



І. Г. Криворчук

Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

## ВІДТЕРМІНОВАНА ПРОГРАМОВАНА РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ

Гостра мезентеріальна ішемія — одна з непередбачуваних та складних для діагностики і лікування ургентних хірургічних патологій черевної порожнини з високим рівнем летальності. Описано випадок успішного хірургічного лікування хворої віком 74 роки з гострою мезентеріальною ішемією. Після виконання непрямой тромбемболектомії з верхньої брижової артерії поновлено задовільну її пульсацію. Через відсутність чітких меж некрозу тонкого та правої половини товстого кишечника вирішено провести резекцію кишки другим етапом. Виконано відтерміновану програмовану релапаротомію, що дало змогу провести резекцію тонкої кишки довжиною 130 см після відмежування некротично зміненої зони та накладання тонкокишкового анастомозу за типом «кінець у кінець». У задовільному стані на 10-ту добу хвору виписано додому.

**Ключові слова:** гостра мезентеріальна ішемія, тромбемболектомія, відтермінована програмована релапаротомія.

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) — одна з непередбачуваних та складних для діагностики ургентних хірургічних патологій черевної порожнини [1—4]. За даними світових клінік, загальна летальність при цій нозології становить 60—100 % і, незважаючи на значні досягнення в хірургії, не має тенденції до зниження [6, 9].

Лікування гострих порушень мезентеріального кровообігу в більшості випадків передбачає виконання ургентного хірургічного втручання відразу після діагностування ГМІ або у разі обґрунтованої підозри на її наявність [3, 4]. Очевидно, що судинні операції є доцільнішими. Відновлення кровообігу у мезентеріальних артеріях протягом перших 6 год від початку оклюзії запобігає розвитку гангрени кишечника та сприяє відновленню його функції [5, 6, 8]. У разі госпіталізації хворого в пізніші терміни, коли виникають незворотні зміни в кишечнику, окрім резекції уражених ділянок, необхідно проводити оперативне втручання на мезентеріальних судинах для відновлення кровообігу в життєздатних відділах та визначення меж некрозу. В більшості випадків доцільно поєднувати судинні втручання та резекцію ділянок кишечника [6, 8, 10].

### Клінічне спостереження

Хвору М., 74 роки, госпіталізовано у хірургічне відділення зі скаргами на виражений біль у животі, що посилюється, без полегшення після прийому знеболювальних, нудоту, блювання, затримку відходження газів та калу, загальну слабкість, сухість у роті. Зазначені симптоми виникли за 6 год до госпіталізації. В анамнезі — постінфарктний кардіосклероз (інфаркт міокарда із зубцем Q п'ятирічної давнини), ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, фібриляція передсердь, гіпертонічна хвороба.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, язик сухий, обкладений білим нальотом, АТ — 110/60 мм рт. ст., пульс — аритмічний, 98 за 1 хв, температура тіла — 36,9 °С, живіт звичайного розміру, піддутий, при пальпації дещо напружений і болючий в усіх відділах, відзначено слабкопозитивні симптоми подразнення очеревини. Передня черевна стінка бере участь в акті дихання. При перкусії живота притуплень на фланках не виявлено. Аускультативно перистальтика не вислуховується. Пульсація на здухвинних артеріях не визначається. При дослідженні *per rectum*: ампула порожня, на досяжному

пальцем рівні патології не виявлено, тонус сфінктера знижений. Олігоурія до 500 мл/добу. Під час рентгенографії органів черевної порожнини виявлено тонкокишкові рівні рідини. Під час ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини спостерігали невелику кількість рідини на фланках, перистальтики кишечника немає. Загальний аналіз крові: еритроцити —  $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін — 155 г/л, лейкоцити —  $11 \cdot 10^9$ /л (паличкоядерні — 10%), гематокрит — 48. Зафіксовано деякі ознаки гіперкоагуляції в коагулограмі: протромбіновий індекс — 105%, фібрин — 15 г/л, фібриноген — 5,0 г/л, активований час рекальцифікації — 45 с,  $\beta$ -нафтоловий тест — «++».

Хворій установлено діагноз: гостра кишкова непрохідність. Після консультацій кардіолога, анестезіолога, катетеризації підключичної вени розпочато доопераційну підготовку.

При проведенні лапаротомії в черевній порожнині виявлено до 400 мл серозно-геморагічного випоту. Останній аспіровано, взято для бактеріального посіву. При ревізії органів черевної порожнини встановлено, що весь тонкий кишечник і права половина товстої кишки темно-вишневого кольору, набряклі, перистальтики немає. Пульсації верхньої брижової артерії (ВБА) не відзначено. Виділено ВБА і взято на трималки. Артерію розкрито у місці її відходження, кровообіг не визначено.

Зондом Фогарті в дистальному напрямку проведено тромбемболектомію, артерію промито розчином гепарину. При ревізії зондом у проксимальному напрямку артерії отримано задовільний кровообіг. Рана артерії ушита проленою ниткою 5,0. Пульсація ВБА поновлена, задовільна, проте колір кишки не змінився, перистальтики в кишці немає. З огляду на відсутність чітких меж некрозу кишечника вирішено провести резекцію кишки другим етапом (відтермінована програмована релапаротомія). Виконано трансназальну інтубацію тонкого кишечника. Рану крізь всі шари прошито п'ятьма швами, накладено асептичну пов'язку.

У післяопераційний період хворій проведено інфузійну, трансфузійну, антибактеріальну та антикоагулянтну терапію. Час зсідання крові зберігався в межах 10—14 хв. Через 8 год після операції виконано УЗД органів черевної порожнини. Виявлено збільшення кількості рідини та відсутність перистальтики кишечника. Хвора відзначала зменшення болю. Проведено активну аспірацію застійного кишкового вмісту темного кольору з

геморагічним вмістом. Об'єктивне дослідження: перитонеальні симптоми позитивні. Перистальтика не вислуховувалася, відзначено позитивний симптом «шум плескоту». Аналізи крові: лейкоцитоз —  $12,7 \cdot 10^9$  /л (паличкоядерні нейтрофіли — 12%), гематокрит — 40, протромбіновий індекс — 98%, фібрин — 12 г/л, фібриноген — 5,0 г/л, активований час рекальцифікації — 45 с,  $\beta$ -нафтоловий тест — «++».

З огляду на наростання інтоксикації та ознак перитоніту проведено релапаротомію. В черевній порожнині відзначено до 600 мл випоту темно-геморагічного вмісту. На відстані 90 см від зв'язки Трейтца спостерігали тонку кишку чорного кольору довжиною 60 см. Інші відділи тонкого кишечника набули звичайного кольору. Виконано резекцію тонкої кишки довжиною 130 см з некротично зміненою ділянкою та накладання тонкокишкового анастомозу за типом «кінець у кінець» дворядним швом. Пульсація на ВБА — задовільна. Виконано назогастральну інтубацію тонкої кишки, санацію та дренування черевної порожнини. В післяопераційний період призначено гепарин у дозі 25 тис. ОД у першу добу, з другої доби — низькомолекулярний гепарин, інфузійну, трансфузійну, антибактеріальну терапію, блокатори  $H_2$ -гістамінових рецепторів.

На 10-ту добу хвору виписано в задовільному стані додому. При спостереженні протягом року хвора була активною, біль у животі не турбував. Пацієнтка перебувала під наглядом кардіолога, постійно приймала антикоагулянтну терапію.

### *Висновки*

У випадку гострої мезентеріальної ішемії вчасно виконана тромбемболектомія запобігає процесу тромбоутворення, який спричиняє поширення зони некрозу. У разі неможливості одразу визначити обсяг резекції тонкої кишки після тромбемболектомії чи ревазуляризації можна використати відтерміновану програмовану релапаротомію.

Повторне втручання певною мірою погіршує стан хворого, але це може бути єдиною можливістю врятувати значну кількість хворих з гострими порушеннями мезентеріального кровообігу внаслідок тромбоемболії мезентеріальних артерій.

Під час програмованої релапаротомії наявність чітких меж некрозу дає змогу ефективно провести оперативне втручання з накладанням первинного кишкового анастомозу.

## Література

1. Даниленко І. А. Клініка та діагностика гострих порушень мезентеріального кровообігу // Хірургія України. — 2011. — № 1. — С. 83—90.
2. Иваненко А. А., Штугин А. А., Пшеничный В. Н., Шаповалов И. Н. Хирургическое лечение острого и хронического абдоминального синдрома // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2010. — Т. 11. Приложение. Матер. съезда Ассоциации сосудистых хирургов гемангиологов Украины. — С. 66—75.
3. Миминошвили О. И., Шаповалов И. Н., Иваненко А. А. и др. Острая неокклюзионная мезентериальная ишемия: проблемы диагностики и лечения // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2010. — Т. 11 / Приложение. Матер. съезда Ассоциации сосудистых хирургов и ангиологов Украины. — С. 55—65.
4. Миминошвили О. И., Шаповалов И. Н., Романенко Р. Н. и др. Современные аспекты лечения острой мезентериальной ише-
5. Chang R., Chang J., Longo W. Update in management of mesenteric ischemia // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12, N 20. — P. 3243—3247.
6. Debus E. Acute mesenteric ischemia / E. Debus, H. Diener, A. Lar-ena-Avellaneda // Chirurg. — 2009. — V. 80, № 4. — P. 375—388.
7. Hadziomerović N., Kulenović A., Kandić Z. Acute mesenteric vascular occlusion, 4 year experience in Sarajevo Clinical Center of University (2004—2007) // Med. Arh. — 2008. — Vol. 62, N 2. — P. 104—106.
8. Hussain S., Baliga S. K., Hartung R. Acute mesenteric ischemia: experience in tertiary care hospital // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. — 2009. — N 21(4).
9. Kassahun W., Schulz T., Richter O., Hauss J. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six year review // Langenbecks Arch Surg. — 2008. — Vol. 393, N 2. — P. 163—171.
10. Wang L., Xin S., Zhang J. et al. Experience in the management of acute superior mesenteric artery ischemia // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. — 2008. — Vol. 46, N 11. — P. 816—819.

## І. Г. Криворчук

Александровская клиническая больница г. Киева

## ОТСРОЧЕННАЯ ПРОГРАММИРОВАННАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Острая мезентериальная ишемия — одна из непредсказуемых и сложных для диагностики и лечения urgentных хирургических патологий брюшной полости с высоким уровнем летальности. Описан случай успешного хирургического лечения больной 74 лет с острой мезентериальной ишемией. После выполнения непрямой тромбэмболэктомии из верхней брыжеечной артерии возобновлена удовлетворительная ее пульсация. Из-за отсутствия четких границ некроза тонкого и правой половины толстого кишечника решено провести резекцию кишки вторым этапом. Выполнена отсроченная программированная релапаротомия, что позволило выполнить резекцию тонкой кишки длиной 130 см после отграничения некротически измененной зоны и наложить тонко-тонкокишечный анастомоз по типу «конец в конец». В удовлетворительном состоянии на 10-е сутки больная была выписана домой.

**Ключевые слова:** острая мезентериальная ишемия, тромбэмболэктомия, отсроченная программированная релапаротомия.

## I. G. Krivorchuk

Oleksandrivska Clinical Hospital, Kyiv

## DELAYED PROGRAMMED RELAPAROTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

Acute mesenteric ischemia belongs to one of the unpredictable and difficult to diagnose and treat urgent surgical abdominal pathology with high mortality. This article describes a case of successful surgical treatment of 74 years old patients with acute mesenteric ischemia. After performing indirect clot embolectomy of the superior mesenteric artery its satisfactory pulsation has renewed. Due to the lack of clear necrosis boundaries in thin and the right half of the colon bowel the resection as the second stage was decided to perform. The delayed programmable relaparotomy was done, allowing resection of the small bowel in length of 130 cm after the demarcation of necrotic changes zone with the imposition of fine-enteric anastomosis end-to-end. The patient was discharged in satisfactory condition at home on 10th day.

**Key words:** acute mesenteric ischemia, thromb-embolctomy, delayed programmable relaparotomy.