



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

8 (70) 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)

8 (70)

2024

август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2024, Accepted: 02.08.2024, Published: 10.08.2024

УДК 616.3-007-053.34-085

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (Обзор литературы)

Зайниев С.С. <https://orcid.org/0009-0007-9524-7485>

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

✓ **Резюме**

Проблема повышения качества медицинской помощи, в том числе посредством организации необходимой системы контроля и управления, в настоящее время, является одной из наиболее актуальных, в том числе, и разработка методики оценки организации хирургической помощи детям с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта. Важнейшей задачей Государственной программы Республики Узбекистан о раннем выявлении врожденных и наследственных заболеваний у детей на период 2018-2022 годов, является совершенствование профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, системы патронажа за состоянием здоровья будущих матерей и детей.

Ключевые слова. Организация, хирургическая помощь, дети, врожденные пороки, желудочно –кишечный тракт

ZAMONAVIY SHAROITDA OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING TUG'MA NUQSONLARI BO'LGAN BOLALARGA JARROHLIK YORDAMINI TASHKIL ETISH (Adabiytlar sharhi)

Zayniyev S.S. <https://orcid.org/0009-0007-9524-7485>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Rezyume**

Tibbiy yordam sifatini oshirish muammosi, shu jumladan zarur nazorat va boshqaruv tizimini tashkil etish orqali, hozirgi vaqtda oshqozon-ichak traktining tug'ma nuqsonlari bo'lgan bolalarga jarrohlik yordamini tashkil etishni baholash metodologiyasini ishlab chiqish eng dolzarb masalalardan biri hisoblanadi. 2018-2022-yillar davrida bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni erta aniqlash bo'yicha O'zbekiston Respublikasi davlat dasturining eng muhim vazifasi tug'ma va irsiy kasalliklarning oldini olish bo'yicha profilaktika va davolash-diaagnostika tadbirlarini, bo'lajak onalar va bolalar salomatligi holati uchun patronaj tizimini takomillashtirishdan iborat.

Ключевые слова. Tashkilot, jarrohlik yordami, bolalar, tug'ma nuqsonlar, oshqozon-ichak trakti

ORGANISATION OF SURGICAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS DEVELOPMENT OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN MODERN CONDITIONS (LITERATURE REVIEW)

Zayniyev S.S. <https://orcid.org/0009-0007-9524-7485>

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

✓ **Resume**

The problem of improving the quality of medical care, including through the organisation of the necessary system of control and management, is currently one of the most urgent, including the development of a methodology for assessing the organisation of surgical care for children with congenital malformations of the gastrointestinal tract. The most important task of the State Programme of the Republic of Uzbekistan on early detection of congenital and hereditary diseases in children for the period 2018-2022, is to improve preventive and therapeutic-diagnostic measures to prevent congenital and hereditary diseases, the system of patronage for the health of future mothers and children.

Keywords. *Organisation, surgical care, children, congenital malformations, gastrointestinal tract*

Актуальность

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин перинатальной и ранней детской смертности, вызывая серьезные медико-социальные проблемы в обществе [1]. По сведениям ВОЗ, также согласно данным популяционных исследований, проведенных в различных странах, частота встречаемости врожденных пороков развития составляет в среднем от 3 до 6%, причем это приводит к летальности в 30–40% случаев, а также служит основной причиной детской смертности (до 25 %) и инвалидности (до 50%).

Развитие и совершенствование пренатальной диагностики позволило не только определять врожденные пороки развития внутриутробно, но также осуществлять тактику ведения беременных, прогноз, определять места рождения с учетом возможного верифицированного порока у плода [2].

В настоящее время методика оценки организации хирургической помощи младенцам с врожденными пороками развития пищеварительного тракта, требующие неотложного оперативного вмешательства, освещены не достаточно [3]. В литературе также недостаточно отражены оптимальные сроки транспортировки младенцев в специализированные хирургические стационары, обеспечение адекватной респираторной поддержки, коррекции гемодинамических нарушений, поддержания температурного режима. Редки публикации о диагностических и тактических ошибках на этапах поступления новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительного тракта в специализированные хирургические стационары. Имеются лишь единичные сообщения, посвященные данному вопросу [4].

Наряду с распространенностью врожденных пороков развития пищеварительного тракта, диагностика данных пороков у новорожденных в родильных домах представляет определенные сложности. Об этом свидетельствуют поздние сроки поступления детей в хирургические стационары. Лишь 30% -35,2% детей поступают своевременно [5]. Высокие показатели смертности детей с ВПР ЖКТ требуют поиска путей совершенствования организации хирургической помощи. Оптимизации методов диагностики и лечения ВПР уделяется много внимания, однако система организации хирургической помощи детям требует дальнейшего совершенствования. В связи с этим назрела необходимость в совершенствовании не только лечебно-диагностических, но и организационных мероприятий, направленных на обеспечение непрерывности и преемственности медицинской помощи при врожденных пороках ЖКТ.

В результате исследований, посвященных улучшению качества медицинской помощи детям с врожденными пороками развития ЖКТ, разработана методология оценки качества и эффективности здравоохранения как с клинической, так и с экономической точки зрения (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany). В последние годы развитие медицинских технологий не могло не сказаться на успехах в хирургии новорожденных детей (National Institute for Health and Welfare (Финляндия)).

Однако, несмотря на значительный прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с такими хирургическими заболеваниями, как атрезия, стеноз, нарушения фиксации различных участков кишечной трубки, остаются неутешительными. Отрицательные результаты лечения объясняются отсутствием унифицированных эффективных схем и алгоритмов лечения, остается нерешенной проблема оптимизации сроков оперативного пособия, нет единой точки зрения на методы ведения дооперационного и послеоперационного периода. Кроме того, более чем в 80 % случаев хирургические заболевания сочетаются с тяжелой соматической неонатальной патологией:

недоношенностью, внутриутробной инфекцией, синдромом дыхательных расстройств, перинатальным поражением центральной нервной системой и др. В некоторых случаях именно эти патологические состояния маскируют наличие врожденных аномалий и определяют тяжесть состояния ребенка в ранние сроки жизни.

Катамнестическое исследование пациентов неонатальной хирургии, проведенное В.И. Гордеевым и Э.В. Ульрих (2017) выявило, что показатели качества жизни детей до 14 лет зависят от тяжести их состояния в периоде новорожденности. Критическими возрастными периодами по динамике качества жизни оперированных детей авторы считают ранний, дошкольный и младший школьный возраст до 10 лет включительно. Сходные данные получены Х.С. Шаидхановой (2017): качество жизни реконвалесцентов неонатальной хирургии и реанимации ниже, чем у их сверстников в контрольной группе: по данным самооценки в среднем на 11%, по данным экспертной оценки — на 24%. Наиболее низкие показатели качества жизни отмечены в группе реконвалесцентов хирургической реанимации, оперированных по поводу врожденных пороков развития кишечника (в среднем на 31% ниже нормы). Качество жизни реконвалесцентов неонатальной хирургии и реанимации зависит от тяжести состояния в остром периоде: пациенты, находившиеся в критическом состоянии, имеют показатели в среднем на 33% ниже нормы. У реконвалесцентов неонатальной хирургии и реанимации выявлен пониженный уровень школьной зрелости (89% от нормы), что затрудняет адаптацию к школьным программам и создает предпосылки плохой успеваемости.

Число детей с хирургической патологией периода новорожденности постоянно возрастает и не имеет тенденции к снижению [8]. Максимальная частота врожденных пороков (до 80-85%) наблюдается на ранних этапах внутриутробного развития, что было выявлено при исследовании материалов спонтанных аборт. По данным ВОЗ, в мире ежегодно рождается 4-6% детей с ВПР, летальность при этом составляет 30-40%. Среди новорожденных частота ВПР, выявляемых сразу после рождения, составляет от 2,5 до 4,5%, а с учетом нарушений, выявляемых в течение первого года жизни, достигает 5%.

Врожденные пороки развития лидируют и в структуре причин перинатальной смертности. По данным (2007г) [16], E.N. Whitby et al. (2003г) [7], влияние врожденных аномалий на общую структуру младенческой смертности возрастает. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что 25-30% всех перинатальных потерь обусловлены анатомическими дефектами органов. Среди мертворожденных ВПР выявляются в 15-20% случаев. В течение 1-го года жизни 25% всех случаев гибели детей вызваны врожденными пороками развития [10].

Одним из основных организационных вопросов является определение вида порока на дородовом этапе, оказание высококвалифицированной помощи в специализированном учреждении и решение вопросов транспортировки новорожденных в специализированные стационары. До сих пор вопросы транспортировки младенцев с врожденными пороками развития пищеварительного тракта освещены недостаточно. В литературе так же неполно отражены оптимальные сроки транспортировки младенцев в специализированные хирургические стационары, поддержания температурного режима [2,6]. Редки публикации о диагностических и тактических ошибках на этапах поступления новорожденных с ВПР ЖКТ в специализированные хирургические стационары. Имеются лишь единичные сообщения, посвященные данному вопросу [9]. Данный вопрос требует дальнейшего научного исследования для определения оптимальных условий и принятия нормативной документации.

На показатель эффективности лечения новорожденных с ВПР ЖКТ оказывают влияние различные факторы. Высокая летальность детей с ВПР ЖКТ зачастую обусловлена как хромосомной патологией, так и сопутствующими нехирургическими заболеваниями, что нередко определяет исход и успех хирургического лечения [7].

Исследования, посвященные врожденным порокам развития желудочно-кишечного тракта, свидетельствуют, что только на основании организации хирургической помощи невозможно полностью решить данную проблему, необходимо также оптимизировать своевременную диагностику, выявить основные клинические факторы, оказывающие влияние на результаты лечения. Выявление всех врожденных пороков после рождения, понимание морфологии порока, клинической картины, закономерностей частоты встречаемости аномалий определяют хирургическую тактику, особенности выхаживания детей с врожденными пороками развития пищеварительного тракта и определяют исход заболевания [15]. Разработка этих

организационных вопросов позволит улучшить результаты лечения новорожденных с врожденными пороками развития [5].

Выбор пороков развития пищеварительного тракта в качестве объекта научного исследования обусловлен их высокой популяционной частотой среди всех врожденных пороков развития новорожденных и сохраняющимися неудовлетворительными результатами лечения [2].

В структуре врожденных пороков развития доля патологии желудочно-кишечного тракта составляет от 21,7% до 25%. В 33% случаях эти пороки развития проявляются врожденной кишечной непроходимостью. Показатель летальности в данной группе пороков остается высоким, несмотря на совершенствование хирургических методов лечения и реанимационно-анестезиологического пособия [1].

Несмотря на многовековую историю изучения врожденных пороков развития ЖКТ, результаты лечения на сегодняшний день нельзя признать удовлетворительными, не решены многие организационные вопросы, как диагностики данных заболеваний, так и их лечения.

В Республике Узбекистан частота врожденных пороков развития сопоставима с данными ближнего зарубежья (странами СНГ) и не имеет тенденции к снижению. Отмечается рост заболеваемости новорожденных на фоне увеличения частоты рождения недоношенных и детей со сниженной массой тела [9].

В младенческой смертности лидируют следующие классы болезней: на первом месте – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, на втором месте – врожденные пороки развития и хромосомные нарушения, на третьем месте – болезни органов дыхания. Увеличение удельного веса аномалий развития, в структуре неонатальной и младенческой смертности как в Казахстане, так и в других странах мира обусловлено относительным снижением смертности новорожденных от инфекций и родовых травм [5]. Больничная летальность детей до 1 года с ВПР составляет 7,6%; среди детей первого года жизни, умерших в стационаре, ВПР являются причиной смерти в 24,6% случаев [8,9,10].

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. В мире рождается более 5,5% детей с ВПР, летальность, при этом, составляет около 30–40% [7]. При этом среди причин неонатальной смертности ВПР составляет 7%. В Республике Узбекистан за последние годы ВПР занимает лидирующее место среди причин младенческой смертности, составляя 22,6-22,8%.

Многие из выживших детей становятся инвалидами с детства и их воспитание не только ложится тяжким бременем на плечи родителей, но и требует значительных материальных затрат от государства. Одним из основных направлений современной неонатологии является изучение хирургической патологии новорожденных, в частности, врожденных пороков развития (ВПР) желудочно-кишечного тракта [8].

Очень мало в нашей стране Центров хирургии новорожденных, в связи, с чем дети первого года жизни, в т.ч. новорожденные, лечатся в общих хирургических отделениях, что приводит к значительной летальности, при некоторых видах пороков доходящей до 100%. Летальность новорожденных с диагнозом ВПР ЖКТ колеблется от 25% до 57% [9].

Выводы

Таким образом, выявление всех врожденных пороков после рождения, понимание морфологии порока, клинической картины, закономерностей частоты встречаемости аномалий определяют хирургическую тактику, особенности выхаживания детей с врожденными пороками развития пищеварительного тракта. Разработка этих вопросов позволит улучшить результаты лечения новорожденных с данными врожденными пороками развития. Высокие показатели смертности детей с ВПР ЖКТ требуют поиска путей совершенствования организации хирургической помощи и разработки новых подходов определения места рождения с учетом верифицированного порока у плода. Анализ организации хирургической помощи по поводу врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта выявил многообразие, необходимость дальнейших разработок данной проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Abdurakhmonova N.H., Jabbarova Y.K., Tursunov H.Z. Clinical and pathological-anatomical analysis of the causes of perinatal mortality in congenital malformations clinical and pathological-anatomical analysis of the causes of perinatal mortality in congenital malformations.
2. Averyanova N.I., Balueva L.G. Peculiarities of clinic and diagnostics of uretero-ureteric reflux in infants.
3. Afonin A.A., Lazareva K.I., Amelina S.S., Afonina T.A., Shiring V.V., Gogoryan T.A. Identification of risk factors for congenital malformations in children of Rostov region according to the monitoring data Paediatrics. //Journal named after T.N. Speransky. T.N. Speransky. 2010;89(6):140-143.
4. International Journal of Applied and Fundamental Research. 2011;12:37-39.
5. Azarov E.H.. Cryoplasma-antiprotease therapy in the complex treatment of newborns with oesophageal atresia, autoref. Diss. for a thesis of the degree of Candidate of Medical Sciences 2009; 6-18 pp..
6. Antonov O.V., Antonova I.V., Turchaninov D.V. Identification and analysis of cause-and-effect relationships in the system of infectious morbidity frequency and nature of congenital malformations.
7. Epidemiology and Infectious Diseases. 2009;5:38-42.
8. Antonova I.V., Antonov O.V. Problems and prospects of development of prenatal diagnostics Issues of gynaecology, obstetrics and perinatology. 2009;8(1):76-83.
9. Antonova I.V., Antonov O.V., Shestovskikh O.L., Gerasimenko NLO. early diagnosis of foetal malformations //Issues of gynaecology, obstetrics and perinatology. 2009;8(1.):25-29.
10. Antonova I.V., Bogacheva E.V., Filippov G.P., Lubavina A.E. Role of exogenous factors in the formation of congenital malformations of the foetus //Voprosy gynaecologii, obstetrics and perinatology. 2010;9(6):63-68.

Поступила 20.07.2024