



ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Исраилханова Махлиёхон Иномхон қизи

Аҳадова Дурдона Алишер қизи

Болтаева Махфират Дусмурод қизи

Ризаева Маржона Баҳром қизи

Ташкентский медицинский государственный университет

Студенты педиатрического и лечебного факультета

Бердиев Эргаш Абдуллаевич

Научный руководитель:

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский медицинский государственный университет

Республиканский научно - практический центр малоинвазивной и

эндовизуальной хирургии детского возраста. г. Ташкент,

Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18753971>

Актуальность: Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) у детей представляет собой довольно частым и серьезным недугом, нуждающимся в срочном хирургическом вмешательстве (1,2,3,4). Вопросу улучшения лечебно-диагностической помощи малышам при спаечной кишечной непроходимости посвящены многочисленные изыскания, однако, невзирая на непрерывное улучшение способов предотвращения, распознавания и терапии, до сих пор при этом заболевании сохраняется достаточно высокая смертность по сведениям ряда исследователей, 3,5-9,65%, достигая при ранней ОСКН 18-25%. Несмотря на многолетний опыт диагностики и лечения СКН, значимость его не снижается (5,6,8). Частые повторения, отсутствие удовлетворительных способов предупреждения обуславливает потребность в разработке и усовершенствовании методик лечения данной патологии.

Задачей исследования является уменьшение вероятности повторения болезни, улучшение степени предупреждения спаечной кишечной непроходимости посредством использования новейших стратегий терапии. Для достижения этой задачи мы перед собой определили следующие пункты:

1. Улучшение распознавания и терапии спаечной кишечной непроходимости у детей.

2. Мягкие хирургические вмешательства.

3. Раннее использование антиспаечных медикаментов (во время операции), в скором послеоперационном периоде и ближайшие 3 месяца после операции.

4. Улучшение предотвращения паралича кишечника в послеоперационный период.

5. Выявление показаний и запретов к лапароскопическим приемам лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.

6. Установить результативность используемых подходов и некоторых прогнозируемых последствий.

Материалы и способы; В данном исследовании выполнена клиническая оценка 137 малышей с СКН, лечившихся в нашем учреждении с 2016-2025 гг..

Распределение ребятишек по возрасту и по полу (n=18)

Пол пациентов	Возраст пациентов			Всего	
	До 3 лет	4-7 лет	8-10 лет	Старше 10 лет	
Мальчики	5	11	17	41	74
	3,64%	8,02%	12,4%	29,9%	54,0%
Девочки	2	9	14	38	63
	1,45%	6,56%	10,2	27,7	45,9
всего	7	20	31	79	137
	5,10	14,5	22,6	57,6	100

Среди них 53 (38,6%) пациента поступили с признаками ранней СКН, 24 (17,5%) пациентам выполнено стандартное лечение, у 29 (21,1%) случаев после терапевтического курса СКН миновала. Параллельно у 54 (39,4%) пациентов диагностирована поздняя СКН. Из них у 36 (26,3%) интраоперационно обнаружена ущемляющая кишечная обструкция, которую устранили без технических проблем, у 18 (13,1%) малышей получилось консервативно убрать СКН и восстановить прохождение кишечника. Тем не менее, через 2-3 недели до 6 месяцев эти пациенты снова обратились с проявлениями СКН и были прооперированы. Изложенные сведения привели к заключению, что одной из насущных целей становится усовершенствование предотвращения формирования спаек и их рецидивов.

В период 2012-2022 гг. нами обследовались 23 ребенка с СКН на основании разработанной нами методике изучения и терапии, пациентам с спаечным процессом брюшной полости с использованием видеолaparоскопического подхода произведено 23 хирургических вмешательства пациентам со спаечной кишечной непроходимостью. Видеолaparоскопический адгезиолизис осуществлен у 14 мальчиков и 9 девочек.

Распределение детей по возрасту и по полу (n=18)

Пол пациентов	Возраст пациентов					Всего
	До 1 года	1-3 года	3-7 лет	7-12 лет	12-15лет	
Мальчики	-	-	4	5	5	14
	-	-	17,3	21,7	21,7	60,8
Девочки	-	1	4	3	1	9
	-	4,3	17,3	13,0	4,3	39,1
всего	-	1	8	8	6	23
	-	4,3	34,8	34,8	26,1	100

Итоги и рассуждения. Разбор и изучение предоперационного осмотра с учетом специфики проведения лапароскопической процедуры в обстановке спаечного образования, дал возможность выявить и сформулировать показания и запреты к использованию ВЛА.

Таковыми оказались:



Множественные жесткие послеоперационные шрамы, изменяющие форму передней стенки в совокупности с анамнестическими клиническими и аппаратными сведениями, указывающими на присутствие обширного спаечного процесса. В нашем изыскании у 4 (2,9%) больных отторжение ВЛА было обусловлено значимой опасностью ятрогенного повреждения полостей живота в условиях обширного спаечного процесса. У этих больных присутствовали жесткие келоидные рубцы на передней брюшной стенке после широкого срединного разреза и вмешательства по поводу спаечной ОКН в истории болезни. При рентгенографии обнаружили признаки спаечной патологии брюшной полости с ухудшением продвижения по тонкому кишечнику. В то же время, при ультразвуковом обследовании получены сведения об отсутствии свободных территорий на передней брюшной стенке для введения троакаров и создания пневмоперитонеума, а также признаки повсеместного спаечного процесса в брюшной полости.

Исходя из нашего небольшого опыта лапароскопических вмешательств, в рекомендуемый перечень предоперационных изысканий пациентов с адгезивной болезнью включили такие методики: Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, обзорная и контрастная рентгенография брюшного пространства, УЗИ брюшной полости. Нами был проведен разбор информативности предложенных методик в определении адгезивной болезни. По обзорной рентгенографии, выполненной всем пациентам при поступлении, обнаруживались признаки кишечной непроходимости: уровни Клойберга и затемнение петель тонких кишок. Для диагностики адгезивной болезни с нарушением кишечного прохождения мы находим более полезным задействовать контрастную рентгенографию. Разбор итогов УЗИ брюшной полости основывался на определении пользы методики в достижении поставленных перед ней целей. Главной целью ультразвукового исследования стало установление степени выраженности адгезивной болезни брюшной полости. Благодаря УЗИ у 9 из 11 пациентов были намечены места для безопасного введения троакара в брюшную полость. Информативность УЗИ в обнаружении признаков адгезивной болезни составила до (73,6%) и была немного выше, нежели при обзорном рентгенологическом исследовании (58-61%). Продолжительность проведения хирургического действия зависела от выраженности спаечного процесса, опыта и умений хирургической бригады. Анализ времени, отведенного на выполнение процедуры видеолапароскопического адгезиолизиса, производился посредством хронометража. Распространенность спаечного процесса (по градации Блинникова) по итогам анализа на длительность хирургического действия заметно не воздействовала. Данный факт обусловлен тем, что основная часть внутрибрюшных спаек находится в зоне послеоперационного рубца. Разделение спаек, выявленных в прочих анатомических зонах, осуществлялось одновременно, чаще только острым способом и не требовало большого времени и составляло до 2 мин, при I и II степени распространенности и до 8 мин при III и IV степени распространенности. В среднем продолжительность рассечения спаек в иных зонах брюшной полости составила 4 мин. В процессе выполнения операции ВЛА нами интраоперационно не было замечено ни одного осложнения. Небольшие кровотечения, которые возникали при разъединении спаек, чаще всего большого сальника, купировались посредством электрокоагуляции в

биполярном и монополярном режимах. Осложнений в послеоперационный период, сопряженных с кровотечениями, нами также не установлено. По завершении хирургического действия для предупреждения спайкообразования в брюшную полость вводилась озонированная дистиллированная вода, разбавленная мазью мирамистина один к одному. В послеоперационном периоде на 2-3 сутки назначали противовоспалительное лечение Контрактубекс в форме геля (гепарин-натрий 5000М.Е. экстракт лука-10,0 г, аллантонин-1,0 г) с помощью электрофореза на переднюю брюшную стенку 5-7 сеансов в стационаре, и в амбулаторных условиях Контрактубекс в форме геля с помощью электрофореза на переднюю брюшную стенку в течение 15 дней, продолжительность сеансов на протяжении курса увеличивалась с 5 минут до 15 минут. Тщательно проведенное предоперационное обследование пациентов с адгезивной болезнью позволило достичь таких итогов: -обследование, проводимое на дооперационном этапе, доказывает о высокой информативности ее и указывает препятствующие факторы, нарушающие пассаж.

-перед операцией хирург располагает информацией о распространенности спаечного процесса и его выраженности, свободных от спаек участках на передней брюшной стенке для безопасного вхождения в брюшную полость. Все это позволяет индивидуально подходить к подготовке и проведению операции у каждого отдельно взятого ребенка.

-Данная методика обследования позволяет выявить противопоказания к ВЛА.

У трех больных со спаечной кишечной непроходимостью обнаружен некроз кишечника, которым была проведена миnilапаротомия , резекция некротического участка кишечника и анастомоз конец в конец.

Применение в клинике, по разработанной методике основанной на современной технологии и техники видеолaparаскопического адгезиолизиса позволило –

-у всех 23 (100%) пациентов основной группы выполнить видеолaparаскопический адгезиолизис.

-Избежать интраоперационные осложнения, связанные с выполнением лaparаскопической операции в условиях спаечного процесса.

-предупредить нарушения пассажа кишечника в послеоперационном периоде.

-наличие одной или нескольких срединных лaparотомий не являлось абсолютным противопоказанием для малоинвазивной операции.

-среднее время выполнения операции ВЛА составило **58,8** минуты.

В настоящее время лaparоскопия еще не получила широкого применения в диагностике и лечении острой СКН особенно у детей. Это, обусловлено тем, что до последнего времени большинство хирургов считают ее использование в условиях пареза кишечника и спаечного процесса не только нецелесообразным, но и опасным из-за возможности ятрогенного повреждения кишечника, чего в нашей практике не наблюдалось.

Анализируя результаты применения современных технологий и учитывая уровень развития лaparоскопической хирургии, можно сделать следующие выводы:

На данный момент показанием к лaparоскопии служат практически все случаи острой СКН.

Огромное значение для увеличения безопасности осуществления наиболее ответственного этапа операции — первичного проникновения в брюшную полость — имеет предоперационное выявление участков припаянных кишечных петель к передней брюшной стенке, что сейчас осуществимо при помощи УЗИ брюшной полости, а также применение безопасных методов первичного вхождения в брюшную полость (в вариации Поддубного прямой пункции тупоконечным троакаром) и специально разработанных приборов — оптической иглы Вереша, оптических троакаров, техники открытой лапароскопии по Nasson.

Нынешние способности видеолапароскопии, наличие нужных приборов практически во всех ситуациях дают возможность:

-Оперативно поставить диагноз закупорки кишечника.

-Предположить, а после точно найти место обструкции и причину появления закупорки.

-Провести достаточный по размеру, порой весьма большой, висцеролиз с разъединением спаек, провоцирующих закупорку.

-Добиться возвращения функции кишечника при закупорке.

Способности лапароскопической хирургии — широкая зона осмотра, прекрасное освещение, интраоперационное увеличение — дают возможность:

-Применять малотравматичный доступ к зоне закупорки.

-Произвести точную препаровку петель кишечника и спаек.

-Снизить до минимума вероятность интраоперационных проблем, облегчить ход послеоперационного этапа.

-Уменьшить число и серьезность послеоперационных осложнений.

-Сократить время пребывания в стационаре пациента, оперативнее вернуть ему полную физическую подвижность.

На данный момент, как мы отмечали ранее, абсолютным показанием к лапароскопии являются практически все разновидности острой спаечной кишечной закупорки. Но, тем не менее, нам захотелось бы выделить противопоказания к видеолапароскопическому адгезиолизису:

-Сильное вздутие кишечника при огромном спаечном процессе, что можно заподозрить, принимая во внимание тип перенесенной операции и наличие рубцов на передней брюшной стенке.

-Обнаружение плотного воспалительного инфильтрата, что вызывает обструкцию

-Наличие «холодного» конгломерата из множества тесно соединённых петель кишки при поздней СКН

Наличие необратимых нарушений кровообращения в ущемлённой кишке

Наличие в истории болезни кишечных свищей

Заключение. Таким образом, проведение адгезиолизиса видеолапароскопическим способом даёт возможность не только устранить источник развития спаечной непроходимости кишечника, но и служит действенным способом предотвращения спаечной болезни после операции. Более того, этот метод в полной мере соответствует нормам эстетической, пластической и косметической хирургии. Самое важное, этот способ препятствует повторному образованию спаек, что весьма актуально у пациентов, предрасположенных к спайкообразованию. Возраст и пол пациента не оказывают

влияния на немедленные и долгосрочные итоги видеолaparоскопических манипуляций.

Литература:

1. Кригер А. Г., Андрейцев И. Л., Макарова Е. Е. Лапароскопия и ультразвуковая диагностика при эндохирургическом лечении редких вариантов тонкокишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 5. – С. 57–59.
2. Леонович А. Б. Диагностика заболеваний тонкой кишки с помощью СКТ-энтерографии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 5. – С. 95.
3. Кудряшова Н. Е., Пахомова Г. В., Лебедев А. Г. Радионуклидная оценка эвакуаторной функции желудка и пассажа по кишечнику при острой непроходимости тонкой кишки // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 4. – С. 37–43.
4. Курбонов К. М., Гулов М. К., Нурназаров И. Г. Комплексная диагностика и хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. хирургии. – 2006. – № 3. – С. 54–57.
5. Лубянский В. Г., Алиев А. Р., Черненко В. Ф. Коррекция энтеральной недостаточности с использованием ФИШант-С в комплексном хирургическом лечении больных распространенным послеоперационным перитонитом // Анналы хирургии. – 2005. – № 5. – С. 43–45.
6. Портной Л. М., Легостаева Т. Б., Кириллова Н. Ю. Роль и место ультразвуковой диагностики острой кишечной непроходимости // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2003. – № 4. – С. 4–15.
7. Прокоп М. Спиральная и многослойная компьютерная томография. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 381 с. 31. Романов Э. И. Причины летальных исходов при острой спаечной кишечной непроходимости // Вестн. хирургии. – 1998. – Т. 157. № 1. – С. 57–60.
8. Савельев В. С. Дисметаболические последствия синдрома кишечной недостаточности в абдоминальной хирургии // Анналы хирургии. – 2005. – № 6. – С. 46–54.
9. Салимов Ш. Т. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей // Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 15–17.
10. Сергеев. А. В. Коновалов. А. К. Миниинвазивная хирургия спаечной болезни у детей. V-Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» 2006. Москва. стр 420.
11. Грибанов. А. Г. Жила. Н. Г. и др. Видеолaparоскопический адгезиолизис в комплексном лечении спаечной болезни брюшной полости у детей. V- Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» 2006. Москва. стр 347-348.
12. Беляев. М. К. Федоров. К. К. Мочалов .С. В. Значение лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии детей. V-Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» 2006. Москва. стр. 338.
13. Дронов. А. Ф. Аль-Машат. Н. А. Челак. А. О. Лапароскопические операции у детей, ранее оперированных на органах брюшной полости. . V-Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» 2006. Москва. стр. 357-358
14. Финкельсон. Е. И. Гранников О. Д. Лапароскопия при кишечной непроходимости у детей. Вест. хирургия 1999;124;5;95-98

15. Капустин.В.А.Гранников.О.Д.Тезисы симпозиума «Лапароскопические операции у детей Ярославль. 1996;11-12.

16. Valla J.S.Steyaert H. In N.M.A.Bax et al.Endoscopic Surgery in Children.Berlin-New York 1999 234-253..

