

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.А. Барская, А.В. Варламов, Л.И. Воскиварова, Н.Б. Пономарева
Самарский государственный медицинский университет, ММУ ГKB №1,
Самара, Российская Федерация

Острая спаечная кишечная непроходимость – тяжелая патология, требующая экстренного хирургического вмешательства.

За последние 7 лет в детское хирургическое отделение №13 ММУ ГKB №1 им. Н.И. Пирогова поступило 107 пациентов с данным заболеванием, что составило 2,5% от общего числа больных, поступивших в отделение с экстренными хирургическими заболеваниями.

Из 107 детей оперировано 99 (92%). Всем детям со спаечной кишечной непроходимостью ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости, врожденной диафрагмальной грыжи). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости – приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов. Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ.

При отсутствии клиники странгуляционной непроходимости проводилось контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с одновременным консервативным лечением (инфузионная терапия, очистительная или сифонная клизма). При неэффективности проводимого лечения эта терапия являлась предоперационной подготовкой, которая дополнялась периоперационной антибиотикопрофилактикой.

Оперативное вмешательство заключалось в срединной лапаротомии, разъединении спаек, устранении непроходимости, декомпрессии ЖКТ. После операции больные находились в отделении реанимации, где получали интенсивное лечение, после разрешения пареза кишечника терапия продолжалась в детском хирургическом отделении. Все оперированные дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день – 14,9.

В последние годы появилась тенденция к уменьшению количества пациентов со спаечной кишечной непроходимостью. На наш взгляд, это можно связать с противоспаечной терапией, которая проводится в нашем отделении пациентам, оперированным на органах брюшной полости.

Данное лечение включает в себя назначение магнитного воздействия на переднюю брюшную стенку, а затем фонофореза с мазью «Ируксол» №5-10 (детям старше 3-х лет) с одновременным приемом «Купренила» через рот в возрастной дозировке. Противоспаечное лечение рекомендуем проводить повторно через 3 месяца после выписки, а затем по показаниям.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИИ

М.К. Беляев, К.К. Федоров
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей,
Новокузнецк, Российская Федерация

В клинике детской хирургии Новокузнецкого ГИУВа за 5 лет находились на лечении 73 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН) в возрасте от 9 мес. до 15 лет. Диагноз СКН ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного и клинических исследований. Из дополнительных исследований мы использовали рентгенологическое обследование с обязательной обзорной рентгенографией брюшной полости, УЗИ живота, лапароскопию.

При обтурационной кишечной непроходимости консервативная тактика оказалась эффективной у 68,5% больных. Странгуляционная кишечная непроходимость требовала скорейшего оперативного лечения. Однако в ряде случаев клиническая картина оказывалась настолько нетипичной, что могла привести к диагностическим ошибкам и развитию серьезных осложнений. Лапароскопия в данном случае явилась методом выбора в установлении правильного диагноза, позволила объективно оценить состояние кишечника и, исходя из этого, выбрать оптимальную лечебную тактику или рациональный доступ, поскольку выбор оптимального доступа является чрезвычайно важной и ответственной задачей, что позволяет облегчить последующее оперативное вмешательство.

У 2-х больных использование лапароскопического метода позволило определить малотравматичный доступ при кишечной непроходимости и успешно выполнить в последующем оперативное лечение.

Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 21 больного.

Лапароскопический адгезиолизис при острой кишечной непроходимости был эффективен в 95,2% наблюдениях. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилось какой-либо декомпрессии тонкой кишки и довольно быстро (1-3 дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствовала более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром был не выражен у всех больных и легко купировался введением ненаркотических анальгетиков. В связи с более гладким течением послеоперационного периода значительно сократились и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом, метод лапароскопии открывает широкие возможности как в диагностике, так и комплексном лечении острой кишечной непроходимости у детей. Лапароскопический адгезиолизис является безопасным, щадящим и высокоэффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей во всех возрастных группах.