

37. Тимебулатов 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., Напрошвили А. Г. Видеолапароскопия в комплексном хирургическом лечении механической непроходимости тонкой кишки // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 30–33.
42. Becmeur 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. Herlihy H. Small bowel obstruction / H. Herlihy, 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. СТРУКОВСКИЙ¹,
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

¹Chair 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

In article analyzes experience of treatment of 108 children with various forms of adhesive impassability of intestines is presented. The differentiated approach is put in a treatment basis in a choice of operative or conservative methods of treatment depending on the form of disease, clinical features of a current and efficiency of spent conservative actions. The specified principle in tactics choice has allowed to lower considerably quantity of possible vain operations and their complications, to avoid a lethality, it is essential to lower risk reoperations. The complex program of rehabilitation used in clinical practice and preventive maintenance of adhesive impassability has allowed to reduce quantity of relapses of disease considerably.

Key words: adhesive impassability of intestines, treatment, preventive maintenance, children.

Введение

Несмотря на то что длительность изучения проблемы спаечной непроходимости кишечника (СНК) соответствует всей истории развития абдоминальной хирургии, она остаётся весьма актуальной и в настоящее время [2, 3, 5, 6, 8]. Вопросы диагностики, лечебной тактики, реабилитации и профилактики этого грозного осложнения операций на органах брюшной полости вновь и вновь становятся предметом изучения и дискуссий и до сих пор остаются в центре внимания исследователей и практических врачей [1, 2, 4, 5, 8]. Проблема касается не только взрослых пациентов, но остаётся весьма острой и в хирургии детского возраста.

Актуальность и нерешённость вопросов СНК у детей обусловлены высокой частотой встречаемости патологии, склонностью к рецидивирующему течению (до 7–10%), высоким уровнем осложнений и летальности (до 31,5–40%). По имеющимся литературным данным, спайкообразование с непроходимостью наиболее часто в детском возрасте развиваются после аппендэктомий (до 37,5%), операций по устранению обтурационной непроходимости (до 22,9%), колопроктологических операций (до 10%) [2, 4, 5, 7, 8]. Любое оперативное вмешательство на органах брюшной полости сопровождается развитием спаечного процесса той или иной степени выраженности. СНК является полиэтиологичным заболеванием, существует много причин, инициирующих процесс спайкообразования. К ним относятся механическое травмирование кишечника, агрессивное влияние на кишечную стенку некоторых экзогенных химических реагентов, воспалительные заболевания органов брюшной полости, парез кишечника и некоторые другие факторы. Учёт вышеуказанных факторов лежит в основе патогенетического подхода к лечению и профилактике спаечной болезни [2, 3, 4, 6].

Спаечный процесс нередко вызывает деформацию кишечной трубки с развитием непроходимости пищеварительного тракта. При этом СНК является одним из наиболее грозных осложнений послеоперационного периода, так как запоздалая диагностика и несвоевременно оказанное или неверно избранное лечение могут приводить к некрозам кишки за счёт развития странгуляции последней. Своевременная диагностика и правильно выбранная лечебная тактика в зависимости от вида СНК имеют решающее значение в исходах заболевания, а комплексный подход к реабилитации и профилактике патологии обуславливает положительный прогноз и отсутствие рецидивов [1, 2, 4, 5, 7, 8].

Целью проведённого исследования явились оптимизация диагностики и выработка рациональной хирургической тактики при СНК у детей, разработка комплексного подхода к реабилитации и профилактике заболевания.

Материалы и методы исследования

За период с 2005 г. в клинике детской хирургии находилось 108 детей с различными формами спаечной непроходимости кишечника. Среди них 18 больных с ранней и 90 – с поздней формами непроходимости. Возраст пациентов варьировал от 2 до 16 лет. Больные поступали в различные сроки от развития клиники заболевания (от 1,5 до 12 часов).

Диагностика базировалась на клинических признаках и данных рентгенологического обследования (обзорная рентгенография живота вертикально в прямой проекции), в отдельных случаях для обследования использовались возможности КТ- и УЗИ-диагностики. Нарбатываемый в клинике опыт использования КТ и УЗИ в ранней диагностике непроходимости кишечника раскрывает определённые перспективы данных методов.

Используемые методы лечения состояли из консервативных мероприятий или оперативного пособия (лапаротомия с висцеролизом и адгезиолизом либо лапароскопическое устранение непроходимости кишечника). Консервативное лечение включало в себя следующий комплекс: декомпрессия ЖКТ, отмена перорального кормления, инфузионная терапия с коррекцией уровня калия и электролитных нарушений, медикаментозная стимуляция кишечника, клизмы, электростимуляция кишечника аппаратом «Эндотон» (по показаниям). Критерием к выбору того или иного метода лечения служили форма спаечной непроходимости, а также особенности её клинических проявлений и острота течения. Для этого используем общепринятую в детской хирургии классификацию, предложенную Ю. Ф. Исаковым (1990), выделяющую в поздней СНК по течению подострую, острую и сверхострую формы.

Консервативные мероприятия служили стартовым лечением у всех пациентов с ранней формой и у больных с подострым течением поздней формы спаечной непроходимости. В качестве контроля эффективности консервативного разрешения непроходимости кишечника служило рентгеноконтрастное исследование пассажа по пищеварительному тракту.

В дальнейшем тактика у этих детей определялась клинической эффективностью проводимого лечения – при безуспешности консервативных мероприятий в течение 2–3 часов, либо обострении клинических проявлений на фоне стимуляции кишечника решался вопрос об оперативном вмешательстве. У пациентов с острой и сверхострой формами поздней спаечной непроходимости выставлялись показания к экстренному вмешательству сразу при поступлении.

Большое значение в клинике уделяется вопросам профилактики спаечной болезни. Интраоперационная профилактика заключается в максимально щадящем отношении к тканям брюшной полости. В послеоперационном периоде основной целью профилактики явля-

ются быстрейшее купирование воспаления в брюшной полости, минимизация времени стояния дренажей в брюшной полости. Разработанный в клинике комплекс противоспаечного восстановительного лечения включает в себя регламентацию диеты, курсы противовоспалочного физиолечения, диспансерное наблюдение за больными. Основными задачами восстановительного лечения и профилактики спаечного процесса в брюшной полости являются обеспечение адекватной моторики кишечника, исключаяющей длительный копростаз, рассасывание внутрибрюшных сращений и укрепление мышц передней брюшной стенки. Важнейшее место принадлежит соблюдению принципа дробного приёма пищи малыми порциями (4–5 раз в сутки) с исключением длительных голодных промежутков в течение дня, способствующих развитию пареза кишечника. Следует избегать плохо перевариваемой, склонной к разбуханию в просвете кишечника пищи (грубые овощи, орехи, сухофрукты и т. д.). Целесообразно назначение ферментов (фестал, панкреатин, панзинорм и т. д.). Проводится контроль регулярности стула. Проведение противоспаечной терапии предусматривает в течение года не менее четырех курсов физиолечения с интервалом между ними в полтора-два месяца. Курс ФТЛ начинаем уже на стационарном этапе лечения, он обычно включает в себя УВЧ № 5–7, электрофорез с йодистым калием № 15, фонофорез с гидрокортизоном № 15, парафиновые или озокеритовые аппликации на переднюю брюшную стенку № 10. По возможности один или два раза в год рекомендуется курс бальнеотерапии или грязелечения. Целесообразно проведение ЛФК, направленное на укрепление мышц передней брюшной стенки.

В последние годы в комплексную программу реабилитации и профилактики СНК включаем препарат «лонгидаза 3000 МЕ». Препарат назначается внутримышечно с интервалом в 2 дня, курс составляет 5 инъекций. Обладая ферментативной протеолитической (гиалуронидазной) активностью, хелатирующими и противовоспалительными свойствами, лонгидаза 3000 МЕ помимо этого оказывает иммуномодулирующее, детоксицирующее и антиоксидантное действие. Препарат обладает не только способностью деполимеризовать матрикс соединительной ткани в фиброзно-гранулематозных образованиях, но и подавлять обратную (регуляторную) реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани.

Результаты исследования

Усилия, направленные на своевременную диагностику, и дифференциальный подход в выборе тактики и метода разрешения спаечной непроходимости кишечника позволили добиться хороших результатов в лечении данного контингента больных детей. Из обще-

го числа больных оперировано всего 43 человека (из них 11 – лапароскопически): 5 детей с ранней формой и 38 детей с поздней формой спаечной непроходимости кишечника. Релапаротомия потребовалась лишь в 2 случаях. Некрозов кишки или других хирургических осложнений за указанный период среди больных не наблюдалось.

Все больные после выписки из стационара получали комплексную противоспаечную реабилитацию по отработанной схеме и состояли на диспансерном учёте в течение 3 лет. Среди наблюдаемых нами детей рецидивы спаечной непроходимости отмечались лишь у 5 больных.

Летальных исходов среди оперированных и пролеченных наблюдаемых пациентов не было.

Обсуждение

Результаты лечения детей со спаечной непроходимостью кишечника и дальнейший прогноз определяются своевременностью диагностики заболевания, организацией оказания лечебной помощи и правильным выбором метода лечения при соблюдении основных принципов его проведения. Возможности лапароскопической хирургии расширяют перспективы малоинвазивного подхода в лечении данной патологии. Большое значение для отдалённых результатов имеет комплексный подход к противоспаечной реабилитации и профилактике, позволяющий существенно снизить число рецидивов заболевания и обеспечить стойкое восстановление функции пищеварительного тракта у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Особенности диагностики и хирургической тактики при спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 1994. – № 2. – С. 13–17.
2. Гринев М. В., Курыгин А. А., Ханевич М. Д. Острая кишечная непроходимость как проблема неотложной хирургии // Вестн. хирургии. – 1992. – № 5. – С. 130–138.
3. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь: Учеб. для студентов мед. вузов. – М., 1989. – 30 с.
4. Иванова М. Н., Коновалов А. К., Сергеев А. В. Профилактика, диагностика и лечение спаечного процесса брюшной полости у детей // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 67–69.
5. Нейков Г. Н. О послеоперационной спаечной непроходимости у детей // Детская хирургия. – 1999. – № 1. – С. 12–14.
6. Симонян К. С. Спаечная болезнь: Учеб. для студентов мед. вузов. – М., 1966. – 274 с.
7. Томашук И. П., Беломар И. Д., Отурин Е. П. Ранняя спаечная непроходимость кишечника. – Киев, 1991. – 19 с.
8. Menzies D. Postoperative adhesions: their treatment and relevance in clinical practice // An. R col. surg. engl. – 1993. – № 75. – P. 17–153.

Поступила 13.11.2012