

ИНТУБАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Шевченко В.П., Кобылецкий Н.М., Борисенко А.И.,
Соболев Ю.И., Пустовой А.И.

Кафедра хирургических болезней СумГУ, ОКБ

Проведен ретроспективный анализ 42 историй болезни больных с острым разлитым перитонитом (18) и ОКН (24), наблюдавшихся в хирургическом отделении ОКБ с 1994 по 1996 год, которым была выполнена интубация тонкой кишки. Причиной перитонита послужили: деструктивный аппендицит (4), панкреонекроз (3), мезентеральный тромбоз (2), болезнь Крона (1), перфоративная язва ДПК или желудка (6), травмы живота с множественными повреждениями кишечника (2). У 22 больных диагностирована механическая, у 2 - странгуляционная ОКН. У большинства больных ОКН была вызвана спаечным процессом, у 3 - опухолью толстой кишки. Применены различные методики длительной декомпрессии тонкой кишки (ДДТК). 28 больным проведено закрытое антеградное дренирование - назоинтестинальная интубация (НИИ). Наиболее часто применялась проксимальная НИИ (зонд располагали на 50 - 70 см дистальнее связки Трейтца). У 12 больных использована тотальная НИИ. У 6 больных проведена открытая ретроградная интубация через цекостому, у 4 - через аппендикостому. Применение ДДТК было эффективным у 39 (92,8%) больных. У 3 (7,2%) пациентов с разлитым гнойным перитонитом в стадии полиорганной недостаточности функцию кишечника восстановить не удалось.

Таким образом, интубация кишечника является эффективным компонентом хирургического лечения ОКН и перитонита. Выбор методики интубации требует индивидуального подхода с учетом особенностей патологического процесса и имеющейся сопутствующей патологии.