

ДЕКОМПРЕСІЯ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Гриценко Є. М.

Курс дитячої хірургії

Українська Медична Стоматологічна Академія, м. Полтава

Дослідження останніх років внесли суттєві доповнення в розуміння патогенезу прогресування ендогенної інтоксикації та виникнення поліорганної недостатності при кишковій непрохідності та розповсюдженому перитоніті. На даний час, на думку більшості дослідників, одним з основних факторів прогресування захворювання є синдром ентеральної недостатності, що розвивається при всіх формах кишкової непрохідності та розповсюдженого перитоніту. В лікуванні синдрому ентеральної недостатності одним з провідних напрямків є декомпресія тонкої кишки, направлена на видалення токсичного кишкового вмісту, зниження внутрішньокишкового тиску, нормалізацію моторної, бар'єрної та метаболічної функції, що досягається шляхом інтубації кишечника довгим перфорованим зондом. Але до теперішнього часу в дитячій хірургії залишається невизначеним вплив інтубації кишечника на перебіг післяопераційного періоду у хворих з кишковою непрохідністю та перитонітом, питання вибору способу інтубації кишечника у дітей також є дискусійними.

Мета роботи. Дослідити вплив інтубації кишечника на динаміку показників стану дітей з розповсюдженим перитонітом та гострою кишковою непрохідністю, провести порівняльний аналіз застосування різних способів інтубації кишечника у дітей.

Методи та результати досліджень. Виконано аналіз результатів лікування 82 дітей з розповсюдженим перитонітом та гострою кишковою непрохідністю. Вік дітей становив від 5 місяців до 14 років, хлопчиків - 56, дівчаток - 26. Основну групу склало 29 дітей з гострою кишковою непрохідністю та 17 – з розповсюдженим перитонітом, яким в комплексі хірургічного лікування була виконана інтубація тонкої кишки; до контрольної

грипи увійшло 15 дітей з гострою кишковою непрохідністю та 21 дитина з розповсюдженим перитонітом, яким інтубація тонкої кишки не виконувалася.

Були використані наступні способи інтубації кишечнику: трансанальна – 29 випадків, назоінтестинальна – 6, інтубація через апендикоцекостому – 10, через ентеростому – 1.

Показаннями для проведення інтубації кишечнику вважали дилатацію петель тонкої кишки, перерозтягнення їх газом чи секвестрованою рідиною; відсутність перистальтики після евакуації кишкового вмісту та новокаїнової блокади брижі; інфільтрацію стінки тонкої кишки, крововиливи під серозну оболонку; розповсюджені форми перитоніту; множинні міжпетельні абсцеси на фоні розповсюдженого перитоніту; резекцію кишки з кишковим анастомозом або виконання реанастомозу після його неспроможності; операції, що супроводжувалися масивним роз'єднанням злук або ушиванням вражених запальним або адгезивним процесом петель тонкої кишки; наявність множинних ділянок тонкої кишки з порушеною трофікою та можливістю неспроможності стінки кишки; операції з приводу злукової кишкової непрохідності (особливо рецидивної).

При порівнянні показників між групами дітей, яким виконували різні види інтубації тонкої кишки, встановлено, що на 3-5 дні післяопераційного періоду достовірних відмінностей показників не виявлено. В цілому в усіх групах на протязі 3-5 днів післяопераційного періоду спостерігалася стійка тенденція до зниження показників ендогенної інтоксикації. Аналізуючи результати лікування встановлено, що достовірної різниці в термінах відновлення перистальтики, відходження випорожнень, початку ентерального харчування, терміну функціонування зонда не виявлено, не відрізнялися також тривалість операцій в цих групах та час перебування в стаціонарі.

Таким чином можна визначити, що жоден із способів інтубації тонкої кишки не має суттєвих переваг перед іншими способами стосовно впливу на показники інтоксикації при перитоніті та кишковій непрохідності у дітей. Показання до застосування інтубації кишечнику та вибір способу інтубації у

дітей повинні визначатися індивідуально у кожному конкретному випадку з урахуванням стану дитини, інтраопераційної візуальної оцінки особливостей будови органів черевної порожнини та патологічних змін з боку кишечника та очеревини.

Аналіз результатів лікування встановив, що використання інтубації кишечника при гострій кишковій непрохідності у дітей дозволило скоротити термін відновлення перистальтики кишечника з $3,5 \pm 0,02$ діб до $2,24 \pm 0,012$ діб, прискорити початок ентерального харчування з $4,07 \pm 0,018$ до $3,34 \pm 0,011$ доби, зменшити тривалість перебування у стаціонарі з $17,67 \pm 0,056$ до $15,83 \pm 0,04$ ліжко-днів. При розповсюдженому перитоніті використання інтубації кишечника у дітей дозволило скоротити термін відновлення перистальтики кишечника з $3,24 \pm 0,01$ діб до $2,47 \pm 0,016$ діб, прискорити початок ентерального харчування з $3,9 \pm 0,011$ до $3,65 \pm 0,013$ доби, зменшити тривалість перебування у стаціонарі з $20,9 \pm 0,102$ до $19,24 \pm 0,079$ ліжко-днів, а також зменшити кількість післяопераційних ускладнень з $23,8\%$ до $5,9\%$.

Висновки: Тривала декомпресія кишечника є ефективним методом усунення ентерогенного джерела інтоксикації, корекції ентеральної недостатності у дітей з гострою кишковою непрохідністю та розповсюдженим перитонітом. Вибір способу інтубації є індивідуальним в кожному конкретному випадку з урахуванням стану дитини та характеру інтраопераційних знахідок.