

В. В. Иванов, М. М. Смоленцев, А. Г. Кинаров

МЕСТО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургии, анестезиологии и травматологии детского возраста (зав. – проф. В. В. Иванов) ТюмГМА (ректор – проф. Э. А. Кашуба), городская клиническая больница, Сургут

Вадим Васильевич Иванов, д-р мед. наук, проф., kinarov85@mail.ru

Проанализированы результаты лечения 175 детей с острой спаечной кишечной непроходимостью, оперированных традиционными способами (лапаротомически – 85 человек) и лапароскопически (37 человек). Сопоставлены ближайшие и отдаленные результаты лечения в обеих группах. Определены показания и противопоказания к применению лапароскопических методов лечения.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, дети, лапароскопия, показания, исходы лечения

Results of the treatment of acute adhesive bowel obstruction in 175 children are reported; 37 of them were operated laparoscopically and 85 by traditional methods. Immediate and late outcomes of surgery in both groups are compared. Indications and contraindications for laparoscopic surgery are discussed.

Key words: acute adhesive bowel obstruction, laparoscopy, indications, outcomes, treatment, children

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одним из распространенных и тяжелых заболеваний в абдоминальной хирургии. Ее удельный вес среди всех видов кишечной непроходимости у детей составляет от 30 до 83%, что объясняется постоянно растущим количеством оперативных вмешательств на органах брюшной полости [1, 3, 6].

Серьезное внимание при решении данной проблемы уделяется вопросам диагностики и тактики ведения пациентов, срокам консервативной терапии и предоперационной подготовки, объему и виду оперативного лечения [2, 4, 5]. На данный момент общепринятой классификации распространенности спаечного процесса в брюшной полости не имеется.

Отсутствие единой тактики нередко приводит к удлинению сроков консервативной терапии и ухудшению результатов оперативного лечения, а иногда к выполнению ненужных вмешательств, что и определяет актуальность проблемы.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 175 детей, поступивших с клиническими признаками ОСКН в детское хирургическое отделение городской клинической больницы № 1 Сургута и детские хирургические отделения областной клинической больницы № 2 Тюмени. Изучены истории болезни детей, госпитализированных в 1998–2011 гг.

Мы разделили больных на 2 группы по виду оперативного лечения. В 1-ю группу вошли 85 детей, которые ранее были оперированы по разным причинам лапаротомным доступом. Во 2-ю группу было включено 37 детей, которые ранее были оперированы лапароскопически или у которых оперативное вмешательство по поводу кишечной непроходимости начато с диагностической лапароскопии. Кроме того, при проведении консервативной терапии диагноз кишечной непроходимости нами исключен у 53 детей.

Для оптимизации алгоритма и лечения детей с ОСКН с применением эндовидеолапароскопических методик изучена эффективность диагностики и лечения детей с традиционными методами и с помощью эндовидеокопии. Проведено сравнение результатов диагностики и лечения в обеих группах.

В обеих группах больше всего было детей в возрасте от

8 до 14 лет. Соотношение мальчиков и девочек в 1-й группе 2:1,5, во 2-й – 4,2:1. Наибольшее количество детей поступило в отделения в сроки до 12 ч от начала заболевания: 76,47 и 54,05% соответственно.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления у всех детей в обеих группах были представлены болевым синдромом, который сочетался с диспептическими явлениями в виде рвоты в 67,06% случаев в 1-й группе и в 78,378% случаев во 2-й; тошноты в 63,53 и 51,351% соответственно. Следующий по частоте симптомокомплекс в обеих группах – нарушение функции кишечника: вздутие живота (52,94 и 54,054%), задержка стула и газов (35,29 и 37,838%).

Симптомы интоксикации в виде тахикардии отмечены в 71,76% наблюдений в 1-й группе и в 89,19% наблюдений во 2-й. Изменения в виде лейкоцитоза зафиксированы в 48,23% случаев в 1-й группе и почти в 2 раза чаще во 2-й – 81,081%. Сухость слизистых оболочек наблюдали у 38,82 и 29,73% детей соответственно, субфебрилитет – у 47,06 и 32,432%, слабость, недомогание – у 32,94 и 48,65%.

После консервативной терапии оперативное лечение было проведено у 42 (49,41%) детей 1-й группы и у 34 (91,892%) 2-й. Таким образом, консервативные меры были эффективны у 43 (50,59%) детей 1-й группы и у 3 (8,1%) 2-й, причем только 3 из 37 детей 2-й группы были ранее оперированы лапароскопически.

Увеличение процента оперированных детей во 2-й группе можно объяснить возрастающей ролью диагностической лапароскопии в арсенале хирургов. Этот метод широко используется нами в последние годы для диагностики острой хирургической патологии и устранения ее причин. Последнее особенно важно, так как повышает качество жизни пациента со спаечной болезнью в ранние и поздние сроки послеоперационного периода, позволяет избежать многократных курсов противорецидивной терапии.

Консервативные меры были не одинаково эффективны в группах в отношении разных симптомов. В 1-й

группе наиболее успешно поддавались коррекции такие симптомы, как субфебрилитет (75% наблюдений), слабость и недомогание (71,43%), задержка стула и газов (70%), тошнота (70,37%), сухость слизистых оболочек (66,67%). Такие грозные синдромы, как рвота и боли в животе, купированы в 61,40 и 51,77% случаев соответственно. Проявления интоксикации в виде тахикардии устранены у 54,1% детей. Труднее всего консервативной коррекции у детей данной группы поддавались вздутие живота (46,67% наблюдений) и лейкоцитоз (51,22%).

Во 2-й группе очередность симптомов в зависимости от эффективности консервативной терапии выглядит иначе. Наиболее успешно были купированы сухость слизистых оболочек (63,6% наблюдений) и рвота (58,6%). Данные цифры мало отличаются от аналогичных показателей в 1-й группе. Тошнота исчезла у 57,9% пациентов, задержка стула и газов – у 50%. Эти цифры ниже, чем в 1-й группе. Труднее поддавались устранению слабость и недомогание (44,4% наблюдений), субфебрилитет (41,7%), тахикардия (27,3%) и лейкоцитоз (26,7%). Малоэффективными оказались консервативные меры в отношении вздутия живота (21,6%) и болей в животе (8,1%).

Вместе с тем, несмотря на эти различия, можно определить показания к оперативному лечению. К ним относятся эффективность консервативной терапии с характерной рентгенологической картиной и нарастание синдрома интоксикации, о которых свидетельствовали некупирующиеся боли в животе, тахикардия, рвота, сохраняющиеся вздутие живота, задержка стула и газов, нарастание лейкоцитоза и ЛИИ. Необходимо отметить, что для написания предоперационного эпикриза мы считаем достаточным как сочетание нескольких общих симптомов, так и наличие одного местного, например боли в животе или вздутия живота.

При оценке распространенности патологического процесса в брюшной полости во время оперативного вмешательства спаечный процесс I типа обнаружен в 21,43% случаев в 1-й группе и в 29,412% случаев во 2-й. Спаечный процесс II типа в брюшной полости зафиксирован одинаково часто в 1-й и 2-й группе – 35,71 и 35,294% соответственно. Несколько выше показатель распространенности адгезивного сращения органов брюшной полости III типа был в 1-й группе – 40,48%, чем во 2-й – 29,412%. Распространенность спаечного процесса IV типа составила 2,38% среди пациентов 1-й группы и 5,8% среди пациентов 2-й группы.

Таким образом, локализация спаечного процесса в 2 областях и менее отмечена в 57,4% случаев в 1-й и в 64,7% – во 2-й группе, что свидетельствует о неадекватности лапаротомного доступа.

Кроме того, на травматичность лапаротомии указывает и тот факт, что в 40,3% случаев у детей 1-й группы и в 55,8% случаев во 2-й группе в спаечный процесс был вовлечен послеоперационный рубец. Чаще всего имело место сращение спаечного конгломерата с последним.

Все вышеизложенное говорит об идентичности причин возникновения ОСКН, гендерно-возрастных характеристик, клинической картины и распространенности спаечного процесса в брюшной полости в обеих группах, что вполне естественно.

Мы приводим результаты применения различных оперативных подходов к устранению ОСКН. Сравнению подлежат количество оперированных больных в

группах, осложнения и рецидивы кишечной непроходимости, возникшие во время операции или в послеоперационном периоде.

Обращает на себя внимание достаточно высокая распространенность осложнений (28,57%) у детей 1-й группы как со стороны органов брюшной полости, так и в отношении вовлечения других органов и систем. Данные осложнения возникали у детей в послеоперационном периоде, что свидетельствует о реакции организма на лапаротомный доступ. У детей 2-й группы осложнения наблюдали в 8,82% случаев, и все они связаны с манипуляциями в интраоперационном периоде, которые привели к перфорации тонкой кишки при спаечном процессе III типа. Рецидив ОСКН в раннем послеоперационном периоде в 1-й группе возник у 2 (4,76%) детей. В 1 (2,4%) случае потребовалось повторное оперативное лечение. Во 2-й группе рецидив ОСКН зафиксирован также у 2 (5,88%) детей: у одного ребенка в связи с неправильной интерпретацией данных эндовидеолапароскопии при распространенном спаечном процессе III типа, у другого – через 8 мес после лапароскопического адгезиолизиса. В последнем наблюдении кишечная непроходимость разрешена консервативно.

Таким образом, мы считаем принципиальным отказ от лапароскопического разделения спаек при любом варианте спаечной кишечной непроходимости III и IV типа. При данном варианте целесообразен переход на лапаротомию после диагностической лапароскопии.

Заключение

На основании вышеизложенного мы пришли к выводу, что метод лапаротомии имеет ряд существенных недостатков. Это послужило причиной внедрения в схему лечения современного метода лапароскопии. Анализируя полученный материал, можно утверждать, что наличие клинических синдромов или подозрение на ОСКН является показанием к проведению диагностической лапароскопии у детей с определением типа распространенности спаечного процесса. Лапароскопическое рассечение спаек абсолютно показано при I–II типе распространенности спаек в брюшной полости. При спаечной болезни III и IV типа после диагностической лапароскопии необходимо выполнить конверсию. Показаниями для перехода на лапаротомию, по нашему мнению, служат спаечный процесс при отсутствии возможности детальной ревизии брюшной полости, в том числе с вовлечением в него паренхиматозных органов; угроза кровотечения при разделении конгломерата; сомнения при оценке жизнеспособности петель кишки; возникновение или угроза осложнений при проведении адгезиолизиса, например перфорации полого органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дронов А. Ф., Поддубный И. В. // Эндоскоп. хир. – 2000. – № 6. – С. 43–48.
2. Жестков К. Т., Воскресенский О. В., Барский Б. В. // Эндоскоп. хир. – 2004. – № 2. – С. 53–56.
3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. // Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 3–7.
4. Коновалов А. К., Петлах В. И., Сергеев А. В. // Эндоскоп. хир. – 2007. – № 1. – С. 130.
5. Салымов Ш. Т., Адылова Г. С., Бердиев Э. А. // Дет. хир. – 2006. – № 4. – С. 15–17.
6. Соболев В. Е., Дуданов И. П., Алонцева Н. Н. // Вестн. хир. – 2005. – № 1. – С. 95–99.

Поступила 25.05.11