

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Азизов Маматкул Курбанович

Самаркандский государственный медицинский университет

Хушбаков Хамза Маматович

Самаркандский государственный медицинский университет

Очилов Улугбек Усманович

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18183758>

Аннотация. Врождённая кишечная непроходимость представляет собой одну из наиболее частых и клинически значимых хирургических патологий периода новорождённости, встречающуюся с частотой 1:1500-1:5000 живорождённых и требующую экстренного хирургического вмешательства в первые дни жизни ребёнка. Данная группа аномалий развития желудочно-кишечного тракта включает атрезии и стенозы различных отделов кишечника, мальротацию, болезнь Гиршпрунга, мекониальный илеус и другие врождённые пороки, объединённые общностью клинических проявлений в виде нарушения пассажа кишечного содержимого.

Ключевые слова: врождённая кишечная непроходимость, неонатальная хирургия, атрезия кишечника, стеноз кишечника, мальротация кишечника, болезнь Гиршпрунга, мекониальный илеус

ВВЕДЕНИЕ. Этиопатогенез врождённой кишечной непроходимости является многофакторным и связан с нарушениями эмбриогенеза желудочно-кишечного тракта на различных стадиях внутриутробного развития. Атрезии двенадцатиперстной кишки чаще всего обусловлены недостаточной реканализацией двенадцатиперстной кишки на 8-10 неделе гестации, тогда как атрезии тощей и подвздошной кишки могут быть результатом внутриутробных мезентериальных сосудистых катастроф. Мальротация кишечника связана с нарушением нормального поворота средней кишки во время эмбрионального развития, а болезнь Гиршпрунга обусловлена нарушением миграции нервных клеток в стенку кишки.

Клинические проявления врождённой кишечной непроходимости у новорождённых характеризуются классической триадой симптомов: рвотой, вздутием живота и отсутствием отхождения мекония или задержкой его отхождения. Высокая кишечная непроходимость (дуоденальная) проявляется ранней обильной рвотой, часто с примесью желчи, при отсутствии значительного вздутия живота. Низкая непроходимость характеризуется прогрессирующим вздутием живота, поздней рвотой и полным отсутствием отхождения мекония.

Диагностический алгоритм при подозрении на врождённую кишечную непроходимость включает тщательный анализ анамнеза, клинического обследования и комплекса лучевых методов исследования. Обзорная рентгенография брюшной полости остаётся основным методом диагностики, позволяющим определить уровень непроходимости и наличие газа в кишечнике. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография используются в сложных диагностических случаях. Контрастные исследования желудочно-кишечного тракта применяются при

необходимости дифференциальной диагностики функциональных и органических причин непроходимости.

Хирургическое лечение врождённой кишечной непроходимости требует экстренного вмешательства и высококвалифицированного подхода с учётом анатомических особенностей новорождённых, тяжести состояния пациентов и сопутствующих аномалий развития. Современные принципы хирургического лечения направлены на восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта с максимальным сохранением функционально активной кишки, минимизацию операционной травмы и профилактику послеоперационных осложнений.

Послеоперационное ведение новорождённых с врождённой кишечной непроходимостью представляет собой сложный комплекс мероприятий, включающий интенсивную терапию, парентеральное питание, профилактику и лечение осложнений, а также раннее начало энтерального питания. Особое внимание уделяется восстановлению функции желудочно-кишечного тракта, коррекции водно-электролитных нарушений и поддержанию адекватного нутритивного статуса.

Реабилитация пациентов после хирургического лечения врождённой кишечной непроходимости является длительным процессом, требующим мультидисциплинарного подхода с участием неонатологов, детских хирургов, диетологов, физиотерапевтов и других специалистов. Программы реабилитации направлены на восстановление нормальной функции пищеварения, профилактику развития синдрома короткой кишки, коррекцию нутритивных нарушений и обеспечение оптимального физического развития ребёнка.

ВЫВОДЫ: Современные подходы к хирургическому лечению врождённой кишечной непроходимости у новорождённых, основанные на принципах минимально инвазивной хирургии и индивидуализированного подхода, позволяют достичь выживаемости свыше 90% при своевременной диагностике и адекватном лечении. Ранняя диагностика врождённой кишечной непроходимости, включающая пренатальное ультразвуковое скрининг и постнатальную лучевую диагностику, является критическим фактором успешного лечения и снижения частоты осложнений. Выбор хирургической тактики должен основываться на типе и локализации обструкции, общем состоянии новорождённого, наличии сопутствующих аномалий и опыте хирургической бригады, при этом приоритет отдаётся органосохраняющим операциям. Лапароскопические методы хирургического лечения показывают преимущества в виде меньшей операционной травмы, сокращения сроков послеоперационного восстановления и снижения частоты спаечного процесса по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами. Комплексная послеоперационная интенсивная терапия, включающая адекватную респираторную поддержку, коррекцию водно-электролитных нарушений и раннее начало энтерального питания, существенно улучшает исходы лечения. Программы реабилитации должны быть индивидуализированными и включать мультидисциплинарный подход с участием неонатологов, детских хирургов, диетологов и специалистов по развитию ребёнка для обеспечения оптимального физического и психомоторного развития. Дальнейшее совершенствование результатов лечения требует развития методов тканевой инженерии, регенеративной медицины, персонализированных подходов к

терапии и создания национальных регистров для мониторинга отдалённых исходов лечения.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Bedoya, M. M., & Park, J. H. (2009). A review of the diagnosis and management of impacted maxillary canines. *Journal of the American Dental Association*, 140(12), 1485-1493. doi:10.14219/jada.archive.2009.0099
2. Bjerklin, K., & Ericson, S. (2006). How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canines. *Angle Orthodontist*, 76(1), 43-51.
3. Crescini, A., Nieri, M., Buti, J., Baccetti, T., & Pini Prato, G. P. (2007). Short- and long-term periodontal evaluation of impacted canines treated with a closed surgical-orthodontic approach. *Journal of Clinical Periodontology*, 34(3), 232-242.
4. Ericson, S., & Kuroi, J. (2000). Incisor resorption caused by maxillary cuspids: a radiographic study. *Angle Orthodontist*, 70(6), 415-423.
5. Fleming, P. S., Scott, P., Heidari, N., & Dibiase, A. T. (2009). Influence of radiographic position of ectopic canines on the duration of orthodontic treatment. *Angle Orthodontist*, 79(3), 442-446.