

## Сучасні технології в лікуванні перитоніту та кишкової непрохідності у дітей

Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

36024 м. Полтава, вул. Шевченко, 23.

Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава, пр. Рибальський 10а

Тел. 8(0532) 57-32-06. E-mail: chenden@yandex.ru

**Резюме.** Запропоновані нова модель інтубаційного зонду, способи проведення зонду через товсту кишку, ентеральна череззондова терапія. Розроблені способи декомпресії тонкої кишки у хворих з дивертукулом Меккеля, способи контролю дезінвагінації.

**Ключові слова.** Гостра кишкова непрохідність, розповсюджений перитоніт, інвагінація, декомпресія тонкої кишки, ентеральна череззондова терапія, діти.

**Summary.** A new model of intestinal tube, ways of moving the intestinal tube along the colon, enteral transtube therapy have been offered. Ways of intestinal decompression in patients with Meckel's diverticulum and ways of controlling disinvagination have been developed.

**Key words.** Acute ileus, diffuse peritonitis, intussusception, intestinal decompression, enteral transtube therapy, children.

**Вступ.** Незважаючи на постійне вдосконалення існуючих та розробку нових методів діагностики та терапії, проблема лікування гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту займає чільне місце серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей. Про це свідчать стабільно високі показники летальності та кількості ускладнень, що мало змінюються з плином часу. Так, у дітей з розповсюдженим перитонітом апендикулярного походження показники летальності становлять 0,7-23,0%, а при перитоніті іншої етіології до 20,0-33,1%. Кількість ускладнень захворювання та незадовільних наслідків лікування також залишається високою і складає 12,0-39,4%. При гострій кишковій непрохідності у дітей летальність становить від 0,9 до 32%, ускладнення доопераційного та післяопераційного періоду складають від

11 до 34% [Кукуруза з співавт., 2000; Момотов и соавт., 1999; Москаленко з співавт., 1998; Рибальченко, 2005]. Тому впровадження нових технологій в лікуванні гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту є актуальним та необхідним.

Сучасні погляди на патогенез гострої кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту базуються на визначенні провідної ролі синдрому ентеральної недостатності в прогресуванні ендогенної інтоксикації та виникненні синдрому системної запальної відповіді та поліорганної недостатності [Коноплицький з співавт., 2001; Момотов з співавт., 2006]. В лікуванні синдрому ентеральної недостатності одним з провідних напрямків є кишкова декомпресія, направлена на видалення токсичного кишкового вмісту, зниження внутрішньокишкового тиску, нормалізацію моторної, бар'єрної та метаболічної функції, що досягається шляхом інтубації кишечника довгим перфорованим зондом.

**Матеріали та методи.** Розроблені способи були використані в лікуванні 102 дітей з перитонітом та гострою кишковою непрохідністю. Вік дітей від 3 місяців до 15 років. Причинами кишкової непрохідності були: злуковий процес (20 випадків), інвагінація (48), заворот кишечника (2). 22 дитини оперовані з приводу розповсюдженого перитоніту, у 10 дітей виявлена патологія пов'язана з дивертикулом Меккеля.

**Результати та їх обговорення.** Для інтубації кишечника запропонована велика кількість зондів різноманітних конструкцій, в основі яких лежить довга еластична трубка з боковими отворами. До 2003 року в роботі хірургічного відділення ДМКЛ використовувалися зонди стандартних конструкцій. Але при використанні більшості відомих модифікацій зондів під час інтубації можливе виникнення ряду ускладнень.

Кишковий зонд на значному протязі має бокові отвори, через які під час інтубації витікає шлунковий та кишковий вміст. Таким чином, під час нозоінтестинальної інтубації можлива аспірація кишкового вмісту з розвитком важких легневих ускладнень. При інтубації через стому при підтіканні

кишкового вмісту через бокові отвори на руки хірурга та операційне поле збільшується ризик інфікування черевної порожнини з розвитком післяопераційних гнійно-септичних ускладнень. Для усунення цих недоліків запропоноване заклеювання бокових отворів зонда липкою стрічкою або використання різноманітних провідників, що збільшує діаметр зонда і значно ускладнює та підвищує травматичність процесу інтубації.

При трансанальній інтубації кишечника, яка найбільш часто використовується в дитячій хірургії, виконання інтраопераційної аспірації кишкового вмісту можливе лише після введення в тонку кишку всієї перфорованої частини зонда, інакше зонд швидко забивається густим вмістом товстої кишки і перестає функціонувати. Цей недолік доповнює технічні складності трансанальної інтубації, оскільки важко проводити зонд через роздуті рідким вмістом та газом петлі тонкої кишки без періодичної аспірації кишкового вмісту. З метою запобігання інфікуванню черевної порожнини при використанні „відкритих” методів інтубації та обтурації зонда густим вмістом товстої кишки при трансанальній інтубації використовували інтубаційний зонд власної конструкції (Пат. 68146 А України). Весь зонд оснащений плівковим футляром з еластичного матеріалу, діаметр якого відповідає зовнішньому діаметру зонда. Футляр розміщений на зонді таким чином, що 2-3 бокові отвори за оливою залишаються відкритими, з можливістю його видалення після введення за допомогою втулки.

У переважної більшості хворих використовувалися ретроградні методи інтубації кишечника. Декомпресія тонкої кишки за допомогою зондів, що проводяться трансанально, дозволяє уникнути дискомфорту, забезпечує аспірацію кишкового вмісту у фізіологічному напрямку, природне переміщення зонду та його виштовхування із кишечника при поновленні повноцінної перистальтики. Але при трансанальній інтубації відмічаються технічні складнощі при проведенні зонда через лівий згин товстої кишки та ілеоцекальний клапан. Тому нами були розроблені та впроваджені в практику способи, що дозволяють полегшити

проведення зонда через товсту кишку у дітей (Пат. 7084 U України, Пат. 7086 U України).

Для проведення зонда через лівий згин товстої кишки утворюють запас зонда в сигмовидній кишці, потім ліву руку через лапаротомний розтин заводять над лівим згином товстої кишки під селезінкою, правою рукою проштовхують зонд, а лівою корегують напрям руху його робочого кінця в поперечноободову кишку.

При проведенні інтубаційного зонда через ілеоцекальний клапан використовується спосіб, суть якого полягає в наступному. Асистент утримує зонд у кишці, а хірург, фіксуючи оливу зонда I пальцем, проводить II палець через ілеоцекальний клапан, інвагінуючи стінку термінального відділу здухвинної кишки, затискає оливу між пальцями та проводить її у здухвинну кишку.

В останній час в комплекс післяопераційного лікування у дітей з метою корекції ентеральної недостатності включено ентеральну череззондову терапію (Пат. 15720 U України). Вона включає фракційний лаваж кишечника 2% розчином натрію хлориду, череззондову ентеросорбцію 10% сумішшю ентеросгелю, селективну деконтамінацію цефтріаксоном та метрагілом. Процедури виконуються 3-4 рази на добу. Ефективність застосування череззондової терапії оцінюється по покращенню загального стану хворих та по динаміці в післяопераційному періоді лабораторних показників. Припинення ентеральної терапії та видалення зонда проводиться після відновлення ефективної перистальтики.

Важливе місце серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у дітей займає патологія, що викликана дивертикулом Меккеля, при чому у ряді випадків виникає необхідність в декомпресії кишечника. Нами запропонований спосіб одномоментної декомпресії кишечника у хворих з ДМ (Пат. 7089 U України ). Спосіб включає дивертикулотомію через верхівку дивертикулу, після чого через отриманий розтин до просвіту тонкої кишки вводять трубку з боковими отворами та за допомогою електровідсмоктувача

проводять аспірацію вмісту на всьому протязі перерозтягнутого відділу кишки, після чого проводять видалення дивертикула відомими способами.

При гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана дивертикулом Меккеля, та необхідності в тривалій декомпресії тонкої кишки створення стоми найбільш доцільним видається з використанням самого дивертикула. Крім того, навіть якщо дивертикул Меккеля є випадковою знахідкою при операціях з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, формувати стому при необхідності в кишковій декомпресії раціональніше саме з нього. Радикальне його видалення під час першої операції в умовах перитоніту може ускладнитися неспроможністю швів, а планове оперативне втручання для його видалення може виявитися досить складним при наявності вираженого злукового процесу. При використанні дивертикула для створення стоми виконується декомпресія і спрощується наступне його видалення.

Нами запропонований спосіб ентеростомії у хворих з дивертикулом Меккеля (Пат. 7088 U України), що включає лапаротомію, фіксацію тонкої кишки до передньої черевної стінки, при якій дивертикул Меккеля через окремий розтин виводять і фіксують до передньої черевної стінки, відтинають верхівку і через неї виконують інтубацію тонкої кишки з послідувачим закриттям кишкової нориці відомими способами.

Актуальною проблемою дитячої хірургії залишається гостра кишкова інвагінація. Як основний метод консервативного лікування гострої кишкової інвагінації нами використовується наскрізний аероінсуфляційний спосіб за М. І. Гриценком (А.С.1491469 ССРСР). Для об'єктивізації способу, підвищення його надійності та виключення діагностичних помилок були розроблені способи контролю дезінвагінації. Для контролю ефективності дезінвагінації в якості газу, що вводився в товсту кишку, використовували медичний кисень, визначали його вміст у газовій суміші, отриманій із шлунка, за допомогою газоаналізатору та при вмісті кисню більше 21% констатували дезінвагінацію (Пат. 7014 U України). Крім того одночасно реєстрували тиск у прямій кишці та у шлунку і визначали

дезінвагінацію при рівності тиску у прямій кишці та в шлунку (Пат. 7015 У України), а також визначали об'єм газу, що поступає по зонду, за допомогою волюметра і при виділенні більше ніж 1 літру газу встановлювали дезінвагінацію (Пат. 7013 У України). Запропоновані способи підтверджують клінічну ефективність наскрізного аероінсуфляційного способу дезінвагінації.

Розробка та впровадження нових технологій лікування дітей з хірургічною патологією в клінічну практику дозволяє покращити результати лікування та запобігти можливих ускладнень.

#### Література.

1. Коноплицький В. С., Шмайсані Б., Лойко Є. Є., Лойко Є. Є., Якименко О. Г., Бойко І. Є., Сандер С. В. Післяопераційні ускладнення гострого апендициту у дітей. Лікування та профілактика (огляд літератури) // Шпитальна хірургія. – 2001. - №3. – С.180-185.
2. Кукуруза Ю. П., Коноплицький В. С., Аль-Фаллах А., Якименко О. Г., Шмайсані Б. Корекція та профілактика ендотоксикозу і поліорганної недостатності при перитоніті у дітей // Матер. ХІХ з'їзду хірургів України – Харків, 2000. – С. 249-250.
3. Момотов А. Г., Придятько С. К., Литвинов Г. А., Яровая О. А., Момотов А. А. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Клінічна хірургія. – 1999. - №2. – С. 31-34.
4. Момотов О. Г., Ярова О. О., Літвінов Г. А., Мамдох Абусамра. Корекція функціональної недостатності кишечника при апендикулярних перитонітах у дітей // Матер. ХІ конгресу СФУЛТ. – Полтава-Київ-Чикаго, 2006. – С.258.
5. Москаленко В. З., Лосицький О. О., Веселий С. В. Етіопатогенез та лікування гнійного перитоніту у дітей (огляд літератури) // Шпитальна хірургія. – 1998. - №1. – С.101-106.
6. Рибальченко В. Ф. Кишечна непрохідність у дітей // Хірургія дитячого віку. – 2005. - Т.2. - №2(7). – С.50-57.