

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ»**

УДК: 616.61-008,6; 616-053.2

На правах рукописи

ИСМАТЗОДА СУЛАЙМОН СУЛТОН

**ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.23 – Урология

Душанбе - 2025

Диссертация выполнена в Государственном учреждении «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Научный руководитель: **Рахматова Рухшона Акрамовна** - д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Официальные оппоненты: **Юсупов Шухрат Абдурасулович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии №1 «Самаркандский государственный медицинский университет»

Ризоев Хайриддин Хайруллоевич - кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Ведущая организация: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Защита диссертации состоится «___» _____ 2025 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-052 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино 29-31. www.tajmedun.tj. Тел.: (+992) 918686605.

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

Автореферат разослан «__» _____ 2025 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Саъдуллозода Ф.С.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В современном медицинском сообществе активно обсуждается вопрос о целесообразности применения открытой хирургии в лечении закрытых травм почек (ЗТП) у детей. Эта дискуссия акцентирует внимание на необходимости баланса между традиционными хирургическими подходами и современными органосохраняющими стратегиями, которые включают минимально инвазивные технологии и усовершенствованные методы консервативного лечения К.Д. Максумов с соавт. [4], А.М. Шамсиев с соавт. [11], А.А. Азизов с соавт. [9], S. Kumar [21], Gaudry et al. [17].

Применение открытой хирургии, традиционно считающейся золотым стандартом при серьезных повреждениях почек, сегодня оспаривается ввиду развития передовых диагностических технологий, таких как улучшенная визуализация и биохимические маркеры, позволяющие точнее оценивать степень органного повреждения. Ведущие педиатрические урологи призывают к рассмотрению индивидуального подхода к каждому случаю, с учетом как общего состояния ребенка, так и специфики травмы С.А. Возианов и соавт. [8], Е.С. Балабанова и соавт. [2], А.А. Азизов [1], A.S. Levey et al. [22], L. Zhang et al. [31], M. Flechet et al. [15].

Тактика лечения повреждений почек должна определяться сопутствующими травмами других органов в то время, как все соглашаются, что показаниями к немедленной операции является, несомненно, наличие кровотечения, которое угрожает жизни пациента В.А. Мануковский и соавт. [3], А.А. Азизов [6], A. Levin et al. [18], A. Rismanbaf et al. [29].

За последние два десятилетия значительные инновации в диагностике и терапии способствовали сокращению числа хирургических вмешательств в пользу органосохраняющих методов лечения травм почек, что отмечено в работах К.Д. Максумов [4], S.D. Gumbert et al. [26]. Литературные данные подтверждают, что консервативная выжидательная тактика оправдала себя

для большинства случаев тупой травмы почек у взрослых А.М. Шамсиев и соавт. [11], И.Я. Маскин и соавт. [5], A.Z. Zarbock et al. [30].

Основные цели лечения заключаются в сохранении жизни пациента, улучшении его общего состояния и поддержании функции почки. Задача усложняется тем, что травмы почек редко бывают изолированными. В этом контексте, врач-уролог сталкивается с необходимостью интеграции данных о состоянии пациента для корректного определения приоритетов лечения сопутствующих травм, каждая из которых может потребовать серьезного вмешательства. Это требует от уролога быстрой разработки четкого лечебного плана, который оптимально соответствует клиническим потребностям пациента А. Ortega-Loubon [16], J. Portolés [27], A. Zarbock [30].

Хотя стандартные подходы к лечению контузий и незначительных поверхностных разрывов почки обычно ясны, в случаях высокой степени тяжести травм существует отсутствие четкого международного консенсуса. Это подчеркивает значимость индивидуализированного подхода в лечении, основанного на современных принципах нефрологии и травматологии, с акцентом на минимизацию инвазивности вмешательств и сохранение почечной функции, что является критически важным для оптимизации долгосрочных исходов у детей с травмами почек К.Д. Максумов и соавт. [4], Y. Koza [14], S.D. Gumbert et al. [26].

В течение последних двух десятилетий все чаще наблюдаются попытки использования консервативного подхода лечения пациентов с повреждениями почек. Такое направление развития научно–клинической мысли было обусловлено значительным распространением и усовершенствованием много срезовой компьютерной томографии, которая позволила гораздо точнее диагностировать степень тяжести повреждения почки и признание того факта, что операции у пациентов с травмой почки слишком часто заканчиваются нефректомией С.С. Маскин и соавт. [5], A.S. Levey [22], J.S. Hirsch et al. [13].

Среди рентгенологических методов обследования и лечение повреждений почек является почечная ангиография, которая благодаря высокой результативности одержала ряд сторонников. Однако и среди них существуют разногласия относительно диагностической ценности и показов этого метода. Ангиография при ЗТП, помогает не только установить и уточнить диагноз, но и правильно определить объем оперативного вмешательства, однако она иногда дает противоречивые результаты. Поэтому ценность этого исследования повышается только при повторном его применении у одного больного, а также при диагностике повреждений других внутренних органов, посттравматической гипертензии, связанной с травмой почки, артериовенозной фистулы, тромбоза сосудов почечной ножки А.В. Иванов [12], J. Huang et al. [19], Y. Ishimoto, R. Inagi [20].

Несмотря на положительные результаты, консервативное лечение травмы почки пока что не получило широкого признания.

В данное время отсутствуют универсально признанные критерии для оценки степени поражения паренхимы почек, что значительно усложняет процесс выбора наиболее адекватного терапевтического подхода для пострадавших. Эта проблема остается актуальной в детской урологии, поскольку индивидуальные особенности развития детского организма требуют точной адаптации диагностических и лечебных процедур И.Я. Маскин и соавт. [5], A. Levin et al. [23], L. Zhang et al. [31].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Для улучшения клинических исходов крайне важно разработать и валидировать специализированные метрики оценки уровня повреждения почечной ткани. Это позволит не только уточнить диагностику, но и выбрать оптимальную стратегию лечения, минимизирующую риск развития долгосрочных посттравматических осложнений у детей. В контексте современной медицины, интеграция передовых методов визуализации и биомаркеров повреждения почек могла бы значительно усилить эффективность диагностического процесса, обеспечивая более точное и своевременное

лечение М.М. Абакумов [10], С.А. Возианов и соавт. [8], А.Н. Смоляр [7], L. Zhang et al. [31], J. Huang et al. [19].

Исследования зарубежных и отечественных специалистов с проблемами ЗТН предоставляют новые результаты, которые требуют дальнейшей систематизации С.А. Возианов и соавт. [8], A.S. Levey [22]. Поэтому, в современной урологии одним из самых актуальных вопросов, который вызывает широкую дискуссию, является вопрос оказания медицинской помощи пострадавшим с ЗТН, а также их дальнейшее лечение, ведь до сегодняшнего дня не сформирована единая доктрина выбора оптимального метода лечения Meersch M. [24], M.E. O'Connor et al. [25], J.R. Prowle et al. [28].

Это определило актуальность темы нашего исследования, как с научной, так и с практической точки зрения.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Тема настоящей диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», посвященных изучению темы «Состояние достоверности и динамики развития показателей здоровья детей в младенческом возрасте, и разработка научно-обоснованной методологии межсекторального подхода к её устойчивости в Республике Таджикистан» ГР № 0121TJ1090 (2021-2025 г.).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи детей с закрытой травмой почки путем определения прогностических факторов течения посттравматического периода и выбора адекватных методов лечения.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективно анализ консервативного, и хирургического лечения детей с закрытой изолированной травмой почки;

2. Разработать алгоритм диагностики и лечения у детей с закрытой изолированной травмой почки;

3. Изучить результаты лечения детей с закрытой изолированной травмой почки согласно разработанного алгоритма;

4. Провести анализ осложнений закрытых травм почек у детей в раннем и позднем посттравматическом периодах в зависимости от метода проведенного лечения;

5. Определить прогностические факторы осложнений у детей с закрытой травмой почки после различных методов лечения;

Объект исследования. Основным объектом исследования были дети в возрасте от 1 года до 18 лет с ЗТП, которые были госпитализированы в отделения детской урологии Государственного Учреждения Национальный медицинский центр «Шифобахш».

Предмет исследования. Все пациенты были разделены на две группы: основную группу, составившую 110 детей, которым было проведено лечение по новой методике, включающей консервативное лечение и малоинвазивные операции, и контрольную группу из 85 детей, которым оказывалась стандартная медицинская помощь. Исследование включало оценку эффективности лечения, анализ частоты и характера осложнений, а также долгосрочные результаты терапии. Обследование детей охватывало полный клинический осмотр, лабораторные исследования (общий и биохимический анализы крови, анализы мочи) и инструментальные методы диагностики, включая ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию.

Научная новизна исследования. Определены прогностические факторы исходов лечения ЗТП у детей, установлены предикторы вероятных осложнений посттравматического периода, что позволило разработать тактику диагностики и лечения с использованием консервативного, малоинвазивного и хирургического методов у пациентов с ЗТП.

Доказано высокую эффективность консервативного и малоинвазивного лечения больных с ЗТП I-IV ст. степени тяжести по классификации Американской ассоциации хирургии травм, чем у пациентов после хирургического лечения.

Расширены показания к консервативному и мало инвазивному лечению пациентов с ЗТП I-IV ст. травмы почки у гемодинамических стабильных пациентов.

Уточнено тактику применения ангиографии с суперселективной эмболизацией почечных артерий, которая обеспечивает сохранение функционирующей паренхимы почки и существенно сокращает сроки госпитализации.

Установлены закономерности восстановления функционального состояния почек у больных с ЗТП.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Пациентам после ДТП, с общим состоянием средней тяжести и ниже, макрогематурией, следует выполнять компьютерную томографию с контрастированием. Показаниями к ангиографии с суперселективной эмболизацией является гемодинамически стабильные пациенты с ЗТП, у которых кровотечение не удается остановить консервативными методами лечения. Разработан способ малоинвазивного лечения ЗТП. Разработан способ хирургического лечения ЗТП, что предупреждает усиление кровотечения при вскрытии фасции Герата, путем контроля магистральными сосудами почки. Подтверждено, что показаниями к срочному оперативному лечению пострадавших с ЗТП является гемодинамическая нестабильность больных, которая не корректируется консервативными методами лечения. Разработан алгоритм диагностики и лечения пациентов с закрытой изолированной травмой почки.

Положения выносимую на защиту:

1. Комплексная диагностика и лечение ЗТП у детей подтвердила значимость применения инновационных методов для улучшения исходов

лечения. Использование нового диагностического алгоритма, включающего ультразвуковую диагностику и магнитно-резонансную томографию (МРТ), позволили точно определить степень почечного повреждения у 92% больных, что существенно превышает показатели традиционных методов (75% точности).

2. Разработка и апробация новых методик лечения позволила повысить эффективность и безопасность медицинской помощи детям с травмами почек, что проявилось в снижении частоты послеоперационных осложнений с 30% до 8% и уменьшении среднего времени госпитализации с 16 дней до 11 дней по сравнению с контрольной группой.

3. Сравнительный анализ различных диагностических подходов показал преимущества использования мультимодальной оценки. Этот метод диагностики позволил улучшить точность определения необходимости хирургического вмешательства с 85% до 98%, что статистически значимо улучшило исходы лечения.

4. Долгосрочное наблюдение за детьми, перенесшими ЗТП, выявило значительные улучшения в их функциональном состоянии и качестве жизни. По результатам исследования через год после травмы, у 88% детей в основной группе не наблюдалось хронической почечной недостаточности, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 67%.

Степень достоверности результатов. Основана на сборе и анализе значительного объема материала, включая 195 детей с ЗТП, что позволяет проводить обоснованный сравнительный анализ между основной и контрольной группами. Размер выборки был определен с учетом необходимости обеспечения статистической значимости различий между группами. В исследовании применялись современные методы статистической обработки данных с использованием программного обеспечения, такого как SPSS и R. Применение параметров описательной статистики, включая среднее арифметическое, стандартное отклонение, а также применение t-критерия Стьюдента для сравнения средних значений в группах, и расчет уровня

значимости p -значений, подкрепляет статистическую значимость исследуемых параметров. Эти меры позволяют минимизировать вероятность случайных ошибок и повышают надежность и точность научных выводов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.23 – Урология: подпункт 3.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врождённых и приобретённых заболеваний органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала) и наружных половых органов у мужчин. 3.4. Выявление механизмов нарушения функции мочевых путей при различных урологических заболеваниях и методов стимуляции резервных возможностей повреждений органов. 3.7. Травмы мочевыделительной системы (почки, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и наружных половых органов у мужчин).

Личный вклад соискателя. Автором диссертационной работы самостоятельно разработана программа по анализу и обработке полученных материалов и исследований.

Вместе с научным руководителем сформулированы цель и задачи диссертации, разработан алгоритм диагностики и лечения больных в зависимости от степени травмы почки, обсуждены и сформулированы выводы и практические рекомендации, проведен анализ результатов различных методов лечения больных описанных в диссертации, структурировано и систематизировано каждую из методик лечения пациентов с ЗТП, обоснованы показания и противопоказания к их применению. Автором самостоятельно выполнено клиническое обследование больных и анкетирование. Проведен ретроспективный анализ и проспективное исследование историй болезней пациентов с ЗТП. Заимствованных идей в своих публикациях автор не использовал.

Апробация результатов диссертации. Основные результаты диссертации, ее принципиальные положения были обнародованы, обсуждены

на заседании кафедры урологии, травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ имени Абуали ибн Сино, во время научно-практических конференций Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино (Душанбе, 2017, 2018), общество анестезиологов реаниматологов и детских хирургов РТ (2018-2019). На заседании проблемно-экспертной комиссии ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ (20.02.2025).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 7 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан и 4 рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 169 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 4 разделов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 193 источников (из них 105 отечественных и 88 зарубежных). Работа содержит 33 таблиц, 21 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для достижения цель и задач диссертационной работы, автором были отобраны данные 195 пациента с изолированной ЗТП Изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения проводилось путем изучения историй болезней и контрольного обследования пациентов.

Исследуемые пациенты были госпитализированы в детское урологическое отделение ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш», в период с 1990 по 2019 гг. Все пациенты имели изолированные закрытые травмы почки. Пациенты с аномалиями развития почки и сопутствующими заболеваниями почки в исследование не включались. Пациенты с сочетанной травмой в зависимости от ее характера лечились в травматологическом, хирургическом, нейрохирургическом стационарах.

Всех исследуемых больных разделили на 2 группы – основную (n=110) и контрольную (n=85). Контрольную группу составляли больные, которые были пролечены с 1990 по 2004 гг., эффективность лечения которых была проанализирована ретроспективно, а основную группу – больные с ЗТП, пролечены с 2004 по 2019 гг., эффективность лечения которых была проанализирована проспективно, в эту группу также 15 пациентов, которым выполнялась ангиография с эмболизацией. Также всем пациентам определялись прогностические факторы осложнений после различных методов лечения закрытой травмы почки.

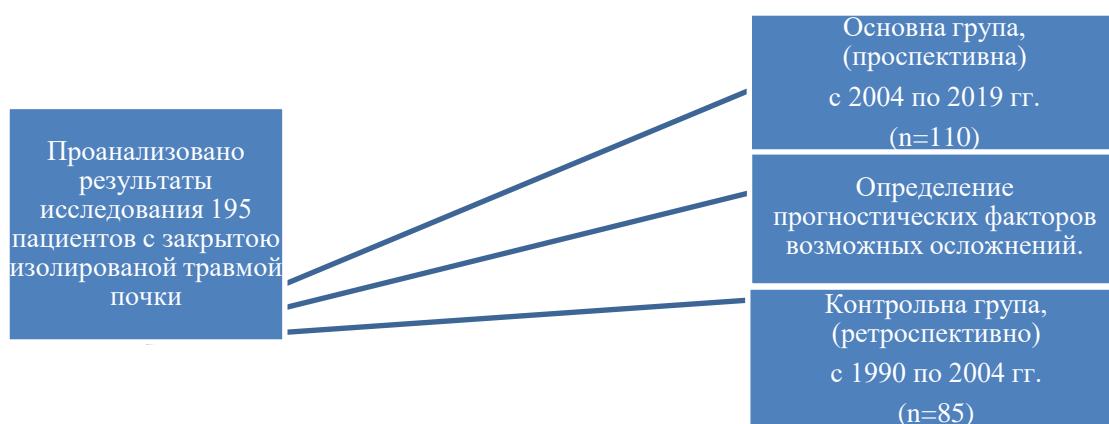


Рисунок - 1. Дизайн исследования.

Возраст больных колебался от 0 до 18 лет: 13 (6,6%) пациенты в возрасте до 3 лет; 30 (15,4%) детей в возрасте 4-7 лет; 37 (19,0%) больных с 8-11 лет, а у 72 (37,0%), детей с 12-15 лет, и у 43 детей (22,0%) с 15-18 лет.

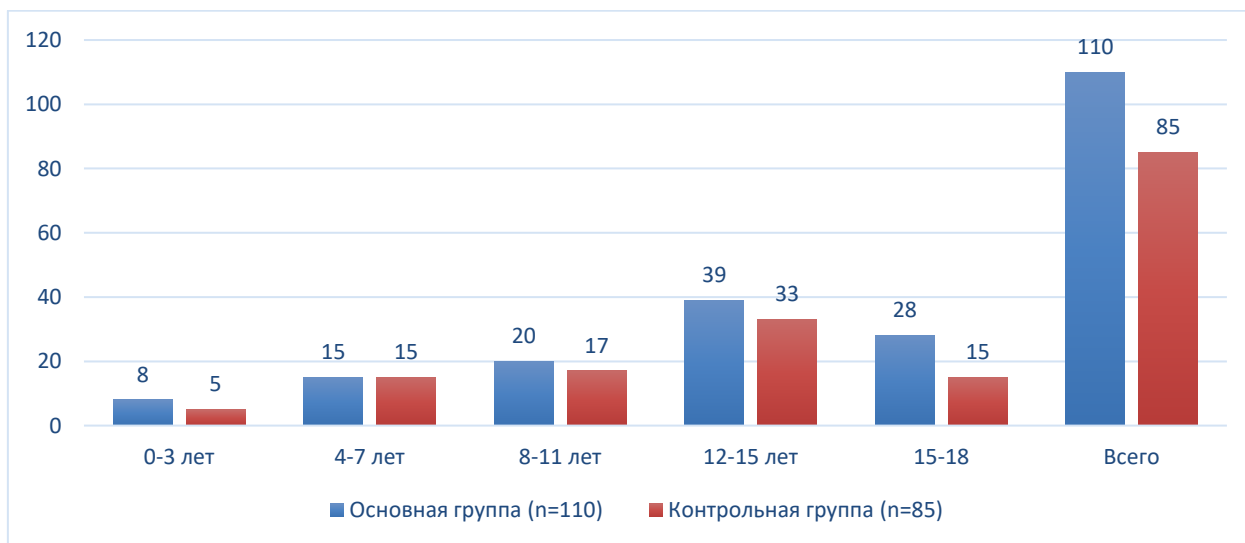


Рисунок 2. – Возрастная структура исследуемых детей.

Образом: бытовая – в 95 (48,7%) случаях, в результате ДТП – в 67 (34,4%) случаях, спортивная – у 10 (5,1%) случаях и в 23 (11,8%) случаях составили другие виды травм.

По этиологическому фактору доминирует бытовая травма легкой степени, а среди повреждений тяжелой степени доминирует травма получена в результате ДТП.

Обследование носило комплексный мультидисциплинарный характер и включало стандартизированную клинико-лабораторную оценку, ультразвуковую визуализацию органов мочевыделительной системы, обзорную и прицельную рентгенографию, а также радионуклидные методы исследования, в зависимости от клинической необходимости.

Определяли общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, цветной показатель, тромбоциты, лейкоциты с формулой, гематокрит, СОЭ), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, билирубин общий, прямой, не прямой, аланин аминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза), группу крови и резус фактор, коагулограмма (тромбиновое время, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации плазмы, фибриноген), определение колебания удельного веса мочи.

В рамках комплексной лабораторной оценки пострадавших с ЗТП в педиатрической практике особое значение придаётся анализу электролитного состава плазмы крови, включающему определение уровней калия, натрия, кальция, магния и фосфора. В исследуемой когорте референсные значения калия в плазме составляли 3,4–5,3 ммоль/л, а натрия — 130–156 ммоль/л. Уровень мочевины в сыворотке крови, варьировал в пределах 2,5–8,3 ммоль/л. Референсные показатели креатинина в плазме, составили у девочек 44–97 мкмоль/л, а у мальчиков — 62–115 мкмоль/л.

У исследуемых больных проводилось также определение в крови общего билирубина и общего белка. Содержание общего билирубина в сыворотке крови определяли методом Йендрашика и Клеггорна. В норме в

сыворотке крови есть 8,5 – 20,5 мкмоль/л общего билирубина, 75% которого приходится на долю свободного билирубина. Определение общего белка в сыворотке крови проводилось унифицированным биуретовым методом. Нормальные величины содержания белка в сыворотке крови – 65–85 г/л. Определялась также коагулограмма (тромбиновое и протромбиновое время, протромбиновый индекс, активированное время рекальцификации плазмы).

С целью восстановления функции поврежденных почек пациентам которым проводилась ангиография с суперселективной эмболизацией (n=21) и пациентам основной группы после консервативного лечения (n=37) проводилась радиоизотопная ренография в сроки 3, 6, 12 месяцев после получения травмы.

У всех исследуемых детей при первичном поступлении в стационар проводился детализированный сбор анамнеза с обязательным уточнением времени и механизма травматического воздействия (ДТП, спортивные травмы, бытовые и криминальные инциденты, падения с высоты, производственные травмы и др.). Особое внимание уделялось жалобам, характерным для повреждений мочевой системы: болевой синдром в поясничной и подреберной областях, иррадиация болей, дизурические расстройства (затрудненное, болезненное мочеиспускание, острая задержка мочи). Проводилась оценка симптомов, указывающих на возможное внутреннее кровотечение — слабость, головокружение, вегетативные проявления (липкий пот, влажность волосистой части головы). Отдельным компонентом опроса являлось выявление признаков гематурии: её дебют, характер (макро- или микрогематурия), наличие сгустков крови и интенсивность окрашивания.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.8.1 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка (при числе

исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимо отметить, что после проведения неотложного хирургического вмешательства частота послеоперационных осложнений нарастает от 4,3% до 29%, а при комбинированных травмах она достигает 44%, что является одним из основных факторов неблагоприятных исходов. Учитывая данный вопрос, в последние годы решение в пользу консервативного лечения при травмах органов и систем нарастает и требует более тщательного анализа в зависимости от тяжести и степени повреждения.

Результаты исследования и данные клинических наблюдений показали, что группы больных, которые вошли в исследование, составили две группы: первая группа — больные, которые непосредственно принимали участие в решении вопросов лечения и введения (перспективная группа, n=110), и вторая группа — больные, данные которых были проанализированы ретроспективно (вторая группа, n=85) детей с травмами почки. При проведении анализа и тактики лечения показало, что из больных, вошедших в ретроспективную группу, 46 (54,1%) получали консервативное лечение с контролем гемодинамики. На 3-й день у одного больного было произведено хирургическое вмешательство в брюшной полости и дренирование забрюшинного пространства. Исследование проспективной группы показало, что из 110 больных 67 (60,9%) при поступлении с оценкой общего состояния и лабораторными данными были переведены на консервативное лечение.

Таблица 1. - Мониторинг медикаментозной терапии у больных детей согласно степени травмы

Степень тяжести травмы	МТ в основной группе (n=67)		МТ в контрольной группе (n=46)	
	n	%	n	%
I	34	50,7	29	63,0
II	18	26,9	11	23,9
III	11	16,4	4	8,7

IV	4	6,0	2	4,3
V	0	-	-	-
p	$\chi^2 = 2,19; p = 0,533$			

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (тест χ^2 Пирсона)

Необходимо отметить, что из общего количества больных детей у 113 (57,9%) с различными степенями тяжести травмы почек была успешно проведена МТ. Согласно классификации закрытых травм почек Американской ассоциации хирургической травмы (ААХТ), в основной группе было 67 (60,9%) консервативно пролеченных пациентов: с I степенью повреждения – 34 (50,7%) больных, со II степенью – 18 (26,9%) больных, с III степенью – 11 (16,4%) больных, с IV степенью – 4 (6,0%) больных. МТ при V степени повреждения не проводилась.

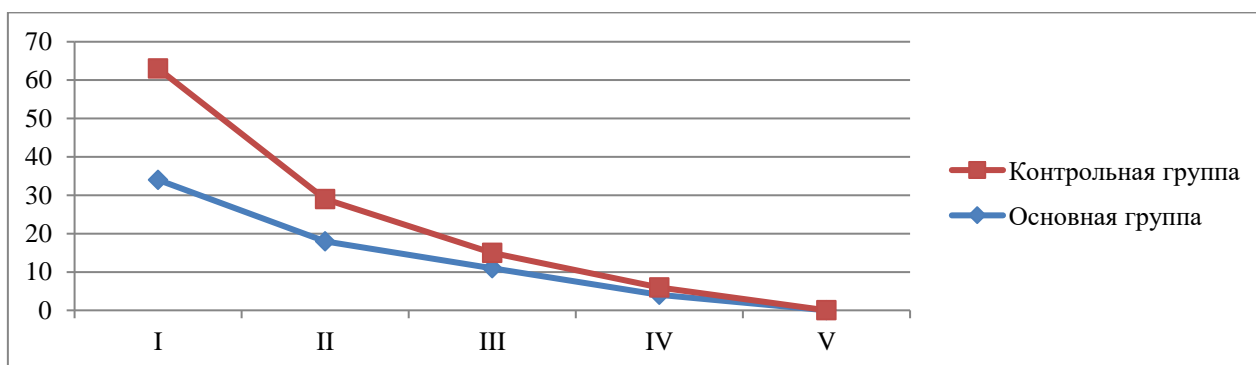


Рисунок 3. - Показатель мониторинга медикаментозной терапии у детей

Анализ карт больных показал, что в исследование вошли 57,4% мальчиков и 42,6% девочек. Таким образом, проведение всестороннего анализа и организация вопросов диагностики и комплексного лечебного мероприятия при повреждениях остаются одними из решений задач перед специалистами экстренной помощи. Правильный подход при сочетании травмы, особенно травмы мочевыделительной системы, позволяет снизить необоснованные нефрэктомии и положительно влияет на динамику решения неотложной помощи с первых минут госпитализации.

Протокол введения медикаментозной терапии при повреждении почек должен обосновываться на стабильности гемодинамики при поступлении,

динамике наблюдения, клинико-лабораторных данных и проведении инструментальных методов исследования о целостности тканей почек, отсутствии раны в поясничной области и незначительных изменениях в лабораторных показателях нарушения уродинамики без признаков блока.

Таблица 2. - Мониторинг показателей гемодинамики после неделя получения терапии у больных с первой степени тяжести травмы, Me [Q1; Q3]

Показатель	Перспективная группа (n=67)	Ретроспективная группа (n=46)	р
САД (мм.рт.ст.)	117,3 [108,2;125,6]	119,5 [113,5; 128,6]	>0,05
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	86,8 [84,5; 89,4]	88,1 [84,4; 91,0]	>0,05
Гемоглобин (г/л)	130,7 [129,1; 132,6]	127,4 [122,2; 131,3]	>0,05
Гематокрит (%)	40,6 [37,7; 44,2]	38,1 [34,8; 41,6]	>0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты исследования гемодинамических показателей показало, что в течение мониторинга и получения комплекса лечебных мероприятий практически все параметры оставались на пределах нормы после недели начало лечения. Основная задача и индикаторы эффективности лечения — это интенсивность гематурии с момента поступления и в динамике проведения терапии у данной группы в зависимости от степени тяжести поражения.

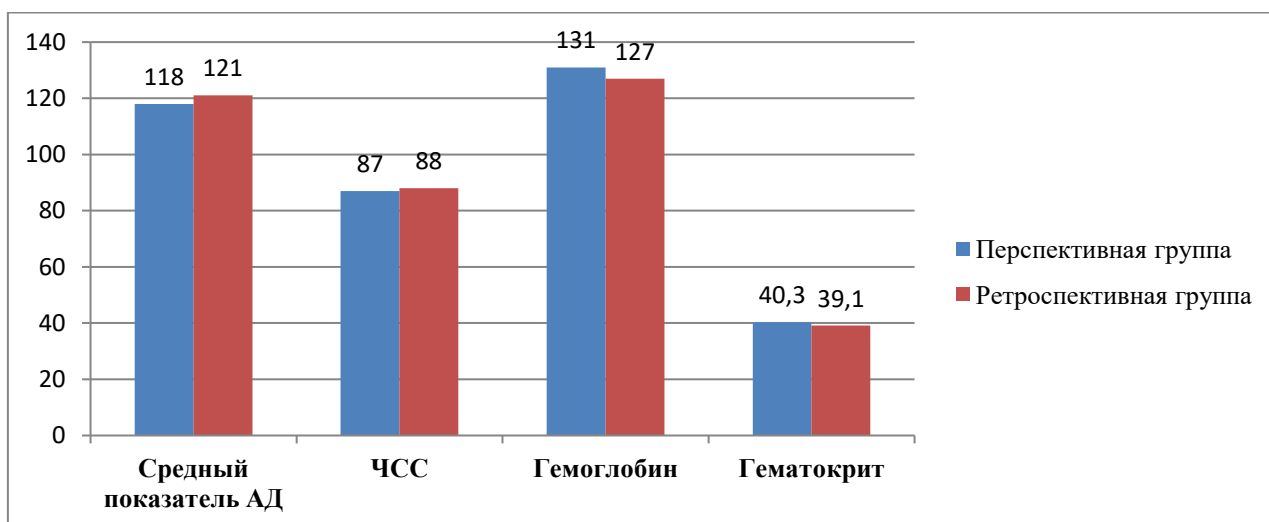


Рисунок 4. - Основные параметры жизнедеятельности на фоне лечения

На основе лабораторных данных исследуемых групп больных показано, что макрогематурия у больных проспективной группы при поступлении была у 14 (41,2%) детей, и у 11 (37,9%) ретроспективной группы. Микрогематурия была у 15 (44,1%) больных перспективной группы и 15 (51,7%) детей ретроспективной группы, а у 5 (14,7%) больных проспективной группы и 3 (10,3%) ретроспективной группы гематурии не было.

После получения комплексного лечения в течении первой недели показатели стабилизировались, и более 82,4% больных перспективной группы и 75,9% больных ретроспективной группы очистились по анализам, и стабилизировались гемодинамические показатели. Данные показатели говорят об эффективной медикаментозной терапии при первой степени поражения почек у детей.

Таблица 3. - Динамика гематурии у больных с первой степенью тяжести при поступлении и 1 неделя лечение

Показатель	Основная группа (n=34)		p	Контрольная группа (n= 29)		p
	1-й день	7-й день		1-й день	7-й день	
Макрогематурия	14 (41,2%)	-		11 (37,9%)	-	
Микрогематурия	15 (44,1%)	6 (17,6%)	<0,01	15 (51,7%)	7 (24,1%)	<0,01
Без гематурии	5 (14,7%)	28 (82,4%)	<0,001	3 (10,3%)	22 (75,9%)	<0,001

Примечание: p – при сравнении внутри группы (1 день vs 7 день): тест Макнемара;
*p>0,05 – при сравнении между группами (основная vs контрольная): на 1 и 7 дни: точный тест Фишера

Следовательно, на основе проведенного комплексного лечебного мероприятия при травме почек у детей достигнута стабилизация гемодинамики и нормализация функции почек, и для наблюдения и реабилитации пациент был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 3 месяца у детского хирурга и уролога

Организационный подход при сочетании травм, особенно травм мочевыделительной системы, требует всестороннего обследования и принятия решений по неотложной помощи с первых минут поступления.

Клинические наблюдения показали, что на фоне травмы проведение экстренного хирургического вмешательства значительно увеличивает риск послеоперационных осложнений, который может достичь до 30%, что является одной из основных причин неблагоприятных исходов.

В данное диссертационное исследование вошли две группы больных: в первую перспективную группу вошли 110 больных, а во вторую ретроспективную группу — 85 больных. Анализ проводился по картам больных. При проведении анализа и тактики лечения показало, что среди больных, вошедших в ретроспективную группу, 44 (51,8%) проходили наблюдение и консервативное лечение с контролем гемодинамики, а среди проспективной группы из 110 больных 69 (62,7%) с момента поступления получили консервативное лечение на основании оценки общего состояния и лабораторных данных.

Важно отметить, что из общего количества детей с травмой почки различной степени тяжести в исследование вошли 195 больных (110 из проспективной и 85 из ретроспективной группы). На фоне травмы почки у некоторых пациентов имелись сопутствующие травмы, требующие неотложного хирургического вмешательства: - травма селезёнки — 9 (4,6%) больных, - перелом конечности — 4 (2,1%) больных, - травмы груди — 6 (3,1%) больных, - черепно-мозговая травма — 12 (6,1%) больных.

Результаты исследования и анализ карт больных показали, что более 86% случаев травмы почки носило закрытый характер. В зависимости от степени тяжести и сочетания повреждений других органов более 60% лечения было консервативным с хорошими результатами. В исследовании хорошие результаты были отмечены у 4 (10,5%) больных с повреждением почек IV степени из проспективной группы на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования с мониторингом гемодинамических показателей.

Клинические наблюдения и лабораторные показатели у детей с консервативным лечением показали хорошие результаты у 36 (54,5%) в

динамике наблюдения и 28 (42,4%) в удовлетворительном состоянии. Только у 2 (3,1%) больных наблюдались периодические лихорадки, а в анализах мочи — повышение белка и лейкоцитов.

Хирургические тактики при травме почки у детей были проанализированы в обеих группах: в ретроспективной группе — 41 (48,2%) больных, а в перспективной группе — 41 (37,3%) детей. После комплексного обследования было решено провести хирургическое вмешательство.

Таблица 4. - Распределение оперативно пролеченных пациентов в контрольной и основной группах

Степень травмы	Количество прооперированных пациентов в контрольной и основной группах					
	Нефрэктомия		Ушивание разрыва почек,		Резекция почки	
	Контрольная	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная	Основная
II	-	-	8	-	-	-
III	5	-	8	9	-	-
IV	10	4	4	13	3	4
V	3	3	-	-	-	1
Всего	18	7	20	22	3	5

Анализ данных больных с III степенью тяжести травмы показал, что было выполнено 13 (31,7%) операций: из них 5 (38,5%) составила ревизия и ушивание почки, и 8 (61,5%) пациентов с нефрэктомией. Необходимо отметить, что больные с IV степенью тяжести, после осмотра и оценки состояния, всем были выполнены хирургические вмешательства, из которых 4 (23,5%) пациентам было выполнено ушивание почки, 3 (17,7%) пациентам выполнена резекция нежизнеспособного сегмента почки, а 10 (58,8%) больным была выполнена нефрэктомия.

Согласно полученным нами клинико-хирургическим данным, у детей с нестабильной гемодинамикой на фоне тяжелой ЗТП частота выполнения нефрэктомии достигает 100%. Этот показатель отражает крайнюю степень тяжести повреждения органа, при которой органосохраняющие вмешательства технически невыполнимы или сопряжены с высоким риском жизнеугрожающих осложнений.

В нашем исследовании была диагностирована следующая частота ранних осложнений у группы больных: Кровотечение: повторные кровотечения у ретроспективной группы до 9,8%, и у проспективной группы – 5,4%; Гнойно-септические осложнения, частота диагностики у ретроспективной группы до 11,2%, и у проспективной группы – 4,6%; Забрюшинный абсцесс: у ретроспективных больных до 6,5%, и у проспективных – 2,4%; Сепсис, мочевые свищи: у ретроспективных больных до 9,8%, и у проспективных – 5,4%; Длительно незаживающий разрыв ЧЛС: у ретроспективных больных до 7,4%, и у проспективных – 3,2%; Уринома: у ретроспективных больных до 10,2%, и у проспективных – 8,4%; Острое повреждение почек: у ретроспективных больных до 5,4%, и у проспективных – 2,4%.

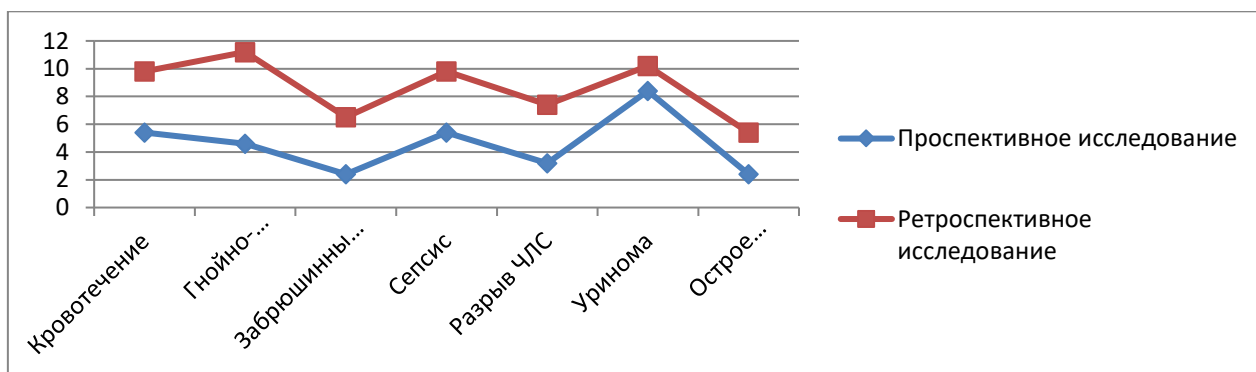


Рисунок 5. - Ранние осложнения травмы почек у наблюдаемых детей

Данные исследования проведены на основе клинических анализов карт больных за периоды с 1991 по 2018 гг. Анализ проведен на двух этапах: ретроспективном и проспективном, с группой больных с травмами.

Наибольшее количество госпитализированных в представленном периоде составили больные с бытовыми травмами (29,5%), далее ДТП – (51,3%), избиение – 4,2% и спортивные травмы – 15,0%. При проведении анализа структуры травмы почек на первом плане значительно увеличилась доля госпитализированных с дорожными транспортными травмами (на 44,3% в обеих исследуемых группах).

Следует отметить, что при поступлении в клиники у 26% с признаками повреждения почек не обнаружены гематомы в забрюшинном пространстве, в 36,4% была гематома, при этом практически в 97% наблюдалась гематурия различной интенсивности.

Соответственно, в группы хирургического лечения и эмболизации попали все больные с гематомой в забрюшинном пространстве, при этом около 26% больных получали медикаментозную терапию.

Таблица 5. - Распределение госпитализированных детей по демографическим характеристикам (количественные) и видом лечения, $M \pm SD$

Параметр	Всего (n=195)	Вид лечения			p
		ХЛ	МТ	СЭ	
Возраст, лет	12,2±16,2	10,4±16	11,4±16,3	13,3±15,7	<0,05
АД,	111,7±22,2	83,8±9,2	117,5±20,4	102,8±12	<0,05
ЧСС,	95,3±22,9	131±8,1	87,9±18,4	105,4±16	<0,05
Гемоглобин, г/л	111,6±20,9	87,7±12,1	117,1±19,2	98,8±13,8	<0,05
Гематокрит, %	33,4±6,8	23,8±2,1	35,7±5,7	27±3,3	<0,05
Объем гемотрансфузии, мл	262,1±443,8	890,2±425,7	137,6±343,7	381±365,5	<0,001
Экстравазация контраста:	0,2±0,4	0,7±0,5	0,1±0,3	0,5±0,5	<0,05
Койко-день (общий)	15,6±5,5	19,3±4,1	15,6±5,3	8,3±2,5	<0,01
Койко-день (реанимация)	1,4±1,8	3,2±1,5	0,8±1,2	1,2±1,1	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей (критерий Краскела–Уоллиса)

Необходимо отметить, что тем больным, которым в моменты поступления на основе клинико - лабораторных данных решено проведение хирургического вмешательства составили более 30% с 0-м Н-фактором, 19,5% с I-м Н-фактором и 11,3% – с II-м Н-фактором.

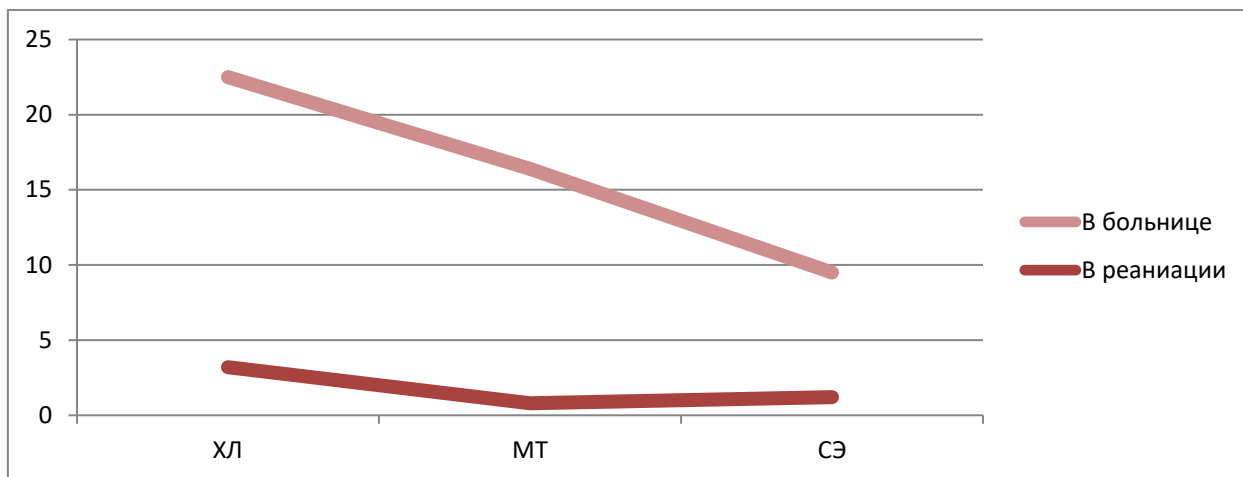


Рисунок 6. - Средние показатели дни госпитализации детей в реанимации и в стационаре

Средний возраст госпитализированных детей составляет 12,2 года. Среднее систолическое АД госпитализированных — 111,7 мм рт. ст. С самым низким средним систолическим АД среди госпитализированных на хирургическое лечение было 83,8 мм рт. ст. В группах медикаментозной терапии и селективной эмболизации среднее систолическое АД госпитализированных составило 117,5 и 102,8 мм рт. ст. соответственно.

Результаты исследования показали, что наибольшее влияние на эффективность консервативного лечения оказывает: в группе больных с I–II стадией травмы почки пропорция частоты появления успешного консервативного лечения составляет 64,1 % ($\chi^2=114,1$, $p=0,001$, V Крамера = 0,616). Аналогично, для группы больных со стабильным АД пропорция частоты появления успешной медикаментозной терапии составляет 59,4 % ($\chi^2=92,4$, $p=0,000$, V Крамера = 0,554).

Анализ работы показал, что при травме почек пол больных практически не влияет на выбор способа лечения ($p = 0,709$, $> 0,05$), V Крамера = 0,048.

Таблица 6. - Критерии Краскала-Уоллеса для изучения влияния факторов на тактику лечения

	Шкала GCS, (3-15)	TRISS-баллы, (1-16)	Стадия по ААХТ, (I – V)	Н фактор
Хи-квадрат (χ^2)	117,035	124,957	126,724	119,217
Супени свободы (df)	2	2	2	2
Уровень существенности	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Таким образом, проведя анализ влияющих факторов при решении лечебной тактики, мы увидели, что все представленные характеристики имеют статистически достоверное влияние на выбор метода лечения по критерию Краскала-Уоллеса ($p < 0,001$).

Полученные данные подтверждают значимость системного анализа динамики лабораторных и визуализирующих показателей для выбора рациональной тактики. Включение комплексного мониторинга и прогностических шкал в повседневную клиническую практику позволяет снизить число необоснованных оперативных вмешательств и повысить частоту сохранения почки у детей с ЗТП.

ВЫВОДЫ:

1. Проведение медикаментозной терапии у перспективной группы больных детей с травмой почек способствует снижению частоты нефрэктомии в 5 раз, от 16% до 3% по сравнению с ретроспективной группой исследования. При этом секреторно-экскреторная функция повреждения почек восстанавливается через 6 месяцев после получения травмы [1-А, 3-А].

2. Доказано, что комплексный подход в лечении больных с травмой почек II-IV ст. тяжести, со стабильными гемодинамическими данными на фоне медикаментозной, малоинвазивной терапии, приводит к снижению осложнений в 1,5 раза по сравнению с ретроспективной группой исследования [2-А, 3-А, 6-А].

3. Использование ангиографии с эмболизацией сосудов, при стабильных показателях гемодинамики у больных с II – IV степенью закрытой травмы почки, когда МТ не дает результат, является безопасным методом, и в 88,4 % наблюдениях эффективным методом остановки кровотечения. При этом функция поврежденной почки восстанавливается до 12 месяцев после проведения процедуры [3-А, 7-А].

4. Через кожные дренирования забрюшинной гематомы, стенов у больных детей с гемо- тампонадой почечной лоханки и разрывом чашечно-лоханочной системы, как малоинвазивный метод способствует эффективному (90,4 %) проведению терапии больных, что снижает частоту оперативных вмешательств на 19,5 % [2-А, 4-А, 6-А].

5. На основе анализа установлено, что систолические АД ниже 85 мм. рт. ст., у больных детей с повреждением почек, с вероятностью 95 % является прогностическим фактором неотложного хирургического лечения, а показатели гемоглобина в моменты госпитализации ниже 80 г/л и его отрицательная динамика, объем гемотрансфузий больше 400 мл, являются прогностическими факторами проведения малоинвазивной хирургии [1-А, 5-А, 6-А].

6. Доказано, что прогностическими факторами эффективной медикаментозной терапии является I и II степень травмы почки. МТ отмечено результативной в 79,5 % случаях, относительной у 49,4 % больных, при третьей и выше степени тяжести травмы почки. При этом прогностическими факторами неэффективной медикаментозной терапии являются: кровоизлияние и просачивание мочи в полости, при разрыве полой системы почки. Неэффективная МТ наблюдалась у 17,2 % пациентов с кровоизлиянием и просачиванием мочи в полости, относительный показатель результата выявили у 8,4 % больных, у которых не было кровоизлияния и просачивания мочи в полости. В данных наблюдениях отмечали нарастающую забрюшинную гематому. Частота неэффективной медикаментозной терапии выявлено в 12,4% случаях, при нарастающей забрюшинной гематоме, и

относительные показатели были характерны у 2,2 % больных детей, у которых не отмечались гематомы забрюшинного пространства [3-А, 4-А, 6-А].

7. Разработанный алгоритм введения комплексной терапии больных детей с травмой почки позволило снизить количество оперативных вмешательств и нефрэктомии у больных с стабильными показателями гемодинамики [2-А, 6-А, 7-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. При стабильных гемодинамических показателях у больных детей с травмой почки, которым кровотечение не удается остановить медикаментозным путём рекомендовано выполнение ангиографии с эмболизацией.

2. Медикаментозная тактика введения рекомендовано у больных детей с первой и третьей степенью тяжести травмы почки, при стабильных гемодинамических показателях.

3. Показанием к неотложному оперативному вмешательству больных детей с повреждением почки является лабильные гемодинамические показатели, которые не удаётся коррекции медикаментозным лечением, у особенно больных с четвертой и пятой степенью тяжести травмы почки.

4. Рекомендованный лечебно-диагностический комплекс с учетом органосохраняющих принципов терапии показан пациентам с травмой почек второй и четвертой степени тяжести.

5. При травмах почек у детей показано диспансерное наблюдение: 1 раз в 3 месяца в течение первого года, 2 раза в году в течение второго года и 1 раз в году в течение третьего года в объеме: осмотр уролога, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, с одновременной.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Исмаев С.С. Некоторые аспекты в патогенезе закрытых травм почек у детей (обзор литературы) / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Наука и инновация. – 2020. – № 4. – С. 201-206.

[2-А]. Исмаев С.С. Диагностика повреждения почек при закрытых травмах живота у детей / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова, Ш.А. Бадалов // Наука и инновация. – 2020. – № 4. – С. 218-222.

[3-А]. Исмаев С.С. Оптимизация подходов к лечению закрытых травм почек у детей: ретроспективный анализ и перспективы улучшения клинических исходов / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова // Наука и инновация. – 2024. – № 4. – С. 102-106.

Тезисы и статьи в журналах, сборниках конференций и съездов

[4-А]. Исмаев С.С. Изучение методов диагностики и тактики хирургического лечения осложнённого врожденного гидронефроза у детей / С.С. Исмаев, Ш.А. Бадалов, Б.А. Шамсов // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием: Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел», Душанбе, 23 ноября 2018 г. – С. 298–299.

[5-А]. Исмаев С.С. Закрытые повреждения почек у детей // С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова // Материалы научно-практической конференции с международным участием на тему «детская инвалидность в Таджикистане: состояние, достижения, проблемы и видение будущего. Партнерство и сотрудничество в направлении детей с инвалидностью», Душанбе. – 2022. – С. 97-98.

[6-А]. Исмаев С.С. Влияние различных методов лечения на исходы закрытой травмы почки / С.С. Исмаев // Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием

«Инновационные технологии в педиатрии и хирургии детского возраста», Душанбе, 3-4 октября 2024 г. – С. 127.

[7-А]. Исмаев С.С. Роль ангиографии в лечении закрытой травмы почки / С.С. Исмаев // Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием «Инновационные технологии в педиатрии и хирургии детского возраста», Душанбе, 3-4 октября 2024 г. – С. 127-128.

Рационализаторское предложение

1. Исмаев С.С. Способ алгоритма диагностики и комплексного лечения у детей с закрытой изолированной травмой почки / С.С. Исмаев, Ф. Раджабов, М.Г. Хамидов, Р.А. Рахматова // Рационализаторское предложение (от 26.04.2022 г.) – г. Душанбе. – 2022 г.

2. Исмаев С.С. Способ лечения детей с закрытой изолированной травмой почки по разработанному алгоритму / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова, З.К. Фатхуллоев, А.М. Шарипов, М.Г. Хамидов // Рационализаторское предложение (от 13.05.2023 г.) – г. Душанбе. – 2023 г.

3. Исмаев С.С. Способ использования ангиографии с эмболизацией сосудов у детей с закрытой травмой почки / С.С. Исмаев, Ф.Х. Сафедов, Ф.К. Фатхуллоев, М.Г. Хамидов // Рационализаторское предложение (от 16.08.2023 г.) – г. Душанбе. – 2023 г.

4. Исмаев С.С. Способ определения прогностических факторов осложнений у детей с закрытой травмой почки после разных методов лечения / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова, А.М. Шарипов, М.Г. Хамидов // Рационализаторское предложение (от 16.06.2024 г.) – г. Душанбе. – 2024 г.

Перечень сокращений и условных обозначений

АД – артериальное давление

КТ – компьютерная томография

МСКТ – Мультиспиральная компьютерная томография

МТ – медикаментозная терапия

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи
САД – среднее артериальное давление
СЭ – селективная эмболизация
СРБ – С-реактивный белок
ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибн Сино
ТРКС – травма почечно-лоханочной системы
УЗИ – ультразвуковое исследование
УР – урография
ФР – фактор риска
ХЛ – хирургическое лечение
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭХО-КГ – эхокардиография
ЭТ – этиологический тип травмы
Hb – гемоглобин
ISS – Injury Severity Score (шкала тяжести травмы)
Z-score – стандартное отклонение от медианы по шкале роста, веса и
возраста (индекс физического развития)
TRISS - Trauma and Injury Severity Score

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ “МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ
КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИ ВА ҶАРРОҲИИ КӯДАКОНА”**

ВБД: 616.61-008,6; 616-053.2

Бо ҳуқуқи дастнавис

ИСМАТЗОДА СУЛАЙМОН СУЛТОН

**ОСЕБИ ПӯШИДАИ ГУРДА ДАР КӯДАКОН: КЛИНИКА, ТАШХИС
ВА УСУЛҲОИ МУОЛИҶА**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиббӣ
аз рӯи ихтисоси 14.01.23 – Урология

Душанбе - 2025

Диссертатсия дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Раҳматова Рухшона Акрамовна** - д.и.т., дотсент, ходими пешбари илмии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

Муқарризи расмӣ: **Юсупов Шухрат Абдурасулович** - д.и.т., мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи №1, “Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд”

Ризоев Хайриддин Хайруллоевич - н.и.т., доценти кафедраи урологияи ба номи А.С. Осимӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муассисаи пешбар: МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия рӯзи «___» _____ с. 2025 соати «___» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-052 дар назди МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31, www.tajmedun.tj. Тел.: (+992) 918686605.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2025 ирсоли гардид.

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб

Саъдуллозода Ф.С.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Масъалаи истифодаи мақсадноки чарроҳии кушода хангоми осеби пӯшидаи гурдаҳо (ОПГ) дар мавриди кӯдакон зимни чомаи муосири тиббӣ ба таври фаъолона муҳокима мегардад. Мубоҳисаҳои мазкур тавачҷуҳо ба зарурати мувозинат миёни шеваҳои анъанавии чарроҳӣ ва стратегияи муосири узвҳифзқунандае чалб месозад, ки фарогири технологияи минималии олоишӣ ва мукамал намудани усулҳои муолиҷаи ғайричарроҳӣ мебошад К.Д. Максумов бо ҳамкорон [4], А.М. Шамсиев бо ҳамкорон [11], А.А. Азизов бо ҳамкорон [9], S. Kumar [21], Gaudry et al. [17].

Ҳангоми иллатҳои қиддии гурда ба қор бурдани чарроҳии кушода, ки бо стандарти тиллоии анъанавӣ яққоя мешавад, имрӯзҳо дар шакли рушди технологияи пешқадами ташхисе ба монанди визуализатсияи беҳшуда ва маркерҳои биохимиявие дар мусобиқа аст, ки дараҷаи иллатнокшавии узвҳо ба таври дақиқтар арзёбӣ менамояд. Урологҳои пешоҳанги кӯдакон бо дарназардошти ҳам ҳолати умумии кӯдак ва ҳам махсусияти осеб ба баррасии шеваи инфиродӣ дар ҳар ҳодиса даъват менамоянд С.А. Возианов бо ҳамкорон [8], Е.С. Балабанова бо ҳамкорон [2], А.А. Азизов [1], A.S. Levey et al. [22], L. Zhang et al. [31], M. Flechet et al. [15].

Равиши муолиҷаи иллатҳои гурдаро бояд осебҳои ҳамроҳикунандаи узвҳои дигар муайян намоянд, дар ҳоле ки тамоми муҳаққиқон бар он ақидае розӣ ҳастанд, ки бешак мавҷудияти хунравии ба умри бемор таҳдидкунанда нишондод ба чарроҳии фаврӣ маҳсуб меёбад В.А. Мануковский бо ҳамкорон [3], А.А. Азизов [6], A. Levin et al. [18], A. Rismanbaf et al. [29].

Тайи ду даҳсолаи охир инноватсияи зиёд дар ташхис ва муолиҷа барои қоҳиш ёфтани теъдоди амалиётҳои чарроҳӣ ба манфиати усулҳои узвҳифзқунандаи осеби гурдаҳо мусоидат намудааст ва нуктаи мазкур зимни пажӯҳишҳои К.Д. Максумов [4], S.D. Gumbert et al. [26] инъикоси худро ёфтааст. Маълумоти адабиётҳо тасдиқ мекунанд, ки дар мавриди қалонсолон шеваи ғайричарроҳии интизорӣ барои аксари ҳолатҳои осеби сарбастаи

гурдаҳо асоснок мебошад А.М. Шамсиев бо ҳамкорон [11], И.Я. Маскин бо ҳамкорон [5], A.Z. Zarbock et al. [30].

Ҳифз намудани умри бемор, беҳ сохтани ҳолати умумии вай ва нигоҳ доштани функцияҳои гурдаҳо ҳадафи асосии муолиҷа ба шумор меравад. Вазифаи муолиҷа бо он мураккаб мегардад, ки осеби гурдаҳо аҳёнан изолятсионӣ аст. Табиб-уролог зимни қаринаи мазкур бо зарурати интегратсияи маълумотҳо оид ба ҳолати бемор, барои боназokat муайян намудани афзалиятҳои муолиҷа ба осебҳои ҳамроҳикунандае рӯ ба рӯ мегардад, ки ҳар кадом метавонад амалиёти ҷиддиро тақозо намояд. Нуктаи мазкур аз уролог зуд таҳия намудани нақшаи дақиқи муолиҷаро талаб менамояд, ки ба талаботҳои клиникӣ бемор ба таври комилан мувофиқ мувофиқат намояд А. Ortega-Loubon [16], J. Portolés [27], A. Zarbock [30].

Маъмулан, гарчанде шеваҳои стандартӣ ба муолиҷаи контузия ва тарқишҳои андаки сатҳии гурда маълум аст, дар ҳолати дараҷаи баланди вазнинии осеб вучуд надоштани консенсуси аниқи байналмилалӣ ба чашм меҳӯрад. Нуктаи мазкур муҳимияти шеваи инфиродишудаи муолиҷаеро таъкид менамояд, ки ба принципҳои муосири нефрология ва осебшиносӣ бо тавачҷух ба ҳадди ақал расонидани хусусияти олоишии амалиёт ва ҳифз намудани функцияҳои гурда асоснок шуда, барои оптимизатсияи оқибатҳои дарозмуддат зимни кӯдакони мубтало ба осеби гурдаҳо қатъан муҳим аст К.Д. Максумов бо ҳамкорон [4], Y. Koza [14], S.D. Gumbert et al. [26].

Тайи ду даҳсолаи охир ҳар чи бештар кӯшиши ба кор бурдани шеваи ғайриҷарроҳии муолиҷаи беморони гирифтор ба иллатҳои гурда мушоҳида мешавад. Чунин самти рушди андешаи илмӣ-клиникӣ бо сабаби хеле паҳн шудан ва такмил ёфтани томографияи бисёрбуришии компютерӣ асоснок шудааст. Он барои хеле дақиқ ташхис намудани дараҷаи вазнинии иллати гурда ва эътироф намудани он далеле шароит фароҳам овардааст, ки ҷарроҳӣ дар мавриди беморони гирифтор ба осеби гурда бениҳоят зуд-зуд бо нефректомия анҷом мепазирад С.С. Маскин бо ҳамкорон [5], A.S. Levey [22], J.S. Hirsch et al. [13].

Ангиографияи гурдаҳо, ки дар байни усулҳои рентгенологии таҳқиқ ва муолиҷаи иллати гурдаҳо асосӣ ба шумор меравад, ба туфайли натиҷабахшии дараҷаи баланд доштан як зумра тарафдорон пайдо кардааст. Вале дар байни мухлисон низ нисбат ба арзиши ташҳис ва нишондодҳои усули мазкур ихтилоф мавҷуд аст. Ангиография ҳангоми ОПГ на танҳо барои муқаррар ва аниқ кардани ташҳис, балки дуруст муайян намудани ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ низ ёрӣ мерасонад, аммо гоҳо натиҷаҳои зид ҳам дода метавонад. Аз ин рӯ, арзиши таҳқиқоти мазкур фақат ҳангоми дар як бемор такроран ба кор бурдани он, инчунин ҳангоми ташҳиси иллатҳои узвҳои дарунии дигар, фишорбаландии пасазосебие меафзояд, ки бо осеби гурда, фистулаи шарёну варидӣ, тромбози рағҳои пояки гурда алоқамандӣ дошта бошад А.В. Иванов [12], J. Huang et al. [19], Y. Ishimoto, R. Inagi [20].

Муолиҷаи ғайриҷарроҳии осеби гурдаҳо бо вучуди натиҷаҳои мусбат доштан, маъруфият пайдо накард.

Алҳол аз ҷониби донишмандон барои арзёбии дараҷаи иллатнокшавии лаҳимаи гурда меъёрҳои эътирофшудаи универсалӣ вучуд надорад ва нуктаи мазкур раванди интиҳоби равиши нисбатан оптималии муолиҷаҳо барои зарардидаҳо хеле мураккаб мегардонад. Мушкилоти мазкур дар урологияи кӯдакон мубрам боқӣ мемонад, зеро хусусиятҳои инфиродии инкишофи организми кӯдак ба ташҳис ва иллатҳои табобатӣ мутобиқшавии дақиқро талаб менамояд И.Я. Маскин бо ҳамкорон [5], A. Levin et al. [23], L. Zhang et al. [31].

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Таҳия ва тасдиқи шаҳодатномаи махсусгардонидашудаи арзёбии сатҳи иллат дар бофтаи гурда барои беҳбудии оқибатҳои клиникӣ хеле муҳим аст. Он на танҳо барои аниқ кардани ташҳис, балки интиҳоб кардани стратегияи оптималии муолиҷае шароит фароҳам меорад, ки хатари инкишофи оризаҳои дарозмуддати пасазосебиро дар мавриди кӯдакон ба ҳадди ақал мерасонад. Интегратсияи усулҳои пешқадами визуализатсия ва биомаркерҳои иллатҳои гурда, дар қаринаи тибби муосир, метавонад самаранокии раванди ташҳисро

ниҳоят тақвият бахшида, муолиҷаи нисбатан дақиқтар ва саривақтиро таъмин намояд М.М. Абакумов [10], С.А. Возианов бо ҳамкорон [8], А.Н. Смоляр [7], L. Zhang et al. [31], J. Huang et al. [19].

Пажуҳиши мутахассисони хориҷиву ватанӣ дар мавриди мушкилоти ОПГ натиҷаҳои навро пешниҳод мекунад, ки он систематизатсияи минбаъдaro тақозо менамояд С.А. Возианов бо ҳамкорон [8], A.S. Levey [22]. Аз ин лиҳоз, дар урологияи муосир масъалаи расонидани ёрии тиббӣ ба зарардигони мубтало ба ОПГ, инчунин муолиҷаи минбаъдаи онҳо яке аз масоили муҳимтарине ба шумор меравад, ки сабаби мубоҳисаи оммавӣ гардидааст, зеро то имрӯз дар интихоби оптималии усули муолиҷа доктринаи ягона тартиб дода нашудааст Meersch M. [24], M.E. O'Connor et al. [25], J.R. Prowle et al. [28].

Нуктаи мазкур муҳимияти мавзуи таҳти таҳқиқро ҳам аз нуктаи назари илмӣ ва ҳам амалӣ муайян менамояд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Мавзуи кори диссертатсионии мазкур ҷузъи кори илмӣ-таҳқиқотии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» ба шумор рафта, ба омӯзиши мавзуи «Ҳолати саҳеҳият ва динамикаи рушди нишондиҳандаҳои солимии кӯдакон дар хурдсолӣ ва таҳияи методологияи аз ҷиҳати илмӣ асоснокшудаи равияи байнисекторӣ ба устуворияти он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» бахшида шудааст БД № 0121ТJ1090 (солҳои 2021-2025).

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Бо роҳи муайян намудани омилҳои пешгӯйии ҷараёни давраи пасазосебӣ ва интихоби усулҳои комилан мувофиқи муолиҷа беҳтар гардонидани сифати расонидани ёрии махсусгардонидашудаи тиббӣ барои кӯдакони мубтало ба осеби пӯшидаи гурда, муаррифиқунандаи ҳадафи пажуҳиш маҳсуб меёбад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Ба амал овардани таҳлили рестроспективии муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ва ҷарроҳии кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда;
2. Таҳияи алгоритми ташхис ва муолиҷа дар мавриди кӯдакони мубтало ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда;
3. Мувофиқи алгоритми таҳияшуда омӯхтани натиҷаҳои муолиҷаи кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда;
4. Вобаста ба усулҳои муолиҷаи татбиқшуда таҳлил намудани оризаҳои осеби пӯшидаи гурдаҳо дар мавриди кӯдакон ҳангоми давраҳои барвақтӣ ва таъхирафтаи пасазосебӣ;
5. Баъди усулҳои гуногуни муолиҷа муайян кардани омилҳои пешгӯии оризаҳо дар мавриди кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи гурда.

Объекти таҳқиқот. Объекти асосии таҳқиқотро кӯдакони синни аз 1 то 18-солаи мубтало ба ОПГ-е ташкил менамоянд, ки дар шуъбаи урологияи кӯдакони Муассисаи давлатии «Маркази миллии тиббии «Шифобахш» бистарӣ шудаанд.

Мавзӯи (предмет) таҳқиқот. Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи асосӣ аз 110 кӯдаке иборат буд, ки муолиҷа дар мавриди онҳо аз рӯйи усули нави фарогири муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ва амалиётҳои камолониш татбиқ шуда буд ва гурӯҳи санҷиши аз 85 кӯдак таркибёфта, ки ба онҳо ёрии стандартии тиббӣ расонида шуда буд. Таҳқиқ аз арзёбии натиҷабархшии муолиҷа, таҳлили басомад ва хусусияти оризаҳо, инчунин натиҷаҳои дарозмуддати муолиҷа иборат мебошад. Муоинаи кӯдакон аз муоинаи пурраи клиникӣ, таҳқиқоти лабораторӣ (таҳлили умумӣ ва биохимиявии хун, таҳлили пешоб) ва усулҳои абзории ташхис, бар шумули таҳқиқи ултрасадо, томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ иборат буд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Омилҳои пешгӯии оқибатҳои муолиҷаи ОПГ дар мавриди кӯдакон муайян ва предикаторҳои оризаҳои эҳтимолии давраи пасазосебӣ муқаррар шуданд, ки таҳия намудани равиши ташхису

муолиҷаро бо истифодаи усулҳои ғайриҷарроҳӣ, камолоиш ва ҷарроҳӣ дар мавриди беморони мубтало ба ОПГ имконпазир гардонид.

Мувофиқи таснифоти Ассотсиатсияи амрикоии ҷарроҳон дар муқоиса ба усули муолиҷаи ҷарроҳии беморон, самаранокии баланди усули ғайриҷарроҳӣ ва камолоиши муолиҷаи осебҳо дар мавриди беморони гирифта ба ОПГ бо дараҷаи вазнинии I-IV исбот шудааст.

Нишондодҳо барои муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ва камолоиши беморони мубтало ба ОПГ-и дараҷаи I-IV осеби гурда, ҳангоми беморони аз ҷиҳати гемодинамикӣ устувор вусъат пайдо карданд.

Шеваи истифодабарии ангиография бо эмболизатсияи суперселективии шарёнҳои гурда аниқ гардид, ки ҳифзи намудани лаҳимаи фаъолияткунандаи гурдаро таъмин ва муҳлати госпитализатсияро хеле кам мекунад.

Ҳангоми беморони мубтало ба ОПГ қонунмандии барқарор кардани ҳолати функционалии гурдаҳо муайян гардиданд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Ба беморон баъд аз ХРН, ки вазнинии ҳолати умумиашон миёна ва пасттар аз он асту макрогематурия доранд, татбиқи томографияи компютерӣ бо контрасткунонӣ зарур аст. Беморони аз ҷиҳати гемодинамикӣ устувори мубтало ба ОПГ, ки хунравиро дар мавриди онҳо бо усули ғайриҷарроҳии муолиҷа боз доштан имконнопазир аст, ҳолати мазкур барои ангиография бо эмболизатсияи суперселективӣ нишондод маҳсуб меёбад. Тарзи муолиҷаи камолоиши ОПГ таҳия шудааст. Усули муолиҷаи ҷарроҳии ОПГ коркард шудааст, ки тақвият ёфтани хунравиро ҳангоми кушодани мушакпардаи Герат бо роҳи назорат кардани рағҳои асосии гурда пешгирӣ менамояд. Исбот шудааст, ки ноустувороии гемодинамикаи беморон, ки бо усулҳои ғайриҷарроҳии муолиҷа ислоҳ намешавад, барои муолиҷаи ҷарроҳии фаврӣ нишондод ба шумор меравад. Алгоритми таҳxis ва муолиҷаи беморони мубтало ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда таҳия шудааст.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Ташҳис ва муолиҷаи маҷмуии ОПГ дар кӯдакон муҳимияти истифодаи усулҳои инноватсиониро барои беҳбуди оқибатҳои муолиҷа тасдиқ намуд. Ба қор бурдани алгоритми нави ташҳисӣ, ки аз ташҳиси ултрасадоӣ ва томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) иборат мебошад ба таври аниқ муайян намудани дараҷаи иллатнокшавии гурдари зимни 92 %-и беморон имконпазир гардонид, ба таври воқеӣ аз нишондиҳандаҳои усулҳои анъанавӣ зиёд аст (бо дақиқияти 75%).

2. Таҳия ва тасвиби усулҳои нави муолиҷа боло бурдани натиҷабахшӣ ва беҳатарии ёрии тиббиро барои кӯдакони мубтало ба осеби гурда имконпазир гардонид, ки нуктаи мазкур дар муқоиса ба гурӯҳи санҷишӣ бо қошиш ёфтани басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ аз 30 то 80 % ва кам шудани муҳлати будубош дар беморхона аз 16 то 11 рӯз зоҳир гардид.

3. Таҳлили қиёсии шеваҳои гуногуни ташҳис афзалияти истифодаи арзёбии мултимодалиро нишон доданд. Усули мазкур беҳбудии дақиқияти муайян кардани амалиёти ҷарроҳиро аз 85 то 95 % имконпазир ва оқибатҳои муолиҷаро аз ҷиҳати оморӣ беҳтар намуд.

4. Назорати дарозмудати кӯдаконе, ки ОПГ-ро аз сар гузарониданд, беҳбудии зиёдро дар ҳолати функционалӣ ва сифати умри онҳо нишон дод. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқ пас аз 1 соли осеб дар мавриди 88 %-и кӯдакон аз гурӯҳи асосӣ нокифоягии музмини гурда ба қайд гирифта нашуд, дар ҳоле ки нишондиҳандаи мазкур дар гурӯҳи санҷишӣ 67 %-ро ташкил меод.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Ба асоси ҷамъоварӣ ва таҳлили ҳаҷми калони мавод, бар шумули маълумоти 195 кӯдаки мубтало ба ОПГ ба роҳ монда шудааст, ки амалиномаи таҳлили далелнокро байни гурӯҳи асосӣ ва санҷишӣ имконпазир мегардонад. Андозаи интиҳоб бо дарназардошти зарурати таъмини қимати оморӣ байни гурӯҳҳо муайян шудааст. Зимни таҳқиқот усулҳои муосири коркарди оморӣ маълумотҳо бо истифода аз таъминоти барномавӣ ба монанди SPSS ва R ба қор бурда шуд. Барои муқоиса кардани қимати миёна дар гурӯҳҳо ва ҳисоб кардани сатҳи муҳимияти

кимати р истифодаи киматҳои омили тавсифӣ, бар шумули арифметикии миёна, инҳирофи стандартӣ, инчунин ба кор бурдани меъёри t-и Студент аҳамияти омили киматҳои таҳти таҳқиқро мустаҳкам менамояд. Чораҳои мазкур ба ҳадди ақал расонидани эҳтимолияти ғалатҳои тасодуфиро имконпазир ва эҳтимоднокиву дақиқияти хулосаҳои илмиро меафзояд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.

Пажӯҳиш ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мувофиқи ихтисоси 14.01.23 – Урология: зербанди 3.1. Этиология. Патогенез. Ташҳис, муолиҷа ва пешгирии бемориҳои модарзодӣ ва ҳосилшудаи узвҳои системаи пешоббарор (гурда, ҳолиб, масона, канали пешоббарор) ва узвҳои таносулии берунӣ дар мардҳо. 3.4. Ошкор кардани механизмҳои ихтилолотӣ функсияҳои пешоброҳа ҳангоми бемориҳои гуногуни урологӣ ва усулҳои стимулятсияи имкониятҳои захиравии узвҳои иллатнокшуда. 3.7. Особҳои системаи пешоббарор (гурдаҳо, ҳолиб, масона, канали пешоббарор ва узвҳои таносулии берунӣ дар мардҳо) мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Аз ҷониби муҳаққиқи кори диссертатсионӣ ба таври мустақилона барнома оид ба таҳлил ва коркарди маводҳои ҳосилшуда ва таҳқиқот таҳия шудааст.

Дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ мақсад ва вазифаҳои диссертатсия аниқ карда шуда, алгоритми таҳҳис ва муолиҷаи беморон вобаста ба дараҷаи осеби гурдаҳо таҳия, хулоса ва тавсияҳои амалӣ муҳокима ва тасвир шуданд, таҳлили натиҷаҳои усулҳои гуногуни муолиҷаи беморон дар диссертатсия шарҳ ва ҳар кадом аз усулҳои муолиҷаи беморони мубтало ба ОПГ сохторӣ ва ба система дароварда шуда, нишондод ва зиддинишондодҳо барои истифодаи онҳо асоснок карда шудаанд. Аз ҷониби муаллиф ба таври мустақилона муоинаи клиникии беморон иҷро ва анкета кунонида шуданд. Таҳлили ретроспективӣ ва проспективии пажӯҳиши таърихи бемориҳои беморони мубтало ба ОПГ ба амал оварда шуд. Муаллиф зимни интишороти худ аз ғояҳои қарзӣ истифода накардааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии диссертатсия, муқаррароти асосии он дар ҷаласаҳои кафедраи урология, осебшиносӣ, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбӣ-саҳроии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», зимни конференсияҳои илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (Душанбе 2017, 2018), ҷамъияти анестезиолог-реаниматологҳо ва ҷарроҳии кӯдакон ҚТ (2018-2019), дар ҷаласаи комиссияи проблемавӣ-экспертии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникаи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»-и ВТ ҶИА ҚТ (20.02 соли 2025) пешниҳод ва муҳокима шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Мувофиқи мавзӯи диссертатсия 7 асари илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 4 пешниҳоди ратсионализаторӣ нашр шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 169 саҳифаи матни компютерӣ навишта шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 фасли пажӯҳишҳои шахсӣ, ҳулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Адабиёт 193 манбаъ (аз ин шумор 105 адабиёт аз муҳаққиқони ватанӣ ва 88-тои он аз муаллифони хориҷӣ)-ро дар бар мегирад. Диссертатсия бо 33 ҷадвал ва 21 расм ороиш дода шудааст.

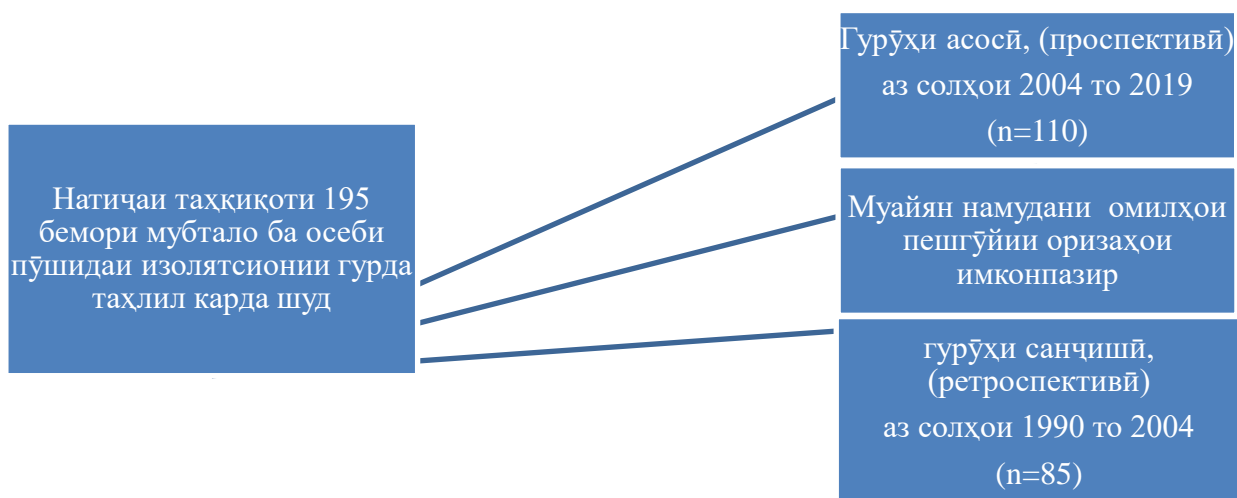
ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои ноил гардидан ба мақсад ва вазифаҳои қори диссертатсионӣ аз ҷониби муаллиф маълумотҳои 195 беморӣ мубтало ба ОПГ-и изолятсионӣ интихоб карда шуд. Омӯзиши натиҷаҳои ғайримустақим ва дури муолиҷа бо роҳи омӯхтани таърихи бемориҳо ва назорати санҷиши бемор ба амал оварда шуд.

Беморони таҳти таҳқиқ тайи солҳои 1990 то 2019 дар шуъбаи урологияи кӯдаконаи Маркази миллии тиббии «Шифобахш» бистарӣ кунонида шуда буданд. Тамоми беморон аз осеби пӯшидаи изолятсионии гурда ранҷ мекашиданд. Беморони мубтало ба нуқсонҳои инкишофи гурда ва бемориҳои

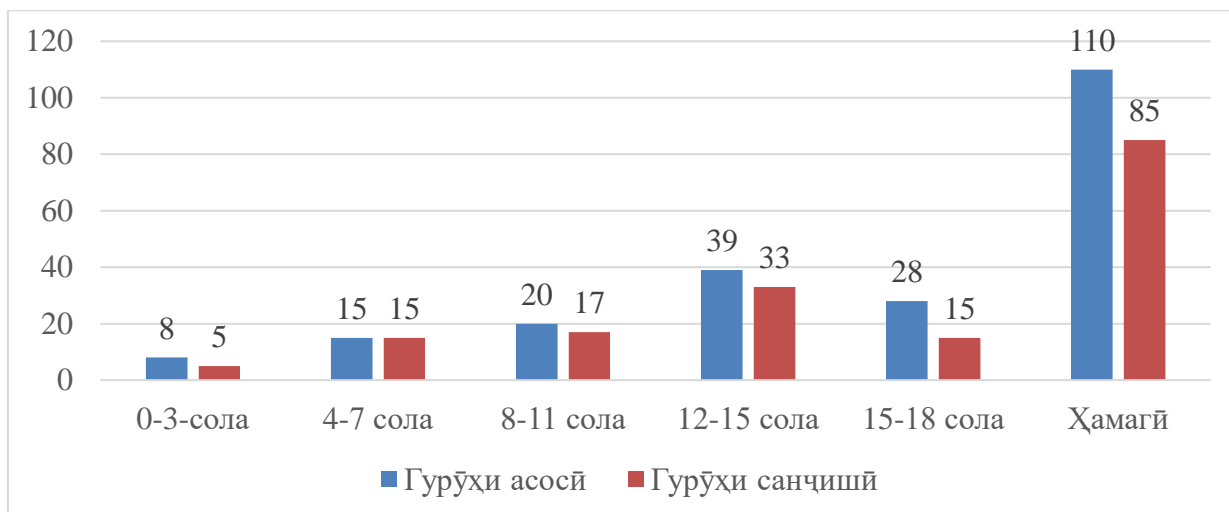
хамроҳикунандаи гурда ба пажуҳиш шомил карда нашуданд. Беморони гирифтор ба осеби якҷоя вобаста ба хусусиятҳои он дар статсионарҳои осебшиносӣ, ҷарроҳӣ, ҷарроҳии асаб муолиҷа шудаанд.

Беморони таҳти таҳқиқ ба ду гурӯҳ – асосӣ ($n=110$) ва санчишӣ ($n=85$) ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи санчишӣ аз бемороне ташкил шуда буд, ки дар давраи солҳои аз 1990 то 2004 муолиҷа шуда буданд ва табобати онҳо бо усули ретроспективӣ таҳлил карда шуд. Беморони гурӯҳи асосиро гирифторони ОПГ ташкил медоданд, ки тайи солҳои 2004-2019 муолиҷа шудаду натиҷабархшии муолиҷа дар мавриди онҳо, бо усули проспективӣ таҳлил гардид, инчунин ба ин гурӯҳ 15 беморе шомил аст, ки ангиография бо эмболизатсия дар мавриди онҳо татбиқ шудааст. Инчунин дар мавриди тамоми беморон пас аз усулҳои гуногуни муолиҷаи осеби пӯшидаи гурда омилҳои пешгӯии оризаҳо муайян карда шуд.



Расми 1. Ороиши таҳқиқот

Синни беморон дар доираи аз 0 то 18-сола тағйир меёфт: 13 (6,6%) бемор дар синни то 3-сола; 30 (15,4%) кӯдак дар синни 4-7-сола; 37 (19,0%) бемор аз 8 то 11-сола ва 72 (37,0%) кӯдак дар синни аз 12 то 15-сола, 43 (22,0%) бемор бошад, дар синни 15-18-солагӣ қарор доштанд.



Расми 2. – Сохтори синнусолии кӯдакони таҳти таҳқиқ

Ҷамин тавр: маишӣ зимни 95 (48,7%) ҳодиса ва натиҷаи ҲРН бошад, дар мавриди 67 (34,4%) ҳодиса, варзишӣ ҳангоми 10 (5,1%) нафар ва 23 (11,8%) ҳодисаи дигар, навъҳои дигари осебро ташкил меоданд.

Аз рӯи омили этиологӣ осеби маишии дараҷаи сабук бартарият дорад ва дар байни иллатҳои дараҷаи вазнин бошад, осеби дар натиҷаи ҲРН бардошта, афзалият пайдо кардааст.

Муоина хусусияти мултифани маҷмӯӣ дошта, аз арзёбии стандартии клиникӣ-лабораторӣ, визуализатсияи ултрасадоии узвҳои системаи пешобҳосилкунанда, рентгенографияи тавсифӣ ва ҳадафнок, инчунин вобаста ба зарурати клиникӣ аз усулҳои радионуклидӣ иборат буд.

Таҳлили умумии хун (гемоглобин, эритроцит, нишондиҳандаи ранг, тромбоцит, лейкоцитҳо бо формула, гематокрит, СТЭ), таҳлили умумии пешоб, таҳлили биохимиявии хун (дурдаи пешоб, креатинин, сафедаи умумӣ, билирубини умумӣ, мустақим, ғайримустақим, аланини аминотрансфераз, аспартатаминотрансфераз), гурӯҳи хун ва резус омил, коагулограмма (замони тромбинӣ, шохиси протромбинӣ, замони протромбинӣ, замони рекалсификатсияи плазма, фибриноген), тағйирёбии вазни қиёсии пешоб муайян карда шуд.

Дар доираи арзёбии маҷмуии лаборатории зарардидаҳо аз ОПГ дар амалияи педиатрӣ ба таҳлили таркиби электролитии плазмаи хун диққати

махсус дода мешавад, ки муайян кардани сатҳи калий, натрий, калсий, магний ва фосфорро дар бар мегирад. Зимни доираи таҳти таҳқиқ кимати референсии калий дар плазма 3,4–5,3 ммол/л ва натрий бошад, 130–156 ммол/л-ро ташкил меод. Сатҳи дурдаи пешоб дар таркиби зардоби хун дар доираи 2,5–8,3 ммол/л тағйир меёфт. Нишондиҳандаҳои референсии креатинин дар таркиби плазма ҳангоми духтарҳор 44–97 мкмол/л ва дар мавриди писарҳо бошад, 62–115 мкмол/л-ро ташкил менамуд.

Инчунин дар беморони таҳти таҳқиқ билирубини умумӣ ва сафедаи умумии таркиби хун муайян карда шуд. Миқдори умумии билирубин дар зардоби хун бо усули Йендрашик ва Клеггорн муайян карда шуд. Билирубини умумӣ ҳангоми меъёр дар таркиби зардоби хун ба 8,5 – 20,5 мкмол/л мерасад, ки 75 %-и он ба ҳиссаи билирубини озод рост меояд. Сафедаи умумии таркиби зардоби хун бо усули унификатсияшудаи биуретовӣ ба амал оварда шуд. Ҳаҷми муътадили миқдори сафеда дар таркиби зардоби хун 65–85 г/л-ро ташкил медиҳад. Инчунин коагулограмма (замони тромбинӣ ва протромбинӣ, шохиси протромбинӣ, вақти фаъолшудаи рекалсификатсияи плазма) низ муайян карда шуд.

Бо мақсади барқарор кардани функцияи гурдаҳои иллатнокшуда зимни бемороне, ки ҳангоми онҳо ангиография бо эмболизатсияи суперселективӣ (n=21) татбиқ шудааст ва дар беморони гурӯҳи асосӣ баъди муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ (n=37) дар муҳлати 3, 6, 12 моҳи баъди осеб бардоштан ренографияи радимоизотопӣ ба амал оварда шуд.

Дар тамоми кӯдакони таҳти таҳқиқ, ҳангоми бори аввал ба статсионар ворид шуданашон, чамъоварии муфассали анамнез бо ҳатман аниқ кардани замон ва механизми осебрасонӣ (РҲН, осебҳои варзишӣ, ҳодисаҳои маишӣ ва ҷиной, аз баландӣ афтидан, осебҳои истехсолӣ ва ғ.) иҷро гардид. Ба шикоятҳои барои иллатҳои системаи пешоб хос таваҷҷуҳи махсус дода шуд: синдроми дарди мавзеи камар ва зери қабурғаҳо, паҳн шудани дард, ихтилолотҳои дизурӣ (пешобкунии душвори дарднок, бандшавии шадиди пешоб). Симптомҳои ба хунравии имконпазири дарунӣ далолаткунанда —

сусти, чарх задани сар, зухуроти нашви (араки часпак, намнокии қисми мӯйдори сар) мавриди арзёби қарор дода шуд. Ошкор кардани нишонаҳои хунпешобӣ – дебюти он, хусусият (макро ва микрохунпешобӣ), мавҷудияти лахтаи хун ва шиддатнокии ранг чузъи алоҳидаи пурсиш ба шумор мераванд.

Таҳлили оморӣ бо истифода аз барномаҳои StatTech v. 4.8.1 (таҳиякунанда - ООО "Статтех", Россия) ба амал оварда шуд.

Нишондиҳандаҳои миқдорӣ ба асоси мувофиқати тақсимои муътадил тавассути меъери Шапиро-Уилка (дар ҳолати теъдоди таҳқиқшавандаҳо камтар аз 50 будан) ё меъери Колмогоров-Смирнов (дар ҳолати теъдоди таҳқиқшавандаҳо зиёда аз 50 будан) баҳогузорӣ шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Қайд кардан зарур аст, ки оризаҳо баъди амалиномаи амалиёти ҷарроҳии таъхирнопазир аз 4,3 то 29 % меафзоянд ва ҳангоми осебҳои омехта бошад, он то 44 % мерасад, ки онҳо яке аз омилҳои асосии оқибатҳои номатлуб ба ҳисоб мераванд. Солҳои охир бо дарназардошти масъалаи мазкур, ҳалли мушкилдоти мазкур ҳангоми осебҳои узву системаҳо, ба манфиати муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ меафзояд ва вобаста ба дараҷаи вазнинии иллат таҳлили нисбатан ҷиддитареро тақозо менамояд.

Натиҷаҳои пажӯҳиш ва маълумоти назоратҳои клиникӣ нишон доданд, ки гурӯҳи беморони ба таҳқиқи шомилшуда ду гурӯҳро ташкил намуданд: гурӯҳи аввал — бемороне, ки бевосита дар ҳалли масъалаи муолиҷа ва муроқабат иштирок карданд (гурӯҳи перспективӣ, n=110) ва гурӯҳи дуюм бошад, беморонеро ташкил медиҳад, ки маълумотҳои онҳо ба таври ретроспективӣ таҳлил карда шуд (гурӯҳи дуюм, n=85) ва намояндагони гурӯҳи мазкур кӯдакони мубтало ба осебҳои гурда буданд. Ҳангоми амалиномаи таҳлил ва тактикаи муолиҷа маълум гардид, ки аз беморони ба гурӯҳи ретроспективӣ шомил 46 (54,1 %) нафар таҳти назорати гемодинамика муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ қабул кардаанд. Рӯзи сеюм зимни як бемор амалиёти ҷарроҳии ковокии шикам татбиқ ва фазои пасишикампарда дренаж карда шуд. Пажӯҳиши гурӯҳи перспективӣ нишон дод, ки аз 110 бемор 67 (60,9 %) нафар

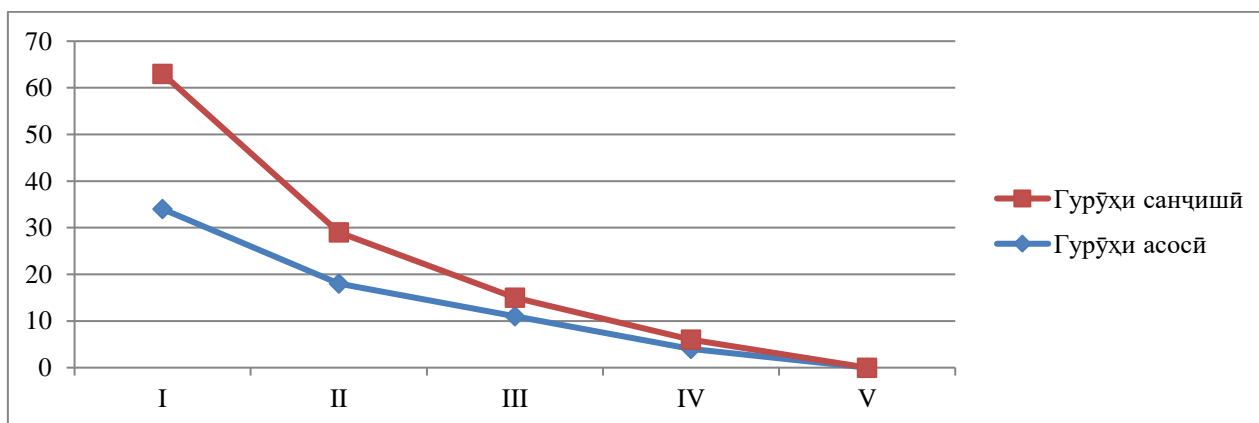
хангоми ворид шудан бо арзёбии ҳолати умумӣ ва маълумотҳои лабораторӣ ба муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ интиқол дода шуданд.

Ҷадвали 1. – Мониторинги дорудармонӣ дар мавриди кӯдакони бемор мувофиқи дараҷаи осеб

Дараҷаи вазнинии осеб	ДД дар гурӯҳи асосӣ (n=67)		ДД дар гурӯҳи санчишӣ (n=46)	
	n	%	n	%
I	34	50,7	29	63,0
II	18	26,9	11	23,9
III	11	16,4	4	8,7
IV	4	6,0	2	4,3
V	0	-	-	-
p	$\chi^2 = 2,19; p = 0,533$			

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омили муҳимии нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (тести χ^2 Пирсон)

Қайд кардан лозим аст, ки аз теъдоди умумии кӯдакони бемор ДД хангоми 113 (57,9%) нафари гирифта ба дараҷаҳои гуногуни вазнинии осеби гурда бомуваффақият анҷом дода шуд. Мувофиқи таснифоти осеби пӯшидаи гурдагии Ассоциатсияи амрикоии осебҳои вобаста ба ҷарроҳӣ (ААОҶ) дар гурӯҳи асосӣ 67 (60,9%) беморе буд, ки муолиҷа дар мавриди онҳо ғайриҷарроҳӣ сурат гирифтааст: бо дараҷаи I иллатнокшавӣ – 34 (50,7%) бемор, бо дараҷаи II – 18 (26,9%) бемор, бо дараҷаи III – 11 (16,4%) бемор ва бо дараҷаи IV бошад, 4 (6,0%) бемор. Ҳангоми дараҷаи V иллатнокшавӣ ДД татбиқ нагардид.



Расми 3. – Нишондиҳандаҳои мониторинги дорудармонӣ дар кӯдакон

Таҳлили картаи беморон нишон дод, ки таҳқиқ 57,4% писар ва 42,6% духтарро фаро гирифтааст. Ҳамин тавр, таҳлили ҳамачониба амалишуда ва ташкили масоили чорабиниҳои ташхису муолиҷаи маҷмӯӣ ҳангоми иллатҳо дар назди мутахассисони ёрии таъхирнопазир яке аз масъалаҳои ҳалталаб боқӣ мемонад. Шеваи дуруст ҳангоми осбеҳои якҷоя, хусусан осеби системаи пешобҳосилкунанда коҳиш додани нефрэктомияи беасосро имконнопазир гардонид, аз дақиқаҳои аввали госпитализатсия ба динамикаи ҳалли ёрии таъхирнопазир таъсири мусбат мерасонад.

Дар вақти бистарикунонӣ протоколи мувоҷабаи дорудармонӣ ҳангоми иллатнокшавии гурдаҳо бояд ба устуворияти гемодинамика, динамикаи назорат, маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва амалинамоии усулҳои абзории таҳқиқ оид ба бутунияти бофтаҳои гурда, набудани ҷароҳат дар мавзеи камар ва дигаргуниҳои андак дар нишондиҳандаҳои лаборатории ихтилолотии уродинамика бе нишонаҳои инҳисор асоснок шавад.

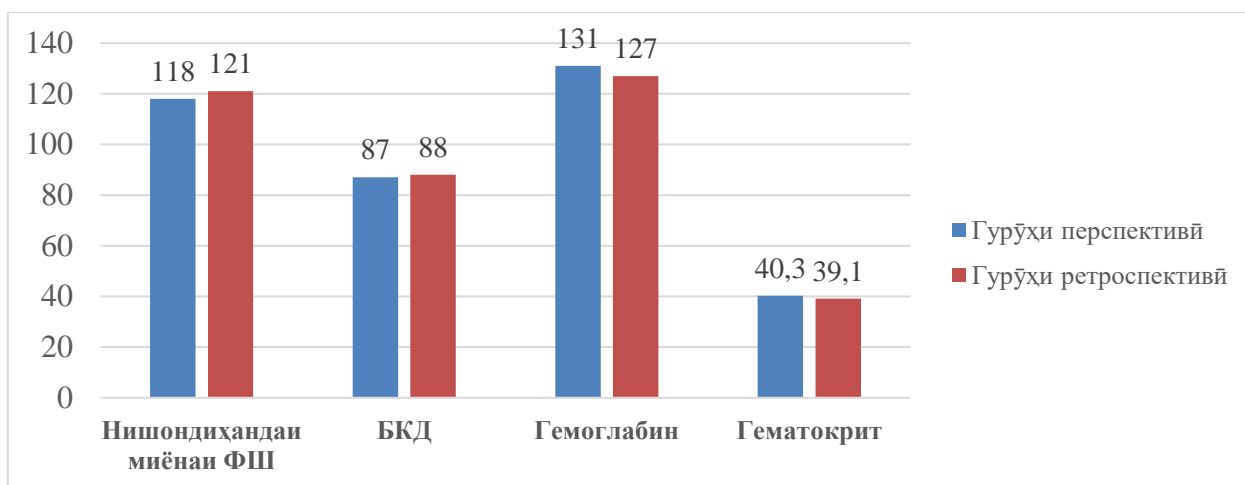
Ҷадвали 2. - Мониторинг нишондиҳандаҳои гемодинамика баъди як ҳафтаи татбиқи муолиҷа дар мавриди беморони мубтало ба дарачаи аввали вазнинии осеб, Me [Q1; Q3]

Нишондиҳанда	Гурӯҳи проспективӣ (n=67)	Гурӯҳи ретроспективӣ (n=46)	p
ФМШ (мм.сут.сим.)	117,3 [108,2;125,6]	119,5 [113,5; 128,6]	>0,05
Басомади кашиши дил (зарба/дақиқа)	86,8 [84,5; 89,4]	88,1 [84,4; 91,0]	>0,05
Гемоглобин (г/л)	130,7 [129,1; 132,6]	127,4 [122,2; 131,3]	>0,05
Гематокрит (%)	40,6 [37,7; 44,2]	38,1 [34,8; 41,6]	>0,05

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омили муҳими нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри U-и Манна-Уитни)

Натиҷаҳои таҳқиқи нишондиҳандаҳои гемодинамика маълум намуд, ки тӯли мониторинг ва татбиқ шудани чорабиниҳои муолиҷаи маҷмӯӣ ҳафтаи пас аз оғози табобат амалан тамоми қиматҳо дар ҳудуди меъёр боқӣ монданд. Шиддатнокии хунпешобӣ аз лаҳзаи воридшавӣ ва дар динамикаи татбиқи

муолича, зимни гурӯҳи мазкур, ба дараҷаи вазнинии иллат вобастагӣ дорад, ки вазифаи асосӣ ва индикаторҳои натиҷабархшии муолича ба ҳисоб мераванд.



Расми 4. – Қиматҳои асосии фаъолияти ҳаёгӣ дар заминаи муолича

Ба асоси маълумотҳои лаборатории гурӯҳҳои беморони таҳти таҳқиқ маълум гардид, ки макрохунпешобӣ дар мавриди беморони гурӯҳи проспективӣ ҳангоми воридшавӣ дар 14 (41,2%) кӯдак ва зимни 11 (38,0%) нафар аз гурӯҳи ретроспективӣ ба назар мерасид. Микрохунпешобӣ зимни 15 (44,1%) бемор аз гурӯҳи проспективӣ ва дар 15 (51,7%) кӯдак аз гурӯҳи ретроспективӣ ба қайд гирифта шуд. Хунпешобӣ ҳангоми 5 (14,1%) нафар аз гурӯҳи проспективӣ ва 3 (10,3%) бемор аз гурӯҳи ретроспективӣ ба назар намерасид.

Нишондиҳандаҳо пас аз татбиқи муолиҷаи маҷмӯӣ муддати ҳафтаҳои аввал устувор шуданд. Зиёда аз 82,3 %-и беморони гурӯҳи проспективӣ ва 75,8 %-и беморон аз гурӯҳи ретроспективӣ аз рӯйи таҳлил пок ва нишондиҳандаҳои гемодинамика дар мавриди онҳо устувор гардид. Маълумоти нишондиҳандаҳо аз натиҷабархшии дорудармонӣ ҳангоми дараҷаи аввали вазнинии иллати гурда дар мавриди кӯдакон дарак медиҳад.

Чадвали 3. - Динамикаи хунпешобӣ дар мавриди беморони гирифтор ба дарачаи аввали вазнинӣ дар вақти воридшавӣ ва ҳафтаи якуми муолиҷа

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ (n=34)		p	Гурӯҳи санҷишӣ (n=29)		p
	Рӯзи 1-ум	Рӯзи 7-ум		Рӯзи 1-ум	Рӯзи 7-ум	
Макрохунпешобӣ	14 (41,2%)	-		11 (37,9%)	-	
Микрохунпешобӣ	15 (44,1%)	6 (17,6%)	<0,01	15 (51,7%)	7 (24,1%)	<0,01
Бе хунпешобӣ	5 (14,7%)	28 (82,4%)	<0,001	3 (10,3%)	22 (75,9%)	<0,001

Эзоҳ: p – ҳангоми муқоиса дар дохили гурӯҳҳо (рӯзи якум vs рӯзи ҳафтум): тести Макнемар; *p>0,05 – ҳангоми муқоиса байни гурӯҳҳо (асосӣ vs санҷишӣ): дар рӯзҳои 1 ва 7-ум: тести аниқи Фишер

Ҳамин тавр, дар асоси татбиқи чорабиниҳои муолиҷаи маҷмӯӣ ҳангоми осеби гурдаҳо дар мавриди кӯдакон устуворшавии гемодинамика ва муътадилшавии функсияҳои гурда ҳосил шуда ва бемор барои назорат ва офиятбахшӣ бо ҳолати қаноатбахш ба муолиҷаи амбулаторӣ ҷавоб дода шуд. Ҳангоми назорати санҷишӣ баъди се моҳ дар назди ҷарроҳи кӯдакон ва уролог

Шеваи муташаккил ҳангоми осебҳои якҷоя, хусусан осеби системаи пешобҳосилкунанда аз дақиқаҳои аввал муоинаи ҳамачониба ва қабули қарор оид ба ёри таъхирнопазир талаб мекунад. Назоратҳои клиникӣ нишон доданд, ки дар заминаи татбиқи амалиёти ҷарроҳии ғаврӣ хатари оризаҳои пасазҷарроҳиро хеле зиёд мешавад, ки он метавонад то 30 % бирасад ва яке аз сабабҳои асосии оқибатҳои номатлуб ба шумор меравад.

Ба таҳқиқоти диссертатсионии мазкур ду гурӯҳи беморон шомил карда шуданд: гурӯҳи аввали перспективӣ 110 беморро дар бар мегирад ва ба гурӯҳи дуюми ретроспективӣ бошад, 85 бемор шомил аст. Таҳлил аз рӯйи тамоми картаҳои беморон ба амал оварда шуд. Ҳангоми амалиномаи таҳлил ва шеваи муолиҷа маълум гардид, ки дар байни беморони гурӯҳи ретроспективиро ташкилкунанда 44 (51,8 %) нафар аз назорат гузашта, дар мавриди онҳо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ бо назорати гемодинамика татбиқ шудааст. Дар байни

гурӯҳи проспективии аз 110 бемор таркиб ёфта, 69 (62,7 %) нафар аз лаҳзаи воридшавӣ ба асоси арзёбии ҳолати умумӣ ва маълумоти лабораторӣ муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ қабул карданд.

Қайд кардан муҳим аст, ки аз теъдоди умумии кӯдакони мубтало ба осеби гурда бо дараҷаи гуногуни вазнинӣ 195 нафар (110 нафар аз гурӯҳи перспективӣ ва 85 кас аз ретроспективӣ) ба таҳқиқ фаро гирифта шуданд. Дар заминаи осеби гурдаҳо ҳангоми баъзе беморон осебҳои ҳамроҳ мавҷуд буд, ки амалиёти ҷарроҳии таъхиринопазирро талаб менамуд: 9 (4,6%) бемор осеби сипурз, 4 (2,1%) нафар бо шикастагии андомҳо, 6 (3,1%) бемор бо осеби сина, 12 (6,1%) нафар бо осеби косахона ва мағзи сар.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва таҳлили картаҳои беморон нишон доданд, ки зиёда аз 86 %-и ҳодисаҳои осеби гурдаҳо хусусияти пӯшида доштанд. Вобаста ба дараҷаи вазнинӣ ва якҷояшавии иллатҳои узвҳои дигар зиёда аз 60 %-и муолиҷа бо усули ғайриҷарроҳӣ бо натиҷаҳои хуб буд. Зимни таҳқиқот ба асоси усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва абзории таҳқиқ бо мониторинги нишондиҳандаҳои гемодинамика дар мавриди 4 (10,5%) бемори мубтало ба иллатҳои гурда бо дараҷаи IV аз гурӯҳи перспективӣ натиҷаҳои хуб ба қайд гирифта шуд.

Назорати клиникӣ ва нишондиҳандаҳои лаборатории кӯдаконе, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ татбиқ шудааст, натиҷаҳои хубро дар динамикаи назорат ҳангоми 36 (54,5%) нафар ва бо ҳодисаҳои қаноатбахш дар мавриди 28 (42,4 %) бемор нишон дод. Фақат дар 2 (3,1 %) бемор гоҳ-гоҳ табларза ва зиёд будани сафеда ва лейкоцитҳо дар таҳлили пешоб маълум гардид.

Шеваи ҷарроҳӣ ҳангоми осеби гурдаҳо дар кӯдакони ҳар ду гурӯҳ таҳлил карда шуд: 41 (48,2%) бемор аз гурӯҳи ретроспективӣ ва 41 (37,3 %) аз гурӯҳи перспективӣ. Қарори амалиёти ҷарроҳӣ пас аз муоинаи комплексӣ қабул карда шуд.

Ҷадвали 4. – Тақсимоти беморони ба таври ҷарроҳӣ муолиҷашуда дар гурӯҳҳои асосӣ ва санҷишӣ

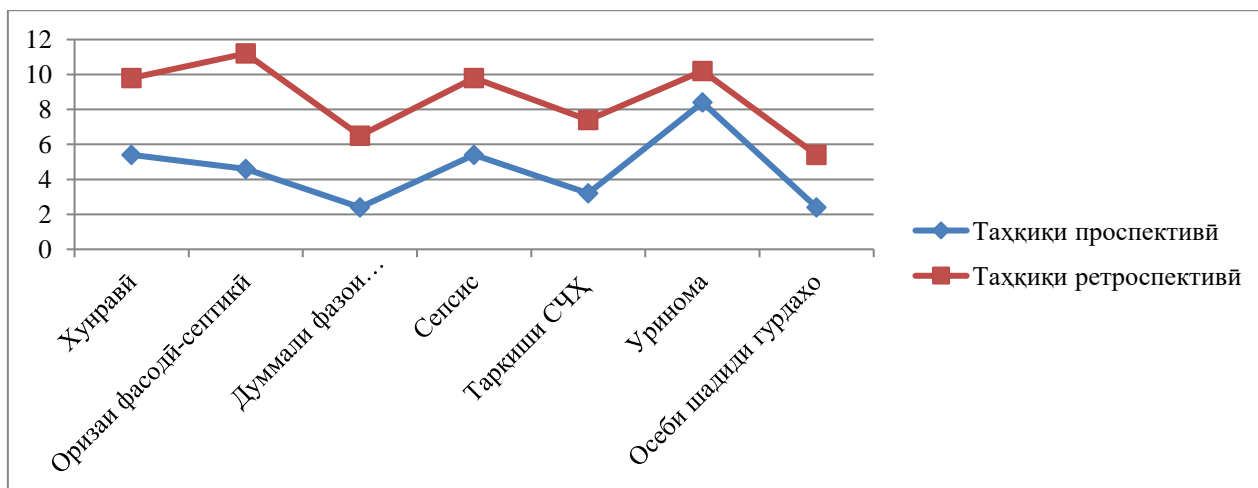
Дараҷаи осеб	Табдоди беморони ҷарроҳишуда дар гурӯҳҳои асосӣ ва санҷишӣ					
	Нефрэктомия		Дӯхтани тарқиши гурдаҳо		Буридани гурда	
	Санҷишӣ	асосӣ	Санҷишӣ	асосӣ	Санҷишӣ	асосӣ
II	-	-	8	-	-	-
III	5	-	8	9	-	-
IV	10	4	4	13	3	4
V	3	3	-	-		1
Ҷамағӣ	18	7	20	22	3	5

Таҳлили маълумотҳои беморони гирифта ба дараҷаи III вазнинии осеб нишон дод, ки дар мавриди 13 (31,7 %) нафар ҷарроҳӣ татбиқ шудааст: аз ин шумор 5 (38,5 %) ҷарроҳӣ барои санҷиш ва дӯхтани гурда ва 8 (61,5 %) амалиёти ҷарроҳӣ бо нефрэктомия буд. Қайд кардан зарур аст, ки дар мавриди беморони мубтало ба дараҷаи IV вазнинӣ баъди муоина ва арзёбии ҳолат ба тамоми онҳо амалиёти ҷарроҳӣ татбиқ шудааст. Зимни 4 (23,5 %) бемор дӯхтани гурда, дар 3 (17,7%) нафар буриши сегменти қобиляти ҳаёти надоштаи гурда ва ҳангоми 10 (58,8%) бемор бошад, нефрэктомия ба амал оварда шудааст.

Мувофиқи маълумотҳои клиникӣ-ҷарроҳии ҳосилшуда, басомади татбиқи нефрэктомия дар кӯдакони мубтало ба гемодинамикаи ноустувор дар заминаи ОПГ-и вазнин 100 %-ро ташкил менамояд. Нишондиҳандаи мазкур дараҷаи ниҳоят вазнини иллатнокшавии узвро инъикос менамояд, ки дар ин маврид амалиёти узвҳифзкунанда аз ҷиҳати техникӣ имконнопазир аст ё бо хатари дараҷаи баланди оризаҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда ҳамбаста мебошад.

Зимни пажӯҳиши мо басомади зерини оризаҳои барвақтӣ дар гурӯҳи беморон ташхис карда шуд: хунравӣ: то 9,8 % хунравии такрорӣ дар гурӯҳи ретроспективӣ ва дар гурӯҳи проспективӣ бошад, то 5,4%; оризаҳои римӣ-тааффуни, ки басомади ташхиси он дар гурӯҳи ретроспективӣ то 11,2 % ва дар гурӯҳи проспективӣ бошад, 4,6 %-ро ташкил намуд; думмали пасишикампарда: зимни гурӯҳи ретроспективӣ то 6,5% ва дар проспективӣ

бошад, ба 2,4 % мерасид; сепсис, носури пешоб: дар гурӯҳи беморони ретроспективӣ ба 9,8 % ва дар проспективӣ бошад, 5,4 %-ро ташкил дод; Тарқиши муддати мадид илтиёмнаёбандаи СҚХ: дар беморони гурӯҳи ретроспективӣ то 7,4 % ва дар проспективӣ бошад, ба 3,2 % мерасид; уринома: зимни гурӯҳи ретроспективӣ 10,2 % ва дар проспективихо 8,4 %-ро ташкил менамуд; иллатнокшавии шадиди гурда: ҳангоми гурӯҳи ретроспективии беморон ба 5,4 % ва дар гурӯҳи проспективӣ бошад, 2,4 %-ро ташкил дод.



Расми 5. – Оризаҳои барвақтии осеби гурда дар кӯдакони таҳти назорат

Таҳқиқоти мазкур ба асоси таҳлили картаҳои беморон дар давраи аз солҳои 1991 то 2018 ба амал оварда шудааст. Таҳлил дар ду марҳала анҷом дода шудааст: ретроспективӣ ва проспективӣ ҳангоми гурӯҳи беморони мубтало ба осебҳо.

Теъдоди ками беморони дар ин давра бистаришударо гирифтронии осеби маишӣ (29,5%), баъдан ХРН (51,3%), зарбу латҳӯрдаҳо (4,2 %) ва осебҳои варзишӣ (15,0%) ташкил медиҳанд. Ҳангоми таҳлил кардани сохтори осеби гурда дар навбати аввал бартарияти ҳиссаи бо ҳодисаҳои роҳу нақлиёт бистаришуда (44,3 %-и дар ҳар ду гурӯҳи таҳти таҳқиқ) мушоҳида мегардид.

Қайд кардан зарур аст, ки ҳангоми воридшавӣ ба клиника дар мавриди 26 %-е, ки нишонаҳои иллатнокшавии гурдахоро доштанд, дар фазои паси шикампарда хуномос ошкор нагардид, зимни 36,4% хуномос мавҷуд буд, дар

ин ҳолат амалан дар 97% хунпешобии дараҷаи шиддатнокии гуногун ба назар мерасид.

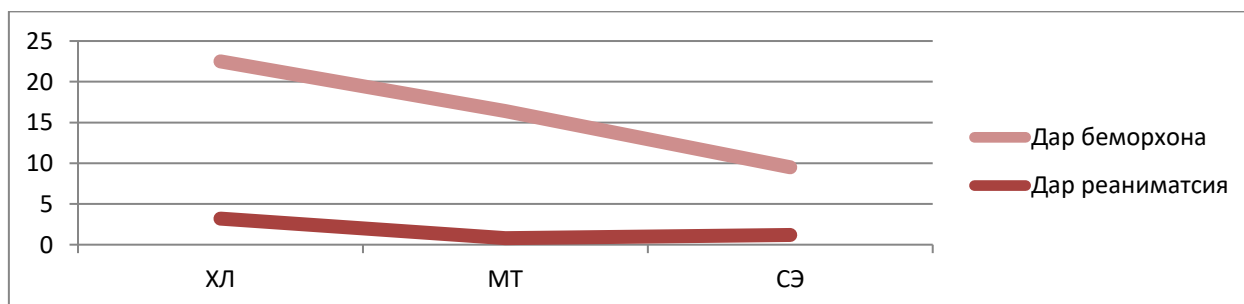
Мутаносибан, ба гурӯҳи муолиҷаи ҷарроҳӣ ва эмболизатсия тамоми бемороне шомил карда шуданд, ки дар фазои паси шикампарда хуномос доштанд, дар ин маврид тақрибан 26 %-и беморон дорудармонӣ қабул карданд.

Ҷадвали 5. – Тақсимооти кӯдакони бистаришуда мувофиқи хусусиятҳои демографӣ (микдорӣ) ва навъҳои муолиҷа, M±SD

Қимат	Ҳамагӣ (n=195)	Намъи муолиҷа			p
		МҶ	ДД	ЭС	
Син, сол	12,2±16,2	10,4±16	11,4±16,3	13,3±15,7	<0,05
ФШ,	111,7±22,2	83,8±9,2	117,5±20,4	102,8±12	<0,05
БКШ,	95,3±22,9	131±8,1	87,9±18,4	105,4±16	<0,05
Гемоглобин, г/л	111,6±20,9	87,7±12,1	117,1±19,2	98,8±13,8	<0,05
Гематокрит, %	33,4±6,8	23,8±2,1	35,7±5,7	27±3,3	<0,05
Ҳаҷми гемотрансфузия, мл	262,1±443,8	890,2±425,7	137,6±343,7	381±365,5	<0,001
Экстравазатсияи контрастӣ	0,2±0,4	0,7±0,5	0,1±0,3	0,5±0,5	<0,05
Рӯз-кат (умумӣ)	15,6±5,5	19,3±4,1	15,6±5,3	8,3±2,5	<0,01
Рӯз-кат (реаниматсия)	1,4±1,8	3,2±1,5	0,8±1,2	1,2±1,1	<0,05

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимии нишондиҳандаҳо (меъёри Краскел–Уоллис)

Қайд кардан зарур аст, ки дар мавриди ҳамон бемороне, ки дар лаҳзаи воридшавӣ ба асоси маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ ба онҳо амалиёти ҷарроҳӣ татбиқ шуд, зиёда аз 30 %-ро ташкил медоданд, бо Н-омил дараҷаи 0, 19,5 % бо Н-омили дараҷаи I ва 11,3% бо Н-омили дараҷаи II.



Расми 6. – Нишондиҳандаҳои миёнаи рӯзҳои бистаришудаи кӯдакони дар реаниматсия ва дар статсионар

Синни миёнаи кӯдакони бистаришуда 12,2 солро ташкил менамояд. ФШ-и миёнаи систолии бистаришудаҳо 111,7 мм сут. сим.-ро ташкил меод. ФШ-и аз ҳама пасти миёна дар байни бистаришудаҳо барои муолиҷаи ҷарроҳӣ 83,8 мм сут. сим.-ро ташкил менамуд. Дар гурӯҳҳои дорудармонӣ ва эмболизатсияи селективӣ ФШ-и миёнаи систолии бистаришудаҳо мутаносибан 117,5 ва 102,8 мм сут. сим.-ро ташкил мекард.

Натиҷаҳои таҳқиқ нишон доданд, ки ба натиҷабахшии муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ таъсири бештаре мерасонад: дар гурӯҳи беморони гирифта ба марҳалаи I–II осеби гурда таносуби зоҳиршавии басомади муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ 64,1 % ($\chi^2=114,1$, $p=0,001$, V Крамер = 0,616)-ро ташкил медиҳад. Ба ҳамин монанд, таносуби басомади зоҳиршавии дорудармонии бомуваффақият барои гурӯҳҳои беморони бо ФШ-и устувор 59,4 % ($\chi^2=92,4$, $p=0,000$, V Крамера = 0,554)-ро ташкил медиҳад.

Таҳлили пажӯҳиш нишон дод, ки ҳангоми осеби гурдаҳо чинси бемор амалан ба интиҳоби тарзи муолиҷа таъсир намерасонад ($p = 0,709$, $> 0,05$), V Крамер = 0,048.

Ҷадвали 6. - Меъёри Краскал-Уоллеа барои омӯзиши таъсири омилҳои ба шеваи муолиҷа

	Шкалаи GCS, (3-15)	TRISS-холҳо, (1-16)	Марҳала мувофиқи ААОҶ (I – V)	Н омил
Ҳи-мураббаъ (χ^2)	117,035	124,957	126,724	119,217
Супени озод (df)	2	2	2	2
Сатҳи воқеият	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Ҳамин тавр, омилҳои таъсиррасонро ҳангоми ҳалли шеваи муолиҷа таҳлил намуда, шояд гаштем, ки тамоми хусусиятҳои пешниҳодгардида ба интиҳоби усули муолиҷа тибқи меъёри Краскала-Уоллес таъсири саҳеҳи омории мерасонанд ($p < 0,001$).

Маълумотҳои ҳосилшуда муҳимияти таҳлили мунтазамӣ динамикаи нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва визуализатсияшавандаро барои интиҳоби шеваи оқилона тасдиқ мекунад. Ба амалияи ҳаррӯзаи клиникӣ ворид

намудани мониторинги комплексӣ ва шкалаҳои пешгӯӣ коҳиш додани теъдоди амалиёти ҷарроҳии беасос ва боло бурдани басомади ҳифз шудани гурдахоро дар кӯдакони гирифтор ба ОПГ имконпазир мегардонад.

ХУЛОСАҲО:

1. Дорудармони татбиқшуда дар гурӯҳи перспективии кӯдакони бемори мубтало ба осеби гурда, қиёсан ба гурӯҳи ретроспективии таҳти таҳқиқ барои ба 5 маротиба – аз 16 % то 3 % коҳиш ёфтани басомади нефрэктомия мусоидат менамояд. Зимнан функсияи тарашшуҳӣ-эксретории иллати гурда баъди шаш моҳи осеб бардоштан барқарор мешавад [1-М, 3-М].

2. Исбот шудааст, ки шеваи маҷмӯӣ зимни муолиҷаи беморони гирифтор ба осеби гурда бо дараҷаи II-IV вазнинӣ ва маълумоти устувори гемодинамика дар заминаи муолиҷаи дорӯӣ ва камолоиш, қиёсан ба гурӯҳи ретроспективии таҳти таҳқиқ, оризаҳоро 1,5 маротиба коҳиш медиҳад [2-М, 3-М, 6-М].

3. Ҳангоми нишондиҳандаҳои устувори гемодинамика, дар мавриди беморони мубтало ба дараҷаи II – IV осеби пӯшидаи гурда, дар ҳолати бе натиҷа будани ТМ истифодаи ангиография бо эмболизатсияи рағҳо усули беҳатар ва зимни 88,4 %-и мушоҳидаҳо бошад, усули самараноки боздоштани хунравӣ маҳсуб меёбад. Дар ин маврид то 12 моҳи баъди амалиномаи иллатноқшудаи гурдаҳо барқарор мешавад [3-М, 7-М].

4. Дренажкунии таҳтипӯстии хуномоси паси шикампарда, стендҳо ҳангоми кӯдакони бемори бо гемо- тампонадаи ҳавзаки гурда ва тарқиши системаи ҷому ҳавзак ҳамчун усули камолоиш ба самаранок (90,4 %) татбиқ шудани муолиҷаи беморон мусоидат менамояд ва басомади амалиётҳои ҷарроҳиро ба 19,5 % коҳиш медиҳад [2-М, 4-М, 6-М].

5. Ба асоси таҳлилҳо муайян гардид, ки ФШ-и систолии камтар аз 85 мм. сут. сим., дар мавриди кӯдакони мубтало ба гурдаҳои иллатноқшуда бо эҳтимоли 95 % барои муолиҷаи таъхирнопазири ҷарроҳӣ омили пешгӯӣ ва нишондиҳандаи гемоглабин камтар аз 80 г/л будан ва динамикаи манфии он, ҳаҷми гемотрансфузия ба зиёда аз 400 мл дар лаҳзаи бистарикунонӣ, барои

амалинамоии ҷарроҳии камолоиш омил пешгӯӣ ба ҳисоб мераванд [1-М, 5-М, 6-М].

6. Иббот шудааст, ки дараҷаи I ва II осеби гурда барои дорудармонии натиҷабаш омил пешгӯӣ ба шумор меравад. ДД зимни 79,5 %-и ҳодисаҳо ва ҳангоми осеби гурда бо дараҷаи вазнинии се ва зиёда аз он нисбатан ба 49,4 %-и беморон натиҷабаш ба қайд гирифта шудааст. Дар ин маврид омил пешгӯӣ дорудармонии бенатича инҳо ба шумор мераванд: дар ҳолати тарқиши системаи ковоки гурда хунрезӣ ва захидани пешоб ба ковокӣ. ДД-и бенатича дар мавриди 17,2 %-и беморони мубтало ба хунрезӣ ва захидани пешоб ба ковокӣ ба назар мерасид, нишондиҳандаи нисбӣ зимни 8,4 %-и бемороне ошкор карда шуд, ки ҳангоми онҳо хунрезӣ ва захидани пешоб ба ковокӣ дида намешуд. Дар маълумоти назоратҳо хуномоси афзоишбандаи пасишикампарда мушоҳида мегардид. Басомади дорудармонии бенатича, дар ҳолати хуномоси афзоишбандаи пасишикампарда, зимни 12,4 %-и ҳодисаҳо зоҳир карда шуд ва нишондиҳандаҳои нисбӣ дар мавриди 2,2 %-и кӯдакони беморе хос буд, ки ҳангоми онҳо хуномос дар фазои пасишикампарда ба назар намерасид [3-М, 4-М, 6-М].

7. Алгоритми таҳияшудаи мувоҷабаи муолиҷаи маҷмӯӣ, ҳангоми кӯдакони бемори мубтало ба осеби гурда, коҳиш додани амалиётҳои ҷарроҳӣ ва нефрэктомияро дар бемороне имконпазир гардонид, ки нишондиҳандаҳои устувори гемодинамика доштанд [2-М, 6-М, 7-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Ҳангоми нишондиҳандаҳои устувори гемодинамика зимни кӯдакони бемори мубтало ба осеби гурда, ки дар мавриди онҳо хунравиро бо роҳи доруй боз доштан имконпазир намегардад, амалинамоии ангиография бо эмболизатсия тавсия шудааст.

2. Шеваи дорудармонӣ, ҳангоми нишондиҳандаҳои устувори гемодинамика, барои кӯдакони беморе тавсия шудааст, ки ба осеби гурда бо дараҷаи вазнинии як ва се гирифтаанд.

3. Нишондиҳандаҳои ноустувори гемодинамика, ки онро тавассути дорудармонӣ ислоҳ кардан имконпазир намегардад, хусусан дар мавриди беморони осеби гурда бо дараҷаи вазнинии чор ва панҷ, барои ҷаррорхӣ таъхирнопазир нишондод ба шумор меравад.

4. Ба беморони гирифтор ба осеби гурда бо дараҷаи ду ва чори вазнинӣ маҷмуи ҷорабинии тавсияшудаи муолиҷавӣ-ташхисии бо дарназардошти принципҳои узвҳифзқунанда нишондод шудааст.

5. Ҳангоми осеби гурдаҳо ба кӯдакон назорати диспансерӣ нишондод шудааст: тайи соли аввал дар ҳар се моҳ 1 маротиба, соли ду маротиба тайи соли дуюм ва соли як маротиба муддати соли сеюм дар ҳаҷми: муоинаи уролог, усулҳои таҳқиқи клиникӣ-лабораторӣ ва дастогӣ, як вақта.

Рӯйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)

1. Азизов А. А. К вопросу о применении тканевой терапии при билатеральном коралловидно-множественном нефролитиазе на фоне калкулёзного пиелонефрита и хронической болезни почек у детей [Текст] / А. А. Азизов, А. М. Шарипов, Ш. А. Бадалов // Симург. – 2023. – № 18. – С. 17-22.

2. Балабанова, Е. С. Результаты лечения детей с травматическими повреждениями органов брюшной полости [Текст] / Е. С. Балабанова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 5. – С. 615.

3. Возможности консервативного и минимально инвазивного лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов живота у взрослых [Текст] / В. А. Мануковский, Я. В. Гаврищук, А. Н. Тулупов [и др.] // Политравма. – 2022. – № 3. – С. 21–33.

4. Максумов, К. Д. Современные методы диагностики и лечения травм почек (обзор литературы) [Текст] / К. Д. Максумов, М. М. Абдуллажанов // Врач скорой помощи. – 2018. – № 3. – С. 32–40.

5. Маскин, С. С. Сочетанная закрытая травма органов мочевыделительной системы: взгляд общего хирурга [Текст] / С. С. Маскин, В. В. Александров, В. В. Матюхин // Политравма. – 2021. – № 1. – С. 106–116.

6. Оид ба масъалаи истифодабарии табобат тавассути бофтаҳо ҳангоми нефролитиази дучонибаи бисёрҷояи марҷоншакл дар заминаи пиелонефрити калкулёзв ва бемории музмини гурдаҳо дар кӯдакон [Матн] / А. А. Азизов [ва ғ.] // Авҷи Зухал. – 2023. – № 2. – С. 105-110.

7. Смоляр, А. Н. Закрытая травма живота. Повреждения почек. Часть 3 [Текст] / А. Н. Смоляр // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 6. – С. 4–13.

8. Собственный опыт оперативного лечения закрытой травмы почки [Текст] / С. А. Возианов [и др.] // Вестник урологии. – 2014. – № 4. – С. 3–12.

9. Современный взгляд на проблему факторов риска осложненного нефролитиаза у детей [Текст] / А. А. Азизов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2023. – № 4. – С. 5-10.

10. Спиральная компьютерная томография в диагностике и лечении пострадавших с травматическими забрюшинными кровоизлияниями [Текст] / М. М. Абакумов, [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – № 8. – С. 19–23.

11. Тактика лечения детей с закрытыми травмами почек [Текст] / А. М. Шамсиев [и др.] // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24, № S1. – С. 92.

12. Эндovasкулярное лечение повреждения почечной артерии при осколочном ранении [Текст] / А. В. Иванов, [и др.] // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – 2024. – № 76. – С. 34-44.

13. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19 [Text] / J.S. Hirsch [et al.] // Kidney International. – 2020. – Vol. 98, No. 1. – P. 209–218.

14. Acute kidney injury: current concepts and new insights [Text] / Y. Koza // Journal of Injury and Violence Research. – 2016. – Vol. 8, No. 1. – P. 58–64.

15. AKIpredictor, an online prognostic calculator for acute kidney injury in adult critically ill patients: development, validation and comparison to serum neutrophil gelatinase-associated lipocalin [Text] / M. Flechet [et al.] // Intensive Care Medicine. – 2017. – Vol. 43. – P. 764–773.

16. Cardiac surgery-associated acute kidney injury [Text] / C. Ortega-Loubon, [et al.] // *Annals of Cardiac Anaesthesia*. – 2016. – Vol. 19, № 4. – P. 687–698.
17. Gaudry S. Delayed versus early initiation of renal replacement therapy for severe acute kidney injury: a systematic review and individual patient data meta-analysis of randomised clinical trials [Text] / S. Gaudry, [et al.] // *The Lancet*. – 2020. – Vol. 395, No. 10235. – P. 1506–1515.
18. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy [Text] / A. Levin, [et al.] // *The Lancet*. – 2017. – Vol. 390, № 10105. – P. 1888–1917.
19. Huang J. Molecular optical imaging probes for early diagnosis of drug-induced acute kidney injury / J. Huang, J. Li, Y. Lyu // *Nature Materials*. – 2019. – Vol. 18, No. 10. – P. 1133–1143.
20. Ishimoto Y. Mitochondria: a therapeutic target in acute kidney injury [Text] / Y. Ishimoto, R. Inagi // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2016. – Vol. 31, No. 7. – P. 1062–1069.
21. Kumar S. Cellular and molecular pathways of renal repair after acute kidney injury [Text] / S. Kumar // *Kidney International*. – 2018. – Vol. 93, No. 1. – P. 27–40.
22. Levey A.S. Acute kidney injury [Text] / A.S. Levey, M.T. James // *Annals of Internal Medicine*. – 2017. – Vol. 167, No. 9. – P. ITC66–ITC80.
23. Levin A. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy [Text] / A. Levin, [et al.] // *The Lancet*. – 2017. – Vol. 390, No. 10105. – P. 1888–1917.
24. Meersch, M. Perioperative acute kidney injury: an under-recognized problem [Text] / M. Meersch, C. Schmidt, A. Zarbock // *Anesthesia & Analgesia*. – 2017. – Vol. 125, No. 4. – P. 1223–1232.
25. O'Connor M. E. Acute kidney injury and mortality 1 year after major non-cardiac surgery [Text] / M. E. O'Connor [et al.] // *Journal of British Surgery*. – 2017. – Vol. 104, No. 7. – P. 868–876.

26. Perioperative acute kidney injury [Text] / S.D. Gumbert [et al] // Anesthesiology. – 2020. – Vol. 132, No. 1. – P. 180–204.

27. Portolés J. Chronic kidney disease and acute kidney injury in the COVID-19 Spanish outbreak [Text]/ J. Portolés, [et al.] // Nephrology Dialysis Transplantation. – 2020. – Vol. 35, No. 8. – P. 1353–1361.

28. Prowle J. R. Postoperative acute kidney injury in adult non-cardiac surgery: joint consensus report of the Acute Disease Quality Initiative and PeriOperative Quality Initiative [Text] / J. R. Prowle [et al.] // Nature Reviews Nephrology. – 2021. – Vol. 17, No. 9. – P. 605–618.

29. Rismanbaf A. Liver and kidney injuries in COVID-19 and their effects on drug therapy; a letter to editor [Text] / A. Rismanbaf, S. Zarei // Archives of Academic Emergency Medicine. – 2020. – Vol. 8, No. 1. – P. e17.

30. Zarbock A. Prevention of cardiac surgery–associated acute kidney injury by implementing the KDIGO guidelines in high-risk patients identified by biomarkers: the PrevAKI-multicenter randomized controlled trial [Text] / A. Zarbock [et al.] // Anesthesia & Analgesia. – 2021. – Vol. 133, No. 2. – P. 292–302.

31. Zhang L. Early detection of AKI using biomarkers: from theory to practice [Text] / L. Zhang, X. Liu, J. Yang [et al.] // Clinical Journal of the American Society of Nephrology. – 2017. – Vol. 12, No. 8. – P. 1350–1359.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶӢИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар мачалаҳои тақризшаванда

[1-М]. Исмамов С.С. Некоторые аспекты в патогенезе закрытых травм почек у детей (обзор литературы) / С.С. Исмамов, Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев // Наука и инновация. – 2020. – № 4. – С. 201-206.

[2-М]. Исмамов С.С. Диагностика повреждения почек при закрытых травмах живота у детей / С.С. Исмамов, Р.А. Рахматова, Ш.А. Бадалов // Наука и инновация. – 2020. – № 4. – С. 218-222.

[3-М]. Исмамов С.С. Оптимизация подходов к лечению закрытых травм почек у детей: ретроспективный анализ и перспективы улучшения

клинических исходов / С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова // Наука и инновация. – 2024. – № 4. – С. 102-106.

Мақола ва тезисҳо дар маҷаллаҳо, маҷмуаҳои маводи конференсия ва съездҳо

[4-М]. Исмаев С.С. Изучение методов диагностики и тактики хирургического лечения осложнённого врожденного гидронефроза у детей / С.С. Исмаев, Ш.А. Бадалов, Б.А. Шамсов // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием: Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел», Душанбе, 23 ноября 2018 г. – С. 298–299.

[5-М]. Исмаев С.С. Закрытые повреждения почек у детей // С.С. Исмаев, Р.А. Рахматова // Материалы научно-практической конференции с международным участием на тему «детская инвалидность в Таджикистане: состояние, достижения, проблемы и видение будущего. Партнерство и сотрудничество в направлении детей с инвалидностью», Душанбе. – 2022. – С. 97-98.

[6-М]. Исмаев С.С. Влияние различных методов лечения на исходы закрытой травмы почки / С.С. Исмаев // Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием «Инновационные технологии в педиатрии и хирургии детского возраста», Душанбе, 3-4 октября 2024 г. – С. 127.

[7-М]. Исмаев С.С. Роль ангиографии в лечении закрытой травмы почки / С.С. Исмаев // Материалы Конгресса ассоциации детских хирургов Центральной Азии с международным участием «Инновационные технологии в педиатрии и хирургии детского возраста», Душанбе, 3-4 октября 2024 г. – С. 127-128.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

1. Исмаев С.С. Тарзи алгоритми ташхис ва муолиҷаи маҷмӯи дар мавриди кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда / С.С. Исмаев, Ф. Раҷабов, М.Г. Ҳамидов, Р.А. Раҳматова // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (аз 26.04 соли 2022) – ш. Душанбе. – с. 2022

2. Исмаев С.С. Тарзи муолиҷаи кӯдакони мубтало ба осеби пӯшидаи изолятсионии гурда мувофиқи алгоритми таҳияшуда / С.С. Исмаев, Р.А. Раҳматова, З.К. Фатхуллоев, А.М. Шарипов, М.Г. Ҳамидов // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (аз 13.05 соли 2023) – ш. Душанбе. – соли 2023

3. Исмаев С.С. Тарзи истифодаи ангиография бо эмболизатсияи рағҳо дар мавриди кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи гурда / С.С. Исмаев, Ф.Х. Сафедов, Ф.К. Фатхуллоев, М.Г. Ҳамидов // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (аз 16.08 соли 2023) – ш. Душанбе. – с. 2023

4. Исмаев С.С. Тарзи муайян кардани омилҳои пешгӯии оризаҳо дар мавриди кӯдакони гирифтор ба осеби пӯшидаи гурда баъди усулҳои гуногуни муолиҷа / С.С. Исмаев, Р.А. Раҳматова, А.М. Шарипов, М.Г. Ҳамидов // Пешниҳоди ратсионализаторӣ (аз 16.06 соли 2024) – ш. Душанбе. – с. 2024

Номгӯи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ФШ – фишори шарёни

ТК – томографияи компютерӣ

КТМС – томографияи компютерии мултиспиралӣ

ДД – дорудармонӣ

ТУХ – таҳлили умумии хун

ТУП – таҳлили умумии пешоб

ФШМ – фишори шарёнии миёна

ЭС – эмболизатсияи селективӣ

СРС – сафедаи реактиви С

ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино

ТРКС – осеби системаи ҳавзаки гурда

ТУС – таҳқиқи ултрасадоӣ

УР – урография

ОХ – омили хатар

МҚ – муолиҷаи ҷарроҳӣ

ОКМС – осеби косахона ва мағзи сар

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭХО-КГ – эхокардиография

ОЭ – осеби навъи этиологӣ

Нб – гемоглобин

ISS – Injury Severity Score (шкалаи вазнинии осеб)

Z-score – инҳирофи стандартӣ аз медиана аз рӯйи шкалаи афзоиш, вазн ва син (шохиси инкишофи ҷисмонӣ)

TRISS - Trauma and Injury Severity Score

АННОТАЦИЯ

Исматзода Сулаймон Султон

Закрытая травма почки у детей: клиника, диагностика и методы лечения

Ключевые слова: дети, закрытая травма почки, диагностика, консервативное лечение, малоинвазивные методы, ангиография, эмболизация, нефрэктомия, гемодинамика.

Цель работы. Улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи детям с закрытой травмой почки путем определения прогностических факторов течения посттравматического периода и выбора адекватных методов лечения.

Методы исследования. В исследование включены 195 детей с изолированной закрытой травмой почки, госпитализированные в детское урологическое отделение ГУ НМЦ «Шифобахш» в период 1990–2019 гг. Проведён ретроспективный (n=85) и проспективный (n=110) анализ, использованы лабораторные, ультразвуковые, радионуклидные и томографические методы диагностики. Оценка исходов лечения выполнена с применением статистического анализа (SPSS, StatTech), включая t-критерий Стьюдента, тесты Шапиро-Уилка и Макнемара.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в условиях Республики Таджикистан комплексно изучены клинико-диагностические и лечебные аспекты ЗТП у детей. Разработан и внедрён алгоритм диагностики и лечения, включающий ангиографию с суперселективной эмболизацией. Выявлены прогностические факторы исходов, установлены преимущества консервативного и малоинвазивного подходов у гемодинамически стабильных пациентов с травмой I–IV степени. Доказано снижение частоты осложнений с 30% до 8%, сокращение длительности госпитализации с 16 до 11 дней, улучшение отдалённых результатов — отсутствие ХПН у 88% детей через год наблюдения.

Рекомендации по использованию. Результаты внедрены в практику ГУ НМЦ «Шифобахш». На основе данных разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению ЗТП у детей, адаптированные к клиническим условиям Республики Таджикистан.

Область применения: педиатрия урология, неотложная детская хирургия, общественное здравоохранение, детская травматология.

АННОТАТСИЯ

Исматзода Сулаймон Султон

Осеби пӯшидаи гурда дар кӯдакон: клиника, ташхис ва усулҳои табобат

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, осеби пӯшидаи гурда, ташхис, табобати консервативӣ, усулҳои каминвазивӣ, ангиография, эмболизатсия, нефрэктомия, гемодинамика.

Мақсади таҳқиқот. Баланд бардоштани сифати ёрии тиббии махсусгардонидашуда ба кӯдакони гирифтори осеби пӯшидаи гурда тавассути муайян намудани омилҳои пешгӯишаванда дар ҷараёни давраи пас аз осеб ва интиҳоби усулҳои табобати мувофиқ.

Усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот 195 нафар кӯдакони гирифтори осеби ҷудошудаи гурдаҳои пӯшида дар шӯъбаи урологияи кӯдакони Маркази миллии тиббии «Шифобахш» дар солҳои 1990-2019 дар беморхона бистарӣ шуданд. Таҳлили ретроспективӣ ($n = 85$) ва перспективӣ ($n = 110$) гузаронида шуд, усулҳои ташхиси лабораторӣ, ултрасадо, радионуклидӣ ва томографӣ истифода шуданд. Арзёбии натиҷаҳои табобат бо истифода аз таҳлили оморӣ (SPSS, StatTech), аз ҷумла санҷиши t-студент, Шапиро-Уилк ва МакНемар анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва наwgонии онҳо. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои клиникӣ, ташхисӣ ва табобатии бемории стресси пас аз осеби стресс дар кӯдакон ҳамаҷониба омӯхта шуданд. Алгоритми ташхис ва табобат, аз ҷумла ангиография бо эмболизатсияи суперселективӣ таҳия ва татбиқ карда шуд. Омилҳои пешгӯии натиҷаҳо муайян карда шуданд, афзалиятҳои усулҳои консервативӣ ва каминвазивӣ дар беморони аз ҷиҳати гемодинамикии устувори осеби дараҷаи I-IV муайян карда шуданд. Пас аз 30% то 8% коҳиш ёфтани ҳодисаҳои мушкӣ, коҳиши давомнокии бистарӣ аз 16 то 11 рӯз ва беҳтар шудани натиҷаҳои дарозмуддат - мавҷуд набудани норасоии музмини гурда дар 88% кӯдакон пас аз як соли мушоҳида исбот карда шуд.

Тавсияҳо оид ба истифода. Натиҷаҳо дар таҷрибаи Маркази миллии тиббии «Шифобахш» татбиқ карда шуданд. Дар асоси маълумот тавсияҳои методӣ оид ба ташхис ва табобати бемории стресси пас аз осеб дар кӯдакон, ки ба шароити клиникии Ҷумҳурии Тоҷикистон мутобиқ карда шудаанд, таҳия карда шудаанд.

Соҳаи истифода: урологияи кӯдакона, ҷарроҳии таъҷилии кӯдакона, тандурустии ҷамъиятӣ, травматологияи кӯдакон.

ANNOTATION

Ismatzoda Sulaimon Sulton

"Closed kidney injury in children: clinical presentation, diagnostics and treatment methods"

Keywords: children, closed kidney injury, diagnostics, conservative treatment, minimally invasive methods, angiography, embolization, nephrectomy, hemodynamics.

Purpose of the work. To improve the quality of specialized medical care for children with closed kidney injury by identifying prognostic factors for the course of the post-traumatic period and choosing adequate treatment methods.

Research methods. The study included 195 children with isolated closed kidney injury hospitalized in the pediatric urology department of the State Medical Center "Shifobakhsh" in the period 1990-2019. A retrospective (n = 85) and prospective (n = 110) analysis was conducted, laboratory, ultrasound, radionuclide and tomographic diagnostic methods were used. The evaluation of treatment outcomes was performed using statistical analysis (SPSS, StatTech), including Student's t-test, Shapiro-Wilk and McNemar tests.

The obtained results and their novelty. For the first time in the Republic of Tajikistan, the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of post-traumatic stress disorder in children were comprehensively studied. A diagnostic and treatment algorithm was developed and implemented, including angiography with superselective embolization. Prognostic factors of outcomes were identified, the advantages of conservative and minimally invasive approaches in hemodynamically stable patients with grade I–IV trauma were established. A decrease in the incidence of complications from 30% to 8%, a reduction in the duration of hospitalization from 16 to 11 days, and an improvement in long-term results - the absence of chronic renal failure in 88% of children after a year of observation were proven.

Recommendations for use. The results were implemented in the practice of the State Medical Center "Shifobakhsh". Based on the data, methodological recommendations for the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder in children, adapted to the clinical conditions of the Republic of Tajikistan, have been developed.

Application are: pediatric urology, emergency pediatric surgery, public health, pediatric traumatology.