

больных локализация инвагинации не установлена. Лечение ИК проводили в ургентной порядке сразу после установления диагноза. Приоритетным было консервативное лечение, проведенное у 74 больных, оказалось эффективным у 64 больных (86,5%). Остальные 36 больных прооперированы, у 9 из них (25%) проведена лапароскопическая дезинвагинация. У 27 детей проведена открытая операция - дезинвагинация.

Результаты и обсуждение. Типичный возраст (4-12 месяцев) был отмечен лишь у 50% больных, однако 38% пациентов были в возрасте старше 1 года, а 20% детей были старше 3 лет. Все дети с ИК выздоровели. Осложнения ИК наблюдались у 7 больных, большинство из них поступили в клинику после 24 часов от начала заболевания. Релапаротомии выполнены у трех больных, у двух больных планово (программируемая релапаротомия) и у одного - по ургентным показаниям, в связи с признаками перитонита. Рецидив инвагинации наблюдался у 5 больных, у 4 - после консервативной дезинвагинации, у одного ребенка после оперативного лечения.

Выводы:

1. Осложнения инвагинации кишечника у детей преимущественно связаны с несвоевременной диагностикой и лечением.

2. Диагностическая лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики при отсутствии типичных клинических и параклинических симптомов инвагинации кишечника, которая одновременно является и эффективным малоинвазивным методом лечения.

3. При выборе метода лечения инвагинации кишечника следует руководствоваться продолжительностью кровавых испражнений из прямой кишки и данными доплерографии, которые являются наиболее важными критериями степени нарушения гемомикроциркуляции инвагинированной кишки.

4. Приоритетным методом лечения инвагинации кишечника является консервативная дезинвагинация.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, лечение, дети.

O.D. Fofanov, O.Ya. Borys, R.I. Nikiforuk, V.O. Fofanov, I.I. Krasivsky
Experience of Diagnosis and Treatment of Intussusception in Children

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, E-mail: ofofanov@ukr.net

Abstract. The objective of the research was to establish the causes

of complications of intestinal intussusception in children as well as to determine the optimal diagnostic and treatment strategy.

Materials and methods. The analysis of medical records and examinations of 100 children with intestinal intussusception at the age of 1 month to 17 years who were treated at the clinic of pediatric surgery of the Ivano-Frankivsk National Medical University was made. Ileocecal intussusception was diagnosed in 77 children; 13 patients had small intestinal intussusception; there were no patients with colonic intussusception; in 10 patients the localization of intussusception was not established. Treatment of intestinal intussusception was performed urgently immediately after the diagnosis. High priority was given to conservative treatment (74 patients); it was effective in 64 (86.5%) patients. The remaining 36 patients underwent surgery, 9 (25%) of them underwent a laparoscopic disinvagination. In 27 cases open surgery – disinvagination – was used.

Results and discussion. The typical age (4-12 months) was observed in 50% of patients only, however, 38% of patients were over 1 year of age, and 20% of children were older than 3 years. All children with intestinal intussusception recovered. The complications of intestinal intussusception were observed in 7 patients, most of them were admitted to the clinic 24 hours after the onset of the disease. Relaпарotomy was used in three cases; two patients underwent elective (programmed re-laparotomy) and one patient underwent urgent re-laparotomy due to the presence of signs of peritonitis. Recurrent intussusception was observed in 5 patients; 4 patients developed this condition after conservative disinvagination, one child - after surgery.

Conclusions. 1. The complications of intussusception in children are usually associated with untimely diagnosis and treatment. 2. Diagnostic laparoscopy is a highly informative method of diagnosis in the absence of typical symptoms of intussusception being also an effective minimally invasive treatment. 3. When selecting the method of intussusception treatment you should be guided by the duration of rectal bleeding and Doppler data being the most important criteria for determining the degree of the impairment of hemomicrocirculation in the invaginated intestine. 4. Conservative disinvagination is the priority method of treating intussusception.

Keywords: intussusception; treatment; children

Надійшла 03.06.2016 року.

УДК 616.381-089-053.2:616-007.274-084-08

Фофанов О.Д., Матіяш О.Я., Фофанов В.О., Курташ О.О., Красівський І.Й., Дідух І.М.

Сучасні методи профілактики рецидиву злукової кишкової непрохідності у дітей

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

e-mail: ofofanov@ukr.net

Резюме. Злукова кишкова непрохідність (ЗКН) є однією з найбільш актуальних проблем в абдомінальній хірургії у дітей, що зумовлено її високою частотою, великою кількістю ускладнень, рецидивів та релапаротомій, до яких вона призводить.

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність інтраопераційного застосування антиадгезивних препаратів у дітей для профілактики рецидиву ЗКН.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження та аналіз медичної документації 86 дітей, які лікувалися в клініці дитячої хірургії Івано-Франківського НМУ протягом останніх 5 років з приводу ЗКН. Ми виділили дві групи пацієнтів: група порівняння – 40 дітей, які отримували традиційне лікування; основна група – 14 дітей, яким інтраопераційно застосовували антиадгезивний гель (АГ). Оцінку ефективності лікування здійснювали за характером післяопераційного перебігу (час відновлення перистальтики кишечника та початку ентерального годування, тривалість лікування в стаціонарі, частота ранніх післяопераційних ускладнень) та віддаленими результатами лікування (вираженість симптомів злукової хвороби, наявність рецидивів ЗКН та релапаротомій, зумовлених нею).

Результати та обговорення. При порівняльній оцінці післяопераційного перебігу у двох групах хворих ми звернули увагу на

більш сприятливий перебіг у дітей основної групи, що проявлялося більш швидким відновленням перистальтики, що аускультується, зменшенням тривалості шлункового стазу, більш швидкою появою самостійної дефекації та скороченням термінів стаціонарного лікування. У групі порівняння рецидиви ЗКН виникли у 8 хворих (20,0%), в 6 з них (15,0%) проведені релапаротомії. У основній групі хворих рецидив виник у однієї дитини (7,1%), однак релапаротомія не проводилася.

Висновки. Інтраопераційне застосування антиадгезивного гелю є високоєфективним та безпечним способом профілактики рецидиву злукової кишкової непрохідності у дітей.

Ключові слова: злукова кишкова непрохідність, антиадгезивний гель, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Злукова кишкова непрохідність (ЗКН) є однією з найбільш актуальних проблем в абдомінальній хірургії у дітей, що зумовлено її високою частотою, великою кількістю ускладнень, рецидивів та релапаротомій, до яких вона призводить. Внутрішньочеревні зрощення можуть виникати після будь якого хірургічного втручання на черевній порожнині, часто-

та їх виникнення дуже висока (50-100%) і залежить від виду хірургічного втручання, патології, яка його викликала, техніки втручання та інших факторів, у тому числі, індивідуальної схильності до злукоутворення. У 60-70% випадків перитонеальні спайки призводять до гострої тонкокишкової непрохідності. Загалом частота ЗКН сягає 4,6% серед усієї хірургічної патології [5, 6, 7, 8]. У дітей ЗКН виникає після 6% перенесених раніше хірургічних втручань. Частота рецидивів ЗКН складає 18-29%. За нашими даними, серед усіх ургентних релапаротомій операції з приводу ЗКН складають 75,5%, а при планових релапаротоміях (реконструктивно-відновні операції) виражений злуковий процес, який значно продовжував час операції, був виявлений у 62,6% хворих.

Основним методом лікування ЗКН залишається лапаротомія і адгезіолізис, які дозволяють відновити прохідність кишок. Операції з приводу рецидивної ЗКН нерідко викликають значні технічні труднощі, супроводжуються великою кількістю інтраопераційних ускладнень. Однак з кожним новим хірургічним втручанням ризик рецидиву ЗКН зростає. ЗКН призводить до серйозних ускладнень, найбільш небезпечними з яких є некроз кишки, перитоніт, синдром короткої кишки [1, 5, 6, 8].

Лікування хворих дітей із рецидивною ЗКН вимагає значних матеріальних затрат, ці пацієнти часто потребують державної соціальної допомоги. Серйозність проблеми лікування та профілактики рецидивів ЗКН визнається більшістю хірургів. Існує багато способів профілактики рецидивів ЗКН, однак суттєвого зниження її частоти не спостерігається. Очевидно, що більш ефективним є поєднання кількох напрямків профілактики злукоутворення. Все це спонукає хірургів до пошуку нових способів профілактики рецидивів ЗКН.

Профілактика ЗКН включає відповідну хірургічну техніку з обмеженням травми парієтальної та вісцеральної очеревини, ранню стимуляцію перистальтики, застосування середників, які розділяють ранові поверхні на ранній стадії їх загоєння [1, 4, 5, 7]. В останні роки великий інтерес у хірургів викликають антиадгезивні препарати, які застосовують для попередження злипання ушкоджених інтраперитонеальних структур та утворення між ними зрощень. В якості бар'єру застосовують різноманітні розчини, плівки, гелі. Ідеальний антиадгезивний бар'єр повинен бути біодеградуючим, утримуватись на місці нанесення, поки не відбудеться регенерація ушкоджених поверхонь, не викликати запальну та імунну реакцію, не повинен порушувати процес загоєння [2, 3, 7, 8, 9]. Найбільшого розповсюдження в Україні набули антиадгезивні гелі (АГ) на основі сполук гіалуронової кислоти (Дефенсаль, Девіскар) та карбоксиметилцелюлози (Мезогель) або їх поєднання (Гіамакс Біо). Механізм дії антиадгезивних препаратів полягає в утворенні тимчасового (5-6 діб) бар'єру між ушкодженими ділянками завдяки ефекту гідрофлотації, після цього препарат розсмоктується. За цей час відбувається епітелізація ушкоджених поверхонь. Власне у цей період зазвичай і відбувається формування злук, антиадгезивні препарати перешкоджають цьому.

Існує достатньо робіт, присвячених застосуванню АГ в хірургії та гінекології. Однак ефективність їх в дитячій абдомінальній хірургії вивчена недостатньо, не відома частота ускладнень та рецидивів ЗКН при застосуванні АГ [2, 3, 7, 9]. На ринку України є багато АГ з різним хіміч-

ним складом, однак не вивчено, які з них більш ефективні та безпечні. Крім того, є дані про погіршення загоєння міжкишкових анастомозів при застосуванні АГ [4].

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність інтраопераційного застосування антиадгезивних препаратів у дітей для профілактики рецидиву злукової кишки непрохідності.

Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження та аналіз медичної документації 86 дітей, які лікувалися в клініці дитячої хірургії Івано-Франківського НМУ протягом останніх 5 років з приводу ранньої чи пізньої ЗКН. Вік пацієнтів був від 5 місяців до 17 років. Серед обстежених хворих було 50 хлопчиків (58,1%) та 36 дівчат (41,9%).

Всім дітям, які поступили в нашу клініку, ми проводили комплекс загальноприйнятих обстежень: оцінку анамнестичних та клінічних даних, лабораторні аналізи крові та сечі, рентгенологічне та ультразвукове (включаючи доплерографію кишечника) обстеження органів черевної порожнини. Одразу з моменту поступлення до стаціонару хворим призначали консервативне лікування, яке слугувало одночасно і передопераційною підготовкою (декомпресія шлунково-кишкового тракту, інфузійна терапія, стимуляція перистальтики при потребі). У 32 дітей (37,2%) відзначено покращення, поступове зменшення симптомів непрохідності, у цих хворих вдалося уникнути хірургічного лікування. Решта 54 дитини були прооперовані.

35 оперованих дітей (64,8%) були у віці 8-17 років, 12 дітей (22,2%) – до 3 років, решта 7 хворих (13,0%) – у віці 3-8 років. У першу добу від початку захворювання поступили 38 (70,4%) хворих, решта пацієнтів – у терміни пізніше 24 годин. Ранню післяопераційну ЗКН спостерігали в 11 (20,4%) дітей, у решти 43 хворих (79,6%) була пізня непрохідність. 40 пацієнтів (74,1%) були прооперовані з приводу низької кишкової непрохідності, у 6 хворих (11,1%) виявлено високу непрохідність, у решти 8 дітей рівень непрохідності виявити було складно через генералізований злуковий процес. Під час операції обтураційний тип непрохідності (зовнішній тип обтурації) виявлено у 35 дітей (64,8%), странгуляційну непрохідність виявлено у 10 хворих (18,5%), у 9 дітей (16,7%) був змішаний тип непрохідності.

Виразеність злукового процесу у дітей ми оцінювали за трьома ступенями згідно з класифікацією Q. Zeng [10], за якою I ступінь констатували при наявності тонких аваскулярних злук, які легко роз'єднуються тупим шляхом; II ступінь – середньої товщини та щільності, частково васкуляризовані, які важко роз'єднуються тупим шляхом; III ступінь – щільні та васкуляризовані злуки, які роз'єднуються тільки гострим шляхом (рис. 1В).

Розповсюдженість злукового процесу ми оцінювали за класифікацією О.І. Бліннікова [1], відповідно до якої I ступінь констатували при локалізованому злуковому процесі, обмеженому ділянкою післяопераційного рубця або не більше однієї анатомічної ділянки черевної порожнини; II ступінь – обмежений злуковий процес при наявності поодиноких злук в інших ділянках; III ступінь – злуковий процес займає третину з черевної порожнини; IV ступінь – поширений злуковий процес, що охоплює дві третини черевної порожнини і більше (рис. 1А).

Відповідно до мети дослідження ми виділили дві групи па-

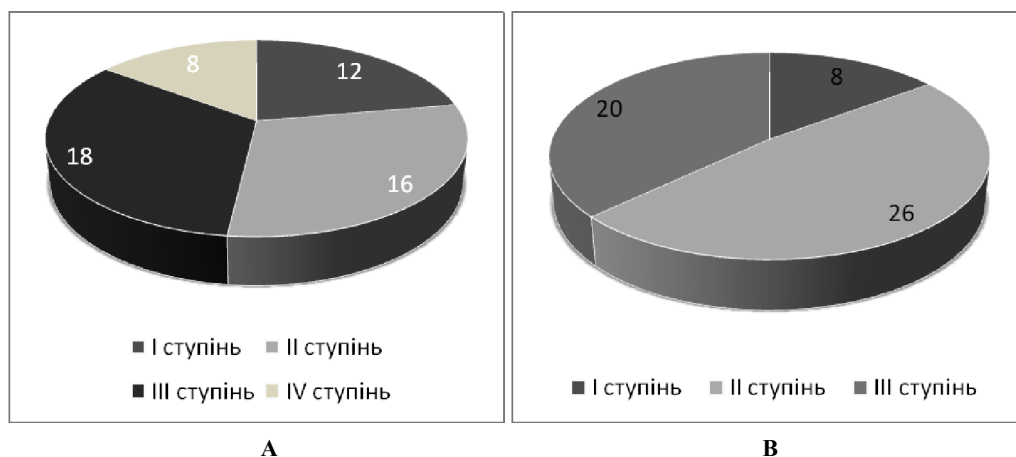


Рис. 1. Розподіл хворих за поширеністю (А) та тяжкістю (В) злукового процесу

цієнтів: група порівняння – 40 дітей, які отримували традиційне лікування; основна група – 14 дітей, яким інтраопераційно застосовували антиадгезивний гель. Групи були однорідні за розповсюдженістю та тяжкістю злукового процесу, віком та типом ЗКН. Оцінку ефективності лікування здійснювали за характером післяопераційного перебігу (час відновлення перистальтики кишечника, початок ентерального годування, тривалість лікування в стаціонарі, частота ранніх післяопераційних ускладнень) та віддаленими результатами лікування (вираженість симптомів злукової хвороби, наявність рецидивів ЗКН та релапаротомії, зумовлених нею).

Показами до застосування АГ були: ЗКН II ступеня і вище за розповсюдженням, ЗКН II ступеня і вище за тяжкістю, усі випадки рецидивної ЗКН. Діти, яким застосовували АГ при первинному абдомінальному хірургічному втручанні, не увійшли в дане дослідження.

Результати та обговорення

Первинні хірургічні втручання, які викликали ЗКН, були досить різноманітні, однак в структурі їх превалювали операції з приводу гострого апендициту, перитоніту (рис. 2). Лише у однієї дитини (1,8%) ЗКН виникла після первинного втручання лапароскопі, що свідчить про переваги цього втручання у профілактиці злукоутворення. Найбільш низькою частотою ЗКН у наших спостереженнях була у дітей віком 3-8 років. У переважній більшості оперованих дітей (79,6%) спостерігали пізню ЗКН. За рівнем непрохідності превалювала низька (74,1% хворих). У більшості хворих (64,8%) спостерігали обтураційну кишкову непрохідність, зумовлену площинними злуками, перегибами кишок, утворенням конгломератів кишок. Однак усі доопераційні ускладнення (некроз кишки, перитоніт) спостерігали у дітей зі странгуляційною та змішаною кишковою непрохідністю, особливо при пізньому поступленні до стаціонару. Ці ускладнення були виявлені у 6 хворих (11,1%).

Найбільш частим видом хірургічного лікування у обстежених дітей були лапаротомія та адгезіолізис, які виконані у 36 дітей (66,7%). У 8 хворих (14,8%) проведено лапаротомію, адгезіолізис і резекцію кишки з накладанням анастомозу. У 10 дітей (18,5%) проведено лапароскопічний адгезіолізис. Ще у 5 хворих хірургічне лікування розпочиналося з лапароскопії, однак у зв'язку з тяжкістю злукового процесу чи наявністю некротизованих кишок проведена конверсія. Найбільші технічні труднощі при хірургічних втручаннях нами відзначено при пізній ЗКН, що супроводжувалася утворенням щільних злук і конгломератів кишкових петель, зрощених з парієтальною очеревиною.

Під час хірургічних втручань дітям обох груп застосовували загальновідомі принципи профілактики утворення зрощень: ошадливе відношення до тканин, мінімізація часу операції, обмежене застосування електрокоагуляції, вико-

ристання тільки латексних неталькованих рукавичок, вологих хірургічних серветок і тампонів, зволоження очеревини фізіологічним розчином для попередження її дегідратації, промивання черевної порожнини для видалення залишків крові, ексудату, фібрину, утримуючись від використання подразнюючих очеревину розчинів, мінімізація залишення сторонніх тіл в черевній порожнині (в тому числі дренажів, сіток, плівок, шовного матеріалу).

В післяопераційному періоді для профілактики злукоутворення діти обох груп отримували ранню медикаментозну стимуляцію перистальтики, адекватну інфузійну терапію з контролем електролітного складу крові, гіпербаричну оксигенацію, раннє ентеральне годування та фізичну активізацію, фізіотерапевтичне лікування (електрофорез з йодистим калієм, фонофорез з Іруксоллом), частина хворих отримувала Дістрептазу у ректальних супозиторіях.

Дітям основної групи, крім вищезазначеного, інтраопераційно проводили обробку петель кишок та парієтальну очеревину антиадгезивними препаратами. З 14 хворих цієї групи у двох дітей використали АГ Гіамакс Біо 5,0 мл (Genewel, Корея), який у своєму складі містить Натрію Гіалуронат і Натрію Карбоксиметилцелюлозу. У двох дітей використали антиадгезивний розчин Дефенсаль 250,0 мл (Юрія-Фарм, Україна), який містить Натрію Гіалуронат та Декаметоксин. У 10 хворих (71,4%) обробку проводили АГ Девіскар 20,0 мл (Neago LTD, Велика Британія), діючою речовиною якого є Натрію Гіалуронат. Обробку здійснювали згідно з рекомендаціями виробників, при цьому, в першу чергу, обробляли найбільш скомпрометовані ділянки (місця розділення злук, десерозації, місця швів) на вісцеральній та парієтальній очеревині. При достатній кількості гелю обробляли усі петлі кишок та парієтальну очеревину. Після обробки черевну порожнину більше не промивали, при ушиванні очеревини обробляли місце рани зсередини.

При порівняльній оцінці післяопераційного перебігу у двох групах хворих ми звернули увагу на більш сприятливий перебіг у дітей основної групи, що проявлялося більш швидким відновленням перистальтики, що аускультується, зменшенням тривалості шлункового стоу, більш швидкою появою самостійної дефекації та скороченням термінів стаціонарного лікування (табл. 1).

Найбільшу увагу ми звернули на рецидиви ЗКН та частоту релапаротомії в обох групах хворих. У групі порівняння рецидиви ЗКН виникли у 8 хворих (20,0%), в 6 з них (15,0%) проведено релапаротомії. У основній групі хворих рецидив виник у однієї дитини (7,1%), однак дитина ефективно пролікована консервативно, релапаротомії не проводилося. У групі порівняння померла одна дитина від ускладнень, пов'язаних з генералізованою дисплазією сполучної тканини (синдром Елерса-Данлоса). В основній групі летальних наслідків не було.

У чотирьох хворих основної групи АГ був застосований після резекції кишки і накладання міжкишкового анастомозу. У цих хворих анастомози загоїлися, ускладнень не спостерігалося. В жодному випадку ми не спостерігали ускладнень, пов'язаних із застосуванням АГ. У зв'язку з невеликою кількістю спостережень при застосуванні АГ ми не могли встановити переваги того чи іншого препарату.

Висновки

Інтраопераційне застосування антиадгезивного гелю є вискоєфективним та безпечним способом профілактики рецидиву злукової кишкової непрохідності у дітей.

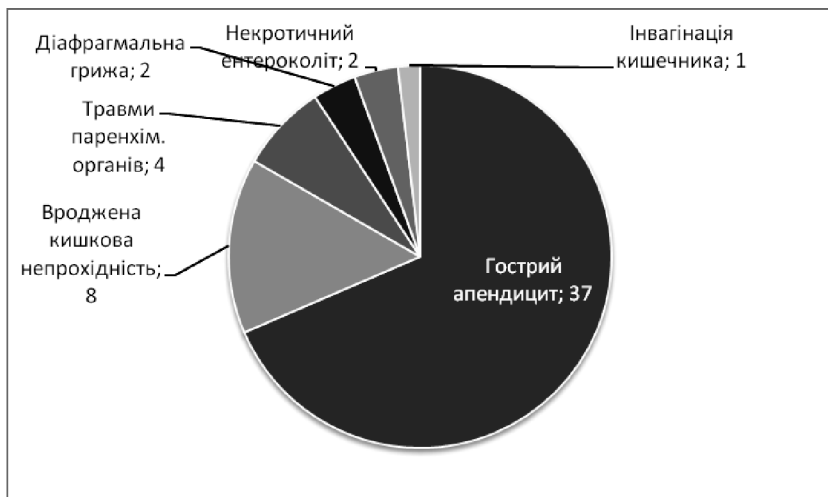


Рис. 2. Структура первинних хірургічних втручань, які викликали ЗКН у оперованих дітей

Перспективи подальших досліджень

Ефективність антиадгезивних препаратів не викликає сумнівів. Однак для виявлення препарату, найбільш ефективного і безпечного з існуючих на ринку України, слід продовжити дослідження в цьому напрямку.

Література

1. Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / О.И. Блинников, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов // Лапароскопическая хирургия, международный конгресс. – М., 1993. – С. 82-83.
2. Дубонос А.А. Профилактика внутрибрюшного спайкообразования путем применения средства с барьерным действием «Мезогель»: Дис. канд. мед. наук. — Курск, 2009. — 111 с.
3. Кремер П.Б. Хирургическое лечение спаечной болезни брюшной полости с применением антиадгезивных барьерных средств: автореферат дисс. канд. мед. наук: 14.01.17 — хирургия. — Волгоград, 2010. — 24 с.
4. Мішалов В.Г. Ефективність та ускладнення застосування протизлукowego гелю на основі карбоксиметилцелюлози під час накладання тонкокишкових анастомозів на тлі злукowego процесу / В.Г. Мішалов, П.Л. Бик, І.М. Лецишин [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2014. - № 1-2 (42-43). – С. 20-27.
5. Brochhausen C. Current strategies and future perspectives for intraperitoneal adhesion prevention / C. Brochhausen, V.H. Schmitt, D. Hollemann [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2012. — Vol. 16. — P. 1256 — 1274.
6. Вьггманн D. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options / D. Вьггманн, G. Tchatchian, M. Wallwiener [et al.] // Dtsch. Arztebl. Int. — 2010. — Vol. 107, 44. — P. 769-775.
7. Catena F. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2010 Evidence Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery / F. Catena, S. Di Saverio, M.D. Kelly [et al.] // World J. Emer. Surg. — 2011. — Vol. 6, N 5.
8. Schnyger B. Prevention of postoperative peritoneal adhesions: a review of the literature / B. Schnyger, G. Barmparas, B.C. Branco [et al.] // Am. J. Surg. — 2011. — Vol. 201, N.1. — P. 111-121.
9. Tang C.L. A randomized controlled trial of 0.5 % ferrichyaluronate gel (Intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery / C.L. Tang, D.G. Jayne, F. Seow-Choen [et al.] // Ann. Surg. — 2006. — Vol. 243. — P. 449 — 455.
10. Zeng Q. Efficacy and safety of Seprafilm for preventing postoperative abdominal adhesion: systematic review and metaanalysis / Q. Zeng, Z. Yu, J. You [et al.] // World J. Surg. — 2007. — Vol. 31, N 11. — P. 2125-2131.

Фофанов А.Д., Матияш О.Я., Фофанов В.А., Курташ О.О., Красивский И.И., Дидух И.М.

Современные методы профилактики рецидива спаечной кишечной непроходимости у детей

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск

Резюме. Спаечная кишечная непроходимость (СКН) является одной из наиболее актуальных проблем в абдоминальной хирургии у детей, что обусловлено ее высокой частотой, большим количеством осложнений, рецидивов и релапаротомий, к которым она приводит.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность интраоперационного применения антиадгезивных препаратов у детей для профилактики рецидива СКН.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и анализ медицинской документации 86 детей, которые лечились в клинике детской хирургии Ивано-Франковского НМУ в течение последних 5 лет по поводу СКН. Мы выделили две группы пациентов: группа сравнения - 40 детей, получавших традиционное лечение; основная группа - 14 детей, которым интраоперационно применяли антиадгезивный гель (АГ). Оценку эффек-

тивности лечения проводили по характеру послеоперационного течения (время восстановления перистальтики кишечника, начала энтерального кормления, продолжительность лечения в стационаре, частота ранних послеоперационных осложнений) и отдаленным результатам лечения (выраженность симптомов спаечной болезни, наличие рецидивов СКН и релапаротомий, обусловленных ею).

Результаты и обсуждение. При сравнительной оценке послеоперационного течения в двух группах больных мы обратили внимание на более благоприятное течение у детей основной группы, что проявлялось более быстрым восстановлением аускультуемой перистальтики, снижением продолжительности желудочного стаза, более быстрым появлением самостоятельной дефекации и сокращением сроков стационарного лечения. В группе сравнения рецидивы СКН возникли у 8 больных (20,0%), у 6 из них (15,0%) произведены релапаротомии. В основной группе рецидив возник у одного ребенка (7,1%), однако релапаротомия не производилась.

Выводы. Интраоперационное применение антиадгезивного геля является высокоэффективным и безопасным способом профилактики рецидива спаечной кишечной непроходимости у детей.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, антиадгезивный гель, дети.

O.D. Fofanov, O.Ya Matiyash, V.O. Fofanov, O.O. Kurtash, I.I. Kravivsky, I.M. Didukh

Modern Methods of Preventing Recurrent Adhesive Intestinal Obstruction in Children

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: ofofanov@ukr.net

Abstract. Adhesive intestinal obstruction is one of the most urgent problems in pediatric abdominal surgery due to its high rate resulting in a lot of complications, recurrences and relaparotomies.

The objective of the research was to examine the clinical efficacy of using intraoperative antiadhesive drugs in children to prevent recurrent adhesive intestinal obstruction.

Materials and methods. The examination and analysis of medical records of 86 children with adhesive intestinal obstruction treated in the clinic of pediatric surgery of the Ivano-Frankivsk National Medical University over the past 5 years was carried out. We identified two groups of patients: the comparison group included 40 children who received traditional treatment; the main group included 14 children who underwent the application of antiadhesive gel intraoperatively. The assessment of treatment effectiveness was carried out on the base of the postoperative course (recovery time of intestinal peristalsis, onset of enteral feeding, duration of hospital stay, incidence of early postoperative complications) and long-term outcomes (severity of adhesive disease symptoms, presence of recurrent adhesive intestinal obstruction and relaparotomies).

Results and discussion. In comparative evaluation of the postoperative course in two groups of patients we noticed a more favorable course in children of the main group that was shown by faster recovery of peristalsis, reduced duration of gastric stasis, quicker occurrence of self-defecation and shortened term of hospital treatment. In the comparison group recurrent adhesive intestinal obstruction occurred in 8 (20.0%) patients, in 6 (15.0%) cases relaparotomy was performed. In the main group of patients, recurrent adhesive intestinal obstruction was observed in one (7.1%) child; however, relaparotomy was not performed.

Conclusions. The intraoperative application of antiadhesive gel is a highly effective and safe way to prevent the recurrence of adhesive intestinal obstruction in children.

Keywords: adhesive intestinal obstruction; antiadhesive gel; children

Надійшла 06.06.2016 року.