

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

**А.А.Воеводин, Мохаммад Башир, В.А.Есипов, Н.Н.Крук, К.Е.Тучин
Тула, Россия**

Кишечная непроходимость относится к одному из наиболее тяжелых острых заболеваний органов брюшной полости. Различны этиология и патогенез отдельных ее видов. Поэтому, неодинаковы диагностика, лечение, пути снижения летальности и профилактика при каждом из них. Спаечная кишечная непроходимость занимает особое место среди других видов кишечной непроходимости. В последние 15-20 лет отмечен значительный ее рост как у взрослых, так и у детей. У детей в возрасте после года она составляет основной вид кишечной непроходимости (около 80 %).

До недавнего времени при изучении спаечной кишечной непроходимости не выделяли детей из группы остальных больных, не учитывали особенности физиологии и патологии растущего организма. Между тем многолетний опыт детских хирургов свидетельствует о необходимости этого: заболевание ребенка не может быть отождествлено с тем же заболеванием у взрослого; более того, даже на протяжении относительно короткого возрастного периода, к которому относятся дети до 14 лет, оно имеет существенные различия.

Основной причиной возникновения спаек является воспалительный процесс. У 90 % детей, оперированных по поводу спаечной кишечной непроходимости, первая операция выполнялась по экстренным показаниям, преимущественно по поводу острого аппендицита. При этом деструктивных форм его с явлениями разлитого перитонита осложняются спаечной кишечной непроходимостью значительно чаще. Эти наблюдения позволяют утверждать, что спайки брюшной полости и вызываемая ими непроходимость кишечника являются не столько следствием оперативного вмешательства, сколько результатом перенесенного заболевания, по поводу которого выполнялась операция. При длительно существующем воспалительном процессе в брюшной полости обнаруживается значительное количество фибрина, происходит воспаление петель кишок, спаяние их между собой и перегиб в виде двустволок. Таким образом, в еще не тронутой рукою хирурга брюшной полости за счет воспаления тканей создаются условия для возникновения спаек и непроходимости кишок.

Учитывая вышеизложенное, актуальным является случай из нашего клинического наблюдения. Больная Л., 2 г. 3 мес., оперирована 21.09.08 г. по поводу деструктивного аппендицита, перитонита; на 14 сутки послеоперационного периода появились симптомы спаечной кишечной непроходимости. 5.10.08 г. после неэффективной консервативной терапии – операция – лапаротомия по поводу спаечной кишечной непроходимости. Послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии домой. 12.11.08 г. больная вновь с клиникой спаечной непроходимости поступила в хирургическое отделение для детей. Консервативные мероприятия оказались неэффективными, после предоперационной подготовки 13.11.08 – операция – релапаротомия. разделение спаек (плоскостных, шнуровидных), восстановление проходимости. Послеоперационный период протекал гладко, данные УЗИ органов брюшной полости, обзорного и рентгенконтрастного обследования кишечника – без признаков кишечной непроходимости.

Таким образом, данный клинический случай свидетельствует о том, что развитие спаечного процесса в брюшной полости с последующим проявлением кишечной непроходимости является специфической реакцией организма ребенка на

гно́йный деструктивный воспалительный процесс в брюшной полости. В частности, риск возникновения спаек возрастает у детей раннего (до 3-х лет) возраста с деструктивным гно́йным воспалением червеобразного отростка.