

Аллаев М.Я.

*Доцент кафедры детской хирургии
Андижанского государственного медицинского института
Отделение детской хирургии Андижанского филиала
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП).*

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Резюме: *Автором с целью оптимизации результатов лечения с острой кишечной непроходимостью у детей проведенный анализы результатов лечения у 194 (100%) больных от 1 года до 18 лет. Из них 118(60,8%) мальчиков и 76 (39,2%) девочек.*

В результате комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактики заметно уменьшилось различные послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: *непроходимость кишечника, дети, диагностика, лечение, профилактика.*

Allaev M.Ya.

*Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery
Andijan State Medical Institute
Department of Pediatric Surgery of Andijan Branch
Republican Scientific Center
of Emergency Medical Care*

Abstract: *In order to optimize the results of treatment with acute intestinal obstruction in children, the author analyzed the results of treatment in 194 (100%) patients from 1 to 18 years old. Of these, 118 (60.8%) are boys and 76 (39.2%) are girls. As a result of an integrated approach to diagnosis, treatment and prevention, various postoperative complications have significantly decreased.*

Keywords: *intestinal obstruction, children, diagnosis, treatment, prevention.*

Введение и актуальность. Несмотря на многочисленные исследования (1,2,3,4,5,6) проблемы острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) по сей день остаются окончательно нерешенным. Особое внимание при решении данной проблемы уделяется вопросы своевременной диагностики и выбор тактики ведения пациентов в зависимости от вида и сроков возникшей патологии, сроком консервативной терапии и предоперационной подготовки, объему и соответствующий выбор оперативного лечения.

Правильное послеоперационное введение, диспансеризации и соответствующие реабилитации способствуют предупреждению рецидива. Дискуссионным остаются вопросы полного устранения спаек в брюшной полости, чтобы не развивались рецидивы. Это требует поиска возможностей применения современных малотравматичных методик разделения интраабдоминальных спаек (1,4,7,8,9,10)

В детской практике следует учитывать анатомо-физиологические особенности детского организма и брюшины. У детей она нежная, тонкая, легко ранимая, особенно у новорожденных, грудного и раннего возраста, что обуславливает легкую травматичность при различных манипуляциях. Что требует поиска малотравматических методов разделения интраабдоминальных спаек и разработки новых методов лечения поспособствовавших свести к минимуму послеоперационных спайкообразование. В связи с этим мы представим результаты лечения данной патологии у детей.

По нашему мнению основными причинами спайкообразования является поздней диагностики, продолжительность воспалительного процесса, глубины поражения, механического повреждения в результате грубого обращения к органам и тканям, при оперативных вмешательствах: инородных тел (шовные материалы, дренажные трубки, марлевые салфетки), анастомозиты и вялотекущие перитониты.

Цель. Оптимизация методов лечения и профилактики рецидива ОСКН у детей.

Материалы и методы. Материалом исследования являлось больных детей поступивших в отделение детской хирургии Андиганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФ РНЦЭМП) с диагнозом острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) за последние 3 лет. Возраст пациентов были от 1 до 18 лет. Всего 194(100%) больных. Из них 118(60,8%) мальчики и 76 (39,2%) девочек.

Методами исследования были визуальный осмотр, обзорная рентгенография, ультразвуковое исследование. При необходимости КТ обследование. Для уточнения диагноза провели разностороннее глубокое обследование, а также индивидуально подходили в каждом конкретном случае заболевания. Эффективность консервативного лечения подтверждали проведением контрастного исследования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Результаты и обсуждения. Наша тактика была и следующая. При поступлении больного с ОСКН в первую очередь купировали болевой синдром и проводили комплекс консервативных мероприятий, которая

включал с спазмолитики, проведение очистительные и сифонные клизмы, оральные и анальные декомпрессии, устранение нарушенного гомеостаза путем введения инфузиантов.

Параллельно проводили основные и дополнительные методы (рентгенологические, УЗИ, ФГДС, общеклинические и биохимические) исследования с целью уточнения характера непроходимости кишечника.

При неэффективности консервативных мероприятиях переходили к оперативному лечению. Определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решали индивидуально в зависимости от полученных результатов обследования и клинических симптомов, а также лабораторных показателей.

Больные со спаечной кишечной непроходимостью большинство случаях приходилось на доли различных форм деструктивного острого аппендицита 37(19%), аппендикулярного перитонита 69(35,8%) и вяло текущего перитонита (третичный перитонит) 8(3,9%), при дивертикуля Меккеля 25(12,9%), закрытой травмой органов брюшной полости 28(14,4%), с пороками развития ЖКТ 14(7,3%), а после плановых оперативных вмешательств 13(6,7%).

Из 194(100%) 66 (33,9%) больные дети поступили с ранней спаечной кишечной непроходимостью (РСКН), и 128 (66,1%) с поздней кишечной непроходимостью (ПСКН).

В результате комплексных консервативных мероприятиях удалось купировать ОСКН у 153(78,9%) больных, из 194 (100%) при неэффективности у 41(21,1%) пациентов подвергали к оперативному вмешательству. Из них 29(70,7%) больных оперировали традиционным и 12 (29,3%) лапароскопическим методом. Эффект от консервативного лечения большинство случаев наблюдали при ранней СКН.

Интероперационно плотные и множественные спайки наблюдали у 18 (из 29%) они ликвидированны традиционным (лапаратомным) способом. Эти больные ранее были оперированы на фоне терминальной фазы перитонита (15) и с комбинированной травмой органов брюшной полости (2) и в одном язвенно-некротического энтероколита.

У 3 больных наблюдали рецидивы они были повторно оперированы (релапоротомии). Из них в одном случае резецировали нежизнеспособных участков тонкого кишечника с наложением анастомоза по типу конец - в конец. В этом случае возникло несостоятельность анастомоза и было проведена повторная релапоротомия резекция нежизнеспособных участков тонкого кишечника, накладывали «У» образного анастомоза по Баирову с интубацией кишечника.

У 12(29,3%) больных оперированных лапороскопическим методом, без каких либо осложнений были выписаны с улучшением общего состояния.

Во всех случаях завершая оперативным вмешательством санировали брюшную полость фурациллином и физиологическим раствором, дренировали брюшную полость.

В послеоперационном периоде начиная с 2-3 дня активизировали больных путем изменения положения тела в постели, ходьба в палате. Стимулируя кишечника прозергином в возрастной дозировке, легким массажем брюшной стенки и кишечника с наложением газоотводной трубки в прямой кишке.

Все вышеизложенные манипуляции предупреждали раннее спайкообразование и способствовало уменьшению различных послеоперационных осложнений.

Все из общего числа больных выписаны с улучшением общего состояния кроме одного, у которой на фоне тяжелой формы пневмонией и полиорганной недостаточности наступил летальный исход.

Профилактикой ОСКН считаем;

А) Нежное, бережное отношение к воспаленным тканям с помощью влажной салфеткой, ликвидации десерозированных участков кишечника.

Б) Полноценная санация брюшной полости с последующим дренированием шлаков и жидкостей до стихания воспалительного процесса в брюшной полости.

В) Правильный выбор диализирующих растворов и антибиотиков с учетом чувствительности

Г) Ранняя активизация больного в послеоперационном периоде и своевременное проведение физиотерапевтических методов лечения с учетом профилактики развития нового спаечного процесса.

Д) Соответствующие рекомендации при выписки больного.

Е) Больных перенесших объемные, травматичные операции с рисками рецидива спайки в каждой месяц привести профилактических консервативное лечение под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев.

В заключение следует отметить, что ОСКН у детей является серьезной проблемой и требует пристального внимания при обследовании и лечении а также реабилитации. Ранняя диагностика, дифференцированный подход, щадящая тактика лечения, соответствующая профилактика и реабилитация способствует улучшению результатов.

Литература:

1. Аюбов Б.М. Видеолапораскопия в лечении пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Вестник экстренной медицины. Самарканд 2021, том 14, №2, стр. 18-19
2. Дубровшик И.О., Мармыш Г.Г., Довнар И.С и др. Спаечная кишечная непроходимость; тактика, лечение, профилактика рецидивов. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2012г., №2,стр. 20-23
3. Миннулин М.М., Абдульянов А.В, Николаев Я.Ю. Хирургическая тактика при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Казань. Практическая медицина 4(80) июль 2014г. Том 2. Стр.86-91.
4. Тараканов В.А., Колесников Е.Г., Стрюковский А.Е. и др. Состояние вопроса диагностики и лечения поздней спаечной кишечной непроходимости у детей (обзор литературы). Кубанский научный медицинский вестник №6 (135) 2012 г. Стр 109-113.
5. Эминов И., Аллаев М.Я., Гафуров А.А. и др. Лечебно-диагностическая тактика при спаечной кишечной непроходимости у детей. Инновационный подход к актуальным проблемам медицины (Тиббиётнинг долзарб муаммоларига инновацион ёндашув) Андижон 2022. 12 мая. Стр. 372-373
6. Федоров К.К., Савина С.А., Дударенко О.О., и др. О послеоперационной спаечной кишечной непроходимости у детей. Мать и Дети в Кузбассе №3(30) 2007 г. Стр. 24-26.
7. Fazio V.W., Cohen Z. Et al. Reduction in adhesive small-bowel obstruction by Seprafilm adhesion barrier after intestinal resection // Diseases of the Colon and Rectum. -2006. -№ 49. –С. 1-11.
8. Магомедов, М.М. Роль гипотермии при острой спаечной кишечной непроходимости / М.М. Магомедов, М.А. Магомедов // American Scientific Journal. - 2021. - № 50-1. - С. 13-16.
9. Факторы риска летального исхода при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Результаты многоцентрового исследования / А.Е. Тягунов, А.А. Тягунов, Т.В. Нечай [и др.] // Хирургия. - 2021. - № 3. - С. 26-35.
10. Магомедов, М.М. Роль лапароскопических операций в формировании спаечного процесса в брюшной полости / М.М. Магомедов, М.Р. Иманалиев, М.А. Магомедов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. - 2021. - № 8. - С. 180-187.