

мущества надаються накладыванию узловых швов и одномоментной фиксации сетки апоневротически-мышечного лоскута.

Ключовые слова: грыжи передней брюшной стенки, сетчатый имплантат, операции.

M.H. Honchar, Ya.M. Kuchirka, A.Ye. Bohush

Choice of Operative Techniques in Case of Abdominal Anterior Wall Hernia

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, Ivano-Frankivsk Central City Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. A retrospective analysis of the causes of ventral hernia

recurrence has been conducted. The results of examination of 1,375 patients showed that the least number of recurrences arises in case of application of tension-free surgical techniques. Postoperative recurrences after the Lichtenstein inguinal hernia repair occur, in the authors' opinion, as a result of fixation of the mesh to the deep oblique muscle of the abdomen by blanket suture. It is preferred to insert interrupted sutures with simultaneous fixation of the mesh of muscle-aneurotic graft.

Keywords: abdominal anterior wall hernia; mesh implant; surgeries.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК: 617.55-089-036.11-.53.2-06:616.34-007.271/274-084

Горбатюк О.М., Момотов А.О., Гончар В.В., Берцун К.Т., Міхнушева О.С.

Профілактика патологічного спайкоутворення та злукової кишкової непрохідності у дітей з ургентною абдомінальною хірургічною патологією

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Київ

Резюме. Вступ. Післяопераційний спайковий процес в черевній порожнині і ускладнення, що виникають у зв'язку з ним, займає провідне місце в структурі захворюваності і смертності в ургентній абдомінальній хірургії у дітей. Проте єдиної думки з приводу профілактики даної патології не існує.

Мета: оптимізація профілактичних заходів у дітей з гострою хірургічною абдомінальною патологією у дітей з метою зниження кількості післяопераційної спайкової кишкової непрохідності.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 36 дітей з післяопераційною злуковою кишковою непрохідністю у віці 3 міс. – 15 років. Хлопчиків було 22, дівчаток – 14. Випадків ранньої кишкової непрохідності було 4, пізньої – 32. Вивчення клініко-лабораторних особливостей патології проводилось з використанням комплексу діагностичних методик – клінічно-лабораторних, рентгенологічних, сонографічних.

Результати та обговорення. Найчастішими етіологічними моментами патологічного післяопераційного спайкоутворення і ЗКН у дітей з гострою абдомінальною хірургічною патологією можуть бути механічні (травматичні хірургічні втручання), ішемічні (розлади васкуляризації очеревини і органів черевної порожнини), інфекційні (тривала інфекція в черевній порожнині), хімічні (асептичне запалення очеревини при попаданні лікарських речовин) та інші чинники. Доведено, що комбінація до-, інтра- та післяопераційних профілактичних заходів, що направлені на ліквідацію названих негативних моментів хірургічного лікування дітей, є ефективним підходом у профілактиці післяопераційної злукової кишкової непрохідності.

Висновки. ЗКН найчастіше зустрічається у хлопчиків (61,11%) і дітей старше 10 років (50%). Серед причин післяопераційної ЗКН перше місце займає гострий деструктивний апендицит. У абсолютної кількості пацієнтів спостерігається пізня ЗКН (89,88% випадків). З метою профілактики патологічного післяопераційного спайкоутворення необхідно дотримуватися системного підходу з проведенням до-, інтра- і післяопераційних профілактичних протизлукових заходів.

Ключові слова: злуки, кишкова непрохідність, профілактика, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Злукова кишкова непрохідність (ЗКН) є одним із тяжких ускладнень абдомінальних операцій у дітей. Незважаючи на тривалу історію вивчення питання діагностики та лікування захворювань органів черевної порожнини у дітей, зазначена проблема і надалі залишається однією зі складних і невіршених у дитячій хірургії та не втрачає інтересу науковців і практиків й сьогодні (2, 5, 6, 17). Злуковий процес

супроводжує будь-яке запалення, травму чи ішемічне ураження органів черевної порожнини і очеревини, всяка лапаротомія, навіть здійснена в асептичних умовах, може сприяти патологічному спайкоутворенню (8, 10, 13). Процес утворення злук пов'язаний зі здатністю очеревини виробляти клейкий екссудат, клітинні елементи якого сприяють утворенню колагенових волокон, які разом з фібрином утворюють внутрішньочеревні фібринозні зрощення. У більшості дітей в післяопераційному періоді злуковий процес перебігає у фізіологічних рамках і не викликає ускладнень. Проте в деяких випадках злуки склеюють кишкові петлі і порушують пасаж кишкового вмісту, утворюючи кишкову непрохідність. Вони можуть знаходитись між петлями кишечника, між кишечником і парієтальною очеревиною, парієтальною очеревиною і сальником тощо. Між цими утвореннями можуть формуватися поодинокі злуки, утворюючи странгуляційну непрохідність, або дифузні множинні злуки з утворенням кишкових конгломератів і розвитком обтураційної злукової непрохідності.

Головними чинниками виникнення патологічного злукового процесу називають чисельні фактори, серед яких запальний процес у черевній порожнині, неефективність антибіотикотерапії, травматичність оперативного втручання, застосування неадекватної хірургічної методики, імунні розлади, індивідуальну схильність до спайкоутворення, дисбактеріоз кишечника тощо (3, 5, 10, 13, 17).

У світовій літературі немає рандомізованих, мультицентричних досліджень про частоту ЗКН у дітей. Дані з цього питання можливо отримати лише зі звітів роботи конкретного хірургічного відділення. Проте більшість дослідників наголошують на тому, що питома вага ЗКН складає приблизно 30 - 40% серед інших видів кишкової непрохідності у дітей, а до 60% всіх релапаротомій в теперішній час здійснюється з приводу гострої ЗКН. Остання належить до групи набутих патологічних станів і являється тяжким ускладненням оперативних втручань на органах черевної порожнини у дітей. Відомо, що в 7 - 10% випадків ЗКН у дітей набуває картину рецидивуючої непрохідності. Не дивлячись на постійне удосконалення методів профілактики ЗКН у дітей, до теперішнього часу зберігається летальність при цій патології на рівні 5 - 7% (1-5, 13, 17).

В останні роки в Україні, як і у всьому світі, зростає

обсяг і характер операцій на органах черевної порожнини у дітей різного віку, в тому числі – у новонароджених. Це неминує призводити до збільшення частоти патологічного спайкоутворення, злукової хвороби очеревини і ЗКН. Тому питання ранньої діагностики, своєчасного лікування та профілактики останньої набувають масштабів світового значення (12, 14, 16, 17).

Мета дослідження – вивчити та проаналізувати основні причини, що призводять до виникнення ЗКН у дітей з ургентною абдомінальною хірургічною патологією, та встановити їх прогностичне значення як основи для удосконалення профілактичних заходів.

Матеріал і методи дослідження

За останні 5 років (2011-2015 роки) під нашим спостереженням і лікуванням знаходилося 36 дітей зі ЗКН, госпіталізованих в ургентному порядку, що склало 2,15% від загальної кількості пацієнтів з ургентними хірургічними захворюваннями (всього було 1671 пацієнтів з гострою абдомінальною хірургічною патологією). Серед них з ранньою ЗКН було 4 (11,11%) дітей, з пізньою ЗКН – 32 (88,89%) пацієнта. Рання ЗКН розвивалась у перші 3 – 4 тижні після операції і була obtураційною (перегини кишкових петель, стиснення множинними злуками). Пізня ЗКН – странгуляційна – виникала через місяці і роки після хірургічного втручання. Хлопчиків було 22, дівчаток – 14. Всі пацієнти віком від 3 міс. до 15 років представлені наступним чином: пацієнтів до 1 року було 3 (8,33%), від 2 до 6 років – 10 (27,78%), від 7 до 10 років – 5 (13,89%), старше 10 років – 18 (50%). Рецидивуюча ЗКН спостерігалась у 4 дітей, що склало 11,11%.

При розробці медичних карток стаціонарного хворого пацієнта із ЗКН був проведений аналіз анамнезу, історії життя і хвороби дітей, основних клінічних симптомів захворювання, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз встановлювався на основі даних анамнезу про раніше перенесені оперативні втручання, наявності клінічної картини кишкової непрохідності, УЗД органів черевної порожнини (ОЧП) та рентгенологічного дослідження ШКТ.

ЗКН у дітей характеризується 4 основними клінічними симптомами: болями в животі, блювотою, відсутністю стільця і газів, здуттям живота. Будь-яке їх сполучення у раніше прооперованих дітей дозволяє запідозрити злукову кишкову непрохідність.

Підозра на ЗКН є прямим показом для здійснення оглядової рентгенографії органів черевної порожнини (ОЧП) у вертикальному положенні пацієнта. Основними рентгенологічними симптомами ЗКН є наявність рівнів рідини і газу, чаш Клойбера, кишкових арок, перерозтягнутих повітрям петель кишечника. Для оцінки пасажу контрастної речовини по шлунково-кишковому тракту (ШКТ) виконувалось рентгенконтрастне дослідження ШКТ. Рентгензнімки виконуються через 1, 3, 6, 9 год. і далі за показаннями. При цьому середній час елімінації контрасту зі шлунка складає 2 год., протягом 3-6 год. контраст заповнює тонку кишку і в наступні 9 – 12 год. досягає товстої кишки. Це дослідження, крім швидкості пасажу по ШКТ, дозволяє оцінити наявність деформацій шлунка, характер моторики, наявність кишкових конгломератів, в яких відбувається накопичення контрастної речовини та її затримка, рівень непрохідності (тонка чи товста кишка) та її характер (повна, часткова). У випадках низької кишкової непрохідності виконується іригографія, що дозволяє візуалізувати деформацію кишки і виявити перепону.

Ультразвукове дослідження (УЗД) дозволяє виявити ознаки кишкової непрохідності: наявність рідини в черевній порожнині, роздутих та/або спорожнених кишкових петель зі зниженою чи гіперактивною перистальтикою, маятниковидібну перистальтику, застійний кишковий вміст, розлади кровообігу в судинах кишкової стінки.

Результати та їх обговорення

Перенесена у минулому ургентна операція на органах черевної порожнини у дитини з клінічними проявами кишкової непрохідності з великою долею імовірності вказує на ЗКН.

У досліджуваній групі дітей підставою для виникнення

ЗКН були оперативні втручання з приводу:

- гострого деструктивного апендициту – 22 (3 випадки апендектомій з приводу катарального апендициту)
- кишкової інвагінації - 4
- дивертикуліту Меккеля – 3
- некротичного ентероколіту - 2
- омфалоцеле із запаленням і розривом оболонок – 2
- гастрозизісу - 2
- вродженої діафрагмальної грижі – 1.

Таким чином, найчастіше ЗКН ускладнює гострий апендицит – 22 (61,11%) випадки. За нашими спостереженнями, катаральний апендицит ускладнився розвитком післяопераційної ЗКН у 3 дітей, деструктивні форми апендициту з перитонітами – у 19 пацієнтів. При вивченні термінів надання хірургічної допомоги дітям з гострими апендицитами, що ускладнилися розвитком ЗКН, було виявлено, що 16 (72,73%) дітей із 22 (100%) поступили у стаціонар пізно - через 24 год. і більше від початку захворювання. Тобто спостерігалась пряма залежність виникнення ЗКН від строків надання хірургічної допомоги. У новонароджених з некротичним ентероколітом, омфалоцеле, гастрозизісом, вродженою діафрагмальною грижею спостерігалися порушення протоколів транспортування (відсутність знеболення, охолодження пацієнта, зневоднення тощо).

Хлопчики хворіють частіше за дівчаток. У 50% випадків ЗКН спостерігалась у дітей віком старше 10 років (18 пацієнтів). У абсолютній кількості пацієнтів спостерігалась пізня ЗКН – 32 дитини з 36 пацієнтів, що склало 88,89%.

Клінічні ознаки післяопераційної ЗКН неспецифічні і повністю відповідають загальним проявам гострої механічної кишкової непрохідності. Захворювання проявлялось інтенсивними болями в животі у 29 дітей (80,55%), блювотою у 31 пацієнта (86,11%), відсутністю стільця і газів у 34 дітей (94,44%), здуттям живота і неспокоєм. 12 (33,33%) дітей приймали вимушене положення в ліжку з приведеними до живота ногами. Тяжкі форми ЗКН проявлялися лихоманкою, зневодненням та інтоксикацією.

Відмінною ознакою ЗКН слугував компрометуючий післяопераційний рубець на передній черевній стінці. В 11 (30,55%) дітей був грубий гіпертрофічний післяопераційний шрам, зі схильністю до утворення келоїду.

Щодо лабораторних досліджень маємо такі результати: лейкоцитоз у 16 пацієнтів (44,44%), підвищена ШОЕ у 22 пацієнтів (61,11%), диспротеїнемія у 18 дітей (50%), анемія у 16 пацієнтів (44,44%).

Наші власні дані про вивчення основних причин і негативних факторів, що сприяли виникненню післяопераційної ЗКН у дітей з гострою хірургічною патологією, повністю співпадають з результатами тих дослідників, які наголошують, що на розвиток надмірного післяопераційного злукового процесу в черевній порожнині у дітей впливає низка патологічних чинників, починаючи від травматичного лапаротомного розрізу і до імунних розладів та індивідуальної схильності до утворення спайок. У досліджуваних нами дітей на виникнення і розвиток післяопераційного патологічного злукового процесу в черевній порожнині вплинули:

- тривалий запальний процес в черевній порожнині;
- грубе поведіння з органами і тканинами при оперативних втручаннях (ушкодження очеревини, десерозації, кровотечі, травмування очеревини хірургічними інструментами, висушування крові чи випоту сухими марлевими серветками);
- велика травматичність лапаротомного доступу;
- фізичні фактори (висихання і охолодження органів і тканин, опіки при застосуванні електрокоагуляції, використання гарячих розчинів);
- ішемічний стан тканин і органів черевної порожнини внаслідок порушень кровотоку;

- необґрунтоване залишення в черевній порожнині дренажів, тампонів;
- сторонні тіла черевної порожнини у вигляді грубого шовного матеріалу, тальку з хірургічних рукавичок, ворсин марлі тощо;
- введення в черевну порожнину різних хімічних речовин (спирт, йод, антибіотики, антисептики), які викликають асептичне запалення очеревини і призводять до розвитку спайок;
- парез кишечника.

Всі перелічені негативні чинники різного ступеня вираженості завжди присутні під час здійснення хірургічних операцій, тому серед безпосередніх причин, що призводять до розвитку патологічного спайкоутворення в черевній порожнині, на першому місці стоїть оперативне втручання.

Говорячи про профілактику післяопераційних злук у складень, слід наголосити, що в цих питаннях необхідно дотримуватись системного підходу. Профілактичні заходи слід починати вже перед хірургічним втручанням, потім - на етапі хірургічного втручання і продовжувати на етапі раннього і віддаленого післяопераційного періоду, поетапно усуваючи всі негативні чинники, що можуть сприяти патологічному спайкоутворенню. До цих заходів відносяться:

- при проведенні доопераційної профілактики – дотримання протоколів транспортування новонароджених з наданням необхідної медичної допомоги вже на етапі транспортування, дотримання термінів надання хірургічної допомоги дітям з ургентною хірургічною патологією, зниження кількості пізніх поступлень дітей з гострою абдомінальною хірургічною патологією, своєчасне оперативне втручання (у дітей з гастрошизісом і ускладненим омфалоцеле – операції «перших годин життя»), адекватні оперативні доступи, раціональна передопераційна підготовка шляхом корекції гомеостазу (наприклад, з урахуванням ступеня інтраабдомінальної гіпертензії у дітей із вродженими вадами розвитку передньої черевної стінки), обов'язкове проведення емпіричної антибіотикотерапії, декомпресія верхніх відділів ШКТ;

- інтраопераційні профілактичні заходи - атравматичні маніпуляції з тканинами і органами черевної порожнини, ретельний гемостаз, зігрівання теплими розчинами, евакуація випоту електровідсмоктувачем, строгі дотримання правил асептики і антисептики, введення 0,25% розчину новокаїну у корінь брижі, у разі можливості проведення обмеженого адгезіолізу, відмова від необґрунтованого дренажу черевної порожнини та кишкової інтубації, відмова від введення антибіотиків й інших речовин у черевну порожнину, застосування якісного шовного матеріалу, вибір патогенетично обґрунтованого хірургічного втручання.

Великі труднощі виникають при наявності в черевній порожнині множинних і масивних злук. Операція перетворюється в тривалу препаровку всього кишечника. Ця операція дуже тяжка як для хірурга, так і для пацієнта. Крім того, немає ніяких гарантій, що рецидив непрохідності після такої травматичної операції з множинними десерозаціями і розладами васкуляризації кишкової стінки і очеревини не повториться. Тому при можливості необхідно не здійснювати тотальний адгезіоліз, намагаючись ліквідувати тільки так звані «причинні спайки».

Деякі дослідники з метою попередження утворення післяопераційних злук застосовують під час оперативного адгезіолізу синтетичні бар'єрні матеріали (Interseed), що є ефективним засобом інтраопераційної профілактики ЗКН. Даним матеріалом вкривають десерозовані ділянки кишки [1].

- профілактика у ранньому післяопераційному періоді - більш ранній активний режим, адекватне знеболення, раннє усунення запального процесу в черевній порожнині, боротьба з кишковим парезом, перидуральна анестезія, адекватна інфузійна терапія з корекцією електролітних розладів,

раціональне харчування, з метою корекції порушень метаболізму сполучної тканини, яка є причиною ЗКН, доцільно застосовувати препарати альфа-ліпоевої кислоти (Берлітрон) та силімарину (Карсил)

- профілактика у віддаленому післяопераційному періоді – протизлуквої фізіопроцедури (синусоїдальні модульні токи, інфрачервоне лазерне опромінення, магніто - лазерна терапія, фонофорез з іруксомом тощо), масаж, лікувальна фізкультура 2 рази на рік, санаторно-курортне лікування.

- упровадження новітніх лікувально-діагностичних технологій при діагностиці і лікуванні гострої хірургічної патології у дітей [7,11,15].

Упровадження в практичну діяльність системного підходу до профілактики ЗКН у дітей з гострою абдомінальною хірургічною патологією сприяло значному зменшенню останньої. За нашими даними, кількість післяопераційної ЗКН значно зменшилась після впровадження системного підходу до профілактики ЗКН. Так, ми відмовились від обов'язкового дренажу черевної порожнини при всіх випадках деструктивних форм апендицитів, перитонітів, травматичних ушкоджень внутрішніх органів тощо. Недопустимим вважаємо застосування дренажів, особливо сигароподібних марлевих, які сприяють утворенню внутрішньочеревних зрошень, без строгих показань й індивідуального підходу в кожному конкретному випадку. Вважаємо вірним при здійсненні декомпресії ШКТ у дітей із ЗКН застосовувати тільки назо-гастральні трубки, відмовившись від кишкових інтубацій.

Найважливішим фактором зниження післяопераційної ЗКН є лапароскопія, яка на сьогоднішній день має стати методом вибору при діагностиці і лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей. В теперішній час показаннями до лапароскопії можливо вважати практично всі види ЗКН. Лапароскопічний доступ з його мінімальною травматизацією тканин має менше можливостей для розвитку спайок в черевній порожнині і пов'язаних з ними ускладнень, адже відомо, що найчастіше післяопераційні злуки виникають саме в ділянці широкого післяопераційного рубця.

Висновки

1. Аналіз вікових і статевих показників у досліджуваних дітей із ЗКН виявив, що частіше страждають хлопчики (22 дитини, 61,11 %) та діти віком старше 10 років (50% випадків).
2. Серед причин ЗКН перше місце посідає гострий деструктивний апендицит.
3. Тяжкість перебігу ЗКН визначається часом, що пройшов від початку захворювання та станом пацієнта при госпіталізації, тому своєчасна первинна операція є одним з важливих заходів профілактики післяопераційної ЗКН.
4. У абсолютній кількості пацієнтів спостерігається пізня ЗКН (88,89% пацієнтів).
5. З метою профілактики патологічного спайкоутворення і ЗКН у дітей після ургентних абдомінальних операцій необхідно дотримуватись системного підходу з проведенням низки до-, інтра- та післяопераційних профілактичних заходів.

Література

1. Вансович В.С. Застосування синтетичних матеріалів для профілактики спайкової хвороби /В.С.Вансович, Ю.М.Котік// Клінічна хірургія. – 2009. - №9. – С. 27 – 30.
2. Вансович В.С. Прогнозування перебігу та рецидиву спайкової хвороби: можливі шляхи розв'язання проблеми / В.С.Вансович, Ю.М.Котік//Одеський медичний журнал. - 2010. - №5 (121). – С. 31 – 33.
3. Влияние неустраненного дисбактериоза кишечного тракта на спайкообразование в брюшной полости у детей/Ахунбаев Р.А., Гапаров Э.А., Акматов Ж.О., Мадимаров У.А., Наврузов Б.М./ Матер. VIII Российского Конгресса «Современные технологии в

педиатрии и детской хирургии». – М., 2009. – С. 326 – 327.

4. Гарелик П.В. Первый опыт радикального лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости / П.В.Гарелик, О.И.Дубровщик, И.Т.Цилиндз и др.//Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – Гродно, 2009. - №2. – С. 224.

5. Детская хирургия. Национальное руководство (под ред. акад. Ю.Ф.Исакова, проф. А.Ф.Дронова). – М., «ГЭОТАР-Медиа». – 2009. – С. 379 – 392.

6. Дьяконов Е.Ю. Спаечная кишечная непроходимость как одна из причин неотложных состояний у детей /Е.Ю.Дьяконов, И.В.Поддубный, А.С.Бекин//Педиатрическая фармакология. – 2015. - .12, №3. – С. 315 – 319.

7. Козлов О.А. Лапароскопические технологии в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни у детей /О.А.Козлов, В.В.Троян//Учебно-методическое пособие. – Минск, БелМАПО, 2007. – 41с.

8. Москаленко В.З. Спаечная непроходимость кишечника у детей /В.З.Москаленко, С.В.Веселый, Г.А.Сопов //Клиническая хирургия. – 2004. - №11-12. – С. 72-74.

9. Наш опыт: диагностика, лечение и профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей /Барская М.А., Завьялкин В.А., Осипов Н.Л., Варламов А.В.) //Матер. VIII Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». - М., 2009. – С. 274.

10. Пикирения И.И. Спаечная болезнь органов брюшной полости / И.И.Пикирения // Учебно-методическое пособие. – Минск, БелМАПО, 2005. – 30с.

11. Русак П.С. Інноваційні технології у діагностиці, лікуванні та профілактиці ургентної хірургічної абдомінальної патології у дітей.автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д.м.н. – Київ, 2011. – 32с.

12. Федоров К.К. Системный подход к профилактике спаечной кишечной непроходимости /К.К.Федоров// Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2009. - №1. – С. 52.

13. Филенко Б.Л. Возможности профилактики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости: автореф. дис... докт. мед. наук: 14.01.17/Б.Л.Филенко. – Санкт-Петербург, 2000. – 40с.

14. Cheadle W.G. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction/W.G.Cheadle, E.E.Garr, J.D.Richardson//Amer.Surg. – 1988. – vol.54, №9. – P. 565 – 569.

15. Fisher B. Laparoscopic approach to small bowel obstruction / B.Fischer, D.Doherty//Semin.laparoscopic.surg. – 2002. - №1. – P. 40-43.

16. Petrovic B. Identification of adhesions. CT of small-bowel obstruction /B. Petrovic, P. Nikolaidis, A.Nancy //Emerg. Radiol. – 2006. - №12. – P. 88 – 93.

17. Schuster T.G. Postoperative ileus after abdominal surgery/ T.G.Schuster, J.E. Montie //Urology. – 2002. - vol.59, №4. – P. 465 – 471.

Горбатюк А.Н., Момотов А.А., Гончар В.В., Берцун К.Т., Михнушева А.С.

Профилактика патологического спайкообразования и спаечной кишечной непроходимости у детей с ургентной абдомінальної хірургічної патологією

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Городская детская клиническая больница №1, г. Киев

Резюме. Введение. Послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости и развивающиеся в этой связи осложнения занимают ведущее место в структуре причин заболеваемости и смертности в ургентной абдомінальної хірургії у дітей. Однак єдиного мнения по поводу профилактики данной патологии не существует.

Цель: оптимизация профилактических мероприятий у детей с острой хирургической абдомінальної патологією с целью снижения количества послеоперационной спаечной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью в возрасте 3 мес. – 15 лет. Мальчиков было 22, девочек –

14. Случаев ранней кишечной непроходимости – 4, поздней – 32. Изучение клинко-лабораторных особенностей патологии проводилось с использованием комплекса диагностических методик – клинко-лабораторных, рентгенологических, сонографических.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми этиологическими моментами патологического послеоперационного спайкообразования и СКН у детей с острой абдомінальної хірургічної патологією могут быть механические (травматические (хирургические вмешательства), ишемические (нарушение васкуляризации брюшины и органов брюшной полости), инфекционные (длительная инфекция в брюшной полости), химические (асептическое воспаление брюшины при попадании лекарственных веществ) и другие факторы. Доказано, что комбинация пред-, интра- и послеоперационных профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию перечисленных негативных моментов хирургического лечения детей, является эффективным подходом в профилактике послеоперационной спаечной кишечной непроходимости.

Выводы. СКН наиболее часто встречается у мальчиков (61,11%) и детей старше 10 лет (50% случаев). Среди причин послеоперационной СКН первое место занимает острый деструктивный аппендицит. У абсолютного большинства пациентов имеется поздняя СКН (88,89% случаев). С целью профилактики патологического послеоперационного спайкообразования необходимо придерживаться системного подхода с проведением до-, интра- и послеоперационных профилактических противоспаечных мероприятий.

Ключевые слова: спайки, кишечная непроходимость, профилактика, дети.

O.M. Gorbatyuk, A.O. Momotov, V.V. Gonchar, O.S. Mikhnusheva
Prevention of Adhesion Formation and Adhesive Intestinal Obstruction in Children with Acute Abdominal Surgical Pathology
P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Kyiv City Clinical Hospital No 1, Kyiv, Ukraine

Abstract. Postoperative abdominal adhesions and their complications are one of the main causes of morbidity and mortality in urgent abdominal surgery in children. However, there is no consensus concerning the prevention of this pathology.

The objective of the research was to optimize preventive measures in children with acute surgical abdominal pathology in order to decrease the number of cases of postoperative adhesive intestinal obstruction.

Materials and methods. 36 patients with postoperative adhesive intestinal obstruction at the age of 3 months to 15 years were under our observation. 22 patients were males, 14 patients were females. There were 4 cases of early intestinal obstructions and 32 cases of late intestinal obstructions. Clinical and laboratory features of the pathology were studied using clinical and laboratory examination, sonographic methods and X-ray.

Results. Mechanical (traumatic surgical interventions), ischemic (dysfunction of vascularization of the peritoneum and abdominal organs), infectious (long-term infection in the abdominal cavity), chemical (aseptic inflammation of the peritoneum due to medicines) and other factors are the most frequent etiological moments in children with acute abdominal surgical pathology. It has been proven that the combination of pre-, intra- and postoperative preventive measures is the effective approach in the prevention of postoperative adhesive intestinal obstruction in children.

Conclusions. Adhesive intestinal obstruction occurs most commonly in boys (61.11% of cases) and children over 10 years of age (50% of cases). Acute destructive appendicitis is the main cause of postoperative adhesive intestinal obstruction in children. Absolute majority of patients were diagnosed with late adhesive intestinal obstruction (88.89% of cases).

Keywords: adhesions; intestinal obstruction; prevention; children.

Надійшла 20.07.2016 року.