**УДК:616-071.34-007.272-053**

**ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

**Ж.Х. Ибрагимов, Х.А.Акилов, Д.М. Каландаров, А.А.Гафуров.**

**Андижанский Государственный медицинский институт**

**Ключевые слова:** спаечная кишечная непроходимость, спайкообразование, дисфункция кишечника, абдоминальнаясонография,схваткообразные боли и вздутие живота, дети.

В последние десятилетия углубляется понимание патогенеза острой кишечной непроходимости, осваиваются новые способы диагностики и лечения, совершенствуются методы анестезиологического обеспечения и экстракорпоральной детоксикации. В настоящее время назрела настоятельная необходимость провести углубленный анализ причин неблагоприятных исходов лечения острой кишечной непроходимости, критически оценить сложившуюся лечебно-диагностическую тактику с целью повышения ее эффективности и достижения лучших результатов.

Спаечная кишечная непроходимость является серьезной проблемой ургентной хирургии детского возраста. Актуальность связана с возрастающей частотой встречаемости, достигающей, по данным разных авторов, 25-80%, высокой летальностью - от 7,6% до 25%, способностью приобретать рецидивирующий характер течения - 7-13%(Дунюшкин, С.Е.2007; Лисицын, Д.А.2002;Садыков,Ф.Г.исоав.2004;Gowen, G.F.2003;).

Несмотря на повышенный интерес к этой проблеме, до настоящего времени продолжает просматриваться тенденция, даже среди ведущих клиник страны, оперировать этих больных только в случае возникновения у них острой спаечной кишечной непроходимости(СКН). При других формах болезни зачастую придерживаются консервативной тактики лечения и, купируя болевой приступ, отказываются от дальнейшего обследования и планового оперативного лечения их, считая это бесперспективным. Однако после выписки продолжаются неоднократные поступления этих больных в различные лечебные учреждения с развитием стойкой инвалидизации.

К настоящему времени в литературе отсутствуют статистические данные о частоте спаечной непроходимости кишечника в общей структуре заболеваемости спаечной болезнью брюшины, и это в свою очередь свидетельствует о том, что целенаправленных работ по этой важной проблеме до сих пор малоизучено.

**Цель исследования:** Улучшение диагностики лечения остройСКН с учётом возрастных особенностей у детей.

**Материалы и методы исследования:** Для выполнения поставленных задач нами проведено изучение результатов хирургического лечения 200 больных с раннейСНК. Обследованные пациенты находились на стационарном лечении в клинике детского областного многопрофильного медицинского центра г. Андижан.

Проведено научное исследование однокомпонентных высокоспецифичных видов воздействия на больных в двух группах. Критерии включения в исследуемые группы: дети в возрасте от 1 года до 10 лет, оперированные по поводу аппендикулярного перитонита, осложненного ранней СКН

В зависимости от метода лечения, обследованные нами больные, были разделены на две группы.

Основную группу составили 103 пациента, в лечении которых использованы разработанные комплексно-диагностические мероприятия, включающие, помимо клинического и рентгенологического исследований, ультразвуковую и лапароскопическую диагностику. Всем детям основной группы применялась разработанная в клинике методика лапароскопического устранения ранней СКН с пролонгированной стимуляцией моторной функции желудочно-кишечного тракта с помощью электрокардиостимулятора.

Контрольную группу составили 97 больных с РСКН, оперированныелапароскопически с использованием в послеоперационном периоде медикаментозной стимуляции желудочно-кишечного тракта.

**Результаты исследования:**Показатели свидетельствуют об однородности основной группы по половому и возрастному составу. Видно, что ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость, как в основной, так и в контрольной группе более часто встречалась у детей в возрасте от 7 до 10 лет – 94 (56,0%). По нашим данным, мальчики болеют чаще (60,5%), чем девочки (39,5%).Клиническое обследование детей проводилось по общепринятой методике. Особое внимание уделялось характеру болевого синдрома, показателям восстановления функции желудочно-кишечного тракта.

Всем 200 обследованным больным осуществляли лабораторный контроль: определяли количество эритроцитов, гемоглобин, количество лейкоцитов, СОЭ, содержание общего белка в сыворотке крови.

Рентгенографическое исследование органов брюшной полости выполнялось на рентгенологических аппаратах: «SAXO 15/30». По показаниям производились обзорные рентгенограммы брюшной полости в вертикальном положении и (или) рентгенограммы брюшной полости в вертикальном положении с пассажем бария по кишечнику.

Абдоминальнаясонография (УЗИ) проводилась без предварительной подготовки в режиме реального времени всем больным в обеих группах.

Проведенный анализ клинического материала показывает, что основными причинами, способствующими возникновению ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости у всех обследованных нами пациентов, явились не купированный воспалительный процесс или неустраненный гнойный очаг в брюшной полости, которые поддерживали парез кишечника и вызывали слипчивый процесс.

На фоне основного заболевания (перитонита) симптоматика непроходимости вначале недостаточно отчетливо выражена и развивается постепенно. 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 кала, периодически отмечалась рвота. Это расценивалось как обычное течение перитонита на 2–3 сутки.

Одним из ранних и наиболее постоянных симптомов ранней послеоперационной спаечной непроходимости является боль в животе, которая в большинстве наших наблюдений – 187 (87%) носила схваткообразный характер и резко усиливалась после медикаментозной стимуляции перистальтики. При этом после стимуляции отмечался скудный стул со слизью у 192 пациента (92,9%)

После проведения комплекса мер (инфузионная терапия, стимуляция моторики кишечника) повторяли ультразвуковое исследование. При положительной динамике в клинической картине заболевания, появлении направленности перистальтики и уменьшении дилатации кишечной трубки по результатам динамического ультразвукового исследования продолжали консервативную терапию. С целью оценки кишечного пассажа больному предлагалось принять сульфат бария. Рентгеноконтрастное исследование осуществляли по общепринятой методике - через 3-6-12 часов после дачи контраста. При необходимости выполнялись отсроченные снимки.
Проведенное спиральное КТ-исследование у пациентов с острой формой СКН позволило во всех случаях обнаружить признаки непроходимости: дилатация кишечной трубки составила 3,2±0,2 см, а утолщение кишечной стенки не превышало 0,4 см. В ряде случаев отмечалось наличие свободного жидкостного компонента, располагавшегося межкишечно и в малом тазу. При внутривенном введении контрастного вещества мезентериальные сосуды контрастировались на всем протяжении, стенка кишки накапливала контраст равномерно во всех исследуемых отделах.

 При острейшей форме КТ картина была совсем иной. Подозрение на нарушение кровоснабжения локального отдела кишки возникало уже при нативном исследовании. Визуализировались резко дилатированные утолщенной до 0,81 ±0,02 см стенкой петли кишки внутрипросветные пузырьки воздуха, описанные в литературе как «нити жемчуга», гидроперитонеум. При контрастном «усилении» и осмотре зоны интереса, определялся атипичный ход сосуда, стенка кишки не накапливала контраст, что свидетельствовало о нарушении ее кровоснабжения. Интраоперационная картина соответствовала полученным результатам КТ-исследования.

**Заключение:**Диагностика ранней СКН у детей имеет значительные трудности, обусловленные причинами ее возникновения и особенностями клинической картины.

Своевременная диагностика ранней СКН у детей, на наш взгляд, возможна при тщательном клиническом анализе течения послеоперационного периода, но основное значение имеют рентгенологический, ультразвуковой, видеоэндоскопический и КТ методы исследования.

При наличии клиники подострой формы СКН вполне достаточно выполнения обзорной рентгенографии органов брюшной полости и динамического УЗИ до и после проведения комплекса консервативных мер, направленных на восстановление пассажа по кишечнику.

При острой форме СКН, на фоне традиционных методов обследования, спиральная компьютерная томография позволяет исключить наличие странгуляции и продолжить консервативную терапию.При острой форме спаечной кишечной непроходимости, на фоне традиционных методов обследования, спиральная компьютерная томография позволяет исключить наличие странгуляции и продолжить консервативную терапию.

При сверхострой форме спиральная КТ является самым высокоинформативным методом в диагностике спаечной кишечной непроходимости, сопровождающейся нарушением мезентериального кровоснабжения, что позволяет сократить сроки постановки диагноза, исключить традиционные методы обследования, избежать некроза кишки и своевременно оказать хирургическую помощь.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Дунюшкин, С.Е.Эндохирургические методы лечения и профилактика спаечной болезни брюшины: (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.27 / Башк. гос. мед. ун-т. Уфа, 2007.-30 с.

2. Лисицын, Д.А. Лечение спаечной болезни у детей / Д.А. Лисицын, В.Г. Сварич, В.А. Торлопова // Эндоскопическая хирургия у детей: тез.науч. работ симпозиума по эндохирургической хирургии у детей. Уфа, 2002: - С. 82-84.

3. Метод прогнозирования спаечной болезни брюшины у детей / Ф.Г. Садыков, О.А. Комаров, В.В. Викторов и др. // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы III Российского конгресса, 2628 октября 2004 г, Москва. М, 2004. - С. 502-503.

4. Юдин, Я.Б. Профилактика ранней спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии у детей / Я.Б. Юдин, К.К. Федоров // Казан, мед.журн.- 1991.-№3.-С. 205-207.

5. Audebert, A.J. Role of microlaparoscopy in the diagnosis of peritoneal and visceral adhesions and in the prevention of bowel injury associated with blind trocar insertion / AJ. Audebert, V. Gomel // Fertil. Steril. 2000. - Vol. 73, N 3. - P. 631-5.

6. Gersin, K.S. Enteroscopic processing of early postoperative small bowel obstruction /K.S. Gersin, J.L. Ponsky, R.D. Fanelli // Surg. Endosc. 2002. - Vol. 16,N l.-P. 115-6.

7. Gowen, G.F. Long pipe decompression successful in 90% patients with adhesive small Bowel obstruction / G.F. Gowen // J. Surg. 2003. - Vol. 185, N 6. — P. 512-5.

8. Liauw, J J. Laparoscopic the control of sharp small bowel obstruction / J.J. Liauw, W.K. Cheah // Asian J. Surg. 2005. - Vol. 28, N 3. - P. 185-8.

9. Musoke, F. Comparison between sonographic and usual radiography in diagnostics small Bowel obstruction in Mulago Hospital, Uganda / F. Musoke, M.G. Kawooya, E. Kiguli-malwadde // East Afr. Med. J. 2003. - Vol. 80, N 10. - P. 540-5.

**ХУЛОСА**

**ЁШ КЎРСАТГИЧЛАРИ БИЛАН БОЛАЛАРДА БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИНГ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**Ж.Х. Ибрагимов, Х.А.Акилов, Д.М. Каландаров, А.А.Гафуров.**

**Андижон Давлат тиббиёт институти**

Олиб борилган таҳлилдан маълумки, текширилган беморларнинг ҳаммасида битишмали ичак тутилишининг асосий сабаблари қорин бўшлиғида бартараф этилмаган яллиғланиш жараёни ёки тугатилмаган йиринг ўчоқлари ҳисобланади, улар ичак фалажини қўллаб қувватлайди ва битишмали жараёнга олиб келади.

**SUMMARY**

**FEATURES OF EARLY DIAGNOSIS ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN WITH AGE-APPROPRIATE INDICATOR**

**Andizhan state medicale institute**

**J.H.Ibragimov,H.A.Akilov, D.M.Kalandarov,A.A.Gafurov.**

 Our analysis shows that the main reasons contributing to the development of early-paretic adhesive intestinal obstruction in all examined patients, were undocked inflammatory process or unrepaired suppurative focus in the abdomen, which kept causing intestinal paresis and adhesive process.