

Гераськин А.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Попов В.Е., Брилинг С.Р., Поддубный Г.С., Голованев Ю.Б., Сулавко Я.П.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Российский государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии, Москва;
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Geraskin A.V., Vrublevskiy S.G., Trunov V.O., Popov V.E., Briling S.R., Poddubniy G.S., Golovanev U.B., Sulavko Ya.P.

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ADHESION INTESTINUM ILLNESS IN CHILDREN

Department of Pediatric Surgery, Russian Research Medical University named after N.I. Pirogov

City Children's Hospital named after Morozov, Moscow

Резюме

Представлен опыт лечения 59 детей с различными формами спаечной болезни. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я (34 ребенка) – дети со спаечной кишечной непроходимостью, 2-я (9 детей) – с синдромом Кноха, 3-я (16 детей) – пациенты с гидроцефалией, носители вентрикулоперитонеального шунта. В 1-й группе у 22 детей производили адгезиолизис, у 5 – субтотальный висцеролиз, 7 потребовалась конверсия на лапаротомию в связи с резко выраженным спаечным процессом. Рецидив спаечной непроходимости отмечен у 2-х больных. Во 2-й группе всем пациентам выполняли разделение сращений сальника с областью послеоперационного рубца. В 3-й группе выполняли адгезиолизис и мобилизацию перитонеального отдела шунта.

Ключевые слова: спаечная болезнь, спаечная кишечная непроходимость, лапароскопия

Abstract

Experience of treatment of 59 patients with different forms of adhesive intestinal illness. Patients have been divided into three groups: 1 (34 children), with adhesive intestinal obstruction, 2 (9 children) – with Knoha's syndrome, 3 (16 children) – patients with hydrocephaly, carriers the shunt. In the first group at 22 children it was made adgesiolisis, at 5 subtotal viscerolisis, at 7 caused massive adhesive process were performed open laparotomy. Relapse of adhesive intestinal obstruction is revealed at 2 patients. In the second group to all patients division of unions of an epiploon with area of a postoperative hem was carried out. In the third group it was carried out adgesiolisis, mobilization abdominal shunt department.

Key words: adhesive intestinal illness, adhesive intestinal obstruction, laparoscopy

Спаечный процесс брюшины, будучи защитной реакцией организма, направленной на ограничение патологического процесса в брюшной полости, является одной из главных причин развития кишечной непроходимости и синдрома Кноха [1, 2, 7, 11]. Преимущества мини-инвазивных доступов при лечении спаечной болезни брюшины убедительно доказаны многими авторами [2, 3–6, 8–10].

Цель настоящей работы – анализ результатов лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью и другими проявлениями спаечной болезни.

Материал и методы исследования

За 2006–2011 гг. в отделении абдоминальной гнойной хирургии, а также нейрохирургии Морозовской детской больницы находились на лечении 59 детей со спаечной болезнью. Среди всех оперированных больных большинство составили дети младшего возраста, до 3-х лет (37), среди них 23 мальчика и 14 девочек. Все больные в нашем исследовании были разделены на 3 группы: 1-я группа (34 ребенка) – дети со спаечной кишечной непроходимостью, 2-я группа (9 детей) – с синдромом Кноха, ранее оперированные на органах брюшной полости; 3-я группа (16 детей) – с гидроцефалией,

носители венстрикулоперитонеального шунта, у которых явления спаечного процесса в брюшной полости привели к несостоятельности перитонеального отдела шунтирующей системы.

Детей 1-й группы госпитализировали в экстренном порядке в отделение абдоминальной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку стула. После оценки общего состояния детей, выраженности явлений кишечной непроходимости проводили комплексное обследование, включающее общеклинические методы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и рентгенологическое обследование.

Пациенты 2-й группы поступали в отделение в плановом порядке на обследование в связи с жалобами на постоянные боли в животе с отчетливой локализацией в области послеоперационного рубца, усиливающиеся при его пальпаторном смещении. Детям проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором определяли подпай петель кишечника к области послеоперационного рубца.

Пациентов 3-й группы экстренно госпитализировали в отделение нейрохирургии с жалобами на головные боли с явлениями нарастания гидроцефалии, детям проводили нейросонографию, рентгенологическую диагностику для решения вопроса о целостности шунтирующей системы на всем протяжении и в связи с этим выполняли рентгенографию черепа, шеи, грудной клетки, компьютерную томографию головного мозга при подозрении на несостоятельность шунтирующей системы.

Всем детям с клиникой кишечной непроходимости лечение начинали с комплекса консервативных мероприятий в течение 3–4-х ч. Лечение заключалось в постановке назогастрального зонда, выполнении сифонной клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия, введении спазмолитиков, инфузионной терапии для коррекции метаболических нарушений, стимуляции кишечника. Одновременно проводили рентгенологическое обследование с контрастным веществом. При отсутствии пассажа контрастного вещества и сохранении клинических проявлений кишечной непроходимости выполняли диагностическую лапароскопию.

Операции во всех случаях выполняли под интубационным наркозом с постановкой зонда

в желудок и катетеризацией мочевого пузыря. Место введения первого троакара выбирали, исходя из расположения послеоперационного рубца и учитывая данные ультразвукового исследования. После создания умеренного пневмоперитонеума оценивали возможность выполнения эндоскопической операции, локализацию и выраженность спаечного процесса в брюшной полости, степень циркуляторных нарушений в пораженном кишечнике и воспалительные изменения со стороны брюшины. При выраженном спаечном процессе ревизию начинали от илеоцекального угла и спавшегося тонкого кишечника до места непроходимости. Лапароскопическое разделение спаек начинали с отделения спаек или петель кишечника от передней брюшной стенки, затем разделяли висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные сращения или рассечение отдельных спаек. Диссекцию и разделение спаек проводили с использованием атравматических зажимов и биполярных ножниц.

При отделении и резекции прядей сальника использовали моно- или биполярную коагуляцию и ножницы. Рыхлые сращения петель кишечника, сальника и париетальной брюшины разделяли тупым путем. По окончании разделения спаек проводили повторную ревизию тонкого кишечника и брюшной полости, удаляли выпот из брюшной полости, проводили санацию и, по показаниям, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде детям проводили продленную перидуральную анестезию, а также курс консервативного противоспаечного лечения (медикаментозная и физиотерапевтическая стимуляция перистальтики кишечника).

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе ранняя спаечная непроходимость отмечена у 3-х больных, перенесших ранее деструктивный аппендицит и фибринозно-гнойный перитонит. У 31 пациента имели место проявления поздней спаечной непроходимости.

После установления причины непроходимости у 22 детей проводили адгезиолизис, у 5 – субтотальный висцеролиз. У 7 детей в ходе операции потребовалась конверсия на лапаротомию в связи с резко выраженным спаечным процессом. Длительность нахождения детей в стационаре соста-

вила 8–10 суток после операции. Рецидив спаечного процесса с развитием непроходимости отмечен у 2-х больных (дети оперированы повторно через 2 месяца).

У пациентов 2-й группы при ревизии органов брюшной полости отмечено прикрепление салника к передней брюшной стенке в области послеоперационного рубца. Операция заключалась в разделении сращений. Длительность госпитализации в этой группе составила 3–4 дня.

У больных 3-й группы во всех случаях признаков клиники кишечной непроходимости не встречалось. При лапароскопии зачастую выявлялся резко выраженный тотальный спаечный процесс. У 4-х больных в месте стояния дренажа отмечались ликворные кисты. Применяли минимальный адгезиолизис, необходимый для мобилизации перитонеального отдела шунта и выведения его в свободную брюшную полость (11 пациентов). В 5 случаях потребовалось укорочение перитонеального отдела шунта. Эффективность работы шунтирующей системы оценивалась визуально по отхождению

капель ликвора. Длительность госпитализации в послеоперационном периоде составила 4–7 дней и зависела от степени выраженности гидроцефального синдрома.

Таким образом, исходя из полученных данных, с учетом дальнейшего постоянного накопления опыта можно сделать вывод о том, что лапароскопия применима при всех формах кишечной непроходимости у детей разного возраста различной степени выраженности спаечного процесса. Исключение составляет небольшое количество пациентов (12%), у которых распространенность спаечного процесса не позволяет создать свободное пространство для эндоскопических манипуляций в брюшной полости.

Внедрение малоинвазивных методов позволяет уменьшить травматичность хирургического вмешательства, сведя к минимуму риск развития рецидива развития спаечного процесса, уменьшить сроки пребывания в стационаре и применение антибактериальных препаратов, тем самым снизив экономические затраты на лечение.

Список литературы

1. Блинников О.И. Лапароскопия в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости у детей: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. – М., 2002.
3. Chopra R. Laparoscopic lysis of adhesions // *Am. Surg.* – 2003. – Vol. 69. – P. 966–968.
4. Gutt C.N., Oniu T., Schemmer P. et al. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? // *Surg. Endosc.* – 2004. – Vol. 18. – P. 898–906.
5. Suter M., Zermatten P., Hakie N. et al. Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? // *Surg. Endosc.* – 2000. – Vol. 14. – P. 478–484.
6. Vijay K., Anindya C., Bhanu P. et al. Adhesive small bowel obstruction (ASBO) in children – role of conservative management // *Med.J. Malaysia.* – 2005. – Vol. 6, № 1. – P. 81–84.
7. Al-Salem A.H., Oquaish M. Adhesive Intestinal Obstruction in Infants and Children: The Place of Conservative Treatment // *ISRN Surgery.* – 2011. – Article ID 645104. doi: 10.5402/2011/645104.
8. Sauerlaend S., Agresta F., Bergamaschi R. et al. Laparoscopic for abdominal emergencies: evidence based guidelines of the European Association for Endoscopic surgery // *Surg. Endosc.* – 2006. – Vol. 20, № 1. – P. 14–29.
9. van der Zee D.C., Bax N.M. A. Management of adhesive bowel obstruction in children is changed by laparoscopy // *Surg. Endosc.* – 2011. – Vol. 13, № 9. – P. 925–927.
10. Kavic S.M. Adhesions and adhesiolysis: the role of laparoscopy // *J. Soc. Laparoendosc. Surgeons.* – 2002. – Vol. 6, № 2. – P. 99–109.
11. Shayani V., Siegert C., Favia P. The role of laparoscopic adhesiolysis in the treatment of patients with chronic abdominal pain or recurrent bowel obstruction // *J. Soc. Laparoendosc. Surgeons.* – 2002. – Vol. 6, № 2. – P. 111–114.

Авторы

Контактное лицо: ПОДДУБНЫЙ Георгий Сергеевич	Кандидат медицинских наук, научный сотрудник, кафедра детской хирургии, РМИНУ им. Н.И. Пирогова, врач отделения абдоминальной, экстренной и гнойной хирургии Морозовской ДГКБ. Москва, 119049, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9. E-mail: pgeorgii@list.ru. Тел.: 8 (903) 629-68-60, (495) 959-87-51 (раб.)
ВРУБЛЕВСКИЙ Сергей Гранитович	Доктор медицинских наук, профессор, кафедра детской хирургии, РМИНУ им. Н.И. Пирогова, руководитель хирургической службы Морозовской ДГКБ. Тел.: (495) 959-87-51 (раб.)
ТРУНОВ Владимир Олегович	Кандидат медицинских наук, доцент, кафедра детской хирургии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий отделением абдоминальной, экстренной и гнойной хирургии Морозовской ДГКБ
ПОПОВ Владимир Евгеньевич	Кандидат медицинских наук, заведующий отделением нейрохирургии Морозовской ДГКБ. Тел.: (495) 959-87-25 (раб.)
БРИЛИНГ Сергей Романович	Врач высшей категории отделения абдоминальной, экстренной и гнойной хирургии Морозовской ДГКБ
ГОЛОВАНЕВ Юрий Борисович	Врач высшей категории отделения абдоминальной, экстренной и гнойной хирургии Морозовской ДГКБ
СУЛАВКО Яков Павлович	Кандидат медицинских наук, ассистент, кафедра детской хирургии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, врач отделения абдоминальной, экстренной и гнойной хирургии Морозовской ДГКБ