

წვრილი ნაწლავის შერთულის ფორმირება პერიტონიტის ფონზე ასაკიან პაციენტში მაილდის ტიპის მოდიფიცირებული ანასტომოზით (შემთხვევა პრაქტიკიდან)

ავთანდილ მეგრელაძე, გია თომაძე, გია აზმაიფარაშვილი, ელგუჯა არდია

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: გია თომაძე, g.tomadze@tsmu.edu

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.25-28>

რეზიუმე

პერიტონიტის ფონზე ნაწლავთა შერთულის დადება აბდომინური ქირურგიის ერთ-ერთი პრობლემაა და დაკავშირებულია ანასტომოზის შესაძლო უკმარისობასთან, რის გამოც, ხშირად, საჭირო ხდება ნაწლავის სტომის ფორმირება. თუ გამოსატანი ნაწლავი ზედა სართულზეა, შესაძლოა შემდგომ პერიოდში განვითარდეს ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა მოკლე ნაწლავის სინდრომი, კანის ლოკალური გაღიზიანება და სხვ.

სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით, წვრილ ნაწლავზე ოპერაციების შემდეგ ანასტომოზის უკმარისობა ვითარდება შემთხვევათა 2.8-8.7%-ში. სასწრაფო წესით წარმოებული ოპერაციების შემდეგ კი - 4.3-69%-ში.

სტატიაში წარმოდგენილია შემთხვევა, როცა მძიმე თანმხლები დაავადების მქონე ასაკიან პაციენტს აღენიშნებოდა ნაწლავთა სტრანგულაციით გამოწვეული, 72 საათზე მეტი ხანგრძლივობის, პერიტონიტი. ინტრაოპერაციული შეფასების შემდეგ განხორციელდა ნაწლავის ერთმეტრიანი მონაკვეთის ნეკროზული რეზექცია. ასევე, გამოვიყენეთ მაილდის ენტეროსტომის მოდიფიცირებული მეთოდი - სტომა იქმნება ნაწლავის არა დისტალური, არამედ პროქსიმალური სეგმენტისგან და მას გვერდში უერთდება დისტალური სეგმენტი („გვერდი-პირში“). ამ შემთხვევაში სტომაში შიგთავსი გადის იზოპერისტალტიკურად, რამაც შესაძლებელია გაზარდოს ნაწლავის შიგთავსის დანაკარგი, მაგრამ ამცირებს ნაწლავშიდა ჰიპერტენზიას და, შესაბამისად, ნაკერის უკმარისობის ალბათობას მწვავე პერიტონიტის პირობებში.

პოსტოპერაციულ პერიოდში, აღნიშნული სტომით წარმატებით განხორციელდა ნაწლავის დეკომპრესია, პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციიდან ერთ კვირაში. ოპერაციიდან ერთი თვის შემდეგ, ადგილობრივი ანესთეზიით მოხდა სტომის დახურვა. პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან მინიმალური ჩარევით, გაჯანსაღებულ მდგომარეობაში.

ამრიგად, წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც მაგალითი, რომ მწვავე პერიტონიტის ფონზე მაილდის ტიპის განმტვირთავი ანასტომოზი წვრილი ნაწლავის შერთულის საიმედოდ დადების და შემდგომ, მინიმალური ჩარევით, სტომის დახურვის შესაძლებლობას იძლევა.

საკვანძო სიტყვები: მწვავე პერიტონიტი, განმტვირთავი ანასტომოზი, მაილდის ენტეროსტომის მოდიფიცირებული მეთოდი

შესავალი

პერიტონიტის ფონზე ნაწლავთა შერთულის დადება აბდომინური ქირურგიის ერთ-ერთი პრობლემაა და დაკავშირებულია ანასტომოზის შესაძლო უკმარისობასთან, რის გამოც, ხშირად, საჭირო ხდება ნაწლავის სტომის ფორმირება. თუ გამოსატანი ნაწლავი ზედა სართულზეა, შესაძლოა, შემდგომ პერიოდში განვითარდეს ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა მოკლე ნაწლავის სინდრომი, კანის ლოკალური გაღიზიანება და სხვ.

ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის და მწვავე პერიტონიტის დროს ოპერაციის ტაქტიკა განისაზღვრება პერიტონიტის სიმძიმით.² ასეთ შემთხვევებში ნაწლავის რეზექცია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ოპერაციაა ურგენტული ქირურგიის არსენალში.^{1,2,5} წვრილი ნაწლავის სტომის გამოყენება ეფექტური მეთოდია, რომელიც უზრუნველყოფს გამავლობის აღდგენას და პარეზის ლიკვიდაციას, მაგრამ "მაღალი სართულის" (წვრილი ნაწლავის პირველი ნახევარი) ნაწლავური ქიმუსის დიდი რაოდენობით დაკარგვა (500-1000მლ-მდე დღე-ღამეში) იწვევს ორგანიზმის ჰომეოსტაზის მკვეთრ ცვლილებებს. საჭირო ხდება სტომის სწრაფი ლიკვიდაცია, როდესაც

ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე დამცხრალი ანთებითი პროცესი მუცლის ღრუში.¹

პერიტონიტის რეაქტიულ-ტოქსიკური სტადიის დროს შესაძლებელია, ანასტომოზის დადება, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც საქმე შეეხება "მაღალ" ანასტომოზს. სტომის დადება ამ შემთხვევაში საშიშია ნაწლავურ ქიმუსთან ერთად დიდი რაოდენობით ცილებისა და ელექტროლიტების დაკარგვის გამო.^{1,5}

ნაწლავური ანასტომოზის უკმარისობა აბდომინური ქირურგიის ერთერთი ყველაზე ხშირი გართულებაა და ავტორთა მონაცემები მის სიხშირესთან მიმართებაში განსხვავებულია: კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავზე ოპერაციების დროს, ანასტომოზის უკმარისობა აღინიშნება შემთხვევათა 1.5-3%-ში, წვრილ ნაწლავზე - 2.8-8.7%-ში, ხოლო მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციებისას - 4-32%-ში.^{4,5} სასწრაფო წესით წარმოებული ოპერაციებისას აღნიშნული გართულება გვხვდება შემთხვევათა 4.3-69%-ში³ და მათი კლების ტენდენცია ბოლო ათწლეულის განმავლობაში არ შეიმჩნევა,¹ აქედან ლეტალური გამოსავლის მოსალოდნელობა განსაზღვრულია 13.2-32.1%-ით.⁴ გეგმიური ოპერაციების შემთხვევაში ანასტომოზის უკმარისობათა რიცხვი შემცირებულია 1.12%-მდე.⁶

ანასტომოზის უკმარისობის ძირითადი მიზეზებია: ა) მისი მექანიკური დატვირთვა, განპირობებული პერიტონიტის ფონზე განვითარებული პოსტოპერაციული პარეზითა და ჰიპერტენზიით; ბ) ანასტომოზის ნაკერების ბიოლოგიური არაპერმეტულობა - მასში მიკრობების და ტოქსინების შეღწევა; გ) ნაკერების მიდამოში ჰემოდინამიკური დარღვევები.^{1,2,4,5,6}

ანასტომოზის ფორმირების რთული პროცესი შემდეგნაირად წარმოგვიდგება: პირველი 8-12სთ იწოდება "ბიოლოგიური ჰერმეტიზმის" პერიოდად. ამ პერიოდში, ანასტომოზის ფიზიკური მთლიანობის მიუხედავად, ოპერაციული ტრავმის შედეგად, მილიონობით მიკრობი აღწევს ნაკერებიდან ნაწლავის კედელსა და პერიტონეუმის ღრუში. ამდენად, დიდა სანაციის როლი მიკრობთა ტიტრის მინიმალურ რიცხვამდე შემცირებაში.⁴

ნაწლავის ნაკერების ჰერმეტიულობასა და მთლიანობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კოლაგენურ წონასწორობას. პირველ დღეებში, ოპერაციიდან 1-4 დღე, ხდება კოლაგენის ლიზისი ანასტომოზის მიდამოში, ხოლო მისი სინთეზი დათრგუნულია. ნაკერების ზონის ინფიცირება იწვევს კოლაგენის ლიზისის გაძლიერებას და მის უკმარისობას. ითვლება, რომ ანასტომოზის ზონაში მიმდინარეობს ორი დიამეტრულად საწინაღმდეგო პროცესი: პირველი - განპირობებულია ნაკერების მექანიკური სიმტკიცით, რომელიც ყველაზე ძლიერია მისი დადების მომენტში, მომდევნო 4-7 დღე იგი მნიშვნელოვნად მცირდება, სიმტკიცის მაქსიმუმს კი აღწევს 10-12 დღისათვის.⁴ მეორე - ნაკერების ბიოლოგიური სიმტკიცე, რომელსაც განაპირობებს კოლაგენების პროცესი. კოლაგენის ლიზისი მაქსიმუმს აღწევს ოპერაციიდან მე-4-7 დღეს.⁴ ამავე დროს, ანასტომოზის უკმარისობის განვითარების მაღალი რისკის შემცველი ფაქტორებია: პერიტონიტის არსებობა ანასტომოზის დადების დროს, მიკროცირკულაციის მოშლა ნაწლავის კედელში, მისი მოტორულ-ევაკუაციური ფუნქციის დარღვევა, გადასება ნაწლავის თხიერ-აეროვანი შიგთავსით, რომელიც კიდევ უფრო ამცირებს ნაწლავის სისხლმომარაგებას და ხელს უშლის ანასტომოზის შეხორცებას, ამას ემატება სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუარესება.^{1,2,4,5,6}

ყოველივე ეს იწვევს ლორწოვანი გარსის და ლორწვეშა შრის დესტრუქციას და ნაკერების უკმარისობას, რომელიც ყველაზე ხშირად აღინიშნება, სწორედ პირველ 4 დღეში. ამ პერიოდში ბიოლოგიური პროცესები ჯერ ვერ განაპირობებენ ანასტომოზის სიმტკიცეს და უკანასკნელი მთლიანად დამოკიდებულია მექანიკურ ფაქტორებზე.⁴

ნაწლავური ნაკერის ბიოლოგიური ჰერმეტიზმის პრობლემის მოსაგვარებლად და ანასტომოზის მიდამოს გასამყარებლად შემუშავებულია ბევრი ახალი მეთოდი. ამ მიზნით გამოიყენება: დიდი ბადექონი, პარიესული პერიტონეუმის ნაფლეთი, აუტოდერმის ტრანსპლანტანტი და კონსერვირებული ალოტრანსპლანტანტი, ტვინის მაგარი გარსი, სხვადასხვა პოლიმერული აკვები და ბიოლოგიური წებოები. ყოველი მათგანის გამოყენებას აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.^{4,7,8,9}

ცალკე უნდა გამოვყოთ, ამ მიზნისთვის გამოყენებული, კომბინირებული ფიბრინოლაგენური სუბსტანცია "ტახოკომბი", რომელშიც შედის: კოლაგენი, ფიბრინოგენი,

თრომბინი და აპროტინინი. მათი კომპლექსური მოქმედება იწვევს ჰერმეტიზაციას, დამცავი აკვის წარმოქმნას ნაკერების არეში, აძლიერებს ქსოვილის მექანიკურ სიმტკიცეს 1,5-3-ჯერ, ამცირებს მიკრობულ დაბინძურებას 16-ჯერ. გარდა ამისა, აძლიერებს რეპარაციულ და რეგენერაციულ პროცესებს ნაწლავის კედელში.^{4,9} აღსანიშნავია, რელაპაროტომიის და გეგმიური სანაციური რელაპაროტომიის როლი ნაკერების უკმარისობის მკურნალობის საქმეში, მაგრამ აქვე საყურადღებოა მისი გართულებები, როგორცაა ნაწლავური ფისტულები (23.3-39.1%) და ჰიპერადჰეზიური პროცესები.⁴

აღნიშნულის მიუხედავად, ანასტომოზის უკმარისობის საპროფილაქტიკო, ე.წ. "იდეალური" მეთოდი, არ არსებობს. ოპერაციული მეთოდის შერჩევა დამოკიდებულია პაციენტის საწყის მდგომარეობაზე; დამატებით რისკ-ფაქტორების არსებობაზე; პერიტონიტის ხასიათსა და მის გავრცელებაზე;^{2,5} პერიტონიტის და ნაწლავთა მწვავე გაუვალბობისას საჭიროა, შევავსოთ ენტერალური უკმარისობის უკვე არსებული ან მოსალოდნელი განვითარების ხარისხი; ნაწლავის დაზიანების ლოკალიზაცია [Ерших И.А 1999]; ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარეობს მთავარი, ყველა პაციენტის მკურნალობის ინდივიდუალური მიდგომის პრინციპი: რა მეთოდი გამოვიყენოთ, დავადოთ ენტერო-ენტერო ანასტომოზი, გამოვიტანოთ ენტეროსტომა, თუ გამოვიყენოთ კომბინირებული ვარიანტი - ანასტომოზი განმტვირთავი ენტეროსტომით.¹

მხოლოდ ენტეროსტომის წარმოების საკითხი (ანასტომოზირების გარეშე) უნდა გადაწყდეს გამოსატანი ნაწლავის დისტალური ბოლოს მდებარეობიდან გამომდინარე (მაღალი ან დაბალი სტომა). თანამედროვე ეტაპზე გამოიყენება ნაწლავური სტომის დადების შემდეგი მეთოდები: ბრუკის მეთოდი, ორლულა სტომები და სტომები მაიდლის მოდიფიკაციით, აგრეთვე, "ხორთუმისებრი" სტომა.² იეიუნო- და ილეოსტომების მაიდლის წესით დანიშნულებაა: ნაწლავთა დეკომპრესია, მათ შორის შესაძლოა პროქსიმალური ნაწილის დეკომპრესიული შინირება, ანასტომოზის დეკომპრესია, ენტერალური კვება, ენტერალური ქიმუსის პასაჟის შენარჩუნება; გარდა ამისა სტომის დახურვა მინიმალური ჩარევით.² მეთოდის შედარებით ნაკლოვანებად შეიძლება ჩაითვალოს - ნაწლავთა მწვავე გაუვალბობის ან პერიტონიტის II, III სტადიის დროს ანასტომოზის უკმარისობის რისკი, რომელიც სხვა ანასტომოზებთან შედარებით ნაკლებია, მაგრამ მაინც არსებობს შემთხვევათა 7%-ში.^{2,7}

სტატიაში, ჩვენს მიერ, გამოყენებულია მაიდლის ენტეროსტომიის მოდიფიცირებული მეთოდი. კარლ მაიდლის მიერ, ჯერ კიდევ 1952 წელს, მოწოდებული იყო ენტეროსტომის ფორმირების ორიგინალური მეთოდი. სტომა იქმნება ნაწლავის დისტალური სეგმენტისგან და მას გვერდში უერთდება პროქსიმალური ნაწლავის სეგმენტი („პირი გვერდში“). ამ შემთხვევაში, სტომაში შიგთავსი გადის ანტიპერისტალტიკურად, რაც ერთის მხრივ კარგია, რამეთუ აფერხებს ნაწლავის შიგთავსის დანაკარგს, მაგრამ მეორეს მხრივ შესაძლოა გაზარდოს ნაწლავშიდა წნევა და განაპირობოს ანასტომოზის ნაკე-

რებზე ზეწოლის ზრდა სანათურში განვითარებული ჰიპერტენზიის გამო.

ჩვენს მიერ მოდიფიცირებული მეთოდის შემთხვევაში სტომა იქმნება ნაწლავის პროქსიმალური სეგმენტისგან და მას გვერდში უერთდება დისტალური სეგმენტი („გვერდი-პირში“). ამ შემთხვევაში, სტომაში შიგთავსი გადის იზოპერისტალტიკურად, რამაც შესაძლებელია გაზარდოს ნაწლავის შიგთავსის დანაკარგი, მაგრამ ამცირებს ნაწლავშიდა ჰიპერტენზიას და შესაბამისად, ნაკერის უკმარისობის ალბათობას მწვავე პერიტონიტის პირობებში (იხ. ნახ.1).

წარმოგიდგენთ შემთხვევას ჩვენი პრაქტიკიდან.

შემთხვევის აღწერა

პაციენტი ქალი, 67 წლის, კლინიკაში შემოვიდა როგორც სასწრაფო შემთხვევა. კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების საუძველზე დაისვა დიაგნოზი: ნაწლავთა მწვავე მექანიკურ-სტრანგულაციური გაუვალობა, დიფუზური პერიტონიტი (72 საათზე მეტი ხანგრძლივობის).

ანამნეზიდან საყურადღებო იყო წარსულში ჩატარებული სამი ოპერაცია: აპენდექტომია, საკეისრო კვეთა და საშვილოსნოს ამპუტაცია (სისხლდენის გამო). აგრეთვე, აღენიშნებოდა თანხლები დაავადებები: შაქრიანი დიაბეტი, ბაზედოვის დაავადება (უმკურნალებელი), გულ-სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზი, გულის უკმარისობა და არტერიული ჰიპერტენზია. იმავე დღეს, სასწრაფო წესით, ჩატარდა ოპერაცია. ინტრაოპერაციულად აღმოჩნდა: მუცლის ღრუს შეხორცებითი დაავადება, წვრილი ნაწლავის მარუჟი შემოგრენილი და ნეკროზული, სიგრძით 50სმ. ბაუგინის სარქველიდან პროქსიმალურად 40-45სმ-ში. ამოიკვეთა დაახლოებით ერთი მეტრი წვრილი ნაწლავი, შესრულდა ნაწლავთა დეკომპრესია, მუცლის ღრუს სანაცია და დრენირება.

მოკლე ნაწლავის სინდრომის ჩამოყალიბების და მომავალში დიდი რეკონსტრუქციული ოპერაციის საჭიროების თავიდან აცილების მიზნით, დაედო ენტერო-ენტეროანასტომოზი, ჩვენს მიერ ზემოთ აღწერილი, მოდიფიცირებული მეთოდით, ანასტომოზის დეკომპრესიის მიზნით მომტანი მარყუჟის ტაკვი გამოტანილი იქნა სტომის სახით (იხ. ნახ.1).

პოსტოპერაციულ პერიოდში, აღნიშნული სტომით წარმატებით განხორციელდა ნაწლავის დეკომპრე-

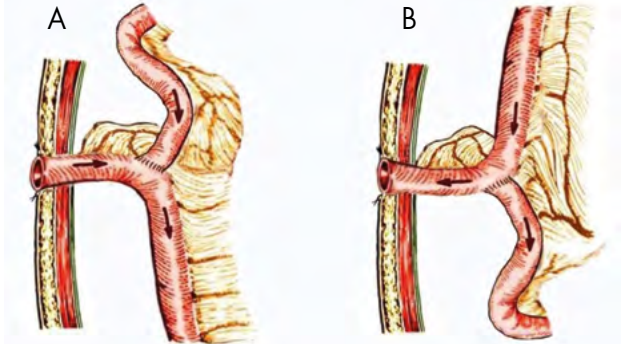
სია, შემცირდა ქიმუსური გამონადენი, სტომამ მიიღო "ტუჩისებური" ფორმა. პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციიდან ერთ კვირაში. ოპერაციიდან ერთი თვის შემდეგ, ადგილობრივი ანესთეზიით წარმოებული იყო "მცირე ოპერაცია" - სტომალური ნაწლავის გამოთავისუფლება ირგვლივი კანქვეშა შეხორცებებისაგან, ნაპირების განახლება, გაკერვა და ჩაბრუნება ქისისებურ ნაკერში. პაციენტი გაეწერა კლინიკიდან მინიმალური ჩარევით, გაჯანსაღებულ მდგომარეობაში.

განსჯა

ამრიგად, კონკრეტული პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომის პრინციპიდან გამომდინარე, ზემოთაღნიშნული მეთოდით ოპერაციული მკურნალობის შედეგად რთული პაციენტი გადაურჩა "მცირე ნაწლავის" სინდრომის ჩამოყალიბებას და მეორე დიდი რეკონსტრუქციული ოპერაციის წარმოების აუცილებლობას, რაც საჭირო გახდებოდა ტერმინალური ილეოსტომის დადების შემთხვევაში.

სათანადო ლიტერატურის მიმოხილვის და ჩვენი პაციენტის შემთხვევიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ: სასწრაფო წესით ნაწლავის რეზექციის და ანასტომოზის დადების შემთხვევაში, აუცილებელია ინდივიდუალური და კომპლექსური მიდგომა, რაც გულისხმობს ოპერაციის მოცულობის სწორად განსაზღვრას. აღნიშნული გამომდინარეობს ლიტონიტის ხასიათიდან და პაციენტის ზოგადი მდგომარეობიდან, რისკ-ფაქტორებიდან, აგრეთვე რეზექციებადი ნაწლავის სეგმენტის ლოკალიზაციიდან. გათვალისწინებული უნდა იყოს ნაწლავის სისხლმომარაგების საკითხი. აუცილებელია ადეკვატური დეკომპრესია და სანაცია ანასტომოზის მიდამოში. ნაკერების ზონის სიცოცხლისუნარიანობის მონიტორინგი და დესტრუქციული ცვლილებების დროული კორექცია. ჩვენს მიერ გამოყენებულმა მაილლის მოდიფიცირებულმა მეთოდმა მოგვცა კარგი შედეგი. ლიტერატურის კვლევით ინახა, რომ მაილლის წარმოდგენილი მოდიფიკაცია გამოყენებული იქნა ასევე ფორჟიკოვის მიერ 2014 წელს.⁹

ამრიგად, წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც იმის მაგალითი, რომ მაილლის ტიპის განმტვირთავი ანასტომოზი იძლევა წვრილი ნაწლავის შერთულის დადების შესაძლებლობას მწვავე პერიტონიტის ფონზე და მის შემდგომ დახურვას მინიმალური ჩარევით.



ნახ.1. მაილლის ენტეროსტომიის ორიგინალური (A) და მოდიფიცირებული (B) მეთოდები.

ლიტერატურა:

References:

1. В.И. Белоконов, А.И. Федорин - Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью. ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России. Научно -медицинский журнал «Вестник Авиценны » Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Хирургия №3, июль-сентябрь 2012 г.
2. В.И. Белоконов, А.Г. Житлов, А.И. Грицаенко, Ю.И. Эрдели - Обоснование техники формирования тонко-и толстокишечных стом с лечебной целью у больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом. Креативная хирургия и онкология 2017;7(3): 36-42
3. Буянов, В.М. Хирургия: Учебник для мед.училищ / В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко. - М.: Альянс, 2015. - 624 с.;
4. Н.А.Ходжимухамедова – Проблема недостаточности межкишечных анастомозов и ее профилактика. Вестник экстренной медицины, 1, 2009. www.sta.uz
5. Нуриев, Алексей Борисович- Y-образная энтеростомия с компрессионным отсроченным анастомозом при неотложной резекции тонкой кишки. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Тюмень 2005. 14.00.27-хирургия.
6. Жижин, Федор Степанович- Обоснование и выбор хирургической тактики при неотложной резекции кишки. Автореферат и диссертация по медицине (14.00.27) Москва2003г.
7. Fausto Catena, Salomone Di Saverio, Michael D Kelly, Walter L Biffi, Luca Ansaloni, Vincenzo Mandala, George C Velmahos, Massimo Sartelli, Gregorio Tugnoli, Massimo Lupo, Stefano Mandala, Antonio D Pinna, Paul H Sugarbaker, Harry Van Goor, Ernest E Moore & Johannes Jeekel - Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World Journal of Emergency Surgery 2011, 6:5
8. Горский В.А., Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., и др. Проблема надежности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости. Трудный пациент 2005; 4:9
9. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Антонов О.Н. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта. Хирургия 2005; 12:25-29.
10. Оптимизация диагностики и коррекции ишемического реперфузионного синдрома при острой странгуляционной кишечной непроходимости. Диссертация (стр. 13). Алекс Жоржиков, 2014. https://pandia.ru/user/profile/alex_030zhorzhikov;
11. E. S. BRINTNALL, M.D.; KATE DAUM, Ph.D.; N. A. WOMACK, M.D. MAYDL JEJUNOSTOMY Technical and Metabolic Considerations. AMA Arch Surg. 1952;65(3):367-372. doi:10.1001/archsurg.1952.01260020381004 <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/550503>.

USAGE OF MODIFIED MAYDL SMALL BOWEL ANASTOMOSIS IN ELDERLY PATIENT WITH DIFFUSE PERITONITIS (CASE REPORT)

Avtandil Megreladze, Gia Tomadze, Gia Azmaiparashvili, Elguja Ardia

Surgery Department, Tbilisi State Medical University

Contact person: Gia Tomadze, g.tomadze@tsmu.edu

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.25-28>

Resume

Bowel anastomosis in case of peritonitis is one of the problematic issues of abdominal surgery due to a danger of anastomotic leakage. Often intestinal stoma is formed to avoid anastomosis but it also can lead to the problems like short bowel syndrome, skin irritation etc. According to various authors, anastomotic insufficiency after small bowel surgery is observed in 2,8-8,7% of cases, which is much higher in case of emergency surgery.

The article presents one case when an elderly patient with severe concomitant diseases had peritonitis lasting more than 72 hours caused by intestinal strangulation, which required a one-meter necrotic intestine resection. We used a modified method of Maydl's enterostomy, in which a stoma is formed not from the distal but from the proximal segment of the intestine and is joined to the distal segment ("side-to-mouth"). In this case bowel content pass in isoperistaltic direction in the stoma segment and thus may increase the loss of intestinal content, but reduce intraluminal hypertension and consequently the like hood of suture failure in case of acute peritonitis. In the postoperative period stoma performed successful decompression of the bowel and the patient was discharged after one week from the clinic. One month after surgery the stoma was closed under local anesthesia thus complicated reconstructive surgery was avoided. The patient was discharged from the clinic with minimal intervention in a recovered condition. Thus, the presented case is interesting as successful usage of small bowel Maydl type of anastomosis in elderly patient with acute diffuse peritonitis, one-meter necrotic bowel resection and comorbid diseases and with subsequent stoma closure with minimal intervention.

Key words: Acute peritonitis, extensor anastomosis, modified method of Maydl's enterostomy