

## ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОЕЮНОСТОМИ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

С. В. Малик, В. І. Подлесний, Д. О. Лавренко, В. В. Чекіні  
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

## APPLICATION OF MICROJEJUNOSTOMY IN SURGICAL PRACTICE

S. V. Malyk, V. I. Podlesniy, D. O. Lavrenko, V. V. Chekini

**В**торинний перитоніт як тяжке ускладнення запального процесу органів черевної порожнини виникає у 15 – 20% хворих, результати його лікування незадовільні [1 – 4], летальність становить 33 – 60%, після релапаротомії з приводу гнійно-септичних ускладнень – сягає 80% [2, 5, 6]. Частота виконання повторних операцій становить 3,6%, з них "вимушеної" релапаротомії – 62,7%, програмованої – 37,3% [3, 5, 7, 8]. В структурі основних причин, що потребують виконання "вимушеної" релапаротомії, переважають рання спайкова непрохідність кишечника – у 22,4% спостережень, внутрішньочеревна кровотеча – у 14,2%, неспроможність швів та перфорація кишечника – в 11,2%, абсцес черевної порожнини та заочеревинного простору – у 10,4%, поширений перитоніт – у 9,0% [2, 5, 9]. Неспроможність швів тонкокишкових анастомозів після виконання ургентних оперативних втручань виникає у 17,5% хворих [1, 2, 10]. Поява ускладнення збільшує тривалість лікування хворих у стаціонарі. Виконання повторних оперативних втручань супроводжується нестійкістю швів – у 22,2% хворих, в 11,1% з них – виникають внутрішньочеревні абсцеси, у 77,8% – нагноєння операційної рани, у 21,4% – евентрація [5, 10 – 12]. Кишкові нориді, що ускладнюють оперативні втручання на органах черевної порожнини, виявляють у 0,3 – 1,6% хворих. У 86,7% хворих одночасно спостерігають по два ускладнення і більше. Летальність при виникненні неспроможності швів сягає 35% [1, 7, 8, 11].

### Реферат

В умовах хірургічного відділення у 2013 – 2014 рр. з метою декомпресії початкових відділів тонкої кишки та нутритивної підтримки у 12 пацієнтів накладена мікроєюностома. Під час першого оперативного втручання декомпресія застосована у 4 пацієнтів, релапаротомія – у 8. Застосування запропонованого способу дренивання тонкої кишки забезпечило її адекватну декомпресію, не супроводжувалося додатковою травматизацією дренованих структур. Метод може бути альтернативою дуоденостомії.

**Ключові слова:** декомпресія тонкої кишки; мікроєюностома.

### Abstract

Microjejunostomy was performed to 12 patients in surgical department in 2013 – 2014 yrs with the objective of decompression of initial portions of a small bowel and nutritive support achievement. While performing primary operative intervention decompression was applied in 4 patients, and while relaparotomy – in 8. Application of method of a small bowel drainage have provided its adequate decompression and was not accompanied by additional trauma of the structures drained. This method may constitute alternative for duodenostomy.

**Key words:** the small intestine decompression; microjejunostomy.

Вирішити проблему надійності кишкових швів лише шляхом вдосконалення технічних особливостей накладання анастомозу неможливо [7, 8]. Проте, застосування декомпресії зони анастомозу та лінії ентезорафії шляхом накладання мікроєюностоми є ефективним засобом попередження нестійкості швів в ургентній хірургії [4, 7, 10].

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За 2013 – 2014 рр. в умовах хірургічного відділення оперовані 1168 пацієнтів з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Ургентні хірургічні втручання виконані з приводу гострої непрохідності кишечника у 4,7% пацієнтів, гострого апендициту – у 44,3%, ускладненої виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) – у 18,1%, защемленої грижі – у 4,9%, гострого холецистити – у 16,7%,

гострого панкреатиту – у 8,2%, травматичного ушкодження органів черевної порожнини – у 2,9%.

Мікроєюностома для зовнішньої декомпресії початкових відділів тонкої кишки та нутритивної підтримки застосована у 12 пацієнтів віком від 32 до 77 років. Чоловіків було 11, жінок – 1. Під час першого оперативного втручання декомпресію здійснювали у 4 пацієнтів, під час релапаротомії – у 8.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Формування мікроєюностоми з метою дренивання жовчних проток під час накладання біліодигестивних анастомозів відоме як методика "Voelker" [2, 12]. По аналогії, в клініці здійснювали дренивання початкових відділів тонкої кишки в ургентних та нестандартних ситуаціях.

При застосуванні єюностомії для декомпресії тонкої кишки брали до уваги, що інтраінтестинальний тиск

складається з кількох чинників, зокрема, внутрішньочеревного тиску, гідростатичного фактору, перистальтичної активності [12]. Аналіз даних манометрії свідчив, що у ДПК тиск максимальний на 3 — 4-ту добу після операції, нормалізується після відновлення моторно—свакуаторної функції кишечника, його підвищення на 0,5 кПа є критичним щодо виникнення неспроможності швів [3, 6, 9, 10].

*Методику мікроєюностомії.* Дренажну трубку діаметром 0,3 — 0,5 см заводять через невеликий отвір порожньої кишки (пункційно) у відвідну петлю анастомозу або куксу ДПК на відстань 30 — 40 см аборальніше лінії швів, проводять за лінію анастомозу або за зону ентєрорафії. Місце введення трубки в кишку перитонізують на протязі 2 — 3 см шляхом накладання серозно—м'язових швів (вітцелів канал). Дренаж виводять назовні через контрапертуру передньої черевної стінки, кишку фіксують до неї шляхом простого зав'язування виведених на шкіру лігатур. При цьому, дренажування не спричиняє додаткової травми зони анастомозування, мінімальним є ризик міграції дренажа, а його видалення не супроводжується формуванням кишкової нориці. За такого дренажування не виникають респіраторні ускладнення, притаманні назоінтєстиальному дренажуванню. Дренажна трубка, відповідно до фази перебігу післяопераційного періоду, виконує декомпресійну функцію або її використовують для нутритивної підтримки.

Причини, з приводу яких у хворих формували мікроєюностому під час виконання хірургічних втручань, були різні. В одного хворого діагностований синдром Міріцці III з холедохолітіазом, обтураційною жовтяницею, тубулярним стенозом термінальної частини спільної жовчної протоки (дефект загальної печінкової протоки на 1/2 діаметра). Сформовані гепатикоєюноанастомоз на петлі тонкої кишки, виключеній за Ру, з технічними складностями через хрящоподібну щільність стінок жовчних проток та мікроєюностома, аборальний відділ трубки діаметром 3 мм виведений у

термінальному відділі петлі Ру, оральний — заведений в загальну печінкову протоку через анастомоз.

В одного хворого виникла циркулярна юкстапапілярна виразка ДПК з перфорацією на передньо—верхній стінці. Після висічення передньої стінки та екстеріоризації задньої в кратері пенетруючої виразки виявлена нориця термінальної частини спільної жовчної протоки, з якої виділялися жовч та панкреатичний сік. Після резекції шлунка за Гофмейстером—Фінстерером та накладання фістулоентєроанастомозу на петлі тонкої кишки, виключеній за Ру, у фістулу через біліоінтєстинальне співустя введена трубка діаметром 2 мм, периферійний кінець якої виведений на черевну стінку крізь мікроєюностому, сформовану на петлі Ру.

В одного хворого діагностовано норицю тонкої кишки, що утворилася після виконання лівобічної геміколектомії з приводу раку лівого згину ободової кишки з обтураційною непрохідністю. Нориця висічена, здійснено клиноподібну резекцію кишки. Під час релапаротомії з приводу неспроможності швів виконано резекцію сегмента тонкої кишки з анастомозом. Після цього проведені ще 9 маніпуляцій лапаросанації з приводу перфорації гострих виразок тонкої кишки. Після третьої лапаросанації виконане декомпресійне дренажування тонкої кишки через мікроєюностому.

З приводу проривної юкстапапілярної циркулярної виразки ДПК в одного хворого під час першої операції здійснено екстеріоризацію виразки, антрумектомію з формуванням анастомозу за Більрот—I. Під час релапаротомії з приводу жовчного перитоніту виявлений екстеріоризований великий сочок ДПК. Після його реімплантації у петлю тонкої кишки, виключену за Ру, здійснена декомпресія кишки через мікроєюностому.

У 8 пацієнтів мікроєюностома використана для декомпресії ДПК, з них у 2 — при її розриві внаслідок закритої травми живота, у 2 — ушкодженні під час виконання релапаротомії, у 2 — неспроможності швів після дуоденорафії в низхідній час-

тині, в 1 — після операції з приводу холецистодуоденальної нориці. У 3 хворих виконана операція Хаген—Донована. Дуоденостома кукси ДПК замінена декомпресійним зондом, проведеним через мікроєюностому. У решти хворих ДПК виключена з пасажу шляхом накладання кисетного або скрепкового шва в препілоричній частині шлунка. Безперервність травного каналу в усіх спостереженнях відновлювали шляхом формування гастроентєроанастомозу з браунівським співустям. Мікроєюностому, через яку в ДПК проводили зонд діаметром 3—5 мм, накладали аборальніше міжкишкового анастомозу за неспроможності швів ДПК у поєднанні з післяопераційним панкреатитом — у 2 спостереженнях, в одному з них "тяжка", юкстапапілярно сформована кукса дренажна превентивно; в одному спостереженні — при арозії стінки нижньої частини ДПК внаслідок нагноєння кісти підшлункової залози.

В усіх хворих дебіт по дренажу в перші 3 — 4 доби до відновлення перистальтики був порівнянний з об'ємом передбачуваної секреції жовчі і панкреатичного соку. Застосування октреотиду практично не впливало на дебіт вмісту ДПК по дренажу. Після видалення дренажу не спостерігали значного підтікання вмісту кишечника. Ускладнень в післяопераційному періоді внаслідок використання мікроєюностоми не було. Неспроможність швів анастомозів, в зоні яких здійснювали декомпресію, не спостерігали.

Під час зовнішньої декомпресії тонкої кишки з використанням мікроєюностоми післяопераційних ускладнень, що потребували виконання повторних оперативних втручань, не було.

Таким чином, запропонований спосіб дренажування тонкої кишки може бути широко застосований в хірургічній практиці, а також бути альтернативою дуоденостомії, оскільки забезпечує адекватну декомпресію кишечника, не супроводжується додатковою травматизацією дренажних структур, що найбільш важливо при травмі, пошкодженні та неспроможності швів кукси ДПК.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоконов В. И. Диагностика и лечение свищей желудочно—кишечного тракта: монография / В. И. Белоконов, Е. П. Измаилов. — Самара: ГП "Перспектива", 2005. — 240 с.
2. Костырной А. В. Оценка эффективности дренирования брюшной полости при перитоните / А. В. Костырной, Д. Е. Воронков // Харк. хірург. школа. — 2005. — № 1.1(15). — С. 40 — 41.
3. Ранний острый панкреатит после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке / И. П. Томашук, В. П. Петров, И. И. Томашук [и др.]. — К., 2002. — 320 с.
4. Хирургические возможности выполнения радикальных оперативных вмешательств при острых заболеваниях органов брюшной полости в условиях перитонита / В. В. Бойко, Н. П. Донец, Р. Р. Османов [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 2(29). — С. 322 — 326.
5. Андрющенко В. П. Програмована і вимушена релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В. П. Андрющенко, С. Т. Федоренко, Л. Р. Чайковська // Там же. — 2006. — № 1(20). — С. 137 — 140.
6. Современный подход к хирургическому лечению послеоперационных внутрибрюшных осложнений / И. А. Криворучко, Р. Р. Сейдаметов, Ю. В. Иванова [и др.] // Там же. — 2005. — № 1.1(15). — С. 46 — 52.
7. Гнійно—септичні ускладнення після операцій на тонкій кишці / О. А. Вільцанюк, А. І. Ошовський, М. О. Хуторянський, І. Н. Ошовський // Там же. — 2008. — № 2(29). — С. 131 — 133.
8. Puljiz I. Polymicrobial sepsis and perityphlic abscess: case report and review of literature / I. Puljiz, I. Kuzman, K. Bayer // Acta. Med. Croat. — 2004. — Vol. 58, N 4. — P. 341 — 345.
9. Ручкин В. И. Комплексная профилактика недостаточности швов дуоденальной культы после резекции желудка / В. И. Ручкин. — Курган: Периодика, 1991. — 104 с.
10. Агаев Э. К. Профилактика несостоятельности швов анастомоза после неотложной резекции кишечника / Э. К. Агаев // Клін. хірургія. — 2009. — № 3. — С. 19 — 23.
11. Логачев В. К. Кишечные свищи как осложнения и причины летальных исходов после оперативных вмешательств при неотложной хирургической патологии пищеварительного тракта / В. К. Логачев, В. Ф. Маркевич, Г. И. Андреев // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 2(29). — С. 193 — 195.
12. Сигал М. З. Способ обработки культы двенадцатиперстной кишки / М. З. Сигал, М. Р. Рамазанов // Казан. мед. журн. — 1990. — № 4. — С. 260 — 261.

