



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

5 (67) 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)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 02.05.2024, Published: 10.05.2024

УДК 616-053.2-34-007.253.089

РЕОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Атакулов Жамшид Остонокулович, Шамсиев Жамшид Азаматович,
Юсупов Шухрат Абдурасулович

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

✓ Резюме

Несмотря на значительные прогрессы, достигнутые в хирургическом лечении болезни Гиршпрунга за последние 20-25 лет, эта проблема остается сложной и требует дальнейших улучшений. Присутствует высокий процент летальности, а также возникают как ранние, так и поздние осложнения.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга у детей, реоперации, летальность при болезни Гиршпрунга у детей.

БОЛАЛАРДА ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИДА ҚАЙТА ЖАРРОҲЛИК

Атакулов Жамшид Остонокулович, Шамсиев Жамшид Азаматович,
Юсупов Шухрат Абдурасулович

Самарканд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарканд, ст. Амир Темур,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Сўнги 20-25 йил ичида Гиршпрунг касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда сезиларли ютуқларга қарамай, бу муаммо мураккаб бўлиб қолмоқда ва янада такомиллаштиришни талаб қилади. Ўлим даражаси юқори бўлиб, эрта ва кеч асоратлар пайдо бўлади.

Калит сўзлар: Болаларда Гиршпрунг касаллиги, қайта операциялар, болаларда Гиршпрунг касаллигида ўлим.

SURGERY FOR HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN

Atakulov Jamshed Ostonokulovich, Shamsiev Jamshid Azamatovich,
Yusupov Shukhrat Abdurasulovich

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

✓ Resume

Despite significant advances made in the surgical treatment of Hirschsprung's disease over the past 20-25 years, this problem remains complex and requires further improvements. There is a high mortality rate, and both early and late complications occur.

Key words: Hirschsprung's disease in children, reoperations, mortality in Hirschsprung's disease in children.

Актуальность

Нами поставлено цель по дальнейшее улучшение хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей в нашей клинике.

Основным материалом было больные оперированные под курации наших учённых и использованы методы, разработанные нашей кафедрой. Послеоперационная летальность у

детей, оперированных в возрасте до 2 мес., составила 38 %, от 2 мес. до 1 года 12%, после 1 года 3,7%. Среди выживших пациентов в значительном количестве случаев сохраняются различные функциональные нарушения со стороны тазовых органов. Неудовлетворительные функциональные результаты составляют 28,5 - 25%. До 4,5% радикально оперированных нуждаются в повторных реконструктивных вмешательствах.

Методом Соаве-Ленюшкина нами оперировано 68 детей. Умерло 2 ребенка по причине, не связанной с техникой операции. Из 62 обследованных в катамнезе остаточные функциональные расстройства зафиксированы у 9 пациентов. Повторная операция потребовалась одному ребенку. В тот же период под нашим наблюдением находилось еще 16 детей в возрасте от 3 до 14 лет, ранее оперированных другими хирургами. У этих больных имели место различные осложнения и функциональные расстройства, при которых в 14 случаях потребовалось повторное вмешательство. Больные поступили в сроки от 1,5 до 6 лет после очередного вмешательства и ранее были оперированы от 1 до 3 раз. Почти в половине случаев необходимость в повторных реконструктивных вмешательствах возникла после операций Дюамеля и Свенсона. В абсолютном выражении это преобладание вполне понятно, ибо указанные методики имеют наиболее широкое распространение. Неудачи в хирургии болезни Гиршпрунга у детей бывают обусловлены как общими для всех модификаций причинами, так и специфичными для каждой из них. К сожалению, определить истинный удельный вес отдельных ошибок не представляется возможным в силу объективных обстоятельств. Анализ проведенных наблюдений с учетом литературных данных и собственного опыта позволяет нам выделить ряд тактических и технических ошибок. Остановимся на некоторых из них. Тактические ошибки относятся к разряду общих. В их числе неправильный выбор порока для радикальной операции, неудачный выбор метода операции, неадекватная оценка хирургом своих возможностей. Неправильный выбор срока радикальной операции заключается чаще всего в смещении его в сторону грудного возраста. Выдвигаемые при этом мотивировки "установки клиники", "желание родителей", "соображения социального порядка" и др. нельзя принимать всерьез, ибо они являются проводниками субъективных и априорных суждений. В интересах больного ребенка расчет должен строиться на объективных и научно обоснованных показателях. Неудачный выбор метода операции следует понимать не строго в буквальном смысле. Собственно говоря, выбор должен быть одним хирург применяет ту методику, которой он владеет. Вместе с тем конкретная обстановка вносит в это правило свои коррективы. Очень важно уметь перестроиться в ходе вмешательства. Например, при резком несоответствии диаметра анастомозируемых конов ки вряд ли целесообразно стремиться закончить операция по Свансону, в случае резкого склероза подслизистого слоя и больших затруднениях демуккозации иногда выгоднее отказаться от метода Соаве в пользу другой модификации и т.п. Возможность и вероятность такого поворота событий оперирующий хирург предусмотреть обязан. Существует и другой аспект обсуждаемого вопроса. Естественно стремление хирурга овладеть новыми оперативными методами. Однако это стремление должно сочетаться с большой осторожностью и деликатностью. Если в том или ином учреждении неплохо наложен тот или иной метод, нет никаких оснований отказаться от него только потому, что где-то появился новый, но еще недостаточно апробированный. Стремление к приоритету местного значения или своеобразия "дань моде" ничего, кроме вреда, больному не приносят. Хорошо известно, что освоение любой новой методики увеличивает процент неудачных исходов. Поэтому смена методики должна базироваться на твердой научной и практической основе при полной убежденности, что новая имеет веские преимущества перед прежней. Неадекватная оценка хирургом своих возможностей приводит к тяжелым осложнениям как правило. Это не всегда понимают даже немолодые врачи. Опыт показывает, что различные неудачи в оперативном лечении связаны не только, и даже не столько, с выбранным методом операции, сколько с навыками её выполнения. В последние годы наблюдается тенденция оперировать пациентов с первичными заболеваниями в местах, где хирурги часто не обладают достаточным опытом в детской проктологии. Это часто приводит к увеличению числа осложнений, таких как рубцовый стеноз прямой кишки, полное недержание кала, ректовагинальные и промежностные свищи и т.д. По-видимому, своевременно ставить вопрос о том, чтобы дети, страдающие болезнью Гиршпрунга, оперировались только в детских хирургических центрах. Значительный удельный вес составляют технические ошибки, связанные с созданием анастомоза.

Обусловленные ими осложнения достаточно хорошо известны. Это стеноз и грубые рубцы после операции Свенсона, "парус" или "мешок", а также повреждение сфинктера при операции Дюамеля, некроз кишки или нагноение межфутлярного пространства при операции Соаве и др. Клинические проявления патологических состояний сводится к нарушению акта дефекации.

Результат и обсуждения

У 10 из 14 больных в наших наблюдениях отмечались хронические запоры и у 4 недержание кала. Причиной запоров в 9 случаях явился стеноз и деформация прямой кишки: после операции Свенсона у 3 детей, Дюамеля у 3. Соаве у 2. Ребайна у 1 больных. В одном наблюдении мы встретили рецидив болезни Гиршпрунга после выполненной дважды внутренней сфинктеротомии. Причиной недержания кала (III степени) у всех 4 детей явилось повреждение задней порции наружного сфинктера при операции Дюамеля. Наиболее грубые локальные изменения отмечены после операций Свенсона и Дюамеля, когда пальцевое ректальное исследование обнаруживает не только плотный, порой хрящевой консистенции рубец на месте анастомоза, но и деформацию, неподатливость стенки кишки, рубцовые изменения параректальной клетчатки. При этом иногда имелись свищи разной локализации: в 2 случаях ректовагинальный свищ, в одном случае множественные промежностные свищи у одного ребенка свищевые ходы в брюшную полость, центральное место в повторной реконструктивной хирургии мегаколон занимает выбор метода реоперации и его техническое воплощение. Принципиально почти во всех случаях суть операции сводится к реконструкции анастомоза, которую можно осуществить промежностным или брюшно-промежностным доступом. Промежностные операции могут быть выполнены и рекомендованы после первичных вмешательств по методикам Дюамеля и Соаве, особенно если возникает необходимость улучшить местные условия, устранить "парус", удалить стенозирующее кольцо или провести сфинктеропластику. Брюшно-промежностные операции (повторное низведение) могут быть показаны после всех видов первичных операций, когда полностью отсутствует возможность произвести коррекцию иным путем или же заведомо ясно, что данный вид вмешательства обеспечит наилучшие функциональные результаты. Всякий раз перед хирургом встают чрезвычайно сложные оперативно-тактические задачи и возникают не меньшие технические трудности.

Вид реоперации	Всего оперировано	Функциональные результаты у выздоровевших и число больных		
		хорошие	Удовлетв.	Неудовл.
Повторное низведение	5	3	2	-
Иссечение «паруса»	2	1	1	-
Иссечение стенозирующего кольца	2	2	-	-
Сфинктеропластика	1	1	-	-
Иссечение избытка (мешка) прямой кишки и «парус»				
ИТОГО;	10	7	3	0

Существует два варианта реконструкции при лечении. Первый вариант предполагает сохранение терминальной части прямой кишки на уровне не менее 6-7 см выше анального канала. В этом случае кишку мобилизуют до уровня стеноза из брюшной полости, затем пересекают и демукозируют оставшуюся часть ампулы до уровня внутреннего сфинктера. Слизистую оболочку вытягивают через задний проход и спускают конец ободочной кишки через анальный канал, оставляя конец висящей культи с факированным на ней терминальным краем ректальной слизистой оболочки. Культю удаляют на втором этапе через 10-20 дней. Этот метод в основных чертах подобен методу Соаве-Лёнюшкина.

Второй вариант применяется, когда стенозирующее кольцо и рубцы находятся близко к анальному отверстию, что делает демукозиацию невозможной. В таких случаях кишку мобилизуют до уровня стеноза из брюшной полости, затем пересекают её, выделяя из рубцов

как можно ближе к внутреннему сфинктеру все стенки кишки. Культю вытягивают через анальное отверстие, освобождая от избытка клетчатки. Затем конец ободочной кишки спускают на промежность и фиксируют на ней вывернутую культю прямой кишки, создавая своеобразный "телескопический анастомоз". Избыток кишки отсекают вторым этапом через 18 - 20 дней, когда прочно срастутся стенки. Виды выполненных нами реопераций и их результаты отражены в таблице. Результаты реопераций при болезни Гиршпрунга

Выводы

Как видно из представленных данных, у всех выздоровевших больных зафиксированы хорошие и удовлетворительные результаты.

Подчеркнем, что окончательную оценку результатов лечения следует давать после курса (курсов) восстановительной терапии, проводимой с перерывами не менее 1,5 лет после повторного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурцев К.В., Леонова М.В., Лазарева Ю.В. и др. Клинический случай. Болезнь Гиршпрунга у младенца: современные аспекты диагностики и хирургического лечения. //Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019;98(1):77-81.
2. Савельев В.С., Круглов А.В., Бурцев К.В. и др. Опыт диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей. //Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2018;177(4):64-69.
3. Перов Ю.Л., Крюков Л.И., Бурцев К.В. и др. Болезнь Гиршпрунга у детей: диагностика и хирургическое лечение. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017;95(5):66-71.
4. Гушин И.И., Кривоустова Л.Ю., Шевцова Л.И. и др. Особенности хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019;9(2):55-59.
5. SJ Azamatovich, AJ Ostonakulovich, YS Abdurasulovich, BN Isrofilovich// Hirschsprung's disease in children and features rehabilitation after surgery //Journal of biomedicine and practice 2023;8(3).
6. AJ Ostonakulovich, YS Abdurasulovich, SJ Azamatovich, //Unsatisfactory results of surgical treatment of hirschsprung's disease in children //Journal of biomedicine and practice 2023;8(2).
7. YS Abdurasulovich, AJ Ostonokulovich, SA Mukhitdinovich//Surgical treatment of hirshsprung's disease //Journal of biomedicine and practice 2023;8(2).
8. Nasir A. Mir, Saleh A. Alkhotani, и др. Redo pull-through for Hirschsprung disease //"Journal of Pediatric Surgery" 2019.
9. R. Ure, M. Puri. Management of Hirschsprung disease in children: a review //"World Journal of Gastrointestinal Surgery" 2012
10. R. Lawrence Moss, Arnold G. Coran. Management and complications of Hirschsprung disease //"Operative Pediatric Surgery" 2013
11. Jason D. Fraser, Marc A. Levitt, и др. Hirschsprung's Disease: Diagnosis and Management //"Seminars in Pediatric Surgery" 2012

Поступила 20.04.2024