

## ПРОФИЛАКТИКА И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ж.Х., Акилов Х.А.

## БОЛАЛАРДА ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВО

Ибрагимов Ж.Х., Акилов Х.А.

## PREVENTION AND CONSERVATIVE THERAPY OF ACUTE ADHESIV INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Ibragimov J.H., Akilov H.A.

Андижанский государственный медицинский институт

**Мақсад:** ўтқир битишмали ичак тутилиши билан касалланган бемор болаларга ёндашувни бирлаштириш ва консерватив терапия усулини ишлаб чиқиш. **Материал ва усуллар:** тадқиқот объекти бўлиб, 2009-2015 йиллардаги ўтқир битишмали ичак тутилиши (ЎБИТ) клиникаси билан тушган 35 нафар бемор бола танлаб олинди. Асосий гуруҳ 8-14 ёшли болаларни ташкил қилди – 23(65,7%). **Натижалар:** ЎБИТ га гумон қилинган бемор болалар учун янги консерватив даво схемаси ишлаб чиқилди. Тавсия этилган консерватив даво схемаси 31,77% кузатувларда ЎБИТ ташхисини бартараф этиш имконини берди. Ўтказилган тадқиқот шуни тасдиқладики, ЎБИТ беморларда консерватив даво 27,33% ҳолатларда ўтказиш мумкин. **Хулосалар:** тавсия этилган консерватив даволаш схемаси тадқиқоти шуни тасдиқладики, ЎБИТ беморларда консерватив даво 27,33% ҳолатларда ўтказиш мумкин.

**Калит сўзлар:** ўтқир битишмали ичак тутилиши, даво, болалар.

**Objective:** Unification of the approach to sick children with suspected acute adhesive intestinal obstruction (ASCI) and the development of a method of conservative therapy. **Material and methods:** Under observation in 2009-2015. There were 35 children admitted with an OSKN clinic. Most patients were aged 8 to 14 years – 23 (65.7%). There were 21 boys, 14 girls, a ratio of 1.6:1. **Results:** A new scheme for conservative treatment of ASCI has been developed. The proposed scheme of conservative therapy makes it possible to exclude the diagnosis of acute adhesive intestinal obstruction in 31.77% of cases. As a result of the conservative conservatively, it was possible to resolve SCOS in 27.33% of cases. **Conclusions:** The proposed scheme of conservative therapy eliminates the diagnosis of acute adhesive intestinal obstruction and contributes to the conservative resolution of ASCI in 27.33% of cases.

**Key words:** acute adhesive intestinal obstruction, treatment, children.

Повышение качества диагностики и эффективности лечения детей со спаечной болезнью кишечника остаётся актуальной проблемой практического здравоохранения. Спаечная кишечная непроходимость – это нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта [1,9,11]. Оно является одним из проявлений спаечной болезни брюшины, характеризующейся наличием внутрибрюшных спаек и сращений [5,7,8]. У значительного числа детей спаечная кишечная непроходимость имеет хронический рецидивирующий характер. Удельный вес этой патологии среди других видов непроходимости у детей достигает 30-40% [6,10,11].

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одним из распространённых и тяжёлых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес ее в структуре всех видов кишечной непроходимости у детей, по нашим данным, составляет 35,75%, что в целом соответствует сведениям других авторов [1,4,5]. Лечение пациентов со спаечной болезнью органов брюшной полости является весьма сложной задачей, что связано с тяжестью клинического течения и развитием грозных осложнений, отсутствием адекватных унифицированных методов предупреждения рецидивов [2,3].

### Цель исследования

Унификация подхода к больным детям с подозрением на ОСКН и разработка метода консервативной терапии.

### Материал и методы

Исследование выполнено на базе детского хирургического отделения Андижанского ОДММЦ и кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии АндГосМИ. Под наблюдением в 2009-2015 гг. были 35 детей, поступивших с клиникой ОСКН. Для более детального изучения результатов лечения больные были разделены на группы (табл. 1). Большинство больных были в возрасте от 8 до 14 лет – 23 (65,7%). Мальчиков был 21, девочек – 14, соотношение 1,6:1. Распределение детей таким образом следует связывать с причинами, по которым они были прооперированы первично. В первую очередь это деструктивный аппендицит (в анамнезе более чем у 50% детей).

В зависимости от эффективности консервативной терапии пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 30,29% детей, у которых консервативная терапия позволила в короткие сроки исключить острую хирургическую патологию. 2-ю группу составили 48,57% больных, ранее оперированные по разным причинам традиционным («открытым») способом. ОСКН у них была подтверждена как клинически, так и при помощи инструменталь-

ных методов диагностики. У 51,5% детей данной группы проведенная консервативная терапия позволила полностью купировать проявления ОСКН и выписать детей без проведения оперативного вмешательства. Остальным 48,59% больным выполнена лапаротомия, а консервативные мероприятия проводились на этапе предоперационной подготовки. 3-ю группу составили 8,14% больных, из них ОСКН удалось разрешить с помощью консервативных мероприятий, у остальных 92,69% детей оперативное лечение проведено по традиционному методу.

**Таблица 1**

**Распределение пациентов по возрасту и полу, абс. (%)**

Возраст, лет	Число больных,	Мальчики	Девочки
0-4	12 (34,3)	7 (20,0)	5 (14,3)
4-18	23 (65,7)	14 (40,0)	9 (25,7)
Всего	35 (100)	21 (60,0)	14 (40,0)

### Результаты и обсуждение

Независимо от срока поступления и сочетания клинических симптомов всем больным в приемном отделении был назначен комплекс консервативной терапии. Исходя из нашего предположения, что спаечная болезнь – это самостоятельное, полициклическое, прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит генерализованная, гиперэргическая реакция соединительной ткани на внешние раздражители (воспалительные процессы, нарушение диеты, простудные заболевания, обострение хронических заболеваний), наша схема консервативной терапии на начальном этапе спаечной болезни включала следующие мероприятия.

1. С целью проведения декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось зондирование желудка (известно, что повышение давления в просвете кишечной трубки с последующим нарушением кровоснабжения кишечной стенки играет немаловажную роль в патогенезе кишечной непроходимости любой этиологии).

2. Для уменьшения отека и воспаления соединительной ткани кишки и плоскостных спаечных воспалительных образований брюшной полости проводилась гормональная терапия – внутривенно преднизолон по 3 мг/кг массы тела в 5 или 10% растворе глюкозы.

3. Известно, что любое нарушение перистальтики кишечника находится в прямой зависимости от тонуса гладкомышечной мускулатуры и содержания ионов  $K^+$  в циркулирующей жидкости, адекватного кровоснабжения кишечной трубки. Поэтому мы считаем принципиально важным восстановление объема циркулирующей крови с неременным включением в объем инфузионной терапии 10% раствора хлорида калия из расчета 1 мэкв/кг массы тела. После коррекции гидроионного баланса (раствор KCl), введения в сосудистое русло преднизолона или гидрокортизона в остальную часть лечения проводилось по традиционной схеме (глюкозо-солевые растворы, стимуляция перистальтики антихолин-

эстеразными препаратами – прозерин, препараты, улучшающие кровоснабжение – трентал, пентоксифиллин и др.).

Критериями эффективности консервативной терапии мы считали купирование или уменьшение интенсивности болевого синдрома, вздутия живота, уменьшение рвоты или исчезновение отделяемого по назогастральному зонду, наличие стула после клизм и отхождение газов, нормализацию перистальтики ЖКТ, снижение уровня интоксикации: уменьшение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), тахикардии, субфебрилитета, слабости, недомогания, сухости слизистых оболочек.

Одним из эффективных критериев консервативной терапии (в том числе предоперационной) являлась рентгенологическая характеристика функции ЖКТ. У 31 (88,5%) ребенка, поступившего в детскую клинику, в приемном отделении была проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении. 2 (5,71%) детям рентгенологическое исследование не проводилось, так как они поступили в стационар с клиникой острого аппендицита, без оперативных вмешательств в анамнезе. 2 (5,71%) детей были взяты в операционную в связи с очень выраженным болевым синдромом без рентгенологического обследования.

У 12 (38,70%) из 31 ребенка определялись типичные рентгенологические признаки дисфункции кишечника как самостоятельно, так и в сочетании друг с другом (уровень жидкости в разных отделах брюшной полости, газовые пузыри кишок и асимметричное газонаполнение кишечника). Уровень жидкости был найден у 77,4% из 12 пациентов, газовые пузыри кишок – у 41,98%, асимметричное газонаполнение кишечника с зоной гомогенного затемнения – у 45,26% детей. Особое значение мы придаем третьему фактору (асимметричное газонаполнение кишечника), так как считаем, что он является одним из косвенных признаков, указывающих на спаечный конгломерат, где газонаполнение снижено. Среди оперированных детей, которым выполнена обзорная рентгенография (9 детей из 16) данный показатель был выше и составил 56,25%.

При контрастном исследовании ЖКТ с 10% сульфатом бария придавали значение задержке продвижения бария, который концентрируется в виде «депо» в каком-либо участке ЖКТ. Мы считаем его решающим в определении тактики. Метод возможен только при отсутствии рвоты или обильного отделяемого по назогастральному зонду, что не позволяет провести его у всех больных и, следовательно, его значимость снижена. Этот прием использован нами у 27 (87,09%) больных, у 9 (29,03%) выявлено «депо» сульфата бария перед препятствием. Данный показатель выше у оперированных пациентов, у которых контролировалось продвижение контрастного вещества по ЖКТ. Он составил 70,96% (22 из 31 обследованного).

Как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде всем детям, наряду с традиционной оценкой статуса и лабораторным контролем, про-

водился подсчет ЛИИ по общепринятой методике [3-4]. За нормы мы принимали показатели 0,3-1,5. К легкой степени бактериального компонента относили показатель до 2,3; средней тяжести – до 3,5. Показатель более 3,5 указывает на наличие тяжелой степени бактериального напряжения [3-4]. Если после проведения первой схемы консервативной терапии состояние больного не ухудшалось (ЛИИ, тахикардия, боли и др.), то мы считали возможным проведение повторных (до 3-х) курсов консервативной терапии. Применение подобной тактики позволило исключить диагноз ОСКН у 12 детей (7 мальчиков и 5 девочек) (табл. 2). Обращает на себя внимание преобладание детей в возрасте от 4 до 18 лет, как и в распределении общего количества пациентов. После однократного проведения курса терапии у 41,7% и двукратной схемы у 50,34% больных состояние значительно улучшилось, исчезли боли в животе, прекратились рвота, вздутие живота, улучшились показатели периферической крови, снизилась интоксикация (табл. 3).

**Таблица 2**  
**Распределение пациентов с исключенной ОСКН по возрасту и полу, абс. (%)**

Возраст, лет	Число пациентов	Мальчики	Девочки
0-4	2 (16,7)	2 (16,7)	-
4-18	10 (83,3)	5 (41,7)	5 (41,7)
Всего	12 (100)	7 (58,3)	5 (41,7)

**Таблица 3**  
**Основные клинические симптомы у детей с исключенной ОСКН, абс. (%)**

Симптомы	Консервативная терапия		
	всего	1-й курс	2-й курс
Боли в животе	12 (100)	5 (41,66)	7 (58,33)
Вздутие живота	3 (25,00)	2 (16,66)	1 (0,08)
Тошнота	7 (58,33)	6 (50,00)	4 (33,33)
Рвота	4 (33,33)	3 (25,00)	2 (16,66)
Задержка стула и газов	4 (33,33)	3 (25,00)	2 (16,66)
Субфебрилитет	3 (40,00)	2 (16,66)	2 (16,66)
Слабость и недомогание	5 (41,66)	6 (50,00)	-
Сухость слизистых	4 (33,33)	2 (16,66)	-
Тахикардия	5 (41,66)	4 (33,33)	1 (08,33)
Лейкоцитоз	4 (33,33)	6 (50,00)	2 (16,66)
Всего пациентов	12 (100)	5 (41,66)	7 (58,33)

**Примечание.**  $\chi^2=45,45$ ,  $p<0,001$ .

Из таблицы 3 видно, что в основном повторные курсы консервативной терапии требовались пациентам с жалобами на боли в животе – 50,94%. По остальным критериям у большей части больных достаточно было проведение одной схемы, что под-

тверждается статистически с помощью критерия Пирсона. При анализе ретроспективного изучения анамнеза выявлено, что у этих пациентов не было цикличности, сезонности заболевания, а болевой синдром, как правило, возникал после грубого нарушения в диете. Дальнейшее обследование этих детей позволило выявить причины болей в животе.

Наиболее частыми причинами, симулирующими ОСКН у оперированных ранее детей, являлись реактивный панкреатит (24,53%), острый мезаденит (18,87%), обострение хронического гастроудоденита (7,55%), дискинезия кишечника и дискинезия желчевыводящих путей (7,55%), кишечная колика (5,66%), инфекция мочевыводящих путей и капростаз (3,77%), а также острый холецистит, невралгии, сигмоидит, острый пиелонефрит, глистная инвазия, атонический колит, доброкачественное образование яичника, синдром раздраженной кишки, вегето-сосудистая дистония, инфильтрат брюшной полости (по 1,89%). Важно подчеркнуть, что предложенную нами схему лечения можно считать не только составной частью консервативной терапии и предоперационной подготовки детей, но и включить в алгоритм дифференциальной диагностики органических и функциональных заболеваний ЖКТ.

Таким образом, предложенная нами схема консервативной терапии позволяет исключить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости в 31,77% наблюдений и способствует консервативному разрешению ОСКН в 27,33% случаев.

#### Литература

1. Баранов Г.А., Парунов С.И. Лапароскопический адгезиолизис: перспективы в хирургии кишечника // Эндоскоп. хир. – 2001. – №2. – С. 8-9.
2. Бебурашвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. Малоинвазивные технологии хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Неотложная и специализированная помощь // 1-й конгресс московских хирургов: Тез. докл. – М., 2005. – С. 42-43.
3. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И., Дедов К.А. Лапароскопия в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Эндоскоп. хир. – 1997. – №2. – С. 5-6.
4. Ермолов А.С., Попова Т.С., Пахомова Г.В. Синдром кишечной недостаточности. – М.: ООО «Мед Экспорт Пресс», 2005. – 422 с.
5. Козлов О.А. Настоящее и будущее последипломного образования // Материалы научно-практической конференции. – Минск: БелМАПО, 2006. – Т. 2. – С. 190-194.
6. Татаршаев М.Б., Борлаков А.М., Аслануков П.А. Тактика хирургического лечения больных с острой спаечной непроходимостью тонкого кишечника // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции хирургов. – Пятигорск, 2003. – С. 134-135.
7. Чернов В.Н., Белик Б.М., Мареев Д.В. Острая непроходимость кишечника с современных позиций патогенеза // Материалы Всероссийского научного форума. – М., 2005. – С. 193-194.
8. Chopra R. Laparoscopic lysis of adhesions // Amer. Surg. – 2003. – Vol. 69. – P. 966-968.
9. Gutt C.N., Oniu T., Schemmer P. et al. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18. – P. 898-906.
10. Petrovic B., Nikolaidis P., Nancy A. et al. Identification of adhesions. CT in small-bowel obstruction // Emerg. Radiol.

– 2006. – Vol. 12. – P. 88-93.

11. Shyr-Chyr Chen M.D., Chien-Chang Lee et al. Progressive Increase of Bowel Wall Thickness Is a Reliable Indicator for Surgery in Patients with Adhesive Small Bowel Obstruction // Dis. Colon. Rectum. – 2005. – Vol. 48. – P. 1764-1771.

### **ПРОФИЛАКТИКА И КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

Ибрагимов Ж.Х., Акилов Х.А.

**Цель:** унификация подхода к больным детям с подозрением на острую спаечную кишечную непроходимость (ОСКН) и разработка метода консервативной терапии. **Материал и методы:** под наблюдением в 2009-2015 гг. были 35 детей, поступивших с клиникой ОСКН. Большинство

больных были в возрасте от 8 до 14 лет – 23 (65,7%). Мальчиков было 21, девочек – 14, соотношение 1,6:1. **Результаты:** разработана новая схема консервативной терапии ОСКН. Предложенная схема консервативной терапии позволяет исключить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости в 31,77% наблюдений. В результате проведенного консервативного консервативно разрешить ОСКН удалось в 27,33% случаев. **Выводы:** предложенная схема консервативной терапии позволяет исключить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости и способствует консервативному разрешению ОСКН в 27,33% случаев.

**Ключевые слова:** острая спаечная кишечная непроходимость, лечение, дети.

