

*В. А. ТАРАКАНОВ¹, Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹,
Н. К. БАРОВА², О. А. ТЕРЕЩЕНКО², Н. В. ПЕЛИПЕНКО², А. В. ШАТОВ²*

СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 267-20-91. E-mail: hirurgia@inbox.ru;*

*²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru*

В обзоре представлены сведения о современных методах диагностики спаечной кишечной непроходимости в детском возрасте. Дана краткая характеристика ультразвукового, радионуклидного и рентгеноконтрастного методов исследования, а также рассмотрены возможности применения спиральной компьютерной томографии при непроходимости спаечного генеза. Подробно описаны используемые варианты консервативного и оперативного лечения поздней спаечной кишечной непроходимости.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, диагностика, лечение.

**V. A. TARAKANOV¹, E. G. KOLESNIKOV¹, A. E. STRYKOVSKY¹, V. M. STARCHENKO¹,
V. M. NADGERIEV¹, A. N. LYNIAKA¹, N. K. BAROVA², O. A. TERESCHENKO²,
N. V. PELIPENKO², A. V. SHATOV²**

**STATUS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN
(REVIEW OF LITERATURE)**

*¹Department of surgical diseases of childhood GBOU VPO KubGMU Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (861) 267-20-91. E-mail: hirurgia@inbox.ru;*

*²Children's regional clinical hospital,
Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru*

The survey presents information about modern methods of diagnostics of adhesive intestinal obstruction in children. Brief description of ultrasound, radionuclide and x-ray with contrast agent methods of research, as well as the possibilities of application of the spiral CT in obstruction of commissural genesis. Describes the options used are conservative and operative treatment of adhesive intestinal obstruction later.

Key words: adhesive intestinal obstruction, diagnosis, treatment.

Введение

Лечение спаечной кишечной непроходимости (СКН) продолжает оставаться одной из важных проблем в хирургии. Частота возникновения СКН после перенесенных операций на органах брюшной полости, по данным литературы, колеблется от 25% до 80% [18].

Одной из наиболее частых причин, приводящих к неудовлетворительным результатам лечения больных спаечной кишечной непроходимостью, является несвоевременная диагностика. У 30–40% больных оперативное вмешательство выполняется более чем через 24 часа от момента заболевания, а послеоперационная летальность у этой группы больных достигает 19–20% [24, 32, 52].

В этом аспекте вполне обоснованными являются попытки улучшить методы постановки диагноза, а также найти новые способы, которые могли бы помочь в наиболее краткие сроки распознать спаечную кишечную непроходимость. Благодаря научно-техническому прогрессу в последние годы появляется целая группа новых технологий лучевой диагностики, таких как УЗИ, МРТ, КТ, и т. д. Все это обеспечивает необходимость

серьезной корректировки устоявшихся за многие годы закономерностей и переоценки нынешнего арсенала инструментальных исследований [30].

Исторически сложился алгоритм обследования пациентов, поступающих с подозрением на спаечную непроходимость кишечника, включающий в себя традиционные методы обследования: выявление жалоб, изучение анамнеза, преморбидного фона, объективное обследование, привлечение дополнительных методов [14, 36].

Наибольшее распространение нашли рентгенологические методы исследования ЖКТ [22, 26]. Однако даже в стационарных условиях частота диагностических ошибок составляет 16–34% [22].

В течение многих лет обзорная рентгенография органов брюшной полости является основополагающим методом в диагностике острой кишечной непроходимости. Данный метод позволяет выявить признаки непроходимости кишечника: наличие «чаш Клойбера», пневматоз тонкой кишки, горизонтальные уровни жидкости и т. д. В своих работах Э. А. Береснева (1995; 2004) подчеркивает важность обзорной

рентгенографии брюшной полости, определяя рентгенологические признаки обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости в 76,1% случаев наблюдений. По данным некоторых зарубежных авторов, обзорная рентгенография информативна лишь в 50–60% случаев, в 20–30% изменений не определяется, а в 10–20% случаев изменения тракуются как сомнительные [2, 50].

Рентгеноконтрастное исследование у пациентов осуществляется путем перорального и зондового введения сернокислого бария либо рентгеноконтрастных меток. Данный метод позволяет оценить и документировать пассаж контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту, определить подвижность кишечных петель относительно друг друга, выявить косвенные признаки спаечного процесса (деформации кишки, замедление эвакуации из тех или иных отделов кишечной трубки), визуализировать наличие фиксации кишечника к передней брюшной стенке. Однако, несмотря на повсеместную распространенность данного метода, исследование длительно по времени, а в условиях нарушенной моторной функции желудка и кишки сульфат бария может усугублять явления непроходимости, вызывая в некоторых случаях обструкцию кишки [2, 27, 50].

Радионуклидные методы исследования эвакуаторной функции желудка и пассажа используются в современной медицине как альтернатива контрастирования желудочно-кишечного тракта. На основании результатов скинтиграфии в комплексе с обзорной рентгенографией и УЗИ органов брюшной полости исследование позволяет в 87,5% случаев выбрать тактику консервативного лечения острой непроходимости тонкой кишки [19, 26, 27].

Описанное исследование не является трудоемким, не требует отрыва от лечения и не обладает высокой лучевой нагрузкой, однако, по данным некоторых авторов, в распознавании спаечного процесса методика недостаточно информативна и не нашла пока еще обширного применения в практической медицине [40].

Все большее внимание в последние несколько лет привлекают ультразвуковые методы исследования. Это связано в первую очередь с улучшающимся качеством визуализации органов брюшной полости в результате внедрения аппаратов большей разрешающей способности, обладающих возможностью оценки пристеночного кровотока в кишке, что подтверждается большим количеством работ, опубликованных в периодической печати [4, 42].

Достоверными объективными ультразвуковыми признаками кишечной непроходимости являются следующие: внутрипросветное депонирование жидкости, увеличение диаметра тонкой кишки и утолщение ее стенки, неравномерное газонаполнение, маятникообразное движение химуса в просвете кишечника, визуализация складок Керкринга, наличие свободной жидкости в брюшной полости. К недостаткам данного метода можно отнести низкую проникающую способность в средах, содержащих газ, что особенно актуально в случае развития острой кишечной непроходимости, сопровождающейся метеоризмом [9, 25].

Попытки определить с помощью УЗИ форму непроходимости предпринимались многими авторами, руководствовавшимися косвенными признаками, свидетельствующими о непроходимости: изолированная петля, отсутствие перистальтики, свободная жидкость

в брюшной полости. Но сочетание этих симптомов не всегда свидетельствует о странгуляции, а их наличие соответствует далеко зашедшим случаям [45, 49].

Описаны методики исследования центрального кровотока в брыжеечных сосудах. На основании доплерографии портальной вены и верхней брыжеечной артерии исследователи проводят дифференциальный диагноз между воспалительными изменениями в стенке кишки и кишечной непроходимостью [20, 46].

В периодической печати появляются сообщения о дифференциальной диагностике с помощью УЗИ между механической и динамической непроходимости кишечника с использованием стимуляции кишечника диадинамическими токами Бернара, прозеринном [11, 15, 50].

Внедрение ультразвукового способа картирования сращений позволило не только упростить создание оперативного доступа при лапароскопических вмешательствах, но и свести к нулю число осложнений [35].

Таким образом, ультразвуковая диагностика спаечной кишечной непроходимости является хорошим вспомогательным методом, широко используемым как в России, так и за рубежом. Однако этиологию непроходимости с помощью УЗИ удастся установить довольно редко, поэтому данной методике не суждено заменить КТ в обследовании больных с подозрением на непроходимость [50].

С появлением компьютерной томографии возможности диагностики спаечной кишечной непроходимости значительно расширились. В присутствующих в периодической печати публикациях данной методике обследования пациентов уделяется немалое внимание ввиду ее высокой информативности и скорости получения результатов. Метод более быстр, при этом не требуется приема бария, не зависит от исследователя в отличие от УЗИ, позволяет обнаружить причину неблагополучия в брюшной полости [44, 47, 51, 54].

В настоящее время выделены КТ-признаки, свидетельствующие о кишечной непроходимости: расширение проксимальных отделов тонкой кишки более 2,5 см в диаметре; наличие переходной точки; спавшиеся петли тонкой кишки в дистальных отделах; симптом «нити жемчуга»; симптом тонкокишечных фекалий, отсутствие очевидной причины обтурации [31, 44].

К КТ-исследованию брыжеечных артерий чаще всего приходится прибегать при наличии клинической картины ишемии кишечника. Известно, что при странгуляции выделяют несколько стадий (нарушение венозного оттока, повышение внутрисосудистого давления, снижение перфузии кишечной стенки в результате нарушения артериального притока), которые можно дифференцировать при КТ. В случае странгуляционной кишечной непроходимости чувствительность метода достигает 90% [31, 37].

Метод спиральной КТ с внутривенным контрастным усилением для изучения сосудов брюшной полости не уступает в качестве визуализации селективной ангиографии. Возможность мультипланарной реконструкции зоны интереса позволяет проводить более детальный анализ не только сосудов, но и прилегающих тканей и органов, что немаловажно для планирования объема и вида оперативного вмешательства [10].

Описаны КТ-критерии мезентериальной ишемии, к которым относятся: окклюзия сосуда, симптом «мишени», отсутствие накопления стенкой кишки контрастно-

го вещества, атипичный ход сосудов, пневматизация кишки [46, 50, 53].

Однако, несмотря на очевидный интерес к существующей проблеме диагностики спаечной кишечной непроходимости, данных о применении СКТ с внутривенным усилением при этой патологии у детей мы не встретили.

Таким образом, существующие методы диагностики спаечной кишечной непроходимости во всех ее проявлениях носят разносторонний характер. Для более детального уточнения диагноза требуется, несомненно, индивидуальный подход в каждом конкретном случае заболевания.

Известные методы лечения пациентов со спаечной кишечной непроходимостью делятся на две большие группы: консервативные мероприятия и оперативное вмешательство. Выбор метода лечения зависит от формы заболевания, которая определяется с учетом клинко-anamnestических данных и сроков возникновения клинических проявлений. Совершенно очевидно, что приоритетными в попытке разрешить непроходимость являются консервативные мероприятия, так как любое оперативное вмешательство влечет за собой еще большее образование спаек [3, 7, 41].

В доступной литературе дается подробное описание консервативных мер, которые должны быть использованы при поступлении больного с СКН [17, 34]. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта позволяет снизить внутрипросветное давление, осуществить механическое удаление токсичных веществ. Наиболее часто применимой считается назогастральная интубация. В последнее время появляются сообщения об эндоскопической назогастроинтестинальной интубации. Так, Т. П. Гурчумелидзе, Н. А. Карасев и соавт., применяя данную методику в комплексном лечении послеоперационной кишечной непроходимости, отмечают ее высокую эффективность.

Инфузионная терапия с компонентами из расчета суточной физиологической потребности организма с учетом патологических потерь и суточного диуреза направлена на восполнение ОЦК, коррекцию электролитных нарушений. Использование медикаментозной и электрической стимуляции кишечника после восполнения дефицита электролитов и объема циркулирующей жидкости способствует устранению явлений пареза и ведет к восстановлению моторно-эвакуаторной функции. Применение гипертонических клизм позволяет как осуществлять механическую очистку кишечной трубки, так и стимулировать моторную деятельность кишки. Наличие положительной динамики в течение 2–4 часов с момента начала терапии диктует необходимость продолжения динамического наблюдения и консервативного лечения. Данный алгоритм мероприятий дает положительный эффект, по разным данным литературы, в 35,9–54,5% случаев [13, 21, 36].

Согласно библиографическим данным последнего времени, назначение стартовой терапии у таких больных должно быть обосновано позициями патогенеза синдрома энтеральной недостаточности. Под синдромом кишечной недостаточности понимают нарушение полостного и пристеночного пищеварения вследствие длительного угнетения моторики кишки, исключение ее из межленточного обмена, морфологические изменения стенки кишки, что ведет, в свою очередь, к нарушению проницаемости кишечного барьера, транслокации микробов в брюшную полость и сосудистое русло.

В данной ситуации нарастают явления эндотоксикоза, присоединяются инфекционные осложнения, прогрессирует иммунодефицит, что приводит к развитию полиорганной недостаточности и возможному летальному исходу. Естественно, в далеко зашедших случаях либо в условиях странгуляционной кишечной непроходимости потребуются экстренное хирургическое вмешательство, после которого целесообразно продолжение комплексной терапии с учетом вышеописанных патогенетических звеньев [29, 33, 39, 41].

В настоящее время арсенал оперативных методов лечения спаечной кишечной непроходимости достаточно широк. Хирургическое вмешательство выполняется с использованием эндовидеохирургической техники или путем лапаротомии. Операция заключается в восстановлении кишечной проходности путем устранения спаечной деформации кишечника, рассечения штранга, резекции некротизированной петли кишечника с наложением межкишечного анастомоза, либо выведением кишечной стомы, или, в случае вовлечения большого конгломерата кишечных петель в патологический процесс, наложением обходных анастомозов [23, 38, 40].

Приоритетными при спаечной непроходимости являются мини-инвазивные методы вмешательств. Об успешном эндовидеохирургическом разделении спаек, преимуществах данного метода в литературе представлены сообщения Е. И. Финкельсоном и О. Д. Гранниковым (1980), Ю. Ф. Исаковым, Э. А. Степановым, А. Ф. Дроновым (1985), А. М. Шулутко, Ф. Н. Насировым (2006). Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения спаечной кишечной непроходимости традиционными оперативными вмешательствами и с помощью лапароскопии, по данным В. М. Тимербулатова и соавт. (2002), показал, что использование традиционных методик (лапаротомия) приводит к хорошим результатам в 46,9% случаев, а использование мини-инвазивного вмешательства – в 66,7%.

Ввиду меньшего риска развития спаечного процесса, снижения частоты осложнений, летальности и сокращения сроков послеоперационного периода видеолaparоскопические вмешательства при СКН по праву занимают ведущие позиции [1, 43].

До настоящего времени вопросы о показаниях и противопоказаниях к эндовидеохирургическим операциям при данной патологии органов брюшной полости являются дискуссионными. Противопоказанием к проведению лапароскопического вмешательства, по данным разных авторов, может быть диагностированный на дооперационном этапе некроз кишки, заведомо имеющиеся данные о тотальном спаечном процессе в брюшной полости, резкое увеличение диаметра кишки, сочетание с узлообразованием [6, 8, 12].

Однако оперативное вмешательство, как бы прекрасно оно не было выполнено, не всегда приводит к выздоровлению. Патогенетическое лечение синдрома энтеральной недостаточности, инициированного в момент развития непроходимости, диктует необходимость продолжения интенсивной терапии в послеоперационном периоде. В этом случае целесообразным видится осуществление продленной декомпрессии желудочно-кишечного тракта, внутрикишечной детоксикации, применение энтеросорбции и энтерального питания, этиотропная антибактериальная терапия, коррекция метаболических расстройств, медикаментозная и электростимуляция моторики кишечника,

использование системной энзимотерапии, продленной эпидуральной блокады и гипербарической оксигенации [1, 5, 28].

Многообразие описанных в литературе диагностических методов, используемых для распознавания СКН, и неудовлетворенность полученными результатами вследствие диагностического поиска диктуют необходимость детализации алгоритма обследования пациентов с подозрением на спаечную кишечную непроходимость.

Ликвидация как самой спаечной кишечной непроходимости, так и ее проявлений в настоящее время является сложнейшей и актуальнейшей задачей. Комбинации известных способов лечения не всегда удовлетворяют хирургов, что требует дальнейшего совершенствования программ лечения больных со спаечной непроходимостью кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев Э. Г., Феденко В. В., Александров А. И.* Адгезиолизис под видеоконтролем в экстренной и плановой хирургии спаечной болезни органов брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 3. – С. 13–15.
2. *Алиев С. А.* Особенности диагностики и хирургической тактики при спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 1994. – № 2. – С. 13–17.
3. *Андрейцев И. Л.* Отдаленные результаты лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости различными хирургическими доступами // Материалы пленума правл. Рос. ассоц. эндоскопической хирургии и межрегион. конф. хирургов. – Краснодар, 2002. – С. 12–13.
4. *Бабкова И. В., Мишукова Л. Б., Ларичев С. Е.* Ультразвуковая диагностика нарушения внутрисстеночного кровотока при острой тонкокишечной непроходимости с помощью доплерографии // Мед. визуализация. – 2000. – № 3. – С. 5–9.
5. *Баиров Г. А.* Срочная хирургия у детей: Рук. для врачей. – СПб: Питер-пресс, 1997. – 462 с.
6. *Баранов Г. А., Парунов С. И.* Лапароскопический адгезиолизис: перспективы применения в хирургии кишечника: Тез. докл. 4-го Всерос. съезда по эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 2. – С. 8–9.
7. *Бебуришвили А. Г.* Спаечная болезнь брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 1. – С. 51–64.
8. *Берелавичус С. В.* Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 5. – С. 47–50.
9. *Буянов В. М., Маскин С. С., Дорошев И. А.* Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости // Вестн. хирургии. – 1999. – № 4. – С. 109–112.
10. *Верзакова И. В., Давлетов Р. Г., Сайфуллина Э. И.* Лучевая диагностика брюшной аорты и ее висцеральных ветвей при синдроме ишемической болезни кишечника // Мед. визуализация. – 2006. – № 6. – С. 70–72.
11. *Дворяковский И. В., Беляева О. А.* Ультразвуковая диагностика в детской хирургии. – М.: Профит, 1997. – С. 177–179, С. 180–181.
12. *Дронов А. Ф., Поддубный И. В.* Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 6. – С. 43–48.
13. *Ермолов А. С.* Острая тонкокишечная непроходимость. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тез. докл. Всерос. конф. хирургов. – Пятигорск, 1997. – С. 77–79.
14. *Ерьюхин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д.* Кишечная непроходимость: Рук. для врачей. – СПб: Питер, 1999. – 448 с.
15. *Завадовская В. Д.* Ультразвуковая диагностика кишечной непроходимости // Мед. визуализация. – 2005. – № 4. – С. 76–83.
16. *Иванова М. Н.* Профилактика, диагностика и лечение спаечного процесса брюшной полости у детей // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 67–69.
17. *Исаков Ю. Ф.* Хирургические болезни детей: Учеб. для студ. мед. вузов. – М.: Медицина, 1993. – 650 с.
18. *Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф.* Диагностика и лечение спаечной непроходимости у детей // Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 3–7.
19. *Карпенко А. К.* Дуплексное сканирование магистральных артерий с контрастным усилением у детей // Мед. визуализация. – 1999. – № 3. – С. 61–63.
20. *Кирковский В. В.* Коррекция интраинтестинального статуса у больных с распространенным перитонитом // Хирургия. – 2000. – № 9. – С. 11–15.
21. *Королюк И. П., Поляруш Н. Ф.* Современные рентгеноконтрастные методы исследования в диагностике спаечной деформации тонкой кишки // Мед. визуализация. – 2005. – № 1. – С. 73–81.
22. *Кригер А. Г., Андрейцев И. Л., Воскресенский П. К.* Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим методом // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 1. – С. 41–45.
23. *Кригер А. Г.* Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 25–29.
24. *Кригер А. Г., Андрейцев И. Л., Макарова Е. Е.* Лапароскопия и ультразвуковая диагностика при эндохирургическом лечении редких вариантов тонкокишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 5. – С. 57–59.
25. *Леонович А. Б.* Диагностика заболеваний тонкой кишки с помощью СКТ-энтерографии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 5. – С. 95.
26. *Кудряшова Н. Е., Пахомова Г. В., Лебедев А. Г.* Радионуклидная оценка эвакуаторной функции желудка и пассажа по кишечнику при острой непроходимости тонкой кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 4. – С. 37–43.
27. *Курбонов К. М., Гулов М. К., Нурназаров И. Г.* Комплексная диагностика и хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. хирургии. – 2006. – № 3. – С. 54–57.
28. *Лубянский В. Г., Алиев А. Р., Черненко В. Ф.* Коррекция энтеральной недостаточности с использованием ФИШант-С в комплексном хирургическом лечении больных распространенным послеоперационным перитонитом // Анналы хирургии. – 2005. – № 5. – С. 43–45.
29. *Портной Л. М., Легостаева Т. Б., Кириллова Н. Ю.* Роль и место ультразвуковой диагностики острой кишечной непроходимости // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2003. – № 4. – С. 4–15.
30. *Прокоп М.* Спиральная и многослойная компьютерная томография. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 381 с.
31. *Романов Э. И.* Причины летальных исходов при острой спаечной кишечной непроходимости // Вестн. хирургии. – 1998. – Т. 157. № 1. – С. 57–60.
32. *Савельев В. С.* Дисметаболические последствия синдрома кишечной недостаточности в абдоминальной хирургии // Анналы хирургии. – 2005. – № 6. – С. 46–54.
33. *Салимов Ш. Т.* Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей // Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 15–17.
34. *Старков Ю. Г.* Ультразвуковое картирование висцеропаритетальных сращений брюшины перед лапароскопическими операциями // Мед. визуализация. – 2002. – № 4. – С. 22–26.
35. *Тараканов В. А., Старченко В. М., Надгериев В. М.* Диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости у детей // Неотложная хирургия органов брюшной полости: Материалы науч.-практ. конф. – Краснодар, 1994. – С. 101–103.
36. *Терновой С. К., Синицын В. Е.* Спиральная компьютерная и электронно-лучевая ангиография. – М.: Видар, 1998. – С. 72–73.

37. Тимербулатов В. М. Влияние малоинвазивных методов на результаты хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости: Тез. докл. 5-го Всерос. съезда по эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 3. – С. 76.
38. Филимонов М. И. Выбор режима зондовой энтеральной детоксикации в неотложной абдоминальной хирургии // Анналы хирургии. – 1998. – № 1. – С. 39–43.
39. Ходос Г. В. Лапароскопические технологии в лечении острой спаечной кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 4. – С. 36–43.
40. Чернов В. Н. Портальная и системная бактериемия как проявление функциональной недостаточности энтерального барьера при острой непроходимости кишечника // Вестн. хирургии. – 1998. – Т. 157. № 4. – С. 46–49.
41. Шулуто А. М., Насиров Ф. Н., Натрошвили А. Г. Видеолапароскопия в комплексном хирургическом лечении механической непроходимости тонкой кишки // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 30–33.
42. Vecmeur F., Besson R. Treatment of small bowel obstruction by laparoscopy in children – multicentric study // Eur. j. pediat. surg. – 1998. – V. 8. № 6. – P. 343–346.
43. Burkill G., Bell G., Healy J. Small bowel obstruction: the role of computed tomography in its diagnosis and management with reference to other imaging modalities // Eur. radiol. – 2001. – Vol. 174. – P. 993–998.
44. Cozza S. Ileal occlusion with strangulation: importance of ultrasonography findings of the dilated loop with intraluminal fluid-fluid resulting from sedimentation // Radiol. med. (Torino). – 1996. – V. 92. – P. 394–397.
45. Frager O. Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography // Abdom. Imaging. – 1998. – V. 23. № 2. – P. 141–146.
46. Herlihger H. Small bowel obstruction / H. Herlihger, S. E. Rubesin, J. B. Norris // Textbook of gastrointestinal radiology / Ed. by R. Gore, M. S. Levin. – Philadelphia: Saunders, 2000. – V. 1. – P. 815–837.
47. Maglinte D. D. Reliability and role of plain film radiography and CT in the diagnosis of small-bowel obstruction / D. D. Maglinte (et al.) // Am. j. roentgenol. – 1996. – V. 167. № 6. – P. 1451–1455.
48. Ogata M. Abdominal ultrasonography for the diagnosis of strangulation in small bowel obstruction // Br. j. surg. – 1994. – V. 81. – P. 421–424.
49. Schima W. Механическая кишечная непроходимость – алгоритм диагностики и дифференциальный диагноз // Мед. визуализация. – 2004. – № 1. – С. 78–87.
50. Schima W. Острый живот: значение мультidetекторной компьютерной томографии // Мед. визуализация. – 2006. – № 5. – С. 29–39.
51. Schmutz G.R. Small bowel obstruction: role and contribution of sonography // Eur. radiol. – 1997. – V. 7. № 7. – P. 1054–1058.
52. Taourel P. G. Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT / P. G. Taourel (et al.) // Radiology. – 1996. – V. 199. № 3. – P. 632–636.
53. Zuckier L. S., Freeman L. M. Selective role of nuclear medicine in evaluating the acute abdomen // Radiol. north. am. – 2003. – V. 41. № 6. – P. 1275–1278.

Поступила 30.10.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹, О. А. ТЕРЕЩЕНКО²,
Н. К. БАРОВА², Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹, М. А. ЛУНЯКА¹**

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (905) 470-02-64. E-mail: lan137@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

В работе представлен анализ лечения 108 детей с различными формами спаечной непроходимости кишечника. В основу лечения положен дифференцированный подход в выборе оперативного или консервативного метода лечения в зависимости от формы заболевания, клинических особенностей течения и эффективности проводимых консервативных мероприятий. Указанный принцип в выборе тактики позволил значительно снизить количество возможных напрасных операций и их осложнений, избежать летальности, существенно снизить риск релапаротомий. Используемая в клинической практике комплексная программа реабилитации и профилактики спаечной непроходимости позволила значительно уменьшить количество рецидивов заболевания.

Ключевые слова: спаечная непроходимость кишечника, лечение, профилактика, дети.

**V. A. TARAKANOV¹, A. N. LUNYAKA¹, A. E. STRUKOVSKY¹, V. M. STARCHENKO¹, V. M. NADGERIEV¹,
O. A. TERESCHENKO², N. K. BAROVA², E. G. KOLESNIKOV¹, M. A. LUNYAKA¹**

**QUESTIONS OF TREATMENT TACTICS, REHABILITATIONS AND PREVENTIVE MAINTENANCES
OF ADHESIVE OF INTESTINES AT CHILDREN**

¹Chaise of surgical disease childhood SBI of HI KSMU health Ministry of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (905) 470-0264. E-mail: lan137@mail.ru;

²Children's regional clinical hospital, Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru