



The role of endovideo-laparoscopy in the prevention and treatment of adhesive intestinal obstruction in children

Бердиев Эргаш Абдуллаевич¹
Салимов Шавкат Тешаевич²
Бобоёров Сардор Учкун угли³

EMAIL :

Received 26th December 2020,
Accepted 17th January 2021,
Online 06th Feb 2021

¹Кандидат медицинских наук,
Заместитель директора по инновации
и научной деятельности
Термезской филиал Ташкентской
медицинской Академии;

²Доктор медицинских наук, профессор.
Директор центра малоинвазивные и
эндоскопические хирургия детского
возраста.

³Студент Термезского филиала
Ташкентской медицинской академии

ABSTRACT: Авторами проведено исследование 43 больных детей со спаечной кишечной непроходимости, применяя новейшие технологии современной хирургии. При помощи УЗИ удалось четко определить место вхождения в брюшную полость и выполнить эндовидеолапараскопического адгезиолизиса у 69,7% больных детей со СКН. Наряду с этим видеолапараскопически четко определена наличия деструктивных изменений в стенке кишки и к 3 (6,9%) больным выполнена традиционная хирургическая вмешательства. Авторы рекомендуют широкое применение эндовидеолапароскопии брюшной полости при СКН у детей.

KEYWORDS: Роль эндовидеолапароскопия, лечение, диагностика, пневматизации кишечника.

INTRODUCTION

Лечение спаечной кишечной непроходимости (СКН) продолжает оставаться одной из важных проблем в хирургии. Частота возникновения СКН после перенесенных операций на органах брюшной полости, по данным литературы, колеблется от 25% до 80%. Одной из наиболее частых причин, приводящих к неудовлетворительным результатам лечения больных спаечной кишечной непроходимостью, является несвоевременная диагностика. У 30–40% больных оперативное вмешательство выполняется более чем через 24 часа от момента заболевания, а послеоперационная летальность у этой группы больных достигает 19–20% . В

этом аспекте вполне обоснованными являются попытки улучшить методы постановки диагноза, а также найти новые способы, которые могли бы помочь в наиболее краткие сроки распознать спаечную кишечную непроходимость. Благодаря научно-техническому прогрессу в последние годы появляется целая группа новых технологий лучевой диагностики, таких как УЗИ, МРТ, КТ, и т. д. Все это обеспечивает необходимость серьезной корректировки устоявшихся за многие годы закономерностей и переоценки нынешнего арсенала инструментальных исследований [2, 3, 5]. Вопросы диагностики, лечебной тактики, реабилитации и профилактики этого грозного осложнения операций на органах брюшной полости вновь и вновь становятся предметом изучения и дискуссий и до сих пор остаются в центре внимания исследователей и практических врачей [1, 2, 4]. Проблема касается не только взрослых пациентов, но остаётся весьма острой и в хирургии детского возраста.

Актуальность и нерешённость вопросов СНК у детей обусловлены высокой частотой встречаемости патологии, склонностью к рецидивирующему течению (до 7–10%), высоким уровнем осложнений и летальности (до 31,5–40%). По имеющимся литературным данным, спайкообразование с непроходимостью наиболее часто в детском возрасте развиваются после аппендэктомий (до 37,5%), операций по устранению обтурационной непроходимости (до 22,9%), колопроктологических операций (до 10%) [2, 4, 5, 7, 8]. Любое оперативное вмешательство на органах брюшной полости сопровождается развитием спаечного процесса той или иной степени выраженности. СНК является полиэтиологическим заболеванием, существует много причин, инициирующих процесс спайкообразования. К ним относятся механическое травмирование кишечника, агрессивное влияние на кишечную стенку некоторых экзогенных химических реагентов, воспалительные заболевания органов брюшной полости, парез кишечника и некоторые другие факторы. Учёт вышеуказанных факторов лежит в основе патогенетического подхода к лечению и профилактике спаечной болезни [2, 3, 4, 6]. Спаечный процесс нередко вызывает деформацию кишечной трубки с развитием непроходимости пищеварительного тракта. При этом СНК является одним из наиболее грозных осложнений послеоперационного периода, так как запоздалая диагностика и несвоевременно оказанное или неверно избранное лечение могут приводить к некрозам кишки за счёт развития странгуляции последней. Своевременная диагностика и правильно выбранная лечебная тактика в зависимости от вида СНК имеют решающее значение в исходах заболевания, а комплексный подход к реабилитации и профилактике патологии обуславливает положительный прогноз и отсутствие рецидивов (4,5,6,7).

Целью работы явилось снизить риска рецидива болезни, повысить уровень профилактики спаечной кишечной непроходимости, применяя современные методы диагностики и лечения.

Материал и методы исследования: За период 2009-2019 гг под нашим наблюдением находилась 43 детей со спаечной кишечной непроходимостью. Из них 26 (60,4%) мальчиков и 17 (39,6%) девочек в возрасте от 1 года до 17 лет.

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	12-17 лет	
Мальчики	-	1	7	11	7	26
	-	2,3	16,3	25,5	16,3	60,4
Девочки	-	-	5	8	4	17
	-	-	11,6	18,6	9,4	39,6
всего	-	1	12	19	11	43
	-	2,3	27,9	44,1	25,7	100

К общеклиническим методам исследования вошли следующие: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, обзорная и при необходимости контрастная рентгенография брюшной полости. Наряду с этим в комплекс исследования вошло УЗИ брюшной полости и включая, диагностическая эндовидеолапароскопия возможно с эндовидеолапароскопическим адгезиолизисом.

Результаты и их обсуждение: При обзорной рентгенографии, у всех больных выявлялись признаки кишечной непроходимости: наличие чаши Клойберга и пневматизации кишечника. Для исследования уровня спаечного процесса более детальное изображение выявлено при контрастной рентгенографии. При помощи УЗИ брюшной полости нам удалось не только определить степень тяжести спаечного процесса в брюшной полости и, но определить точки для безопасного вхождения троакара в брюшную полость. При этом важно подчеркнуть информативность УЗИ, которая составила до 73,6% и была несколько выше, чем при обзорном рентгенологическом обследовании больных (58-61%). Перед оперативным вмешательством мы располагали информацией о распространенности спаечного процесса, его выраженности, свободные участки от спаек. Это позволило индивидуализировать подход каждому больному. Благодаря современной технологии и техники видеолапароскопического адгезиолизиса нам удалось у 30 (69,7%) из 43 пациентов выполнить видеолапароскопический адгезиолизис. Интероперационных осложнений связанных с выполнением лапароскопической операции в условиях спаечного процесса не было. Наличие одной или нескольких лапаротомий не являлось абсолютным противопоказанием к видеолапароскопическому адгезиолизису. А среднее время выполнения видеолапароскопического адгезиолизиса составила 58,8+ 3,6 минут. Важно подчеркнуть, что признаков нарушения пассажа кишечника в послеоперационном периоде не наблюдалось. У 3 (6,9%) больных видеолапароскопически установлено наличие деструктивных изменений стенок кишечника, которым выполнена минилапаротомия, резекция некротического участка кишечника с анастомозом конец в конец.

На интраоперационном этапе: видеолапароскопическое рассечение спаек с последующим промыванием брюшной полости раствором декасана, санация брюшной полости и орошение брюшной полости противоспаечной смесью (ФЛС), (которая состоит из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина) по схеме, разработанной в нашем центре.

На 2-3 сутки назначено лидаза с электрофорезом на переднюю брюшную стенку 5-7 сеансов стационарно, и до 10 сеансов амбулаторно в сочетании с инъекцией алоэ. В настоящее время видеолапараскопический адгезиолизис не получил широкого применения в лечении острой спаечной кишечной непроходимости, особенно у детей. Это обусловлено тем, что большинство хирургов считают его использование в условиях пареза кишечника и спаечного процесса не только нецелесообразным, но и опасным из-за возможности ятрогенного повреждения кишечника. Тем не менее, применяя видеолапараскопический адгезиолизис у больных детей с острой спаечной кишечной непроходимостью мы пришли к следующему заключению: В настоящее время показанием к лапароскопии являются практически все случаи острой СКН, которое четко определяют степень и тяжесть спаечного процесса, наличия или отсутствия в каких либо участках кишечника, деструктивных изменений и наряду с этим создается возможность определить показания к видеолапараскопическому адгезиолизису. Большое значение для повышения безопасности выполнения наиболее ответственного этапа операции, первичного вхождения в брюшную полость имеет дооперационное определение мест подпаянных кишечных петель к передней брюшной стенке, которое определяется при помощи УЗИ брюшной полости. Наряду с этим при использовании эндовидеолапароскопии брюшной полости, создается широкое поле обзора, отличное освещение и интероперационное увлечение которое дает возможность к малотравматичному доступу к месту непроходимости, осуществить прецизионную препаровку кишечных петель и спаек. Кроме того, мы согласны мнениями многих авторов и считаем противопоказанием к видеолапараскопическому адгезиолизису следующие факторы. К ним относятся наличие массивных плоскостных спаек брюшной полости. Холодного конгломерата образованных из-за спаек. Плотного воспалительного инфильтрата, являющийся причиной кишечной непроходимости, необратимых изменений в ущемленной кишке и присутствие кишечных свищей.

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день эндовидеолапароскопия четко определяет тактику лечения СКН, а также показания к видеолапараскопическому адгезиолизису. Важно подчеркнуть некоторые преимущества видеолапараскопического адгезиолизиса, к которым относятся малотравматичность, уменьшение рецидива болезни, и отвечает требованиям пластической и косметической хирургии.

Литература

1. Рудин Э. П., Андреев В. Г., Карнаушенко П. В. Особенности лапароскопических операций на ор-ганах брюшной полости // Сибирский медицинский журнал. 2006. № 5. С. 44–47.
2. Минаев С.В., Немилова Т.К., Кнорринг Г.Ю. Полиферментная терапия в профилактике спаечного процесса в брюшной полости у детей// Вестн. хир. –2006.–Том 165. — № 1. – С.49–54.
3. А.Аршинов « Исследование системы гемостаза в клинической практике». Журнал Врач 2000 №9 стр.30-31.

4. Стрижелецкий В.В., Седов В.М., Макаров С.А. Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении острой спаечной кишечной непроходимости // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. — Волгоград, 2011. — С. 325.
5. Минаев С.В., Доронин В.Ф., Обедин А.Н., Тимофеев С.В. Течение спаечного процесса брюшной полости в детском возрасте // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2009. — Т. 13. no. 1. — С. 17–20.
6. Смоленцев М.М. «Оперативное лечение детей со спаечной кишечной непроходимостью на современном этапе». Фундаментальные исследования №1, 2015.стр-1680-1684.
7. Первый опыт применения противоспаечного рассасывающегося полимерного средства "Мезогель" при остром аппендиците / В. А. Лазаренко, Б. С. Суковатых, А. И. Бежин [и др.] // Человек и его здоровье. — 2011. — № 1. — С. 51 — 55.
8. 10. Adhesiolysis—related morbidity in abdominal surgery / R. P. Ten Broek, C. Strik, Y. Issa [et al.] // Ann. Surg. — 2013. — Vol. 258, N 1. — P. 98 — 106.
9. Durgakeri P.U., Kaska M. Post-operative intraperitoneal adhesion prevention-the recent knowledge // RozhlChir. — 2006. — June, № 85 (6). — С. 286-289.
10. Zhou X.L., Chen S.W., Liao G.D. et al Preventive effect of gelatinizedly-modified chitosan film on peritoneal adhesion of different types// World J. Gastroenterol. — 2007. —Vol. 13(8). — P.1262–1267.