

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аверин В. И., Черевко В. М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Свирский А. А., Махлин А. М., Силина Е. В.

*Республиканский научно-практический центр
детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Острая поздняя спаечная кишечная непроходимость (ПСКН) у детей составляет от 25 до 42 % среди приобретенной кишечной непроходимости. Несмотря на постоянное усовершенствование методов диагностики, консервативного и хирургического лечения рецидив спаечной непроходимости встречается от 7 до 36,8 %, а летальность составляет от 2,1 % до 15 %.

Цель. Оценить результаты хирургического лечения острой ПСКН лапароскопическим методом.

Материалы и методы. В РНПЦ детской хирургии с 1994 по 2015 год оперировано с применением лапароскопической техники 223 пациента с ПСКН. Наиболее частой причиной непроходимости являлись ранее перенесенные операции по поводу острого аппендицита и его осложнений, которые отмечены в анамнезе у 180 пациентов (80,7 %). Это обстоятельство связано с тем, что аппендэктомия является самым частым экстренным оперативным вмешательством у детей.

По срокам возникновения после операции от 1 до 6 месяцев ПСКН наблюдалась у 93 (41,7 %) пациентов, у 32 (14,3 %) – от 6 месяцев до одного года, у 29 (13,0 %) детей – от одного до двух лет, у 24 (10,8 %) – от 2 до 5 лет, и после пяти лет – у 45 (20,2 %) пациентов.

Результаты и обсуждение. Лечение детей при поступлении с явлениями ПСКН начинали с консервативных мероприятий, за исключением сверхострой формы, обусловленной странгуляцией, или при наличии клиники перитонита при позднем поступлении больных. Консервативная терапия проводилась в течение 3–4 часов и позволила ликвидировать кишечную непроходимость у 107 пациентов (47,9 %). Всем этим детям было выполнено лапароскопическое разведение спаек через 5–7 дней после купирования явлений непроходимости, не выписывая их из стационара.

Отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения являлось показанием к экстренной операции, так как применение неоправданно длительных консервативных мероприятий у этой группы больных приводит к невозможности выполнения лапароскопии из-за нарастающего вздутия живота.

Оперативное вмешательство начинали с наложения пневмоперитонеума в максимально удаленной от послеоперационного рубца точке – чаще в левом подреберье. К открытому заведению первого оптического троакара прибегали при наличии на передней брюшной стенке множества рубцов или в случаях, когда отмечался выраженный парез кишечника. Противопоказанием для выполнения лапароскопии являлось резкое вздутие живота на фоне выраженного пареза, что делало технически невозможным выполнение лапароскопии.

У 159 (71,3 %) пациентов причиной непроходимости были единичные спайки, либо не распространенный спаечный процесс, занимавший не более 2 анатомических областей, поэтому длительность операции составляла от 15 до 40 минут. У остальных 28,7 % больных спаечный процесс был более выражен, достигал 3–4 степени (классификация О. И. Блинникова), и продолжительность операции доходила, в отдельных случаях до 4 часов. В 5 случаях – при спаечном процессе 4 степени и технических трудностях мы были вынуждены отказаться от лапароскопической операции и выполнить лапаротомию. У 7 больных переход на лапаротомию был вызван некрозом ущемленной кишки и еще у 3 больных – перфорацией кишки, произошедшей на этапе освоения техники. Таким образом, ликвидация ПСКН лапароскопическим методом стала возможной у 208 детей (93,2 %).

При спаечном процессе 1–2 степени послеоперационный период у детей протекал легко. Через 6 часов после операции больные начинали ходить, а через 24 часа разрешалось питание с исключением овощей и фруктов. На амбулаторное лечение пациенты выписывались через 3–4 суток после операции. Больных с 3–4 степенью спаечного процесса после операции переводили в отделение интенсивной терапии, где проводилась корректирующая инфузионная терапия, стимуляция перистальтики кишечника, антибиотикотерапия (обычно цефалоспорины II–III поколения) курсом от 7 до 10 дней. После восстановления перистальтики, обычно 2–3 сутки, дети переводились в хирургическое отделение. Спустя 7–10 суток после операции таких больных выписывали домой. Все дети, лечившиеся в нашей клинике с острой ПСКН, выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения. У одного ребенка на 3 сутки после операции возникли 2 стрессовые язвы вне зоны разделения спаек, что потребовало выполнение лапаротомии для ликвидации перитонита и ушивания язв. Рецидив СКН в первые 5 суток после операции наступил у 6 детей (2,7 %), что потребовало выполнения у 2 детей повторной лапароскопии, а еще у 4 была выполнена лапаротомия и шинирование кишечника на трубке для профилактики СКН.

Отмечено повторное поступление в стационар 3 (1,34 %) больных, оперированных с применением лапароскопии по поводу ПСКН.

Выводы.

1. Применение лапароскопии в лечении детей с острой ПСКН позволило изменить тактику ведения этих больных при поступлении в стационар.

2. Своевременное лапароскопическое вмешательство является оптимальным при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у детей.

3. Результаты, полученные при лечении детей с ОПСКН с применением лапароскопии позволяют рекомендовать этот метод к широкому применению в практике детских хирургических отделений.