

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Пулатов П.А.*

Самаркандский медицинский институт, Узбекистан

**Актуальность.** Распространенный аппендикулярный перитонит (РАП) у детей часто осложняется функциональной недостаточностью кишечника (парезом). Обязательным элементом комплексного хирургического лечения детей с РАП является декомпрессия желудочно-кишечного тракта, которая направлена на устранение повышенного внутрикишечного и внутрибрюшного давления, обеспечение постоянной аспирации и санации токсического кишечного содержимого, улучшение микроциркуляции стенки кишечника.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 402 ребенка с РАП, которые оперированы во 2-й клинике СамМИ с 1990 по 2014 гг. Основную группу составили 264 (65,7 %) детей, в группе сравнения было 138 (34,3 %) пациентов. Длительную декомпрессию тонкой кишки осуществляли через аппендикостомию или цекостомию, техника выполнения которых существенно отличались в основной группе (79 больных) и группе сравнения (34 пациента).

**Результаты и обсуждения.** В группе сравнения больных выбор метода декомпрессии кишечника осуществлялся хирургами произвольно, исходя из собственных предпочтений и субъективной оценки степени пареза кишечника. В основной группе показания к декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию и цекостомию были конкретизированы и стандартизированы. Разработанный нами способ декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию отличается тем, что зонд, введенный в просвет тонкой кишки через культю червеобразного отростка, вместе с культей выводятся на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области через миниразрез. При этом купол слепой кишки временно фиксируется к коже в области аппендикостомии. Данный способ декомпрессии тонкой кишки был использован у 55 (20,8 %) больных. В случаях полной деструкции аппендикса 24 (9,1 %) пациентам был использован разработанный нами способ самопроизвольно закрывающейся временной цекостомии, который отличается от традиционного выведением стомы через микро-разрез передней брюшной стенки, а также способом интубации. Для предотвращения отхода цекостомы или аппендикостомы от передней брюшной стенки на фоне гнойно-некротического процесса нами разработан способ временной фиксации слепой кишки при наложении кишечных стом. В группе сравнения больных показания к аппендикосто- и цекостомии возникали соответственно в 17,4 % и 7,2 % случаях. Разработанные методы декомпрессии тонкого кишечника у детей с РАП способствовали более раннему восстановлению перистальтики кишечника и появлению первого самостоятельного стула (на 4-сутки), нормализации температуры тела на 4–5 сутки, сокращению сроков нахождения желудочного зонда (до 3 суток) и ранней активизации пациентов (2–3 сутки).

**Выводы и рекомендации.** Предложенные новые методы декомпрессии тонкой кишки при РАП у детей, отличающиеся малой травматичностью, технической простотой исполнения, приводят к раннему восстановлению перистальтики кишечника и не требуют повторных хирургических вмешательств при ликвидации кишечных стом.