

УДК 616.34-007.272+616.346.-002.1-089-053.2

**ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ****М. Санбаев****Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра детской хирургии****Резюме****ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ****М. Санбаев**

Представлены результаты анализа релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии у 50 больных.

Предложенный комплекс лечебных мероприятий, включающий оперативное лечение и интубацию кишечника в сочетании с дроперидолом позволяет улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей.

**Summary****TREATMENT OF EARLY ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER APPENDECTOMY AT CHILDREN****M. Sanbayev**

Represented following results of relaparotomy analysis over the early adhesive intestinal obstruction after appendectomy operation at 50 patients.

Proposed complex of treating-measures, including operative treatment and intubation of intestine with combination of Droperidolum permits to improve results of treatment of Early adhesive intestinal obstruction at children.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии является одним из самых актуальных и трудно разрешимых проблем urgentных заболеваний брюшной полости у детей [1,2].

Несмотря на усовершенствования методов лечения, данная патология возникает в различные сроки после аппендэктомии от 0,15 до 4,2% случаев и является причиной релапаротомии до 60%. Также до настоящего времени сохраняется высокая летальность – до 5-7% [3]. Поэтому выбор рациональной лечебной тактики при ранней спаечной кишечной непроходимости у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения ранней спаечной кишечной непроходимости у детей путем разработки современных способов лечения.

**Материалы и методы исследования:** Проведен анализ 50 релапаротомии по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, осложненных после аппендэктомии, произведенных в клинике в клинике ГМУ г. Семей за 1980-2010 годы. Всего за указанный срок произведено 8963 аппендэктомии. Из них мальчиков было - 4221, девочек - 4742.

Из клинико-морфологических форм чаще встречался флегмонозный аппендицит в 51,6%, гангренозно-перфоративный - 40,9%, катаральный - 7,7%.

**Результаты и обсуждения.** Как осложнение после аппендэктомии ранняя спаечная кишечная непроходимость возникла у 50 детей. Среди наблюдаемых нами пациентов мальчиков было 29 (58%), девочек 21 (42%). Распределение больных по возрастным группам: от 1 года до 3 лет – 7 (14%), 4-7 лет – 19 (38%), старше 7 лет -24 (48%). Тщательно анализируя характер изменений, найденных во время первой операции, и сопоставляя эти сведения, с теми находками в брюшной полости, которые имелись в момент релапаротомии, мы пришли к выводу, что одной из основных причин составляющих комплекс осложнений, является инфекция и неустраненная

дооперационная спаечная спаечная кишечная непроходимость.

Высокий удельный вес инфекционного фактора в развитии внутрибрюшных спаек и спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии, по нашему мнению, обусловлен поздним обращением и вследствие – поздней госпитализацией и оперативным лечением. Это доказывает данные, что после аппендэктомий произведенных в первые 12 часов от начала заболевания только у 2 пациентов обнаружены явления спаечно-кишечной непроходимости, что составило 0,12%, до 24 часов у 11 больных (0,18%) от общего числа оперированных в эти сроки, все остальные 37 пациентов (1,7%) оперированных позднее 24 часов.

У 5 больных ранняя спаечно-кишечная непроходимость возникла после простого (катарального) аппендицита в 0,12% случаев от общего числа оперированных с данной формой аппендицита, у 13 (0,26%) – после деструктивного аппендицита. На долю деструктивного аппендицита с перфорацией и перитонитом приходится 32, что составило 4,6% от общего числа оперированных данной формой.

Также развитию ранней спаечной кишечной непроходимости в большем количестве 31(62%) предшествовал послеоперационный парез кишечника.

Диагностика ранней спаечной кишечной непроходимости крайне сложна из-за большого разнообразия проявлений послеоперационного периода. В клинической картине схваткообразная боль отмечена у 47 (94%), рвота у 40 (80%), задержка стула и газа у 38 (76%), метеоризм и асимметричный живот у 42 (84%), кишечная перистальтика видимая на глаз у 26 (52%), симптом Щеткина-Блюмберга у 9 (18%), рентгенологически чаши Клойбера у 29 (58%).

Анализ нашего клинического материала так и литературные данные свидетельствуют, что при подозрении на раннюю кишечную непроходимость

лечение следует начинать с консервативных мероприятий.

Отсутствие улучшения в клинике и признаков восстановления кишечного пассажа служило поводом для релапаротомии (табл.№1).

**Таблица №1. - Общая характеристика оперативных вмешательств при различных формах ранней спаечной кишечной непроходимости по данным стационара.**

Формы непроходимости	Характер вмешательства						Всего
	Разъединение, рассечение спаек		Энтеростома	Разъединение спаек, вскрытие абсцесса энтеростома	Разъединение спаек и резекция кишки		
	без интубации	с интубацией			без интубации	с интубацией	
Спаечно-паретическая форма	4	8			1	2	15
Простая форма	8	12			1	1	22
Непроходимость обусловленная абсцессом брюшной полости	3	4		1			8
Ранняя отсроченная форма	1	1				3	5
Всего	16	25	-	1	2	6	50

Важнейшим этапом оперативной тактики после выполнения операции релапаротомии при ранней спаечной кишечной непроходимости является декомпрессия его путем интубации или так называемое «шинирование».

Интубация кишечника осуществлялась разными путями: через гастростому (1), аппендикостому (14),

цекостому (9), ретроградно, т.е. через прямую и толстую кишку (7).

Из послеоперационных осложнений при традиционном способе наблюдались спаечная кишечная непроходимость у 5 (26,3%), динамическая непроходимость – у 4 (21%), кишечные свищи – у 1 (5,2%). Когда при интубации кишечника в сочетании с дроперидолом кишечные свищи не наблюдались.

**Таблица №2. - Эффективность интубации кишечника**

Методы борьбы с р.с.к.н.	Всего	Осложнения и рецидивы		
		Р.С.К.Н.	Динамическая непроходимость	Кишечные свищи
Традиционные меры	19 (38%)	5 (26,3%)	4 (21,5%)	1 (5,2%)
Интубация кишечника+дроверидол	31 (62%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)	-

Для предупреждения ранних послеоперационных осложнений кроме декомпрессии имеет значение своевременное разрешение пареза желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим нами в послеоперационном периоде в целях снятия вазоконстрикторных эффектов симпатической нервной системы применен дроперидол из расчета 0,25% раствора по 0,04 мл/кг массы тела вводили внутривенно 3 раза в сутки на фоне инфузионной терапии. Дроперидол предупреждает нарушения кровообращения в паретических расширенных петлях кишечника и улучшает микроциркуляцию [4]. Способ применен у 20 больных после релапаротомии по поводу ранней спаечной

кишечной непроходимости в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта. Результаты лечения данным способом сравнивали с общепринятым методом борьбы с парезом кишечника. При сопоставлении клинических данных, лечившихся обычным путем, и больных, которым применен дроперидол в сочетании с интубацией желудочно-кишечного тракта выявлено преимущество последнего (табл. №3).

Как видно из таблицы интубация желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом способствует более раннему восстановлению моторики кишечника.

**Таблица №3. - Сравнительная оценка способов лечения послеоперационного пареза кишечника.**

Методы лечения	Количество больных	Разрешение			
		2 сут.	3 сут.	4 сут.	5 сут.
Традиционные методы с интубацией	30	4	7	11	8
Интубация + дроверидол	20	14	5	1	-

По нашим данным раннее разрешение пареза кишечника предусматривает как профилактическое мероприятие спайкообразования, так при традиционном методе борьбы с парезом кишечника спаечная кишечная непроходимость отмечена у 5, напротив при интубации желудочно-кишечного тракта в сочетании с дроперидолом у двух больных.

Выводы:

1. В генезе развития ранней спаечной кишечной непроходимости основная роль принадлежит инфекции, неустраненной дооперационной спаечной кишечной

непроходимости и послеоперационному парезу кишечника.

2. Разработанный способ профилактики послеоперационного пареза кишечника, включающего интубацию кишечника в сочетании с дроперидолом является эффективным способом профилактики ранней спаечной кишечной непроходимости и позволяет снизить риск ее возникновения с 26,3% до 6,4%.

#### Литература:

1. Алибаев А.К., Мамлеев И.А., Гумеров А.А., Изосимов А.Н. Ранняя спаечно-паретическая кишечная

непроходимость у детей, диагностика и лечение // Пермский медицинский журнал. - 2008. - Том 25. №3. - С.28-33.

2. Ерекешов А.Е., Разумов А.А., Разумов С.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М. Диагностика и лечение ранней спаечной кишечной непроходимости при аппендикулярном перитоните у детей // Астана медициналық журналы. - 2005. - №1. - С.80-82.

3. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство // под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.:ГЭОТР - Медиа, - 2009. - С.379-380.

4. Новые возможности лечения пареза кишечника у детей с перитонитом // В кн.: Новые направления в диагностике и лечении хирургической инфекции у детей. - Москва. - 1988. - С.126.

УДК 616.345-002-053.2

## ОМЫРАУ ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ПАРАПРОКТИТТИ ЕМДЕУ

М. Санбаев

*Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,  
балалар хирургиясы кафедрасы*

**Резюме**

**Лечение парапроктита у грудных детей**

**М.С. Санбаев**

*На основании изучения результатов лечения 167 новорожденных и грудных детей с парапроктитом, установлено, что хирургическое лечение парапроктита целесообразно осуществлять одновременно с коррекцией дисбиотических расстройств.*

**Summary**

**TREATMENT OF PARAPROCTITIS AT CHILDREN**

**M.S. Sanbayev**

*On the base on results of 167 newborns and babies with paraprocititis was determined, that surgical treatment of paraprocititis is advisable to realize simultaneously with correction of disbiotic disorders.*

Балалардағы парапроктитке көптеген жұмыстар арналса да, кейбір сұрақтар әлі де өз шешімін таппаған. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің жиілігі өте жоғары 22-60%-ды құрай отырып, 50% жағдайда аурудың қайталануы байқалады [1]. Сонымен қатар парапроктиттің дамуы туралы білім жеткіліксіз болғандықтан жасалған емнің нәтижесіздігі байқалады. Сондықтан парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуді зерттеу маңызды мәселе болып есептеледі.

Зерттеу мақсаты. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Семей қ. ММУ балалар хирургиясы клиникасында парапроктитпен емдеуде жатқан 167 науқастың емдеу нәтижелері сарапталды.

Емдеу нәтижелері қарау және анкета толтыру арқылы 6 айдан 2 жылға дейін жүргізілген. Қабыну аймағындағы және шеттегі микрофлораны бактериологиялық зерттеу, іріңді және нәжісті әртүрлі орталарға себу арқылы аэробты және анаэробты бактерияларды санау жүргізілді.

Нәтижелер мен талқылау. Парапроктиттің бір жасқа дейінгі 167 науқастың арасында таралу жиілігі зерттелінді.

Аурудың байқалуы 10 тәулікке дейінгі омырау жасындағы балаларда (10%), туғаннан кейін 12 тәуліктен 30 тәулікке дейін (39%), 1 айдан 2 айға дейін (26%), 3 айдан 6 айға дейін (22%), 6 айдан 1 жасқа дейін (3%). Ұл балалар - 35%, қыз балалар 65% құрады. Аурудың жедел ағымы 90,7% нәрестеде, рецидивті түрі 7% және созылмалы 2,3% балаларда кездеседі.

Аурудың дамуына көп жағдайларды транзиторлы ішек бұзылыстары (диаррея - 46%, іш қату - 2%) және 42% жағдайда жедел респираторлық вирустық инфекция себеп болған.

Омырау жасындағы балаларда жедел парапроктит дене температурасының көтерілуінен, мазасыздану және тәбетінің төмендеуінен басталған. Балалардың мазасыздануы нәжіске отырған кезде, шат аралығын тазалап жуу кезінде күшейе түскені анықталған. Көпшілік ауруларда іш өтуі, ал аурулардың 1/3 бөлігінде іш қату байқалған. Аурудың басталуынан 2-3 тәулік өткеннен кейін артқы тесіктің айналасында инфильтрат анықталды. Көп жағдайларда анальды тесікке жақын орналасқан тері қаптарлары инфильтрат аймағын саусақпен басып қарағанда ауырсыну анықталады.

Ауруханаға кеш түскендіктен іріңдіктің тік ішек ішіне жарылуы 0,7% жағдайда байқалды. Парапроктиттің созылмалы түрі жедел қабыну үрдісінен кейін ұзақ уақыт жарадан серозды бөліністің ағыумен сипатталатын жыланкөз пайда болған. Парапроктиттің рецидивті түрі 7% науқастарда байқала отырып, 6,3% 3 рет, 2,4% 4 рет қайталанып, 1% науқастарда тік ішекке жарылуы болды.

Парапроктит диагнозы аурудың клиникалық көріністері және тік ішекті саусақпен тексеру нәтижесінде қойылды. Соңғысы парапроктиттің жоғары орналасқан түрін уақытында анықтауға мүмкіндік туғызады. Тексеру кезінде 87,1% жағдайда тек анальды тесік аймағында инфильтрат анықталған, флюктуация белгілері болмаған, тек ауырсыну симптомы анықталғандықтан,

инфильтратқа пункция жасау арқылы диагноз қойылған.

Жедел парапроктиттің негізгі емі – хирургиялық жолмен іріңдікті ашу және дренаждау болып табылады. Ол кезде 0,5-2,5 мл мөлшерінде сұйықсұр-ақ түсті ірің бөлінуі байқалды.

Іріңнен грамм оң кокктар: 63%, грам теріс оң кокктар 31% и 6% жағдайда іріңдік стерильді болды. Ішек микрофлорасын зерттеу кезінде негізінен дисбиотикалық өзгерістер анықталды. Дисбактериоз диагнозын клиникалық мәліметтермен және микробиологиялық тексеру арқылы дәлелденіп отырды. Дисбактериоздық белгілері 76,3% омырау жасындағы балаларда анықталды. Омырау жасындағы балаларды жалпы жағдайының нашарлауы, тәбетінің төмендеуі, ішектік синдром байқалады. Микробиологиялық дәлелдемелерде эшерихиялардың жоғарылауы, қасиеттері өзгерген штаммалар, кокктар санының көбеюі, шарты патогенезі грамм теріс таяқшалардың анықталуы байқалды.

Иммунологиялық зерттеулер жүргізгенде Т және В лимфоциттердің функциональды белсенділігінің төмендеуі анықталды.

Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенезін ескере отырып жедел іріңдікті ашумен қатар антибиотиктер тағайындау және ішек дисбиозын түзету қажет. Кейінгі емді биоактивті қосындылар мен қорғаушы факторлармен

толықтырылған езбелерді қолданады. Ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бифидумбактерин, лактоглобин препараттарымен 7-20 күн аралығында жүргізіледі.

Жіңішке ішек функциональды жағдайын жақсарту үшін мезим форте, фестал, энзистал қолданылды. Сонымен қоса құрамында зат алмасудың стерильді концентраты бар хилак-форте қолданылды. Міндетті түрде дәрумендермен оның ішінде В тобы тағайындалды.

Баланың иммундық жүйесінің даму заңдылығын ескере отырып, иммунотропты препараттар өте сирек қолданылды.

Емдеудің клиникалық әсерін (10 күннен кейін, ал микробиологиялық әсері 1 айдан кейін анықталды).

Омырау жасындағы балаларда парапроктитті хирургиялық емдеу тәсілдерінен кейін комплексті консервативті ем шараларымен бір мезгілде дисбиотикалық бұзылыстарды түзету нәтижесінде жараның жазылуы 14,5+1,6 тәуліктен 9,6+0,5 тәулікке дейін қысқарды.

#### **Әдебиеттер:**

1. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Парапроктиты // В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.-М.: ГЭОТР - Медиа, 2009. - С.522 - 527.