

„Відкриті” методи декомпресії тонкої кишки у дітей.

Гриценко Є. М., Гриценко М. І., Ксьонз І. В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

Реферат. Проаналізовано досвід використання „відкритих” методів декомпресії тонкої кишки у 29 дітей з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини. Ентеростомія виконувалася в 4 випадках, апендикостомія в 21, цекостомія в 4, сигмостомія в 1. Для попередження інфікування черевної порожнини під час інтубації використовувався зонд власної конструкції. Для корекції синдрому ентеральної недостатності проводилася ентеральна чреززондова терапія. Запропонований спосіб ентеростомії у хворих з дивертикулом Меккеля.

Реферат. Проанализирован опыт использования „открытых” методов декомпрессии тонкой кишки у 29 детей с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Энтеростомия произведена в 4 случаях, аппендикостомия в 21, цекостомия в 4, сигмостомия в 1. Для предупреждения инфицирования брюшной полости во время интубации использовался зонд собственной конструкции. Для коррекции синдрома энтеральной недостаточности проводилась энтеральная чреززондовая терапия. Предложен способ энтеростомии у больных с дивертикулом Меккеля.

Summary. The experience of using “open” methods of intestinal decompression in 29 children with acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been analysed. Enterostomy has carried out in 4 cases, appendicostomy - in 21, cecostomy – in 4, sigmoidostomy – in 1. An intestinal tube of our own design has been used to prevent infecting abdominal cavity during intubation. To correct the enteral insufficiency syndrome the enteral transtube therapy has been applied. The method of enterostomy in patients with Meckel’s diverticulum has been offered.

Вступ. В прогресуванні ендотоксикозу та виникненні поліорганної недостатності, за сучасними уявленнями, важливе місце відводиться синдрому ентеральної недостатності, що виникає у хворих з розповсюдженим

перитонітом та гострою кишковою непрохідністю. Доведено, що важкість запального враження очеревини обумовлена складною низкою патологічних порушень, які протікають у тонкій кишці [3]. Саме тонка кишка, за висловлюванням Meakins J. L. та Marshall J. C. (1986), стає „не дренованим абсцесом”, джерелом ендотоксикозу, та „мотором” поліорганної недостатності [10]. Накопичення у просвіті паретичної тонкої кишки великої кількості газів та застійного, високотоксичного, гіперколонізованого мікроорганізмами рідкого вмісту з прогресуванням внутрішньокислової гіпертензії потребує пошуку ефективних методів дренивання кишечника. Визнаючи особливе значення декомпресії тонкої кишки, А.В.Волков і А.Б.Ларичев (1991) називають її “реанімаційним міроприємством для спланхнічного комплексу” [2].

В переважній більшості випадків перевага надається закритим методам інтубації: назоінтестинальному та трансанальному[1]. Але після резекції патологічно зміненої ділянки кишки в умовах перитоніту та вираженого парезу кишечника, при релапаротомії з приводу гнійних ускладнень, а також в деяких інших випадках виникає необхідність в формуванні артифіціальних кишкових стом, як для припинення пасажу по кишечнику, так і для його декомпресії[8].

Матеріали та методи дослідження. Виконано аналіз результатів лікування 29 дітей за період з 1996 по 2005 рік, у яких в комплексі хірургічного лікування використовувалися „відкриті” методи декомпресії тонкої кишки. Вік хворих від 6 діб до 14 років, хлопчиків 16, дівчаток 13. У віці до 1 року було 7 дітей, з них 2 - новонароджені. З приводу гострої кишкової непрохідності оперовані 15 дітей. Причинами непрохідності були гостра кишкова інвагінація (4), непрохідність викликана дивертикулом Меккеля (3), злукова кишкова непрохідність (рання злукова кишкова непрохідність - 2, пізня - 3), заворот тонкої кишки (2), непрохідність викликана лімфангіомою брижі (1). Оперативні втручання з приводу перитоніту виконані в 15 випадках. В 10 випадках перитоніт був апендикулярного генезу, в 2 обумовлений перфорацією гострих виразок тонкої кишки, по одному спостереженню припало на виразково-

некротичний ентероколіт, перфоративну виразку шлунку та неспроможність кишкового анастомозу.

Показаннями до використання декомпресії тонкої кишки були загальний гнійний перитоніт, множинні кишкові абсцеси на фоні розлитого перитоніту, резекція 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 [5,9]. В 9 випадках стоми виконані під час релапаротомії, в тому числі при 2-х операціях «second-look».

Результати та їх обговорення.

„Відкриті” методи декомпресії тонкої кишки використані в 30 випадках. Одна дитина оперована двічі: дівчинці віком 5 місяців з перфорацією гострих виразок тонкої кишки після резекції ділянки кишки накладена подвійна ілеостома; після реконструктивної операції виникла рання злукова кишкова непрохідність, з приводу якої дитина була оперована, виконана апендикостома.

Ентеростомія виконувалася в 4 випадках: подвійна ілеостома (2), підвісна ілеостома (1), кінцева ілеостома (1). Враховуючи значні водно-електролітні та білкові втрати через норцю, а також складність догляду за тонкокишковими норицями, ми дотримувалися вимоги максимально скоротити період до реконструктивної операції [5].

У однієї дитини з некрозом та перфорацією ділянки сигмовидної кишки на фоні загального гнійного апендикулярного перитоніту, множинних міжпетельних гнійників виконано сигмостомію.

В переважній більшості випадків нами виконані апендикостоми (21), в тому числі в 1 випадку у дитини віком 8 діб при неспроможності кишкового анастомозу. В 4 випадках використовувалася інтубація тонкої кишки через цекостому. Апендикостома та цекостома не призводять до деформації кишкової трубки, відходження стоми від передньої черевної стінки є менш небезпечним,

ніж ентєростоми, виділення із стоми менш агресивне і менше мацерує шкіру, а нориця, як правило, закривається самостійно [3,9]. Крім того, в разі необхідності, можна реканалізувати норицю, що закрилася, та виконати повторну інтубацію кишечника. Так, в одному з наших спостережень, у дитини оперованої з приводу загального гнійно-фібринозного перитоніту виникла пізня злукова кишкова непрохідність. Під час оперативного втручання було проведено інтубацію тонкої кишки через раніше виконану апендикостому. Видалення залишку апендикса та відокремлення сліпої кишки від передньої черевної стінки проводимо в середньому через 1 рік після першої операції.

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 [4].

При гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана дивертикулом Меккеля, та необхідності в тривалій декомпресії тонкої кишки найбільш доцільним видається створення стоми 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 ентєростомії 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 послідуєчим закриттям кишкової нориці відомими способами[7].

Одним з основних недоліків „відкритих” методів декомпресії тонкої кишки вважають можливість інфікування черевної порожнини при підтіканні кишкового вмісту через бокові отвори зонда на руки хірурга та операційне поле. Для профілактики цього ускладнення використовуємо кишковий зонд власної конструкції (Пат. 68146 А України) [6]. Зонд оснащений плівковим футляром з еластичного матеріалу, діаметр якого відповідає зовнішньому діаметру зонда. Футляр розміщений на зонді таким чином, що 2-3 бокові отвори на кінці зонда залишаються відкритими, з можливістю його видалення після введення.

З метою корекції ентеральної недостатності в комплексі післяопераційного лікування дітей впроваджено ентеральну череззондову терапію. Вона включає фракційний лаваж кишечника 2% розчином натрію хлориду, череззондову ентеросорбцію 10% сумішшю ентеросгелю у фізіологічному розчині, 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 показників ендогенної інтоксикації. Припинення ентеральної терапії та видалення зонда проводиться після відновлення ефективної перистальтики.

Висновок.

Використання „відкритих” методів декомпресії тонкої кишки в поєднанні ентеральною череззондовою терапією є ефективним способом корекції синдрому ентеральної недостатності у дітей з перитонітом та гострою кишковою непрохідністю.

Література.

1. Бліхар В. Є., Білинський В. В., Ковальчук М. В. та ін. Лапаростомія, програмована релапаротомія та інтубація кишечника у лікуванні розлитого гнійного перитоніту у дітей // Шпитальна хірургія. – 2004. - №4. – С. 136-140.

2. Волков А.В., Ларичев А.Б. Тотальная иммобилизирующая интестинальная интубация и энтеральный лаваж в органореанимационной протекции тонкой кишки при паралитической кишечной непроходимости // Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тез. докл. Пленума АМН СССР и Всесоюзн. конф. по неотлож. хирургии.- Ростов-на-Дону, 1991.- С.34-35.
3. Гаин Ю. М., Леонович С. И., Алексеев С. А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. - Минск: Молодечно, 2001. – 265 с.
4. Зайцев В. Т., Лупальцев В. И., Веллер Д. Г. Тактика хирурга при патологии, обусловленной дивертикулом Меккеля // Клиническая хирургия. – 1980. - №4. – С. 46-47.
5. Москаленко В. З., Минцер О. П., Весёлый С. В., Лосицкий А. А. Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложнённого течения острой хирургической патологии живота у детей. – Донецк, 2002. – 282с.
6. Пат. 68146 А України, МПК 7 А61М25/00. Зонд кишковий для інтубації кишечника / Гриценко Є. М., Гриценко М. І. (Україна).- Заявка №2003109480; Заявл. 21. 10. 03; Опубл. 15. 07. 04. Бюл.№ 7, 2004.
7. Пат. 7088 U України, МПК 7 А61В17/00. Спосіб ентеростомії у хворих з дивертикулом Меккеля / Гриценко Є. М. (Україна). - №20040706320; Заявл. 29. 07. 04; Опубл. 15. 06. 05. Бюл.№6, 2005.
8. Пащенко Ю. В. Спонтанные и искусственные нарушения целостности кишечника при перитоните у детей // Харківська хірургічна школа. – 2005. - №1.1(15) – С. 66-68.
9. Соловьев А. Е. Неотложная хирургия детского возраста. – Запорожье, 2000. – 92 с.
10. Meakins J. L., Marshall J. S. The gastrointestinal tract: the “motor” OF MSOF // Arch. Surg. – 1986. - № 121(2). – P. 197-201.