



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

9 (83) 2025

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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.348-002.4-053.31

КЛИНИКО - РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯЗВЕННОЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Раупов Фарход Сайидович <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>

Бухарский 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

✓ Резюме

В данной статье рассмотрено основные моменты клинического течения, анамнестические факторы риска возникновения некротизирующего энтероколита у новорожденных. Указаны основные клинические симптомы, указывающие на наличие язвенной некротизирующей энтероколита у новорожденных. Приведены наиболее часто диагностируемые рентгенологические признаки некротизирующего энтероколита. А также проведено подробный анализ факторов риска, предшествующей некротическому энтерокоlitу.

Ключевые слова: анамнез, новорожденный, рентгенологические признаки, некротизирующий энтероколит.

CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NEWBORNS WITH ULCERATIVE NECROTIZING ENTEROCOLITIS

Raupov Farkhod Sayidovich <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>

Bukhara 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

✓ Resume

This article discusses the main points of the clinical course, anamnestic risk factors for necrotizing enterocolitis in newborns. The main clinical symptoms indicating the presence of ulcerative necrotizing enterocolitis in newborns are indicated. The most frequently diagnosed radiological signs of necrotizing enterocolitis are given. A detailed analysis of the risk factors preceding necrotizing enterocolitis was also carried out.

Key words: medical history, newborn, radiological signs, necrotizing enterocolitis.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОКОЛИТНИНГ КЛИНИК ВА РЕНТГЕНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Раупов Фарход Сайидович, <https://orcid.org/0009-0003-4686-631X>

Абу 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

✓ Резюме

Ушбу мақолада чақалоқларда некротик энтероколитнинг асосий клиник ва рентгенологик белгилари, анамнестик хавф омиллари муҳокама қилинади. Янги туғилган чақалоқларда ярали некротик энтероколит мавжудлигини кўрсатадиган асосий клиник аломатлар намайён бўлиши келтирилган. Некротик энтероколитда энг кўп учрайдиган рентгенологик белгилари берилади. Некротик энтероколитга олиб келиши мумкин бўлган хавф омилларининг батафсил таҳлили ҳам келтирилган.

Калит сўзлар: касаллик тарихи - анамнез, чақалоқ, рентгенологик белгилар, некротик энтероколит.

Актуальность

Некротизирующий энтероколит (НЭК) — это тяжелое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта, которое приводит к некрозу (отмиранию) и перфорации стенки кишечника. Оно наиболее часто поражает недоношенных детей, особенно родившихся до 32 недель беременности [7,10]. Некротический энтероколит новорожденных или «болезнь выживших недоношенных» — это гетерогенная патология, которая характеризуется развитием язв и некрозов стенки кишечника с дальнейшей перфорацией. Более 90% больных детей — недоношенные, с массой тела до 1500 г. Общая заболеваемость составляет 0,5-3 на 1000 новорожденных. Прогноз, как правило, неясен, т. к. для НЭК характерно резкое ухудшение состояния на фоне мнимого благополучия. Часто требуется хирургическое вмешательство. Летальность в зависимости от формы колеблется от 25 до 55%. Даже после успешного проведения операции показатель смертности составляет свыше 60%. При условии выживания ребенка наблюдается тяжелый период реабилитации, остается высокий риск послеоперационных осложнений [1,2,6,11].

Наиболее сложной и наименее изученной проблемой в неонатологии признается некротизирующий энтероколит, который в большинстве случаев встречается у недоношенных с массой тела менее 1500 г. Так, по данным литературы, некротизирующий энтероколит встречается с частотой 2–10 на 1000 недоношенных новорожденных, имеющих различные неотложные состояния: гипоксия в родах, синдром дыхательных расстройств, врожденные пороки сердца, родовая спинальная травма и др. [5,9]. Большие проблемы возникают в связи с ранней диагностикой развивающегося заболевания. Перспективным представляется использование маркеров воспаления, в частности С-реактивного белка, лейкоцитарного индекса интоксикации и фекального кальпротектина. Отсутствие патогномоничных симптомов в начале болезни затрудняет своевременное его выявление. Разработка интегральных оценок клинических и лабораторных данных с включением изучения маркеров воспаления является неинвазивным и информативным методом, который позволит прогнозировать развитие некротизирующего энтероколита безболезненно для недоношенного ребенка [3,4,8].

Вопросы прогнозирования и дальнейшего течения некротизирующего энтероколита в специальной литературе затрагиваются недостаточно, несмотря на сохраняющуюся актуальность. В связи с изложенным цель данной работы заключалась в изучение прогностических клинических и рентгенологических критериев развития некротизирующего энтероколита.

Цель исследования: Провести анализ клинических и рентгенологических признаков некротизирующего энтероколита у новорожденных.

Материал и методы

В основу данной работы включены материалы обследования и лечения 108 больных новорожденных с некротизирующим энтероколитом в возрасте до 29-дневного возраста, получивших лечения в отделении неонатальной хирургии и интенсивной терапии, Бухарского областного детского многопрофильного медицинского центра за период 2019 – 2025 гг. Критерием включения больных в данную работу является наличие клинико-рентгенологических признаков язвенной - некротизирующего энтероколита.

Методы обследования: Все госпитализированные новорожденные больные проходят полное медицинское обследование, включающее в себя клинические методы обследования: изучение жалоб родителей (ухаживающего персонала), собирания анамнеза (течение беременности и родов, постнатального периода развития), объективный осмотр больных. Кроме того, проводилось лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала, биохимический, иммунологический, специфические анализы на TORCH инфекцию, альфа-фетопротеин), инструментальные (ультразвуковая соно и доплерография, ЭКГ, Эхо КГ и др.), рентгенологические (обзорная рентгенография, контрастные исследования различных органов и систем). А также проводилась тест на скрытую кровь по Грегерсену.

Результат и обсуждения

При анализе полученных данных выявлено, что язвенной некротизирующим энтероколитом новорожденные мальчики с страдают более чем в 2 раза по сравнению с новорожденными девочками. В развитие язвенной некротизирующей энтероколита у новорожденных немаловажное значения имеют осложнения беременности матери ребенка и родового анамнеза. Предшествующими факторами риска в развитие язвенной некротизирующего энтероколита у новорожденных являются: анемия у матери во время беременности; пролонгированный разрыв оболочек плаценты с амниотитом; асфиксия во время рождения; врожденные пороки сердца; дисбактериоз и недоношенность, также характер питания.

Из обследованных нами 108 больных новорожденных с язвенной некротизирующим энтероколитом в зависимости от проявленных клинических признаков в момент поступления стационар, беспокойства новорожденного было выявлено у 104 (92,3%) случаях (табл. 1). При этом рвота диагностирована у 78 (72,2%) случаях, жалобы на отказ новорожденного от груди (еды) отмечена у 37 (34,2%) новорожденных больных. Плач, беспокойства и крик новорожденных с язвенной некротизирующим энтероколитом отмечено у 51 (47,2%) больных. Вздутие живота выявлена у 66 (61,1%) случаях, признаки пареза кишечника констатирована у 56 (51,8%) больных, при этом застой в желудке диагностирована у 18 (16,7%) новорожденных больных.

Распределение больных новорожденных с НЭК при поступлении в стационар в зависимости от проявленных клинических признаков

Таблица №1

№	клинический признак	abs. (n)	%
1	Беспокойства новорожденного	104	92,3
2	Рвота	78	72,2
3	Плач (беспокойства и крик)	51	47,2
4	Отказ от груди (еды)	37	34,2
5	Вздутие живота	66	61,1
6	Парез кишечника	56	51,8
7	Застой в желудке	18	16,7
8	Диарея	32	29,6
9	Изменения в стуле	20	18,1
10	Наличие примесей	6	5,5
11	Наличие видимой крови	4	3,7

Частый стул или диарея диагностирована у 32 (29,6%) новорожденных больных с язвенной некротизирующим энтероколитом, изменения в стуле отмечена у 20 (18,1%) больных, наличие примесей в стуле отмечена в 6 (5,5%) случаях, при этом наличие видимой крови в каловых массах отмечена в 4-х (3,7%) случаях.

Таким образом, у больных новорожденных с язвенной некротизирующим энтероколитом в момент поступления стационар наиболее выраженным клиническим признаком является беспокойства, плачи крик, отказ от груди и рвота, при могут быть изменения консистенции и частоты стула.

Рентгенологические исследования органов брюшной полости. С учетом высокой метаболической и пролиферативной активности у новорожденных, близкого расположения органов грудной и брюшной полости к друг другу и их взаимоотношение, часто выполняли торакоабдоминальное рентгеновское исследование, позволяющее за одну экспозицию получить изображение, как органов грудной клетки, так и брюшной полости.

При каждом отдельном исследовании определялась клиническая необходимость выполнения диагностической процедуры. В показаниях к проведению рентгенодиагностики новорожденных немаловажную роль имело также выявление пороков развития на пренатальном скрининге. Показанием для выполнения рентгеновского исследования являются факторы, предрасполагающие к развитию патологических процессов и клинические данные после рождения. Так, недоношенность, кесарево сечение до начала родовой деятельности, пренатальная асфиксия, преждевременная отслойка плаценты и некоторые другие состояния

являются триггером для развития язвенно – некротического энтероколита. Парез кишечника, вздутие живота, рвота, плач с криком и беспокойством, изменения в стуле, отсутствие стула, и их сочетание их, а также изменения в результатах лабораторных исследований, в том числе в кале являются показаниями для проведения рентгеновского исследования новорожденного.

Для диагностики патологических изменений органов грудной клетки и брюшной полости оптимальным является вертикальное положение, но с учетом особенностей пациентов педиатрического профиля выполнение исследований возможно и в горизонтальном положении. Поэтому при исследовании новорожденных и детей раннего возраста можно использовать переднезадняя в положении лежа на спине.

Изучении рентгенологической картины брюшной полости у больных новорожденных с язвенной некротизирующий энтероколитом в момент поступления стационар выявило утолщение стенок кишечника в 30 (27,8%) случаев (табл. 2), наличие прозрачного выпота в брюшной полости диагностировано у 43 (39,8%) больных, сниженное перистальтика кишечника в пораженном сегменте отмечена у 22 (20,4%) больных, при этом ригидные петли кишечника определена у 15 (13,9%) больных, а у 12 (11,1%) больных новорожденных диагностирована статистические петли кишечника.

Характерные рентгенологические признаки брюшной полости больных новорожденных с НЭК при поступлении

Таблица №2

№	Рентгенологический признак	<i>abs. (n)</i>	%
1	Утолщение стенок кишечника	30	27,8
2	Наличие прозрачного выпота	43	39,8
3	Сниженное перистальтика кишечника в пораженном сегменте	22	20,4
4	Ригидные петли кишечника	15	13,9
5	Статистические петли кишечника	12	11,1
6	Пневматоз стенки кишечника	26	24,1
7	Газ в области портальной вены	27	25,0
8	Гиперпневматоз кишечника	17	15,7
9	Горизонтальные уровни жидкости с газом над ними	7	6,5
10	Петли кишечника в виде «скоб»	4	3,7
11	Свободный газ под диафрагмой	4	3,7

Пневматоз стенки кишечника при рентгенологическом исследовании у больных новорожденных с язвенной некротизирующий энтероколитом выявлено в 26 (24,1%) случаях, газ в области портальной вены отмечена у 27 (25,0%) больных гиперпневматоз кишечника диагностирована в 17 (15,7%) случаях. При обзорной рентгенографии брюшной полости горизонтальные уровни жидкости с газом над ними (чащи Клойбера), обусловленные наличием раздутых участков кишечника, наполненных частично жидкостью и частично газом, диагностирована у 7 (6,5%) больных, петли кишечника в виде «скоб» выявили в 4-х (3,7%) случаях, а также в 4-х (3,7%) случаях отмечена свободный газ под диафрагмой.

Таким образом, по нашему мнению, характерными рентгенологическими признаками брюшной полости больных новорожденных с язвенной некротизирующий энтероколитом является

наличие газа в стенке кишки, изменения перистальтики кишечника и наличие выпота в брюшной полости.

Выводы

1. Язвенно-некротизирующей энтероколит у новорожденных чаще всего проявляются нижеследующими клиническими симптомами: плач (беспокойства и крик) новорожденного, рвота, отказ от груди (еды), вздутие живота, парез кишечника, застой в желудке, диарея, изменения в стуле -, наличие примесей, иногда видимой крови.

2. Выполнение рентгеновского исследования новорожденным и детям раннего возраста проводили в тех случаях, когда оно клинически обосновано, которое влияет на тактику ведения и лечения новорожденного с некротизирующим энтероколитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Козлов Юрий Андреевич, Новожилов В.А., Ковальков К.А., Чубко Д.М., Барадиева П.Ж., Тимофеев А.Д., Ус Г.П., Кузнецова Н.Н. (2016). Некротизирующий энтероколит у новорожденных. Новые взгляды и тенденции. Детская хирургия, 20 (4), 188-193.
2. К.Р. Каримов Ф.С. Раупов. Анализ результатов лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных // New day in medicine 2024/1/20 С.16-20
3. Фазылова А.Ш., Ахмедова Д.И., Камилова А.Т., Хасанова С.С. Прогностические критерии развития некротизирующего энтероколита у глубоко недоношенных новорожденных. Рос вестн перинатол и педиатр 2021; 66:(6): 58–62. DOI: 10.21508/1027– 4065–2021–66–6–58–62
4. Раупов, Ф. С. (2020). Возможные нарушения функции толстого кишечника после резекции у детей. Проблемы биологии и медицины, 3, 78-81.
5. Хасанова С.С., Камилова А.Т. Прогностическое значение фекального кальпротектина у недоношенных с гестационным сроком при рождении менее 32 недель. Современная педиатрия. Украина. 2019; 1(97): 26–29
6. Шахов К. В., Переяслов А. А., Шеролят О. Е. Некротический энтероколит у новорожденных // Хир. детск. возраста. 2014. № 1-2. С. 94-100.
7. Reisinger K.W., Van der Zee D.C., Brouwers H.A., Kramer B.W., van Heurn L.W., Buurman W.A. et al. Noninvasive measurement of fecal calprotectin and serum amyloid A combined with intestinal fatty acid-binding protein in necrotizing enterocolitis. J Pediatr Surg 2012; 47(9): 1640–1645. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.02.027
8. Shakhov K.V., Pereyaslov A. A., Sherolat O. E. Necrotic enterocolitis in newborns. Khir. detsk. age. 2014, No. 1-2, pp. 94-100. (in Russ.)@@
9. Saidovich, R. F. (2022). Features morphological bases of colon resection in children. Art of Medicine. International Medical Scientific Journal, 2(3).
10. Soloviev A.E., Shatskaya E.E., Shatsky V.N. Experience in the treatment of necrotizing enterocolitis in newborns. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2022;(10):92-96. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-206-10-92-96>
11. Wendy H. Y., Amuchou Singh Soraisham, Vibhuti S. S., et al. Incidence and timing of presentation of necrotizing enterocolitis in pre-term infants. Pediatrics. 2012, Vol. 129, pp. 298-304.

Поступила 20.09.2025