

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Аверин В.И.<sup>1</sup>, Свирский А.А.<sup>2</sup>, Махлин А.М.<sup>2</sup>, Черевко В.М.<sup>1</sup>, Силина Е.В.<sup>2</sup>.  
Белорусский государственный медицинский университет<sup>1</sup>, Республиканский  
научно-практический центр детской хирургии<sup>2</sup>, Минск, Беларусь*  
Введение.

Острая поздняя спаечная кишечная непроходимость (ПСКН) у детей составляет от 25 до 42% среди приобретенной кишечной непроходимости. Несмотря на постоянное усовершенствование методов диагностики, консервативного и хирургического лечения рецидив спаечной непроходимости встречается от 7 до 36,8%, а летальность составляет от 2,1% до 15%.

Цель.

Оценить результаты хирургического лечения острой ПСКН лапароскопическим методом.

Материалы и методы.

В РНПЦ детской хирургии с 1994 по 2015 год оперировано с применением лапароскопической техники 223 пациента с ПСКН. Наиболее частой причиной непроходимости являлись ранее перенесенные операции по поводу острого аппендицита и его осложнений, которые отмечены в анамнезе у 180 пациентов (80,7%). Это обстоятельство связано с тем, что аппендэктомия является самым частым экстренным оперативным вмешательством у детей.

По срокам возникновения после операции от 1 до 6 месяцев ПСКН наблюдалась у 93 (41,7%) пациентов, у 32 (14,3%) от 6 месяцев до одного года, у 29 (13,0%) детей от одного до двух лет, у 24 (10,8%), от 2 до 5 лет, и после пяти лет у 45 (20,2%) пациентов.

Результаты и обсуждение.

Лечение детей при поступлении с явлениями ПСКН начинали с консервативных мероприятий, за исключением сверх острой формы, обусловленной странгуляцией, или при наличии клиники перитонита при позднем поступлении больных. Консервативная терапия проводилась в течение 3-4 часов и позволила ликвидировать кишечную непроходимость у 107 пациентов (47,9%). Всем этим детям было выполнено лапароскопическое разъединение спаек через 5-7 дней, после купирования явлений непроходимости, не выписывая их из стационара.

Отсутствие эффекта от проведенного консервативного лечения являлось показанием к экстренной операции, так как применение неоправданно длительных консервативных мероприятий у этой группы больных приводит к невозможности выполнения лапароскопии из-за нарастающего вздутия живота.

Оперативное вмешательство начинали с наложения пневмоперитонеума в максимально удаленной от послеоперационного рубца точке - чаще в левом подреберье. К открытому заведению первого оптического троакара прибегали при наличии на передней брюшной стенке множества рубцов или в случаях, когда отмечался выраженный парез кишечника. Противопоказанием для выполнения лапароскопии являлось резкое вздутие живота на фоне

выраженного пареза, что делало технически невозможным выполнение лапароскопии.

У 159 (71,3%) пациентов причиной непроходимости были единичные спайки, либо не распространенный спаечный процесс, занимавший не более 2 анатомических областей, поэтому длительность операции составляла от 15 до 40 минут. У остальных 28,7 % больных, спаечный процесс был более выражен, достигал 3-4 степени (классификация О.И. Блинникова), и продолжительность операции доходила, в отдельных случаях, до 4 часов. В 5 случаях - при спаечном процессе 4 степени и технических трудностях мы были вынуждены отказаться от лапароскопической операции и выполнить лапаротомию. У 7 больных переход на лапаротомию был вызван некрозом ущемленной кишки и еще у 3 больных - перфорацией кишки, произошедшей на этапе освоения техники. Таким образом, ликвидация ПСКН лапароскопическим методом стала возможной у 208 детей (93,2%).

При спаечном процессе 1-2 степени послеоперационный период у детей протекал легко. Через 6 часов после операции больные начинали ходить, а через 24 часа разрешалось питание с исключением овощей и фруктов. На амбулаторное лечение пациенты выписывались через 3-4 суток после операции. Больных с 3-4 степенью спаечного процесса после операции переводили в отделение интенсивной терапии, где проводилась корригирующая инфузионная терапия, стимуляция перистальтики кишечника, антибиотикотерапия (обычно цефалоспорины II-III поколения) курсом от 7 до 10 дней. После восстановления перистальтики, обычно 2-3 сутки, дети переводились в хирургическое отделение. Спустя 7-10 суток после операции таких больных выписывали домой. Все дети, лечившиеся в нашей клинике с острой ПСКН, выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения. У одного ребенка на 3 сутки после операции возникли 2 стрессовые язвы вне зоны разделения спаек, что потребовало выполнение лапаротомии для ликвидации перитонита и ушивания язв. Рецидив СКН, в первые 5 суток после операции, наступил у 6 детей (2,7%), что потребовало выполнения у 2 детей повторной лапароскопии, а еще у 4 был выполнена лапаротомия и шинирование кишечника на трубке для профилактики СКН.

Отмечено повторное поступление в стационар 3 (1,34%) больных, оперированных с применением лапароскопии по поводу ПСКН.

Выводы.

1. Применение лапароскопии в лечении детей с острой ПСКН позволило изменить тактику ведения этих больных при поступлении в стационар.
2. Своевременное лапароскопическое вмешательство является оптимальным при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у детей.
3. Результаты, полученные при лечении детей с ОПСКН с применением лапароскопии позволяют рекомендовать этот метод к широкому применению в практике детских хирургических отделений.