



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. 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

УДК 616.351-089.87

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Аслонов А.А. <https://orcid.org/0009-0000-5880-5010>

Авезов Р.К. <https://orcid.org/0009-0008-2974-4253>

Мамедов С.Б. <https://orcid.org/0009-0001-9157-5816>

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр, Узбекистан,
Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Гиждуван, 35

✓ Резюме

В данной статье представлены анализ результатов хирургического лечения врожденной кишечной непроходимости у новорожденных. Была изучена клинико-рентгенологические данные новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью. Установлено, что высокая форма врожденной кишечной непроходимости диагностировано у 33 (71,8%) новорожденных, в 13 (28,2%) обнаружена низкая кишечная непроходимость, и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороками развития внутренних органов.

Ключевые слова: атрезия, врожденная кишечная непроходимость, новорождённые, резекция кишечника.

SOME ASPECTS OF THE TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS

Aslanov A.A., Avezov R.Q., Mamedov S.B.

Bukhara Regional Multidisciplinary Children's Medical Center Uzbekistan, Bukhara region,
200100, Bukhara, st. Gijduvan, 35

✓ Resume

This article presents an analysis of the results of surgical treatment of congenital intestinal obstruction in newborns. Clinical and radiological data of newborns with congenital intestinal obstruction were studied. It was found that a high form of congenital intestinal obstruction was diagnosed in 33 (71.8%) newborns, in 13 (28.2%) low intestinal obstruction was detected, and in 17 (36.9%) cases a combination with other malformations of internal organs was noted.

Key words: atresia, congenital intestinal obstruction, newborns, bowel resection.

CHAQALOQLARDA TUG'MA ICHAK TUTILISHINI DAVOLASHNING BA'ZI JIHATLARI

Aslanov A. A., Avezov R.Q., Mamedov S.B.

Buxoro viloyati ko'p tarmoqli bolalar tibbiyot markazi O'zbekiston, Buxoro viloyati, 200100,
Buxoro, ko'ch. G'ijduvon, 35

✓ Rezyume

Ushbu maqolada yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ma ichak tutilishini jarrohlik davolash natijalari tahlili keltirilgan. Tug'ma ichak tutilishi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning klinik va rentgenologik ma'lumotlari o'rganildi. Tug'ma ichak tutilishining yuqori shakli 33 (71,8%) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tashxis qo'yilganligi aniqlandi, 13 (28,2%) da past ichak tutilishi aniqlandi va 17 (36,9%) hollarda ichki organlarning boshqa malformatsiyalari bilan kombinatsiyasi qayd etildi.

Kalit so'zlar: atreziya, tug'ma ichak tutilishi, chaqaloqlar, ichak rezektsiyasi.



Актуальность

Несмотря на достижения современной детской хирургии проблема своевременной диагностики и оказание целенаправленного, комплексного лечения врожденных пороков и аномалий развития (ВПАР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют серьезную медицинскую и социальную проблему [1,2,8,10,]. Проблема повышения качества медицинской помощи детям первого года жизни с хирургическими заболеваниями в современных экономических и социальных условиях требует эффективных решений. Врожденная кишечная непроходимость новорожденных (ВКНН) является одним из самых распространенных патологий в хирургии неонатального периода.

В структуре всех врожденных аномалий пороки и аномалии желудочно-кишечного тракта достигая 29,1%, занимает третье место [5,7,15]. В 33% случаях данные пороки развития проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН). При этом, показатель летальности при данной патологии остается высоким [5,7,14]. По данным литературы, ВКНН диагностируется с частотой от 1:1500 до 1:2700 среди живорожденных новорожденных с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. Вместе с тем успех хирургического лечения во многом зависит от своевременной постановки диагноза, а также раннего перевода ребенка в хирургический стационар и адекватной предоперационной подготовки [3,8,13]. Кроме того, правильная интраоперационная оценка патофизиологического состояния органов брюшной полости, верная тактика оперативного лечения, правильное ведение больных в послеоперационном периоде с адекватным инфузионно – трансфузионной терапией имеет огромное значение в послеоперационном периоде. Актуальность болезни обусловлена тяжелыми нарушениями работы желудочно-кишечного тракта, высоким риском осложнений и вероятностью отдаленных негативных последствий оперативного лечения. До настоящего времени не существует единой точки зрения по отношению выбора хирургической тактики у этой категории больных. Показания к операции, сроки их выполнения, объем оперативных вмешательств, доступы и оценка эффективности повторных оперативных пособий - остаются предметом дискуссии как отечественных, так и зарубежных специалистов [3,6,9,11]. Выполнение паллиативных операций по экстренным показаниям так же имеет свои недостатки: нерациональное выведение колостом, длительное отключение различных отделов толстой кишки, приводят не только к затруднениям в выполнении реконструктивного вмешательства, но и существенно осложняют послеоперационную реабилитацию этих же детей [2,5,10,12,16]. Послеоперационные осложнения, возникающие в отдаленном периоде наблюдения, ухудшают прогноз и результаты хирургического лечения, влияют на качество жизни пациентов.

Изучение данных литературы показало, что научных данных, посвященных к изучению факторов, приводящих к формированию ВКН у новорожденных, а также в диагностике, лечения и тактике ведения встречаются очень редко.

Цель исследования: Изучение клинических особенностей врожденной кишечной непроходимости в зависимости от анатомической формы патологии у новорожденных.

Материал и методы

В основу настоящей работы составляет данные обследования и лечения 46 больных с диагнозом: «Врожденная кишечная непроходимость кишечника» у новорожденных, получившие хирургическое лечение в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра, являющегося клинической базой кафедры «Детской хирургии» Бухарского государственного медицинского института за период 2020 – 2023 годы. При распределении больных по полу 22 (55,9%) мальчики, 24 (44,1%) девочек. У 17 больных (37%) было отягощенный акушерский анамнез, 12 (26,1%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 17 (36,9%) больных. С врожденной кишечной непроходимостью поступили из районных больниц по сан. авиации 21 (45,6%) новорожденных, 8 (17,4%) были из города и пригорода Бухары, 17 случаях (36,9%) больные были направлены в стационар из отдаленных регионов. По срокам госпитализации в первые 2 суток жизни больные новорожденные из районов поступили в 34 (74%) случаях, остальные 12 (26%) новорожденные поступали на 3 сутки и более от момента рождения. При этом выявлена более ранняя госпитализация в группе больных с низкой кишечной непроходимостью ввиду наличия более яркой клинической картины и быстрого ухудшения состояния новорожденного, тогда как при

низкой непроходимости состояние больного длительное время остается относительно стабильным. Как в группе больных с высокой, так и с низкой врожденной кишечной непроходимостью, в половине случаев была клиника частичной кишечной непроходимости, и не выраженность клинических симптомов привела к более поздней диагностике и госпитализации в хирургический стационар. Как известно, для врожденной кишечной непроходимости характерно отсутствие мекония, рвота и видимое изменения состояния в животе, для уточнения диагноза очень ценными являются информация, полученная при рентгенологических исследованиях. На основании клинико - лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 33 (71,8%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 13 (28,3%) больных и в 3-х (6,5%) случаях отмечено летальность.

Результат и обсуждения

Многообразие патоморфологических вариантов пороков кишечной трубки обуславливает сложности в выборе не только хирургической тактики лечения того или иного вида врожденной патологии, но и самой техники оперативного вмешательства. Оперативное вмешательство осуществлялось после предоперационной подготовки, длительность и характер которой определялись в зависимости от вида порока, срока поступления, наличия осложнений, тяжести состояния ребенка и дефицита массы тела.

Хирургическая тактика при высокой кишечной непроходимости определялась в зависимости от выявленной патологии. В структуре высокой кишечной непроходимости чаще встречались острая форма врожденного пилоростеноза – 19 (41,3%) новорожденных, которым как принято в классической хирургии произведено надслизистая пилоромиотомия по Фред-Рамштедта с благоприятным исходом. Синдром Ледда наблюдался у 7-ми (15,2%) больных, которые прооперированы с удачным исходом. Мембранозная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 2-х (4,3%) больных, которым произвели дуоденотомию с циркулярной мембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 3-х (6,5%) случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуодено - дуоденоанастомоза, которого удалось осуществить в одном – (2,2%) случае с удачным исходом, в остальных 2-х (4,3%) случаях диастаз между сегментами был значительный и не позволял сопоставить приводящие и отводящие петли, и у данных больных выполнен обходной дуодено - еюноанастомоз. К сожалению, оба случая оказались неудачными. Интересным был факт установления мембранозной формы удвоения желудка (в одном случае), которая дала клинику высокой кишечной непроходимости, для устранения которого пришлось выполнить операцию – гастротомия, циркулярная мембранотомия с последующей гастропластикой. Гиперфиксация и перегиб начального отдела тощей кишки в области «Трейцовой» связки устранили путем разъединения врожденных спаек.

С врожденной низкой кишечной непроходимостью поступили за данный период 13 (28,2%) новорожденных. В большинстве случаев - у 7 (15,2%) больных, причиной кишечной непроходимости была атрезия тонкого кишечника, у 1 (2,2%) больного выявлена заворот и расширение объема приводящей петли, произведено резекция кишечника по показаниям и наложена анастомоз “конец в конец”, который в последующем вызвал синдром «короткой кишки». Этот синдром не удалось вылечить и как вследствие констатировали летальный исход.

Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков мекониевого перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. У 2-х (4,3%) больных с низкой непроходимостью причиной обструкции был спайки на фоне перенесенного язвенно - некротического энтероколита, а у одного больного прооперировали с острой формой болезни Гиршпрунга, причиной которого был тотальный аганглиоз толстой кишки (болезнь Зильбера - Вильсона), после резекции толстой кишки пришлось накладывать терминальную илеостому, из-за наличия перитонита. В послеоперационном периоде на 3 сутки, наблюдалось летальный исход. Абсолютными показаниями к выведению стомы были случаи атрезии толстой кишки и атрезии подвздошной кишки на фоне перфорации и перитонита [4]. Объем резекции зависел от уровня атрезии и выраженности вторичных изменений в атрезированном сегменте.

Вывод

Таким образом, результаты исследования показали, что ВКН в 71,8% случаев проявляется в виде высокой кишечной непроходимости, в 13 (28,2%) случаев проявляется в виде низкой кишечной непроходимости и в 17 (36,9%) случаев отмечается сочетание с другими пороками развития внутренних органов. При высокой кишечной непроходимости преобладает острая форма врожденного пилоростеноза и синдром Ледда, в то время как при низкой кишечной непроходимости преобладают различные варианты атрезии тонкого кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Быковская Т.Ю., Шишов М.А. Актуальные вопросы организации медицинской помощи новорожденным при хирургических заболеваниях //Медицинский вестник Юга России. 2015;1:40-43.
2. Раупов Ф.С. Лечение тотальной формы болезни Гиршпрунга с обширной резекцией толстой кишки //Новый день в медицине 2020;4(32):316-318.
3. Раупов Ф.С. Возможные нарушения функции толстого кишечника после резекции у детей //Проблемы биологии и медицины. 2020;3(119):78-81.
4. Раупов Ф. С., Мехридинов М. К. (2020). Функциональные изменения после обширных резекций толстого кишечника у детей. // Проблемы биологии и медицины 2020;1:116.
5. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Охлопков М.Е. Врожденная кишечная непроходимость: Выбор хирургической тактики и техники кишечного шва //Дальневосточный медицинский журнал. 2012;4:216-218.
6. Эргашева Н.Н. Особенности клинической картины врожденной кишечной непроходимости у новорожденных //«Фундаментальная наука в современной медицине – 2018» Материалы дистанционной научно-практической конференции молодых учёных. 2018;603-606.
7. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж. Б. (2013). Диагностика и лечение врожденной кишечной непроходимости у новорожденных. Современная медицина: актуальные вопросы, 2013;(25):58-65.
8. Fraser J.D., Garey C.L., Laituri C.A., Sharp R.J., Ostlie D.J., St Peter S.D. Outcomes of laparoscopic and open total colectomy in the pediatric population. //J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2010;20(7):659-660.
9. Хамраев, А. Ж., Раупов Ф. С. (2020). Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения. // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, 2020;(3):100.
10. Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children //Afr J Paediatr Surg. 2011;8:8-11.
11. Spilde T.L., St. Peter S.D., Keckler S.J. et al. // J. Pediatr. Surg. - 2008. - № 43(6) - P. 1002-1005.
12. Cheung S.T., Tam Y.H., Chong H.M., Chan K.W., Mou W.C., Sihoe D.Y., Lee K.H. An 18-year experience in total colonic aganglionosis: from staged operations to primary laparoscopic endorectal pull-through. //J. Pediatr Surg 2009;44(12):2352-2354.
13. Raupov F. S. (2020). Possible dysfunctions of the large intestine after resection in children. //Problems of biology and medicine, 2020;3(119(18):42-46.
14. Raupov F. S. (2022, September). Preventive measures of complications of colon resection in children in consideration of morphological features. In "ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM (pp. 41-42).
15. Raupov F. (2023). Gistomorphometric features of the deca wall in laboratory white rats in early postnatal ontogenesis. //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023;3(4):76-81.
16. Raupov F. S. (2022, September). Complications of colon resection in children. In "ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM (pp. 131-132).
17. Fouquet V., De Lagausie P., Faure C. et al. Do prognostic factors exist for total colonic aganglionosis with ileal involvement? //J Pediatr Surg 2002;37:71-75.
18. Raupov F., Pardaev F. (2023). The significance of concomitant pathologies of the organism for the clinical course of chronic rhinosinusitis in children. //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023;3(4):66-69.
19. Raupov F. S. (2022). Morphological Aspects of the Colon of Human and White Laboratory Rats. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2022;3(2):243-247.

Поступила 20.03.2024