

## СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ И КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

**К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, К.А. Адамалиев, Д.Р. Шайбеков,  
Д.П. Коновалов, Ж.М. Минбаев**

**Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Республика Кыргызстан**

Спаечная кишечная непроходимость у детей остается одной из актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Нашей целью было изучение причин спаечной болезни, диагностика спаечной кишечной непроходимости и лечение у детей.

В отделении детской хирургии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек с 2006 по 2008 г. со спаечной болезнью находились на лечении 27 детей. В возрастном аспекте от 1 года до 5 лет-7 (25,9%), 6-10 лет – 8 (29,6%), 7-15 лет – 12 (44,4%). Мальчиков было 19 (70%), девочек – 8 (29,7%). Поступивших из других ЛПУ отмечено 12 детей, из сельской местности -18 (66,6%), городских -9 (33,3%).

Из 27 детей со спаечной болезнью, с острой спаечной кишечной непроходимостью были прооперированы 15 (55,5%). Без признаков непроходимости получили консервативное лечение 12 (44,4%) детей.

При изучении анамнеза 15 оперированных больных причиной, приводящей к спаечной кишечной непроходимости, установлены: перенесенные лапаротомии по поводу деструктивных форм аппендицита и перитонитов – у 10, инвагинация кишечника – у 2, лапаротомия по поводу разрыва внутренних органов – у 3 больных.

Кроме изучения жалоб, объективных методов исследования и рентгенографии применяли ультразвуковое исследование брюшной полости. При ультразвуковом исследовании выявляли раздутые и наполненные петли кишечника выше места препятствия, спавшиеся петли кишечника ниже места препятствия. При поздних поступлениях отмечалось вялая перистальтика кишечника, неравномерное распределение газа в кишечнике и свободная жидкость в брюшной полости, при лапаротомии в брюшной полости обнаруживали наличие серозно-геморрагического выпота, явление пареза кишечника.

Всем больным проводилась лапаротомия с использованием послеоперационного рубца, устранение спаек, странгуляции с максимальной ревизией брюшной полости. У всех прооперированных больных были обнаружены сращения между петлями кишечника, спайки различного характера, рубцовые тяжи, особенно в области послеоперационных рубцов, что требует осторожности при вскрытии передней брюшной стенки. Брюшная полость промывалась озонированным антисептическим раствором и введением стерильного озонированного масла с оставлением микроиригатора до 3-5 суток.

Послеоперационное ведение проводилось по общепринятой тактике: более ранний активный режим, адекватное обезболивание, подключение всех физиотерапевтических процедур, противовоспалительных препаратов, лазеротерапии. У 5 больных с тяжелым парезом кишечника – перидуральная анестезия. После выписки рекомендовано диспансерное наблюдение, 2 раза в год противоспаечная терапия.

## ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ КИШКИ КАК ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ НЭК

**Т.К. Немилова, С.А. Караваева, Ю.В. Горелик, О.А. Соловьева,  
И.С. Сорокина, О.Н. Новопольцева, Т.В. Косарева  
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

С 2004 по 2008 год в нашей клинике лечились 164 ребенка с НЭК (86 мальчиков и 78 девочек). Более 80% из них родились недоношенными, 55% детей имели критически низкую массу тела. У 64 детей заболевание носило прогрессирующий характер, и оно потребовало хирургического лечения в острой фазе заболевания. В большинстве случаев дети были прооперированы на фоне уже случившейся перфорации кишки или желудка. В 35 случаях заболевание проявлялось клиническими признаками обтурационной кишечной непроходимости.

Наиболее «уязвимая» категория детей в плане вероятности развития обтурационной непроходимости на фоне НЭК – это пациенты с массой тела менее 1500 г. Причинами такого течения заболевания в этой группе больных являются, с одной стороны, гипомоторика незрелой кишки, с другой стороны - недостаток ферментов, характерные для глубоко недоношенных детей.

Первые симптомы нарушения пассажа по ЖКТ появлялись к концу первой недели жизни малышей, когда начинали вздутие живота, срыгивания, задержка стула. При рентгенологическом обследовании в первые сутки заболевания не выявлялись симптомы необратимого поражения кишки, поэтому всем детям проводился комплекс консервативного лечения. У 16 детей консервативная терапия не дала желаемого результата, нарастали симптомы непроходимости. При рентгенологическом обследовании обнаруживались симптомы необратимого поражения кишки вплоть до перфорации полого органа. Эти дети потребовали оперативного лечения. Выжили 12 из 16 прооперированных пациентов.

Очевидно, что успех в лечении детей с НЭК во многом зависит от своевременности диагностики «момента» перехода заболевания из «терапевтической в хирургическую стадию». В ряде случаев посредством активной консервативной терапии удавалось справиться с острой стадией НЭК и, казалось, что этот переход не осуществится. Однако в возрасте 3-4 месяцев у пациентов появлялись и нарастали в динамике симптомы кишечной непроходимости, подтвержденные клинически и рентгенологически. На операции обнаруживался рубцовый стеноз (вплоть до формирования вторичной атрезии) в том или ином отделе кишечной трубки. Чаще поражались терминальный отдел подвздошной и левая половина толстой кишки. Таких больных за последние 5 лет было 8. Всем им выполнена резекция рубцово-измененного участка кишки и наложен кишечный анастомоз. Все дети выжили.

Таким образом, обтурационная кишечная непроходимость и рубцовый стеноз кишки после перенесенного НЭК являются характерными формами течения заболевания в группе детей с критически низкой массой тела и маловесных детей с массой менее 1500 граммов.