

К.К. Федоров, С.А. Савина, О.О. Дударенко, В.Г. Ничик,
Е.Э. Ланцова, А.С. Смирнов, Н.В. Орловская
МЛПУ Городская детская клиническая больница № 4,
г. Новокузнецк

О ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Статья посвящена важной проблеме детской хирургии – послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Проанализированы 87 историй болезни детей, пролеченных в отделении детской хирургии в период с 1999 по 2006 гг. Заболевание развилось после аппендицита и перитонита у 37 больных (43 %), врожденных пороков – у 21 (24 %), кишечной непроходимости – у 16 (18 %), абдоминальной травмы – у 7 (8 %), прочих причин – у 6 (7 %).

Описаны клиническая картина и специфичные симптомы, характерные для различных форм послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Определены сроки и методы консервативного лечения заболевания, а также показания к хирургическому вмешательству.

Применение разработанного комплекса консервативных мероприятий позволило добиться положительного результата у 71 больного (82 %). 16 больных были оперированы с хорошими исходами.

Ключевые слова: послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, дети, лечение.

The paper deals with one of the topical problems of pediatric surgery – postoperative adhesive intestinal obstruction. Case histories of 87 children who had been treated in the department of pediatric surgery from 1999 to 2006 were analyzed. The disease followed appendectomy and peritonitis in 37 cases (43 %), congenital malformations in 21 cases (24 %), intestinal obstruction in 16 cases (18 %), abdominal injury in 7 cases (8 %), other causes were registered in 6 cases (7 %).

The specific features of the clinical picture and management of different forms, early and late postoperative adhesive intestinal obstruction were analyzed. The time and methods of medical treatment and indications for surgery are defined in various forms of the disease.

The application of the developed complex of conservative measures has allowed to achieve positive result at 71 patients (82 %). 16 patients were operated on with good outcomes.

Key words: postoperative adhesive intestinal obstruction, children, treatment.

Удельный вес спаечной кишечной непроходимости (СКН) у детей составляет от 40 до 60 % среди прочих видов приобретенной кишечной непроходимости и не имеет тенденции к снижению. Многие вопросы патогенеза, диагностики, лечебной тактики остаются до конца нерешенными [1, 2, 3]. Поэтому вопросы диагностики и лечения СКН у детей заслуживают дальнейшего исследования.

С 1999 по 2006 гг. в отделении детской хирургии Детской клинической больницы № 4 г. Новокузнецка находились на лечении 87 детей с СКН. Из них у 3 детей (3 %) была ранняя СКН (в сроки до 30 суток после перенесенного вмешательства) и у 84 (97 %) – поздняя СКН (более 30 суток после операции). Мальчиков было 36 (41 %), девочек –

51 (59 %). В возрасте до 1 года поступили 3 детей, от 1 до 3 лет – 7 детей, от 4 до 7 лет – 6, от 8 до 10 лет – 22, старше 10 лет – 49. 68 пациентов поступили в первые 24 часа от момента заболевания (из них 48 детей – в первые 6 часов) и 19 – позже суток.

Среди причин развития СКН аномалии развития органов брюшной полости и острые хирургические заболевания, потребовавшие оперативного лечения в период новорожденности, были у 15 больных (средняя высокая врожденная кишечная непроходимость – у 1, атрезия подвздошной кишки – у 3, аномалии развития передней брюшной стенки – у 4, пилоростеноз – у 1, незавершенный поворот кишечника – у 1, высокая атрезия прямой кишки – у 1, перфорация желудка – у 2, перфорации кишечни-

ка — у 2). 6 больных были оперированы в плановом порядке по поводу болезни Гишпрунга. У 37 пациентов в анамнезе был острый аппендицит, осложненный перитонитом. 7 детей перенесли операции по поводу абдоминальной травмы, 16 — по поводу кишечной непроходимости (из них у 10 была СКН, у 1 — инвагинация кишечника). 5 больных были оперированы по поводу цеко-илеального рефлюкса и 1 — по поводу вентральной грыжи. Как вытекает из представленных данных, чаще всего СКН развивалась после травматических хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

Клиническая диагностика СКН не представляет сколько-нибудь существенных затруднений, хотя каждая из ее форм и имеет свои особенности. Классическая картина СКН представлена совокупностью типичных клинических признаков: болевой абдоминальный синдром, рвота, асимметрия живота.

Раннюю СКН мы наблюдали у трех пациентов. Одним из наиболее характерных признаков у данной группы больных было внезапное ухудшение состояния больного на фоне, казалось, благоприятного течения послеоперационного периода. Следует отметить, что у всех больных можно было выяснить в анамнезе нарушения предписанного после операции режима питания — переедание пищевыми продуктами, содержащими большое количество растительной клетчатки, мучной, крахмальной пищей, а так же продуктами, усиливающими бродильные процессы в кишечнике (ягоды, виноград и проч.). Все пациенты поступили в сроки более 12 часов от начала заболевания. Это связано с тем, что кишечная непроходимость у них носила обтурационный характер, что обусловлено, очевидно, особенностями формирования и развития спаечного процесса.

У всех больных были отмечены боли в животе приступообразного характера, которые с течением времени усиливались и учащались. На фоне болевого приступа у них была отмечена асимметрия живота и усиленная перистальтика кишечника (симптом Норенберг-Чарквиани). У всех больных была отмечена рвота, в начале пищевыми массами, а затем и желчью. Отмечено учащение частоты сердечных сокращений на $25 \pm 5 \%$ (до 100 ударов в 1 минуту). Появилась сухость языка и слизистых оболочек. При анализе периферической крови у пациентов с ранней СКН был выявлен небольшой лейкоцитоз ($13 \pm 2 \times 10^9/\text{л}$) и отмечено увеличение гематокрита ($0,40 \pm 0,01$), что свидетельствовало об умеренной гемоконцентрации. Косвенным признаком нарастающей гиповолемии было уменьшение диуреза. Снижение артериального давления нами не было зарегистрировано ни в одном случае. Следует отметить, что нарушения гомеостаза и, в первую очередь, гиповолемия развивались при ранней СКН постепенно, о чем свидетельствовал тот факт, что большинство больных поступили в более или менее поздние сроки от начала заболевания.

Поздняя СКН развивалась у 84 пациентов. Для этой формы заболевания оказалось характерным более раннее поступление больных (48 человек поступили в сроки до 6 часов от начала заболевания, 20 — в пер-

вые 12 часов, 16 — позже 12 часов от начала заболевания). У 8 больных СКН была странгуляционной, у 76 человек — носила обтурационный характер.

Для всех пациентов было характерно внезапное, резкое начало, особенно если в клинической картине преобладал странгуляционный компонент (8 больных). Боли в животе носили резко выраженный приступообразный характер и были очень интенсивными. Следует заметить, что в подавляющем большинстве у детей локализация боли в животе соответствовала операционному рубцу.

Вторым симптомом, характерным для поздней СКН, явилась рвота. У больных со странгуляционной СКН рвота была отмечена во всех случаях, причем у 6 детей она была многократной. У больных с обтурационной СКН рвота была отмечена в 70 случаях, чаще она была двух-трехкратной. Задержка стула и газов явилась менее характерным симптомом при СКН в связи с относительно ранним поступлением больных в стационар.

Во время первичного осмотра ребенка, поступившего с подозрением на СКН, можно было выявить ряд симптомов, характерных для этого заболевания. Оценка общего состояния ребенка играла важную роль в диагностике поздней СКН. 71 из 76 детей с обтурационной СКН и все дети со странгуляцией поступили в состоянии средней степени тяжести или в тяжелом состоянии. С этим был связан и симптом тахикардии. Частота сердечных сокращений свыше 100 ударов в 1 минуту была отмечена у 74 пациентов с обтурационной СКН и у всех пациентов со странгуляцией.

Во время осмотра живота выявлялись симптомы, характерные для поздней СКН — асимметрия живота, аускультативные феномены, напряжение мышц передней брюшной стенки. Все эти симптомы с той или иной частотой появлялись у всех больных. Мышечный дефанс и симптомы раздражения брюшины были отмечены с большей частотой лишь в группе больных со странгуляционной СКН и в сроки поступления свыше 12 часов от момента заболевания. Усиление перистальтики кишечника — более характерный признак СКН. Он встретился у 72 пациентов с обтурационной СКН и у 7 детей со странгуляцией. У ряда больных с поздней СКН перистальтика кишечника была ослаблена, что было связано с поздним поступлением и парезом кишечника. Важно отметить, что для выявления симптомов, характерных для СКН, необходим длительный по времени осмотр больного, поскольку эти симптомы периодически возникают и исчезают, что связано с особенностями функции желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, уже на первой стадии обследования больного с подозрением на позднюю СКН, на основании анамнеза заболевания и анализа клинических симптомов, можно было подтвердить или отвергнуть диагноз илеуса, что позволяет определить дальнейшую тактику.

Для дальнейшей диагностики проводили рентгенологическое исследование. Мы начинали с обзорной рентгенографии органов брюшной полости, поз-

воляющей уже на ранней стадии заболевания вызвать локальное скопление газа в тонкой кишке. Важным признаком явилось постстенотическое спадение толстой кишки, характеризующееся отсутствием или малым количеством газа в толстой кишке при наличии пневматизации тонкой. Это так же относительно ранний рентгенологический симптом. По прошествии 4-6-8 часов от начала заболевания в стенке кишки начинал развиваться отек. Это четко документировалось на рентгенограммах появлением поперечной исчерченности кишечных петель (отечные и расширенные складки Керкрина). По прошествии 8-12 часов на рентгенограммах появлялись горизонтальные уровни жидкости с арками, причем количество их значительно варьировало (от 1-2 до 6-8 и более). Тотчас после обзорной рентгенографии выполняли исследование желудочно-кишечного тракта с взвесью сернокислого бария. Мы считаем рентгенконтрастное исследование совершенно необходимым, поскольку оно позволяет объективно судить об эффективности проводимых консервативных мероприятий.

Лечение послеоперационной СКН комплексное, и должно быть направлено на все звенья патогенеза. Следует четко разграничить принципы лечения обтурационной и странгуляционной СКН. Хирургическое лечение, направленное на восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта, составляет, безусловно, основу комплексной терапии при кишечной непроходимости. Однако грамотно спланированный и проведенный комплекс консервативных мероприятий в 60-65 % случаев позволяет ликвидировать СКН, не прибегая к оперативному пособию. Обтурационный характер непроходимости дает возможность проводить его неоднократно в течение более или менее длительного времени. Основу его составляют интенсивные терапевтические мероприятия, проводимые с момента поступления больного в стационар и включающие в себя комплекс лечебных воздействий, различных по патогенетической направленности и принципу действия. Большинство из них можно объединить в следующие группы:

- 1) устранение гиповолемии и различных форм дисгидрий;
- 2) снижение потерь электролитов и жидкости в просвет кишечника;
- 3) меры, направленные на стабилизацию и поддержание оптимальных показателей гемодинамики и оксигенации;
- 4) коррекция водно-электролитных нарушений и кислотно-основного состояния;

- 5) декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
- 6) блокада патологической импульсации со стороны органов брюшной полости;
- 7) торможение развития воспалительного процесса в брюшной полости;
- 8) терапия, направленная на борьбу с возможными осложнениями.

Из 87 пациентов с СКН, у 8 человек странгуляционный характер непроходимости сомнений не вызывал, и они были оперированы тотчас после кратковременной предоперационной подготовки. Двоим из них было выполнено эндоскопическое рассечение спаек с хорошим результатом. Из 6 пациентов, подвергнутых лапаротомии, в 5 наблюдениях операция была ограничена рассечением спаек, явившихся причиной непроходимости (без тотального адгезиолиза), а в одном случае потребовалась резекция кишечника с прямым анастомозом. У 79 больных (включая 3-х пациентов с ранней СКН) обтурационный характер непроходимости продиктовал проведение комплекса консервативных мероприятий, включающих зондирование желудка, сакроспинальную блокаду, инфузионную терапию с последующей медикаментозной стимуляцией перистальтики и сифонной клизмой. Этот комплекс оказался эффективным у 71 больного (90 %). 8 пациентов были подвергнуты хирургическому лечению, которое заключалось лишь в рассечении спаек.

Таким образом, своевременно и правильно проведенная диагностика СКН, дифференцировка форм этого заболевания, грамотно спланированная терапия позволяют добиться успеха у большинства больных с обтурационной кишечной непроходимостью. При странгуляционном илеусе объем хирургического вмешательства должен быть сведен к минимуму, что обеспечит благоприятное течение послеоперационного периода и профилактирует развитие нового спаечного процесса в брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бревдо, Ф.Ф. О приобретенной непроходимости кишечника у детей /Бревдо Ф.Ф., Никифорова Л.М., Сергеев С.П. //Детская хирургия. – 2002. – № 3. – С. 7-9.
2. Нейков, Г.Н. О послеоперационной спаечной кишечной непроходимости у детей /Нейков Г.Н. //Детская хирургия. – 1999. – № 1. – С. 12-14.
3. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей /Салимов Ш.Т., Адылова Г.С., Бердиев Э.А., Наджимитдинов Я.С. //Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 15-17.

* * *