

Янец А.И., Гордеев С.М., Кравченко В.И., Елисеев А.В., Ревякин Б.П.

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

# АНАЛИЗ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Анализ лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью показал, что в 50 % случаев причиной её возникновения являются острый аппендицит и его осложнения. В тех случаях, когда оперативное вмешательство проводилось методом лапароскопии, возникновения спаечной кишечной непроходимости мы не наблюдали.

**Ключевые слова:** ранняя и поздняя острая спаечная кишечная непроходимость, дети, лапароскопия.

Yanets A.I., Gordejev S.M., Kravchenko V.I., Elisejev A.V., Revyakin B.P.

The municipal children hospital N 5,  
Kemerovo state medical academy,  
Kemerovo

## THE ANALYSIS OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

The analysis of treatment of children with acute adhesive obstruction showed the reason of it to be acute appendicitis and its complication in 50 % of cases. In cases of laparoscopic surgery the occurrence of adhesive intestinal obstruction was not observed.

**Key words:** early and advanced acute adhesive intestinal obstruction, children, laparoscopy.

В настоящее время не ослабевает интерес к проблеме острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей [2, 4-6, 8]. Эта патология остается одной из самых тяжелых. Удельный вес ОСКН среди других видов механической кишечной непроходимости у детей достигает 75 %, и почти 60 % всех экстренных релапаротомий выполняются у детей именно по поводу данной патологии [2, 6]. Рост частоты ОСКН связан с увеличением количества и объема оперативных вмешательств, что нередко объясняется гипердиагностикой острых хирургических заболеваний. Большое значение имеет определение показаний к хирургическому лечению при ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН), так как здесь нередко имеются трудности в диагностике. Предупреждение развития спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде также представляет сложную проблему, что влечет за собой выполнение напрасных или запоздалых оперативных вмешательств [5].

### Корреспонденцию адресовать:

Янец Антон Игоревич,  
650029, Кемерово, ул. Ворошилова 22а,  
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5»,  
тел. раб. 8 (3842) 73-24-72.  
E-mail: yanec@list.ru

Развитию поздней спаечной кишечной непроходимости (ПСКН), по мнению многих авторов, способствуют грубая санация брюшной полости и травматичность метода лапаротомии [2]. Известную роль при этом играет индивидуальная предрасположенность к спаечному процессу. В последнее время активно изучаются способствующие этому биохимические процессы [7]. Однако на сегодняшний день ни один из существующих способов профилактики не позволяет предотвратить спаечный процесс.

При неэффективной консервативной терапии в лечении ПСКН лапароскопическое разделение спаек является методом выбора, так как оперативное вмешательство из более травматичного срединного доступа нередко приводит к рецидиву заболевания [2]. Не менее важным является своевременное завершение консервативного лечения и переход к оперативному вмешательству.

**Цель нашего исследования** — анализ лечения детей со ОСКН, сравнение частоты развития ПСКН у детей после оперативных вмешательств путем лапаротомии и лапароскопии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1998 по 2007 гг. в Детской городской клинической больнице № 5 г. Кемерово находились на ле-

чении 153 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 14 лет с ОСКН. У всех больных отмечались характерный болевой синдром, рвота, а в анамнезе — заболевание, по поводу которого ранее выполнялось оперативное вмешательство на органах брюшной полости.

Острая кишечная непроходимость у 37 пациентов (24,1 %) развилась после аппендектомии, выполненной по поводу различных форм острого аппендицита из доступа Волковича-Дьяконова.

У 39 пациентов (25,4 %) в анамнезе имелись сведения об осложненном течении острого аппендицита и развитии перитонита. В 33 случаях дети были оперированы средне-срединным доступом, а в 6 случаях использовался эндоскопический способ лечения.

17 больных (11,2 %) ранее были оперированы из срединного доступа по поводу осложнений дивертикула Меккеля и не расправленной консервативно инвагинации. При этом лапаротомия включала резекцию тонкой кишки. В 23 случаях (15,1 %) срединная лапаротомия была выполнена по поводу закрытой травмы органов брюшной полости (разрыв печени и селезенки) и внутрибрюшного кровотечения. 15 детей (9,8 %) оперированы в связи с пороками развития желудочно-кишечного тракта в периоде новорожденности. В 22 случаях (14,4 %), где также использовался срединный лапаротомный доступ, спаечный процесс развился после плановых оперативных вмешательств (пластика пищевода толстой кишкой, удаление опухоли и т. д.)

РСКН имела место у 32 пациентов (21 %) и развилась в сроки от 3-4 до 30 дней (в среднем  $14,2 \pm 2$  дней) после операции. Соответственно, 121 больной (79 %) был с ПСКН, которая развилась на протяжении от 1 месяца до 10 лет (в среднем через  $36,9 \pm 3,7$  месяцев).

Клиническая картина характеризовалась типичным болевым синдромом, который был отмечен в 73,2 % случаях заболевания. В 48,3 % случаев у наблюдавшихся пациентов наблюдалась многократная рвота, в 25,4 % случаев было выявлено вздутие живота, в 13 % — его асимметрия.

Всем детям с диагнозом острая СКН проводилась консервативная терапия, согласно принятому в клинике протоколу лечения [3]: эвакуация содержимого желудка, его промывание, стимуляция перистальтики кишечника прозергином в возрастной дозировке подкожно 3 раза каждые 30 минут, сифонная клизма. При отсутствии эффекта в течение 2 часов осуществлялась двухсторонняя паранефральная блокада 0,25 % раствором новокаина в возра-

стной дозировке.

При клиническом разрешении кишечной непроходимости эффективность консервативного лечения подтверждалась проведением пассажа бариевой взвеси по ЖКТ, при отсутствии эффекта выполнялось оперативное вмешательство.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Консервативно удалось разрешить спаечную кишечную непроходимость у 97 пациентов (63 %), при этом в 38 случаях (40 %) проводилась паранефральная блокада.

56 детей (37%) при неэффективности консервативного лечения были оперированы по экстренным показаниям. Из них, в 21 случае имела место РСКН, которая у 14 больных протекала в форме спаечно-паретической кишечной непроходимости, осложнившейся послеоперационное течение общего аппендикулярного перитонита. В 8 случаях она была разрешена методом лапароскопии, и в 13 случаях оперативное лечение выполнялось из срединного доступа. У 7 пациентов была простая форма РСКН. У двоих из них оперативное лечение включало лапароскопию, адгезиолиз, восстановление кишечной проходимости. Пятерым пациентам выполнена лапаротомия, рассечение спаек. У одного пациента, вследствие некроза стенки кишки, выполнена резекция этого участка.

35 пациентам оперативное вмешательство выполнено по поводу ПСКН, из них у 8 детей операция заключалась в лапароскопии и адгезиолизе. В двух случаях восстановить кишечную проходимость методом лапароскопии не удалось. Поэтому этим больным была выполнена лапаротомия, рассечение спаек. У 22 пациентов изначально проведены срединная лапаротомия, рассечение спаек, восстановление кишечной проходимости. В 3 случаях, из-за несвоевременного обращения детей со странгуляционной кишечной непроходимостью, осложнившейся некрозом ущемленной петли, была выполнена лапаротомия, резекция кишки. В послеоперационном периоде проводилась комплексная интенсивная терапия.

Все больные были выписаны из стационара с выздоровлением.

## ВЫВОДЫ:

В 49,6 % случаев причиной развития ранней и поздней СКН явился острый аппендицит с его осложнениями и связанное с этим оперативное вмешательство.

### Сведения об авторах:

**Янец Антон Игоревич**, врач-хирург МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.  
**Гордеев Сергей Михайлович**, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой детской хирургии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

**Кравченко Виктор Иванович**, заместитель директора по хирургии МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

**Елисеев Александр Викторович**, зав. хирургическим отделением № 2 МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

**Ревякин Борис Павлович**, врач-хирург МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

Важным фактором в развитии ОСКН является травматичность оперативного вмешательства, поскольку у детей, как с острым аппендицитом и его осложнениями, так и при другой патологии, при проведении лапароскопического оперативного лечения, развития ПСКН мы не наблюдали.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Дронов, А.Ф. Сравнительная оценка лапароскопических и традиционных методов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей /Дронов А.Ф., Шамсиев А.М., Кобилов Э.Э. //Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 13-15.
2. Кобилов, Э.Э. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при острой спаечной кишечной непроходимости у детей /Кобилов Э.Э., Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А. //Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 17-19.
3. Мамлеев, И.А. Новые подходы к диагностике и лечению ранней спаечной непроходимости у детей /Мамлеев И.А., Алибаев А.К., Гумеров А.А. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 4. – С. 86-91.
4. Салимов, Ш.Т. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей //Салимов Ш.Т. Адылова Г.С., Бердиев Э.А. //Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 15-17.
5. Шамсиев, А.М. Профилактика спаечных осложнений после оперативных вмешательств при аппендикулярном перитоните и острой спаечной кишечной непроходимости /Шамсиев А.М. Кобилов Э.Э. //Детская хирургия. – 2005. – № 5. – С. 7-10.
6. Исаков, Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей /Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. – М., 1988. – С. 240-250.



## МОЛОЧНЫЕ И ЗЛАКОВЫЕ ПРОДУКТЫ ПОМОГУТ ДЕТЯМ ИЗЛЕЧИТЬСЯ ОТ АУТИЗМА

Повышенное потребление молочных и злаковых продуктов может стать спасением для маленьких пациентов с диагнозом аутизма. Как полагают врачи Университета Техаса (США), глютен или клейковина - белок, содержащийся в пшенице, рже, овсе и ячмене, - и пептиды в молоке способны положительно повлиять на работу мозга детей с аутизмом.

Много детей с аутизмом имеют желудочно-кишечные проблемы типа запора и диареи. Связаны ли эти проблемы с мозговым развитием, остаётся открытым вопросом, однако, по словам медиков, медиаторы и нейрорецепторы в кишечнике соответствуют тем, которые находятся в мозге. Неврологи предположили, что благодаря правильной диете возможно подействовать на снижение прогрессии заболевания среди детей 3-9 лет. Специалисты определили, что глютен и пептид казоморфин в пшенице и белок казеин, пептид глиадоморфин и сыворотка в молоке предотвращают разрушение нервных клеток и положительным образом влияют на поведенческие нормы ребёнка, помогая стабилизировать мимику, жесты и речевую интонацию.

Аутизм - комплекс нейробиологических расстройств, связанных с ранними отклонениями мозгового развития. Болезнь затрагивает каждого шестого ребёнка из тысячи и характеризуется нарушениями в социальном взаимодействии, проблемами с языковой и невербальной коммуникацией и необычными, повторяющимися или строго ограниченными действиями и интересами. Было обнаружено, что у больных существуют различия в анатомии и функциях центральной нервной системы, но причина подобных изменений до сих пор неизвестна. Учёные теоретизируют, что аутизм может происходить в результате комбинации генетики и влияния окружающей среды.

Источник: Ami-tass.ru