



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (51) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (51)

2023

Received: 20.12.2022
Accepted: 29.12.2022
Published: 20.01.2023

УЎК 616.329-007.271-053.31

ЧАҚАЛОҚЛАР ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИДА ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗ ЎРНАТИШ УСУЛИ

^{1,2}Эргашев Б.Б., ³Ажимаматов Х.Т., ³Тошбоев Ш.О.

¹Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик маркази,

²Тошкент Педиатрия тиббиёт институти,

³Андижон Давлат Тиббиёт институти

✓ Резюме

Мазкур мақолада қизилўнгач атрезияси таъхисланган чақалоқларда ошқозон кардиал қисмининг баллонли тампонадаси ва қизилўнгачни ўз ўқи атрофида 180° га ротация қилиш ва қизилинўнгач олд деворига чоклар ўрнатиш билан такомиллаштирилган эзофагоанастомоз ўрнатиш усули баён қилинган. Таклиф қилинаётган тактик ва техник ёндошувлар операциядан кейинги эрта асоратлар ва операция билан боғлиқ ўлим кўрсаткичини камайтириш ва чақалоқлар ҳаёт сифатини яхшилаш имкониятини берган. Таклиф қилинган даволаш усулида летал оқибатлар 12,0% ни, анъанавий даволаш усулида эса 33,3% ни таъкил қилди, яъни ўлим кўрсаткичини 2,5 мартага камайтиришга эришилди, ўз навбатида, исжобий натижалар ҳиссаси 66,6% дан 87,5% гача ортган.

Калит сўзи: қизилўнгач атрезияси, эзофагоанастомоз, чақалоқлар, хирургик даволаш

СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

^{1,2}Эргашев Б.Б., ³Ажимаматов Х.Т., ³Тошбоев Ш.О.

¹Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Андижанский государственный медицинский институт

✓ Резюме

В данной статье описан усовершенствованный способ наложения эзофагоанастомоза с баллонной тампонадой кардиального отдела желудка и с поворотом пищевода вокруг своей оси на 180° и наложением швов на переднюю стенку пищевода у детей раннего возраста с диагнозом атрезия пищевода. Предложенные тактико-технические подходы позволили снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и летальность, связанную с операцией, улучшить качество жизни детей раннего возраста. При предложенном способе летальные исходы составили 12,0%, при традиционном 33,3%, т.е., доля благоприятных исходов повысилась с 66,6% до 87,5%.

Ключевые слова: атрезия пищевода, эзофагоанастомоз, дети раннего возраста, хирургическое лечение.

OVERLAYING OF ESOPHAGOANASTOMOSIS IN ATRESIA OF THE ESOPHAGUS IN NEWBORN

^{1,2}Ergashev B.B., ³Ajimatov Kh.T., ³Toshboev Sh.O.

¹ Republican Educational, Medical and Methodological Center of Neonatal Surgery,

² Tashkent Pediatric Medical Institute,

³ Andijan State Medical Institute,

✓ **Resume**

This article describes an improved method of applying esophagoanastomosis with balloon tamponade of the cardiac part of the stomach and with a 180° rotation of the esophagus around its axis and suturing the anterior wall of the esophagus in young children diagnosed with esophageal atresia. The proposed tactical and technical approaches have made it possible to reduce the frequency of early postoperative complications and mortality associated with the operation, improve the quality of life of young children. With the proposed method, deaths were 12.0%, with the traditional 33.3%, i.e., the proportion of favorable outcomes increased from 66.6% to 87.5%.

Key words: *esophageal atresia, esophagoanastomosis, young children, surgical treatment.*

Долзарблғи

Кизилўнғач атрезияси чақалоқлар орасида 1:3000 ни ташкил қилиб, болалар жарроҳи амалиётида учровчи, ва ўз вақтида ташхислаш, шошилиш жарроҳлик амалиётни талаб қилувчи туғма ривожланиш нуқсонларига киради [3,4,5,8,12,14,16,21]. Қуйи трахея-кизилўнғач оқмаси унинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб ҳисобланади [7,21].

Кўп ҳолларда қизилўнғач атрезиясини жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш, оғир респиратор-дистресс синдром билан кечувчи ва респиратор ёрдамга муҳтож чақалоқларни мустасно қилган ҳолда шошилиш бўлиб ҳисобланмайди. Мазкур нуқсонни бартараф қилиш учун асосий кириш йўли бўлиб торакотомия бўлиб қолмоқда. Ушбу тоифага кирувчи беморларга юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатиш учун, ҳозирги даврда нафақат мамлакатимизда, балки кўпгина дунё мамлакатларида танқисли кузатилаётган махсус ускуналар ва мутахассислар бўлиши тақозо қилинади [1,2,9,11,15]. Бахтга қарши, охириги йилларда чақалоқларда жарроҳлик патологиялари ва туғма нуқсонларни ташхислаш ва даволашга бағишланган тадқиқот ишларининг кўпчилиги қарамай бу соҳада тиббий-ижтимоий тадқиқотлар кам учрамоқда.

Кўп сонли МДХ давлатлари ва чет эл муаллифларининг чақалоқларда қизилўнғач атрезиясини даволашга бағишланган маълумотларига кўра ҳозирги пайтда қатор ютуқларга эришилганига қарамай бу борада кўп муаммолар, шунингдек техник жиҳатларга боғлиқ муаммолар ҳам ечимини топмаган [5,9], ушбу патология туфайли ўлим кўрсаткичи эса 40-60% ни ташкил қилмоқда [2,13,20]. Айниқса ҳамроҳ келган соматик касалликлари бор чақалоқларда бу нуқсонни бартараф қилишда қийинчиликлар юзага келмоқда [1,19].

Кўплаб адабиётларда торакотомиянинг ўсувчи организмнинг мушак-қовурға комплексига нўжўя таъсири тўғрисидаги маълумотларнинг келтирилиши ушбу нуқсонни бартараф этиш амалиётига торакоскопия каби кам инвазив усулларни тадбиқ қилинишига олиб келди [6,17,18]. Бироқ, ушбу усулларнинг афзалликлари билан бир қаторда тана вазни 2 кг дан кам болаларда ва оғир ўпка патологияларида ипсилатерал ўпканинг коллапси юз бериши туфайли торакоскопияга мониторинглар ҳам аниқланди. Бундан ташқари, трансплеврал йўл билан кириб бориш торакоскопик коррекциянинг камчиликлари билан бири бўлиб ҳисобланади.

Кўпинча қизилўнғач атрезияси каби кўриниб турувчи ташқи дефектларсиз туғма нуқсонларда диагностик ва тактик хатоликларга йўл қўйилади. Бундай аномалиялар билан туғилган чақалоқларнинг 58% гина 3 кунгача бўлган муддатда жарроҳлик стационарига ётқизилади, айни вақтда шошилиш ёрдамга муҳтож бўлган беморларнинг 42% жарроҳлик бўлимларига 4-6 кундан сўнг келтирилади, бу эса салбий оқибатлар келиб чиқишига замин яратади.

Мамлакатимизда туғма нуқсонлар билан туғилган чақалоқларда ўлим кўрсаткичининг камайиб боришига қарамадан, чала туғилиш, ҳамроҳ келган ва ёндош патологиялар, сегментлараро диастазнинг узунлиги туфайли ҚА ни бартараф қилиш бўйича айрим мураккабликлар мавжуд. Операциядан кейинги даврда чоклар нотўғунлиги, йирингли-септик асоратлар, қизилўнғач стенози оқмалар реканализацияси каби асоратларнинг юз бериши хирургик даволаш натижаларига салбий таъсир кўрсатади. Қизилўнғач юқори сегментини ажратиш, циркуляр ва спиралсимон миотомия, шунингдек қизилўнғачни бужлаш каби ҳозирда қўлланилаётган усуллар ҳар доим ҳам яхши натижа бермайди. Қизилўнғачни йўғон ичак билан алмаштириш каби жарроҳлик усуллари жуда жароҳатли бўлиб, леталликнинг юқорилиги ва кўп асоратланиш билан кечади. Шунинг учун ҳам ҳозирда мазкур операциялар амалиёт шифокорларини қониқтира олмаганлиги сабабли ҳаёт сифатини яхшиловчи, қизилўнғачни

сақлаб қолишга қаратилган тўғридан-тўғри анастомоз қўйиш усуллари тақомиллаштириш бўйича қатор изланишлар олиб борилмоқда. Келтирилган илмий жиҳатлар чақалоқларда қизилўнгач атрезиясини жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш муаммоси бўйича мавжуд баъзи нуқтаи-назарларни қайта кўриб чиқишни тақозо қилади.

Илмий тадқиқот мақсади: Чақалоқлар қизилўнгач атрезиясида эзофагоанастомоз ўрнатишни техник жиҳатдан тақомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Илмий тадқиқот иши Республика Перинатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-услубий маркази (РПМ НХЎДУМ) ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази (АВБКТМ) хирургия бўлимига 2015-2019 йиллар мобайнида ҚА билан келтирилган 178 нафар чақалоқлардан фақат оқмали ҚА билан ётқизилган ва бирламчи (тўғридан-тўғри) анастомоз ўрнатилган 167 нафар чақалоқларнинг хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Тадқиқот мобайнида оқмали ҚА аниқланган чақалоқларни ташхислаш ва даволаш тактикасида асоратланиш эҳтимоли ва интенсив терапия имкониятларига кўра услубий ёндошувлар ўзгарди. Шу туфайли барча клиник материаллар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди (1-жадвал).

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги чақалоқларнинг жинси, тана вазни ва гестацион ёшига кўра тақсимланиши

№	Асосий кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=104)		Назорат гуруҳи (n=63)		Жами (n=167)	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Ўғил болалар	59	56,7	28	44,3	87	52,1
2	Қиз болалар	45	43,3	35	55,7	80	47,9
3	Етук туғилганлар	76	73,1	57	90,5	133	79,6
4	Чала туғилганлар	28	26,9	6	9,5	34	20,3
5	Ўртача тана вазни, гр	2760		2792		2776	
6	Гестация муддати, ҳафта	37,3		38,2		37,7	

Назорат гуруҳига ҚА аниқланган ва 2015-2016 йилларда анъанавий усулда ташрихлар ўтказилган 63 нафар чақалоқлар киритилди. Улардан 28(44,4%) таси ўғил болаларни, 35(55,6%) нафари қиз болаларни ташкил қилган бўлиб, етук туғилган чақалоқлар улуши 57(90,5%) чала туғилганлардан кўпроқ 6(9,5%) учради. Туғилиш пайтига келиб чақалоқларнинг ўртача гестацион ёши 38,2 ҳафтани, тана вазни 2792 граммни ташкил қилди. Мазкур гуруҳдаги барча чақалоқларда анъанавий усулда бирламчи анастомоз қўйилган.

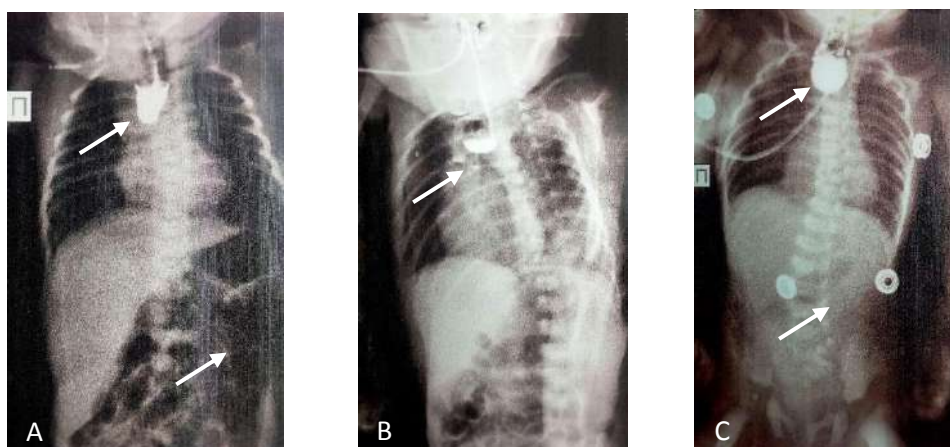
Асосий гуруҳга 2017-2019 йиллар мобайнида даволанишда бўлган 104 нафар ҚА аниқланган чақалоқлар киритилди. Улардан 59(56,7%) таси ўғил болаларни, 48(46,1%) нафари қиз болаларни ташкил қилган бўлиб, етук туғилган чақалоқлар ҳиссаси 76(73,1%) чала туғилганлардан кўпроқ 28(26,9%) эканлиги маълум бўлди. Туғилиш пайтига келиб чақалоқларнинг ўртача гестацион ёши 37,3 ҳафтани (25 дан 43 ҳафтагача), тана вазни эса ўртача 2760 граммни (1190 дан 4480 граммгача) ташкил қилди.

Назорат гуруҳидаги чақалоқларни хирургик даволаш натижаларига ва адабиёт маълумотларига кўра хулоса қилиш мумкинки, анъанавий усулда бажарилган операцияларда анастомоз нотурғунлиги учраш даражасининг юқори кўрсаткичлари қуйидагилар билан боғлиқ:

- бир қатор тугунли чоклар ўрнатилиши қизилўнгач охирларининг етарлича адаптация бўлмаслиги туфайли анастомоз герметиклиги етарлича таъминланмайди;
- ҚА мавжуд чақалоқларда икки қаторли чокларнинг ўрнатилиши тўқималарни қўшимча равишда эзилиши, қоннинг димланиши, кескин циркулятор гипоксия ривожланишига сабаб бўлувчи омил бўлиб ҳисобланади;
- ошқозон таркибининг анастомоз зонаси билан доимий равишда контактда бўлиши анастомозит жараёнини оғирлаштиради ва нотурғунлик ривожланиш хавфини орттиради.

Юқорида келтирилган барча жиҳатлар мазкур муаммони бартараф қилишда янги ечимларни излашни талаб қилди. Шу мақсадда ҚА ташхисланган чақалоқларда эзофаго-эзофагоанастомоз шакллантириш усули техник жиҳатдан такомиллаштирилди ва олинган натижалар ҳар икки гуруҳда таққослама таҳлил қилинди.

Барча чақалоқларда умумклиник текшириш усуллари олиб борилди. Чақалоқлар шифохонага келтирилганда уларнинг умумий ҳолати, оғирлик даражасини баҳолаш билан бирга қизилўнгачни зондлаш, Элефант синамаси каби махсус тестлар ҳам ўтказилди. ҚА ва бирга келган аномалияларни бирламчи ташхислашда Flexa Vision” (Shimadzu Corporation, Япония) аппаратида қизилўнгачни контрастли текшируви ўтказилди. Бунинг учун қизилўнгачга 8 Fr ўлчамдаги ошқозон зонди қаршилик сезилгунга қадар киритилади, сўнгра 1,0-1,5 мл миқдорда стерил бўлган сувда эрувчи контраст модда (Урографин, Тразограф 76%) юборилиб, кўкрак ва қорин соҳаси рентгенографияси ўтказилди. Бунда қизилўнгач орал қисмининг атрезияланган соҳаси ва ҚА анатомик шаклини, шунингдек ҳамроҳ аномалияларни аниқлаш мақсадида ҳазм трактининг дистал қисмида пневматизациянинг мавжудлиги ёки йўқлиги кўрилди (1-расм).



1 – расм. Қизилўнгачнинг контрастли рентгенографияси

Қорин бўшлиғининг ультратовушли сонографияси “Хario 200, TUS-X200” (Toshiba Medical system corporation, Япония) ультратовушли ташхислаш тизимида 35C50EA, 35C20EA модели 3,5 – 7,5 МГц секторли, чизиқли матрицали ва конвексли датчиклар ёрдамида қорин бўшлиғи аъзолари эхографияси ўтказилди. ҚА билан туғилган чақалоқларда операциядан кейинги эрта асоратлар ва леталлик кўрсаткичини таҳлил қилиш орқали таклиф қилинган техник ва тактик ёндошувларнинг самарадорлиги баҳоланди.

Олинган натижалар статистик таҳлилнинг қуйидаги усуллари орқали таҳлил қилинди:

параметрик усуллар (меъёрий тақсимланган миқдорий белгилар учун) – ўртача катталикларни ҳисоблаш (M), ўртача квадратик оғиш (s); нопараметрик усуллар (сифатий белгилар ўртасида боғлиқликни таҳлил қилиш) – Пирсон χ^2 - мезони; Леталлик коэффиценти Каплана-Мейер усулида амалга оширилди. Кузатилган ходисалар Пуссон тақсимотида кўра 95% CI – ишонарлилик коэффиценти ҳисоблаб чиқилди.

Натижа ва таҳлиллар

Назорат гуруҳидаги чақалоқларда III-IV қовурғалар орасидан ўнг томонлама орқа-ёнбош торакотомия ўтказилади. Экстраплеврал йўл билан орқа кўкс оралиғига йўл очилади. Қизилўнгачнинг дистал қисми ажратилади ва трахея-қизилўнгач оқмаси бартараф қилинади. Қизилўнгачнинг дистал қисми диаметрига мос равишда 6 Fr/Ch ёки 8 Fr/Ch ўлчамли ошқозон зонди ўтказилгандан сўнг қизилўнгачнинг барча қаватлари орқали бир қатор тугунли чоклар қўйиш орқали учма-уч анастомоз шакллантирилади.

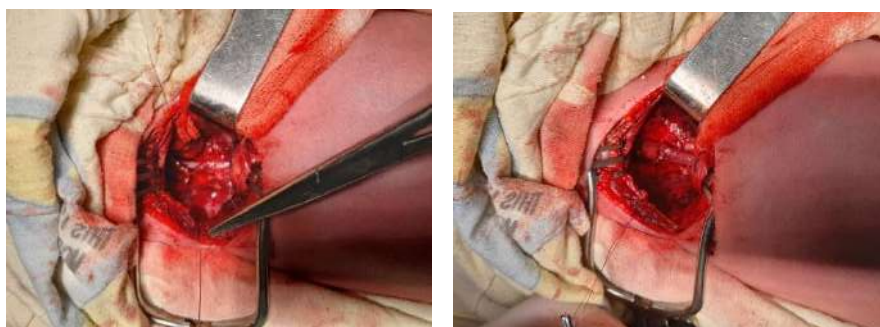
Асосий гуруҳ беморларида эзофаго-эзофагоанастомоз ўрнатиш операцияси такомиллаштирилган усулда бажарилган (Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д. “Қизилўнгач атрезиясини хирургик даволаш усули” Ўзбекистон Республикаси ихтиро учун патент №IAP 05092). Ушбу гуруҳ чақалоқларида орқа-ёнбош торакотомия орқали қизилўнгачга экстраплеврал

йўл очилади, унинг орал сегменти мобилизация қилиниб, трахея-қизилўнгач оқмаси бартараф қилинади (2-расм).



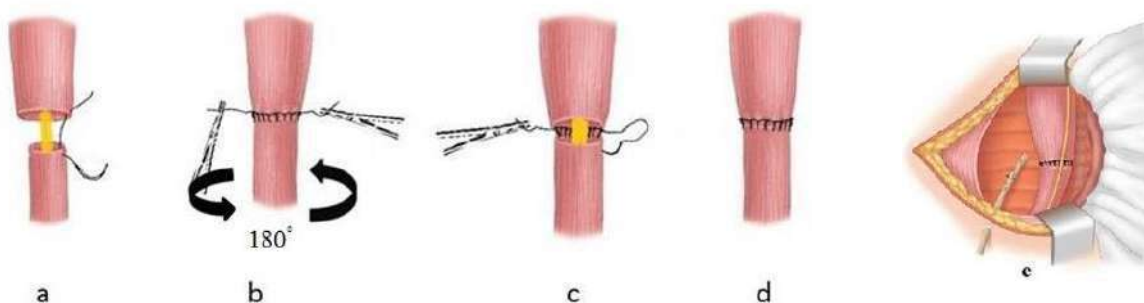
2-расм. Торакотомия. Трахея-қизилўнгач оқмасини бартараф қилиш

Сўнгра ошқозонга кардиал баллонли зонд киритилиб, қизилўнгачнинг барча қаватлари орқали атравматик игналар ёрдамида бир қатор узлуксиз чоклар ўрнатилади. Анастомозни шакллантириш куйидагича амалга оширилади: Fr/Ch-6 ёки Fr/Ch-8 ошқозон зонди ўрнатилгач, қизилўнгачнинг олд деворига бир қатор узлуксиз чоклар шундай ўрнатиладики, ипларнинг ҳар икки охири эркин ҳолда ушлагич сифатида қолдирилади (3-расм).



3-расм. Қизилўнгачга зонд киритилган. Бир қатор узлуксиз чок қўйиш. Қизилўнгачнинг учма-уч анастомози. Якуний босқич

Сўнгра ушбу ушлагичлар ёрдамида қизилўнгач ўз ўқи атрофида 180° га ротация қилинади ва орқа деворига бир қатор узлуксиз чок ўрнатилади. Ушлагичлар олиб ташлангач, қизилўнгач ўз ўқи атрофида 180° қайта айланади ва дастлабки анатомик ҳолатни эгаллайди. Анастомоз соҳасига дренаж найча ўрнатилади (4-расм).



4-расм. Такмиллаштирилган қизилўнгач анастомозини шакллантириш босқичлари

Операциядан кейинги эрта даврда барча даво чоралари ҳаётини муҳим аъзолар фаолитини сақлаб туриш, ошқозон-ичак тракти функциясини тиклаш, сув-электrolит мувозанатини

меърида ушлаб туриш, оксилга бўлган эҳтиёжаларни тўлақонли таъминлаш, шунингдек антибактериал терапия ўтказишга қаратилди. Шу билан бирга чакалоқ оптимал ҳарорат режимида (кювез-инкубатор, иситиш тизимлари ва ҳ.) ушлаб турилиши керак. Ошқозонга ўрнатилган зонд билан анастомознинг жароҳатланишини олдини олиш мақсадида уни камида 10 кун ушлаб турилади. Операциядан кейинги 5-7 кунлари анастомозни тортилишига мойиллик яратувчи бўйин ҳаракатлари чекланади.

Шунингдек, тадқиқот гуруҳларида операциядан кейинги асоратланиш ва летал оқибатлар кўрсаткичи таҳлил қилинди. Назорат гуруҳида операциядан кейинги летал оқибатлар жами 43 (68,2%) нафар чакалоқларда кузатилди (2-жадвал).

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳидаги чакалоқларда операциядан кейинги эрта асоратлар

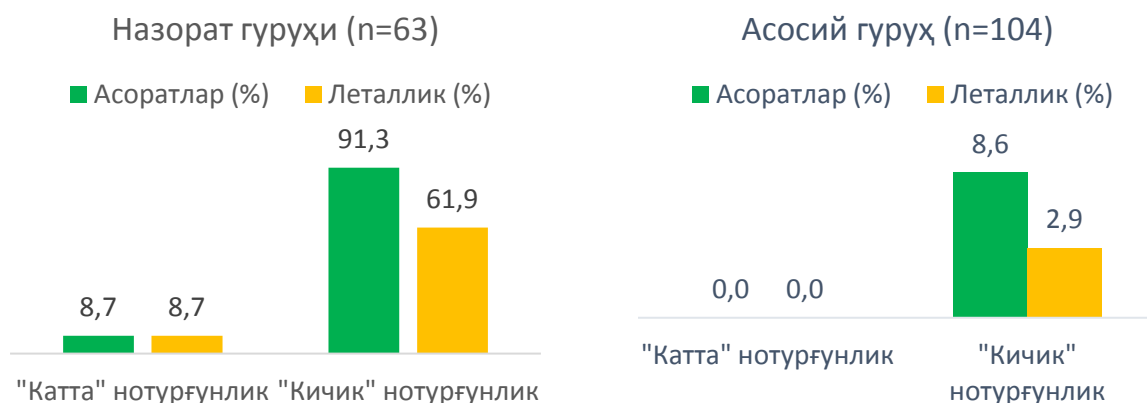
№	Асорат тури	Назорат гуруҳи (n=63)		Асосий гуруҳ (n=104)		Жами (n=167)	
		abs	%	abs	%	abs	%
1	Анастомоз нотурғунлиги	23	36,5	9	8,6	32	19,2
2	Оқма чўлтоғи нотурғунлиги	1	1,6	2	1,9	3	1,8
3	Трахея-қизилўнгач оқмаси реканализацияси	1	1,6	-	-	1	0,59
4	Ошқозон перфорацияси, перитонит	2	3,2	1	0,96	3	1,79
5	Хилоторакс	1	1,6	1	0,96	2	1,19
	Жами	28	44,4	13	12,5	41	24,5

Ўлим сабабалари бўлиб хирургик асоратлар (анастомоз нотурғунлиги, медиастит) фонида септик ва геморрагик сабабалар исобланди. Чакалоқларнинг кўпчилигида келтирилган пайтидаёқ турли шиш-геморрагик ва ТИҚИ-синдроми белгилар олиб келинган. Бу ҳолатлар операция жараёнида ва операциядан кейинги даврда бирмунча оғирлашиши кузатилган. Операциядан кейинги эрта асоратлар 63 нафар чакалоқларнинг 28 (44,4%) нафарида вужудга келган. Мазкур гуруҳдаги чакалоқларнинг қарийиб ярмида (n=28; 44,4%) операциядан кейинги эрта давр асоратланишлар билан кечган. Энг кўп учраган асорат бўлиб қизилўнгач анастомози нотурғунлиги ҳисобланди. Мазкур асорат 23 (36,5%) нафар чакалоқда учради ва операциядан кейини 2-3-суткасида ривожланган.

Анастомоз нотурғунлиги аниқланган 23 нафар чакалоқларнинг 2 (8,7%) тасида реторакотомия тарзида жарроҳлик тактикаси қўлланилган. 1 нафар чакалоқда анастомоз ажратилди ва бўйин эзофагостома қўйилди ва Кадер бўйича гастростомия шакллантирилди, яна бир беморда реанастомоз бажарилди. 21(91,3%) чакалоқларда консерватив даво чоралари ўтказилди ва бунинг натижасида 8(38,1%) нафар беморда операциядан кейинги 26-49 суткаларда анастомознинг битиши кузатилди. Анастомоз нотурғунлиги аниқланган 13(61,9%) нафар чакалоқларда ўтказилган оператив ва консерватив даво чораларига қарамадан летал оқибат юз берди.

Асосий гуруҳдаги чакалоқларда ҳам операциядан кейинги эрта даврда анастомоз нотурғунлиги каби асоратланиш кўп учради, бироқ ушбу асоратнинг 8,65% гача камайганлиги қайд этилди.

Тадқиқот гуруҳларидаги чакалоқларда анастомоз нотурғунлигининг турлари ва ўлим кўрсаткичлари бўйича тавсифи 5-расмда акс эттирилган.



5-расм. Тадқиқот гуруҳларидаги чақалоқлар орасида анастомоз нотурғунлиги ва ўлим кўрстакичининг тақсимланиши

Чала туғилиш ёки қўшма туғма нуқсонлар фонида полиорган етишмовчиликнинг ривожланиши, аспирацион пневмония ва ТИҚИ-синдромининг авж олиши летал оқибатларнинг асосий сабаби бўлиб ҳисобланди.

ҚА билан туғилган чақалоқларда операциядан кейинги эрта асоратлар ва леталлик кўрсаткичини таҳлил қилиш учун узвийлик жадвали шакллантирилди. Ўрганилаётган белгилар ўртасида боғлиқлик мавжудлиги кичик ўлчамдаги танламалар учун мўлжалланган Фишернинг аниқ мезони ёрдамида ҳисобланди. Критик аҳамиятлилиқ даражаси сифатида $p=0,05$ олинди (3-жадвал).

3-жадвал

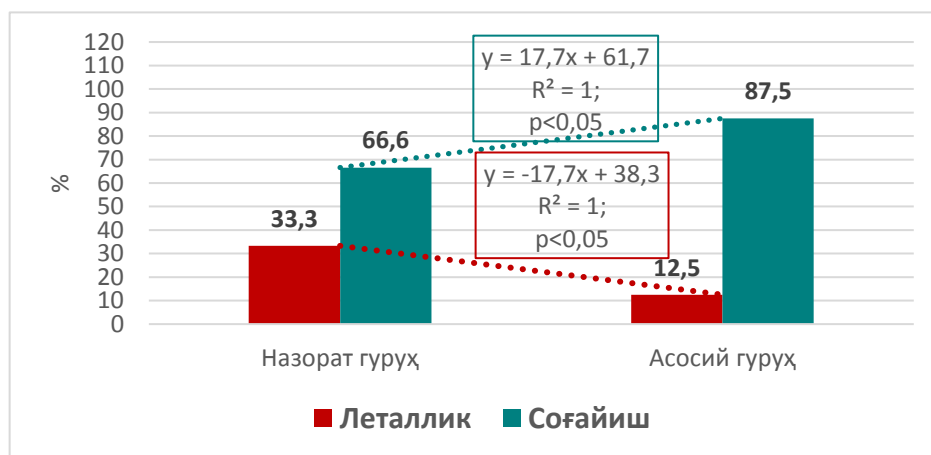
Тадқиқот гуруҳларида операциядан кейинги эрта асоратларнинг қийёсий тавсифи

Асоратлар	Асосий гуруҳ (n=104)				Назорат гуруҳи (n=63)				χ^2	φ	p
	мусбат		манфий		мусбат		манфий				
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%			
Анастомоз нотурғунлиги	9	8,6	95	91,3	24	38,1	39	61,9	21,4	0,36	<0,00 1
Ошқозон перфорацияси, перитонит	1	0,9	103	92,3	2	3,17	61	96,8	1,089	0,08	>0,05
Хилоторакс	1	1,0	103	99,0	1	1,59	62	98,4	0,130	0,028	>0,05
Трахея-қизилўнғач оқма реканализацияси	2	1,9	102	98,1	1	1,59	62	98,4	0,025	0,012	>0,05
Жами	13	12,5	91	87,5	29	46,0	34	54,0	23,4	0,375	<0,05
Леталлик	13	12,5	91	87,5	21	33,3	42	66,6	14,27	0,292	<0,05

Изоҳ: χ^2 - Пирсоннинг хи-квадрат мезони; ϕ - Фишернинг аниқ мезони; <0,05 - <0,001 – статистик ишонарли

Жадвал маълумотларида акс этганидек, асосий гуруҳда операциядан кейинги даврда асоратланиш ҳолати 12,5% ни, назорат гуруҳида эса 46,0% ни ташкил қилди ва ўлим кўрсаткичининг асосий гуруҳга нисбатан назорат гуруҳида ишонарли равишда бирмунча юқори эканлиги маълум бўлди ($\phi=0,292$; $p<0,05$).

Шунингдек, анастомоз нотурғунлиги кўринишидаги асоратнинг гуруҳлараро узвийлик даражаси сезиларли равишда кучли боғлиқликка эга бўлиб чиқди ($\phi=0,36$; $p<0,001$). Жами бўлиб назорат гуруҳидаги 63 нафар чақалоқларнинг 29(46,0%) нафарида асоратланиш ҳолати кузатилган бўлиб, уларнинг 21(33,3%) тасида ўлим ҳолати юз берди. Асосий гуруҳдаги чақалоқларда “катта” нотурғунлик кузатилмади, уларнинг барчасида ($n=9$) консерватив даво чоралари ўтказилди ва бу гуруҳда жами бўлиб 13 (12,5%) та асоратланиш ҳолатлари ва уларнинг барчаси летал оқибат билан якунланган (6-расм).



6-расм. Тадқиқот гуруҳларида операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи

4-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида летал оқибат кузатишган ва яшаб қолган чақалоқларнинг хирургик тактикага боғлиқ равишда 7, 30, 60 кунлик яшовчанлик кўрсаткичи

Тадқиқот даври (гуруҳлари)	Сут-калар	Летал Оқибат		Яшаб қолганлар		Жами		M±m	95%CI	Log-rank* χ²	P
		abs	%	abs	%	abs	%				
2015-2016 йй. (назорат гуруҳи)	7	8	88,8	1	11,1	9	14,3	4,33 ±0,44	3,46-5,20	0,042 ^a 6,889 ^b 8,869 ^c	>0,05 ^a <0,05 ^b <0,001 ^c
	30	19	38,8	30	61,2	49	77,7	22,18 ±1,48	19,29-25,08		
	60	21	33,3	42	66,7	63	100	39,43 ±3,27	33,02-45,84		
2017-2019 йй. (асосий гуруҳ)	7	11	84,7	2	15,4	13	12,5	3,77 ±0,69	2,41-5,13		
	30	12	15,0	68	85,0	80	76,9	26,08 ±1,05	24,02-28,14		
	60	13	12,5	91	87,5	104	100	56,96 ±2,56	51,95-61,98		
2015-2019 йй. Ҳаммаси	60	34	20,3	133	79,6	167	100	26,57 ±0,99	24,63-28,51		

Изоҳ: * - Мантел – Кокснинг логорифмик таснифига кўра χ^2 -мезони: а-тадқиқот гуруҳларида 7-суткадаги Log-rank тест; б-тадқиқот гуруҳларида 30-суткадаги Log-rank тест; с-тадқиқот гуруҳларида 60-суткадаги Log-rank тест; Р -статистик ишонарлилик коэффициенти

Шундай қилиб, тадқиқот гуруҳлари ўртасида операциядан кейинги эрта даврда асоратланишлар натижасидаги летал оқибатларни 33,3% дан (назорат гуруҳи) 12,5% гача (асосий гуруҳ), яъни қарийб 1,5 маротаба камайтиришга эришилди. Леталлик кўрсаткичининг тадқиқот гуруҳлари кесимидаги таққослама таҳлили шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда летал оқибатлар 12,% ни, назорат гуруҳида эса 33,3% ни ташкил қилди, яъни ўлим кўрсаткичини 2,5 мартага камайтиришга эришилди, ўз навбатида, ижобий натижалар ҳиссаси 66,6% дан 87,5% гача ортди.

Шунингдек, фақатгина хирургик тактикага боғлиқ равишда 2015-2019 йилларда ҚА бўйича операция ўтказилган чақалоқларнинг бир ҳафталик, 30 кунлик ва 60 кунлик яшовчанлиги ва леталлик кўрсаткичи Каплан-Мейер эгрилиги ва Мантел-Кокснинг логорифмик таснифи ёрдамида таҳлил қилинди (4-жадвал).

4-жадвал маълумотларидан кўриниб турганидек, жами тадқиқот даврида (2015-2019 йй.) абсолют яшовчанлик 79,6% ни ташкил қилди, яъни 167 та бемордан 133 таси операциядан кейинги 60 кун ичида яшаб қолган. Шунингдек, 7 кунлик яшовчанлик тадқиқот гуруҳларининг барчасида 1,8% ни ташкил қилган бўлса, 30 кунлик яшовчанлик 58,7% (167 бемордан 98 та) беморларда кузатилди. Ҳамроҳ келувчи касалликлар эса даволашнинг асоратли кечишини, ва ўз навбатида даволанишнинг госпитал муддатини ортишига сабаб бўлади.

Шундай қилиб, қизилўнғач атрезияси ташхисланган чақалоқларда хирургик даволаш натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, таклиф қилинаётган тактик ва техник ёндошувлар операциядан кейинги эрта асоратлар ва операция билан боғлиқ ўлим кўрсаткичини камайтириш имкониятини беради.

Хулосалар:

1. Энг кўп учраган асорат бўлиб қизилўнғач анастомози нотурғунлиги ҳисобланди. Қизилўнғач атрезияси ташхисланган чақалоқларда асоратланиш даражаси анъанавий усулда бажарилган эзофагонастомозда 44,4% ни, таклиф қилинаётган усулда эса 8,65% ни ташкил қилади.
2. Таклиф қилинган даволаш усулида летал оқибатлар 12,0% ни, анъанавий даволаш усулида эса 33,3% ни ташкил қилди, яъни ўлим кўрсаткичини 2,5 мартага камайтиришга эришилди, ўз навбатида, ижобий натижалар ҳиссаси 66,6% дан 87,5% гача ортди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ажибеков Н.Н. Пред- и послеоперационное ведение новорожденных с атрезией пищевода //Вестник АГИУВ.-2015.-№3-4.-С.59-61
2. Афукон И.И., Степаненко С.М., Разумовский А.Ю. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного периода у детей с пластикой пищевода //Детская хирургия, №1, 2012 34-38
3. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А. Атрезия пищевода и генетические заболевания – взгляд детского хирурга //Росс.вест.дет.хир. и анест.реаниматологии. 2017; Том VII; №1; 71-80
4. Машков А.Е., Щербина В.И., Тарасова О.В., Филюшкин Ю.Н. Хирургическая тактика при различных формах атрезии пищевода у детей //Детская хирургия, № 4, 2013 29-31
5. Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г., Ханвердиев Р.А., Эволюция метода торакоскопической коррекции атрезии пищевода у новорожденных //Росс.вест.дет.хир. анест.реаниматологии. 2012 Том II, № 1 92-98
6. Разумовский А.Ю., Ханвердиев Р.А. Непосредственные результаты торакоскопической атрезии пищевода у новорожденных //Детская хирургия. 2011; 4: 4—9.
7. Ханвердиев Р. А., Разумовский А. Ю. Сравнительный обзор методов пластики пищевода у детей с атрезией пищевода //Детская хирургия, №2, 2012 47-50
8. Чепурной Г.И. Розин Б.Г. Трудности диагностики атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом //Детская хирургия. 2016; 20(4)-218-222
9. Эргашев Б.Б., Эшкабилов Ш.Д. Оптимизация хирургической коррекции атрезии пищевода у новорожденных //Росс.вест.дет.хир. и анест. реаниматологии. 2016 том VI №2 69-72
10. Alsebayel M.M. et al.: Congenital esophageal atresia and microtia in a newborn. //Am J Case Rep, 2018; 19: 523-526
11. Bradshaw C.J., Thakkar H., Knutzen L. et al. Accuracy of prenatal detection of tracheoesophageal fistula and oesophageal atresia. //J Pediatr Surg 2016;51(8):1268–72.
12. Ethun C.G., Fallon S.C., Cassady C.I. et al. Fetal MRI improves diagnostic accuracy in patients referred to a fetal center for suspected esophageal atresia. //J Pediatr Surg 2014;49(5):712–5.
13. Friedmacher F., Kroneis B., Huber-Zeyringer A. et al. Postoperative complications and functional outcome after esophageal atresia repair: results from longitudinal single-center follow-up. //J Gastrointest Surg. 2017; 21: 927 – 935.
14. Garabedian C., Sfeir R., Langlois C. et al. Does prenatal diagnosis modify neonatal management and early outcome of children with esophageal atresia type III? //J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(9):848–54.
15. Hunt R.W., Perkins E.J., King S. Peri-operative management of neonates with oesophageal atresia and tracheo-esophageal fistula. //Peds Respir Rev. 2016;19: 3 – 9
16. Lal D.R., Gadepalli S.K., Downard C.D. et al. Perioperative management and outcomes of esophageal atresia and tracheoesophageal atresia. //J Pediatr Surg. 2017; 52(8): 1245 – 1251.
17. Menzies J., Hughes J., Leach S., Belessis Y., Krishnan U. Prevalence of malnutrition and feeding difficulties in children with esophageal atresia. //J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2017, 64, e100–e105.
18. Okuyama H., Koga H., Ishimaru T. et al. Current practice and outcomes of thoracoscopic esophageal atresia and tracheoesophageal fistula repair: a multi-institutional analysis in Japan. //J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2015;25:441–4
19. Patria M.F., Ghislanzoni S., Macchini F. Respiratory Morbidity in Children with Repaired Congenital Esophageal Atresia with or without Tracheoesophageal Fistula. //J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 1136
20. Sulkowski J.P., Cooper J.N., Lopez J.J. et al. Morbidity and mortality in patients with esophageal atresia. //Surgery 2014;156(02):483–491
21. Zani A., Jamal L., Cobellis G. et al. Long-term outcomes following H-type tracheoesophageal fistula repair in infants. //Pediatr Surg Int 2017;33(02):187–190

Қабул қилинган сана 20.12.2022