

1-1-2019

RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH OMPHALOCELE

B.B. Ergashev

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, 100140, Uzbekistan, rio-tma@mail.ru

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/tma>

Recommended Citation

Ergashev, B.B. (2019) "RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH OMPHALOCELE," *Central Asian Journal of Medicine*: Vol. 2018 : Iss. 4 , Article 17.

Available at: <https://uzjournals.edu.uz/tma/vol2018/iss4/17>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Medicine by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact brownman91@mail.ru.

УДК: 616.381-007.43-053.31-07-089

Title of the article in the Uzbek language:

**ЧАҚАЛОҚЛАРДА ОМФАЛОЦЕЛЕНИ
ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ**

Title of the article in Russian language:

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ****RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH OMPHALOCELE
Ergashev B.B.¹, Ruzmatov I.B.²**¹Tashkent Pediatric Medical Institute²Urgench branch of the Tashkent medical academy.**Maqola to'g'risida ma'lumot**

Qabul qilindi: 2018 y, iyul
Chop etildi: 2018 y, sentyabr
Kalim sўzlar: қандли
диабет, гангрена, болдир
ампутацияси.

АННОТАЦИЯ

Мақсад: чақалоқларда омфалоцелени даволаш натижаларини таҳлил қилиш. **Материал ва усуллар:** тадқиқотлар Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 103 нафар (45 қиз ва 58 ўғил болалар) омфалоцеле-ли чақалоқларда ўтказилди. **Натижа:** омфа-лоцеленинг даволаш асосан оператив йўл билан амалга оширилади. Операция олди тайёргарли-ги гомеостаз бузилишларини коррекциясидан иборат бўлди ва у 6-24 соатни ташкил қилди. Омфалоцелеси бор барча чақалоқларга келган-да ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва чурра қопчасининг стерил қуруқ резина қўлқоп билан ҳимоялаш муолажалари ўтказилди. Операция олди тайёргарлигининг самарадорлик ме-зони диурез ва гемодинамика кўрсаткичларининг тикланиши билан баҳоланди. **Хулоса:** кичик ва ўртача ўлчамдаги омфалоцеледа қорин олд деворининг радикал пластикаси тавсия этилади, катта ўлчамда операция усулини танлаш висце-ро-абдоминал диспропорция даражаси ва қўйма нуқсонлар оғирлигига боғлиқ. Янги операция усулини қўллаш даволаниб чиққан беморлар сонини 1,42 мартаба ошишига, ўлимни, эрта ва кечки асоратларни камайтирди. "Яхши" ва "қониқар-ли" натижалар 2,48 ва 1,38 мартаба ортди, "қониқарсизи" эса 6,12 мартаба камайди. Бу эса омфалоцелени даволашда таклиф этилаётган алгоритмни кенг тадбиқ қилишни тавсия этади.

Калит сўзлар: чақалоқлар, омфалоцеле, жарроҳлик амалиёти натижалари.

Информация о статье

Принят: июль 2018 г.
Опубликовано: сентябрь 2018 г.
Ключевые слова: новорожденные,
омфалоцеле, хирургическое
лечение.

АННОТАЦИЯ

Цель: оценка результатов лечения новорожденных с омфалоцеле. **Материал и методы:** под наблюдением были 103 новорожденных с омфалоцеле (45 девочек и 58 мальчиков), находившихся на лечении в Республиканском учебно-лечебно-методическом центре неонатальной хирургии. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы: основную (58 б-х) и контрольную (44б-х). **Результаты:** при малом и среднем объеме омфалоцеле рекомендована радикальная пластика передней брюшной стенки, при

большом объеме выбор зависит от степени висцеро-абдоминальной диспропорции и тяжести пороков развития. Применение нового метода оперативного вмешательства увеличило число выживших больных в 1,42 раза, уменьшило летальность, количество ранних и поздних осложнений. Количество «хороших» и «удовлетворительных» результатов увеличилось соответственно в 2,48 и 1,38 раза, «неудовлетворительных» уменьшилось в 6,12 раза. **Выводы:** предложенный метод оперативного лечения омфалоцеле можно рекомендовать для использования в клинической практике.

Article info**Adopted: January 2018****Published: July 2018****Key words:** newborns, omphalocele, results of surgical treatment**ABSTRACT**

Purpose: Evaluation of the results of treatment of newborns with omphalocele. **Material and methods:** Studies were carried out on 103 newborns with omphalocele (45 girls and 58 boys), who were on treatment in the Republican educational-Medical-methodical center of neonatal surgery. Depending on the treatment are divided into 2 groups: primary (58) and control (44). **Results:** At small and average volume of omphalocele the radical plastic of a front-abdominal wall is recommended, large-the choice depends on a degree of viscero-abdominal imbalance and severity of malformations. The casings of the new surgical intervention increased the number of surviving patients by 1,42 times, reduced the lethality, the number of early and late complications. «Good» and «satisfactory» results increased in 2,48 and 1.38 times, «unsatisfactory» decreased by 6.12 times. **Conclusion:** The obtained results allow to recommend wide implementation of the proposed method of operative treatment of omphalocele.

Муаммони долзарблиги: Омфалоцеле (эмбрионал чурра, киндик тизимчаси чурраси) – корин олд деворининг оғир ривожланиш нуқсони бўлиб, унда бола туғилганда корин бўшлиғи аъзоларининг бир қисми корин пардадан ташқарида – амнион, вартонов модда ва тўла ривожланмаган корин пардадан иборат киндик тизимчаси пардаларида жойлашган бўлади. Катта ўлчамли омфалоцелеси бор болалар шифохонага деярли доимо оғир аҳволда тушишади. Одатда, бундай болаларда тери қопламларида цианоз, тана ҳарорати кўтарилиши, ланжлик аломатлари кузатилиб болада ҳаракатлар сусаяди. Қорин кўрикдан ўтказилганда унинг катта бўлмаган ўлчамига, ён юзаларининг қоройлашганига, нафас олганда эпигастрал соҳани таранглашишига эътибор қаратиш керак. Катта чурралар таркибида доим ичакдан ташқари жигарнинг сезиларли қисмини сақлайди. Чурра ҳалтасида эластикликнинг йўқолиши, доимий ҳажмга эга бу аъзонинг борлиги кўпинча аъзо таркибини тўла ривожланмаслигига, қорин бўшлиғида кичик ҳажмни эгаллашига олиб келади. Йўлдош келадиган диафрагма нуқсонларида чурра ҳалтасида ҳатто юрак ва ўпка бўлиб қолиши мумкин. Бундай нуқсонларда кучли зўриқиш натижасида қорин ичи босими кескин ошади, бу туфайли эластик ва ковак аъзолар бўлган

диафрагма ҳамда томирлар ичакнинг босилишига олиб келади. Клиник нуқтаи назардан нафас томонидан жиддий бузилишлар (пастки ковак ва дарвоза венаси тизимида босим ошиши, тахи-брадиаритмия, асистолия) пайдо бўлади. Барча бу белгилар аъзоларни зўрлаб киритиш тўхтатилгандан кейингина ўтиб кетади [5, 6, 7].

Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, мазкур нуқсонларнинг учраш салмоғи чақалоқларда 1:1200 дан 1:2100 гачани ташкил қилади [2, 7, 8]. Улар ўртача туғилган ҳар 6000 боладан биттасида учрайди. Мазкур патология 54% ҳолатларда бошқа ҳаётий муҳим аъзо ва тизимларнинг (юрак, марказий нерв тизими, сийдик ажратиш тизими) кўпчилик туғма нуқсонлари шунингдек 13 ва 18 жуфт хромосома трисомияси, Даун, Backwith-Wiedemann синдроми каби генетик касалликлар билан бирга қўшилиб келади [1]. Мазкур патологияда ўлим етарлича кенг бўлган доирада ўзгариб туради, ўртача 9,1-65% ни ташкил этади [1, 3].

Кўпинча чурра таркибига ичак қовузлоқлари, ошқозон ва жигар кириб, икки қават: ички (қорин парда) ва ташқи (амнион) парда билан қопланган. Силлиқ ва ялтироқ пардалар вартонов модда ва юпқалашган қорин пардадан иборат, бир қатор ҳолатларда улар орқали чурра ҳалтаси таркиби кўриниб туради. Киндик тизимчаси бевосита чурра пардаларига, асосан пастки-ён юзасига бириккан бўлади. Бўртма чети чурра пардасидан қорин олд деворининг ўзгармаганлигига ўтади, бунда тери чурра ҳалтасини ҳалқа шаклида қисман қоплаши мумкин [4].

Узоқ вақтгача бундай беморларни олиб бориш ҳал қилинмаган эди. Ушбу патологияда ўлим кўрсаткичларини юқорилиги антенатал, интранатал, операциядан олдинги ва кейинги даврда беморларни даволаш услубини, шунингдек дефектни ёпиш усулини нотўғри танлаш сабаблидир [1]. Охириги йиллардаги адабиётларда ёзилишича, чақалоқларда ушбу патологияни учраши кўпаймоқда, ўлим кўрсаткичлари эса МДХ давлатлари орасида 23-55% ни ташкил қилмоқда [2, 3].

Ҳозирги давргача киндик тизимчаси чуррасини жарроҳлик даволаш самарадорлиги мунозарали бўлиб қолмоқда ва у аномалиянинг анатомик хусусиятларига боғлиқдир. Маҳаллий тўқималар билан радикал бир этапли пластикаси доимо энг афзал кўрилган бўлсада, яққол висцеро-абдоминал диспропорцияли қорин олд девори нуқсонларида уни қўллаш чекланган [3]. Мазкур жарроҳлик муолажасини болаларда амалга ошириш кўпчилик ҳолларда ўлим билан тугашига сабаб бўлувчи жиддий асоратлар билан кечувчи пастки ковак венанинг босилиш синдроми ривожланишига олиб келади. Ушбу аномалия кўплаб туғма нуқсон билан бирга келганда ҳомилани сақлаш ёки олдириш муддатларини ҳал қилишда пренатал ультратовуш ташхислаш катта аҳамиятга эга. Адабиётларда ёзилишича ушбу нуқсонлар ташхисининг энг қисқа муддати 12 ± 3 кундир [8]. Баъзан дефектни аниқланмаслиги антенатал ташхисни тўлиқ йўлга қўйилмаганлиги, маслаҳат марказларда ҳомиладор аёлларни кам бўлиши ва ушбу патология тўғрисида мутахассисларни кам маълумотларга эгалиги сабабдир. Юқорида ёзилганлар ушбу касалликлар даволашни муаммолик даражасини намоён қилади, сабаби чақалоқларда катта ўлчамдаги омфалоцелени даволаш усули нафақат тиббий, балки социал муаммодир.

Мақсад: чақалоқларда омфалоцелени даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар

Республика Перинатал Маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 2006-2017 йилларда 103 нафар чақалоқ омфалоцеле ташхиси билан бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Беморларимизда катта ўлчамли омфалоцеле 24 (23,3%), ўрта ўлчамдаги – 39 (37,9%) ва 40 (38,8%) нафар чақалоқларда эса кичик ўлчамдаги омфалоцеле аниқланди. Шулардан ҳаммаси бўлиб 45 (43,7%) нафарни қиз болалар, 58 (56,3%) нафарни ўғил болалар ташкил қилди. Умумий миқдор ҳисобидан омфалоцеле билан туғилган чақалоқларнинг 84 (81,5%) таси вақтида туғилганлар, 19 (18,5%) таси эса муддатига етмай туғилган чақалоқлардир.

Омфалоцеле билан туғилган чақалоқлар касалхонага қуйидаги муддатларда госпитализация қилинган: ҳаётининг 1 кунда – 76 (73,8%), 2чи кунда – 15 (14,6%), 3 кунда – 6 (5,8%) ва 4 кун ўтиб – 6 та (5,8%) чақалоқ шифохонага олиб келинган.

Омфалоцеледа постнатал ташхислаш қийинчилик туғдирмади. Омфалоцеле ташхисини қўйишда асосан клиник-лаборатор ва инструментал маълумотларга асосландик. Барча беморларга клиникага келганларида умумклиник текшириш усулларида ташқари, қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва киндик халқаси нуқсонининг ультратовуш текшируви, эхокардиография, шунингдек нейросонография ўтказилди. Олинган рақамларга статистик ишлов берилди.

Натижалар ва муҳокама

Чурра қобиғининг ҳолатига кўра беморларимиз қуйидагича тақсимланди: 11 (10,7%) та чақалоқда омфалоцеленинг асоратланган ва 92 (89,3%) тасида эса асоратланмаган шакллари аниқланди. 3 (2,9%) чақалоқда киндик тизимчасининг чурра қопига жуда яқин боғланиши натижасида пастки ичак тутилишига сабаб бўлган ятроген шикастланиши аниқланди. Деярли бизнинг барча беморларимизда чурра қопи таркиби ошқозон, жигар ва ичак қовузлоқларидан ташкил топди. Кузатувимизда бўлган беморларнинг 44 (42,7%) тасида қўшимча кўп сонли аномалиялар аниқланди, 59 (57,3%) тасида эса омфалоцеле ягона ривожланиш нуқсони бўлди. Йўлдош нуқсонлар орасида кўпинча 21 (47,7%) тасида юрак–қон томир тизими нуқсонлари, 13 (29,6%) тасида ошқозон ичак тракти нуқсонлари ва 10 (22,7%) тасида бошқа аъзолар ва тизим нуқсонлари кузатилди. Шунини таъкидлаш керакки, омфалоцеле ўлчамлари қанчалик катта бўлса қўшимча нуқсонлар шунчалик кўпроқ учради. Чунончи, 24 та катта ўлчамли омфалоцеле бўлган болаларнинг 23 (95,8%) тасида кўп сонли нуқсонлар борлиги аниқланди.

Маълумки омфалоцеленинг даволаш асосан оператив йўл билан амалга оширилади. Операция олди тайёргарлиги гомеостаз бузилишларини коррекциясидан иборат бўлди ва у 6-24 соатни ташкил қилди. Омфалоцелеси

бор барча чақалоқларга келганда ошқозон-ичак трактининг декомпрессияси ва чурра қопчасининг стерил курук резина қўлқоп билан ҳимоялаш муолажалари ўтказилди. Операция олди тайёргарлигининг самарадорлик мезони диурез ва гемодинамика кўрсаткичларининг тикланиши билан баҳоланди.

Омфалоцеле билан касалланган 103 та чақалоқдан 91 (88,3%) тасига оператив даво ўтказилди: 77 (84,6%) тасига радикал оператив муолажа ўтказилди, 14 (15,4%) тасига эса босқичли хирургик даво усули қўлланилди. 12 (11,7%) беморга консерватив даволаш муолажалари ўтказилди. Консерватив даволаш ўтказилишига сабаб, уларда операцияга монелик қилувчи қўшимча кўплаб нуқсонлар бор эди. Биз беморларни икки гуруҳга бўлиб ўргандик назорат гуруҳи беморлари 2006-2010 йиллардаги, асосий гуруҳ 2011-2017 йиллардаги беморлар.

Назорат гуруҳидаги 48 нафар беморларнинг 38 (79,2%) тасига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Бу гуруҳда 2 (4,2%) нафарига вентрал чурра (Гросс усули) ҳосил қилинди 3 (6,3%) та ҳолатда нуқсон четига Шустер қопига ўхшаш резина қўлқоп 8-10 кунга тикилиб, аста-секин висцеро-абдоминал диспропорцияни бартараф этиш ва болани операциянинг иккинчи босқичига тайёрлаш учун (қорин олд девори радикал пластикаси ёки вентрал чурра ҳосил қилиш мақсадида) ҳар кун унинг ҳажми кичрайтирилиши билан олиб бориладиган босқичли жарроҳлик коррекцияси ўтказилди. Операциядан кейинги даврда чақалоқлар релаксация ҳолатида сунъий ўпка нафаси аппаратида ётишди. Бу давр ичида чурра қопининг таркибидаги аъзолар қорин бўшлиғига бирмунча тўғирлангани ва қорин олд девори ўсганлиги кузатилди, лекин вентрал чурра ҳосил қилинган ушбу беморларнинг бирортаси ҳам иккинчи босқич операциясигача яшаб қолмади. Чунки бу беморларда кўпламчи туғма ривожланиш нуқсонларнинг борлиги ва висцеро-абдоминал диспропорциянинг мавжуд эмаслиги сабаб бўлди. Назорат гуруҳидаги жами 48 бемордан 11 (23%) нафари операциядан кейин, 10 (20,8%) таси консерватив даводан кейин нобуд бўлди. Шундай қилиб, мазкур гуруҳда ўлим 21 (43,7%) нафарни ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги 55 нафар беморнинг 53 (96,4%) тасида жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Улардан 44 (83,0%) тасига радикал ва 9 (17,0%) тасига апоневроз ҳисобига вентрал чурра ҳосил қилиш паллиатив операциясини ўтказдик. Биз катта ўлчамли омфалоцелени операция қилиш ва унда қорин олд девори пластикасини янгича усулини ишлаб чиқдик. Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (IAP 05314-сон патент, 2016 йил. “Чақалоқларда катта ўлчамдаги омфалоцелени даволаш усули”). Бу усул 9 (37,5%) та катта ўлчамли омфалоцелеси бўлган беморларда қўлланилди.

Бу усул техникаси қуйидагича: операция бошладан олдин чақалоқларга ошқозон декомпрессияси ва ичакларнинг сифонли ҳуқнаси амалга оширилди. Сўнгра эндотрахеал наркоз остида операция майдонига антисептик моддалар билан кераклича ишлов берилиб, чурра қопини чегарасида айланма кесим ўтказилиб, киндик тизимчаси элементларига ишлов берилди, яъни киндик элементлари боғланди. Бунда чурра қопчаси кесиб олинганда бирламчи приметив қорин парда сақлаб қолинди. Сўнгра тери ва мускуллар апоневрози мобилизация қилиниб, апоневрозни хочсимон тарзда ёндан то олдинги қўлтиқ ости чизигича, юқоридан ханжарсимон ўсикқача, пастдан эса симфизгача кесдик. Бунинг натижасида ҳосил бўлган апоневрознинг 4 та варағи «X» симон қилиб тикилди, шу билан нуқсон устида апоневроздан каркас ҳосил қилинди, яъни вентрал чурра Гросс операциясидаги каби теридан эмас, балки апоневроз ҳисобидан яратилди. Бу усул билан биз қорин бўшлиғи ҳажмини катталашшишига ва висцеро-абдоминал диспропорцияни камайтиришга эришдик. Шу усул билан операция қилинган чақалоқларда фақат 1 (11,1%) та ҳолатда ўлим кузатилди.

Шуни такидлаш жоизки, бу гуруҳдаги 44 та радикал операция бўлган беморлардан 1 нафарига омфалоцеленинг катта ўлчами бўлишига қарамасдан радикал операция ўтказдик. Чунки бу болада ўртача даражадаги висцеро-абдоминал диспропорция мавжуд бўлиб, бундай ҳолатларда радикал операция бемор ҳаётига ҳаф солмайди. Бундай вазиятларда болани операциядан кейинги даврда 4-5 кун мобайнида қорин олд девори мушаклари релаксацияда ушлаб

туриш, қорин бўшлиғини тез муддатларда ўсиб янги ҳолатга мослашиб олишига имкон яратади. Қолган 2 (3,6%) та беморда катта ўлчамли чурра оғир кўшимча нуқсонлар билан бирга келгани учун консерватив даво муолажалари олиб борилди. Аммо ўтказилган муолажаларга қарамасдан чақалоқларда полиорган етишмовчилик натижасида ўлим ҳолати қайд этилди. Асосий гуруҳидаги жами 44 та радикал операция бўлган бемордан 9 (16,4%) нафари кичик ва ўрта ҳажимли чурра бўлишига қарамасдан операциядан кейин ўлим ҳолати кузатилди. Шундай қилиб, мазкур гуруҳда ўлим 11 (20%) нафарни ташкил этди.

Иккала гуруҳ атижаларини солиштирма таҳлил қилиш назорат гуруҳида 27 (56,3%) нафар чақалоқ омфалоцеле ташхиси билан касалхонадан даволаниб чиққан, 21 (43,7%) бемор эса нобуд бўлган, асосий гуруҳда эса 44 (80%) бемор даволаниб чиққан, 11 (20%) нафари нобуд бўлган. Шундай қилиб биз таклиф қилган алгоритмлар ва клиникамизда ишлаб чиқилган янги операция усули натижасида асосий гуруҳда даволаниб чиққан беморлар сони 1,42 маротаба ошган, ўлим ҳолати эса 2,18 баробарига камайган.

Ўтказилган таҳлилларимизга кўра омфалоцеле билан операция бўлган 91 бемордан 42 (46,2%) нафарида операциядан кейинги эрта даврда турли хил асоратлар кузатилди. Бу асоратлар ўз навбатида операциядан кейинги дарвни силлиқ кечишига салбий таъсир кўрсатди. Омфалоцеле билан касалланган чақалоқларда иккали гуруҳдаги ривожланган эрта асоратларини солиштирма таҳлил қилиш операциядан кейинги ичак парези (18,3 ва 10,1%), операцион жарроҳатни йиринглаши (4,2 ва 1,8%) ва пневмония аломатлари (14,6 ва 10,9%) ҳар икки гуруҳда деярли бир хилда кузатилди. Аммо, висцеро-абдоминал диспропорция аломатлари назорат гуруҳидаги беморларда асосий гуруҳга исбатин деярли 2 баробар (назорат ва асосий гуруҳларда 14,6 ва 7,4%) кўп ҳолатда кузатилди. Жами назорат гуруҳида 52,1% ва асосий гуруҳида 30,9% беморларда (1,69 маротаба назорат гуруҳида кўп) операциядан кейинги эрта асоратлар кузатилди.

Бизнинг кузатувимизда бўлган болалар танатогенизининг асосий сабаблари бўлиб, омфалоцелени бошқа оғир кўпламчи нуқсонлар билан бирга учраши, оғир соматоневрологик фон ва чалалик ҳисобланди. Бундан ташқари беморни ахволини оғирлаштирувчи ва ўлим кўрсаткичларини олишига олиб келувчи омилларга: беморни нотўғри транспортировка қилиш, стационарга кеч олиб келиши бўлди. Ўлим ҳолатлари таҳлил қилинганда, катта ўлчамли омфалоцеледа (24 бола) ўлим ҳолати 12 та (50%) беморда кузатилди. Улардан 8 (66,7%) таси яқин операциядан кейинги даврда ва 4 (33,3%) таси консерватив даволанишдан кейин нобуд бўлишди.

Айтиб ўтиш лозимки, барча 32 (31,1%) ҳар иккала гуруҳдаги нобуд бўлган болаларда оғир соматик фон, аспирацион бронхопневмония мавжуд бўлиб, улардан 11 (34,4%) таси муддатига етмай туғилган эди. Шулардан 12 (37,5%) бола стационарга транспортировка вақтидаги гипотермия аломатлари билан госпитализация қилинган. Бу эса ушбу болаларнинг 9 (28,1%) тасида операциядан кейинги даврда склерема вужудга келишига сабаб бўлди ва даволаш натижаларига салбий таъсир кўрсатди. Нобуд бўлганлар орасидан 21 (66%) нафарида 2 ва ундан ортиқ тизимларида кўплаб нуқсонлари бўлиб, улар ушбу болалар ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлди. Операция натижаларига ва чақалоқларнинг яшаб кетишига уларнинг туғилгандаги вазни, висцеро-абдоминал диспропорциянинг даражаси, йўлдош нуқсонлар борлиги ва чурра ўлчамлари аҳамият касб этиши аниқланди. Шубҳасиз, чақалоқларнинг яшаб кетиш имконияти омфалоцеленинг кичик ва ўрта ўлчамларида юқори, катта ўлчамли эмбрионал чурраларда эса пастроқ. Чурра ўлчамлари ва касаллик билан биргаликда келадиган нуқсонлар ўртасида алоқа борлиги аниқланди. Қанча чурра ўлчами катта бўлса биргаликда келадиган нуқсонлар сони ҳам шунча кўп бўлади. Бундан ташқари, операциядан кейинги давр ва оператив муолажа жараёнига ўзининг аҳамиятли таъсирини, нейросонография пайтида аниқланган чақалоқлардаги мия ичи ўзгаришлари ҳам кўрсатди. Жами 32 та нобуд бўлган беморларимизнинг бевосита 4 (12,5%) ўлим сабаби деб туғруқ пайтидаги бош мия ичига қон қуйилиши ва мия шиши ҳисобланди.

Омфалоцеле билан даволанган беморлардаги даволашнинг узок натижалари 71 та касалхонадан чиқарилган бемордан 56 (78,9%) тасида 6 ойдан 3 йилгача бўлган муддатда ўрганилди. Даволашнинг узок натижаларини баҳолашда беморнинг тана вазни, юқори нафас йўллари яллиғланиши, ошқозон ичак тракти аъзолари дисфункцияси, вентрал чурра ўлчамлари ва ҳолати, қорин бўшлиғидаги чандикли жараён ҳисобига бўладиган оғриқлар ҳисобга олинди. Омфалоцеле билан даволанган беморларда даволашнинг узок натижалари Перунский В.П. (2008) тавсия қилган усул билан “яхши”, “қониқарли” ва “қониқарсиз” ҳолатда баҳоланди [1]. Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги “яхши” натижа кузатилган барча 20 (35,7%) нафар беморларда гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари меёрлашиши тана вазни ёшига мос равишда бўлди. Ошқозон ичак дисфункцияси, қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари (қоринда вақти–вақти билан оғриқ, қусиш, ич қотиши) кузатилмади, асоратлар бўлмади, вентрал чурра йўқолди. Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги “қониқарли” натижа 25 (44,6%) нафар беморларда кузатилди. Бунда гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичларида қисман ўзгаришлари (енгил даражали камқонлик, I даражали гипотрафия), йил давомида 3-4 марта қайталанувчи ошқозон ичак дисфункцияси, йил давомида 2-3 марта қайталанувчи қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари кузатилди. Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги “қониқарсиз” натижа 11 (19,6%) нафар беморларда кузатилди. Бунда гомеостазнинг клиник-лаборатор кўрсаткичларида яққол ўзгаришлар (ўрта оғир ва оғир даражали камқонлик; II-III даражали гипотрафия), йил давомида 6-7 марта қайталанувчи ошқозон ичак дисфункцияси, йил давомида 4-5 марта қайталанувчи қорин бўшлиғида битишмали касаллик аломатлари кузатилди. 11 нафар қониқарсиз натижали бемордан 3 (27,3%) нафарига кечки битишмали ичак тугилиши билан жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Операциядан кейинги даволашнинг узок давридаги натижаларни ўрганиш мобайнида чурра ўлчами ва йўлдош нуқсонлар орасида боғлиқлик аниқланди. Чурра ҳажми қанчалик катта бўлса

узок даврдаги натижа шунча қониқарсиз бўлди. Узок муддатли натижаларнинг солиштирма таҳлили асосий гуруҳда “яхши” ва “қониқарли” натижа 43,6 ва 48,7% беморларда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида – 17,6 ва 35,3% чақалоқларда кузатилди, яъни улар асосий гуруҳда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан 2,48 ва 1,38 мартаба юқори бўлди. Қониқарсиз натижалар асосий ва назорат гуруҳларда 7,7 ва 47,1% беморларда кузатилиб, яъни асосий гуруҳда бу кўрсаткич 6,12 мартаба камайди.

Шундай қилиб, олинган натижаларга асосланиб буз қуйдаги хулосалар қилишимиз мумкин:

1. Омфалоцеледа чақалоқларнинг яшаб кетиши уларнинг туғилгандаги вазни, висцеро-абдоминал диспропорциянинг даражаси, йўлдош нуқсонлар борлиги ва чурра ўлчамларига боғлиқ. Бунда қанча чурра ўлчами катта бўлса, биргалиқда келадиган нуқсонлар сони ҳам шунча кўп бўлиб, гомеостатик кўрсаткичларни кескин ўзгаришига ва ўлими ошишига олиб келади.
2. Омфалоцеледа оператив коррекция усулини танлаш, висцеро-абдоминал диспропорция даражасига, чурра ўлчамларига, соматаневрологик фонга ва йўлдош нуқсонлар оғирлигига боғлиқ. Кичик ва ўртача ўлчамдаги омфалоцеле қорин олд деворининг радикал пластикасига кўрсатма бўлса, катта ўлчамдаги омфалоцеледа операция усулини танлашнинг асосий мезони - бу висцеро-абдоминал диспропорция даражаси ва қўшма нуқсонлар оғирлигидир.
3. Катта ўлчамли омфалоцеледа босқичли операцияларни ўтказиш мақсадга мувофиқ, консерватив даволаш фақат оператив муолажага жиддий қарши кўрсатмалар бўлганидагина бажариш лозим.
4. Омфалоцелени жарроҳлик даволашда биз таклиф қилган алгоритмлар ва клиникамизда ишлаб чиқилган янги операция усулини қўллаш даволаниб чиққан беморлар сони 1,42 мартаба ошишига ва ўлимни 2,18 баробарига камайган олиб келди.

5. Тавсия этилаётган даволаш усули эрта ва кечки асоратларни сезиларли камайтирди. “Яхши” ва “қониқарли” натижалар 2,48 ва 1,38 маротаба ортди, “қониқарсиз” натижалар эса 6,12 маротаба камайди. Бу эса омфалоцелеи даволашда таклиф этилаётган алгоритмни кенг тадбиқ қилишни тавсия этади.

References:

1. Grona V.N., Perunskiy V.P., Vesolyuy S.V. i dr. Optimizatsiya lecheniya vrozhdennykh rasshchelin peredney bryushnoy stenki u detey. // Ukrainskiy Zhurnal Khirurgii.- 2008.- №1.- S. 105-112.
2. Isakov YU.F., Volodin N.N., Geras'kin A.V. Neonatal'naya khirurgiya.- M., 2011.- S. 450-459.
3. Morozov D.A., Filippov YU.V., Nikitina A.S. i dr. Varianty khirurgicheskogo lecheniya omfalotsele. // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal.- 2007.- №2.- S. 23-25.
4. Profilakticheskaya pediatriya: Rukovodstvo dlya vrachey /Pod red. A.A. Baranova. – M.: Soyuz pediatrov Rossii, 2012. – 692 s.
5. Savvina V.A., Okhlopkov M.Ye., Gotovtseva L.V. i dr. Antenatal'naya diagnostika khirurgicheskoy patologii ploda po dannym Natsional'nogo tsentra meditsiny g. Yakutska // Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal. – 2012. – № 4. – S. 72-75.
6. Spakhi O.V., Lyaturinskaya O.V., Makarova M.A. Vrozhdennyye poroki razvitiya peredney bryushnoy stenki (sindrom vneshnikh deformatsiy): Omfalotsele. Gastroshizis. Sindrom Vil'yama-Oslera.– Zaporozh'ye: Izd-vo ZGMU, 2016.– 70 s.
7. Henrich K., Huemmer H.P., Reingruber B., Weber P.G. Gastroschisis and omphalocele: treatments and long-term outcomes // Pediatr Surg Int.– 2008.– Vol. 24(2).– P. 167-173.
8. Ionescu S., Mocanu M., Andrei B. et al. Differential Diagnosis of Abdominal Wall Defects - Omphalocele versus Gastroschisis // Chirurgia.– 2014.– Vol.109 (1).– P.7-14.