натрий, карбомид ва креатинин, сафеда, билирубин дар дастгоҳи BayerRA – 5, Statfак – 1904 муайян карда шудаанд. Муайян намудани нишондихандаҳои таркиби турши – ишқорӣ хун ва қисматҳои он дар дастгоҳи MEDICA Easy Stat иҷро шудаанд. Далелҳо дар пурсишномаӢоӣ инфиродан коркардшуда ба ӯадвали ба IBM низомбандӣ карда шуданд. Маводи аввалияи паҷӯиш мавриди коркарди оморӣ бо истифодаи методӢоӣ меъри аломатӢо, омори гунаӣ аз рӯи меъри Студент-Фишер бо Ӣисобкунии иштибӯи миёнаи арифметикӣ қарор дода шуд.

Натиҷаҳои ба дастомادا ва навгони онҳо: натиҷаҳои ба дастомادا гувоҳӣ медиҳанд, ки ғавт Ӣангоми тасъеӢкунии ӯарроӢии НМИ чиҳози хӯрокхазмкунӣ дар ӯолати дер интиқол додан ба беморхонаи ӯарроӢӣ меафзояд. Истифодабарии протоколӢоӣ клиникӣ оид ба пешгирӣ ва муолиӯаи синдроми дард, Ӣамлу нақли байни беморхонавии навзодон, ки таӢия ва татбиқ гардиданд (фармоиши ВТ ӯТ №80 аз 20.02.2013, қарори Ӣайати мушовараи ВТ ва ӢИА ӯТ №9-17 аз 20. 09.2016), ба баланд шудани зиндамони ин категория беморон мусоидат намуданд. Пайдоиш ё бурдии синдроми дардӣ бо гузаронидани манипулясияҳои инвазионӣ, муоинаҳои зиёд дар давоми шабонарӯзи алоқаманд мебошад. Бозътимод таъсис додани самаранокии табобати бедардгардонӣ ҳангоми мониторинги нишондихандаҳои гемодинамикӣ ва натиҷаҳои таҳлилҳои тадқиқотии беморон имконпазир мешавад. Риоя нашудани муттасилии реӯаи гармии кӯдакони гирифтори НМИ Ӣангоми Ӣамлу нақли байни беморхонавӣ фарӯми минбаӯдаи баӯди ӯарроӢиро ба андозаи 45,5% табӯе месозад.

Таъсияҳои оид ба истифода: инкишоф додани малақаҳои дар кормандони тиб (духтурон ва ҳамшираҳои тиб), оиди саривақт баҳо додани синдроми дардӣ ва оқилона истифодабарии маводҳои муҳаддир ва ӯайримаводи муҳаддир барои паст ё бартараф намудани дард дар кӯдакони моҳҳои аввали ҳаёт. Бедардгардонии баӯди ӯарроӢиро лозим аст, ки якбора баӯди ӯарроӢӣ бо воридкунии Ӣаби ибтидоии доруи мусаккини муҳаддир, бо инфузияи минбаӯдаи дохиливаридӣ тавассути сӯзани кашанда оғоз намуд.

Соҳаи истифода: иншоршиносӣ, таҳдиромӯзи

ANNOTATION

RAKHMATOVA RUKHSHONA AKRAMOVNA

EVALUATION OF THE EXPRESSION OF A PAIN SYNDROME AND METHODS OF CORRECTION IN NEWBORN CHILDREN WITH CONGENITAL VICES DEVELOPMENT OF DIGESTIVE SYSTEM**Keywords:** newborns, congenital malformations, pain, pain relief.**Goal of researches:** To reduce perinatal and neonatal mortality during surgical correction of congenital malformations of the digestive system by perfection anesthetic protection, taking into account the degree of quantification of pain.**Research methods and used equipment:** the work is based on the results of retrospective and prospective researches, treatment, analysis of 274 children of the newborn period with CM (Congenital Malformation) of the digestive system. A biochemical blood researches for the quantitative content of electrolytes, urea, creatinine, protein, bilirubin made by apparatus of BayerRA-5, Statfakc - 1904. Indicators of acid-base composition of blood and its components carried out on the apparatus MEDICA Easy Stat. he data were systematized into individually designed questionnaires with their subsequent entry in a table at IBM. The primary research material was subjected to statistical processing using the methods of sign criteria, variation statistics by the Student-Fisher criterion, with calculation of arithmetic mean error.**The results of obtained and their novelty:** according the results of the researches revealed that mortality in surgical corrected CM (Congenital Malformation) of the digestive system increases with a late transfer to a surgical hospital. Designed and implemented (order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan No. 80 dated 02.20.2013, decision of the Board of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan No. 9-1720.09.2016), clinical protocols for the prevention and treatment of pain syndrome, inter-hospital transportation of newborns contributed to increased survival in this category of patients

The appearance or intensification of pain syndrome is associated with invasive procedures, multiple examinations during the day. It is possible to establish the effectiveness of analgesic therapy by the monitoring hemodynamic indicators, and the results of laboratory researches of patients. Non-observance of the heat chain in children with CM (Congenital Malformation) of the digestive system during inter-hospital transportation worsens the subsequent subsequent postsurgical outcome by 45.5%.

Recommendations for use: develop the skills of medical personnel (doctors and nurses), in a timely assessment, of pain syndrome and the rational use of medical and non-medical drugs to reduce or relieve pain in children in the first months of life. Anesthesia in the postoperative period is necessary in the first minutes after surgery with the simultaneous administration of narcotic drugs. Anesthesia in the postsurgical period is necessary in the first minutes after surgery with the simultaneous introduction of narcotic drugs.**Scope:** anesthesiology, resuscitation

*Сдано в печать 21.02.2020 г.
Подписано в печать 28.02.2020 г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.*

*Отпечатано в типографии
Министерства образования и науки РТ
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд*