

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Соколов С.В., Кислова А.Ю., Анфиногенов А.Л., Гогин В.Н., Троицкий С.А., Лаухина И.Г.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Введение. Спаечная кишечная непроходимость может стать осложнением любой операции на органах брюшной полости. Несмотря на большую работу специалистов всего мира, до настоящего времени не разработано метода, позволяющего с высокой степенью вероятности предотвращать формирование и регрессию внутрибрюшных сращений.

Цель исследования. Выявление операций, наиболее часто сопровождающихся развитием спаечной кишечной непроходимости, и преимущественных сроков формирования данного осложнения.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения всех пациентов (61 ребенок), находившихся на госпитализации в ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» с диагнозом «Спаечная кишечная непроходимость» за период с января 2016 г. по февраль 2021 г. Изучена частота развития данного осложнения в зависимости от первичной операции, сроки возникновения кишечной непроходимости и методы лечения.

Результаты. Наиболее часто (24 наблюдения, 39,3%) спаечная кишечная непроходимость встречалась после операций в связи с врожденными пороками развития органов брюшной полости: атрезии тонкой и двенадцатиперстной кишки (11 наблюдений, 18,0%), болезни Гиршпрунга (4 наблюдения, 6,5%), дивертикула Меккеля (4 наблюдения, 6,5%), диафрагмальной грыжи (2 наблюдения, 3,3%), аномалии желчных путей (1 наблюдение, 1,6%), внутриутробного перекрута яичника (1 наблюдение, 1,6%), гастрошизиса (1 наблюдение, 1,6%). Из них в периоде новорожденности выполнено 7 (29%) операций.

Второй по частоте причиной развития внутрибрюшных спаек с кишечной непроходимостью были операции по поводу различных форм аппендицита (19 пациентов, 31,1%). Удаление новообразований брюшной полости стало причиной спаечной непроходимости у 4 (6,5%) детей, тупая травма живота — у 3 (4,9%) пациентов, заворот кишки — у 2 (3,2%) детей, оперативная дезинвагинация без резекции кишки — у 2 (3,2%) пациентов. Однократно встречалась кишечная непроходимость после операций в связи с ущемлением паховой грыжи, перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой тонкой кишки, после венстрикулоперитонеального шунтирования, операции по фиксации толстой кишки, внутрибрюшинного закрытия колостомы, лапароскопической нефрэктомии.

Ранняя простая спаечная кишечная непроходимость возникла у 6 (9,8%) детей, рана отсроченная — у 7 (11,4) детей, поздняя до 1 года — у 10 (16,4%) детей, поздняя в срок более года от операции — у 38 (62,3%) пациентов.

Консервативное лечение кишечной непроходимости было эффективным у 34 (56%) детей, хирургическое вмешательство выполнено 27 (44%) пациентам.

Заключение. Наибольшее внимания при проведении специфической и неспецифической профилактики образования внутрибрюшных спаек требуют операции по поводу врожденных заболеваний органов брюшной полости и острого аппендицита.