



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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. ШЕГОЛОВ (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)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616.34 - 053.2 - 07- 089.819 - 072.1

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ С ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ф.Ш.Примов^{1,2}, Б.Б.Акилов^{1,2}, Г.А.Максумов¹,

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Узбекистан г. Ташкент,
Малая кольцевая дорога, № 2 Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве
здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица
Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ Резюме

Способ лапароскопической дезинвагинации, включающий сочетанное применение ирригоскопии и лапароскопии с повышением внутрикишечного давления до 130 мм рт. ст., позволяет упростить и визуально контролировать процесс дезинвагинации, и состояние стенок кишечника.

Оптимизированная техника лапароскопического хирургического лечения инвагинации кишечника у детей, наряду с сокращением времени операции, интраоперационной кровопотери, сроков госпитализации, позволяет сократить частоту осложнений.

Ключевые слова: оптимизация лечебно-диагностической тактики, эндовидеохирургических вмешательств при кишечной инвагинации, дети.

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND DIAGNOSTIC TACTICS WITH ENDOVIDEOSURGICAL INTERVENTIONS FOR INTESTINAL INVAGINATION IN CHILDREN

F.Sh.Primov^{1,2}, B.B.Akilov^{1,2}, G.A.Maksumov¹

¹Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan Tashkent, Small Ring Road, No.
2 Tel: +998 (71) 150-46-00 Email.ru uzmedicine@mail.ru

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of
Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51
Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

✓ Resume

The method of laparoscopic disinvagination, including the combined use of irrigoscopy and laparoscopy with an increase in intra-intestinal pressure up to 130 mm Hg, makes it possible to simplify and visually monitor the process of disinvagination and the condition of the intestinal walls.

The optimized technique of laparoscopic surgical treatment of intestinal intussusception in children, along with a reduction in the time of surgery, intraoperative blood loss, and hospitalization time, reduces the frequency of complications.

Keywords: optimization of therapeutic and diagnostic tactics, endovideosurgical interventions in intestinal intussusception, children.

BOLALARDA ICHIK INVAGINATSIYA UCHUN ENDOVIDEOJARROHLIK USULI BILAN DAVOLASH VA DIAGNOSTIKA TAKTIKALARINI OPMOMALLASHTIRISH

F.Sh.Primov^{1,2}, B.B.Akilov^{1,2}, G.A.Maksumov¹

O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Toshkent sh., Kichik halqa yo'li, 2-uy.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi 51-uy Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz



✓ **Resume**

A method of laparoscopic disinvagination, including the combined use of irrigoscopy and laparoscopy with an increase in intraintestinal pressure to 130 mm Hg. Art., allows you to simplify and visually monitor the process of disinvagination and the condition of the intestinal walls.

An optimized technique for laparoscopic surgical treatment of intussusception in children, along with a reduction in operation time, intraoperative blood loss, and hospitalization, allows to reduce the incidence of complications.

Key words: optimization of diagnostic and treatment tactics, endovideosurgical interventions for intestinal intussusception, children.

Актуальность

Инвагинация кишечника является самым частым видом приобретенной кишечной непроходимости у детей и может возникать в любом возрасте, занимая второе место после острого аппендицита среди нозологий в детской ургентной хирургии, при этом в абсолютном большинстве данная патология встречается у пациентов грудного возраста [1]. С развитием инновационных технологий растет и интерес к вопросу повышения эффективности диагностики и лечения данной патологии у детей. Проблема достаточно изучена, но некоторые тактические и лечебные вопросы остаются актуальными. Н.Б. Кириева утверждает, что при инвагинации кишечника пневмоирригокомпрессия эффективна во всех случаях её использования [3]. М.Ю. Яницкая, проводя сравнительный анализ, доказала, что использование воздуха в момент дезинвагинации травматично для стенки кишки и несет в себе риск перфорации [6]. Автор утверждает, что гидростатическая дезинвагинация безопасней пневматической. Беляев М.К. утверждает, что конкуренции между различными методами диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей нет и быть не может, так как они не конкурируют, а дополняют друг друга, усиливая лечебное действие каждого [8]. В последние годы большинство хирургов даёт предпочтение лапароскопическому лечению данной патологии. Внедрение малоинвазивных лапароскопических технологий в настоящее время продиктовано их доказанной эффективностью в профилактике формирования спаечного процесса, более щадящим вариантом оперативного пособия без столь значительного, как при традиционной лапаротомии, снижения качества жизни в раннем послеоперационном периоде [4,5].

Цель настоящего исследования – изучение целесообразности применения лапароскопии для лечения инвагинации кишечника у детей.

Материал и методы

В основу работы включен ретроспективный анализ историй болезни у 164 больных с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 месяцев до 17 лет включительно, находящихся на лечении в хирургическом отделении педиатрического корпуса РНЦЭМП с 2017 по 2022 год. Мальчиков было 96, девочек – 68 (табл. 1). Наиболее часто инвагинация развивалась у детей до 1 года (119 человека, 72,5%).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст					Всего
	2 мес. – 1 год	1-3 года	3-7 лет	7-13 лет	13-17 лет	
Мальчики	71	20	4	1		96
Девочки	48	15	3	2		68
Итого:	119	35	7	3		164

Результат и обсуждение

При сборе анамнеза выявлено наличие погрешности в питании у 43 детей (26,2%). У 10 (6%) больных инвагинация развилась на фоне острой респираторной инфекции, у 12 (7,3%) пациентов – на фоне кишечной инфекции.

Приступообразные боли в животе, которые выражались периодическим беспокойством, отмечались у 157 (95,7%) пациентов. Приступы болей длились от 5 до 15 минут. Промежутки времени между приступами были равны 10–20 минутам.

У 36 (22%) больных наблюдалось выделение крови из заднего прохода, причем у большинства – в виде «малинового желе».

Инвагинат пальпировался в виде опухолевидного подвижного, цилиндрической формы, умеренно болезненного образования у 95 больных (58%).

Всем 164 (100%) больным выполнено ультразвуковое исследование и обзорная рентгенография органов брюшной полости. При ультразвуковом исследовании у 135 (82,3%) больных выявлен симптом «мишени» или «псевдопочки». При обзорной рентгенографии у 122 (74,4%) больных выявлена рентгенологическая картина кишечной непроходимости, тонко или толсто кишечные горизонтальные уровни.

155 пациентам (94,5%) ультразвуковое исследование было дополнено рентгенологическим – пневмоирригографией. Из них у 87 (59,6%) детей дезинвагинация произошла во время выполнения пневмоирригографии (Рис 1,4). У 68 (47%) детей консервативная дезинвагинация была безуспешной (Рис 5). 9 (5,5%) больным поступившие в сроки более 72 часов от начала заболевания в тяжелом состоянии не была проведена рентгенологическая пневмоирригография, из них у четырех больных отмечалась клиника «рождения инвагината».

На рисунках 1 и 3 отображена ультразвуковая картина кишечной инвагинации.



Рис. 1. Симптом «Мишени»

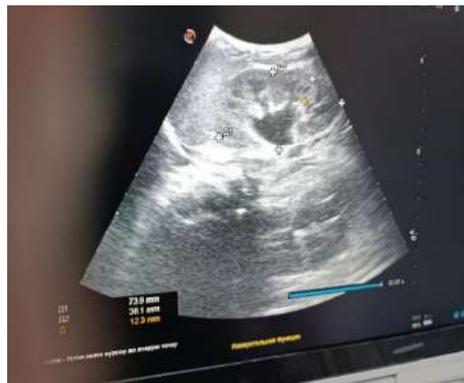


Рис. 2. Симптом «Псевдопочки»

На рисунках 4 и 5 представлена картина кишечной инвагинации при рентгенологическом исследовании.



Рис. 3. Симптом «клешни рака»



Рис. 4. Головка инвагината (стрелка) в поперечно ободочной кишке.

77 (47%) больным произведено оперативное вмешательство. Из них у 69 (89,6%) больных произведено оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургических технологий.

Таблица 2

Вид оперативного вмешательства	Абс. число	%
Лапароскопическая дезинвагинация с цекопексией	43	55,8
Лапароскопическая дезинвагинация с аппендэктомией	19	24,7
Лапароскопическая дезинвагинация, резекция тонкой кишки с дивертикулом Меккеля.	4	5,2
Лапароскопическая резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза «бок в бок», ушивающее аппаратом	3	3,9
Лапаротомия – резекция тонкой кишки (некроз кишечника) с наложением илеостомы	5	6,5
Лапаротомия- правосторонняя гемиколэктомия с резекцией терминального отдела тонкой кишки и наложение илеотрансверзоанастомоза.	3	3,9

Дезинвагинация из лапароскопического доступа выполнена 69 (89,6%) больным. Из них у 64 больных лечение начиналось с внутрикишечной пневмоиригокомпрессии, расправления толстокишечного фрагмента, а затем с использованием двух манипуляторов проводилось устранение тонкокишечной его части. У 43 больных выполнена дезинвагинация с цекопексией, а у 19 детей дезинвагинация сочеталась с аппендэктомией. У этих пациентов червеобразный отросток был вовлечен в инвагинат.

Тонкокишечная инвагинация, считавшаяся ранее абсолютным показанием к лапаротомии, у пяти детей была устранена с использованием эндовидеотехнологий.

3 детей, поступившие в сроки более 72 часов от начала заболевания в тяжелом состоянии, после предоперационной подготовки, также оперированы лапароскопическим методом. Выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация. После дезинвагинации диагностирован некроз подвздошной кишки. Произведена лапароскопическая резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза «бок в бок» ушивающим аппаратом.

У четырех пациентов после лапароскопической дезинвагинации, обнаружено, что причиной патологии являлся дивертикул Меккеля. Лапароскопическая дезинвагинация, резекция тонкой кишки с дивертикулом Меккеля.

8 детей, поступившие в сроки более 72 часов от начала заболевания в тяжелом состоянии, после предоперационной подготовки оперированы из срединного лапаротомного доступа. У пяти больных выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация. После дезинвагинации диагностирован некроз подвздошной кишки, парез кишечника, расширение петель тонкого кишечника. Произведена резекция тонкой кишки с наложением илеостомы. У трех пациентов выявлена подвздошно-ободочная инвагинация, некроз терминального отдела подвздошной кишки и слепой кишки. Произведена правосторонняя гемиколэктомия с резекцией терминального отдела тонкой кишки и наложение илеотрансверзоанастомоза.

Летальных исходов при инвагинации кишечника не наблюдалось. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Сравнение техники дезинвагинации под контролем лапароскопа с ее традиционными лапаротомными вмешательствами свидетельствует о преимуществах первого метода. Одним из явных преимуществ видеолапароскопических технологий перед традиционными

лапаротомными вмешательствами являются более низкая частота рецидивов и усугубления адгезий как в раннем, так и отдаленном периодах после операции.

Выводы

1. Способ лапароскопической дезинвагинации, включающий сочетанное применение ирригоскопии и лапароскопии с повышением внутрикишечного давления до 130 мм рт. ст., позволяет упростить и визуально контролировать процесс дезинвагинации, и состояние стенок кишечника.
2. Оптимизированная техника лапароскопического хирургического лечения инвагинации кишечника у детей, наряду с сокращением времени операции, интраоперационной кровопотери, сроков госпитализации, позволяет сократить частоту осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Зеброва Т.А., Терехина М.И., Устинова Т.К. Наш опыт диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей // Современные проблемы науки и образования. 2018;2.
2. Фельдман Х. И. «Инвагинация и эвагинация кишок детском возрасте». Москва 1977;7–84.
3. Кириева Н.Б., Капкаева О.Е., Плохарский Н.А., Рож-денкин Е.А., Смирнов А.Н. Тактика лечения детей с инвагинацией кишечника. // Медицинский альманах. 2018; 3(54):35–40.
4. Сажин А.В., Мосин С.В., Дзусов М.А. Место лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (обзор литературы). РМЖ. 2016;24(3):190-192. [Sazhin AV, Mosin SV, Dzusov MA. Place of laparoscopic technologies in diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction of non-tumor origin (literature review). RMZH. 2016;24(3):190-192. (In Russ.)].
5. Соболев В.Е. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника. Эндоскопическая хирургия. 2007;2:18-20. [Sobolev VE. Laparoscopy for acute intestinal obstruction. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2007;2:18-20. (In Russ.)].
6. Яницкая М.Ю., Михайленко Б.Ю., Островский В.Г., Сапожников В.Г., Карякин А.А. Сравнительная характеристика безопасности гидростатической и пневматической дезинвагинации в теории, эксперименте и практике. // Вестник новых медицинских технологий. 2017; 2:231–239.
7. В. В. Подкаменев. В.А Урусов «диагностика и лечения инвагинации кишечника у детей» Иркутского ун-та 1986;32–102.
8. Беляев М.К. Оптимизации лечебного алгоритма при инвагинации кишечника у детей. // Детская хирургия. 2012; 6:8–11. [Belyaev M.K. Optimizacii lechebnogo algoritma pri invaginacii kishechnika u detej. Detskaya hirurgiya. 2012; 6:8–11. In Russian].
9. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей. 1996;1:77-81.

Поступила 10.09.2023