

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шейбак В. М., Бык К. С., Попко И. А.,  
Пивоварчик Е. В., Шейбак Л. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»  
Гродно, Республика Беларусь*

**Введение.** Острая спаечная непроходимость – наиболее частый вид нарушения пассажа по кишечнику у детей, обусловленный перивисцеральными сращениями. Возникает чаще после операций, выполненных по экстренным показаниям (аппендэктомия, дезинвагинация). Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей по частоте занимает второе место, уступая только острому аппендициту. К сожалению, большинство методик не позволяет прогнозировать развитие спаек в брюшной полости, а, следовательно, профилактику можно проводить общими рекомендациями (щадящие операции, ранняя активизация пациентов и т. д.). Развитие лапароскопических методик внесло новые подходы в диагностику и лечении данной патологии. Переход на лапароскопическое лечение острого аппендицита и перитонита позволяет также снизить частоту спаечной кишечной непроходимости. За последние годы в Гродненской областной детской клинической больнице 80-90% аппендэктомий выполняется лапароскопически.

**Цель:** проанализировать результаты лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью на разных временных этапах с переходом на современные технологии.

**Материалы и методы исследования.** Нами изучены истории болезни пациентов, находившихся на лечении в ГОДКБ с 2004 по 2015 гг. со спаечной кишечной непроходимостью.

**Результаты.** Проанализированы результаты лечения детей в клинике детской хирургии за три этапа. Диагностика основывалась на клинической картине с учетом анамнеза заболевания, объективных данных физикального обследования, рентгенологического исследования с контрастированием кишечника, УЗИ. Показанием к оперативному лечению являлось отсутствие положительной динамики в заболевании, сохранение болевого синдрома, наличие чаш Клойбера и контрастного депо при рентгенологическом обследовании. Консервативные методы лечения одновременно служили предоперационной подготовкой. С 2004 по 2008 гг. оперирован 41 ребенок с острой спаечной кишечной непроходимостью. Ранняя спаечная кишечная непроходимость (операция в анамнезе до 1 месяца) была у 8 пациентов, поздняя – у 33 детей. Лапаротомия с висцеролизом выполнена у 17 пациентов. В связи с поздним поступлением и

наличием перитонита 4 пациентам наложена илеостома. У 22 детей оперативное лечение начиналось с диагностической лапароскопии. Игла Вериша и первый троакар проводились через пупок вслепую, осложнений не наблюдалось. Последующие троакары вводили в брюшную полость под визуальным контролем видеокамеры в местах, удобных для работы, и при отсутствии спаечного процесса. Лапароскопический адгезиолизис выполнен 9 пациентам как с единичной спайкой, так и множественными спайками. У 13 пациентов осуществлена конверсия в связи с выраженным спаечным процессом, у 3-х через 12 ч после лапароскопического висцеролиза. У одного пациента выполнена резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза в связи с ятрогенным повреждением последней.

С 2009 по 2011 гг. в клинике оперированы 22 пациента. Ранняя спаечная кишечная непроходимость отмечалась у 12 пациентов, поздняя – у 10. Лапароскопический адгезиолизис выполнен у 14, лапаротомический доступ использовался у 8. Конверсия осуществлена в 2-х случаях, при значительной выраженности спаечного процесса. Кроме висцеролиза в 2-х случаях выполнена резекция подвздошной кишки, цекостомия – 1, вскрытие внутрибрюшного абсцесса – 1, аппендэктомия – 1, пластика пупочной грыжи – 1, аллопластика передней брюшной стенки – 1, реконструкция энтеростомы – 1, закрытие цекостомы – 1. У 6 пациентов операция закончилась дренированием брюшной полости, у 5 – интубацией кишки (назогастральной, трансанальной, через стому). Летальных исходов не отмечалось.

С 2012 по 2015 гг. оперированы 13 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. У 12 детей произведен лапароскопический адгезиолизис, по возможности пересекалась «причинная» связка. Только в одном случае была выполнена конверсия в связи с выраженностью спаечного процесса. Осложнений во время операции не наблюдалось.

#### **Выводы:**

1. После введения в практику хирурга лапароскопической методики при остром аппендиците и перитоните частота спаечной кишечной непроходимости уменьшилась.

2. Частота осложнений и необходимость в повторных вмешательствах после лапароскопических операций была гораздо ниже.

#### **Литература:**

1. Петлах В. И., Коновалов А.К., Сергеев А. В. и др. Эффективность лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью // Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии. Материалы конгресса. – Москва, 2010. – С. 404-405.