



ARTICLE INFO

Received: 10th April 2025

Accepted: 17th April 2025

Online: 18th April 2025

KEYWORDS

Flat adhesions, early adhesive-paring, obturation, strangulation, infiltrate, conservative.

EARLY ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

B.Khamidov

F.M. Khurramov

TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE, TASHKENT,
UZBEKISTAN

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15239462>

ABSTRACT

The incidence of adhesive intestinal obstruction in children is up to 16-18% in relation to other types of intestinal obstruction. The purpose of this study is to evaluate the effect of complex therapy on the processes of resorption of flat-membranous adhesions in early adhesive intestinal obstruction in children. Using differentiated targeted conservative measures carried out under the control of the clinical picture and ultrasound examinations are effective in more than 63% of children, which significantly reduces the risk of the operation itself. Restrained tactics justify themselves in acute intestinal obstruction.

РАННЯЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Хамидов Б.Х.

Хуррамов Ф.М.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Г.ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15239462>

ARTICLE INFO

Received: 10th April 2025

Accepted: 17th April 2025

Online: 18th April 2025

KEYWORDS

Плоскостными спайками, ранняя спаечно-паретическая, обтурация, странгуляция, инфильтрат, консервативное.

ABSTRACT

Частота возникновения спаечной кишечной непроходимости у детей составляет до 16-18% по отношению к другим видам кишечной непроходимости. Цель данного исследования оценить влияние комплексной терапии на процессы рассасывания склеек плоскостных спаек при ранней спаечной непроходимости кишечника у детей. Используя дифференцированный целенаправленные консервативные мероприятия, проводимые под контролем клинической картины и УЗИ обследования оказываются эффективными более чем у 63% детей, что значительно уменьшает риск самой операции. Сдержанная тактика оправдывает себя при острой кишечной непроходимости.



Актуальность. Спаечная кишечная непроходимость это наиболее частный вид нарушения пассажа по кишечнику, встречающийся преимущественно у детей старшего возраста и обусловленный перивизицеральными сращениями [1,2,3].

Спаечный процесс сопровождает любое воспаление или травму брюшной полости. Всякая лапаротомия, даже проводимая в асептических условиях, может является предрасполагающим моментом к образованию спаек ввиду неизбежного повреждения серозной оболочки тампонами хирургическими инструментами [2,3,4,5].

В зависимости от сроков возникновения спайки могут иметь вид склеек-плоскостенных и плёнчатых наложений или соединительно тканых тяжей [2,3].

Острую спаечную кишечную непроходимость в практической работе следует разделять на две основные группы, имеющие определенные различия в клинических проявлениях, хирургической тактике и способах оперативного лечения: ранняя спаечная непроходимость обтурационная, развивающаяся в первые 3-4 недели после операции (перегибы кишечных петель и сдавление множественными спайками) 3 поздняя спаечная непроходимость странгуляционная, возникающая спустя месяцы и годы после хирургического вмешательства (перетяжки и сдавления кишечника оставшимися шнуровидными спайками).

Как ранняя, та и поздняя спаечная непроходимость наблюдается преимущественно после острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости, реже возникает в связи с плановыми лапаротомиями. Наиболее часто спаечная непроходимость осложняет острый аппендицит [1,2,6,7,8].

Цель исследования. Оценить влияние таргетной терапии на процессы рассасывания сплоск плоско плёнчатых спаек ранней спаечной непроходимости кишечника у детей.

Материалы и методы исследования: На кафедре госпитальной детской хирургии ТашПМИ база 2-городская детская хирургическая клиника (2ДХКБ) среди 672 детей, оперированных по поводу острого аппендицита, спаечная непроходимость зарегистрирована у 66 (ранняя у 38, поздняя 28). Все дети при поступлении в клинику было комплексно обследованы с включением УЗИ, МСКТ R – графия брюшной полости.

В возрасте от 6 месяцев до 18 лет с явлениями спаечной болезни брюшной полости. Из них мальчиков было 49 (74,2%), девочек 17 (25,8%).

У 38 больных с явлениями острой кишечной непроходимости в первые 24 часа от начала заболевания поступили 22, на вторые сутки – 11, на третьи сутки – 5 больные. Результаты проведённого лечения оценивались на основании динамики жалоб пациентов, клинических симптомов основного заболевания лечения.

Результаты и обсуждение: Частота наблюдаемых больных с острой спаечной кишечной непроходимостью резко возрастает в возрасте от 5 до 13 лет, это увеличение связано с увеличением количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

По нашим данным острая кишечная непроходимость чаще развивалась после аппендэктомии /у-24 больных/, травм органов брюшной полости /у 6/, дивертикулита



Меккеля /у 4/, инвагинация кишечника (у 4). Спаечный процесс в брюшной полости развивался через различные сроки после перенесенной операции.

Лечение острой кишечной непроходимости начинали с консервативных мероприятий, назначением спазмолитиков, промыванием желудка, сифонной клизмы, внутривенное введение гипертонических растворов крови и кровезаменителей, парентеральная новокаиновая блокада. В значительной части случаев при раннем поступлении больных консервативные мероприятия приводили в разрешению непроходимости.

По нашим данным у 42 больных детей из 66 консервативное лечение привело к выздоровлению у 63%.

При неэффективности консервативного лечения в течение 3-6 часов больные подвергались оперативному вмешательству. Мы отметили, что впервые 2-3 дня после хирургического вмешательства по поводу деструктивного гнойного аппендицита спаечная непроходимость обычно возникает на фоне тяжелого пореза кишечника, и в таких случаях развивается ранняя спаечно-паретическая форма непроходимости.

Однако наиболее часто осложнение наблюдается к концу 1-й недели и до 3-14 го дня после операционного периода, когда общее состояние больного значительно улучшается. В таких случаях нарушение проходимости зависит только от перегибов и сдавлений кишечных петель плоско-степенными и липкими спайками. Возникает наиболее типичная, начальная простая форма ранней спаечной непроходимости. В этот период (6-12 день) также может развиваться спаечная непроходимость, вызванная воспалительным инфильтратом, в который запаиваются кишечные петли. У части детей острое нарушение проходимости кишечника развивается на 3-й недели. У этих больных наблюдается отсроченная форма ранней спаечной непроходимости, при которой наряду с обтурацией могут развиваться явления странгуляции вследствие образующихся к этому времени в брюшной полости шнуровидных спаек.

В связи с тяжелым общим состоянием больного и выраженными явлениями основного заболевания симптоматика непроходимости вначале бывает недостаточно отчетливо выражена и развивается постепенно. Больной жалуется на периодически усиливающиеся постоянные боли в животе, мало отличающиеся от имевших место в связи с парезом кишечника. Типичное для нареза равномерное вздутие живота несколько изменяет свой характер появляется асимметрия за счет переполненных газом отдельных петель кишечника.

Аускультативно периодически выявляются слабые кишечные шумы. Пальпация живот болезненна вследствие имеющихся перитонеальных явлений. Поглаживание по брюшной стенке усиливает перистальтику и вызывает повторные приступы болей.

Профилактика образования спаечной кишечной непроходимости у детей должна проводиться в 3-х звеньях: а) организационные мероприятия; б) предупреждение спаек во время операции; в) антиспаечные комплексные лечение в после операционном периоде. Нами по завершению операции в брюшную полость вводился раствор новокаина 0,5% - 50,0 + гидрокортизон 2,0. В послеоперационном периоде наряду с общепринятыми физиотерапевтическими методами продолжали введение в



брюшную полость гидрокортизона в течение 2-3 дней в возрастной дозировке. Этим детям также назначали внутрь пентоксил 3 раза в день во время еды. Сочетание адекватной декомпрессии кишечника с перидуральной анестезией в комплексном лечении и ранняя активизация больных способствует более раннему появлению перистальтики кишечника, что в свою очередь уменьшает число ранней спаечной кишечной непроходимости. Для профилактики спайкообразования проводили комплексные противоспаечное лечение включающее гидрокортизонирование брюшной полости во время операции и в послеоперационном периоде, Купренил в возрастных дозировках внутрь в течение 7 дней электрофорез метилуроцилом или фонофарез ируксолом на область послеоперационной раны. Больные получившие курс противоспаечного лечения обследованы в ближайшие и отдаленные сроки, данных за спаечные осложнения у них не выявлена

Выводы: Проведенное исследование показало лечение ранней спаечной непроходимости у детей требует индивидуального подхода в зависимости от общего состояния ребенка, сочетанных осложнений и сроков прошедших от момента первой операции. Сдержанная тактика оправдывает себя на при ранней кишечной непроходимости. В момент поступления больных лечение начинают с проведения целенаправленные консервативных мероприятиях, являясь предоперационной подготовкой, часто позволяют рассасыванию спаечного процесса, что значительно уменьшает риск как самой операции, так и рецидива заболевания в целом.

References:

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В., Абдоминальная хирургия у детей. Руководство. Москва. Медицина. 1988. – с. 126-143
2. Исаков Ю.Ф., Национальное руководство по детской хирургии. М. 2010г.
3. Алиев М.М., Разумовский А.Ю. Детская хирургия. Ташкент. 2018. I-II том
4. Хамидов Б.Х., Назирова М.Х., Каримова З.Х., Хуррамов Ф.М. Приобретенная механическая кишечная непроходимость у детей. Доктор ахборотномаси. Вестник врача научно-практический журнал "Ибн Сино" Самарканд 2013, №2. С.143-148.
5. Хамидов Б., Холмуродов О., Назаров А., Особенности клиники и диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с сопутствующим детским церебральным параличом у детей. Материал конференции «Актуальные проблемы хирургии» Ташкент. 2004. С. 57-58.
6. Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Хамидов Б., Хайдаров Н.С. Болаларда корин бушлиги битишма касаллиги «Педиатрия» илмий амалий журнали. Ташкент 2024 №1 стр. 553-559.
7. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. Руководство для врачей. «Питер» Санкт-Петербург. 1997. 462 стр.
8. Хамидов Б., Азимов У. Выбор метода Лечения спаечной болезнью у детей. Первая Центрально-Азиатская студенческая научно-практическая конференция «Актуальные проблемы детской хирургии» Ташкент 7 июня 2019 г. стр. 12-13.