



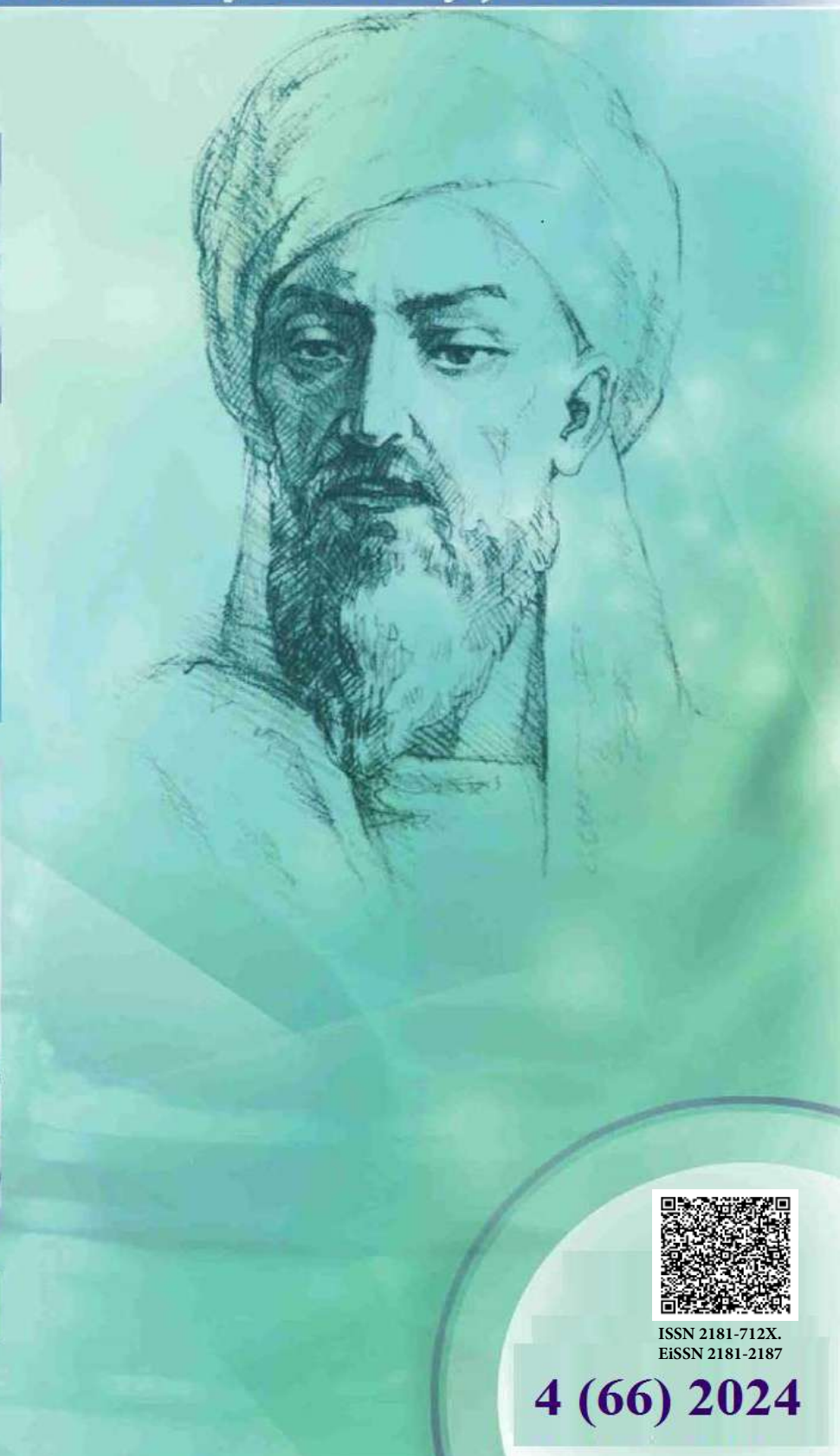
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹Раунов Ф.С. <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>

²Восиев Ж.Ж. <https://orcid.org/0009-0007-6759-2521>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр
Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Гиждуван, 35 тел. +998652212104

✓ Резюме

В статье представлены результаты лечения хирургических патологий брюшной полости, в том числе и врожденной кишечной непроходимости у новорожденных за 2021 - 2023 гг. В отделении неонатальной хирургии в Бухарской областной многопрофильном детском медицинском центре. За первое время от начала данного отделения отмечалась частые послеоперационные осложнения и высокая летальность при кишечной непроходимости у новорожденных, порой достигавшая 50%. Это было связано не только с поздним поступлением больных, тяжелыми осложнениями, но и отсутствием единой программы предоперационного ведения и обоснованной хирургической тактики при каждом конкретном виде непроходимости.

Ключевые слова: новорожденные, врожденная кишечная непроходимость.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ПАТОЛОГИЯЛАРИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

¹Раунов Ф.С., ²Восиев Ж.Ж.

¹Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази Ўзбекистон, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро, кўч. Гиждуван, 35 тел. +998652212104

✓ Резюме

Мақолада 2021-2023 йилларда Бухоро вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт маркази неонатал хирургия бўлимида қорин бўшлигининг жарроҳлик патологияларини, шу жумладан чақалоқларда тугма ичак тутилишини даволаш натижалари келтирилган. Ушбу бўлим фаолият бошланганида операциядан кейинги асоратлар ва чақалоқларда ичак тутилишидан ўлим даражаси юқори бўлиб, баъзида 50% га етган. Бу нафақат беморларни кеч қабул қилиш, оғир асоратлар, балки операцияга тайёрлаш, операциядан сўнг олиб боришда ягона дастур ва интраоперацион оқилона жарроҳлик тактикасининг йўқлиги билан боғлиқ эди.

Калит сўзлар: чақалоқлар, тугма ичак тутилиши.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL PATHOLOGIES IN NEWBORNS

¹Raupov F.S., ²Vosiev J.J.

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Children's multidisciplinary medical center of Bukhara region
Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Gijduvan, 35 tel. +998652212104

✓ **Resume**

The article presents the results of the treatment of surgical pathologies of the abdominal cavity, including congenital intestinal obstruction in newborns in 2021-2023. In the department of prenatal surgery at the Bukhara Regional Multidisciplinary Children's Medical Center. For the first time since the beginning of this department, there were frequent postoperative complications and high mortality in intestinal obstruction in newborns, sometimes reaching 50%. This was due not only to the late admission of patients, severe complications, but also the lack of a unified program of preoperative management and reasonable surgical tactics for each specific type of obstruction.

Key words: newborns, congenital intestinal obstruction.

Актуальность

Несмотря на достижения современной науки в области медицины, хирургическая коррекция врожденных патологий у новорожденных остается серьёзной проблемой современной неонатальной хирургии [1,5,19].

В настоящее время в 60% случаев пороки развития нерожденного ребенка диагностируют антенатально, что позволяет построить адекватный алгоритм ведения беременности, родов и оказания последующей хирургической помощи. Причинами таких аномалий, очевидно, могут служить наследственные факторы и воздействия окружающей среды на развитие зародыша [6,17,20].

Врожденные пороки развития встречаются у 5% младенцев, но их вклад в структуру детской смертности достигает 20% и выше, при этом, около 30% пациентов имеют множественные аномалии [3,7,10]. В структуре младенческой смертности в течение ряда лет врожденные пороки развития стоят на втором месте после заболеваний перинатального периода, составляя 31,1%. Основной контингент в данной группе причин младенческой смертности - новорожденные с хирургической патологией. Улучшение качества выхаживания тяжелых хирургических больных с пороками развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и послеоперационными осложнениями позволяет снизить послеоперационную летальность [5,7,9,18].

Послеоперационные осложнения – это патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода, которые резко снижают качество лечения, задерживая выздоровление, и подвергают опасности жизни новорожденному [3,8,17]. Осложнения со стороны брюшной полости в послеоперационном периоде достаточно тяжелы и разнообразны. Среди них особое место занимают перитонит, спаечная кишечная непроходимость, парез желудочно-кишечного тракта [2,8,12].

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 [1,4,9]. 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 [5,11,13,16].

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 [6,15].

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 [3,7,10,14].

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения врожденных патологий органов брюшной полости у новорожденных.

Материал и методы

В основу настоящей работы составляет данные обследования и лечения 46 больных с врожденной патологией органов брюшной полости у новорожденных, получившие

хирургическое лечения в отделении неонатальной хирургии Бухарского детского медицинского многопрофильного центра, являющегося клинической базой кафедры «Детской хирургии» Бухарского государственного медицинского института за период 2021 – 2023 гг. Для обследования и лечения данной категории больных использована комплекс лечебно-диагностических процедур, принимаемой в неонатальной хирургии.

При анализе распределении больных по гендерному признаку большинство больных составили мальчики - 67 (56,8%), девочек было 51 (43,2%). Изучение акушерского анамнеза показало 34 (28,8%) новорожденных было отягощённый акушерский анамнез, 37 (31,4%) новорожденных были недоношенными, множественные пороки развития выявлено у 27 (22,9%) больных. Своевременная доставка новорожденных с патологиями хирургического профиля в специализированные центры имеют немаловажную роль в организации и оказания целенаправленную, специализированную медицинскую помощь. Изучение данных по срокам госпитализации в специализированный стационар показало, что в первые 2 суток жизни новорожденные из отдаленных районов поступили в 74 (62,7%) случаях, остальные 44 (37,3%) новорожденные поступали на 3 сутки и позднее от момента рождения. При этом выявлена более ранняя госпитализация в группе больных с высокой 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.

Результат и обсуждения

На основании клинико - лабораторных, рентгенологических исследований высокая форма кишечной непроходимости установлена у 26 (22,0%) новорожденных, при этом у 4-х (8,7%) случаях регистрировали летальный исход. Низкая кишечная непроходимость диагностировали у 33 (28,0%) больных и в 17-х (14,5%) случаях отмечено летальность (см.таб.1).

Таблица 1.

Распределения оперированных больных по нозологии

№	нозология	Количество операций		Количество exitus letalis	
		п	%	п	%
1	Высокая кишечная непроходимость	26	22,0	4	3,4
2	Низкая кишечная непроходимость	33	28,0	13	11,1
3	Пилоростеноз	29	24,7	-	-
4	Диафрагмальная грыжа	6	5,1	2	1,7
5	ЯНЭК, осложнившиеся перитонитом	6	5,1	3	2,5
6	Омфалоцеле	5	4,2	1	0,8
7	Спаечная кишечная непроходимость	4	3,4	-	-
8	Киста брюшной полости	3	2,5	-	-
9	Гастрошизис	3	2,5	-	-
10	Киста яичника	2	1,7	-	-
11	Аппендицит	1	0,8	-	-
Всего:		118	100%	23	17,8%

Врожденный пилоростеноз, проявляющим ярким рвотным синдром, диагностировано у 29 (24,7%) прооперированных новорожденных, диафрагмальная грыжа установлена у 6 (5,1%) случаев, из них в двух (1,7%) случаях произошло exitus letalis. Язвенно-некротизирующий энтероколит (ЯНЭК) осложнившийся перитонитом диагностировано у 6 (5,1%) новорожденного, при этом в 3-х (2,5%) случаях спасти жизнь этой категории новорожденных больных не удалось. Омфалоцеле малых и средних размеров проперирована в 5 (4,2%) случаях, в одном (0,8%) случае исход операции была неудачным. Спаечная кишечная непроходимость как послеоперационное осложнение диагностировали у 4 (3,4%) проперированных новорожденных. Киста брюшной полости и гастрошизис выявлена в 3-х (2,5%) случаях, соответственно, киста яичника диагностирована в 2-х (1,7%) случаях.

Многообразие патоморфологических вариантов пороков развития кишечной трубки обуславливает сложности в выборе не только хирургической тактики лечения того или иного вида врожденной патологии, но и самой техники оперативного вмешательства. Всем больным 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 (ВКН) определялась в зависимости от выявленной патологии. Синдром Ледда диагностировали 12 (10,2%) случаях, которые прооперированы с удачным исходом. Мембранозная форма атрезии 12-перстной кишки обнаружено у 3-х (2,5%) больных, которым произвели дуоденотомию с циркулярной мембранотомией. Кольцевидная поджелудочная железа выявлена в 4-х (3,4%) случаях, так как операцией выбора в этих случаях является наложение физиологического дуодено - дуоденоанастомоза, которого удалось осуществить в 2-х – (1,7%) случаях 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 2-х (1,7%) случаях, 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. В 5 (4,2%) случаях, у новорожденных с клиникой ВКН интраоперационно обнаружено острая форма врожденного пилоростеноза, которым пришлось осуществить надслизистую пилоромиотомию по Фред-Рамштедда с благоприятным исходом. Кроме того, в плановом порядке врожденный пилоростеноз диагностировано у 29 (24,5%) новорожденных с удовлетворительным результатом.

С клиникой низкой кишечной непроходимостью (НКН) диагностировано 33 (28,0%) случаев, у 13 (11,1%) случаях исход ихнего лечения был неудачным. У 4-х (3,4%) больных с НКН причиной обструкции была 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. Клиника мекониевого илеуса обнаружено у одного больного, из-за наличия признаков меконияльного перитонита вследствие перфорации приводящей петли больному пришлось наложить илеостому. Абсолютными показаниями к выведению стомы были случаи атрезии толстой кишки и атрезии подвздошной кишки на фоне перфорации и перитонита. Объем резекции зависел от уровня атрезии и выраженности вторичных изменений в атрезированном сегменте.

Выводы

Таким образом, у новорожденных наиболее частой причиной к лапаротомии являются врожденная кишечная непроходимость. Своевременная доставка новорожденных с подозрением на хирургическую патологию в специализированные медицинское учреждение положительно влияют на исход лечения. Наиболее частыми осложнениями операций в брюшной полости у новорожденных являются перитонит и спаечная болезнь.

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. (2012). Врожденная кишечная непроходимость: выбор хирургической тактики и техники кишечного шва. //Дальневосточный медицинский журнал, (4), 37-40.
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. - С.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. 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.
9. Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children //Afr J Paediatr Surg. 2011;8:8-11.
10. Spilde T.L., St. Peter S.D., Keckler S.J. et al. //J. Pediatr. Surg. 2008;43(6):1002-1005.
11. 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.
12. 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.
13. 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).
14. 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.
15. Raupov F. S. (2022, September). Complications of colon resection in children. In "Online-Conferences" Platform (pp. 131-132).
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. M. Miyao, T. Takahashi, E. Uchida. A case of anomalous congenital band that was difficult to differentiate from omphalomesenteric duct anomaly //J Nippon Med Sch, 2017;(84):304-307.
20. K.H. Yang, T.B. Lee, S.H. Lee, et al. Congenital adhesion band causing small bowel obstruction: what's the difference in various age groups, pediatric and adult patients? //BMC Surg, 2016;16:1-6.

Поступила 20.03.2024

