

ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРИЙ У ДЕТЕЙ

*Мирмадиев Мирфозил Шокирович
Ассистент*

*Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.*

АННОТАЦИЯ

Врожденная грыжа диафрагмы – серьезная хирургическая патология, которая влияет на здоровье новорожденного и угрожает его жизни. Врожденные грыжевые дефекты диафрагмы возникают лишь от распространенных причин смерти, встречаются у 1 из 2000-4000 живорожденных, часто сочетаются с другими нарушениями развития и составляют до 8% всех наследственных и дизэмбриогенетических аномалий [1]. [5] Диафрагмальная грыжа возникает вследствие неполного сращения плевроперитонеальной оболочки и наличия содержимого желудка [2]. [10]. Наиболее часто в качестве грыевого содержимого обнаруживаются тонкий и толстый кишечник, зулудок, селезенка. Однако в процесс могут быть вовлечены и любые другие органы брюшной полости [3]. [16]. Около 80–90% всех случаев локализуются в левой плевральной полости [4]. Наиболее серьезными последствиями являются сдавление и гипоплазия легких плода. Прогноз заболевания неблагоприятный, частота летальных исходов составляет 35%, общая смертность — 50% [5], [17].

Ключевые слова: Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ), гипоплазия голени, пневмоторакс, гемоторакс, Рецидив ВДГ.

Цель исследования. Врожденная диафрагмальная грыжа у детей – серьезная хирургическая патология, при которой у новорожденных возникают серьезные проблемы со здоровьем, опасные для жизни. По данным последних лет, число родов с ТДЧ у детей наблюдается у одного из каждых 2000-4000 новорожденных. Этот показатель врожденных пороков развития у детей составляет 8% всех врожденных пороков [1], [5]. Врожденной диафрагмальной грыжи у детей происходит вследствие замедления процесса закрытия плевроперитонеального канала и вследствие недостаточности мышц диафрагмы или в результате иннервации мышц диафрагмы, расположенных в брюшная полость. [2] . [10]. В некоторых случаях ХБП поджелудочная железа и почки переходят в грудную полость через врожденный дефект [3]. [6]. В настоящее время наиболее частым видом врожденных диафрагмальных грыж у детей является левосторонняя диафрагмальная грыжа, составляющая 80-90% [4] [18]. Сегодня актуальность проблемы младенческой смертности обусловлена преимущественно врожденными пороками развития детей в 70-90% случаев. [5]. Основными причинами смертности

новорожденных при заболевании ХБП являются дыхательная недостаточность вследствие гипоплазии легких и гипертензии в системе малого кровообращения, а также недостаток кислорода в организме. [6]. [7].

ТДЧ болезнь с родилась у детей дыхание получать в механизме активный участие достигать нуждаться был важный орган диафрагма мышцы не уменьшается, в результате малыш с рождения так немедленно дыхание в получении и в легкие воздух у входа это тяжело [7]. Кроме того, ТДЧ от живота к груди дефект через взволнованный в грудной клетке за счет прошедших органов расположенные органы смещаются в противоположную сторону, в результате чего оба легких сжимаются. [9].[10].[11]. в ТДЧ в теле В результате нехватки кислорода центральный нерв система активность из-за этого дети начинают заглатывать много воздуха, которого много в желудочно-кишечном тракте. количество воздух планировать брать приходит в результате тела живот часть сильнее сжимая диафрагму в грудную клетку идет и диафрагмы препятствие свободному передвижению сделай это начинается, что в конечном итоге приводит к дальнейшему сдавлению легких. будет [11].[12].[13]. Из них кажется в ТДЧ даже нормальный развитый слишком грыжа сам дыхание нехватка причина выпускать может [14].[15].[16]. Пациент в больнице ситуации значительный уровень ухудшение гипоплазии не только дефект из-за поврежден на стороне быть, может быть иногда напротив - напротив на стороне слишком есть быть из-за приходится выход может [17]. [18]. Легко гипоплазии каждый как уровень организм в оксигенации и карбонат ангидрид деления серьезный нарушения брать приходит [18]. [19]. Легко при гипоплазии капиллярный кровь вены и альвеолы поверхность уменьшается, в результате в легких газы обмен слишком значительный уровень уменьшается [19]. [20]. Такой опухоли ткани закаленный и изменить трудный пройдет Легко артерии филиалы число снижаться из-за правильно желудочек кровь маленький кровь вены из системы слишком толкать принужденный вот и все из-за легко артерии расширение и сердца правильно в своих клетках давления увеличить брать придет Легочная артерия имеет необычные гладкомышечные волокна, идущие дистально к терминальным бронхиолам. [14]. [16].[21]. Эти мышечные волокна особенно чувствительны к сосудосуживающим медиаторам. В результате развиваются легочная гипертензия, правожелудочковая недостаточность, газообмен, серьезные нарушения кровообращения в легких. [1]. [5].[8].[11].[21]. Нарушение артериального кровотока и прохождения крови через овальное окно усиливает системную гипоксию, гиперкапнию и ацидоз, приводит к усилению легочной вазоконстрикции. Если в этом случае клинически выявляется легочная гипертензия, пациенту следует немедленно начать активное лечение. [4]. [9].[14].[20].[21].

Значительное увеличение ранней диагностики у больных, рожденных с ХБП, отсутствие общего представления о факторах развития заболевания, использование различных методов диагностики, количества оперативных методов в лечении, количества неудовлетворительных результатов. в процессе лечения и новая

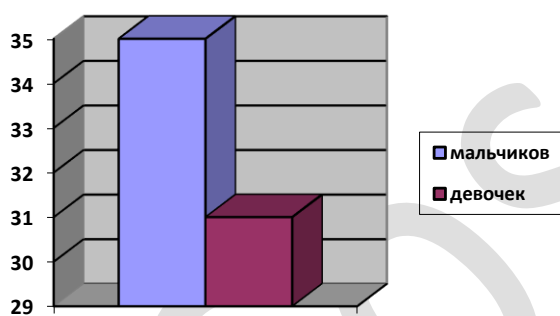
перспектива. Необходимость разработки алгоритмов лечения делает эти аномалии актуальной проблемой детской хирургии.

Цель. Изучить раннюю диагностику у детей, рожденных с заболеванием ДТ, изучить особенности встречи и лечения типов ДТ в зависимости от возраста ребенка, а также внедрить методы ранней диагностики и эффективного лечения заболевания на специализированном этапе детской хирургии. .

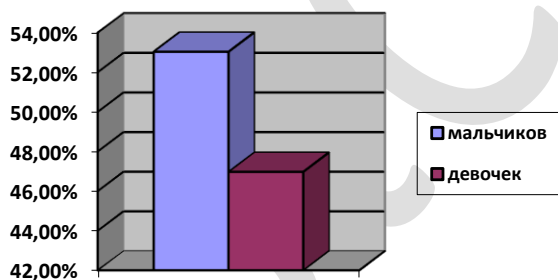
Материалы и методы. В основу исследования были проанализированы методы диагностики и лечения 66 детей с ХБП, находившихся на лечении и стационарном лечении в неонатальном хирургическом и хирургическом отделениях Самаркандского ВБКТТМ с 2000 по 2024 годы.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования Из 66 обследованных детей с ДТД 35 (53,03 %) были мальчиками, 31 (46,97 %) — девочками. Соотношение составляло приблизительно 1,13:1 .

Схема №1. По результатам исследования соотношение полов у обследованных

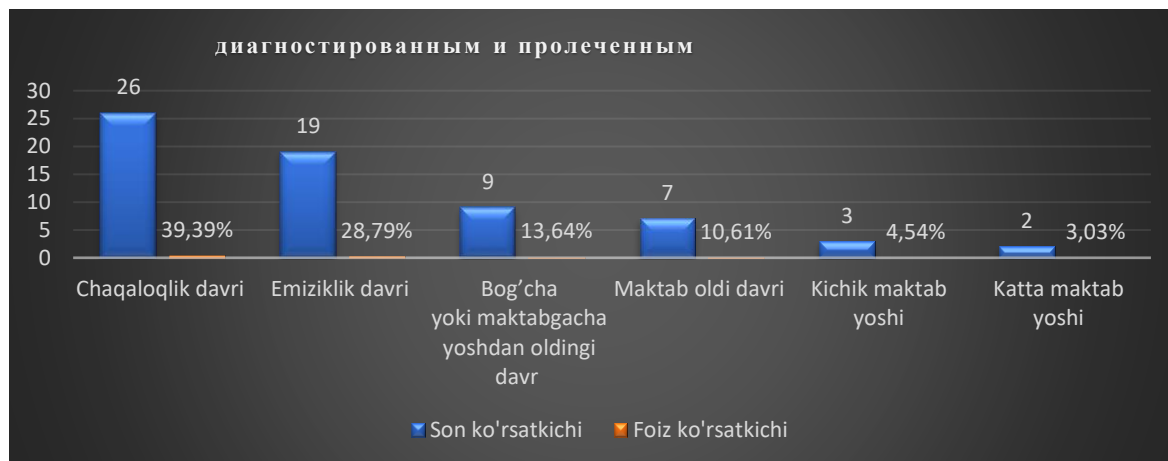


БОЛЬНЫХ:



Деление детства на периоды рассчитано на основе схемы периодов детства, предложенной Н.П.Гундобиним и добавленной А.Ф.Туром: Младенческий период - первые четыре недели жизни до 28 дней - 26 (39,39%), Период отъема - с 29-го дня. жизни до года - 19 (28,79 %), детский или дошкольный возраст до 3 лет - 9 (13,64 %), дошкольный возраст до 3-7 лет - 7 (10,61 %), Младший школьный возраст до 7-11 лет - 3 (4,54 %), старший школьный возраст 11-18 лет - 2 (3,03 %).

Схема №2. Возрастная структура, соответствующая возрастным периодам заболевания ТДД



В ходе исследования у пациентов Долецкого С.Я. по классификации 1960 года й. классифицируется как: I. Частные диафрагмальные грыжи: 43 (65,15%), из них I а: релаксации истонченной части диафрагмы (истинные грыжи): 7 (10,61%) . Это : правостороннее расслабление диафрагмы 3 (4,54%), левостороннее расслабление диафрагмы 4 (6,06%), I б. Дефекты диафрагмы (ложные грыжи) 36 (54,54%). Это: левосторонняя истинная диафрагмальная грыжа 2 (3,03%), левосторонняя псевдодиафрагмальная грыжа 26 (39,39%), правосторонняя диафрагмальная грыжа 4 (6,06%), левосторонняя диафрагмальная грыжа с различными видами релаксации диафрагмы 2 (3,03%), правосторонняя диафрагмальная грыжа с релаксацией диафрагмы 1 (1,51%), левосторонняя паразофагеальная грыжа с левосторонней диафрагмальной аплазией 1 (1,51%). II. Пищеводные грыжи (подбородочные грыжи) 21 (31,82%). Это: первичные паразофагеальные грыжи 18 (27,27%), рецидивные паразофагеальные грыжи 3 (4,55%). III. Грыжи переднего отдела диафрагмы 2 (3,03 %): выявлены правосторонние парастернальные грыжи 2 (3,03 %).

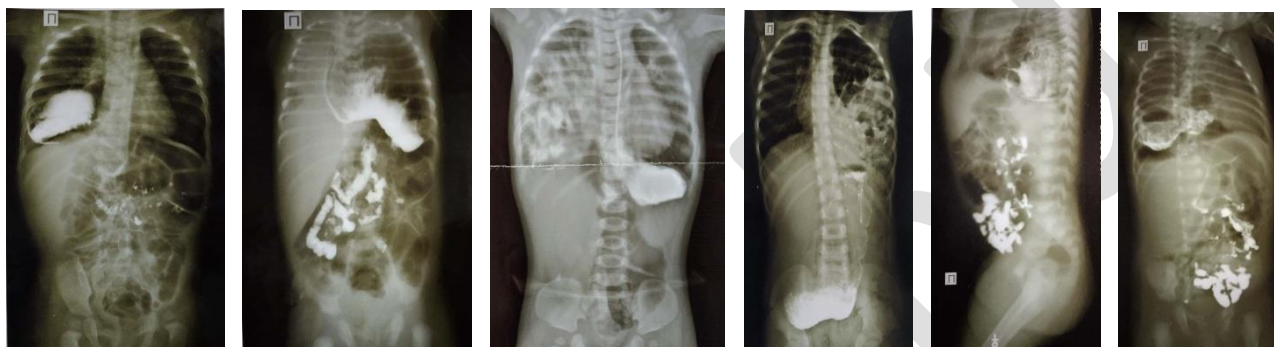
Таблица №1. Долецкий С.Я. классификация ВМТ по классификации

I. Частные диафрагмальные грыжи	43 (65,15 %)	I а : расслабления истонченной части диафрагмы (грыжи)	7 (10,61%)
		я б. Дефекты диафрагмы (ложные грыжи)	36 (54,54%)
II. Пищеводные грыжи пищевого отверстия диафрагмы	21 (31,82%)	Паразофагеальные грыжи	21 (31,82%)

III. Грыжи передней части диафрагмы	2 (3,03%)	Парастернальные грыжи	2 (3,03%)
-------------------------------------	-----------	-----------------------	-----------

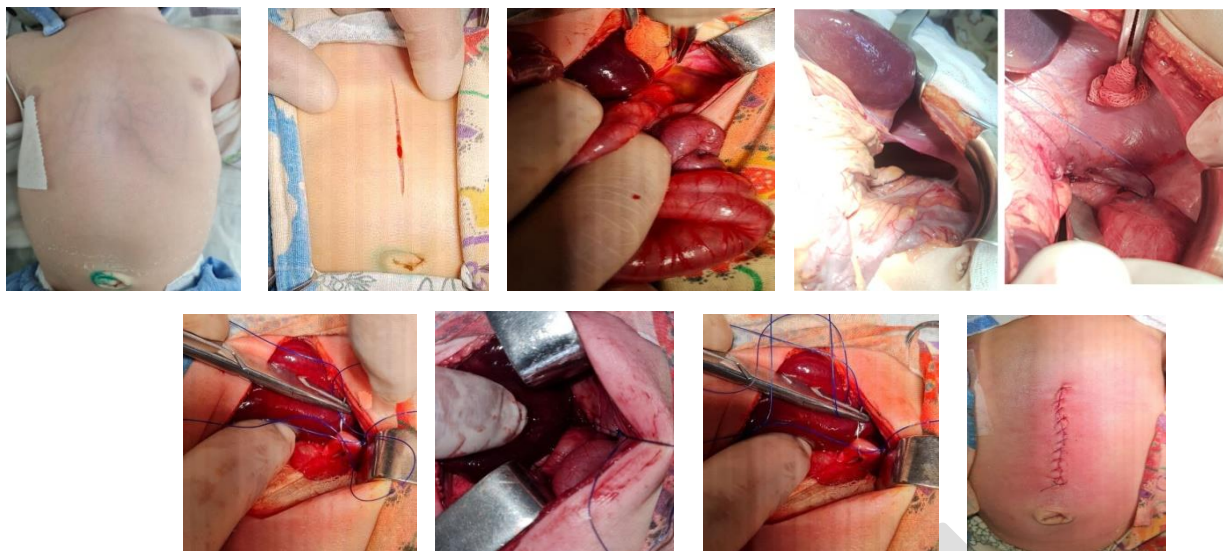
ТДЧ в диагностике Используются данные анамнеза больного и общеклинические исследования , а также рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, контрастная гастроэнтерография, УТТ, МРТ и КТ, а также диагностика на основании парциального давления кислорода в крови и углекислого газа в крови. кровь плакала

Картина №1. Примеры контрастной гастроэнтерографии в диагностике ТД :



Основным методом лечения заболевания ТДД является хирургическое удаление этого дефекта. У 55 из обследованных больных оперативными доступами грыжевые дефекты устранены лапаротомным способом, у 4 больных - методами правосторонней торакотомии, а также у 6 больных - лапароскопическими методами. При левосторонней диафрагмальной грыже хирургическое вмешательство проводят через лапаротомию под левую реберную дугу. При правосторонних диафрагмальных грыжах операции выполняют как методами лапаротомии, так и правосторонней торакотомии. Выбор хирургического доступа основывается на данных первичного обследования о характере и размерах барьерного дефекта между грудной клеткой и брюшной полостью . После брюшной лапаротомии и исследования грыжевых продуктов через дефект диафрагмы в плевральную полость вводят катетер и через катетер вводят в плевральную полость 40-60 мл воздуха. Органы брюшной полости, перешедшие в грудную клетку, осторожно вытягивают и опускают в брюшную полость. Разделение органов проводят тупым и острым методами. Через дефект диафрагмы исследуют плевральную полость и легкие. В случаях обнаружения грыжевого мешка (при подбородочных грыжах) его выводят в брюшную полость, вскрывают, осматривают легкое и плевральную полость. Затем грыжевой мешок разрезают и проводят диафрагмопластику. Если мышечная часть достаточна, дефект ушивают П-образными швами или узловатыми швами. При релаксации диафрагмы проводят пластику купола диафрагмы с ее дубликацией. Сетчатые аллотрансплантаты использовались при дефектах больших отверстий в центре диафрагмы.

Картинка №2 . Фотографии процессов оперативного лечения заболеваний ТБД:



После завершения пластики диафрагмы у многих больных, получавших лечение ТДК, пункцией воздуха в плевральную полость или по задней стенке плевральной полости до купола плевры до V-VI межреберья эвакуируют путем установки дренажа. В этом случае использовали дренажи диаметром 2-5 мм, подключали их к эластичному резервуару грушевидного типа, ставили электрические присоски или пассивные дренажи по Бюлау. В ряде случаев дополнительные лечебные мероприятия требуются даже после удаления дренажа. Плевральные пункции применены у 27 человек, а у 20 детей выполнено пассивное дренирование плевральной полости по Бюлау. Несмотря на совершенствование хирургических методов и технологии, оперативное лечение нередко сопровождается развитием различных осложнений, в том числе: пневмоторакса, гемоторакса, у 3 больных возник рецидив заболевания вследствие раскрытия швов раны. Гемоторакс наблюдался у 2 больных, пневмоторакс — у 4 больных. Несмотря на достижения медицины и методов лечения врожденных диафрагмальных грыж у детей, это заболевание остается сложной отраслью детской хирургии из-за отсутствия специфических алгоритмических методов лечения.

ВЫВОДЫ: 1. Помимо сбора анамнеза и общеклинического обследования, основными методами исследования ТДК являются контрастная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости и полипозиционная компьютерная томография органов грудной клетки.

2. Многочисленные достижения в области медицины и хирургии и несмотря на совершенствование оперативных методов и методов лечения количество осложнений и негативных последствий заболевания остается высоким.

3. Отсутствие четкого подхода к конкретной тактике и срокам методов оперативного лечения приводит к осложнениям и побочным эффектам у больных.

4. Все эти факторы требуют дополнительного рассмотрения и поиска новых, более эффективных методов ранней диагностики и хирургического лечения ТД у детей.

Ссылки:

1. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
2. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. Наш опыт профилактики и лечения полиорганной недостаточности у тяжелообожженных //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
3. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. Принципы местного лечения ожоговых ран у тяжелообожженных (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
4. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
5. Эльмурадов А., Хурсанов Ё. Э. У. Постколониальная/деколониальная критика и теория международных отношений //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 198-208.
6. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
7. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
8. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
9. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
- 10.Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И., Хурсанов Ё. И. Видеоэндохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы //theory and analytical aspects of recent research. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
- 11.Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
- 12.Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.

13. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. Modern approaches to the treatment of deep burning patients //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
14. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. Comprehensive treatment of patients with extensive deep burns lower limbs //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
15. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 103-113.
16. Erkin o'g'li X. Y. et al. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
17. Abdurakhmanovich A. A. et al. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
18. АБДУРАХМАНОВ Д. Ш. ҚИСИЛГАН ҚОРИН ЧУРРАЛАРИДА ТАРАНГЛАШМАГАН ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2023. – Т. 8. – №. 6.
19. Shukurullayevich A. D., Babajanovich K. Z. ЎТКИР ИЧАК ЕТИШМОВЧИГИ СИНДРОМИ ВА ҚИСИЛГАН ЧУРРА БИЛАН ҚОРИН ИЧИ БОСИМИ ГИПЕРТЕНЗИЯСИНИНГ АХАМИЯТИ (АДАБИЁТЛАРНИ ШАРҲИ) //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2023. – Т. 8. – №. 6.
20. Babajanovich K. Z. et al. QORIN OLD DEVORI QISILGAN CHURRALARINI DAVOLASHDA TARANGLASHMAGAN GERNIOPLASTIKADAN FOYDALANISH (ADABIYOTLAR SHARHI) //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2024. – Т. 9. – №. 2.
21. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 33-41.
22. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
23. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
24. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.

25. Alisherovich U. K. et al. Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics in severe liver damage //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
26. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
27. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.
28. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
29. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 158-167.
30. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 92-102.
31. Нормаматов Б. П. К., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 114-121.
32. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. Диапевтические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
33. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. Диффузный токсический зоб щитовидной железы //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
34. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
35. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO ‘SHLIG ‘I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO’LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.