

Янец А.И., Гордеев С.М., Кравченко В.И., Елисеев А.В.

*Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ С ОБЩИМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Представлены результаты лечения 55 детей с общим аппендикулярным перитонитом. Определена частота развития ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости в зависимости от метода оперативного лечения. Показана эффективность эндоскопического метода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: спаечная кишечная непроходимость; аппендикулярный перитонит; дети; срединная лапаротомия; лапароскопия.

Yanets A.I., Gordejv S.M., Kravchenko V.I., Elisejev A.V.

*The municipal children hospital N 5,
Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo*

PREVENTION AND MANAGEMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN OPERATED CHILDREN WITH GENERAL APPENDICEAL PERITONITIS

The outcomes of treatment of 55 children with appendiceal peritonitis are presented. The incidence of the development of early and advanced adhesive intestinal obstruction influenced by the surgery method is estimated. The efficiency of laparoscopic method is shown.

KEY WORDS: children; adhesive intestinal obstruction; appendiceal peritonitis; medial laparotomy; laparoscopy.

Несмотря на многочисленные исследования и многолетнюю историю изучения, проблема спаечной кишечной непроходимости до настоящего времени остается актуальной [1-5]. Развитие патологического спаечного процесса в брюшной полости является опасным и нередким осложнением, которое наблюдается в различные сроки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, особенно при лечении общего аппендикулярного перитонита [1, 6-9]. Причинами возникновения спаек считаются воспалительные изменения брюшины и её механическое повреждение во время лапаротомии и грубой санации брюшной полости [3, 7, 10, 11]. Развитию патологического спайкообразования способствует развивающийся в большинстве случаев при общем гнойном перитоните синдром кишечной недостаточности (СКН) [12].

Алгоритм лечения больных с поздней спаечной кишечной непроходимостью (ПСКН) в детской хирургии отработан довольно чётко. Причём, при необходимости проведения операции в последние годы всё чаще используется щадящий метод лапароскопии [13]. Однако применение этого метода для выявления и лечения ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости (РСПКН) у детей, оперированных по поводу общего аппендикулярного перитонита, ос-

вещено недостаточно [2, 4, 7]. Большинство таких больных успешно излечиваются консервативно, но в ряде случаев возникает необходимость в повторном оперативном вмешательстве. Известны также случаи запоздалых операций из-за отсутствия чёткой лечебной тактики [2].

Ряд авторов считают, что применение щадящих методов оперативного лечения общего аппендикулярного перитонита и РСПКН имеет очевидные преимущества. Использование лапароскопии дает возможность снизить в 2,2-3,5 раза уровень осложнений, связанных с образованием спаек [7, 11]. При этом отмечено снижение числа вынужденных релапаротомий в 3 раза. Лапароскопия, проводимая в раннем послеоперационном периоде, позволяет не только осуществить ревизию брюшной полости и ликвидировать развивающуюся механическую кишечную непроходимость [2, 7, 11], но и уменьшить выраженность СКН. Однако СКН 3 степени и высокая внутрибрюшная гипертензия делают проведение эндоскопического метода для лечения РСПКН невозможным. В таких ситуациях только срединная лапаротомия с возможным оставлением лапаростомы является оптимальным радикальным методом оперативного лечения [14].

Цель нашего исследования — оценить возможность и эффективность применения лапароскопического метода в диагностике и лечении детей с РСПКН, оперированных ранее различными методами по поводу общего аппендикулярного перитонита; сравнить частоту развития ПСКН у детей, оперированных ранее с общим аппендикулярным перитонитом методами лапаротомии и лапароскопии.

Корреспонденцию адресовать:

ЯНЕЦ Антон Игоревич,
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5»,
Тел. раб.: 8 (3842) 73-24-72.
E-mail: yanec@list.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы 55 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на лечении в Детской городской клинической больнице № 5 г. Кемерово в 1997-2006 гг. с диагнозом деструктивный аппендицит, общий перитонит. В зависимости от метода оперативного лечения, больные были разделены на 3 группы.

Первую группу составили пациенты ($n = 31$), оперированные методом срединной лапаротомии. Операция включала ревизию брюшной полости, аппендэктомию, вскрытие абсцессов, дренирование, резекцию измененного сальника, санацию брюшной полости без промывания и оставление лапаростомы (у 16 больных).

Во вторую группу включены случаи ($n = 12$), когда оперативное лечение изначально проводилось лапароскопически, но мы были вынуждены перейти на лапаротомию. У восьми больных конверсия осуществлялась сразу в связи с невозможностью лапароскопической аппендэктомии и адекватной санации брюшной полости. Из них, 5 детей прооперированы из срединного доступа, трое — разрезом Волковича-Дьяконова. В четырех случаях повторная операция была проведена на 2-4 сутки; выполнена срединная лапаротомия и наложена лапаростома.

Третью группу составили больные ($n = 12$), оперированные с использованием только метода эндовидеохирургии. В нашей клинике этот метод применяется с 2000 года. Выполнялись лапароскопия, ревизия брюшной полости, аппендэктомию, резекция измененного сальника, санация брюшной полости. В 3-х случаях однократной лапароскопии и санации брюшной полости оказалось достаточно. Больные далее получали соответствующее консервативное лечение, выписаны с выздоровлением. У 9 пациентов с более выраженным гнойно-деструктивным процессом в брюшной полости, значительным количеством гнойного выпота и массивными наложениями фибрина в разных отделах выполнялись запрограммированные релапароскопии и санации 1-2 раза с интервалом в одни сутки, что позволило успешно купировать воспалительный процесс и добиться полного выздоровления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

СКН 2-3 степени имел место во всех трёх группах больных с частотой 71 %, 75 % и 75 %, соответственно, что подтверждает их однородность.

В первой группе у 15 больных брюшная полость после аппендэктомии и санации была ушита наглухо и в послеоперационном периоде признаков РСПКН не было. У 16 больных при повторной ревизии брюш-

ной полости степень СКН была подтверждена визуально. У двоих из них была выявлена РСПКН, которая ликвидирована разделением спаек. Ещё у двоих пациентов на 8 и 13 сутки, соответственно, была выполнена релапаротомия для ликвидации механической кишечной непроходимости, поскольку консервативные мероприятия оказались неэффективны.

Во 2 группе в 4-х случаях из-за РСПКН и нарастания массивного спаечного процесса в брюшной полости и СКН 3 степени не представлялось возможным продолжить санацию брюшной полости методом лапароскопии. Этим пациентам на 2-4 сутки заболевания была проведена конверсия — наложена лапаростома.

В третьей группе у 6 больных при повторной лапароскопии обнаружены признаки РСПКН в виде рыхлого спаечного процесса между петлями кишечника и париетальной брюшиной. Во время операции удалось без труда провести шадящую санацию брюшной полости и разрушить фибриновые сращения.

Все больные после полного курса лечения были выписаны с выздоровлением. Судьба их прослежена в сроки от 1 до 10 лет. ПСКН развилась у 6 больных, которые рассматривались в 1 и 2 группах. Из них, в 3-х случаях удалось купировать ПСКН консервативно, у двух детей была выполнена лапаротомия и рассечение спаек, и в одном случае непроходимость была разрешена при проведении лапароскопии.

ВЫВОДЫ:

Лапароскопия даёт возможность своевременно подтвердить диагноз РСПКН и выбрать дальнейшую лечебную тактику, т.е. восстановить проходимость кишечника и профилактировать дальнейшее развитие спаечного процесса в брюшной полости или перейти на традиционную лапаротомию.

Оперативное лечение общего перитонита методом лапароскопии дает возможность уменьшить вероятность развития поздней спаечной кишечной непроходимости у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

- Исаков, Ю.Ф. Абдоминальная хирургия у детей /Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. — М., 1988. — С. 240-250.
- Мамлеев, И.А. Новые подходы к диагностике и лечению ранней спаечной непроходимости у детей //Мамлеев И.А., Алибаев А.К., Гумеров А.А. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2007. — № 4. — С. 86-91.
- Салимов, Ш.Т. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей //Салимов Ш.Т., Адылова Г.С., Бердиев Э.А. //Детская хирургия. — 2006. — № 4. — С. 15-17.
- Шамсиев, А.М. Профилактика спаечных осложнений после оперативных вмешательств при аппендикулярном перитоните и острой спаечной кишечной непроходимости /Шамсиев А.М. Кобилов Э.Э. //Детская хирургия. — 2005. — № 5. — С. 7-10.

Сведения об авторах:

ЯНЕЦ Антон Игоревич, врач-хирург МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

ГОРДЕЕВ Сергей Михайлович, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой детской хирургии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

КРАВЧЕНКО Виктор Иванович, заместитель директора по хирургии МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

ЕЛИСЕЕВ Александр Викторович, зав. хирургическим отделением № 2 МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

5. Шамсиев, А.М. Прогнозирование послеоперационных спаечных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии у детей /Шамсиев А.М., Кобилев Э.Э. //Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 23-25.
6. Гаткин, Е.Я. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении детей с динамической кишечной непроходимостью /Гаткин Е.Я., Коновалов А.К., Пеньков Л.Ю. //Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2007. – № 2. – С. 57-59.
7. Дронов, А.Ф. Сравнительная оценка лапароскопических и традиционных методов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей /Дронов А.Ф., Шамсиев А.М., Кобиев Э.Э. //Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 13-15.
8. Котловский, В.И. Лапароскопическая хирургия распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей /В.И. Котловский: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2002.
9. Лечение перитонита у детей //Рошаль Л.М., Граников О.Д., Максумов А.А. и др. //Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 143-146.
10. Долецкий, С.Я. Осложненный аппендицит у детей /Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапова А.В. – Л., 1988. – С. 74-79.
11. Дронов, А.Ф. Сравнительное изучение результатов лечения распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей оперированных лапароскопическим и традиционным способом /Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. //Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 32-37.
12. Пулатов, А.Т. О классификации острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей /Пулатов А.Т. //Детская хирургия. – 2007. – № 1. – С. 36-39.
13. Дронов, А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей /Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С. 81-100.
14. Лечение аппендикулярного перитонита /Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В. и др. //Детская хирургия. – 2007. – № 3. – С. 23-27.



СТОМАТОЛОГИ РЕКОМЕНДУЮТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ СЛАДКОЙ ГАЗИРОВКИ И ПЕРЕКЛЮЧИТЬСЯ НА ЧАЙ

Лимонная кислота в фруктовых газированных напитках приводит к эрозии зубной эмали и потере зуба. В среднем в обычной банке безалкогольной содовой содержится 17 чайных ложек сахара.

Дантисты настоятельно советуют отказаться от потребления газировки, заменив её чаем - этот напиток, наоборот, оказывает самое благоприятное влияние на состояние зубной ткани. Помимо приятного вкуса, все виды чая обладают множеством преимуществ для здоровья - чай богат натуральными антиоксидантами, борющимися с раком, диабетом и сердечно-сосудистыми расстройствами.

Врачи Академии общей стоматологии (AGD) сравнили временные и долгосрочные эффекты зелёного и чёрного чая и содовой и апельсинового сока на зубную эмаль. У чая не было зафиксировано никаких эрозионных свойств, в отличие от газированных и сладких напитков. Зелёный чай оказался полезнее чёрного из-за высоких концентраций природных флавоноидов - питательных веществ, помогающих справиться с воспалительными процессами. Однако медики предупреждают, что необходимо пить чай без добавления молока, лимона и сахара, поскольку такое сочетание с антиокислителями понижает их действие. Кроме того, холодный чай, доступный для продажи в бутылках, не несёт никакой пользы для зубов, так как тоже обогащён лимонной кислотой и большим количеством сахара, предупреждают специалисты.

Источник: Ami-tass.ru