

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ В ПРИЧИННО – СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЯХ И МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Н.А. Цап, В.И. Чукреев, Ю.В. Потапенко, И.Л. Мельник
Уральская государственная медицинская академия, Детская городская
клиническая больница №9, Екатеринбург, Российская Федерация

Спаечная непроходимость кишечника (СНК) как классика абдоминальной хирургии никогда не утратит своей актуальности. Спайкообразование – один из важнейших факторов патофизиологической защиты организма. В детской хирургии известны случаи и гиперпродуктивной тотальной адгезии петель кишечника, и локальных жестких штрангов, и отсутствия на брюшине каких-либо изменений, несмотря на перенесенные заболевания, травмы, обширные оперативные вмешательства. Доказано, что спайкообразование является прямым следствием индивидуальных особенностей соединительной ткани пациента, степени активности процессов образования коллагена.

За период 2000-2008 г. клиника неотложной хирургии УГМА приобрела опыт лечения 198 детей, поступивших в экстренном порядке с абдоминальным болевым синдромом, с анамнестическими указаниями на перенесенные операции, о чем свидетельствовали рубцы на передней брюшной стенке. Триада классических симптомов СНК: схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, отсутствие стула – отмечена у всех пациентов, но интенсивность, стойкость клинических проявлений имела существенные различия, а на обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 57,6% детей отсутствовали патогномоничные признаки кишечной непроходимости. В этой группе детей назначение спазмолитиков, прокинетики, инфузионной терапии, исключение энтерального питания приводило к полному купированию симптомов непроходимости в течение $4 \pm 1,2$ часа.

В основной группе – 84 ребенка (42,4%) – преобладала поздняя СНК – 70 детей (83,3%), раннюю спаечную непроходимость лечили у 14 больных (16,7%). Кратность предшествующих операций показательна, 1 ребенок оперирован 3 раза, 8 детей (9,5%) оперированы были дважды, и 75 детей (89,3%) имели однократное вмешательство. Структура первоначального интраабдоминального процесса такова: деструктивный аппендицит – 44 (52,4%), аппендикулярный перитонит – 27 (32,1%), инвагинация – 9 (10,7%), повреждения органов – 10 (11,9%), ВПР (гастрошиз, синдром Ледда, атрезия ДПК и тощей кишки, болезнь Гиршпрунга, киста урахуса, диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода с колоэзофагоанастомозом) – 10 (11,9%).

Выбор метода лечения зависел от сроков заболевания, выраженности общих и местных симптомов СНК. Консервативная терапия была эффективна в 33 (39,3%) случаях. Оперативный адгезиолизис выполнен открыто и эндоскопически: лапаротомия у 23 детей (27,4%), лапароскопия – у 28 (33,3%) пациентов. Исходы подразделили на выздоровление – 66 (78,6%) и улучшение – 18 (21,4%) детей.

ПРОТИВОСПАЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.А. Цап, С.Ю. Комарова, И.П. Огарков, П.А. Макаров, О.В. Новоселова,
Н.В. Винокурова, Б.Н. Бисалиев
Уральская государственная медицинская академия, Областная детская
клиническая больница №1, Детская городская клиническая больница №9,
Екатеринбург, Российская Федерация

Медицинская технология «Противоспаечная терапия (ПСТ) у детей» относится к комплексной терапии торможения и/или прекращения формирования внутрибрюшных спаек (антиадгезивная терапия), основана на создании в брюшной полости депо патогенетически воздействующих на формирующуюся в условиях воспаления соединительную ткань (спайки, шварты) лекарственной композиции экстенпорального изготовления, включающую гелевую субстанцию Тизоль (аквакомплекс глицеросольвата титана) и лидазу (на 10 г Тизоля 128УЕ). ПСТ осуществляется сочетанием ультрафонофореза (УФФ) или электродрегинга композиции «Тизоль с лидазой» с тонкослойными аппликациями её 2-3 раза в день на область послеоперационного рубца и прилежащих отделов передней брюшной стенки, 3 курса лечения по 2 недели через 2 недели.

В композиции Тизоль и лидаза потенцируют действие друг друга, позволяют достичь торможения или прекращения спайкообразования. Гидрофильный гель при нанесении на послеоперационные рубцы, на кожу над патологическим очагом быстро и полностью проникает интра- и транскутанно. Под воздействием УФФ или электродрегинга, многократных ежедневных аппликаций эффект внутритканевой диффузии гелевого препарата усиливается, достигается непрерывное воздействие на очаг воспаления, на формирующуюся соединительную ткань в виде спаек.

ПСТ с использованием «Тизоля с лидазой 128УЕ» патогенетически обоснована двойным фармакологическим действием: растворение гиалуроновой кислоты и снижение (ликвидация) воспалительного процесса в брюшной полости как причинного фактора спайкообразования. Лидаза в терапевтически активной концентрации располагается на носителе-проводнике с высокими транскутанными и противовоспалительными свойствами – Тизоле, воздействует на гиалуроновую кислоту в постоянном режиме, что не позволяет ей восстанавливать вязкость. Тизоль и лидаза в композиции достигают патологического очага транскутанно наиболее кратким путем, трансканевая пенетрация геля усиливается посредством УФФ. Алгоритм ПСТ базируется на принципах пролонгирования и повторяемости медикаментозного воздействия.

Методика проведения ПСТ предусматривает непрерывное локальное воздействие соответственно периоду патологоанатомических этапов формирования внутрибрюшных спаек. Безболезненность физио- и аппликационных процедур не вызывают негативной реакции у ребенка. Лекарственная композиция «Тизоль с лидазой» является доступным высокоэкономичным отечественным препаратом, ПСТ характеризуется простотой использования и воспроизводимостью.