

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Никифоров А. Н., Дегтярев Ю. Г.

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

Введение. В детской колопроктологии осложнения могут возникать на любом этапе лечения, прогноз их непредсказуем. Для их ликвида-

ции необходимо проведение дополнительной операции, причем лечение осложненной является более сложной проблемой, чем первичное вмешательство. Количество операций по ликвидации осложнений у одного ребенка состояло от 1 до 7 и зависело от вида порока, тяжести осложнений.

Цель. Провести анализ лечения пациентов с аноректальными пороками развития, которые имели осложнения после плановых этапов операции: энтеро- и колостомии, закрытия стомы, и перенесли повторные операции, ликвидирующие эти осложнения.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 525 пациентов (М/Д=294/231) с ВПР АРО, находившихся на лечении в ДХЦ 1ГКБ с 1970 по 2014 г. в возрасте от 1 суток до 18 лет. Из них 120 (22,8 %) были подвергнуты повторным операциям.

Результаты и обсуждение. Кишечная непроходимость отмечена у 12 (2,3 %) пациентов. Непроходимость возникла после заключительного этапа операции – закрытия колостомы или энтеростомы. В 5 случаях в раннем и в 5 в позднем послеоперационном периоде наблюдали непроходимость, вследствие образования спаек по «типу двустволок». Для разрешения осложнений в 7 случаях была выполнена лапаротомия, в 3 – лапароскопия, при которой обнаружены «спаянные» в виде «двухстволок» петли тонкой кишки. Непроходимость устранена лапароскопически. В одном случае при лапароскопии потребовалась конверсия в связи с выявленной перфорацией сигмовидной кишки. В двух случаях в послеоперационном периоде диагностирована тонко-тонкокишечная инвагинация. У двух пациентов после операций СБПП причиной были послеоперационные дефекты брыжейки толстой кишки, что обусловило вхождение в имеющееся «окно» петель тонкой кишки. Пациенты подверглись лапаротомии с ликвидацией непроходимости. Выздоровление наступило во всех случаях.

Нерешенным являлся вопрос закрытия колостом при массивном спаечном процессе, которому предшествовали несколько операций, либо перитонит, – на каком расстоянии мобилизовать приводящие и отводящие участки анастомозируемых концов кишки? Достаточно ли мобилизация 20–25 см для приводящей и отводящей петли или необходимо выполнять адгезиолизис и мобилизацию тонкой кишки полностью от связки Трейца до илеоцекального угла.

Для ответа на этот вопрос был проведен анализ 15 операций в период с 2000 по 2014 г. по поводу закрытия колостом пациентам, перенесшим 3 и более операций вследствие осложнений при первичной колостомии. Во всех случаях осложнения сопровождались развитием перитонита.

Первую группу составили 8 пациентов. В этих случаях при закрытии колостомы в условиях массивного спаечного процесса выполнялся адгезиолизис тонкой кишки от связки Трейца до илеоцекального угла. Во 2 группу вошли 7 пациентов, когда хирурги ограничились лишь частичной мобилизацией приводящего и отводящего отрезков толстой или тонкой кишки без общего адгезиолизиса. В первой группе пациентов осложнений не было. Во второй группе возникли осложнения у двух пациентов в виде тонкокишеч-

ной спаечной непроходимости. Для проверки статистической гипотезы о независимости распределения признаков «Метод лечения» («Полный адгезиолизис» и «Частичный адгезиолизис») и «Наличие непроходимости» использован точный критерий Фишера (односторонний $p = 0,0131$, двусторонний $p = 0,0097$). Вероятность непроходимости после полного адгезиолизиса ОШ – 0 оказалась значительно меньшей, чем в группе детей после частичного адгезиолизиса ОШ – 0,39 ($p < 0,05$).

Особую техническую проблему вызывал выраженный спаечный процесс между петлями кишки и печенью в правом подреберье. Часто требовалось расширение раны для лучшей визуализации и мобилизации кишки для создания достаточного, удобного разреза. Поэтому разрез сразу должен быть достаточным для хорошей визуализации и доступности операции.

Выводы. При массивном спаечном процессе операции по поводу закрытия стом необходимо выполнять с полным адгезиолизисом тонкой кишки от связки Трейца до илеоцекального угла.

Для ликвидации непроходимости в настоящее время существенное значение имеют лапароскопические методы адгезиолизиса как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде.