

К ПРОБЛЕМЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.Н. Подгорный, А.А. Тарасов, А.Л. Савченков, Н.С. Васильев
Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленск, Российская Федерация

В структуре неотложной абдоминальной хирургии детского возраста спаечная кишечная непроходимость сохраняет свою актуальность в связи с высокой частотой встречаемости, отсутствием единого подхода к ее лечению и профилактике.

В клинике детской хирургии г. Смоленска принят комплекс лечебных мероприятий, направленных на снижение патологического развития спаек в брюшной полости, который включает адекватную предоперационную коррекцию гомеостаза, предоперационную антимикробную профилактику, своевременное оперативное вмешательство, бережное отношение с патологически измененными брюшиной и органами брюшной полости, при необходимости проведение висцеролиза, осуществляемого острым путем. При наличии разлитого перитонита выполняется санация брюшной полости с ультразвуковой кавитацией и дренированием пластинчатыми дренажами или по Генералову.

В послеоперационном периоде комплекс включает мероприятия, направленные на раннее восстановление перистальтики кишечника, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, медикаментозную стимуляцию кишечника (прозерин, убретид), коррекцию электролитных нарушений, электростимуляцию кишечника или применение магнито-лазерной терапии на переднюю брюшную стенку. Проведен ретроспективный анализ лечения детей в клинике детской хирургии, оперированных на органах брюшной полости 10 лет назад (группа А) и в течение 3 лет после внедрения комплекса профилактических мероприятий (группа Б). В группе А из 398 больных в возрасте от 6 месяцев до 14 лет после хирургической агрессии на органах брюшной полости (аппендицит - 236; перитонит - 147; инвагинация кишечника - 9; патология гениталей у девочек - 12) у 103 (25,88%) детей выявлены клинические признаки спаечной болезни брюшной полости. Экстренному оперативному лечению подвергнуты 32 (8,04%) больных со спаечной кишечной непроходимостью. Группа Б составила 674 пациента в возрасте от 2 месяцев до 14 лет со следующей патологией: острый аппендицит – 525, перитонит – 134, дивертикулит – 7, инвагинация кишечника – 8. Клинические признаки спаечного процесса выявлены у 28 пациентов (4,15%). Оперировано 20 детей (2,96%), из них у 2 пациентов выполнен лапароскопический адгезиолизис при клинике локального спаечного процесса в брюшной полости и болевом абдоминальном синдроме. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных случаев не отмечено.

Таким образом, принятый в клинике комплекс мероприятий позволил снизить более, чем в 2,5 раза, частоту спаечной кишечной непроходимости у детей.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

М.П. Разин, В.Н. Галкин, С.В. Игнатьев, В.А. Скобелев

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Российская Федерация

Особое внимание детских хирургов и педиатров поликлинического звена традиционно сконцентрировано на детях, жизни которых угрожают различные спаечные осложнения.

К таковым следует отнести, в первую очередь, больных, оперированных на крупных полостях: на брюшной и грудной полости. Спаечные осложнения могут вызываться различными причинами – от обширности и травматичности перенесенной операции до наследственной предрасположенности к спаечным процессам (фенотип быстрого ацетилирования).

Практика показывает, что наиболее часто спаечные осложнения сопровождают поздний послеоперационный период больных, перенесших тяжелые гнойно-воспалительные заболевания органов вышеупомянутых полостей, либо больных с «запущенным» процессом спайкообразования (в порядке уменьшения частоты встречаемости: аппендикулярный перитонит, спаечная кишечная непроходимость, легочно-плевральные формы деструктивных пневмоний).

В нашей клинике принято в обязательном порядке стационарно перед выпиской ребенка с одним из этих заболеваний проводить курс противоспаечной терапии. Его эффективность существенно повысилась с более широким представлением на фармацевтическом рынке высокодозированных средств системной энзимотерапии и антиколлагеназных препаратов. Единственной отрицательной стороной этих препаратов является их относительная дороговизна. В составе комплексной противоспаечной терапии из подобных средств у нас стационаре в настоящее время принято применять флогэнзим либо купренил. На амбулаторном этапе мы рекомендуем освобождение ребенка от физических нагрузок на 1-3 месяца, осмотры хирурга по месту жительства 1 раз в квартал, проведение курсов профилактической противоспаечной терапии 3-4 раза в год в течение 2-х лет. Эти курсы должны включать: 1) фдогэнзим в возрастной дозировке в течение месяца, 2) электрофорез с лидазой на переднюю брюшную или грудную стенку № 10, 3) парафин на живот №10, 4) массаж передней брюшной стенки либо грудной клетки № 10, 5) ЛФК, 6) десенсибилизирующие препараты в течение 1 недели. Практика показала целесообразность рекомендации таким детям занятий плаванием. В случае невозможности прохождения таких курсов некоторыми детьми амбулаторно (большая удаленность, неудовлетворительная оснащенность поликлиник (амбулаторий) по месту жительства), мы госпитализируем их для стационарного профилактического лечения.

Учитывая, что различные спаечные осложнения могут дебютировать и через длительное время после оперативного вмешательства, такие больные должны состоять на диспансерном учете у хирурга не менее 2-х лет в случае гладкого послеоперационного периода (выполнение рекомендаций, своевременное прохождение курсов противоспаечной терапии, отсутствие рецидивирующего болевого синдрома и эпизодов частичной кишечной непроходимости).