

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



Улугмуротов Азим Абриевич¹, Зуфаров Азиз Алимджанович², Юсупов Шухрат Абдурасулович³

1 - Самаркандский филиал Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАТТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ИЧАК ТУТИЛИШНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Улугмуротов Азим Абриевич¹, Зуфаров Азиз Алимджанович², Юсупов Шухрат Абдурасулович³

1 - Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

REHABILITATION OF OLDER CHILDREN AFTER SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION

Ulugmurotov Azim Abrievich¹, Zufarov Aziz Alimdjanovich², Yusupov Shukhrat Abdurasulovich³

1 - Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг катта ёшдаги (7-14 ёш) болаларда ёшга йўналтирилган реабилитация дастурларининг самарадорлигини ўрганиш натижалари келтирилган. Тадқиқотга асосий гуруҳ (АГ, n=21) ва таққослаш гуруҳига (ТГ, n=24) бўлинган 45 нафар бемор киритилди. Реабилитация дастури болаларнинг ёш ва физиологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда эрта сафарбарлик, даволаш жисмоний тарбияси, нафас олиш ва мувофиқлаштириш машқлари, диетотерапия ва физиотерапевтик усулларни ўз ичига олди. Самарадорлик клиник, лаборатор, инструментал, ижтимоий-иқтисодий ва психоэмоционал кўрсаткичлар бўйича баҳоланди. Натижалар шуни кўрсатдики, комплекс реабилитацияни қўллаш ичак перистальтикасининг тикланишини тезлаштиради, операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиради, касалхонага ётқизиш муддатини қисқартиради, лаборатория ва инструментал текиширувлар кўрсаткичларини яхшилайди, шунингдек, болаларнинг ҳаёт сифати ва психоэмоционал ҳолатини сезиларли даражада яхшилайди. Олинган маълумотлар болалар хирургиясининг клиник амалиётига ёшга йўналтирилган реабилитация дастурларини жорий этишининг мақсадга мувофиқлигини тасдиқлайди.

Калим сўзлар: Катта ёшдаги болалар, ичак тутилиши, операциядан кейинги реабилитация, психоэмоционал ҳолат, даволаш жисмоний тарбияси, диетотерапия, физиотерапия, клиник кўрсаткичлар, ҳаёт сифати.

Abstract. The article presents the results of a study of the effectiveness of age-oriented rehabilitation programs in older children (7–14 years) after surgical treatment of intestinal obstruction. The study included 45 patients, divided into a study group (SG, n=21) and a comparison group (CG, n=24). The rehabilitation program included early mobilization, therapeutic exercise, breathing and coordination exercises, diet therapy, and physiotherapy methods, taking into account the age and physiological characteristics of the children. Effectiveness was assessed based on clinical, laboratory, instrumental, socio-economic, and psychoemotional indicators. The results showed that the use of comprehensive rehabilitation accelerates the restoration of intestinal peristalsis, reduces the incidence of postoperative complications, shortens the duration of hospitalization, improves laboratory and instrumental study results, and significantly improves the quality of life and psychoemotional state of children. The obtained data confirm the feasibility of introducing age-specific rehabilitation programs into the clinical practice.

Актуальность. Дети старше 7 лет имеют специфические потребности в восстановлении после хирургического лечения кишечной непроходимости. Помимо моторики кишечника, особое внимание уделяется психоэмоциональной адаптации, физической активности и профилактике повторной непроходимости [1]. Дети старшего возраста (7–14 лет) обладают уже сформированными физическими, когнитивными и эмоциональными особенностями, которые требуют индивидуально-го подхода при реабилитации после хирургического лечения кишечной непроходимости [3]. В этой возрастной группе восстановление работы кишечника не ограничивается только нормализацией моторики — важно также учитывать психологическое состояние ребёнка, его способность к адаптации в учебной и социальной среде, уровень физической активности и общую выносливость организма [2,4].

Особое значение имеет предотвращение повторной непроходимости и снижение риска послеоперационных осложнений, что требует комплексного подхода, включающего лечебную физкультуру, дыхательные и координационные упражнения, диетотерапию и физиотерапевтические методы [7]. Психоэмоциональная поддержка играет не менее важную роль: дети старшего возраста более осознанно переживают боль, ограничения и стресс, что может замедлять восстановление, снижать мотивацию к выполнению упражнений и влиять на качество жизни [5].

Таким образом, разработка и внедрение возрастнo-ориентированных программ реабилитации для детей старшего возраста после хирур-

гического лечения кишечной непроходимости является актуальной задачей современной педиатрической хирургии и реабилитологии, направленной на комплексное восстановление физических и эмоциональных функций организма, снижение риска осложнений и улучшение качества жизни [6,8].

Цель исследования. Оценить эффективность возрастнo-ориентированной программы реабилитации у детей старшего возраста (старше 7 лет) после хирургического лечения кишечной непроходимости с точки зрения восстановления функции кишечника, снижения послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2024 годы на базе Самаркандского филиала РНЦ экстренной медицинской помощи наблюдались и обследовались 45 детей старшего возраста (7–14 лет), перенесших хирургическое лечение кишечной непроходимости. Целью включения этих пациентов было изучение особенностей восстановления послеоперационной функции кишечника и оценка эффективности возрастнo-ориентированной программы реабилитации по сравнению со стандартной терапией. Отбор пациентов проводился с учётом формы кишечной непроходимости — странгуляции или обтурации — и отсутствия сопутствующих тяжёлых соматических заболеваний, способных повлиять на ход послеоперационного периода. Пациенты распределялись по возрастным группам и полу (рис.1), 7–10 лет — 22 ребенка (12 мальчиков, 10 девочек) и 11–14 лет — 23 ребенка (14 мальчиков, 9 девочек).

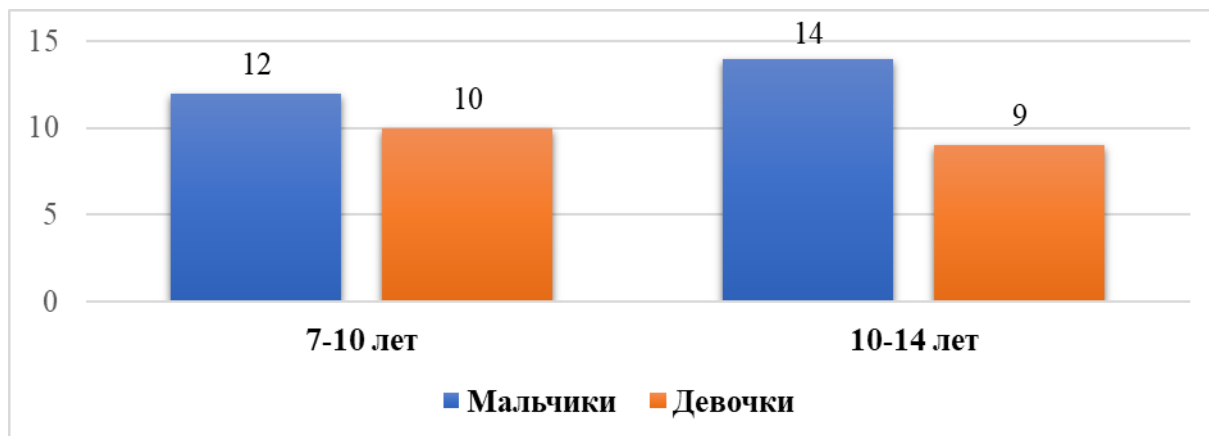


Рис. 1. Характеристика исследуемого контингента по возрасту и полу, n

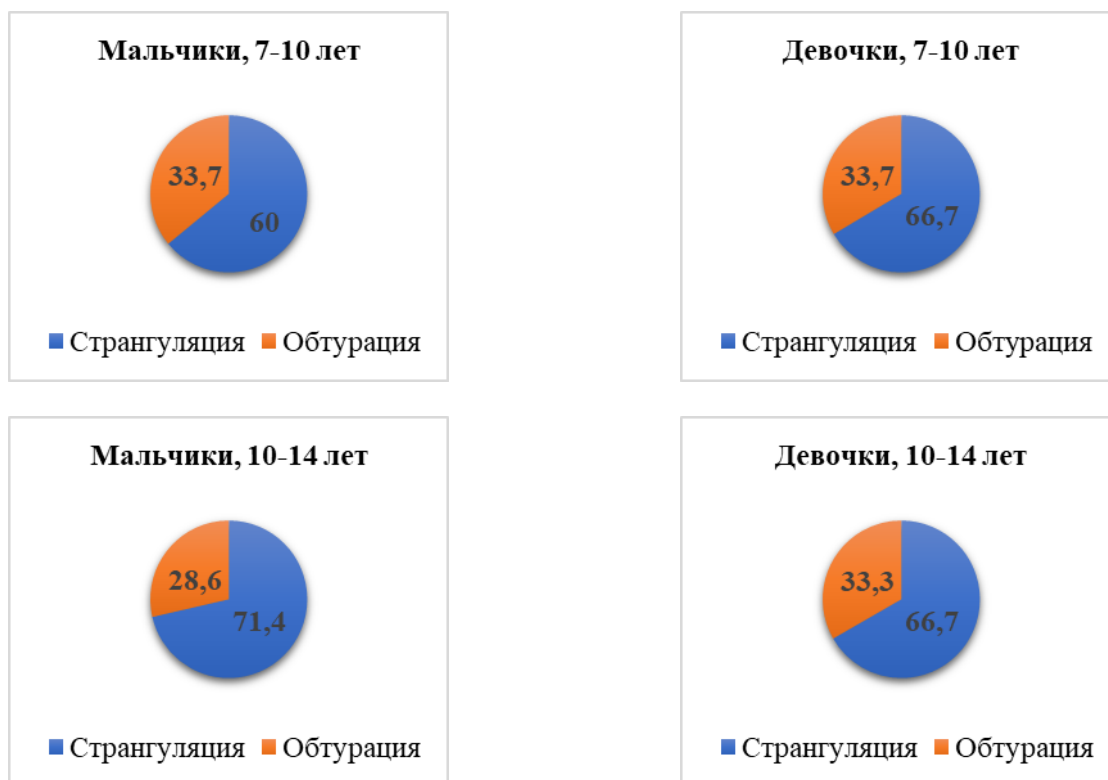


Рис. 2. Характеристика исследуемого контингента по полу, возрасту и форме КН в %

Таблица 1. Распределение исследуемого контингента на группы исследования

Пол	Группа	n	Странгуляция (абс., %)	Обтурация (абс., %)
Мальчики	ОГ	16	11 (68,8%)	5 (31,2%)
Мальчики	ГС	10	7 (70,0%)	3 (30,0%)
Девочки	ОГ	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)
Девочки	ГС	14	9 (64,3%)	5 (35,7%)

Таблица 2. Сравнительная оценка комплекса показателей у детей после операций в зависимости от программ восстановления

Показатель	ОГ	ГС	p
Клинические показатели			
Восстановление перистальтики (сутки)	3,2 ± 0,2	4,8 ± 0,4	<0,05
Появление самостоятельного стула (сутки)	3,9 ± 0,3	5,5 ± 0,5	<0,05
Купирование боли (сутки)	2,8 ± 0,2	4,3 ± 0,3	<0,05
Нормализация аппетита (сутки)	4,1 ± 0,3	6,0 ± 0,4	<0,05
Лабораторные показатели			
Лейкоциты на 5-е сутки (×10 ⁹ /л)	9,0 ± 0,6	11,3 ± 0,7	<0,05
С-реактивный белок на 5-е сутки (мг/л)	12,0 ± 0,9	18,5 ± 1,2	<0,05
Нормализация электролитов (сутки)	3,3 ± 0,3	4,9 ± 0,4	<0,05
Инструментальные показатели			
Восстановление перистальтики по УЗИ (сутки)	3,1 ± 0,3	4,7 ± 0,4	<0,05
Наличие свободной жидкости >5-е сутки (%)	11,0	22,0	<0,05
Послеоперационные осложнения (%)	9,5	18,8	<0,05
Повторные вмешательства (%)	4,0	8,5	<0,05
Социально-экономические показатели			
Длительность стационарного лечения (койко-дни)	9,3 ± 0,6	12,5 ± 0,8	<0,05
Сокращение койко-дней (%)	25,6	—	<0,05
Средняя стоимость лечения (%)	78–82	100	<0,05
Улучшение качества жизни (баллы)	85 ± 3	68 ± 4	<0,05

Таблица 3. Сравнительная характеристика результатов лечения в зависимости от формы кишечной непроходимости и программы реабилитации, $M \pm m$ и %

Показатель	Странгуляция		Обтурация	
	ОГ (n=21)	ГС (n=24)	ОГ (n=21)	ГС (n=24)
Восстановление перистальтики (сутки)	3,1 ± 0,3	4,7 ± 0,4	3,3 ± 0,3	4,8 ± 0,4
Появление самостоятельного стула (сутки)	3,8 ± 0,3	5,5 ± 0,5	4,0 ± 0,4	5,6 ± 0,5
Послеоперационные осложнения	9,0	18,2	10,0	21,4
Длительность госпитализации (койко-дни)	9,2 ± 0,6	12,4 ± 0,8	9,5 ± 0,6	12,7 ± 0,7

Все пациенты имели хирургически подтверждённую кишечную непроходимость в форме странгуляции или обтурации. В группе 7–10 лет преобладала странгуляция (63,6%), обтурация встречалась у 36,4% детей. В старшей возрастной группе (11–14 лет) частота странгуляции составила 69,6%, обтурации — 30,4%. На рисунке 2 представлены данные по полу, возрасту и форме кишечной непроходимости.

Далее пациенты были разделены на основную группу (ОГ), проходившую поэтапную программу реабилитации, и группу сравнения (ГС), получавшую стандартную терапию. (табл. 1).

Для детей 7–14 лет, перенёвших хирургическое вмешательство по поводу кишечной непроходимости, была разработана программа реабилитации, учитывающая как физические, так и психологические особенности пациентов. Программы включали раннюю мобилизацию, обеспечивающую постепенное восстановление двигательной активности после операции через прогулки и лёгкие упражнения, направленные на улучшение кровообращения и моторику кишечника; комплекс лечебной физкультуры (ЛФК) с упражнениями на гибкость и укрепление мышц туловища и брюшного пресса для безопасного восстановления послеоперационной моторики; дыхательные и координационные упражнения, способствующие улучшению вентиляции лёгких, равновесия и общего тонуса организма; диетотерапию с индивидуально подобранным питанием для нормализации работы кишечника, профилактики запоров и снижения риска послеоперационных осложнений; а также физиотерапевтические методы, включая массаж живота, электростимуляцию и другие процедуры, ускоряющие восстановление моторики и уменьшающие воспаление. Все программы адаптированы под возрастные и физиологические особенности детей старшего возраста, учитывая их уровень физического развития, активность и способность к самостоятельному выполнению упражнений.

Эффективность проведенной реабилитации оценивалась комплексно по четырем направлениям. Клинические показатели включали восстановление перистальтики кишечника, появление самостоятельного стула, купирование болевого синдрома и нормализацию аппетита. Лабораторные

показатели анализировали динамику уровня лейкоцитов, С-реактивного белка и нормализацию электролитного баланса. Инструментальные показатели включали ультразвуковую оценку моторики кишечника и контроль наличия свободной жидкости в брюшной полости. Социально-экономические показатели охватывали длительность стационарного лечения в койко-днях, стоимость лечения и оценку качества жизни ребёнка.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики, включающих расчет средних значений (M) и стандартной ошибки (m), критерий Стьюдента (t) для сравнения средних и χ^2 -тест для анализа различий в долях. Статистическая значимость различий принималась при $p < 0,05$, что позволило объективно оценить влияние комплексной реабилитации на восстановление функции кишечника, снижение послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни детей.

Результаты. В результате проведенного исследования были получены данные, позволяющие оценить клиническую, лабораторную, инструментальную и психоэмоциональную эффективность возрастнo-ориентированных программ реабилитации у детей старшего возраста после хирургического лечения кишечной непроходимости.

В таблице 2 представлены результаты сравнения двух подходов к восстановлению детей старшего возраста после операции по поводу кишечной непроходимости. Полученные данные наглядно показывают, что дети из основной группы восстанавливались быстрее и легче переносили послеоперационный период. Перистальтика кишечника у них восстанавливалась в среднем через $3,2 \pm 0,2$ суток, тогда как в группе стандартной терапии — через $4,8 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$). Самостоятельный стул появлялся раньше — $3,9 \pm 0,3$ против $5,5 \pm 0,5$ суток ($p < 0,05$). Болевой синдром купировался быстрее, а аппетит нормализовался в более ранние сроки, что в целом свидетельствует о более благоприятном течении послеоперационного периода у детей, проходивших комплексную реабилитацию.

Лабораторные показатели также подтверждают более активное восстановление в ОГ. Уже на 5-е сутки уровень лейкоцитов и С-реактивного белка был достоверно ниже, чем в ГС ($p < 0,05$),

что говорит о более быстром снижении воспалительной реакции. Электролитный баланс у этих пациентов также восстанавливался раньше.

Инструментальные исследования поддерживают клинические наблюдения: по данным УЗИ перистальтика в основной группе возобновлялась через $3,1 \pm 0,3$ суток, тогда как в группе сравнения — через $4,7 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$). Свободная жидкость в брюшной полости после 5-х суток, а также послеоперационные осложнения и повторные вмешательства встречались почти в два раза реже у детей ОГ, что указывает на снижение риска неблагоприятных исходов.

С практической точки зрения важны и социально-экономические результаты. Продолжительность госпитализации в основной группе составила $9,3 \pm 0,6$ койко-дня, тогда как в ГС — $12,5 \pm 0,8$ койко-дня ($p < 0,05$), что позволило сократить сроки пребывания в стационаре на 25,6%. Стоимость лечения также была ниже и составила 78–82% от затрат в группе стандартной терапии. Кроме того, качество жизни после реабилитации оказалось значительно выше — 85 ± 3 балла против 68 ± 4 баллов ($p < 0,05$).

В результате установлено, что комплексная возрастно-ориентированная программа реабилитации помогает детям быстрее восстановиться, снижает риск осложнений и способствует более полноценному возвращению к привычной жизни по сравнению со стандартной терапией.

Результаты лечения детей старшего возраста с различными формами кишечной непроходимости (странгуляционной и обтурационной) в зависимости от выбранной тактики послеоперационного ведения представлены в таблице 4. В ней сопоставлены данные после проведенной комплексной возрастно-ориентированной реабилитации (ОГ) и стандартной терапией (ГС). Все показатели представлены в виде средних значений ($M \pm m$) и процентов.

При странгуляционной форме различия между группами особенно заметны. У детей основной группы работа кишечника восстанавливалась быстрее: перистальтика появлялась в среднем

через $3,1 \pm 0,3$ суток, тогда как в группе стандартной терапии — через $4,7 \pm 0,4$ суток. Самостоятельный стул также отмечался раньше — $3,8 \pm 0,3$ суток против $5,5 \pm 0,5$ суток. Послеоперационные осложнения в ОГ наблюдались почти в два раза реже (9,0% против 18,2%). Это отразилось и на сроках госпитализации: дети, проходившие комплексную реабилитацию, находились в стационаре $9,2 \pm 0,6$ койко-дня, тогда как в группе сравнения — $12,4 \pm 0,8$ койко-дня.

Похожая картина отмечена и при обтурационной форме кишечной непроходимости. В основной группе перистальтика восстанавливалась через $3,3 \pm 0,3$ суток, а в группе стандартной терапии — через $4,8 \pm 0,4$ суток. Самостоятельный стул появлялся раньше — $4,0 \pm 0,4$ против $5,6 \pm 0,5$ суток. Частота осложнений составила 10,0% в ОГ и 21,4% в ГС. Продолжительность стационарного лечения также была меньше у детей, получивших комплексную реабилитацию — $9,5 \pm 0,6$ койко-дней против $12,7 \pm 0,7$ койко-дней.

Анализ проведенного исследования показал, что вне зависимости от формы кишечной непроходимости применение возрастно-адаптированной программы реабилитации помогает детям быстрее восстановить функцию кишечника, снижает риск осложнений и позволяет сократить сроки пребывания в стационаре.

В таблице 5 показано, как изменилось психоэмоциональное состояние детей основной группы до начала и после завершения комплексной программы реабилитации. Все показатели представлены в баллах, а величина изменений отражена через дельту.

После проведенной реабилитации у детей отмечаются заметные положительные изменения. Уровень реактивной тревожности снизился с $41,2 \pm 2,5$ до $31,5 \pm 2,3$ балла ($\Delta = -9,7$). Это говорит о том, что дети стали спокойнее, уменьшилось внутреннее напряжение и ситуативная тревога. Личностная тревожность также снизилась — с $40,6 \pm 2,8$ до $32,1 \pm 2,5$ балла ($\Delta = -8,5$), что отражает более устойчивое эмоциональное состояние в целом.

Таблица 4. Психоэмоциональное состояние детей старшего возраста в основной группе (ОГ, n=21), баллы

Показатель	До реабилитации	После реабилитации	Δ
Уровень тревожности состояния	$41,2 \pm 2,5$	$31,5 \pm 2,3$	-9,7
Личностная тревожность	$40,6 \pm 2,8$	$32,1 \pm 2,5$	-8,5
Положительные эмоции	$30,5 \pm 3,0$	$38,4 \pm 3,1$	+7,9
Отрицательные эмоции	$26,1 \pm 2,6$	$19,7 \pm 2,2$	-6,4
Адаптация к учебе и соци.окружению	72 ± 5	85 ± 4	+13

Таблица 5. Психоэмоциональное состояние детей старшего возраста в контрольной группе (ГС, n=24)

Показатель	До стандартной терапии	После стандартной терапии	Δ
Уровень тревожности состояния	42,0 \pm 2,6	41,2 \pm 2,7	-0,8
Личностная тревожность	41,5 \pm 3,0	40,8 \pm 3,0	-0,7
Положительные эмоции	31,0 \pm 2,9	30,6 \pm 2,9	-0,4
Отрицательные эмоции	26,8 \pm 2,7	26,3 \pm 2,5	-0,5
Адаптация к учебе и соци. окружению	70 \pm 5	71 \pm 5	+1

Изменения коснулись и эмоционального фона. Так уровень положительных эмоций вырос с 30,5 \pm 3,0 до 38,4 \pm 3,1 балла ($\Delta = +7,9$), то есть дети стали чаще испытывать радость, интерес и положительные переживания. Одновременно снизился уровень отрицательных эмоций — с 26,1 \pm 2,6 до 19,7 \pm 2,2 балла ($\Delta = -6,4$), что указывает на уменьшение тревожности, раздражительности и подавленного настроения. Особенно выраженные изменения наблюдались в социальной сфере. Показатель адаптации к учебе и социальному окружению увеличился с 72 \pm 5 до 85 \pm 4 баллов ($\Delta = +13$). Это свидетельствует о том, что детям стало легче взаимодействовать со сверстниками и взрослыми, они чувствуют себя увереннее и быстрее возвращаются к привычному образу жизни.

Результаты оценки психоэмоционального состояния детей группы сравнения до и после стандартной терапии представлены в таблице 6. Так после проведенного стандартного лечения у детей этой группы практически не наблюдалось выраженной положительной динамики, уровень реактивной тревожности снизился лишь с 42,0 \pm 2,6 до 41,2 \pm 2,7 балла ($\Delta = -0,8$), показатель личностной тревожности также изменился минимально — с 41,5 \pm 3,0 до 40,8 \pm 3,0 балла ($\Delta = -0,7$), отражая слабую стабилизацию общего эмоционального состояния.

Показатель адаптации к учебе и социальному окружению повысился лишь с 70 \pm 5 до 71 \pm 5 балла ($\Delta = +1$), следовательно стандартная терапия оказалась недостаточно эффективной для улучшения психоэмоционального состояния и социальной адаптации детей старшего возраста в послеоперационном периоде.

Обсуждение. Результаты исследования показывают, что внедрение авторской поэтапной программы реабилитации у детей старшего возраста после хирургического лечения кишечной непроходимости значительно ускоряет восстановление организма и улучшает психоэмоциональное состояние пациентов. Клинические данные подтверждают высокую эффективность комплексного подхода. У детей основной группы восстановление перистальтики происходило быстрее, появление самостоятельного стула и купирование болевого синдрома наступали раньше, а нормализация аппетита происходила быстрее, чем у детей группы сравнения. А это значит, что сочетание ранней мобилизации, лечебной физкультуры, дыхатель-

ных и координационных упражнений, диетотерапии и физиотерапевтических методов обеспечивает более гармоничное восстановление функций кишечника после операции. Лабораторные и инструментальные показатели также отражают положительное влияние реабилитации. Быстрое снижение уровня лейкоцитов и С-реактивного белка у детей основной группы свидетельствует о снижении воспалительной активности, а данные УЗИ подтверждают более раннее восстановление моторики кишечника и уменьшение риска скопления свободной жидкости. В результате снижается вероятность осложнений, таких как послеоперационный парез или спаечная болезнь, и уменьшается потребность в повторных вмешательствах. Социально-экономические показатели подчеркивают практическую ценность программ реабилитации. Сокращение длительности госпитализации на 25–26% и уменьшение стоимости лечения позволяют рациональнее использовать ресурсы стационара. Одновременно у детей основной группы отмечалось значительное повышение качества жизни, что отражает улучшение не только физического, но и психоэмоционального состояния.

Особое внимание заслуживают изменения в психоэмоциональной сфере. У детей основной группы наблюдалось заметное снижение тревожности, рост положительных эмоций и повышение адаптации к учебе и социальному окружению. В группе сравнения такие изменения были минимальными, указывая на ограниченную эффективность стандартной терапии в восстановлении эмоционального и социального благополучия пациентов.

Вывод. Возрастно-ориентированная программа реабилитации у детей старшего возраста после хирургического лечения кишечной непроходимости ускоряют восстановление функций кишечника, снижают послеоперационные осложнения, сокращают сроки госпитализации и значительно улучшают психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Литература:

1. Арипов А.Н., Турсунов Ш.А. Неотложная абдоминальная хирургия у детей // Журнал хирургии Узбекистана. — 2016. — № 1. — С. 23–29.
2. Боровский В.А., Ермаков С.П. Клинические аспекты послеоперационной реабилитации у де-

тей. // Педиатрия. — 2017. — Т. 96, № 5. — С. 40–47.

3. Подкаменев В.В. *Неотложная хирургия детского возраста*. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

4. Раевский А.Ю., Дронов А.Ф. *Детская хирургия: национальное руководство*. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

5. Ризаев Ж. А., Шамсиев Р. А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // *Вісник проблем біології і медицини*. — 2018. — Т. 1. — №. 2 (144). — С. 55-58.

6. Ризаев Ж. А. и др. Сопутствующие пороки развития у детей с врожденной расщелиной губы и нёба // *Journal of oral medicine and craniofacial research*. — 2022. — С. 48.

7. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // *Врач-аспирант*. — 2009. — Т. 37. — №. 10. — С. 885-889.

8. Ризаев Ж. А. и др. Дополнительные подходы к функциональной и визуализационной диагностике головного мозга при разработке индивидуализированных стратегий помощи для пациентов с неврологическими проблемами // *Uzbek journal of case reports*. — 2023. — Т. 3. — №. 4. — С. 15-19.

9. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению Республики Узбекистан // *Аспирант и соискатель*. — 2009. — №. 4. — С. 73-74.

10. Юлдашев Ш.Р., Камалов Х.Т. *Детская хирургия*. — Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2012.

11. Holcomb G.W., Murphy J.P., St. Peter S.D. *Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery*. — 7th ed. — Philadelphia: Elsevier, 2020.

12. Grosfeld J.L., O'Neill J.A. Jr., Coran A.G., Fonkalsrud E.W. *Pediatric Surgery*. — 7th ed. — Philadelphia: Elsevier, 2012.

13. Zani A., Eaton S., Pierro A. Management of intestinal obstruction in children. // *Seminars in Pediatric Surgery*. — 2010. — Vol. 19, No 2. — P. 94–102.

14. Ziegler M.M., Grosfeld J.L. Postoperative care in pediatric surgery. // *Journal of Pediatric Surgery*. — 2008. — Vol. 43, No 1. — P. 3–15.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Улугмуротов А.А., Зуфаров А.А., Юсупов Ш.А.

Резюме. В статье представлены результаты исследования эффективности возрастнo-ориентированных программ реабилитации у детей старшего возраста (7–14 лет) после хирургического лечения кишечной непроходимости. В исследование были включены 45 пациентов, разделённых на основную группу (ОГ, n=21) и группу сравнения (ГС, n=24). Программа реабилитации включала раннюю мобилизацию, лечебную физкультуру, дыхательные и координационные упражнения, диетотерапию и физиотерапевтические методы с учётом возрастных и физиологических особенностей детей. Эффективность оценивалась по клиническому, лабораторным, инструментальным, социально-экономическим и психоэмоциональным показателям. Результаты показали, что применение комплексной реабилитации ускоряет восстановление перистальтики кишечника, снижает частоту послеоперационных осложнений, уменьшает длительность госпитализации, улучшает показатели лабораторных и инструментальных исследований, а также значительно повышает качество жизни и психоэмоциональное состояние детей. Полученные данные подтверждают целесообразность внедрения возрастнo-ориентированных программ реабилитации в клиническую практику детской хирургии.

Ключевые слова. Дети старшего возраста, кишечная непроходимость, послеоперационная реабилитация, психоэмоциональное состояние, лечебная физкультура, диетотерапия, физиотерапия, клинические показатели, качество жизни.