ХІРУРГІЯ
ДИТЯЧОГО ВІКУ

ISSN 2304-0041.— 2013.— № 1.— С. 77—80. УДК 616.343-007.271-053.31-089

Лікування атрезії проксимального відділу тонкої кишки

К.В. Шахов[1], **А.А. Переяслов**[1], **Р.В. Стеник**[2], **О.О. Трошков**[1], **О.С. Калинець**[3], **О.Е. Шеремета**[3]

[1] Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

[2] Львівська обласна дитяча клінічна лікарня

[3] Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня

Мета роботи — проаналізувати результати лікування новонароджених з атрезією проксимальних відділів голодної кишки.

Матеріали та методи. Протягом 2007—2010 рр. лікували 7 пацієнтів з атрезією проксимального відділу голодної кишки. Середній гестаційний вік становив (38,0 ± 0,2) тиж, середня маса тіла при народженні — (2730 ± 115) г. У всіх новонароджених зона атрезії локалізована на відстані приблизно 8 см нижче зв'язки Трейтца. У 4 (57,14 %) хворих накладено єюноєюноанастомоз «кінець у кінець». У 3 (42,86 %) пацієнтів виконали ентеростомію та накладання Y-подібного єюноєюноанастомозу за Roux з інтубуванням тонкої кишки через єюностому.

Результати та обговорення. Інтубація голодної кишки давала змогу розпочати ентеральне годування через єюностомічний зонд уже на 2—3 добу після операції. У хворих, яким виконано ентеростомію з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux, перистальтика з'являлася швидше, ніж у хворих, яким накладався єюноєюноанастомоз «кінець у кінець» (3—5 та 4—7 доби післяопераційного періоду відповідно). У подальшому в усіх 3 хворих єюностома закривалася самостійно. Всі оперовані хворі одужали. Ускладнень у післяопераційному періоді не було в обох групах хворих. Середній ліжко-день у групі хворих, яким виконали ентеростомію з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux, становив 15,3 ± 0,2 проти 16,7 ± 0,2 для групи хворих, яким накладався прямий єюноєюноанастомоз. Таким чином, накладання проксимальної єюностоми дає змогу швидше розпочати ентеральне харчування, що знижує ризик дегенерації ентероцитів, сприяє швидкому відновленню перистальтики і, вочевидь, зменшує ризик розвитку компартмент-синдрому та пов'язаних із ним ускладнень.

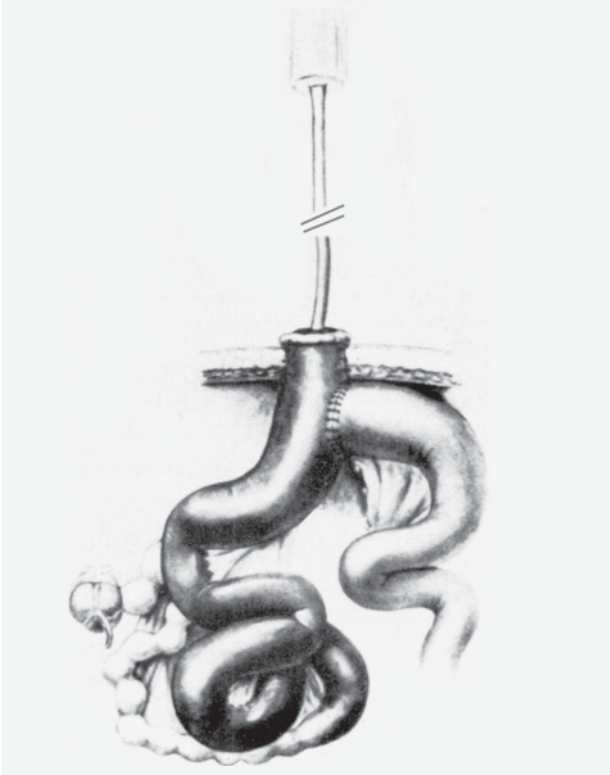
Висновки. Ентеростомія з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux може бути одним із методів оперативної корекції атрезії проксимального відділу голодної кишки за умов значної різниці діаметра привідної та відвідної петель атретичної кишки.

Ключові слова: *атрезія тонкої кишки, єюноєюноанастомоз, єюностомія.*

Проблема лікування атрезії тонкої кишки (АТК) вивчається з давніх часів. Перший опис АТК наведено Goeller у 1684 р. У 1911 р. P. Fockens повідомив про перший успішний досвід оперативного лікування цього захворювання [4]. Проте, незважаючи на гігантський досвід хірургічного лікування цієї патології, який накопичено впродовж більше ста років, попри значне покращення діагностики (зокрема пренатальної), оперативної техніки та розширення можливостей виходжування новонароджених у після-

Стаття надійшла до редакції 10 жовтня 2012 р.

Переяслов Андрій Анатолійович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дитячої хірургії
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69
E-mail: perejaslov_andre@yahoo.com



■ **Рисунок**. Y-подібна єюностомія за Roux.
З оригінальної ілюстрації Bishop and Koop, 1957

операційному періоді, летальність, на жаль, продовжує залишатися достатньо високою — 20—46 % [2, 8].

Частота АТК, за даними різних авторів, коливається в межах від 1,3 : 10000 (Іспанія, Латинська Америка) до 2,25 : 10000 (Франція, Угорщина) [5—7]. Вітчизняні дослідники наводять цифру 1 : 2000 — 1 : 5000 живих новонароджених [1, 2].

Операцією вибору при хірургічному лікуванні атрезії проксимальних відділів тонкої кишки вважається накладання прямого ентероентероанастомозу, який може доповнюватися єюнопластикою проксимального сегмента [3, 9]. Проте в окремих випадках накладання прямого тонкокишкового анастомозу «кінець у кінець» пов'язане зі значними технічними труднощами, зумовленими значною різницею в діаметрі привідної та відвідної петель кишки в ділянці атрезії. Накладання високої ентеростоми ускладнює ведення післяопераційного періоду, вимагаючи тривалого парентерального харчування для компенсації «синдрому короткої кишки», викликає значні хімічні опіки шкіри навколо стоми внаслідок впливу агресивного хімусу тонкої кишки, що зумовлює необхідність виконання повторної операції для закриття стоми в ранні терміни після першої операції. Тому питання хірургічної тактики в подібних випадках залишається відкритим [3].

Мета роботи — проаналізувати результати лікування дітей з атрезією проксимальних відділів голодної кишки (ГК) за матеріалами клініки протягом 2007 — 2010 рр.

Матеріали та методи

Протягом 2007—2010 рр. лікували 7 пацієнтів з атрезією проксимального відділу ГК. У всіх випадках діагностовано атрезію II типу [8]. Усіх пацієнтів переведено з пологових будинків до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених через 3—12 год після народження. Середній термін гестації становив (38,0 ± 0,2) тиж, середня маса тіла при народженні — (2730 ± 115) г.

У всіх випадках захворювання маніфестувало блюванням шлунковим вмістом із домішками дуоденального вмісту, помірним або вираженим здуттям епігастральної ділянки та западанням нижніх відділів живота («лад'єподібний живіт»). У всіх дітей помічали помірно виражені вияви дегідратації. У 4 (57,14 %) хворих випорожнень після народження не було, у 3 (42,86 %) хворих після очисної клізми (в пологовому будинку) отримано незначну кількість випорожнень сіруватого кольору. На оглядовій Rtg-графії органів черевної порожнини (у вертикальному положенні хворого) в усіх дітей виявляли розширення шлунка та дванадцятипалої кишки за відсутності газонаповнення тонкої кишки.

Терапія у доопераційному періоді полягала в декомпресії травного тракту за допомогою назогастрального зонда, в корекції водно-електролітного балансу та стабілізації вітальних функцій пацієнта, в антибактеріальній, гемостатичній та посиндромній терапії.

Усіх пацієнтів прооперовано під ендотрахеальним наркозом із штучною вентиляцією легень + тотальною внутрішньовенною анестезією.

Оперативне лікування полягало в серединній лапаротомії, ревізії органів черевної порожнини, резекції атретичного відділу ГК та ліквідації непрохідності шляхом накладання єюноанастомозу. В усіх новонароджених зона атрезії локалізована на відстані приблизно 8 см нижче зв'язки Трейтца. У 4 (57,14 %) хворих накладено прямий єюноєюноанастомоз «кінець у кінець». У 3 (42,86 %) пацієнтів різниця діаметра привідної та відвідної петель ГК була значною; в 1 (14,28 %) хворого атрезія ускладнена локальною перфорацією привідної петлі кишки, пневмоперитонеумом, серозним перитонітом. Хворим цієї групи виконали ентеростомію та накладання Y-подібного єюноєюноанастомозу за Roux: після резекції ділянки атрезії дистальна петля ГК виводилася на передню черевну стінку в правій епігастральній ділянці, на відстані 2—3 см нижче єюностоми накладався анастомоз «кінець у бік» між кінцем проксимальної петлі ГК та дистальною її частиною (рисунок). Через єюностому інтубували тонку кишку на відстані 12—15 см нижче зони анастомозу.

Результати та обговорення

Інтубація ГК через єюностому давала змогу розпочинати ентеральне харчування через єюностомічний зонд уже на 2—3 добу післяопераційного періоду. Декомпресія гастродуоденальної зони

травного тракту здійснювалася за допомогою назогастрального зонда. Антибактеріальну терапію проводили комбінацією цефалоспоринів III—IV покоління та метронідазолу. Ентеральне харчування *per os* розпочинали після відновлення адекватної перистальтики кишок. Слід зазначити, що у групі хворих, яким виконано ентеростомію з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux, перистальтика з'являлася швидше, ніж у групі хворих, яким накладали прямий єюноєюноанастомоз «кінець у кінець» (3—5 та 4—7 доби післяопераційного періоду відповідно). Через одну добу після початку ентерального харчування *per os* єюностомічний зонд із ГК видаляли. У подальшому в усіх 3 хворих єюностома закривалася самостійно через 2—3 міс.

Усі оперовані хворі одужали. Ускладнень у післяопераційному періоді не помічено в обох групах, проте в групі хворих, яким виконали ентеростомію з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux, середній ліжко-день становив 15,3 ± 0,2 проти 16,7 ± 0,2 для групи хворих, котрим накладали прямий єюноєюноанастомоз. Втім мала кількість клінічних спостережень не дає підстав говорити про статистичну достовірність цього показника.

Таким чином, накладання проксимальної єюностоми дає змогу швидше розпочати ентеральне харчування, що знижує ризик дегенерації ентероцитів, сприяє швидкому відновленню перистальтики і, вочевидь, зменшує ризик розвитку компартмент-синдрому та пов'язаних із ним ускладнень.

Висновки

Ентеростомія з накладанням Y-подібного анастомозу за Roux, на нашу думку, може бути одним із методів оперативної корекції атрезії проксимального відділу голодної кишки за умов значної різниці діаметра привідної та відвідної петель атретичної кишки.

Література

1. Рибальченко В.Ф. Непрохідність кишечника у дітей // Вісник Вінницького національного медичного університету.— 2007.— № 11 (1/2).— С. 362—363.
2. Фофанов О.Д., Біблюк Й.І., Матіяш Я.В. Діагностика та лікування атрезій кишківника у новонароджених // Вісник Вінницького національного медичного університету.— 2007.— № 11 (1/1).— С. 71—73.
3. Bell R.H., Johnson F.E., Lilly J.R. Intestinal Anastomoses in Neonatal Surgery // Ann. Surg.— 1976.— Vol. 183, N 3.— P. 276—281.
4. Fockens P. Over aangeboren atresie van den darm met een door operatie genezen geval // Ned. Tijdschr. Geneeskd.— 1911.— Vol. 55.— P. 1658—1665.
5. Harris J., Kallen B., Robert E. Descriptive epidemiology of alimentary tract atresia // Teratology.— 1995.— Vol. 52.— P. 15—29.
6. Martinez-Frias M.L., Castilla E.E., Bermejo E. et al. Isolated small intestinal atresias in Latin America and Spain: Epidemiological analysis // Am. J. Med. Genet.— 2000.— Vol. 93.— P. 355—359.
7. Papp Z., Toth-Pal E., Papp C. et al. Impact of prenatal mid-trimester screening on the prevalence of fetal structural anomalies: a prospective epidemiological study // Ultrasound Obstet. Gynecol.— 1995.— Vol. 6.— P. 320—326.
8. Stoll C., Alembik Y., Dott B., Roth M.P. Evaluation of prenatal diagnosis of congenital gastro-intestinal atresias // Eur. J. Epidemiol.— 1996.— Vol. 12.— P. 611—616.
9. Thomas C.G., Thomas J.R., Carter J.M. Small Intestinal Atresia: The Critical Role of a Functioning Anastomosis // Ann. Surg.— 1974.— Vol. 179, N 5.— P. 663—670.

Лечение атрезии проксимальных отделов тонкой кишки

К.В. Шахов, А.А. Переяслов, Р.В. Стеник, А.А. Трошков, А.С. Калинец, О.Е. Шеремета

Цель работы — проанализировать результаты лечения новорожденных с атрезией проксимальных отделов тощей кишки.

Материалы и методы. На протяжении 2007—2010 гг. лечили 7 пациентов с атрезией проксимального отдела тощей кишки. Средний гестационный возраст составлял (38,0 ± 0,2) нед, средняя маса тела при рождении — (2730 ± 115) г. У всех новорожденных зона атрезии локализована на расстоянии приблизительно 8 см ниже связки Трейтца. У 4 (57,14 %) больных наложен еюноеюноанастомоз «конец в конец». У 3 (42, 86 %) пациентов выполнили Y-образный анастомоз по Roux с интубацией тонкой кишки через еюностому.

Результаты и обсуждение. Интубация тощей кишки давала возможность начать энтеральное кормление через еюностомический зонд уже на 2—3 сут после операции. У больных, которым выполнено еюностомию с наложением Y-образного анастомоза по Roux, перистальтика появлялась раньше, чем у больных, которым накладывался анастомоз «конец в конец» (3—5 и 4—7 сутки послеоперационного периода соответственно). В дальнейшем у всех 3 больных еюностома закрывалась самостоятельно. Все оперированные больные выжили. Осложнений в послеоперационном периоде не было у больных обеих групп. Средний койко-день в группе больных, которым выполняли еюностомию с наложением Y-образного анастомоза по Roux, составлял 15,3 ± 0,2 против 16,7 ± 0,2 для группы больных, которым выполнили прямой еюноеюноанастомоз. Таким образом, наложение проксимальной еюностомы дает возможность раньше начать энтеральное питание, что снижает риск дегенерации энтероцитов, способствует скорейшему восстановлению перистальтики и, очевидно, уменьшает риск развития компартмент-синдрома и связанных с ним осложнений.

Выводы. Энтеростомия с наложением Y-образного анастомоза по Roux может быть одним из методов оперативной коррекции атрезии проксимального отдела тощей кишки при условии значительной разницы в диаметре приводящей и отводящей петель атретической кишки.

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки, еюноеюноанастомоз, еюностомия.

Treatment methods for proximal small intestine atresia

K.V. Shahov, A.A. Pereyaslov, R.V. Stenyk, O.O. Troshkov, O.S. Kalinets, O.E. Sheremeta

The aim was to analyze the treatment results in infants with proximal jejunum atresia.

Materials and methods. 7 patients with proximal jejunum atresia were treated in a period 2007—2010. The mean gestational age was (38 ± 0.2) weeks, mean birth weight — (2730 ± 115) g. Atresia area was localized 8 cm below the Treitz ligament in all newborns. 4 (57.14 %) patients were performed «end-to-end» jejuno-jejunal anastomosis. 3 (42.86 %) patients were performed enterostomy and Y-like jejuno-jejunal anastomosis by Roux with small intestine intubation through jejunum stoma.

Results and discussion. Jejunum intubation allowed us to start enteral feeding through a probe in 2—3 days after surgery. Peristalsis appeared faster in patients with enterostomy and Y-shaped anastomosis by Roux than in patients with «end to end» jejuno-jejunal anastomosis (3—5 and 4—7 postoperative days respectively). Jejunal stoma closed independently in all three patients. All operated patients recovered. Postoperative complications were not registered in both groups of patients. The mean in-hospital staying period for patients with Y-shaped anastomosis by Roux and enterostomy, was (15.3 ± 0.2) vs (16.7 ± 0.2) days for patients with direct jejuno-jejunal anastomosis. Proximal jejunum stoma allows early enteral nutrition, which reduces the risk of enterocytes degeneration, contributes to rapid motility restoration and reduces the risk of compartment syndrome and related complications.

Conclusions. Enterostomy with Y-shaped anastomosis by Roux is the method for surgical proximal jejunum atresia correction if significant differences in diameters of proximal and distal intestine are present.

Key words: small bowel atresia, jejuno-jenunal anastomosis, jejunum stoma.