

УДК 616.351-089.87

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Раупов Фарход Сайдович, Восиев Жахоугир Жаббарович

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара

✓ Резюме

В статье представлены результаты лечения врожденной кишечной непроходимости у новорожденных за последние два года в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра. Были изучены клинические данные 46 новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью (ВКН). Как показали исследования, высокая форма ВКН установлена у 33 (71,8%) новорожденных, ВКН в 13 (28,2%) случаев проявляется в виде низкой кишечной непроходимости, и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороками развития внутренних органов.

Ключевые слова: атрезия, врожденная кишечная непроходимость, новорожденные, резекция кишечника.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS

Raupov Farkhod Saidovich, Vosiyev Jaxongir Jabborovich

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

The article presents the results of treatment of congenital intestinal obstruction in newborns over 2 years in the neonatal surgery department of the Bukhara Children's Medical Multidisciplinary Center. We studied the clinical data of 46 newborns with congenital intestinal obstruction (ICI). Studies have shown that a high form of VCI was found in 33 (71,8%) newborns, VCI in 13 (28,2%) of cases manifests itself in the form of low intestinal obstruction, and in 17 (36,9%) cases there is a combination with other malformations of internal organs.

Key words: atresia, congenital intestinal obstruction, newborns, bowel resection.

БОЛАЛАРДА ТУГМА ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИИ МУКАММАЛЛАШТИРИШ

Раупов Фарход Сайдович, Восиев Жахоугир Жаббарович

Бухоро давлат тиббиёт институти

✓ Резюме

Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази чақалоқлар хирургияси бўлимида сўнги икки йилда тугма ичак тутилиши (ТИТ) билан даволанган 46 бемор даволаш натижалари келтирилган. Ўрганишилар натижасида ТИТ юқори шакли 33 (71,8%) чақалоқларда, 13 (28,2%) ТИТ пастки шакли аниқланган ва 17 (36,9%) ҳолатларда ТИТ ички аъзолар бошқа нуқсонлари билан келиши кузатилган.

Калит сўзлар: атрезия, ичак резекцияси, тугма ичак тутилиши, чақалоқлар.

Актуальность

Несмотря на достижения современной детской хирургии проблема своевременной диагностики и оказание целенаправленного, комплексного лечения врожденных пороков и аномалий развития (ВПАР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют

серъёзную медицинскую и социальную проблему [1,2,10]. Проблема повышения качества медицинской помощи детям первого года жизни с хирургическими заболеваниями в современных экономических и социальных условиях требует эффективных решений

[1,4,5]. Врождённая кишечная непроходимость новорождённых (ВКН) является одним из самых распространенных патологий в хирургии неонатального периода. В структуре всех врожденных аномалий достигая 29,1%, занимает третье место [5,7]. В 33% случаях данные пороки развития проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН). При этом, показатель летальности при данной патологии остается высоким [5,7]. По данным литературы, ВКН диагностируется с частотой от 1:1500 до 1:2700 среди живорожденных новорожденных с одинаковой частотой у мальчиков и девочек.

Вместе с тем успех хирургического лечения во многом зависит от своевременной постановки диагноза, а также раннего перевода ребенка в хирургический стационар и адекватной предоперационной подготовки [3,8]. Кроме того, правильная интраоперационная оценка патофизиологического состояния органов брюшной полости, верная тактика оперативного лечения, правильное ведение больных в послеоперационном периоде с адекватным инфузионно - трансфузионной терапией имеет огромное значение в послеоперационном периоде. Актуальность болезни обусловлена тяжелыми нарушениями работы желудочно-кишечного тракта, высоким риском осложнений и вероятностью отдаленных негативных последствий оперативного лечения.

До настоящего времени не существует единой точки зрения по отношению выбора хирургической тактики у этой категории больных. Показания к операции, сроки их выполнения, объем оперативных вмешательств, доступы и оценка эффективности повторных оперативных пособий - остаются предметом дискуссии как отечественных, так и зарубежных специалистов [3,6,9]. Выполнение паллиативных операций по экстренным показаниям так же имеет свои недостатки: нерациональное выведение колостом, длительное отключение различных отделов толстой кишки, приводят не только к затруднениям в выполнении реконструктивного вмешательства, но и существенно осложняют послеоперационную реабилитацию этих же детей [2,5,10]. Послеоперационные осложнения, возникающие в отдаленном периоде наблюдения, ухудшают прогноз и результаты

хирургического лечения, влияют на качество жизни пациентов.

Изучение данных литературы показало, что научных данных, посвящённых к изучению факторов, приводящих к формированию ВКН у новорождённых, а также в диагностике, лечения и тактике ведения встречаются очень редко.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей врождённой кишечной непроходимости в зависимости от анатомической формы патологии у новорожденных.

Материал и методы

В основу настоящей работы составляет данные обследования и лечения 46 больных с диагнозом: «Врожденная кишечная непроходимость кишечника» у новорожденных, получившие хирургическое лечения в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра, являющегося клинической базой кафедры «Детской хирургии» Бухарского государственного медицинского института за период 2019 – 2020 годы. При распределение больных по полу 22 (55,9%) мальчики, 24 (44,1%) девочек. У 17 больных (37%) было отягощённый акушерский анамнез, 12 (26,1%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 17 (36,9%) больных. С врожденной кишечной непроходимостью поступили из районных больниц по сан. авиации 21 (45,6%) новорожденных, 8 (17,4%) были из города и пригорода Бухары, 17 случаях (36,9%) больные были направлены в стационар из отдаленных регионов.

По срокам госпитализации в первые 2 суток жизни больные новорожденные из районов поступили в 34 (74%) случаях, остальные 12 (26%) новорожденные поступали на 3 сутки и более от момента рождения. При этом выявлена более ранняя госпитализация в группе больных с низкой кишечной непроходимостью ввиду наличия более яркой клинической картины и быстрого ухудшения состояния новорожденного, тогда как при низкой непроходимости состояние больного длительное время остается относительно стабильным. Как в группе больных с высокой, так и с низкой врожденной кишечной непроходимостью, в половине случаев была клиника частичной кишечной непроходимости, и не выраженность клинических симптомов

привела к более поздней диагностике и госпитализации в хирургический стационар.

Как известно, для врожденной кишечной непроходимости характерно отсутствие мекония, рвота и видимое изменения состояния в животе, для уточнения диагноза очень ценными являются информация, полученная при рентгенологических исследований. На основание клинико-лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 33 (71,8%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 13 (28,3%) больных и в 3-х (6,5%) случаях отмечено летальность.

Результат и обсуждения

Многообразие патоморфологических вариантов пороков кишечной трубы обуславливает сложности в выборе не только хирургической тактики лечения того или иного вида врожденной патологии, но и самой техники оперативного вмешательства. Оперативное вмешательство осуществлялось после предоперационной подготовки, длительность и характер которой определялись в зависимости от вида порока, срока поступления, наличия осложнений, тяжести состояния ребенка и дефицита массы тела. Хирургическая тактика при высокой кишечной непроходимости определялась в зависимости от выявленной патологии. В структуре высокой кишечной непроходимости чаще встречались острая форма врожденного пилоростеноза – 19 (41,3%) новорожденных, которым как принято в классической хирургии произведено надслизистая пилоромиотомия по Фред-Рамштедда с благоприятным исходом. Синдром Ледда наблюдался у 7-ми (15,2%) больных, которые прооперированы с удачным исходом. Мембраннызная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 2-х (4,3%) больных, которым произвели дуоденотомию с циркулярной мембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 3-х (6,5%) случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуоденоанастомоза, которого удалось осуществить в одном – (2,2%) случае с удачным исходом, в остальных 2-х (4,3%) случаях диастаз между сегментами был значительный и не позволял сопоставить

приводящие и отводящие петли, и у данных больных выполнен обходной дуодено-еюноанастомоз. К сожалению, оба случая оказались неудачными. Интересным был факт установления мембраннызной формы удвоения желудка (в одном случае), которая дала клинику высокой кишечной непроходимости, для устранения которого пришлось выполнить операцию – гасторотомия, циркулярная мембранотомия с последующей гастропластикой. Гиперфиксация и перегиб начального отдела тощей кишки в области «Тройцовой» связки устранили путем разъединения врожденных спаек.

С врожденной низкой кишечной непроходимостью поступили за данный период 13 (28,2%) новорожденных. В большинстве случаев – у 7-ми (15,2%) больных, причиной кишечной непроходимости была атрезия кишечника, у 1-го больного (2,2%) выявлен заворот приводящей петли, расширение объема резекции при котором вызвал синдром «короткой кишки» и вследствие летальный исход. Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков мекониального перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. У 2-х (4,3%) больных с низкой непроходимостью причиной обструкции был спайки на фоне перенесенного язвенно-некротического энтероколита, а у одного больного прооперированы с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого был тотальный агангилиз толстой кишки (болезнь Зульцера-Вильсона), после резекции толстой кишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита. В послеоперационном периоде на 3 сутки, наблюдалось летальный исход. Абсолютными показаниями к выведению стомы были случаи атрезии толстой кишки и атрезии подвздошной кишки на фоне перфорации и перитонита [4]. Объем резекции зависел от уровня атрезии и выраженности вторичных изменений в атрезированном сегменте.

Вывод

Таким образом, результаты исследования показали, что ВКН в 71,8% случаев проявляется в виде высокой кишечной непроходимости, в 13 (28,2%) случаев проявляется в виде низкой кишечной непроходимости и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороками развития внутренних органов. При высокой

кишечной непроходимости преобладает острая форма врожденного пилоростеноза и синдром Ледда, в то время как при низкой кишечной непроходимости преобладают различные варианты атрезии тонкого кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Быковская Т.Ю., Шишов М.А. Актуальные вопросы организации медицинской помощи новорожденным при хирургических заболеваниях // Медицинский вестник Юга России. 2015. - №1. - С.40-43.
2. Раупов Ф.С. Лечения тотальной формы болезни Гиршпрунга с обширной резекцией толстой кишки //Новый день в медицине/-2020. №:4(32).-С. 316-318.
3. Раупов Ф.С. Возможные нарушения функции толстого кишечника после резекции у детей// Проблемы биологии и медицины. - 2020. №3. Том. 119. - С. 78-81.
4. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Охлопков М.Е. Врожденная кишечная непроходимость: Выбор хирургической тактики и техники кишечного шва // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. №4. -С. 216-218.
5. Эргашева Н. Н. Особенности клинической картины врождённой кишечной непроходимости у новорождённых //«Фундаментальная наука в современной медицине – 2018» Материалы дистанционной научно-практической конференции молодых учёных. -С.603-606.
6. Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children // Afr J Paediatr Surg. - 2011. - №8. - P. 8-11.
7. Spilde T.L., St. Peter S.D., Keckler S.J. et al. // J. Pediatr. Surg. - 2008. - № 43(6) - P. 1002-1005.
8. Cheung S.T., Tam Y.H., Chong H.M., Chan K.W., Mou W.C., Sihoe D.Y., Lee K.H. An 18-year experience in total colonic aganglionosis: from staged operations to primary laparoscopic endorectal pull-through. J. Pediatr Surg 2009; 44: 12: 2352-2354.
9. Fouquet V., De Lagausie P., Faure C. et al. Do prognostic factors exist for total colonic aganglionosis with ileal involvement? J Pediatr Surg 2002; 37: 71-75.
10. Fraser J.D., Garey C.L., Laituri C.A., Sharp R.J., Ostlie D.J., St Peter S.D. Outcomes of laparoscopic and open total colectomy in the pediatric population. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2010; 20: 7: 659-660.

Поступила 09.11.2021