

15. Пухлик С. М. Аденоиды и аллергический ринит. / С. М. Пухлик ,
Э. Г Неверт , Д. В. Карпович // Газета «Новости медицины и фармации».
Аллергология и пульмонология – 2011. – № 380.

16. Радциг Е. Ю. Новые возможности местной терапии аденоидитов
у детей . / Е. Ю. Радциг // Лечащий врач. –2006. –№6.

ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Е. С. САМОХИНА

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail:
justdoitbro95@gmail.com*

Аннотация. Непроходимость кишечника новорожденного возникает из-за анатомической аномалии, которая приводит к нарушению опорожнения кишечника. Кишечная непроходимость проявляется тремя классическими клиническими признаками: рвотой, вздутием живота и неспособностью отвести меконий. Кишечная непроходимость - одна из наиболее частых причин госпитализации ребенка в детское хирургическое отделение в первые недели послеродового периода. Врожденная непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных является распространенной проблемой, наиболее частой причиной которой являются аноректальные пороки развития (41%), за которыми следует непроходимость пищевода (24%) и дуоденальная непроходимость (20%).

Ключевые слова: пищеварительная система; неонатальная и детская интенсивная терапия; неонатальная интенсивная терапия.

NEONATAL INTERSTINAL OSTRUCTION SYNDROM

E. S. SAMOKHINA

*Tula State University, Medical Institute, 128 Boldina str., Tula,
300028, Russia, e-mail: justdoitbro95@gmail.com*

Abstract. Neonatal intestinal obstruction is caused by an anatomical abnormality that produces bowel movement failure. Intestinal obstruction presents with three classic clinical signs: vomiting, abdominal distention, and failure to pass meconium. Intestinal obstruction is one of the most common

causes for admitting a pediatric patient to the pediatric surgery unit in his or her first weeks of postnatal life. Congenital obstruction of the digestive tract in neonates is a common problem, with the most frequent cause being anorectal malformations (41%), followed by esophageal obstruction (24%), and duodenal obstruction (20%).

Keywords: gastrointestinal system; neonatal and paediatric intensive care; neonatal intensive care.

Введение. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных — один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар. Наиболее частыми видами ВКН являются атрезии и стенозы различных локализаций, а также пороки нарушения вращения и фиксации кишечника. Частота рождения детей с атрезией кишечника и дуоденальной непроходимостью соответственно составляют 1:2700 и 1: 10000 новорожденных. Это объясняется не столько абсолютным увеличением их количества, сколько и улучшением диагностики как внутриутробно, так и в периоде новорожденности. Многообразные формы ВКН в подавляющем большинстве случаев приходится на неонатальный период и до 3-х месяцев жизни детей. ВКН представляет собой патологический синдром, обусловленный различными антенатальными нарушениями процессов формирования и вращения кишечника и/или постнатальной ее фиксации, проявляющийся расстройствами моторно-эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различным клиническим течением и проявлениями, соответственно наблюдаемыми морфологическими изменениями в пораженной части кишечника. За последние годы в литературе широко обсуждается и дискутируется многие аспекты диагностики и лечения ВКН у новорожденных. Появляется возможность использования ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии при ВКН постнатально. При достаточной изученности ВКН у новорожденных в литературе нет подробного анализа о частоте, формах и результатах лечения данного вида непроходимости. Имеется единичные работы, в которых освещены аспекты диагностики и хирургического лечения данной формы непроходимости, но они разноречивы.

Несмотря на достижения современной педиатрии проблема современного диагностирования и качественного лечения врожденных пороков развития (ВПР) и хромосомных заболеваний представляют чрезвычайно важную медицинскую и социально-экономическую проблему. Особенностью здоровья детей первого года жизни является его высокая демографическая значимость, во многом определяющая потенциал здоровья населения. Проблема повышения качества медицинской помощи детям первого года жизни с хирургическими

заболеваниями в современных экономических и социальных условиях требует эффективных решений. В структуре перинатальной смертности врожденная патология занимает второе место. В тоже время, ВПР желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки встречаются с частотой 13-26,4 на 10000 живорожденных младенцев. В структуре всех врожденных аномалий достигая 29,1%, занимает третье место. В 33% случаях данные пороки развития проявляются врожденной кишечной непроходимостью (ВКН). При этом, показатель летальности при данной патологии остается высоким. Вместе с тем успех хирургического лечения во многом зависит от своевременной постановки диагноза, а также раннего перевода ребенка в хирургический стационар и адекватной предоперационной подготовки.

Цель исследования. Исследование клинических особенностей врожденной кишечной непроходимости у новорожденных.

Результаты и их обсуждение. Диагностика ВПР ЖКТ возможна уже с антенатального периода – с 12–23 недели гестации. Основным диагностическим методом антенатальной диагностики пороков развития является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое позволяет с первых недель обнаружить ВПР. В Российской Федерации (РФ) УЗИ с целью перинатальной диагностики пороков развития проводится на трех уровнях: 1 уровень – общее акушерское УЗИ. Цель: определение «нормы» или «отклонения от нормы»; 2 уровень – специализированное перинатальное УЗИ, с целью определения наличия или отсутствия нарушений в развитии плода, при подозрении на таковые при первом УЗИ исследовании; 3 уровень – экспертное перинатальное УЗИ, целью которого является постановка окончательного диагноза и, как следствие, определение дальнейшей тактики ведения беременности и родов. Согласно Национально-клиническому протоколу «Ведение физиологической беременности» в РК обязательной является постановка на учет по беременности в срок до 12 недель и на каждый триместр беременности, согласно скринингу, предусматривается УЗИ плода для выявления антенатальной патологии. При выявлении некорректируемых и, как следствие, несовместимых с жизнью ВПР решается вопрос о прерывании беременности. В мировой практике применяется геномное/генетическое тестирование с использованием фетальных клеток, как один из обязательных методов антенатальной диагностики ВПР. Более ранняя госпитализация отмечается в группе больных с низкой кишечной непроходимостью ввиду наличия более яркой клинической картины и быстрого ухудшения состояния новорожденного, тогда как при обтурационной высокой непроходимости состояние больного длительное время остается относительно стабильным. Как в группе больных с высокой, так и с низкой врожденной кишечной непроходимостью, в

половине случаев была частичная обструкция, в связи с чем невыраженность клинических симптомов привела к более поздней диагностике и госпитализации в хирургический стационар.

Заключение. У новорожденных врожденная кишечная непроходимость протекает в виде острого и подострого течения и проявляются различными клинико-анатомическими формами. Факторами, определяющими ее течение, выраженность клинических признаков и данных рентгенологических исследований являются уровень локализации и степень обструкции. Анатомические формы врожденная кишечная непроходимость устанавливаются на основании последовательно проведенных ультразвуковых и рентгенологических исследований, взаимодополняющих друг друга, что повышает их достоверность. Хирургическая тактика подбирается в зависимости от формы течения и анатомического варианта врожденная кишечная непроходимость. При явлениях заворота и возникновений осложнений в виде перитонита, оперативное вмешательство проводится в экстренном порядке.

Литература

1. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. - Москва.- ГЭОТАР-Медиа.- 2009.- 1168 стр.
2. Cohen-Overbeek T.E., Grijseels E.W.M, Niemeijer N.D., Hop W.C.J., Wladimiroff J. W. and Tibboel D. Isolated or non-isolated duodenal obstruction: perinatal outcome following prenatal or postnatal diagnosis // *Ultrasound Obstet Gynecol.* — 2008. — Vol. 32. — pp. 784—792.
3. Iacobelli BD, Zaccara A, Spirydakos I, et al. Prenatal counselling of small bowel atresia: watch the fluid! // *Prenat Diagn.* — 2006. — Vol. 2. — № 3. — pp. 214—217.
4. Melissa J. Ruiz, Keith A. Thatch, Jason C. Fisher, Lynn L. Simpson, and Robert A. Cowles. Neonatal outcomes associated with intestinal abnormalities diagnosed by fetal ultrasound // *J Pediatr Surg.* — 2009. — Vol. 44. — № 1. — pp. 71—75.
5. Touloukian R.J. 1996 Атрезии и стенозы кишечника. В кн.: *Детская хирургия под ред. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.* СПб.: Харфорд. — 1999. — Т. 1. — С. 341—356.
6. Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В. и др. // *Детская хирургия.* - 2009. - № 5. - С.11-16. 2.
7. Мокрушина О.Г., Гераскин А.В., Голоденко Н.В. и др. // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* - 2010. - № 1. - С. 49-53.

8. Ажибеков Н.Н. Пред- и послеоперационное ведение новорожденных с атрезией пищевода // Вестник АГИУВ. 2015. - №3-4. - С.59-61
9. Быковская Т.Ю., Шишов М.А. Актуальные вопросы организации медицинской помощи новорожденным при хирургических заболеваниях // Медицинский вестник Юга России. 2015. - №1. - С.40-43.
10. Кожевников В. А., Болотских Т.Е., Завьялов А.Е., Тен Ю.В., Курдеко И.В. Динамика уровня прокальцитонина при синдроме системного воспалительного ответа у недоношенных новорожденных с хирургической патологией на фоне иммунокорректирующей терапии пентаглобином // Детская хирургия. 2014. - №6. - С.28-32.
11. Сеидбекова Ф. О. Врождённые пороки развития желудочно-кишечного тракта среди новорождённых города Баку // СМБ. 2013. - №3-1 (39). - С.130-132
5. Nasir AA, Abdur-Rahman LO, Adeniran JO. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children // Afr J Paediatr Surg. - 2011. - №8. - P. 8-11.
12. Попов Ф.Б., Немилова Т.К., Карабаева С.А. // Детская хирургия. - 2004. - № 5. - С. 20-23.
13. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Горяинов В.Ф. и др. // Детская хирургия. - 2004. - № 5. - С.18-26.
14. Lewis Spitz, Arnold G. Coran Operative Pediatric Surgery, seventh edition
15. Грона В.Н., Журило И.П., Перунский В.П., Лепихов П.А. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. — 2007. — Т. 6. — № 3. — С. 29—33.
16. Дерунова В.И., Галкина Я.А., Мокрушина О.Г., Гераськин А.В. Результаты лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных // Современные технологии в диагностике и лечении. — 2012, — № 2, — С. 19—22.
17. Немилова Т.К., Карабаева С.А. Врожденная кишечная непроходимость. В кн.: Детская Хирургия. Под ред. Ю.Ф. Исакова и А.Ф. Дронова М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. — С. 325—334.
18. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Охлопков М.Е., Николаев В.Н. Врожденная кишечная непроходимость: выбор хирургической тактики и техники кишечного шва // Дальневосточный медицинский журнал. — 2012. — № 4. — С. 1—4.
19. Borsellino A, Zaccara A, Nahom A, Trucchi A, Aite L, Giorlandino C, Bagolan P. False-positive rate in prenatal diagnosis of surgical anomalies // J Pediatr Surg. — 2006. — Vol. 41. — № 4. — pp. 826—829.
20. Яницкая М. Ю., Сапожников В. Г., Поддубный И. В., Шестакова Е. В. Обязательность ультразвукового исследования органов брюшной

полости у новорожденных для своевременности установления диагноза и снижения послеоперационной летальности//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. М. 2021. № 185(1), С. 133-141.

О ПЕРСПЕКТИВЕ ВВЕДЕНИЯ ЭВТАНАЗИИ В РОССИИ

В. Г. САПОЖНИКОВ, Д.В. ХАРИТОНОВ, А.Н. ПРОТАСЕНЯ

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail: vladim1409@yandex.ru*

Аннотация. В России назрела необходимость решения вопроса о введении эвтаназии. Основанием для решения об эвтаназии на добровольной, сознательной основе больным может явиться доказанность невозможности спасти жизнь по решению прокурора или суда.

Ключевые слова: эвтаназия, смерть, болезнь

THE POSSIBILITY OF ENACTMENT OF AN EUTHANASIA IN RUSSIA

V. G. SAPOZHNIKOV, D. V. KHARITONOV, A. N. PROTASENYA

*Tula State University, Medical Institute, Boldin Str., 128, Tula, 300028, Russia,
e-mail: vladim1409@yandex.ru*

Abstract. There is a need to address the issue of the of enactment euthanasia in Russia. The basis for the decision on euthanasia on a voluntary, conscious basis for patients may be the proof of the impossibility of saving life by decision of the prosecutor or the court.

Key words: euthanasia, death, illness.

В последние годы в России и, особенно, за ее пределами оживились споры по поводу возможности легализации эвтаназии, то есть ее юридического закрепления. Первенство в этом вопросе принадлежит Голландии, где с 1 января 2001 года вступил в силу Закон об эвтаназии. Хотя и до вступления в силу данного закона голландские врачи помогали тяжело больным уйти из жизни. По новому Закону любой, кто достиг 16 летнего возраста, вправе самостоятельно определить порядок и способ