

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Камалова Сайёра Якубжоновна

Ассистент кафедры хирургических болезней и воп хирургии,
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии.

Абдиев Отабек Чориевич

Хирург Областного многопрофильного медицинского центра

Ханов Садриддин Шоходжаевич

Ассистент кафедры хирургических болезней и воп хирургии,
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7183964>

Острая спаечная кишечная непроходимость (СКН) у детей — довольно распространённое в абдоминальной хирургии тяжёлое заболевание, требующее экстренного оперативного вмешательства. Удельный вес этой патологии среди других видов непроходимости составляет 30-40%. До 60% всех релапаротомий у детей выполняют по поводу острой СКН. В последние годы отмечен рост числа детей с СКН, по мнению ряда авторов, связанный с увеличением количества и объёмов оперативных вмешательств, количества ошибочных диагнозов и необоснованных операций.

Кроме того, спаечный процесс в брюшной полости в 7—10% наблюдений приобретает прогрессирующий злокачественный характер, обуславливая клиническую картину рецидивирующей СКН.

Острая СКН реже возникает у детей до 3 лет; в более старших возрастных группах она развивается с одинаковой частотой. Мальчики болеют несколько чаще девочек.

Наиболее часто СКН возникает после операции по поводу острого аппендицита (около 80%), значительно реже — после лапаротомии при пороках развития кишечника, инвагинации кишечника и травматических повреждений органов брюшной полости.

Важно всегда помнить: если у ребёнка возникла боль в животе, а в анамнезе есть указание на любое оперативное вмешательство на органах брюшной полости, необходимо в первую очередь иметь в виду острую СКН.

Классификация

В клинической практике выделяют две основные формы острой СКН — раннюю и позднюю. Ранняя возникает в первые 3—4 нед, поздняя развивается спустя месяцы и годы после операции. Подобное разделение обусловлено тем, что при каждой из указанных форм СКН есть некоторые особенности клинических проявлений и врачебной тактики при выборе методов лечения.

Этиология и патогенез

Один из существенных факторов образования спаек — инфицирование брюшной полости микрофлорой, устойчивой к действию антибиотиков. Длительно сохраняющийся воспалительный процесс в брюшной полости приводит к усиленному образованию спаек. Все виды СКН чаще возникают после острых заболеваний (аппендицита, инвагинации кишечника) и повреждений органов брюшной полости, реже они развиваются в связи с плановыми лапаротомиями.

Есть публикации, указывающие на роль иммунных нарушений в генезе спаечной болезни брюшной полости.

Важные факторы образования спаек — сама интраоперационная травма кишечника и нарушение целостности париетальной брюшины на большом протяжении при широкой лапаротомии.

У детей со спаечной болезнью довольно часто послеоперационные рубцы на коже бывают грубыми, гипертрофированными, что подтверждает теорию об общем нарушении процессов репарации в организме больного. В послеоперационном периоде детям этой группы следует назначать препараты, замедляющие синтез коллагена и ускоряющие его утилизацию.

Клиническая картина и диагностика

Клинические проявления острой СКН у детей довольно разнообразны и во многом зависят от формы и длительности заболевания, уровня ущемления кишечника, распространённости спаечного процесса, возраста ребёнка и других факторов.

Ранняя СКН

обычно представлена спаечно-паретической формой, развивающейся на фоне выраженного пареза кишечника. Клиническая симптоматика на этом этапе заболевания бывает неясно выражена из-за тяжёлого общего состояния больного. Постепенно болевой синдром принимает чёткий приступообразный характер, присоединяется обильная многократная рвота, нарастают явления эксикоза и токсикоза. Живот становится болезненным при пальпации, появляются признаки перитонита. Аускультативно выявляют усиленные перистальтические кишечные шумы. Самостоятельного стула нет. Повышение температуры тела наблюдают при некупированном воспалительном процессе.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости при наличии СКН можно обнаружить уровни жидкости с газовыми пузырьками разного

калибра). В сомнительных случаях проводят динамическое рентгеноконтрастное исследование.

Поздняя СКН

чаще всего проявляется внезапными резкими болями в животе. Временами боль несколько стихает, но затем вновь возвращается. Особенно сильными боли бывают при завороте кишки вокруг спаечного тяжа, что связано с выраженным странгуляционным компонентом. В ранние строки отмечают токсикоз, быстрое нарастание эксикоза. Развиваются неукротимая рвота, выраженное усиление перистальтики. Рентгенологически выявляют множественные горизонтальные уровни и газовые пузырьки в умеренно растянутых петлях кишечника. В некоторых случаях СКН начинается вяло, постепенно, как бы исподволь. Боли слабые, редкие. Резкого ухудшения состояния не происходит. Тем не менее патологический процесс может зайти очень далеко, вплоть до гангрены кишечника и перитонита.

Диагностика острой СКН

традиционным рентгенологическим методом в среднем занимает не менее 8-9 ч и позволяет лишь подтвердить или исключить факт механической непроходимости кишечника. Если же диагноз подтверждают, оптимальный момент для выполнения оперативного вмешательства всё равно уже упущен: за это время в стенке ущемлённой кишки могут произойти значительные микроциркуляторные нарушения вплоть до некротических изменений.

Необходимо также учитывать, что рентгеноконтрастный метод исследования при диагностике острой СКН суммарно даёт значительную дозу ионизирующего облучения, что небезразлично для растущего организма ребёнка. Поэтому целесообразно применять новые высокоинформативные объективные методы. Для диагностики различных видов кишечной непроходимости применяют эхографическое исследование. К сожалению, при этом интерпретация получаемых данных не всегда бывает объективной, особенно при выраженном парезе ЖКТ. Частота гипо- и гипердиагностики составляет 5—10%. В этом отношении неоспоримые преимущества имеет лапароскопия, позволяющая в максимально сжатые сроки с высокой точностью подтвердить или исключить диагноз острой СКН.

Необходимо отметить, что эндоскопическая семиотика ранней и поздней СКН имеет характерные особенности.

- При ранней острой СКН

в брюшной полости обнаруживают умеренное количество прозрачного желтоватого выпота, иногда мутного, с геморрагическим оттенком. Чаще всего место непроходимости находится в области послеоперационного рубца, где определяется конгломерат кишечных петель, подпаянный к передней брюшной стенке. Обычно спайки рыхлые, отёчные, но у некоторых больных уже на 10—12-й день после операции они отличаются значительной плотностью. Вздутые и спавшиеся петли тонкой кишки имеют характерное расположение в брюшной полости (в зависимости от уровня непроходимости) и фиксированы в месте операционной травмы. Место непроходимости обычно прикрыто вздутыми петлями кишечника, и обнаружить этот участок часто бывает достаточно сложно, а без применения манипулятора практически невозможно.

• Эндоскопическая картина при поздней острой СКН также имеет свои особенности, главная из которых — наличие хорошо сформированных плотных спаек). Почти всегда есть сращения в области послеоперационного рубца. При смещении зондом чрезмерно растянутых петель кишечника возникает ощущение их ригидности и фиксации. Манипулятор проводится по кишечнику с некоторым усилием, раздвигаемые петли следуют за ним, а при устранении зонда тотчас возвращаются на прежнее место. Указанный эндоскопический признак (симптом фиксации кишечных петель) обусловлен неподвижностью кишки в зоне обструкции вследствие её деформации и фиксации спайками. Особенно отчётливо этот симптом выявляется при завороте или странгуляции. Ригидность кишечной стенки обусловлена её отёком, повышенным внутрикишечным давлением и скоплением в её просвете содержимого.

Лечение

Больных с крайне острой формой заболевания оперируют в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки. При подострой или острой форме лечение необходимо начинать с комплекса следующих консервативных мероприятий:

- I • опорожнение желудка (при помощи постоянного зонда) с периодическим его промыванием через 2—3 ч;
- ганглионарная блокада;
- внутривенная стимуляция кишечника:
 - 10% раствор хлорида натрия по 2 мл на 1 год жизни;
 - 0,05% раствор неостигмина метилсульфата по 0,1 мл на 1 год жизни;
- сифонная клизма через 30-40 мин после стимуляции.

Одновременно рентгенологически контролируют пассаж взвеси сульфата бария по кишечнику. Эти мероприятия проводят на фоне коррекции нарушений гомеостаза, стабилизации гемодинамики, восстановления микроциркуляции. Применение указанной тактики при подострой и острой форме позволяет купировать СКН консервативными мероприятиями более чем у 50% больных.

Хирургическое лечение при безуспешности консервативных мероприятий заключается в устранении препятствия (рассечении спаек). При этом принимают во внимание такие факторы, как распространённость спаечного процесса, выраженность пареза кишечника и частота рецидивов. При тотальном спаечном процессе даже в остром периоде возможно выполнение полного висцеролиза и горизонтальной интестинопликации (операция Нобля) с помощью медицинского клея без наложения шов. Детям не накладывают швы при интестинопликации, поскольку стенка кишки у них тонкая, возможна её перфорация. Нецелесообразно также выполнять частичную интестинопликацию, так как она не исключает возможности развития рецидива.

В последние годы в диагностике и лечении острой СКН во многих клиниках с успехом применяют лапароскопическое исследование. Разработанная методика пункционной лапароскопии позволяет в максимально сжатые сроки с высокой точностью подтвердить или исключить диагноз острой СКН. Выполнение лапароскопических операций с использованием эндоскопической видеосистемы даёт возможность купировать кишечную обструкцию и избежать лапаротомии более чем у 90% больных с острой СКН, что свидетельствует о высоких лечебных возможностях метода.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Abdullayevich, B. E., & Uchqun o'g'li, B. S. (2021). TRANSITIONAL FEATURES OF ACUTE HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN AND MODERN APPROACHES TO TREATMENT. *World Bulletin of Public Health*, 1(1), 1-3.
2. Madiyev Rustam Zoirovich, Boboyorov Sardor Uchqun o'g'li, & Abdullaeva Dilnoza Ergashevna. (2021). EFFECTIVENESS OF ENDOVIDEOLAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN THE TREATMENT AND EARLY PREVENTION OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN. *European Journal of Research Development and Sustainability*, 2(7), 68-73. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/ejrds/article/view/1067>