

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Х.А.АКИЛОВ, А.А.АБДУРАХМАНОВ, Х.П.АЛИМОВА, Э.А.ЛИ,
Н.А.МИХАЙЛЮК, Ш.Б.ИСАБАЕВ

Use of laparoscopy at acute adhesive intestinal impassability at children

H.A.AKILOV, A.A.ABDURAHMANOV, H.P.ALIMOVA, E.A.LEE, N.A.MIHAILYUK,
S.B.ISABAEV

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Под наблюдением находились 47 больных детей с острой спаечной кишечной непроходимостью. На фоне консервативного лечения явления непроходимости разрешились у 27 больных, которые выписаны без операции. Из оперированных 20 детей 8 произведена традиционная лапаротомия, из них у 2 выполнена резекция участка тонкой кишки из-за необратимых изменений стенки кишки. 12 больным операция начата лапароскопическим путем, из них у 9 больных она завершена лапароскопически: лапароскопический адгезиолизис произведен 6 больным, 3-м проведено рассечение шпанга. Сделан вывод, что применение лапароскопических методов лечения при ОСКН у детей является одним из перспективных направлений в хирургии.

At our clinic we observed 47 children with acute adhesive intestinal impassability. Against conservative treatment of the phenomenon of impassability 27 cases were resolved and patients discharged out without operation. In 20 cases which required operative treatment, we performed 8 traditional laparotomic operations, from which in two cases partial intestinal resection was performed because of irreversible changes of a intestinal wall. In 12 cases we started operation laparoscopically, from which at 9 patients the operation was finished without conversion: laparoscopic adheolysis was performed at 6 patients, and in 3 cases we performed schtrang dissection. The conclusion is drawn that laparoscopic methods of treatment of acute adhesive intestinal impassability is one of the perspective trends in pediatric surgery.

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей, требующая экстренного хирургического вмешательства, остается одной из актуальных проблем urgentной хирургии [2-4]. По разным данным [1, 3, 7], среди всех видов непроходимости ОСКН встречается в 25-75% случаев.

Причинами возникновения спаечного процесса является травматичность традиционного открытого лапаротомного доступа, наличие инфекции в брюшной полости и длительный парез кишечника после оперативного вмешательства [2, 5].

Летальность при этой патологии колеблется от 3 до 9,5%, при ранней ОСКН достигая 17-20% [6].

Одним из перспективных направлений решения данной проблемы является использование лапароскопических методов диагностики и лечения.

Материал и методы

В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП на лечении находились 47 больных с подозрением на острую спаечную кишечную непроходимость, из них мальчиков было 29 (61,7%), девочек – 18 (38,3%). Ранняя форма ОСКН до 1 месяца отмечалась у 15 больных, поздняя – у 32. 5 больным ранее производились оперативные вмешательства в связи со спаечной кишечной непроходимостью в других стационарах.

Всем детям, поступившим в клинику с проявлениями ОСКН, проводились стандартные консервативные мероприятия, которые включали установление назогастрального зонда для декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, паранефральную

блокаду, стимуляцию кишечной моторики, сифонные и гипертонические клизмы. Наряду с этим, проводили коррекцию водно-электролитного баланса, инфузионно-дезинтоксикационную терапию, назначали спазмолитики. Консервативную терапию продолжали в течение 6-12 часов при условии появления положительной динамики. На фоне консервативного лечения у 27 пациентов удалось добиться разрешения непроходимости. Эти больные были выписаны без операции.

Результаты и их обсуждение

В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП из 20 прооперированных детей 8 произведена традиционная лапаротомия. Выполнено рассечение спаек, устранение кишечной непроходимости. Резекция участка тонкой кишки осуществлена у 2 пациентов из-за необратимых изменений стенки кишки. Из 12 больных, у которых операция начата лапароскопическим путем, у 9 она завершена лапароскопически: лапароскопический адгезиолизис произведен 6 больным (рис.1), 3-м больным проведено рассечение шпанга (рис.2). У 3-х пациентов при выполнении лапароскопии выявлен распространенный спаечный процесс, захватывающий практически все отделы брюшной полости, в связи с чем был осуществлен переход на лапаротомию.

Из оперированных больных с ОСКН большинство были подвергнуты аппендэктомии, удельный вес которой, по данным литературы, составляет от 51,7 до 62% от всех неотложных вмешательств на органах брюшной полости.

Наиболее ответственным этапом лапароскопической операции является наложение пневмоперитонеума и



Вс. 1.

введение первого троакара. Многие исследователи для определения точки введения первого троакара использовали УЗИ органов брюшной полости, данные компьютерной томографии. Мы первый троакар вводили через стандартные точки Калька.

Во всех случаях ревизию тонкой кишки начинали от спаившегося участка в зоне сращений, вызвавших непроходимость. Наиболее благоприятной ситуацией в лапароскопическом лечении ОСКН является наличие единичного штранга. Всего лапароскопически нами оперированы 3-е таких больных. Эти операции технически просты, для их проведения требуется сравнительно немного времени. Из 6 больных, которым выполнен лапароскопический адгезиолизис, у 4 отмечалось локальное сращение тонкой кишки с зоной послеоперационного рубца, у 2 выявлено ущемление тонкой кишки в окне, образованном кишечными сращениями.

Для оценки течения ближайшего послеоперационного периода мы пользовались такими критериями как самочувствие и общее состояние пациента, его физическая активность, время появления активной перистальтики, определяемой аускультативно, время появления стула, а также количество дней, проведенных пациентом в стационаре после оперативного лечения.

Лапароскопический адгезиолизис, в отличие от традиционного оперативного вмешательства, характеризовался малой травматичностью, минимальной интраоперационной кровопотерей. Данные литературы и результаты наших клинических наблюдений показывают, что малая травматичность лапароскопических операций положительно влияет на общее состояние и самочувствие детей. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствует более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром у всех больных был слабовыраженным и легко купировался одно- или двукратным введением анальгетиков. У больных, оперированных традиционным способом, болевой синдром сохранялся более длительное время. Уменьшение болевого синдрома способствовало быстрому восстановлению физической активности



Вс. 2.

пациентов: после лапароскопической операции больные начинали ходить через 1 – 3 сут. (в среднем через 2,1 сут.). Двигательная активность пациентов после традиционного оперативного вмешательства была значительно снижена.

Активная перистальтика кишечника и стул после лапароскопических операций появлялись на 2-3 сутки, а после традиционного – на 4-5 сутки. Время пребывания больных в стационаре после лапароскопических операций уменьшилось в среднем на $6,8 \pm 1,9$ суток.

Явным преимуществом лапароскопической методики было быстрое восстановление нормальной перистальтики кишечника, значительно меньшая выраженность послеоперационного пареза.

Использование лапароскопической хирургии позволило свести к минимуму риск возникновения послеоперационных осложнений. Среди наших больных, оперированных лапароскопически, осложнений не отмечалось.

Выводы

1. Лапароскопия является высокоинформативным методом ранней диагностики острой спаечной кишечной непроходимости.
2. Применение ее в лечении данной патологии является перспективным направлением в хирургии.
3. Лапароскопическое устранение спаек позволяет свести к минимуму число интраоперационных осложнений и значительно сокращает сроки госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Ситковский Н.Б., Топузов В.С. Непроходимость кишечника у детей. Киев 1977.
2. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей. СПб 1997.
3. Державин В.М., Цветкова Е.М., Иванова М.Н. и др. Хирургия 1998; 1: 113-116.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. М 1988.
5. Котлобовский В.И., Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Джаналаев Б.К. Хирургия 2003; 7: 32-37.
6. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И., Дедов К.А. Эндоскоп хир 1997; 2: 4-12.

7. Шамсиев А.М. и др. Вестн. врача общ практ 2005; 2: 112-113.

**Болаларда гтқир чандиіли ичак
тутилишида лапароскопиянинг
іглланиши**

*Х.А.Акилов, А.А.Абдурахманов, Х.П.Алимова,
Э.А.Ли, Н.А.Михайлюк, Ш.Б.Исабаев*
Республика шохилинч тиббий ёрдам илмий
маркази

Маіолада 47 бемор болаларда гтқир чандиіли ичак
тутилишида (вЧИТ) хирургик даволаш тактикаси

натижалари ктрсатилган. Консерватив даволаш фонида
27 молатда ичак тутилиш белгилари іайтарилган ва бу
беморлар уйга операция іилинмасдан жавоб берилган.
Операция іилинган 20 боладан 8 беморда анъанавий
амалиёт гтказилган. 2 молатда ичак деворида тузатиб
бглмайдиган гтгаришлар бглганлиги туфайли резекция
гтказилган. 12 беморда операция лапароскопик йгл билан
бошланган. Шулардан 9 беморда операция лапароскопик
йгл билан тугатилган: лапароскопик адгелизис 6 беморда
ва штрангни кесиб олиш учта беморда гтказилган.
Болаларда вЧИТни лапароскопик даволаш усули
келажаги порлоі йгналишлардан бири, деб хулоса
іилинди.