

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ – III



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1	Сагдуллаева М.А., Маллаев Ш.Ш. МУДДАТДАН ЎТИБ ТУҒИЛИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.....	6
2	Сагиндыкова Б.А., Амандык Айгерим Алпамысовна ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ КАПСУЛ ИМОДИУМА И ЕГО ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ АНАЛОГОВ.....	9
3	Ирина А.С., И. Р.Ильясов, Р. П.Терехов, Д.И.Панков РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ «ЗЕЛеноЙ» ХИМИИ В ФАЗОВОЙ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ.....	12
4	Сулайманова Н.Э., Рахимова Х. М. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И РОДИТЕЛЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1–3 ЛЕТ.....	15
5	Сайдалиева Ф.А., Файзиева З.Т. Нарзуллоева Г. ТУБУЛҒИБАРҒЛИ БЎЙМОДАРОН ЎСИМЛИГИНИНГ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИ ВА УНИНГ ТАБЛЕТКА ШАКЛИНИ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИ.....	18
6	Санакулов А.Б. БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ КЛИНИК - ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.....	21
7	Сиддиқов О. А., Даминова Л.Т., Абдурахмонов И. Р. ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРДАН ФойДАЛАНИШНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ.....	25
8	Султанова Н. С., Бобомуратов Т. А., Маллаев Ш.Ш. Хошимов А. А. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА.....	28
9	Таджиханова Д. П., Шамсиев Ф.М. ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	31
10	Токсанбаева Ж.С., Ибрагимова А. Г., Акшабаева А.Г. НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ФЛОРЫ КАЗАХСТАНА.....	34
11	Тугаева Д.Х. BOLALARDA METABOLIK SINDROM VA GERATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	37
12	Турсымбек Ш. Н. Сатбаева Э.М. Ананьева Л.В., Ю К., А. Давлетбаков ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТРИМЕКАИНА, ДИФЕНГИДРАМИНА, ТОЛПЕРИЗОНА.....	40
13	Тураева Н.О. НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	43
14	Умарназарова З.Е., Ахмедова Н.Р., Гофурова З.Б. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	46
15	Уралов Ш.М., Юлдашев Б.А., Халиков К.М. ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ – КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	50
16	Umarova Saodat Sulaymonovna, Burxonova Dilovar Sadriddinovna REVMAТИК ISITMA PATOGENEZI HAQIDA ZAMONAVIY MA'LUMOTLAR.....	53
17	Файзуллаева Х.Б., Абудуллаева М.Н., Халиков К.М., Назарова Г.Ш. КОРРЕКЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ.....	56
18	Xalikov Q.M., Sattarova X.G., Mamedov A.N., Nazarova M.E. EXINOKOKKOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BOKIMYOVIY KO'RSATGICHLAR TANIHLI.....	59
19	Хамраев А.Ж. ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСТРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ.....	64
20	Хайдарова Х.Р. IMMUNITETNI SHAKLLANTIRISHDA PROBIYOTIKLARNING ROLI.....	68
21	Хасанова Г.М., Агзамова Ш.А. КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	71
22	Хлямов С.В., Маль Г.С., Аргюшко Е.Б. ЭЛЕМЕНТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПО ТИПУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	74
23	Халимова З.Ю., Азимова О.Т., Улугова Х.Т. АГРЕССИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА И ВОЗРАСТНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ.....	77
24	Царькова С.А. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ – ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ КРУПА У ДЕТЕЙ.....	80
25	Шавази Н.Н., Ахгамова Н.А., Собирова А, Шавази Р.Н. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН.....	84

26	Шавазы Н.Н., Ахтамова Н.А., Раимжанова К. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: НОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	89
27	Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Бурханова Д.С. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	92
28	Румянцев А.Г., Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТИПИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	95
29	Шадиева Х.Н., Турдиева Н.С., Кодирова М.М. ВРОЖДЕННАЯ ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	99
30	Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф., Шавкатова З.Ш., Пулатова Н.Ю. ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	104
31	Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	107
32	Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Абдуллаев С.К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	110
33	Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Синдаров А.Ф. РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	113
34	Ягупова А.В., Климов Л.Я., Курьянова В.А. ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D, УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ПРИЕМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ..	116
35	Абдуллаев Б. С., Хамидова Ф. М., Исламов Ш. Э., Норжигитов А. М., Махматмурадова Н. Н. СОСТОЯНИЕ АПУДОЦИТОВ В ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	120

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH


ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.3-008.14-089-053.2

Хамраев Абдурашид Журакулович
профессор кафедры госпитальной детской хирургии
Ташкентского педиатрического медицинского института.
Ташкент, Узбекистан

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

For citation: Khamraev A.Zh., Karimov I. M., Akmollaev D.S./ Diagnosis and complex treatment of subclinical and decompensated chronic colostases in children. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.64-67

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7311639>

АННОТАЦИЯ

Авторами у 288 больных детей с суб – и декомпенсированными течениями хронического колостаз (ХК) проведены катamnестических, клинко-рентгенологических и дополнительных комплексов исследования. Выявлены разные органические причины, обусловленные анатомическими и функциональными нарушениями дистального отдела ТК и результаты их в целом оценены в балльной системе. При этом суммарный составляет 4- 12 баллов, рекомендуется комплекс консервативного лечения, без эффективности её показания к оперативному лечению, если 12-18 баллов, при наличии дополнительных изгибов, удлинение, сужение, неполную фиксацию, ротацию и ригидности ТК, с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции определяли прямые показания к оперативному лечению. У 250 (86,8%) больных получены хорошие результаты от комплексного консервативного лечения. У 26 (13,2%) больных определены показания к операции при: отсутствие эффекта от длительного проводимого комплекса консервативного лечения, нарастание признаков хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением и прогрессирующим ухудшением состояния больного. При выборе метода операции учитывался возраст больных, характер и локализация патологии ТК. У детей до 4 лет проводилась трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНТК) по методу Делаторре-Мандрагона и у старших детей - внутрибрюшинная резекция и фиксация ТК лапаротомным доступом. Характер операции были: резекции удлиненной или суженной участки ТК с созданием «коло-анальной» или «коло-коло» анастомозов с фиксацией опущенных и ротированных частей кишечника с целью восстановления анатомической структуры и транзиторных функций.

Ключевые слова: хронический колостаз, комплексное лечение, у детей.

Khamraev Abdurashid Zhurakulovich

Professor of the Department of Hospital Pediatric Surgery
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Tashkent Pediatric Medical Institute, FCAOY BO MA of Krim federal University

DAIGNOSIS AND COMPLETED TREATMENT OF SUBCLINICAL AND DECOMPENSATED CHRONIC COLOSTASES IN CHILDREN

ANNOTATION

In 288 patients with subclinical and decompensated CHC, clinical, radiological and additional examination complexes were carried out. Various organic causes were identified, due to anatomical, muscular and functional disorders of the distal (large intestine) LI and their results were generally assessed in the ball system. In this case, the total, over 12 points and conservative treatment is ineffective, the relative indications to the operation were determined. If more than 18 points, and revealed additional bends, lengthening, narrowing, incomplete fixation, rotation and rigidity of the LI, with clinical complete violations of the motor-evacuation function of the LI, direct indications for surgical treatment were determined. 250 (86,8%) patients had good results from complex conservative treatment. In 26 (13,2%) patients, indications for surgical treatment were determined with: no effect of prolonged ongoing conservative treatment, an increase in the phenomena of chronic colonic obstruction with decompensated flow and a progressive worsening of the patient's condition. When choosing the methods of operation, the age of the patients, the nature and localization of the pathology of the LI were taken into account. In children under 3 years, the Delatorre-Mandragon method was performed by transanal access; preschool-age method - Soave-Lenyushkin's method with abdominal perineal and in older children - resection and fixation of TK with laparotomy access. The nature of the operation was: resection of the elongated or narrowed LI zone with the creation of "colo-anal" or "colo-colo" anastomoses with fixation of pubescent "transversogastropexy" and rotated parts of the intestine in order to restore normal anatomical structures and transient functions of it. Complications in the early postoperative period was not noted.

Keywords: chronic colostases, surgical treatment, colon, in children.

Актуальность. Хронические колостазы (ХК) у детей, обусловлены снижением моторной функции, тонусом мышечного слоя и сужением дистальной части ТК, клинически проявляющиеся суб- и декомпенсированным течением с запорами, плотными каловыми массами и болезненными актами дефекации. Хронический запор (ХЗ) является частой патологией у детей, частота его колеблется от 0,3 до 8% в детской популяции. Встречается у 3-5% детей из числа обращений к ВОП и у 25% детей, обратившихся к детскому гастроэнтерологу. У 30-52% детей ХЗ сохраняются в течение последующих 5 лет, до 25% детей продолжают страдать ХЗ во взрослом возрасте. Частота встречаемости ХК среди детского населения США увеличилась в больше половины. В РФ частота ХЗ у детей составляет 25-30%. Частота встречаемости ХК до 1 года составляет -17,6%, а в старшем возрасте -10-25% [1,2,3,4,7].

Частой причиной суб- и декомпенсированных форм течения ХК у детей, является мало обращаемость родителей больного ребенка к ВОП врачу на ранней стадии заболевания, недостаточная осведомленность о ранней диагностике и лечения болезни педиатрами, гастроэнтерологами и детскими хирургами на первичном и вторичном звене здравоохранения. При этом, детские гастроэнтерологи, часто упускает оптимальные сроки хирургического лечения из-за длительного и излишнего медикаментозного лечения больных без рентгенологической диагностики и патогенетического обоснования. А детские хирурги, склоняясь к диагнозу болезни Гишпрунга с суперкоротким сегментом, прибегают к хирургическому лечению, которое нельзя считать патогенетически обоснованным. При этом, некоторые обратимые компенсаторные состояния ХК у детей, на фоне осложненного течения ОКИ и их сочетание с долихосигмой или неполной фиксацией ТК со временем, разных алиментарных факторов переходит в суб- и декомпенсированные формы течения заболевания. По данным некоторых авторов, при комплексном лечении ХК у детей в возрастном аспекте, дискуссионным и далеко нерешённым остаётся выбор тактики лечения между длительной консервативной и активной хирургической [5, 6, 7]. Поэтому, проблемы лечебно-тактические аспекты комплексного лечения ХК у детей в возрастном аспекте требуют своего изучения по оптимизации диагностики, определению показания, сроков и выбора метода лечения.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения ХК у детей, путем оптимизации диагностики, тактики лечения, показаний и выбора методов операций.

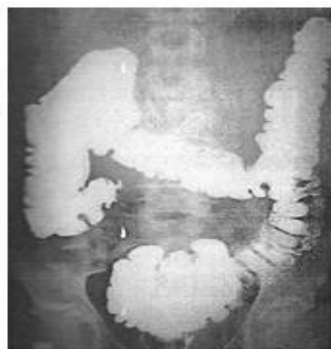
Материалы и методы. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) и клинике детской хирургии Крымской МА за последние 6 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 288 больных детей с ХК в возрасте: до 3 лет - 61 (21%); 4-6 лет- 75 (26%); 7-12лет- 84 (29%); 13-17лет - 68 (24%),. Мальчики составили -154 (53,4%), девочки - 134 (46,6%).

Всем больным детям с ХК проводились: общеклинические, лабораторные, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия, ирригоскопия, полипозиционная ирригография (ППИ), фиброколоноскопия (ФКС), пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза. Это позволило с большей достоверностью выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения ТК: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации и нарушения функции мышц тазового дна.

При диагностике ХК у детей мы руководствовались классификацией по Я.Ц. Циммерману (2009), где различаются: *по происхождению*- первичный (мегаколон и долихосигма, болезнь Гишпрунга (БГ), транзверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити); вторичный (хирургические заболевания аноректальной зоны; холестатические процессы; перенесенные ОКИ и идиопатический); *по течению*: острый и хронический; *по этиологии*: алиментарный, механический, дискинетический, метоболический, токсический, медикаментозный, проктогенный, кологенный др. [5].

По нашим клиническим данным, диагностирован по происхождению первичной ХК у 140 (48,6%): среди них: у 60 (42,8%) больных выявлено долихосигма; у 41 (99,2%) - БГ; у 31 (22,1%) – транзверзоптоз (с сочетанием синдромами Пайра - у 14 (45%); и Хилайдити (двухстволка печеночном изгибе) - у 6 (19,5%) и остальные 11 (35,5%) больной были с полной и частичной транзверзоптозом) долихоколон у 8 (5,7%).

Остальные 188 (51,4%) больных с ХК по этиологии были: алиментарного, механического, дискинетического, метоболического и медикаментозного характера. Некоторые варианты декомпенсированного течения транзверзоптоза со синдромами Пайра (рис.1А), Хилайдити (рис.1В) и долихосигмы представлена на рисунке - 1



А



Б

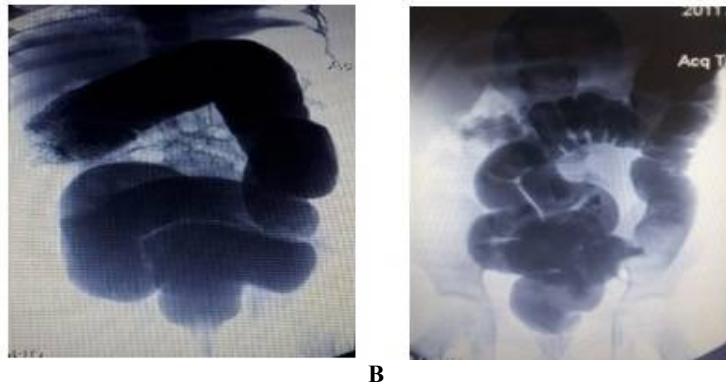


Рис. 1. Некоторые варианты декомпенсированного течения транзверзоптоза. А - Синдром Пайра; В - Синдром Хилайдити; С - долихосигмы.

Результаты. Нами в отдаленном периоде изучены причины ХЗ у детей на основании катamnестических данных (изучен выписки истории болезни, результаты клинико – анамнестических данных анкетирования), и комплексного клинического обследования 188 больных.

Детей раннего возраста, у 36 (12,5%) с ХЗ, выявлены причины запора в отдельном и сочетанном виде:

- алиментарного характера – неадекватное искусственное питание, недокармливание, недостаточное количество жирности, сахара, клетчатки в пище, смена грудного молока, употребление неадаптированных продуктов (коровьего, козьего молока), адаптированные молочные смеси с повышенным уровнем белка, углевода, кальция фосфора и аллергенов, лактозная недостаточность, повышение рН (кислая среда) содержимого толстой кишки, недоношенность – в 20 случаях;

- вторичного - повышение вязкости каловых масс при кистозном поджелудочной железы и пилоростенозе – в 5 случаях;

- рефлекторного - анальные трещины, острые парапроктиты – в 11 случаях;

- механического - послеоперационные и врожденные стенозы заднего прохода и прямой кишки или с механическим сдавливанием извне патологическим образованием (дермоидная киста, тератома) – в 6 случаях;

- последствий перенесённого заболевания - сепсис, дисбактериоз кишечника – 12 в случаях.

Эти сопутствующие факторы являлись причиной развития ХЗ до 3-х лет, в основном на фоне незрелости нервной регуляции, моторной функции ТК, морфофункциональной или ферментативной недостаточности органов ЖКТ и гипоксического поражения нервной системы перинатальном возрасте.

У 50 (17,3%) детей дошкольного возраста (4-6 лет) при клиническом и рентгенологическом (ирригографии) исследовании, частой причиной ХЗ имели место: гипертонус пуборектальных мышц с недостаточностью её релаксации - в 12 случаях; наличие острых аноректальных и ректосигмоидных углов – в 15 случаях; недостаточность релаксации внутреннего сфинктера – в 11 случаях; упорные запоры на фоне рефлекторного подавления возбудимости слизистой прямой кишки привело к мегоректуму и энкопрозу – в 12 случаях. При данных ситуациях, сочетание приобретенных (алиментарных, механических, дискинетических, метаболических, медикаментозных, эндокринных, воспалительных) факторов, во всех случаях течение ХЗ перешли в декомпенсированную форму и проявились по типу: мегоректума и мегадолигосигма с клиническими проявлениями – функциональной недержанием кала.

У 102 (54%) детей школьного и подросткового возраста (7-17 лет) ХЗ встречались довольно часто в виде суб- и декомпенсированной формы. Часто причинами были: хронические или рецидивирующие воспалительные процессы (колит, энтероколит, дизентерия и др.); ситуационные (частые употребления кофе, шоколад или какао с низкой концентрацией балластных веществ в пище и др.); эмоциональные факторы

(психические перегрузки, депрессия), усиленные физические (спортивные) нагрузки и другие факторы приобретённого генеза.

Учитывая выявленные причины генеза и данные комплекса обследования ХЗ у детей, для оптимизации диагностики проведена клинико-катamnестическая оценка по балльной системе. По результатам количество баллов суб- и декомпенсированного клинического течения ХЗ у детей, составлен план дальнейшего дополнительного углубленного обследования по определению показаний к операции. При этом, если суммарный балл составлял свыше 4 баллов, всем больным, кроме общеклинических, лабораторных, ректальных исследований проводились ректороманоскопия и полипозиционная ирригография. При этом, нам удалось выявить воспалительные процессы в слизистой оболочке, дополнительные петли (изгибы), дефекты фиксации и моторно-эвакуаторные нарушения различных отделов ТК. Когда суммарный балл свыше 8 и 12 баллов, для оценки состояния ТК, органов малого таза проводились дополнительные исследования: ФКС, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза.

При этом, нам удалось выявить состояние соседних органов, патологических образований, дефектов и нарушений мышц тазового дна при ХЗ у детей. При упорном течении ХЗ, в 24 (12,8%) случае отмечалось сочетание функциональное недержание кала при значительно большого объема калового содержимого в прямой кишки- мегаректум.

Обобщая результаты катamnестических, клинико-рентгенологических и дополнительных комплексов обследования, нами выявлены разнообразные причины ХЗ у детей в возрастном аспекте. При этом, для грудного возраста характерным было у 94 (50%) больных выявление ХЗ с подострым течением врожденного генеза. У этих больных признаки запора усиливались при переходе ребенка на искусственное или смешанное вскармливание. Среди детей до 3 лет, причиной ХЗ в 57 (30,3%) случаях имел место первичный или вторичный характер на фоне долихосигмы или транзверзоптоза. У детей школьного и старшего возраста в 37 (19,6%) случаях были сужения, удлинения и дефекты фиксации одного из участков ТК, которое имело важное значение при выборе тактики метода лечения.

По нашим данным для оптимизации диагностики ХЗ у детей, из числа комплекса исследования, более доступной и достоверной рентгенологическим методом является ППИ. Она позволяет определить физиологическое состояние, наличие дополнительных изгибов, удлинение, неполную фиксацию, ротацию и ригидность ТК, что позволяет определить степень нарушения транзитной функции. Эти рентгенологические критерии у больных с суб- и компенсаторными течениями ХЗ оценивались в балльной системе, что важно для оптимизации показаний к оперативному лечению.

При этом, суммарный балл составляет свыше 6 баллов, всем больным проводилось комплексное консервативное лечение. Если суммарный балл свыше 12 баллов, нами проводилось многократное (3 и более) комплекса консервативное лечение, при его неэффективности, определяли относительные показания к оперативному лечению. При суммарном балле свыше 18 баллов, выявлена патология дефекта фиксации и нарушения мышц

тазового дна с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции ТК, определяли прямые показания к оперативному лечению.

Таким образом, у 288 больных детей, обратившихся к нам с различным генезом суб- и декомпенсированным течением ХК, многие вопросы комплексного лечения решались совместно с детским гастроэнтерологом, диетологом, эндокринологом, невропатологом, хирургом и проктологом.

Комплексное лечение проводили повторными курсами, чередуя средства и методы на протяжении не менее 1-1,5 лет. При лечении функциональное ХК упорно и регулярно опорожнялись прямую кишку, путем назначения 5-10 столовых ложек минерального масла или гипертоническую клизму. При «каловых завалах» проводили сифонную клизму с 1% раствором поваренной соли, ежедневно до полного очищения кишечника. Одновременно индивидуально подбирали диету, корректирующую дисбаланс дефицита солей, витаминов, растительной клетчатки или жидкости, а также неправильный режим питания и снижение физической активности. Ребенка старше 3 лет приучали к регулярному произвольному опорожнению кишечника - предлагая ежедневно в одну время сидеть в туалете. Эффективными явились при функциональном нарушении акта дефекации – недержание кала: БОС терапия, электростимуляция анального жома, электрофорез с прозергином на живот, иглорефлексотерапия, гимнастика, плавание и санаторное лечение.

При этом, основа комплексного консервативного лечения была направлена на повышение тонуса кишечной стенки, восстановление транзитной функции кишечника, нормализацию микробного пассажа ТК с эубиотиками и повышение внутрибрюшинного давления, путем укрепления мышц передней брюшной стенки с применением тонизирующего массажа. В результате проведения нами этапного (1-3 мес.) комплексного консервативного лечения в течение 1-12 месяцев, получены хорошие результаты у 250 (86,8%) больных детей с ХК.

Показаний к оперативному лечению при ХК определено у 26 (13,2%) больных. При этом, прогрессирующее ухудшение состояния пациента выявлено – у 3-х больных, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения отмечено у 6-ти и нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением ХК (до 2-х лет) - у 12 больных. У этой категории больных с ХК рентгенологические данные были обусловлены: на фоне ригидности и дистальной резкой дилатации ТК сочетанием долихоsigmoidy, долихоколона и транзверзоптоза. Возраст больных составил 4-17 лет. Среди них, в дошкольном возрасте оперировано

-4 (15,3%) больных; в школьном возрасте- 13 (50%) и в подростковом возрасте – 9 (34,7%) больных.

Больные в основном были оперированы в старшем возрасте. Показаниями были декомпенсаторное течение ХК, причиной больше всего обусловленные спонтанными и чрезмерными физическими нагрузками в спорте, в старшем возрасте у мальчиков, на фоне имеющейся неполной фиксации и удлинения ТК. Цель хирургического лечения при ХК у детей явилась резекция удлиненного избыточного сегмента или суженной зоны, ликвидация механического препятствия или дилатированной части ТК, с фиксацией опущенных и ротируемых её частей. При этом, восстановлены анатомические структуры и транзитные функции ТК.

При выборе методов операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии. Поэтому, хирургические доступы и методы операции были различными. У детей до 3 лет при декомпенсированной форме мегаректума и долихосигмы, операции проводили с применением трансанального доступа по методу Делаторре- Мандрагона - у 6 (23%) больных. при анальной ахалазии проводили сфинктеротомии – у 10 (38,5%) больных У детей старшего возраста при декомпенсированной форме транзверзоптоза и его сочетании с болезнью Пайра и Хилайдити, нами выполнено операция резекции и фиксации ТК осуществлялись только абдоминальным доступом – у 10 (38,5%) больных. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

При гистоморфологических исследованиях препаратов удаленного участка толстой кишки выявлены дегенеративные изменения во всех слоях кишечной стенки в виде склероза подслизистого слоя, отека и склероза сосудистых стенок, местами кровенаполнения, стаз, снижение мышечного тонуса стенки кишки, дегенеративные изменения нервных клеток.

В отдаленном периоде (1-5 года) лечения, после операции сегментарной резекции поперечно-ободочной кишки, тотальной или частичной сигмоидэктомии, ректосигмоидэктомии, у всех больных получены хорошие результаты, осложнений не наблюдалось.

Выводы: При суб и декомпенсированной формы ХК у детей эффективными были комплекс консервативного лечения у 250 (86,8%) больных, хирургические - у 26 (13,2%). При этом, показаниями к хирургическому лечению являлись, отсутствие эффекта от длительного проводимого консервативного лечения, нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением и ухудшение состояния больного.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Винокуров А.С. Синдром Хилайдити//Радиология. №3.2015.С.54-58.
2. Киргизов И.В. и др. Определение факторов риска развития хронического толстокишечного стаза у детей. //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2016. №3. С. 87-89.
3. Комиссаров М.И. Диагностика и лечение хронических запоров у детей. /Автореф. дис.. к.м.н.- Санкт-Петербург. 2009. С-24.
4. Саидов Ф.А. /Оптимизация методов диагностики и лечения хронического колостазы у детей // Автореф. дис. к.м.н.- Ташкент. 2018. С-18
5. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. /Издательство г Масква ГЭОТАР-Медиа- 2012. №3. С 168.
6. Хамраев А.Ж., /Хирургия толстой кишки у детей// Издательство. «Ноширлик ёгдуси». Т. 2020, С -609-651.
7. Akilov Kh.A., et. all. /Comparative evolution of the colon microbiocenosis in children with chronic colostasis on the background of surgical treatment // European sciences review. – Austria, 2016.-№ 7-8. P



Tadqiqot UZ

ISSN 2181-1008

Doi Journal 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ – III

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000