



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

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. АБДУМАЖИДОВ
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. ИЛЬЯСОВ
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 616.34-007.43-031:616.26]-089-06-053.2

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЦИДИВЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

¹Юлдашев Муроджон Эгамбергенович. <https://orcid.org/0009-0006-3536-2513>

²Эргашев Насриддин Шамсиддинович <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309>

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

За период с 2012 по 2022 г. на базах кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ было оперировано 127 детей с ВДГ левосторонней локализации. Мальчиков было 99 (77,9 %), девочек – 28 (22,1 %). Гестационный возраст был в диапазоне 29–40 недель. Масса тела при рождении составляла от 1856 до 3128 г. До 2018 г. оперировано 72 ребенка, после 2018 г. оперировано 55 детей с ВДГ. В 2018 г. были сформулированы основные позиции гипотезы, рассматривающие ВДГ как грудную эктопию органов брюшной полости, и разработана техника выполнения операций при этой патологии.

Ключевые слова: послеоперационные рецидивы, врожденной диафрагмальной грыжи.

POSTOPERATIVE RECURRENCES OF CONGENITAL DIAPHRAGMAL HERNIA

¹Yuldashev Murodzhon Egamberganovich

²Ergashev Nasridдин Shamsiddinovich

¹Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

²Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

During the period from 2012 to 2022, 127 children with left-sided EDD were operated on at the bases of the Department of Hospital Pediatric Surgery of TashPMI. There were 99 boys (77.9%) and 28 girls (22.1%). The gestational age was in the range of 29-40 weeks. Body weight at birth ranged from 1856 to 3128 g. By 2018, 72 children were operated on, after 2018, 55 children with EDD were operated on. In 2018, the main positions of the hypothesis were formulated, considering EDC as thoracic ectopia of the abdominal organs, and a technique for performing operations in this pathology was developed.

Key words: postoperative relapses, congenital diaphragmatic hernia.

TUG'MA DIAFRAGMA CHIRASINI OPERATSIYADAN KEYINGI QAYTALANISHLARI

¹Yuldashev Murodzhon Egamberganovich

²Ergashev Nasridдин Shamsiddinovich

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

²Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ *Rezyume*

2012 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda ToshPMI gospital bolalar jarrohligi kafedrasida chap tomonlama lokalizatsiya VDG bilan kasallangan 127 nafar bola operatsiya qilindi. O'g'il bolalar 99 (77,9 %), qizlar 28 (22,1%) edi. Homiladorlik davri 29-40 hafta oralig'ida edi. Tug'ilish vazni 1856 yildan 3128 yilgacha bo'lgan. 2018 yilgacha 72 bola operatsiya qilingan, 2018 yildan keyin VDG bilan kasallangan 55 bola operatsiya qilingan. 2018 yilda vdgni qorin bo'shlig'i organlarining torakal ektopiyasi deb hisoblaydigan gipotezaning asosiy pozitsiyalari shakllantirildi va ushbu patologiyada operatsiyalarni bajarish texnikasi ishlab chiqildi.

Kalit so'zlar: operatsiyadan keyingi relapslar, tug'ma diafragma churrasi.

Актуальность

В отечественных публикациях сведения о послеоперационных рецидивах врожденных диафрагмальных грыж (ВДГ) представлены крайне мало [2]. Более откровенны в своих публикациях зарубежные хирурги, описывающие большинство послеоперационных осложнений в хирургии ВДГ, среди которых отмечают рецидивы, встречающиеся у 7 % прооперированных больных [4]. При этом отмечается, что приблизительно у половины этих пациентов рецидивы возникают у детей в первый год после операции, а в некоторых случаях связаны с ростом ребенка [6]. В последние годы все чаще появляются публикации, использующие торакоскопию в хирургическом лечении ВДГ [3]. Рецидивы ВДГ чаще всего встречаются при левосторонней локализации патологического процесса и обусловлены недостаточно прочным ушиванием диафрагмального дефекта.

Цель исследования: исключить возможность рецидивирования врожденной диафрагмальной грыжи с помощью надежного способа ушивания диафрагмального дефекта.

Материал и метод исследования

За период с 2012 по 2022 г. на базах кафедры Госпитальной детской хирургии ТашПМИ было оперировано 127 детей с ВДГ левосторонней локализации. Мальчиков было 99 (77,9 %), девочек – 28 (22,1 %). Гестационный возраст был в диапазоне 29–40 недель. Масса тела при рождении составляла от 1856 до 3128 г. До 2018 г. оперировано 72 ребенка, после 2018 г. оперировано 55 детей с ВДГ. В 2018 г. были сформулированы основные позиции гипотезы, рассматривающие ВДГ как грудную эктопию органов брюшной полости, и разработана техника выполнения операций при этой патологии.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США). В работе исследованные величины были представлены в виде выборочного среднего значения и стандартной ошибки средней величины. Достоверность различий средних величин независимых выборок оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна – Уитни при отличии распределения показателей от нормального. Проверку на нормальность распределения оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Статистическое сравнение долей с оценкой достоверности различий выполняли с использованием критерия Пирсона χ^2 с учетом поправки Йейтса на непрерывность, таблиц сопряжения 2x2. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывали достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результат и обсуждение

Прорезывание швов диафрагмы с рецидивом грыжи было отмечено у 3 пациентов с ВДГ. Этот вид осложнений встретился у детей до 2018 г., т. е. до периода, когда нами были сформулированы принципиальные позиции в отношении этиопатогенеза этого порока развития у новорожденных [1]. За этот период оперировано 72 ребенка. Таким образом, это осложнение составило 4,2 %. Критерий Пирсона составил 3,14 при $p=0,05$.

Все рецидивы ВДГ отмечены у больных, которым накладывались узловые швы капроном 3/0 между хорошо выраженным верхним краем диафрагмы в зоне дефекта и слабо выраженным нижним краем, представленным лишь дубликатурой брюшинного листка. У одного больного рецидив грыжи возник на 3-и сутки после операции с выполнением релапаротомии на 4-е сутки

и ушиванием диафрагмального дефекта. В двух других случаях швы прорезались на 14-е сутки после операции. После 2018 г. оперировано 55 детей.

У последних двух больных вовремя релапаротомии выявлено, что медиальная часть дефекта прикрыта селезенкой, фиксированной спайками к нижней поверхности диафрагмы. Латеральная часть диафрагмы содержала дефект, на верхнем крае которого располагались узловые швы, прорезавшие нижний край диафрагмального дефекта. Через этот дефект проникали в плевральную полость только петли тонкой и толстой кишок. Кишечные петли низводились в брюшную полость, после чего накладывали узловые швы капроном (3/0) между верхним хорошо выраженным краем диафрагмального дефекта и нижним диафрагмальным краевым валиком, включающим в себя и мышечные волокна диафрагмы. Приблизительно на середине протяженности дефекта накладывали шов, который захватывал IX или X ребро.

После выделения диафрагмального дефекта смещали в его медиальный угол брыжейку кишечника и ушивали дефект, начиная с его латерального угла. Предварительно тщательно обнажали валик нижнего края дефекта диафрагмы, брали в шов значительный массив тканей в области верхнего края и приближали этот тканевой массив к нижнему краю дефекта диафрагмы, который брали в шов с значительным тканевым запасом. Нити первого шва завязывали и брали в зажим, используя в дальнейшем в качестве держалки. Накладывали аналогичный следующий шов, не завязывая нити. В области валика нижнего края следующего шва использовали IX или X ребро, сдвигая книзу забрюшинно расположенную поджелудочную железу, а в ряде случаев – левую почку.

Этот шов имеет чрезвычайно важное значение, так как благодаря ему уменьшалось напряжение на все остальные швы и удерживалась вся линия швов в созданной конструкции. Он должен быть наложен технически безукоризненно. Для этого использовали обычно маленькую круглую иглу с капроновой нитью 3/0, которая при вколе скользила по верхнему краю ребра, огибая ребро по задней его поверхности, и выходила наружу по верхнему краю нижележащего ребра. Нельзя было допускать ранения межреберных сосудов, ибо это могло привести к массивному кровотечению. Вкол и выкол иглы этого шва осуществляли в области верхнего края диафрагмального дефекта, так что при завязывании нитей получался шов типа матрацного, что, несомненно, повышало его прочностные свойства.

Затем накладывали шов на мягкие ткани обоих краев дефекта непосредственно у брыжейки кишечника, максимально сдвигая ее в медиальный угол, после чего поочередно связывали попарно все нити швов. К медиальному углу подводили селезенку, которую фиксировали с помощью одного шва, используя околопаренхиматозные ткани.

Ушивание диафрагмального дефекта сопровождалось уплощением купола диафрагмы и уменьшением площади грудобрюшной преграды, что приводило к увеличению напряжения на швы. Они испытывали компрессионное воздействие со стороны органов брюшной полости в результате висцеро-абдоминальной диспропорции, а также постоянных дыхательных экскурсий диафрагмы. При этом амплитуда дыхательных движений диафрагмы возрастает в результате того, что здесь имеет место «пустая» плевральная полость из-за гипоплазии левого легкого.

Указанные обстоятельства могут иметь определенное значение в возникновении рецидива ВДГ при ошибочном решении вопроса о висцеро-абдоминальной диспропорции. В одном клиническом наблюдении нам пришлось после рецидива ВДГ ушить диафрагмальный дефект и сшить только кожные края лапаротомного разреза, т. е. сформировать вентральную грыжу из-за существенного несоответствия объема органов живота и объема брюшной полости.

Следовательно, решение проблемы висцероабдоминальной диспропорции у детей с ВДГ заканчивается либо полнослойным ушиванием передней брюшной стенки, либо сшиванием лишь кожных краев разреза.

Использование такого способа устранения диафрагмального дефекта при ВДГ позволило полностью исключить возникновение рецидивов грыж у 55 больных, оперированных после 2018 г. Критерий Пирсона, составил 2,35 при $p=0,13$.

Заключение

Таким образом, согласно нашим данным, рецидивы ВДГ, локализующихся слева, встречаются у 4,2 % больных в раннем послеоперационном периоде и связаны с технически неправильным сшиванием краев диафрагмального дефекта. Разработанный в клинике способ восстановления целостности диафрагмы позволяет полностью исключить рецидивы ВДГ у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы // Хирургия. – 2000; 28-33.
2. Алексеенко А.В., Рева В.Б., Соколов В.Ю. Выбор способа пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Хирургия. – 2000; 12-15.
3. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. - М., 1978.
4. Герке А.А., Липко А.А., Ванцян Э.Н., Давали Л.Г. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. / М., 1974.
5. Глушков И.И., Кубачев К.Г. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства: Руководство для врачей. 2002; 209-225.
6. Павлуни А.В., Чернова Р.И., Фурзиков Д.Л. Хирургическое лечение при парастеральных диафрагмальных грыжах // Вестник хирургии им. Грекова. 2000; 76-78.
7. Ловская, И. И. Хирургическое лечение левосторонних врожденных диафрагмальных грыж / И. И. Ловская, М. Г. Чепурной, Г. И. Чепурной, В. Б. Кацупеев, Б. Г. Розин // Мед. вестн. Юга России. – 2013; 86–88.
8. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаева Н.О. Хирургия диафрагмы. / М., 1966.
9. Уткин В.В., Апинис В.И. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Рига, 1976.
10. Хирургические болезни. Учебник / Под ред. М.И. Кузина. - Изд. 3-е. - М., 2002.
11. Хасянзянов, А. К. Опыт лечения врожденных диафрагмальных грыж у детей А.К. Хасянзянов, М. А. Барская, А. В. Вавилов // Актуальные проблемы детской хирургии: сб. науч. тр. – Саратов, 2002; 175–177.

Поступила 20.03.2024