

**Інтубація кишечника в лікуванні гострої хірургічної патології
органів черевної порожнини у дітей.**

Гриценко Є. М.

ВДНЗУ «Українська Медична Стоматологічна Академія», м. Полтава,
Україна

Резюме. Проанализирован опыт 129 случаев использования интубации тонкой кишки при острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей. Наиболее часто использовалась трансанальная интубация (74 случая). Интубация через апендикоцекостому была использована в 31 случаях, назоинтестинальная в 8, через энтеростому в 8, сигмостому в 3, в 4 случаях использовали комбинацию методов. Предложено использование дивертикула Меккеля для декомпрессии тонкой кишки при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Для коррекции синдрома энтеральной недостаточности проводилась энтеральная чреззондовая терапия.

Ключевые слова. Интубация тонкой кишки, острая кишечная непроходимость, распространенный перитонит, энтеральная чреззондовая терапия, дети.

Резюме. Проаналізовано досвід 129 випадків використання інтубації тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини у дітей. Найбільш часто використовувалася трансанальна інтубація (74 випадки). Інтубація через апендикоцекостому була використана в 31 випадках, назоінтестинальна в 8, інтубація через энтеростому в 8, сигмостому в 3, в 4 випадках використовували комбінацію методів. Запропоновано використання дивертикула Меккеля для декомпресії тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини. Для корекції синдрому ентеральної недостатності проводилася ентеральна чреззондова терапія.

Ключові слова: інтубація тонкої кишки, гостра кишкова непрохідність, розповсюджений перитоніт, ентеральна череззондова терапія, діти.

Summary. The experience of using small bowel intubation in 129 cases of acute surgical pathology of the abdominal cavity in children has been analysed, transanal intubation being mainly used (74 cases). Intubation through appendicocostomy was carried out in 31 cases, nasointestinal intubation - in 8, through enterostomy – in 8, through sigmoidostomy – in 3, and a combination of methods in 4 cases. The use of Meckel's diverticulum for intestinal decompression at acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been offered. To correct the enteral insufficiency syndrome the enteral transtube therapy has been applied.

Key words. Small bowel intubation, acute ileus, diffuses peritonitis, enteral transtube therapy, children.

Вступ. Невід'ємною складовою гострої патології органів черевної порожнини є синдром ентеральної недостатності, при чому нозологічна характеристика патології визначає лише характер первинного пускового механізму, що порушує моторику кишечника. Після проведення адекватного оперативного втручання з усуненням джерела перитоніту чи причини кишкової непрохідності, одним з основних джерел ендогенної інтоксикації у дітей залишається паретичний кишечник. В цих умовах тонка кишка, за висловлюваннями Meakins J. L. та Marshall J. C. (1986), стає „недренованим абсцесом”, джерелом ендотоксикозу, та „мотором” поліорганної недостатності. Наслідком прогресування функціональної недостатності тонкої кишки є розвиток ендотоксикозу та системної запальної реакції, що призводять до виникнення поліорганної недостатності та септичних ускладнень. Прогресуванням внутрішньокислової гіпертензії, обумовлене накопиченням у просвіті паретичної тонкої кишки великої кількості газів та застійного, високотоксичного, гіперколонізованого мікроорганізмами, рідкого вмісту потребує пошуку ефективних методів його видалення [1,2,9].

З метою декомпресії тонкої кишки, видалення її токсичного вмісту використовується інтубація тонкої кишки, однак в дитячій хірургії по відношенню до інтубації кишечника існують діаметрально протилежні погляди [3,5,6].

Відомо, що клінічна ефективність інтубації кишечника підвищується при застосуванні активних лікувальних заходів, що потребує розробки комплексу череззондової терапії [3].

Свідчення про ефективність різних способів інтубації в літературі носять суперечливий характер, що обумовлює необхідність проведення порівняльного аналізу застосування окремих способів інтубації кишечника [4,7,8].

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів застосування інтубації кишечника у дітей з гострою хірургічною патологією за період 2003-2013 років. В комплексі хірургічного лікування інтубація тонкої кишки (ІТК) була виконана в 129 випадках 120 дітям віком від 1 місяця до 15 років.

З приводу кишкової непрохідності оперовано 62 дитини. У 53 дітей причиною кишкової непрохідності був злуковий процес – у 11 дітей визначалася рання злукова кишкова непрохідність, у 42 – пізня. У 2 дітей мала місце непрохідність викликана дивертикулом Меккеля, у 4 – гостра кишкова інвагінація, у 2 - заворот кишки, в 1 випадку спостерігався стеноз сигмовидної кишки після операції Соаве.

У дітей оперованих з приводу перитоніту, причиною його були: деструктивні форми апендициту (27 випадків), післяопераційний перитоніт, що продовжувався (8 випадків), внутрішньочеревні абсцеси (6), неспроможність швів кишкових анастомозів (6), перфорація гострих виразок кишечника (6), закрита травма живота з пошкодженням тонкої кишки (4), неспроможність кукси апендикса (2), множинні перфорації тонкої кишки сторонніми тілами (1).

До інших причин виконання ІТК віднесені 7 випадків (резекція тонкої кишки з приводу лімфангіоми брижі, тяжкий парез кишечника викликаний масивною заочеревинною гематомою, реконструктивні операції на кишечнику та ін.).

Результати досліджень та їх обговорення. Всі хворі оперовані після проведення передопераційної підготовки. Основними етапами операції при гострій кишкової непрохідності були усунення її причини, при

розповсюдженому перитоніті ліквідували його джерело, виконували санацію та дренажування черевної порожнини.

На наступному етапі визначалися показання до інтубації кишечника, вибір методики та виконання інтубації. Показаннями для проведення інтубації кишечника вважали наявність грубих морфофункціональних та гемоциркуляторних порушень в стінці кишки (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), використання методів запрограмованих ревізій і санацій черевної порожнини.

ІТК використовували з декомпресійно-детоксикаційною, профілактичною та “каркасною” метою. Були використані різні методики інтубації кишечника, вибір способу інтубації визначався індивідуально у кожному конкретному випадку.

У переважної більшості хворих використовувалися ретроградні методи інтубації кишечника. Трансанальна інтубація кишечника виконана 74 дітям. Цей спосіб інтубації 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. Для полегшення проведення зонда через товсту кишку у дітей були розроблені та

впровадженні в практику власні способи (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.

Серед „відкритих” ретроградних методів інтубації найчастіше використовувалася інтубація через апендикоекостому (в 31 випадках). Апендикоекостома та цекостома не призводять до деформації кишкової трубки, відходження стоми від передньої черевної стінки є менш небезпечним, ніж ентеростоми, виділення із стоми менш агресивне, а нориця, як правило, закривається самостійно

У 3 дітей з пошкодженням сигмовидної кишки виконано сигмостомію з наступною інтубацією кишечнику.

Застосування відкритого способу інтубації ретроградно через ентеростому є значно простішим в технічному виконанні, часто менш травматичним. Однак, використання цього способу досить обмежене завдяки ряду можливих ускладнень, пов'язаних з його використанням. Інтубація через ентеростому була виконана у 8 дітей. Ентеростомія виконувалася у дітей вкрай важкого стану, за умов розлитого калового перитоніту при неспроможності кишкового анастомозу, перфорації гострих виразок тонкої кишки, некрозі ділянки кишки. Основним недоліком кінцевих ентеростом є наявність постійної тонкокишкової нориці зі збільшенням втрат білку та електролітів,

парастомальний дерматит, що вимагале якомога раннього реконструктивного хірургічного втручання після стабілізації стану дитини.

Назоінтестинальна інтубація тонкої кишки використовувалася в 8 випадках. Причинами відмови від більш широкого використання назоінтестинальної інтубації були погане перенесення її дітьми, ранні ускладнення, що виникають в легенях, середньому вусі, особливо у дітей раннього віку. Крім цього недоліками методу є низька ефективність дренажу внаслідок необхідності в постійній активній аспірації по зонду проти градієнта тиску, можливість дислокації зонду з розвитком аспірації в дихальні шляхи, посилення проксимальної контамінації мікрофлорою дистальних відділів під час спонтанного відтоку або активної аспірації із антеградно інтубованого кишечника.

В 4 випадках використовували комбінацію антеградного та ретроградного способів інтубації: у 1 дитини зустрічну назоінтестинальну та трансанальну інтубацію у 3 – назоінтестинальну інтубацію в поєднанні з інтубацією через апендикоекостому. Такий спосіб дозволяв виконувати проточну санацію тонкої кишки у фізіологічному напрямку, а у випадку „зісковзування” кишки вона все одно залишалася шинованою на одному із зондів (Пат. 7083 У України) .

У 1 хворого при операції з приводу ранньої злукової кишкової непрохідності був виявлений незмінений дивертикул Меккеля, який був використаний для створення дивертикулостоми та інтубації тонкої кишки. При гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана дивертикулом Меккеля та у випадках, коли дивертикул є випадковою знахідкою, формувати стому при необхідності в кишкочній декомпресії раціонально 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 Меккєля (Пат. 7088 U України), при якому дивертикул Меккєля через окремиї розтин виводять і фіксують до передньої черевної стінки, відтинають верхівку і через неї виконують інтубацію тонкої кишки з послїдуючим закриттям кишкової нориці відомими способами.

Для підвищення ефективності декомпресії застосовувалася череззондова ентєральна терапія (Пат. 15720 U України). Спосіб включає проведення в післяопераційному періоді кишкового лаважу 2% розчином натрію хлориду фракційно, ентєросорбцію сорбентом „Ентєросгель” у вигляді 10% однорідного гідрогелю, селективну деконтамінацію кишечника розчинами цефтріаксону та метрагілу. Процедури виконували 3-4 рази на добу до відновлення ефективної перистальтики, відновлення пасажу по кишечнику, покращення стану хворого, під контролем показників ендогенної інтоксикації.

При порівнянні показників ендогенної інтоксикації між групами дітей, яким виконували різні види ІТК, 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 спостєрігалася стійка тенденція до їх зниження. Аналізуючи результати лікування встановлено, що достовірної різниці в термінах відновлення перистальтики, відходження випорожнєнь, початку ентєрального харчування, терміну функціонування зонда не виявлено, не відрізнялися також тривалість операцій в цих групах та час перебування в стаціонарі.

Висновки:

1. Інтубація тонкої кишки в поєднанні з череззондовою ентєральною терапією є ефективним методом усунєння ентєрогенного джерела інтоксикації, корекції ентєральної недостатності при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини у дітей.

2. Спосіб інтубації кишечника не має суттєвого впливу на динаміку показників ендогенної інтоксикації та перебіг післяопераційного періоду. Тому вибір способу інтубації визначається 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.

Література.

1. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему, стратегия и тактика лечения: Ч. II / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорский, С. З. Бурневич [и др.] // Вестник интенсивной терапии. – 1997. – №1-2. – С. 73-79.
2. Гаин Ю. М. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение / Гаин Ю. М., Леонович С. И., С. А. Алексеев. – Минск: Молодечно, 2001. – 265 с.
3. Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложнённого течения острой хирургической патологии живота у детей / [Москаленко В. З., Минцер О. П., Весёлый С. В., Лосицкий А. А.]. – Донецк, 2002. – 282 с.
4. Куцик Ю. Б. Хірургічне лікування гострої непрохідності тонкої кишки, прогнозування і профілактика післяопераційних ускладнень: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.03 / Куцик Юрій Богданович – К., 2002. – 364 с.
5. Лечение острого аппендицита и его осложнений у детей / П. В. Онищенко, М. И. Лициновский, В. П. Окопный [и др.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2007. – №11(1/2). – С. 293-294.
6. Мишарев О. С. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при операциях на органах брюшной полости у детей / О. С. Мишарев, В. В. Троян // Хирургия. – 1980. – №7. – С.102-105.
7. Феджага О. П. Оптимізація показів та вибору способу інтубації тонкої кишки при розповсюдженому перитоніті і гострій кишковій

непрохідності: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Феджага Олег Павлович.
– Вінниця, 2004. – 177 с.

8. Ханевич М. Д. Перитонит: Инфузионно-трансфузионная и дезинтоксикационная терапия / Ханевич М. Д., Селиванов Е. А., Староконь П. М. – М.: МедЭкспертПресс, 2004. – 205 с.
9. Meakins J. L. The gastrointestinal tract: the “motor” OF MSOF / J. L. Meakins, J. S. Marshall // Arch. Surg. – 1986. - №121(2). – P. 197-201.

**Гриценко Євген Миколайович, к.м.н., доцент курсу дитячої хірургії
ВДНЗУ УМСА. 36039 м. Полтава, вул. Халтуріна д. 21 кв.6. Тел. (066) 713-
72-83**

chenden@yandex.ru