



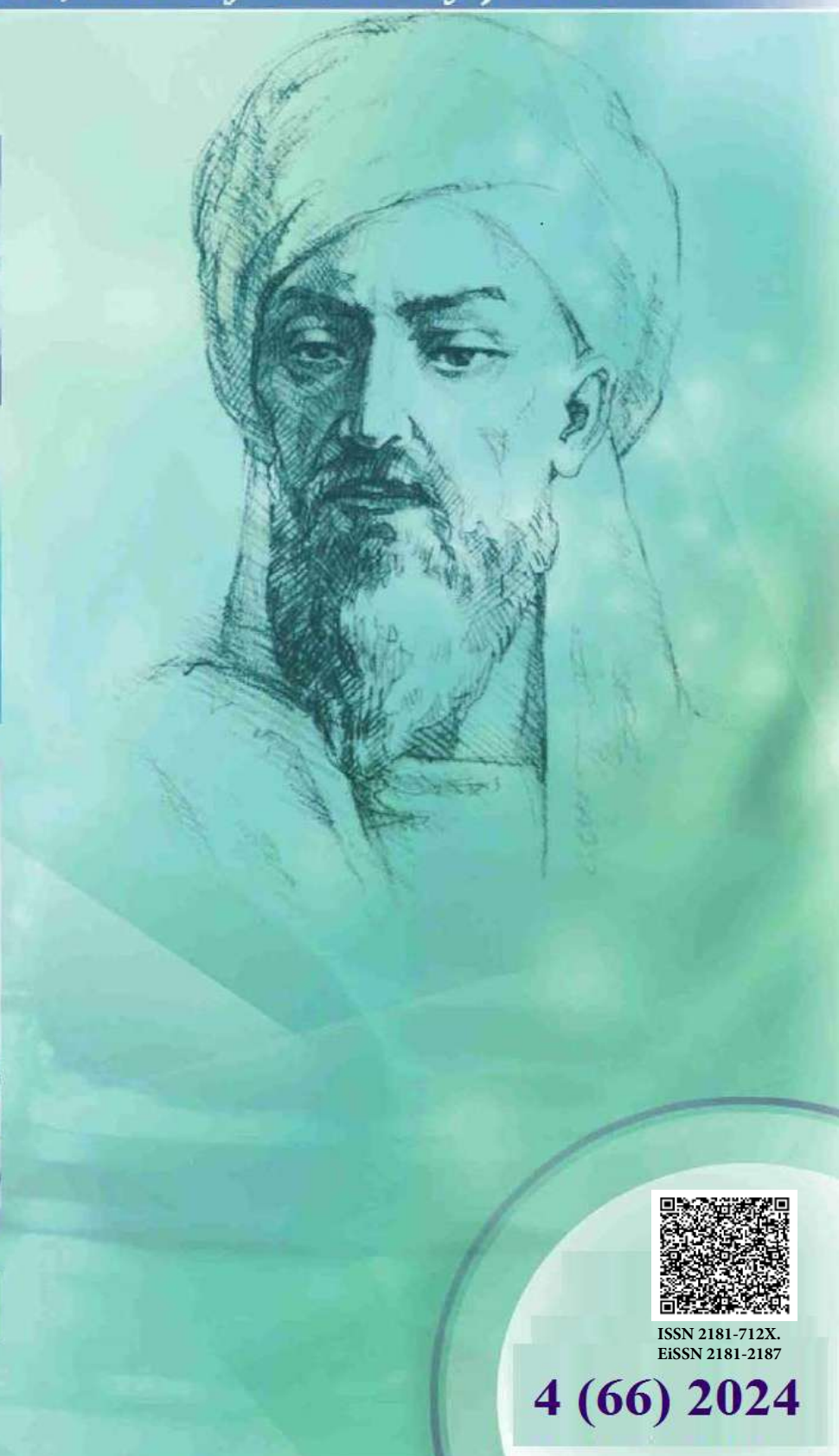
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616.34-007.44

ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Тагаев Илхом Улашевич Email: TagaevI@mail.ru

Шамсиев Жамшид Азаматович

Махмудов Зафар Мамаджанович

Атакулов Джамшид Останакулович

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Инвагинация кишечника у детей является серьезным состоянием, требующим немедленного вмешательства для предотвращения осложнений, таких как некроз кишечника и перитонит. В настоящей статье рассматривается актуальность проблемы инвагинации кишечника у детей, а также предлагаются возможные направления улучшения методов диагностики и лечения этого состояния. Целью работы является анализ существующих подходов к диагностике и лечению инвагинации кишечника, выявление их недостатков и предложение путей их улучшения с целью повышения эффективности лечения и снижения осложнений. Дальнейшие исследования и разработки в этой области необходимы для достижения оптимальных результатов в лечении инвагинации кишечника у детей.

Ключевые слова. Инвагинация кишечника, дети, диагностика, рентгенография, контрастная ирригоскопия, ультразвук, гидроэхоколонография, консервативная лечения.

BOLALARDA ICHAKLAR INVAGINATSIYASIDA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA GIDROEXOKOLONOGRAFIYA QO`LLANILISHI

Tagaev I.U., Shamsiev J.A., Maxmudov Z.M., Atakulov J.O.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Invaginatsiya, ayniqsa, bolalarda og'ir holat bo'lib, tez va aniq tashxis qo'yish, shuningdek, asoratlarni oldini olish uchun samarali davolashni talab qiladi. Ushbu maqolada bolalarda invaginatsiyani tashxislash va davolashning zamonaviy yondashuvlari ko'rib chiqiladi, shuningdek, tashxisning aniqligi va davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan innovatsion usullar taqdim etiladi.

Kalit so'zlar. Invaginatsiya, bolalar, diagnostika, rentgenografiya, kontrastli irrigoskopiya, ultratovush tekshirish, gidroexokolonografiya, konservativ davo.

HYDROECHOCOLONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

Tagaev I.U., Shamsiev J.A., Maxmudov Z.M., Atakulov J.O.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Resume**

Intussusception in children is a serious condition that requires immediate intervention to prevent complications such as intestinal necrosis and peritonitis. This article examines the relevance of the problem of intussusception in children, and suggests possible directions for improving methods of diagnosis and treatment of this condition. The purpose of the work is to analyze existing approaches to the diagnosis and treatment of intussusception, identify their shortcomings and propose ways to improve them in order to increase the effectiveness of treatment and reduce complications. Further research and development in this area is needed to achieve optimal results in the treatment of intussusception in children.

Keywords. Intussusception, children, diagnosis, radiography, contrast irrigoscopy, ultrasound examination, hydroechocolonography, conservative treatment.

Актуальность

Инвагинация кишечника (ИК), или телескопирование кишечника, состояние, при котором один сегмент кишечника инвагинирует в соседний сегмент, является распространенной причиной неотложных состояний со стороны брюшной полости у детей. У детей это заболевание часто возникает в результате инфекций или гиперплазии лимфатических узлов. Актуальность проблемы определяется также диагностические ошибки при инвагинации кишечника у детей остаются высокими как до, так и во время госпитализации, что подчеркивает актуальность проблемы. Летальность варьируется от 0,5% до 1%, но может достигать 6-14,5% в случае осложнений. Своевременная и точная диагностика имеет решающее значение для эффективного ведения и профилактики осложнений, как некроз кишечника и перфорация.

Для точной диагностики инвагинации кишечника у детей используются различные методы обследования, такие как ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, рентгенография и диагностическая колоноскопия. Однако, несмотря на широкий спектр методов, существует необходимость в усовершенствовании точности и доступности диагностики.

Цель исследования: Целью данного исследования является анализ эффективности существующих методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей, и разработка рекомендаций по их улучшению на основе собственного опыта клинической работы.

Материалы и методы исследования

Были изучены медицинские записи 237 детей, госпитализированных с подозрением на инвагинацию кишечника в период с 2004 по 2024 годы в отделение экстренной хирургии, специализированной детской хирургической клиники СамГМУ. Это включало данные об анамнезе, симптомах, результаты лабораторных и инструментальных исследований, лечении и исходах. Из 237 детей, возрастом от 3 месяцев до 12 лет, 116 были подтверждены с диагнозом «инвагинация кишечника», в то время как у 125 исключили этот диагноз. Среди них 85 мальчиков (73,3%) и 31 девочка (26,7%). Большинство случаев (65,5%) возникали у детей в течение первых 12 часов заболело 28,4% детей, в следующие 12 часов – 24,1%, от 25 до 48 часов – 25,9%, а после 48 часов – 21,6%. (табл. 1).

Таблица 1

Сроки поступления больных в стационар

Сроки госпитализации	Кол-во больных	%
До 12 часов	33	28,4%
От 12 до 24 часов	28	24,1%
От 24 часа до 48 часов	30	25,9%
От 48 часа и более	25	21,6%
Итого	116	100 %

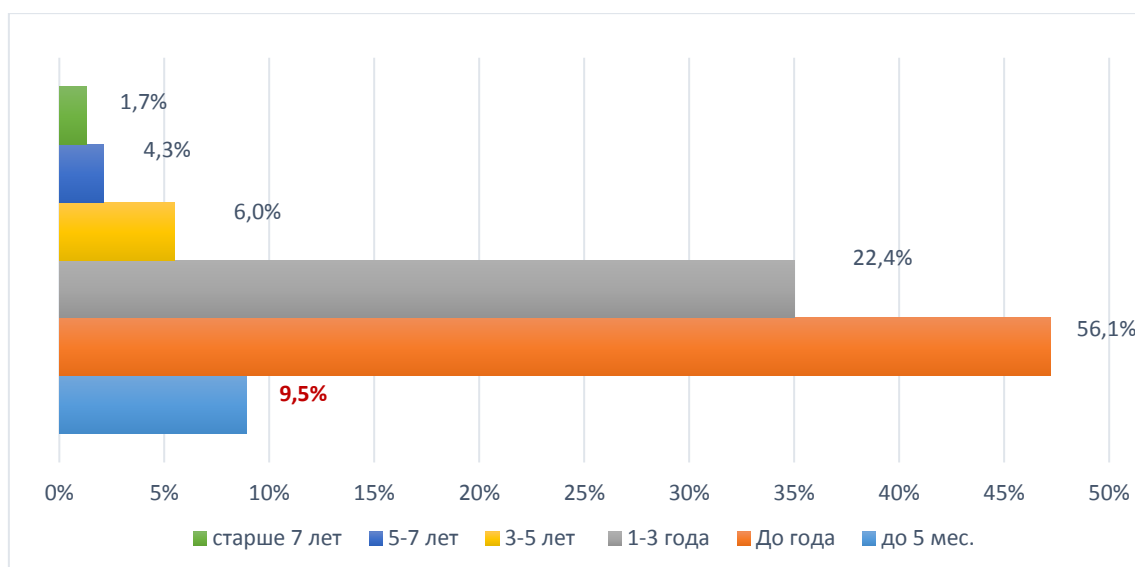


Рисунок 1. Распределение исследуемых по возрасту.

Исследование разделило пациентов с инвагинацией кишечника на две группы в зависимости от лечебных подходов. Первая группа, включающая 43 пациента, получала лечение с 2008 по 2013 год, основанное на рентгенологических методах. Вторая группа, состоящая из 73 пациентов, лечилась с 2014 года и позже с использованием гидроэхоколонографической дезинвагинации под ультразвуковым контролем.

Результат и обсуждение

В результате анализа литературных и клинических данных было выявлено несколько ключевых аспектов, имеющих важное значение для улучшения методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей:

Развитие точных методов диагностики: Ультразвуковая диагностика и компьютерная томография являются эффективными методами в диагностике инвагинации кишечника у детей. Их применение позволяет быстро и точно установить диагноз, что сокращает время до начала лечения и уменьшает риск осложнений.

Оптимизация хирургических методов: Современные хирургические методы лечения, включая минимально инвазивные операции и улучшенные методы реконструкции кишечника, способствуют уменьшению травматичности процедур и сокращению времени восстановления пациентов после операции.

Улучшение консервативных методов лечения: Пневматическая декомпрессия и гидростатическое давление являются перспективными консервативными методами лечения, которые могут быть использованы для снятия срочных симптомов инвагинации кишечника и уменьшения необходимости хирургического вмешательства.

Разработка критериев выбора метода лечения: Необходимо разработать более точные критерии выбора метода лечения в зависимости от клинических характеристик пациента, что позволит индивидуализировать подход к лечению и повысить его эффективность.

В целом, эти результаты подчеркивают важность постоянного совершенствования методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей для улучшения результатов лечения, снижения осложнений и улучшения прогноза исхода у пациентов.

Исходя из вышеуказанных было выяснено, что основных причин развития заболевания являются кишечные расстройства (31%), введение новых продуктов в рацион (27%) и погрешности в питании (24%). 3.5% случаев возникли на фоне острой респираторной инфекции. Типичные симптомы включают внезапные приступы беспокойства с болями в животе, кровавистые выделения из ануса и пальпируемое образование в брюшной полости.

В таблице 2, Симптомы ИК включают схваткообразные боли в животе (88,8%), рвота (83,6%) и пальпируемый инвагинат в брюшной полости (73,3%).

Таблица 2

Частота симптомов при ИК у исследуемых больных

Симптомы	Кол-во больных (%)
Боли в животе приступообразного характера со светлыми промежутками	103(88,8%)
Рвота	97 (83,6%)
Пальпируемое образование в брюшной полости	85(73,3%)
Симптом "Обуховской больницы" и «малиновое желе»	86 (74,1%)
Задержка стула и газов	47 (40,5%)

Исследование выявило три типа инфекций кишечника:

1. илеоцекальная: 109 (94%)
2. тонко-тонкокишечная: 6 (5,2%)
3. толсто-толстокишечная: 1 (0,8%)

До 2014 года основным методом диагностики инвагинации кишечника была контрастная ирригоскопия под контролем рентгена, выявляющая овальную тень головки инвагината. С 2014 года ультразвуковая диагностика стала основным методом, обнаруживая классические эхосимптомы, такие как симптом “мишени” и “псевдопочки” (рис. 3).



Рисунок 3. Визуализация инвагината на УЗИ.

Поздние УЗ-признаки включают: локализацию головки в левой половине брюшной полости, наличие скопления жидкости в инвагинате и между его слоями, отсутствие перистальтики и увеличенные лимфоузлы. Цветное доплеровское картирование (ЦДК) помогает оценить жизнеспособность кишки. (рис. 4).

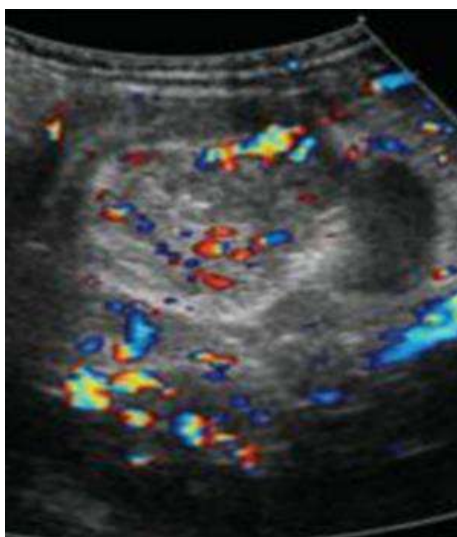


Рисунок 4. Визуализация инвагината на ЦДК.

В таблице 3, исследование показало, что ультразвуковая диагностика эффективно выявляет эхографические признаки инвагинации кишечника, особенно симптомы 'мишени' и 'псевдопочки', с точностью до 100% и 97% соответственно. Это подтверждает, что УЗИ может быть эффективным скрининговым методом в диагностике этого заболевания.

Таблица 3

Частота эхопризнаков при ИК

Эхопризнаки ИК	Количество больных (n=73)	
	Абс.	%
Симптом «мишени»	73	100,0
Симптом «псевдопочки»	71	97,2
Симптом «щипцов»	51	69,6
Симптом «избыточной складчатости кишки»	45	61,6

Изучив больных с ИК, разделили на 2 группы. Первая группа (43 человека, лечение с 2000 по 2013 гг.) проходила диагностику через Р-графию и пневмоирригоскопию с Р-контролем. Лечение включало консервативную пневматическую дезинвагинацию под рентгенконтролем (21 человек) и хирургическое вмешательство (22 человека). После процедур контролировался пассаж кишечника барием. Консервативное расправление ИК проводилось у 25 больных, успешно у 21.

Вторую группу (основная группа) составили 73 пациентов с илеоцекальной инвагинацией, лечение включало УЗИ-основанную диагностику и консервативное лечение методом гидроэхоколонографической дезинвагинации (ГЭК) с использованием 1,5% раствора хлорида натрия под УЗИ-контролем. 53,4% пациентов получили ГЭК, и 46,6% подверглись операции. ГЭК под УЗИ-контролем применялась у 52 пациентов, с успешным расправлением инвагината у 53,4%, в том числе у 7 пациентов с заболеванием длительностью более 24 часов. После расправления инвагината пассаж ЖКТ барием не требовался, а пациенты проходили УЗИ-контроль в динамике.

Применяем данную методику для всех детей с подтвержденным инвагинатом после ультразвукового обследования, независимо от возраста и длительности заболевания, при отсутствии определенных симптомов. Из 116 случаев, 56 прошли операцию. Внедрение ультрасонографии улучшило результаты: увеличено число успешных консервативных случаев, сокращено время в стационаре и уменьшена радиационная нагрузка.

Заключение

Новые методы визуализации, особенно ультразвук, революционизируют диагностику инвагинации кишечника у детей, достигая эффективности в 100%. Консервативные подходы становятся предпочтительными, особенно при отсутствии признаков перитонита. Лапароскопия и нехирургические методы, такие как клизмы, показывают обнадеживающие результаты, минимизируя осложнения и сокращая время в стационаре.

Дальнейшие исследования в области разработки новых методов диагностики, также направленные на раннее выявление инвагинации кишечника у детей, а также исследования по совершенствованию хирургических методов, могут значительно повысить эффективность лечения и снизить риск осложнений.

В заключение, недавние достижения, обсуждаемые в этой статье, подчеркивают важность междисциплинарного подхода с участием педиатров, радиологов и детских хирургов. Продолжающиеся исследования и технологические инновации обладают потенциалом для дальнейшего совершенствования диагностических и терапевтических стратегий, что в конечном итоге улучшит общее лечение инвагинации кишечника у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Беляев М.К. (2004). Экспериментальное обоснование безопасности консервативного лечения инвагинации у детей. *Детская хирургия*. 3:11–14.
2. Дігтяр В.А, Савенко М.В та ін. (2016). Ультразвукова діагностика інвагінації кишечника у дітей. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика*. 25. Київ; 141–147.
3. Дронов АФ, Поддубный ИВ. (2000). Лапароскопия в диагностике и лечении кишечной инвагинации. *Детская хирургия*. 6; 33–38.
4. Исаков Ю.Ф, Разумовский А.Ю. (2015). *Детская хирургия*. Москва; 1040.
5. Казаков А.Н, Юсуфов А.А. (2015). Роль УЗИ в диагностике и лечении инвагинации кишечника. //Материалы III межвузовской научно практической конференции молодых учёных. Тверь; 128.
6. Кузьмичев П.П, Воронов А.В, Кузьмичева Н.Е. (2017). //Абдоминальный компартмент-синдром у детей. Хабаровск; 96.
7. Портной ВМ. (1964). Обоснование консервативного метода лечения острой инвагинации кишок у детей. Днепропетровск; 280.
8. Русак П.С, Рыбальченко В.Ф, Стахов В.В. (2015). Современные аспекты диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. Актуальные вопросы детской хирургии. В книге: Сборник материалов VII Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии. Гродно; 277–278.
9. Сушко В.И, Кривченя Д.Ю, Дегтярь В.А. (2014). *Хирургия детского возраста*. Киев; 586.
10. Шамсиев Ж.А., Тогаев И.У., Махмудов З.М., Шамсиев Ш.Ж., Шамсиев Б.М. Оптимизация методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. //Научный журнал по теоретическим и практическим проблемам биологии и медицины «Проблемы медицины и биологии». 2021; № 6.1 (141), стр. 461-465
11. Bax Kn.Ma, Georgeson K.E, Rothenberg S.S, Valla J-S, Yeung C.K. (2008). *Endoscopic Surgery in Infants and Children*. Berlin: //Springer Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co; 833.
12. George W.H, Patrick J.M, Daniel J.O. (2014). //Ashcraft's Pediatric Surgery. (6th ed.). London; New York; Saunders: 1192.
13. Hamilton B.D, Chow G.K, Inman S.R, Stowe N.T, Winfield H.N. (1998). Increased intra-abdominal pressure during pneumoperitoneum stimulates endothelin release in a canine model. // *Journal of endourology*. 12 (2); 193–7.

Поступила 20.03.2024