



И. Н. Шаповалов,  
А. О. Миминошвили,  
Л. Л. Гайдаш, В. В. Гогия

ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака  
НАМН Украины» г. Донецк

© Коллектив авторов

## РОЛЬ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

**Резюме.** Проанализирован опыт лечения 172 больных острой мезентериальной ишемией (ОМИ), находившихся на лечении в ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМН Украины» г. Донецка с 1993 г. по февраль 2014 г. Из них: 121 пациент с острой окклюзионной и 51 пациент с острой неокклюзионной мезентериальной ишемией. Умерло 127 больных, общая летальность 73,8 %. Оперировано 111 больных, из них выписано 34 (30,7 %), умерло 77, послеоперационная летальность 69,3 %. Из 111 оперированных больных с ОМИ восстановление кровотока выполнено 14 больным (9,9 %), умерло 5 (35,7 %); резекции кишечника с восстановлением кровотока — 4 больным (3,6 %), летальность — 50 % (2 пациента); резекции кишечника различной протяженностью с наложением стомы/анастомоза без восстановления кровотока — 48 больным (43,2 %), летальность — 60,4 % (29 пациентов); диагностическая лапароскопия, лапаротомия выполнены 45 больным (43,26 %). Декомпрессия тонкой кишки выполнена 12 больным: НИИ — 8, ретроградная через двустольную энтеростому — 4. Выжило 5 больных. Летальные исходы обусловлены прогрессированием основного заболевания и перитонита, сопутствующей патологией, поздними сроками выполнения операций.

**Ключевые слова:** острая мезентериальная ишемия, декомпрессия кишечника, энтеросорбция.

### Введение

В последнее время вызывает интерес проблема острой мезентериальной ишемии (ОМИ), частота встречаемости которой среди всех больных с острой хирургической патологией, госпитализированных в стационар, составляет (0,05 — 0,1) % [2, 4]. Общая летальность у больных с ОМИ по литературным данным составляет от 53 % до 93 % и выше при развитии некроза кишки и перитонита [5]. Это обусловлено рядом факторов, в первую очередь — отсутствием настороженности врачей к данной патологии, неспецифической клинической картиной, ограниченностью в выполнении инструментальных методов обследования, в ряде случаев — тяжелой сопутствующей патологией [7].

Актуальной и еще далекой от решения проблемой является оптимизация лечения данной категории больных. Лечение ОМИ в подавляющем большинстве случаев предполагает проведение экстренного хирургического вмешательства, которое должно решать следующие задачи: 1) восстановление мезентериального кровотока; 2) удаление участков кишечника, подвергшихся деструкции; 3) борьба с перитонитом, тяжелым эндотоксикозом и его последствиями — каскадом свободнорадикаль-

ных реакций, нарушением внутриорганной микроциркуляции и синдрома полиорганной недостаточности [1, 6].

На фоне острой ишемии, высокого внутрикишечного давления происходит транслокация токсинов и бактерий в портальную систему [4, 8]. Даже после восстановления кровотока возникает реперфузионный синдром, сопровождающийся выраженным отеком кишечной стенки, что усугубляет картину паралитического илеуса. В связи с этим, одним из направлений лечения синдрома кишечной недостаточности не вызывающих сомнений, является необходимость декомпрессии кишечника и энтеросорбции.

В настоящее время применяют два основных направления дренирования кишки: антеградное и ретроградное, выбор которых зависит от локализации патологического процесса, объема оперативного вмешательства, технических возможностей и предпочтений оперирующего хирурга.

### Материалы и методы исследований

В ГУ «ИНВХ им. В. К. Гусака НАМН Украины» г. Донецка с 1993 по февраль 2014 г. с ОМИ находилось на лечении 172 пациента, мужчин было 120 (69,8 %), женщин — 52 (30,2 %). Сред-

ний возраст пациентов — 66,8 лет (возрастной диапазон 28 - 91 год); 45 пациентов были выписаны (26,2 %), 127 — умерли (73,8 %).

С окклюзионной острой мезентериальной ишемией (ООМИ) был 121 пациент, с неокклюзионной острой мезентериальной ишемией (НОМИ) — 51 пациент. Из 121 больного с ООМИ причинами окклюзии были: острый тромбоз висцеральных артерий — у 83 человек, эмболия — у 31, тромбоз вен — у 6 больных. У одной больной был найден разрыв аневризмы верхней брыжеечной артерии. Из 51 пациента с НОМИ у 32 больных НОМИ развилась в ближайшем послеоперационном периоде.

Для установления диагноза ОМИ использовались следующие методы исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ультразвуковая доплерография, ангиография висцеральных артерий, колоноскопия, компьютерная томография, лапароскопия, тканевая флуометрия (аппарат ЛАКК-2, Россия), механоколография, лабораторные методы обследования.

В клинике больным с ОМИ выполнены следующие оперативные вмешательства: восстановление кровотока (стентирование ВБА, ангиопластика ВБА, тромбэмболектомия из ВБА, селективный тромболизис, селективно-продолгованное введение папаверина в ВБА); резекции кишечника различной протяженностью в сочетании с восстановлением кровотока по ВБА, резекции толстой и тонкой кишки с первичным наложением анастомоза или выведением стомы; диагностические и программированные лапароскопии, лапаротомии в сроки от 12 до 24 часов; релапаротомии по требованию в сроки от 1 до 7 суток. В ряде случаев, при оперативном вмешательстве выполнялась назоинтестинальная декомпрессия (НИИ) или ретроградная декомпрессия тонкой кишки через выведенную энтеростому.

Основными критериями для декомпрессии тонкой кишки служили: расширение петель тонкой кишки свыше 5 см, отсутствие ее активных сокращений на контактную электростимуляцию аппаратом Эндотон-1, сомнительная жизнеспособность кишки на момент первой операции при фибринозном перитоните.

Удаление зонда производили в сроки от 4 до 7 суток при восстановлении перистальтики и самостоятельном отхождении газов.

#### Результаты исследований и их обсуждение

Из 111 прооперированных в связи с ОМИ пациентов были выполнены:

1 — восстановление кровотока (стентирование ВБА, ангиопластика ВБА, тромбэмболектомия из ВБА, селективный тромболизис, селективно-продолгованное введение папа-

верина в ВБА) — 14 больным (9,9 %), умерло — 5 (35,7 %);

2 — резекции кишечника различной протяженностью с наложением стомы/анастомоза без восстановления кровотока — 48 больным (43,2 %), летальность — 60,4 % (29 пациентов);

3 — резекции кишечника с восстановлением кровотока — 4 больным (3,6 %), летальность — 50 % (2 пациента);

4 — диагностические лапароскопии, лапаротомии в сроки от 12 до 24 часов были выполнены 41 больному (36,9 %), летальность — 90,2 % (37 пациентов);

5 — наложение стомы без резекции кишки — 4 больным (3,6 %), все умерли.

Необходимость в повторных операциях возникла у 22 (19,8 %) пациентов, умерло 14 больных, летальность 63,6 %: — релапаротомии по требованию в сроки от 1 до 7 суток — у 13 пациентов, летальность 76,9 % (10 пациентов), программированная релапароскопия/релапаротомия — 9, умерло 4 (44,4 %) пациента.

Декомпрессия тонкой кишки выполнена 12 больным: НИИ — 8, ретроградная через двустольную энтеростому — 4. Выжило 5 больных.

Во время первой операции НИИ выполнена двум больным в связи с выраженным паралитическим илеусом. Одному больному после резекции тонкой кишки и наложения первичного анастомоза выполнена НИИ — больной выжил. Вторая больная оперирована через сутки после безуспешной консервативной терапии НОМИ, развившейся на 3 сутки после АКШ-3 и периперационного инфаркта миокарда. Была выполнена правосторонняя гемиколэктомия, резекция подвздошной кишки, илеостомия, НИИ. На 4 сутки начала функционировать илеостома, зонд удален на 5 сутки. Однако больная умерла на 8 сутки от прогрессирующей острой сердечной недостаточности.

Шести больным НИИ выполнена при релапаротомии, выжило — 4, двое умерли от прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности.

У одного больного после восстановления кровотока путем реканализации тромба и стентирования ВБА, резекции подвздошной кишки с первичным анастомозом возникла необходимость в релапаротомии по требованию на 7 сутки, в связи с выраженным паралитическим илеусом. Во время операции кишечник признан жизнеспособным, анастомоз — состоятельным, выполнена НИИ. На фоне комплексной терапии и энтеросорбции перистальтика восстановилась на 5 сутки, зонд удален на 7 сутки, больной выписан.

Один больной после диагностической лапароскопии повторно оперирован на 3 сутки в связи с прогрессированием перитонита



в следствие не диагностированного сегментарного некроза тонкой кишки — выполнена резекция тонкой кишки, илеостомия, НИИ.

Двум больным выполнена релапаротомия, резекция тонкой кишки, илеостомия, НИИ — после несостоятельности первоначально наложенного анастомоза в связи с прогрессирующим некротических изменений кишки. Больные выписаны.

Ретроградная декомпрессия была выполнена на четырех больным после резекции, некротически измененных петель, тонкой кишки на фоне фибринозного перитонита и наложения двустольной илеостомы. Все больные умерли от продолжающегося тромбоза ВБА, что было установлено при релапаротомии.

Во время операции после выполнения интубации тонкой кишки в обязательном порядке интраоперационно проводили активную аспирацию тонкокишечного химуса, лаваж тонкой кишки стерильными солевыми растворами в объеме до 2,5–3 литров с обязательным оставлением части перфоративных отверстий в желудке при назоинтестинальной интубации, что в последующем избавляло от необходимости дополнительного дренирования желудка. В послеоперационном периоде при кишечной декомпрессии определяли количество кишечного химуса, его характер, проводили каждые 3 часа введение 100–150 мл раствора сорбита,

энтеросгеля, энтеродеза, ежедневную электро-стимуляцию толстой кишки с определением порога чувствительности, как одного из критериев восстановления сократительной активности. При благоприятном течении, адекватной перфузии кишечной стенки, успешном лечении перитонита порог чувствительности снижался на 2–4 сутки, перистальтические шумы определялись на 3–4 сутки, самостоятельное отхождение газов на 6–7сутки, что служило показанием к удалению назоинтестинального зонда.

Летальные исходы обусловлены прогрессирующим основным заболеванием и перитонита, сопутствующей патологией, поздними сроками выполнения операций. Негативные результаты лечения не снижают достоинств декомпрессии тонкой кишки и энтеросорбции у больных с острой мезентериальной ишемией.

### Выводы

1. Лечение больных с ОМИ представляет собой сложную комплексную проблему, требующую привлечения как общих хирургов, сосудистых, так и эндоваскулярных специалистов.

2. Декомпрессия тонкой кишки и энтеросорбция у больных с ОМИ эффективна в лечении паралитической кишечной непроходимости при восстановлении адекватной перфузии кишечной стенки.

### ЛИТЕРАТУРА

- Архаров А. В. Роль длительной интестинальной интубации в неотложной хирургии органов брюшной полости : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Архаров. — М., 2007. — 24 с.
- Лапароскопия в диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения / А. А. Баешко, А. Г. Бондарчук, Н. С. Подымако [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 5. — С. 18–20.
- Покровский А. В. Острая мезентериальная непроходимость. Клиническая ангиология : руководство в 2-х томах / А. В. Покровский, В. И. Юдин. — М. : Медицина, 2004. — Том 2, 645 с.
- Шифрин Г. А. Восстановление биоустойчивости при сепсисе / Г. А. Шифрин, М. Л. Горенштейн. — Запорожье, 2004. — 300 с.
- Acosta-Merida M. A. Identification of risk factors for perioperative mortality in acute mesenteric ischemia / M. A. Acosta-Merida, J. Marchena-Gomez, M. Hemmersbach-Miller // World J. Surg. — 2006. — Vol. 30, № 8. — P. 1579–1585.
- Immune and nutritional effects of early enteral nutrition after major abdominal operations / M. Braga, A. Vignali, L. Gianotti [et al.] // Eur. J. Surg. — 1996. — Vol. 162, N 2. — P. 105–112.
- Incidence of acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery — a population-based study / S. Acosta, M. Ogren, N. H. Sternby, D. Bergqvist // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2004. — Vol. 27, № 2. — P. 145.
- Marshall J. C. Microbial infection and the septic response in critical surgical illness, not infection, determines outcome. / J. C. Marshall, D. Sweeney // Arch. Surg. — 1990. — Vol. 125, № 1. — P. 17–23.

РОЛЬ  
 НАЗОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ  
 ІНТУБАЦІЇ КИШЕЧНИКА  
 У КОМПЛЕКСНОМУ  
 ЛІКУВАННІ ХВОРИХ  
 З ГОСТРОЮ БРИЖОВОЮ  
 ІШЕМІЄЮ

*I. М. Шаповалов,  
 А. О. Міміншвілі,  
 Л. Л. Гайдаш,  
 В. В. Гогія*

**Резюме.** Проаналізовано досвід лікування 172 хворих на гостру брижову ішемію (ГБІ), що перебували на лікуванні в ДУ «ІНВХ ім. В. К. Гусака НАМН України» м. Донецька з 1993 по лютий 2014 р. З них: 121 пацієнт із гострою оклюзійною і 51 пацієнт із гострою неоклюзійною брижовою ішемією. Померло 127 хворих, загальна летальність 73,8 %. Оперовано 111 хворих, з них одужало 34 (30,7 %), померло 77, післяопераційна летальність 69,3 %. З 111 оперованих хворих з ГБІ відновлення кровопостачання виконане 14 хворим (9,9 %), померло 5 хворих (35,7 %); резекції кишки з відновленням кровотоку — 4 хворим (3,6 %), летальність — 50 % (2 пацієнта); резекції кишки різної довжини з накладенням стоми/анастомозу без відновлення кровотоку — 48 хворим (43,2 %), летальність — 60,4 % (29 пацієнтів); діагностична лапароскопія, лапаротомія виконані 45 хворим (43,26 %). Декомпресія тонкої кишки виконана 12 хворим: НІІ — 8, ретроградна через двоствольну ентеростому — 4. Одужало 5 хворих. Летальність обумовлена прогресуванням основного захворювання й перитоніту, пізніми строками виконання операцій.

**Ключові слова:** *гостра брижова ішемія, декомпресія кишки, ентеросорбція.*

THE ROLE OF  
 NASOINTESTINAL  
 INTUBATION OF INTESTIN  
 IN THE COMPLEX  
 TREATMENT OF PATIENTS  
 WITH ACUTE MESENTERIC  
 ISCHEMIA

*I. N. Shapovalov,  
 A. O. Miminoshvili,  
 L. L. Gaidash,  
 V. V. Gogiya*

**Summary.** Analysis of treatment of 172 patients with acute mesenteric ischemia (AMI), treated at the SI «IURS them. V. K. Gusak NAMS of Ukraine» in Donetsk since 1993 to February 2014 is performed. Of these: 121 patients with acute occlusive and 51 patient with acute nonocclusive mesenteric ischemia. 127 patients died, an overall mortality of 73,8 %. 111 patients were operated, from them 34 lived (30,7 %), 77 died, a postoperative mortality — 69,3 %. Of the 111 operated, patients with AMI, restoring blood flow was performed in 14 patients (9,9 %), 5 patients died (35,7 %), bowel resection with restoration of blood flow — 4 patients (3,6 %), mortality rate — 50 % (2 patients), bowel resection varying length overlay stoma/anastomosis without restoring blood flow - 48 patients (43,2%) , mortality — 60.4 % (29 patients), diagnostic laparoscopy, laparotomy was performed in 45 patients (43,26 %). Decompression of the small intestine was performed in 12 patients: nasointestinal decompression — 8, retrograde through double-barrel enterostomy — 4. Five patients survived. Deaths are due to progression of the underlying disease and peritonitis, comorbidities, late operations.

**Key words:** *acute mesenteric ischemia, intestinal decompression, enterosorption*