

УДК:616-071.34-007.272-053

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТОВЕРНОСТИ
ИССЛЕДОВАННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

Ж.Х. Ибрагимов, Х.А.Акилов, Д.М. Каландаров, Туйчиев Г.У.

Андижанский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, рентгенография брюшной полости, дисфункция кишечника, схваткообразные боли, вздутие живота, дети.

Спаечная кишечная непроходимость является распространенным заболеванием в абдоминальной хирургии с неуклонным ростом из года в год.

В литературе имеется значительное количество работ, посвященных комплексному лечению кишечной непроходимости, но и на сегодняшний день проблема всё ещё далеко от своего окончательного решения.

В практике детской хирургии из всех видов кишечной непроходимости чаще всего приходится сталкиваться со спаечной кишечной непроходимостью и инвагинацией кишечника (Дронов А.Ф., 2000; Баранов Г. А. 2006; Klein J.D. et al., 2013).

Оперативное лечение пациентов с данной патологией является весьма трудной задачей, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что лапаротомия, произведенная по причине спаечной болезни, будет последней для больного и ликвидирует процесс спайкообразования в будущем. Дискуссионными остаются вопросы о необходимости полного устранения спаек брюшной полости во время оперативного вмешательства, так как имеется угроза развития рецидива СКН из-за оставшихся спаек, в то же время известно, что травматичность тотального разделения спаек и сращений может обуславливать повторное спайкообразование брюшной полости.

Значительное количество рецидивов спаечной болезни после лапаротомии и оперативного устранения спаек требует поиска и обсуждения

технических возможностей применения современных малотравматичных лапароскопических методик разделения интраабдоминальных спаек, так как спайки образуются и в 90% случаев главным образом после вскрытия брюшной полости.

Несмотря на наличие значительного опыта в лечении спаечной кишечной непроходимости, у детских хирургов до настоящего времени остается множество не решенных вопросов, прежде всего связанных с ранней спаечно-паретической кишечной непроходимостью. (Шамсиев А.М.,2006;Nagle, A.2006; Юдин Я.И. др., 1991;).

Клиническая картина ранней СКН, проявляющаяся на фоне продолжающегося перитонита, проводимой антибактериальной, инфузионной терапией и обезболивания, создает существенные сложности для своевременной её диагностики.

Продолжающиеся дискуссии по поводу выбора хирургической тактики при ранней спаечной непроходимости и инвагинации кишечника у детей, свидетельствуют о том, что многие вопросы их лечения далеки от окончательного решения (Кунпан, И.А.,2006;Fischer, С.Р.2002; Apeltetal., 2013).

В связи с этим представляется актуальным поиск новых методов диагностики и лечения кишечной непроходимости.

До настоящего времени не разработаны эффективные методы дооперационного прогнозирования профилактики и лечения послеоперационного пареза кишечника. Серьезной проблемой лечения ОКН остается восстановление моторики кишечника.

Все вышеизложенное явилось основанием для более детального изучения проблемы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у детей.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения и профилактики острой спаечной кишечной непроходимости путем применения новых технологий в детской хирургии.

Материал и методы:Основой работы послужили результаты обследования и лечения более 200 детей со спаечной кишечной непроходимостью, пролеченных в отделениях хирургии детского возраста Ферганской долины.

При выполнении работы были использованы клинические, лабораторные, ультрасонографические, рентгенологические, компьютерно-томографические, видеоэндоскопические, математические методы исследования, позволяющие конкретизировать показания к консервативному и оперативному методам лечения и при наличии показаний к операции чётко определить сроки предоперационной подготовки.

Критерии выбора метода лечения и оперативного вмешательства.

- При поступлении пациента в стационар производится обзорная рентгенография брюшной полости:
 - наличие повышенного количества газов в кишечнике свидетельствует о кишечной колике с дисфункцией кишечника;
 - наличие чаш Клойбера указывает на один из видов спаечной кишечной непроходимости.

Чаши Клойбера при механической непроходимости возникают через 2-3 ч от начала болевого синдрома. При спаечно-динамической непроходимости чаши Клойбера встречаются примерно в два раза реже, а появляются они через 4-6 ч после начала приступа болей.

Принято считать, что нечетко контурирующиеся чаши свидетельствуют о спаечно-динамической непроходимости; множественные, четко выраженные чаши Клойбера, как правило, имеют место при механической непроходимости.

- Декомпрессию желудочно-кишечного тракта (очистительные клизмы), необходимо проводить в первые 1,5-2 часа после госпитализации больного.
- При разрешении явлений кишечной непроходимости назначается консервативное лечение спаечной болезни.
- Если сохраняются схваткообразные боли и вздутие живота, продолжается рвота, показано срочное оперативное вмешательство. После прекращения

болей и рвоты, отхождений газов и стула – необходимо продолжать консервативное лечение.

Таким образом, следует отметить, что образование спаек в брюшной полости и СКН настолько разнообразны и многолики, что определение хирургической тактики в каждом конкретном случае решается индивидуально в зависимости от полученных результатов обследования и клинических симптомов.

Результаты исследования: В исследуемой группе пациентов диагностика, динамическое наблюдение и продолжительность лечебного алгоритма составила от 1,5 часов до 5 суток. Клиника ранней СКН в течение 1-3 дней является неспецифической. Он связан с тем, что основные симптомы не проявляются на фоне послеоперационного обезболивания и интенсивной медикаментозной и инфузионной терапии. Тяжесть состояния нередко расценивается как результат сохранявшегося пареза кишечника.

Несмотря на проводимое комплексное лечение, состояние у всех наблюдавшихся нами больных в течение первых трех дней не улучшалось, сохранялись умеренные боли в животе без отчетливой локализации, вздутие живота, задержка отхождения газов и стула, увеличилось застойное отделяемое из желудка.

Наряду с перечисленными жалобами при объективном обследовании нами были выявлены: вздутие живота у 110 (86,6%) больных, вялая перистальтика кишечника, у 77 (57,5%) ребенка; отсутствие перистальтики наблюдалось у 15 (10,6%) пациентов.

В диагностике СКН большое значение имеют дополнительные методы исследования. Рентгенография органов брюшной полости проводилась всем больным, однако у 142 (71,0%) детей исследование было недостаточно информативным, что и явилось показанием к использованию рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью, введенной перорально. Повторное исследование проводилось через 3, 6, 9, иногда 12 часов. Основными недостатками этого метода являются

медленная эвакуация бариевой взвеси из желудка и кишечника на фоне выраженного пареза кишечника, а также наслоение петель тонкой кишки, не позволяющее точно определить место препятствия. Кроме того, для установки диагноза потребовалось достаточно много времени и неоднократного рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта.

Все это свидетельствует о том, что традиционная рентгенография уже не может полностью удовлетворять потребности современной медицины в ранней диагностике СКН у детей.

В связи с этим для установления в максимально короткое время правильного диагноза, определения рациональной диагностической программы и тактики лечения нами разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения больных СКН, включающий в себя клинический, ультрасонографический и лапароскопический методы исследования.

Ультразвуковое исследование брюшной полости проведено у 103 детей с СПН. Эхографическая семиотика была представлена кишечными петлями конфигурации различного диаметра, визуализацией кишечной петли, фиксированной в виде «двустволки».

Наиболее постоянным симптомом СКН является увеличение диаметра приводящего отдела кишки (70%), наличие растянутых жидким содержимым кишечных петель, маятникообразное движение содержимого в просвете кишки (54,5%). Необходимо указать, что возвратно-поступательный маятникообразный характер движения химуса возникает на фоне усиленной перистальтики и не определяется в её отсутствие.

Применение диагностической видеолапароскопии позволило не только установить правильный диагноз в ранние сроки, но и достоверно оценить распространенность и характер спаечного и воспалительного процессов в брюшной полости.

Анализ эффективности использованного метода основывается на результатах диагностики и хирургического лечения 103 детей в ОГ и 97 детей в группе сравнения (ГС).

Оперативное лечение у наибольшего количества больных с СКН проведено в ОГ на 3-4-е сутки - 87 (84,5%), а в ГС - на 7-8-е сутки 76 (78,4%) после первичного вмешательства. У пациентов ОГ использование предложенных методов диагностики и эндоскопического лечения способствовало выполнению оперативного вмешательства на 3-4 дня раньше чем в ГС.

На основании полученных данных и анализа клинического материала мы пришли к выводу, что оптимальными сроками выполнения видеоэндохирургического вмешательства являются первые 72-92 часа после первичной операции по поводу ранней спаечно-паретической непроходимости кишечника. Более поздние сроки (более 3-х суток) проведения такого лечения нецелесообразны вследствие образования плотных фибринозных наложений на стенках кишечника и брюшины, формирования спаечного процесса в брюшной полости. Итак, в результате проведенных исследований установлено, что детальное изучение кишки, тщательный сбор анамнеза и внимательный осмотр больного с учетом данных лучевых и эндоскопических методов способствовало разработке диагностического алгоритма, позволяющего установить максимально короткие сроки правильного диагноза и определить адекватную лечебно-диагностическую тактику ведения больного с СКН.

Заключение: Разработанный и применяющийся в клинике алгоритм диагностики и лечения СКН позволяет сократить сроки диагностики, повысить эффективность, оптимизировать и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода, сократить сроки лечения больных с данной патологией.

Видеолапароскопия позволяет отметить: если нет противопоказаний для использования видеолапароскопической методики, может быть альтернативой традиционным оперативным методам лечения спаечной непроходимости кишечника по показаниям, залогом успеха является объективная оценка возможностей применения этих методик в каждом отдельном случае по строгим показаниям, которые обозначены и общеизвестны.

Как и большинство авторов, считаем, что для улучшения результатов лечения острой спаечной кишечной непроходимости необходимо придерживаться следующих принципов: своевременно диагностировать и оперировать этих пациентов; при проведении оперативного вмешательства - бережная не травматичная техника оперирования, при висцеролизе следует проводить постоянное орошение десерозированных участков кишки.

Таким образом, совершенствование и внедрение в клиническую практику лечебно-диагностического алгоритма позволит значительно улучшить лечебно-диагностическую помощь пациентам с острой СКН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев, Э.Г. Адгезиолизис под видеоконтролем в экстренной и плановой хирургии спаечной болезни органов брюшной полости / Э.Г. Абдуллаев, В.В. Феденко, А.И. Александров, Г.В. Ходос и др. // Эндоскопическая хирургия. 2001. - № 3. - С. 13-15.
2. Баранов, Г. А. Вопросы безопасности адгезиолиза при спаечном абдоминальном синдроме / Г. А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Эндоскопическая хирургия. 2006. - № 2. — С. 14.
3. Дронов, А.Ф. Лапароскопические операции при острой спаечной тонкокишечной непроходимости: обзор / А.Ф. Дронов, Поддубный И.В. // Эндоскоп, хирургия. 2000. - №6. - С. 43 - 48.
4. Кунпан, И.А. Лечение острой спаечной кишечной непроходимости / И.А. Кунпан // Эндоскопическая хирургия. 2006. - № 2. - С. 71.
5. Шамсиев, А.М. Прогнозирование послеоперационных спаечных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии у детей / А.М. Шамсиев, Магомедов, М.А. Местная клеточная регуляция в образовании послеоперационных спаек при перитоните / М.А. Магомедов // Хирургия. 2004. - №6. - С. 9 - 11.
6. Fischer, C.P. Laparoscopic approach to small bowel obstruction / C.P. Fischer, D. Doherty // Semin. Laparosc.Surg. 2002. - Vol. 9. - P. 40 - 45.

26. Leon, E.L. Laparoscopic management of small bowel obstruction: indications and outcome / E.L. Leon, A. Metzger, G.G. Tsiotos et al. // J. Gastrointest. Surg. 1998. - Vol. 2, № 2. - P. 132 - 140.

7. Nagle, A. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction / A. Nagle, M. Ujiki, W. Denham, K. Murayama // Amer. J. Surg. 2004. - Vol.187, № 4.-P. 464-470.

8. Rosin, D. Shabtai M., Ayalon A. Laparoscopic approach to small-bowel obstruction / D. Rosin, J. Kuriansky, B.J. Bar Zakai et al. // Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. 2000. - Vol.10. - P. 253 - 257.

ХУЛОСА

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ БОЛАЛАРИДА БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ТАШХИСЛАШДА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ИШОНЧЛИЛИГИНИНГ ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ж.Х. Ибрагимов, Х.А.Акилов, Д.М. Каландаров, Г.У.Туйчиев.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Мақолада ёш хусусиятлари билан болаларда ўткир битишмали ичак тутилишини даволаш ва ташхислашни яхшилаш учун кўрсатмалар берилган.

Ўткир битишмали ичак тутилишини даволаш ва ташхислашнинг клиникада ишлаб чиқилган, қўлланилаётган алгоритми ташхислаш муддатини қисқартириш, самарадорлигини ошириш, оптималлаштириш ҳамда операциядан кейинги даврни қийналмасдан кечишини таъминлаш, бу патология билан беморларнинг даволаниш муддатини қисқартиришга йўл беради.

SUMMARY

COMPARATIVE FIGURES OF VALIDITY OF THE EXAMINATION METHODS OF DIAGNOSIS OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN IN THE FERGHANA VALLEY OF UZBEKISTAN.

J.H.Ibragimov, H.A.Akilov, D.M.Kalandarov, G.U.Tuychiev

Andizhan state medicale institute

The article presents the results for improvement the diagnosis and treatment of acute adhesive intestinal failure, taking into account the age characteristics of children. The algorithm for diagnosis and treatment of acute adhesive intestinal

failure was developed and implemented in the clinical practice and allows to shorten time for diagnosis, increase efficiency, optimize and ensure uneventful post-operative period and reduce treatment time of patients with the pathology.