



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 616-053.2-089.348

ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Азамат Мухитдинович Email: ShamsievA@mail.ru

Атакулов Жамшед Остонокулович

Юсупов Шухрат Абдурасулович

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

✓ Резюме

Самопроизвольные наружные кишечные свищи у детей -это осложнения острых заболеваний или травмы органов брюшной полости. Причины возникновения таких свищей могут быть различны (острый аппендицит, инвагинация, кишечная непроходимость, повреждение внутренних органов в результате травмы живота), однако общим в патогенезе кишечных свищей является ограниченный или распространенный гнойный перитонит.

Ключевые слова: лечение, наружных кишечных, свищей у детей.

БОЛАЛАРДА ТАШҚИ ИЧАК ОҚМАЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Шамсиев Азамат Мухитдинович

Юсупов Шухрат Абдурасулович

Атакулов Жамшед Остонокулович

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

✓ Резюме

Болалардаги спонтан ташқи ичак оқмалари ўтқир касалликларнинг асоратлари ёки қорин бўшлиги органларининг шикастланишидир. Бундай оқмаларнинг сабаблари бошқача бўлиши мумкин (ўтқир аппендицит, инвагинация, ичак тўтилиши, қорин бўшлиги шикастланиши натижасида ички органларнинг шикастланиши), ammo ичак оқмаларининг патогенезида чекланган ёки кенг тарқалган йирингли перитонит кенг тарқалган.

Калит сўзлар: ташқи ичак, болаларда оқмалар, даволаш

TREATMENT OF EXTERNAL INTESTINAL FISTULAS IN CHILDREN

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich

Atakulov Jamshed Ostonokulovich

Yusupov Shukhrat Abdurasulovich

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

✓ Resume

Spontaneous external intestinal fistulas in children are complications of acute diseases or injuries to the abdominal organs. The causes of such fistulas may be different (acute appendicitis, intussusception, intestinal obstruction, damage to internal organs as a result of abdominal trauma), however, limited or widespread purulent peritonitis is common in the pathogenesis of intestinal fistulas.

Key words: treatment, external intestinal, fistulas in children.

Актуальность

Цель. В отличие от искусственных кишечных свищей, накладываемых хирургами с лечебной целью (энтеростома, колостома, противоестественный задний проход), спонтанные свищи усугубляют и без того тяжелое состояние больных и часто являются причиной их гибели.

Материал и метод исследования

Под нашим наблюдением находилось 16 детей в возрасте от 9 мес до 18 лет с наружными кишечными свищами. Среди причин, повлекших образование свищей, на первом месте стоит аппендикулярный абсцесс и перитонит (12 больных). У двух детей множественные кишечные свищи образовались на фоне распространенного гнойного перитонита, как исхода травматического повреждения органов брюшной полости (в одном случае не был обнаружен разрыв тонкой кишки, в другом не диагностировано повреждение селезенки). Одна больная была оперирована на 5 сутки после возникновения тонко - толсто - кишечной инвагинации и распространенного гнойного перитонита.

Результат и обсуждение

В зависимости от локализации выделяют тонкокишечные и толстокишечные наружные свищи, причем наиболее тяжелые по клиническому течению являются высокие тонкокишечные. По анатомическому строению различают губовидные и каналовидные (трубчатые) свищи. Кроме того, губовидные свищи могут быть полные, когда кишечное содержимое полностью выделяется через просвет кишки на переднюю брюшную стенку, и неполные, при которых кишечное содержимое частично попадает в дистальный отдел кишечника. Количество наружных кишечных свищей у одного больного может быть различным, хотя по данным отечественных и зарубежных авторов чаще всего встречаются единичные свищи. Из нашей группы больных только у 6 имелось по одному свищу. У остальных больных количество свищей колебалось от 2 до 5, причем основную массу составляли тонкокишечные губовидные свищи. Толстокишечные трубчатые свищи имелись у трех больных в сочетании с тонкокишечными. Ни в одном случае нам не, встретилось тонкокишечного трубчатого свища. Таким образом, губовидные свищи наиболее характерны для тонкой кишки, а трубчатые для толстой. Этот признак имеет диагностическое значение, поскольку уже по анатомическому строению свища можно судить о его локализации, что важно при проведении оперативного вмешательства.

Диагностика наружных кишечных свищей не представляет больших трудностей. Уже по характеру кишечного отделяемого можно судить о локализации свища. Так при высоких тонкокишечных свищах в обильном кишечном отделяемом, как правило, имеется желчь. При локализации свища в средней части тонкой кишки отделяемое жидкое, без примеси желчи, но без характерного калового запаха. Ближе к илеоцекальному углу кишечное содержимое приобретает более густую консистенцию и каловый запах. Из толстокишечных свищей, как правило, выделяется сформированный кал. Все эти диагностические приемы имеют большое значение при единичных свищах, когда деформация кишечника не столь выражена. При множественных свищах, особенно, если они располагаются на разных уровнях, возможны диагностические ошибки. Так в одном из наших наблюдений, где имелось 3 тонкокишечных губовидных свища и два толстокишечных трубчатых, характерное тонкокишечное содержимое с примесью желчи выделялось не только из свища тонкой кишки, но и из толстокишечного свища в левой подвздошной области (проекция сигмовидной кишки). В ходе дополнительного обследования (проба с метиленовой синей, фистулография, рентгенография толстой кишки с барием, рентгенография желудочно-кишечного тракта) было установлено, что у больного имеется внутренний свищ между петлей тонкой кишки и сигмовидной кишкой. Во втором случае у больного с 4 тонкокишечными губовидными свищами кишечное содержимое выделялось из трех свищей на разных уровнях. При дополнительном исследовании удалось установить, что у больного имеются внутренние межпетлевые свищи. Несущий свищ оказался высоким неполным.

Лечение больных с наружными кишечными свищами, представляет значительные трудности. В первую очередь должна проводиться терапия, направленная на ликвидацию воспалительного процесса в брюшной полости. Для этой цели мы широко использовали дренирование гнойных затеков. Остаточные проявления распространенного перитонита в виде абсцесса брюшной полости различной локализации отмечены нами у 6 больных.

Тонкокишечные наружные свищи, особенно высокие, довольно быстро приводят больных к истощению за счет потери большого количества жидкости, электролитов и белков. В этой связи крайне важным в лечении таких больных является терапия, направленная на восстановление водно-электролитного и белкового обменов. Это достигалось систематическим введением крови, плазмы, альбумина, солевых растворов под контролем биохимических показателей крови. Диетотерапия подбиралась индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного с введением в рацион высокобелкового и высокожирового питания. С целью повышения защитных сил организма показано применение анаболических гормонов пролонгированного действия (ретаболил).

Одновременно с общеукрепляющей терапией необходимо проводить тщательный уход за кожными покровами, так как выделяющийся кишечный сок, особенно при высоких тонкокишечных свищах, довольно быстро вызывает мацерацию кожи вокруг свища. Мацерированные участки очень болезненны, легко кровоточат и причиняют страдания больному при каждой перевязке. Кроме того, выраженная мацерация кожи вокруг свища является относительным противопоказанием к проведению оперативного вмешательства. Для санации, окружающей свищ кожи назначались ежедневные ванночки с перманганатом калия, механическое удаление кишечного содержимого проводилось неоднократно в течение дня, после чего кожные покровы обрабатывались цинковой мазью, маслом шиповника или облепиховым маслом. В редких случаях мы пользовались тугими давящими повязками и obturаторами или пелотами. По нашему мнению, попытки механического закрытия свища эффективны лишь при неполных единичных свищах. При полных наружных кишечных свищах и, особенно, при множественных следует отдавать предпочтение открытому методу ведения.

Интенсивная консервативная общая и местная терапия в некоторых случаях при неполных трубчатых толстокишечных свищах приводит к закрытию свища. Однако губовидные свищи как полные, так и неполные, не склонны к самостоятельному заживлению и требуют оперативного лечения. Трудности в хирургическом лечении детей с данной патологией заключаются в первую очередь в том, что при образовании наружных кишечных свищей происходит резкое нарушение топографо-анатомических взаимоотношений тканей и органов. В большинстве случаев даже после детального обследования больного хирург в ходе оперативного вмешательства должен соблюдать максимальную осторожность. В одном из наших наблюдений у девочки с единичным полным свищем в средней части тонкой кишки во время операции обнаружено, что желудок по большой кривизне был подпаян к петле, несущей свищ. Это удалось установить только при выделении свища и, таким образом, избежать осложнений.

Хирургическая коррекция наружных кишечных свищей должна быть строго дифференцированной в зависимости от вида свищей, их локализации и количества.

При единичных неполных губовидных тонко- и толстокишечных свищах можно рекомендовать внебрюшинный метод закрытия, если дефект в стенке кишки составляет не более 1/3 диаметра. Этот метод был нами с успехом применен у 3 больных с тонкокишечными свищами.

В 4-х случаях, когда имелись единичные полные губовидные тонкокишечные свищи, было выполнено внутрибрюшинное закрытие этих свищей с наложением анастомоза конец-в-конец.

У 9 больных имелось от 2 до 4 наружных тонкокишечных свищей, которые располагались недалеко друг от друга. Во всех случаях нам удалось произвести резекцию пораженного участка тонкой кишки с наложением анастомоза конец-в-конец.

Заключение

В заключении следует отметить, что во всех случаях оперативное вмешательство было затруднено выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

Послеоперационный период у наших больных протекал гладко, рецидивов не было. При изучении отделенных результатов установлено, что дети развиваются нормально и не отстают в физическом развитии от сверстников. Некоторые занимаются спортом, однако 13 детей периодически отмечают боли в животе.

Таким образом, лечение больных детей с наружными кишечными свищами, возникшими самостоятельно, представляет значительные трудности, как в плане выхаживания таких больных, так и при проведении оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Лыткарин Д.Ф., Саидов Р.М., Хижняк В.А. Опыт хирургического лечения детей с кишечными свищами. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2018; 59-64.
2. Амосов Н.Н., Строков А.М. Клинический случай. Свищ прямой кишки у ребенка. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; 74-78.
3. Ходжаев А.А., Марданов С.М., Янькин М.И. и др. Свищ прямой кишки у детей: особенности диагностики и хирургического лечения. // Детская хирургия. 2017; 173-177.
4. Гусев Е.И., Балаболкин Н.И., Сысоев И.Н. и др. Хирургическое лечение детей с кишечными свищами. // Вопросы современной педиатрии. – 2018; 336-340.
5. Y.S. Abdurasulovich, A.J. Ostonakulovich, D.B. Latibovich, R.A. Komilovich A Modern Approach to The Treatment of Rectal Prolapse in Children // Texas Journal of Medical Science 20, 49-52 2023
6. BL Davranov, BN Rakhmatov, JO Atakulov, SA Yusupov, JA Shamsiev Analysis of the level of endogenous intoxication in children with widespread appendicularm peritonitism // European journal of molecular medicine 2022; 2(5).
7. МА Шамсиев, ДО Атакулов, ША Юсупов Экспериментальное изучение влияния озона на течение перитонита и спайкообразование // Детская хирургия, 2000
8. Атакулов ДО Шамсиев АМ, ША Юсупов, БА Юлдашев Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Тезисы докладов. Самарканд 2003 Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение.
9. ША Юсупов, ЖО Атакулов, ФЗ Мафтуна, УТ Суванкулов, ЖА Рузиев Влияние аппендикулярного перитонита на репродуктивную функцию девочек // Science and Education 2023; 108-117
10. Gadepalli SK, Arca MJ. Surgical management of pediatric enterocutaneous fistulas // Journal "Seminars in Pediatric Surgery" 2017
11. O'Neil J, Jr., Evans C. Management of enterocutaneous fistulas in children: the role of endoscopy // Journal "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2016
12. Lim H, Oh J, Cheong J. Management of enterocutaneous fistula in children: the role of exclusive enteral nutrition // Journal "Pediatric Surgery International" 2019

Поступила 20.03.2024