

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

«ИНТЕРНАУКА»

Научный журнал

№ 1(1)
Ноябрь 2016 г.

Часть 1

Издается с ноября 2016 года

Москва
2016

РЕШЕНИЯ СЕТОЧНЫХ ЗАДАЧ ТЕПЛОВОГО РАСЧЕТА КОНСТРУКЦИЙ ДВУХСЕТОЧНЫЙ МЕТОДОМ ВЕРХНЕЙ РЕЛАКСАЦИИ Исламов Ёркин Абдухакимович	41
МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВСТРЕЧНЫХ ГИДРОУДАРОВ ПРИ ПОВТОРНОМ ЗАПОЛНЕНИИ ЖИДКОСТЬЮ ЧАСТИЧНО ОПОРОЖНЕННОЙ ОТ НЕЕ РАЗВЕТВЛЕННОЙ ТС Садуллаева Мавжуда Зиядуллаевна Исламов Ёркин Абдухакимович Юлдашев Санжар	43
Медицина и фармакология	47
ВЛИЯНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Выродова Екатерина Юрьевна Дорошева Анжелика Олеговна Черный Олег Владимирович	47
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ Ибрагимов Жасурбек Хабибжанович Рахмонов Абдулло Амонбоевич Тургунов Ботиржон Абдукаюмович Тошбоев Шерзод Олимович Жумонов Яшарбек Арифжонович	49
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Кокина Алёна Германовна Богачев Роберт Стефанович	51
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗА У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Коршикова Екатерина Юрьевна Мотошко Татьяна Сергеевна Бородина Галина Львовна	54
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЁЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Коршикова Екатерина Юрьевна Мотошко Татьяна Сергеевна Бородина Галина Львовна	57
ДОЛГОСРОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ КАЛИЯ ЙОДИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗОБА Сманова Джаныл Койчукеевна Алымкулов Раушанбек Дабулбекович Зурдинов Аширали Зурдинович Тилекеева Улангуль Муктаровна	60
Междисциплинарные исследования	64
ПРАКТИКА РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ Сарсембаева Арайлы Алибековна Берікболұлы Арман	64
ФИЗИКО- ХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕКОТОРОЙ ПРОДУКЦИИ, ПРОИЗВОДИМОЙ НА ПРЕДПРИЯТИИ ОАО «МОЛОЧНЫЙ МИР» Г. ГРОДНО Зубко Елена Витальевна Третьякова Елена Михайловна Третьякова Ольга Михайловна	67
ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА КАК БАЗИСА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖИ Малахова Татьяна Александровна	70

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Жасурбек Хабибжанович

*ассистент Андижанского государственного медицинского института,
Республика Узбекистан, г. Андижан*

Рахмонов Абдулло Амонбоевич

*главный врач Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Тургунов Ботиржон Абдукаюмович

*старший резидент магистратуры Андижанского государственного медицинского института,
Республика Узбекистан, г. Андижан*

Тошбоев Шерзод Олимович

*канд. мед. наук, доцент Андижанского государственного медицинского института,
Республика Узбекистан, г. Андижан*

Жумонов Яшарбек Арифжанович

*старший резидент магистратуры Андижанского государственного медицинского института,
Республика Узбекистан, г. Андижан*

Актуальность. В настоящее время не ослабевает интерес к проблеме острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей [2, 4, 6, 8]. Эта патология остается одной из самых тяжелых. Удельный вес ОСКН среди других видов механической кишечной непроходимости у детей достигает 75 %, и почти 60 % всех экстренных релапаротомий выполняются у детей именно по поводу данной патологии [2, 6]. Рост частоты ОСКН связан с увеличением количества и объема оперативных вмешательств, что нередко объясняется гипердиагностикой острых хирургических заболеваний. Большое значение имеет определение показаний к хирургическому лечению при ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН), так как здесь нередко имеются трудности в диагностике. Предупреждение развития спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде также представляет сложную проблему, что влечет за собой выполнение напрасных или запоздалых оперативных вмешательств [5]. Развитию поздней спаечной кишечной непроходимости (ПСКН), по мнению многих авторов, способствуют грубая санация брюшной полости и травматичность метода лапаротомии [2]. Известную роль при этом играет индивидуальная предрасположенность к спаечному процессу. В последнее время активно изучаются способствующие этому биохимические процессы [7]. Однако на сегодняшний день ни один из существующих способов профилактики не позволяет предотвратить спаечный процесс. При неэффективной консервативной терапии в лечении ПСКН лапароскопическое разделение спаек является методом выбора, так как оперативное вмешательство из более травматичного срединного доступа нередко приводит к рецидиву заболевания [2]. Не менее важным является своевременное завершение консервативного лечения и переход к оперативному вмешательству.

Цель исследования. Анализ лечения детей с ОСКН, сравнение частоты развития ПСКН у детей после оперативных вмешательств путем лапаротомии и лапароскопии.

Материалы и методы. С 2008 по 2015 гг. в Андижанском филиале Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи и областном детском многопрофильном медицинском центре находились на лечении 153 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 14 лет с ОСКН. У всех больных отмечались характерный болевой синдром, рвота, а в анамнезе – заболевание, по поводу которого ранее выполнялось оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Острая кишечная непроходимость у 37 пациентов (24,1%) развилась после аппендектомии, выполненной по поводу различных форм острого аппендицита из доступа Волковича-Дьяконова. У 39 пациентов (25,4 %) в анамнезе имелись сведения об осложненном течении острого аппендицита и развитии перитонита. В 33 случаях дети были оперированы средне-срединным доступом, а в 6 случаях использовался эндоскопический способ лечения. 17 больных (11,2 %) ранее были оперированы из срединного доступа по поводу осложнений дивертикула Меккеля и не расправленной консервативно инвагинации. При этом лапаротомия включала резекцию тонкой кишки. В 23 случаях (15,1 %) срединная лапаротомия была выполнена по поводу закрытой травмы органов брюшной полости (разрыв печени и селезенки) и внутрибрюшного кровотечения. 15 детей (9,8 %) оперированы в связи с пороками развития желудочно-кишечного тракта в периоде новорожденности. В 22 случаях (14,4%), где также использовался срединный лапаротомный доступ, спаечный процесс развился после плановых оперативных вмешательств (пластика пищевода толстой кишкой, удаление опухоли и т. д.). РСКН имела место у 32 пациентов

(21 %) и развилась в сроки от 3-4 до 30 дней (в среднем $14,2 \pm 2$ дней) после операции. Соответственно, 121 больной (79 %) был с ПСКН, которая развилась на протяжении от 1 месяца до 10 лет (в среднем через $36,9 \pm 3,7$ месяцев). Клиническая картина характеризовалась типичным болевым синдромом, который был отмечен в 73,2 % случаях заболевания. В 48,3 % случаев у наблюдавшихся пациентов наблюдалась многократная рвота, в 25,4 % случаев было выявлено вздутие живота, в 13 % – его асимметрия. Всем детям с диагнозом острая СКН проводилась консервативная терапия, согласно принятому в клинике протоколу лечения [3]: эвакуация содержимого желудка, его промывание, стимуляция перистальтики кишечника прозергином в возрастной дозировке подкожно 3 раза каждые 30 минут, сифонная клизма. При отсутствии эффекта в течение 2 часов осуществлялась двухсторонняя паранефральная блокада 0,25 % раствором новокаина в возрастной дозировке. При клиническом разрешении кишечной непроходимости эффективность консервативного лечения подтверждалась проведением пассажа бариевой взвеси по ЖКТ, при отсутствии эффекта выполнялось оперативное вмешательство.

Результаты и обсуждение. Консервативно удалось разрешить спаечную кишечную непроходимость у 97 пациентов (63 %), при этом в 38 случаях (40 %) проводилась паранефральная блокада. 56 детей (37%) при неэффективности консервативного лечения были оперированы по экстренным показаниям. Из них, в 21 случае имела место РСКН, которая у 14 больных протекала в форме спаечно паретической кишечной непроходимости, осложнившейся послеоперационное течение общего аппендикулярного перитонита. В 8 случаях она была

разрешена методом лапароскопии, и в 13 случаях оперативное лечение выполнялось из срединного доступа. У 7 пациентов была простая форма РСКН. У двоих из них оперативное лечение включало лапароскопию, адгезиолиз, восстановление кишечной проходимости. Пятерым пациентам выполнена лапаротомия, рассечение спаек. У одного пациента, вследствие некроза стенки кишки, выполнена резекция этого участка. 35 пациентам оперативное вмешательство выполнено по поводу ПСКН, из них у 8 детей операция заключалась в лапароскопии и адгезиолизе. В двух случаях восстановить кишечную проходимость методом лапароскопии не удалось. Поэтому этим больным была выполнена лапаротомия, рассечение спаек. У 22 пациентов изначально проведены срединная лапаротомия, рассечение спаек, восстановление кишечной проходимости. В 3 случаях, из-за несвоевременного обращения детей со странгуляционной кишечной непроходимостью, осложнившейся некрозом ущемленной петли, была выполнена лапаротомия, резекция кишки. В послеоперационном периоде проводилась комплексная интенсивная терапия. Все больные были выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы:

1. В 49,6 % случаев причиной развития ранней и поздней СКН явился острый аппендицит с его осложнениями и связанное с этим оперативное вмешательство.

2. Важным фактором в развитии ОСКН является травматичность оперативного вмешательства, поскольку у детей, как с острым аппендицитом и его осложнениями, так и при другой патологии, при проведении лапароскопического оперативного лечения, развития ПСКН мы не наблюдали.

Список литературы:

1. Дронов А.Ф. Сравнительная оценка лапароскопических и традиционных методов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей //Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 13–15.
2. Кобилев Э.Э. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при острой спаечной кишечной непроходимости у детей //Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 17–19.
3. Мамлеев И.А. Новые подходы к диагностике и лечению ранней спаечной непроходимости у детей //Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2007. – № 4.– С. 86–91.
4. Салимов Ш.Т. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей //Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 15–17.
5. Шамсиев А.М. Профилактика спаечных осложнений после оперативных вмешательств при аппендикулярном перитоните и острой спаечной кишечной непроходимости //Детская хирургия. – -2005. – № 5. – С. 7–10.
3. Исаков Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей. – Москва, М. – 1988. – С. 240–250.

«ИНТЕРНАУКА»

Научный журнал

№1(1)
Ноябрь 2016

Часть 1

В авторской редакции
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Подписано в печать 16.12.16. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,25. Тираж 550 экз.

Издательство «Интернаука»
127276, г. Москва, ул. Ботаническая, д. 14, офис 21
E-mail: mail@internauka.org

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3