

УДК 616.34-005.4-036.1-0.89

© І. А. ДАНИЛЕНКО, М. Г. КОНОНЕНКО, В. В. ЛЕОНОВ, Л. Г. КАЩЕНКО

Сумський державний університет

Оптимізація хірургічного лікування пацієнтів із гострим порушенням мезентеріального кровообігу на стадії перитоніту

I. A. DANYLENKO, M. H. KONONENKO, V. V. LEONOV, L. H. KASHCHENKO

Sumy State Medical University

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDER OF MESENTERICAL CIRCULATION AT THE STAGE OF PERITONITIS

Проаналізовано результати лікування 125 пацієнтів із ГПМК, госпіталізованих на стадії перитоніту. Удосконалено алгоритм оперування цих пацієнтів. При нестабільній інтраопераційній гемодинаміці доцільне двохетапне хірургічне втручання: перший етап – резекція ділянки інфаркту з ретроградним дренажуванням верхніх відділів ШКТ через термінальну суюностому; другий етап – накладання відтермінованого міжкишкового анастомозу через 2–4 доби. Оптимізація хірургічного лікування зменшила летальність пацієнтів із ГПМК, госпіталізованих на стадії перитоніту, з 78 до 58,3 % ($p < 0,01$).

Results of treatment of 125 patients with acute disorders of mesenteric circulation (ADMC) who were hospitalized at the stage of peritonitis were analyzed. The algorithm of operating of these patients was improved. In unstable intraoperative hemodynamics two-stage surgical procedure was recommended: first stage – the resection of zone of infarct with retrograde intubation of upper gastrointestinal tract through the terminal jejunostoma, second stage – the making of delayed intestinal anastomosis in 2–4 days. Optimization of surgical treatment reduced mortality in patients with ADCM, who were hospitalized at the stage of peritonitis, from 78 % to 58.3 % ($p < 0.01$).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК) – одне з найбільш тяжких захворювань органів черевної порожнини з летальністю пацієнтів на стадії перитоніту 85–96 % [1, 7].

Ще не розв'язано ряд питань цієї проблеми, зокрема не з'ясовано методіку завершення втручання після резекції кишки. Для відновлення безперервності кишечника пропонується накладання первинного [2, 8] чи відтермінованого [4, 9] на одну–дві доби міжкишкового анастомозу. Показання до кожної з цих методик дотепер ще чітко не визначені.

Дискутується питання відносно доцільності декомпресії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) після резекції кишки. У таких хворих проводять [2] декомпресійну аспірацію з трансназально інтубованого проксимального відділу кишки. Але, на наш погляд, такому способу властиві недоліки. Зокрема, як повідомляють [5], це сприяє колонізації верхніх відділів ШКТ нехарактерною для них мікрофлорою, розвитку аспіраційної пневмонії, порушенню кровообігу в стінці стравоходу внаслідок компресії та ін. Найбільш доцільний ме-

тод закінчення операції після резекції кишечника у пацієнтів із ГПМК ще не відпрацьовано, тому потрібен пошук оптимального варіанта.

Зважаючи на все це, актуальною є оптимізація хірургічного лікування пацієнтів із ГПМК на стадії перитоніту залежно від локалізації оклюзії та стану системної гемодинаміки.

Матеріали і методи. Загалом проліковано 125 пацієнтів із ГПМК. Ретроспективний аналіз 101 історії хвороби пацієнтів з оклюзіями верхньої брижової артерії (ВБА) на стадії перитоніту, яких госпіталізовано до КУ “Сумська міська клінічна лікарня № 5” за 1993–2007 рр., склав групу порівняння. В основній групі були 24 пацієнти, проліковані в клініці під нашим спостереженням з 2008 до 2010 року.

Для клінічної оцінки стадії ГПМК користувалися класифікацією В. С. Савельєва [8]: стадії ішемії, інфаркту, перитоніту.

У пацієнтів із ГПМК на стадії перитоніту хірургічне втручання проводили після передопераційної підготовки. Рівень артеріальної оклюзії визначали інтраопераційно згідно з рекомендаціями В. С. Савельєва та І. В. Спиридонова [8] за класифікацією

Ю. Г. Орла [7]: рівень А – оклюзія стовбура ВБА; рівень В – нижче відходження *a. colica media*; С – нижче відходження *a. colica dextra*; D – нижче відходження *a. ileocolica*; E – дрібні гілки ВБА.

Для визначення довжини ураженої тонкої кишки ми, як і деякі інші автори [6], користувалися класифікацією М. Г. Кононенка та співавт. [3]: сегментарне (до 1 м), поширене (до 2/3 довжини кишки), субтотальне (більше 2/3 довжини кишки), тотальне (вся тонка кишка).

В умовах за давнього перитоніту при субтотальному некрозі тонкої кишки ревазуляризацію не проводили, а виконували резекцію кишки, але при тотальному некрозі кишечника вимушено обмежувалися лише лапаротомією.

У хворих із сегментарним інфарктом кишки внаслідок артеріальної оклюзії на рівні D та E проводили первинну резекцію без ревазуляризації. При нормалізації системного артеріального тиску в брижу тонкої кишки вводили 60–80 мл 0,5 % новокаїну з 5000 Од гепарину.

У пацієнтів групи порівняння життєздатність кишки оцінювали суб'єктивним методом, а в основній групі при ГПМК між резекції визначали редоксметричним дослідженням стінки кишки (Патенти України № 53129, № 53133).

У пацієнтів основної групи запропоновано та впроваджено “Спосіб декомпресії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту після великих резекцій тонкої кишки у хворих на гостре порушення мезентеріального кровообігу” (Патент України № 54686). Для ретроградного дренивання проксимальних відділів шлунково-кишкового тракту (РДШКТ) використовували шлунковий зонд. Його кінець проводили ретроградно через дванадцятипалу кишку в шлунок проксимальніше рівня пілоричного замкача на 5–6 см. Формували проксимальну дренажну куксу кишки (зонд фіксували двома кисетними швами), яку виводили через лапаротомну рану або контрапертуру та підшивали до очеревини й шкіри.

Результати лікування пацієнтів обох груп порівнювали методом Пірсона (χ^2).

Результати досліджень та їх обговорення. Прооперовано 72 (71,3 %) зі 101 пацієнта порівняльної та 22 (91,6 %) з 24 пацієнтів основної груп (χ^2 з поправкою Етсена = 4,81, $p < 0,05$). Пацієнтам із ГПМК на стадії перитоніту навіть у вкрай тяжкому стані пропонували та після відповідної передопераційної підготовки проводили хірургічне втручання як єдину можливість допомоги.

У пацієнтів із ГПМК на стадії перитоніту з нестійкою інтраопераційною гемодинамікою, яка корегується великими дозами вазопресорів, накла-

дати первинний міжкишковий анастомоз ми вважали помилкою. Аналіз лікування пацієнтів групи порівняння свідчить, що всі вони потребували корекції гіпотензії вазопресорами ще тривалий час у післяопераційному періоді. Це посилювало прояви ішемії кишки в цілому та зокрема в ділянці міжкишкового анастомозу, що значно збільшувало ризик його неспроможності. Тому питання щодо способу закінчення операції після резекції нежиттєздатної частини кишки у пацієнтів основної групи вирішували двояко: або накладали міжкишковий анастомоз (за умови стабільної інтраопераційної гемодинаміки без введення вазопресорів), або при тяжкому чи вкрай тяжкому стані з корекцією гіпотензії постійним введенням вазопресорів виводили термінальну ретроградно інтубовану зондом єюностому (рис. 1).

У пацієнтів основної групи ми прийняли тактику двохетапного лікування з накладанням відтермінованого анастомозу через 2–4 доби, яку, за умови проксимальної оклюзії ВБА при високому ризику первинного анастомозування, ми вважаємо оптимальною.

У більшості пацієнтів групи порівняння з проксимальними оклюзіями ВБА, які вижили, спостерігали досить розвинутий колатеральний кровообіг на тлі тривалого існування хронічної мезентеріальної ішемії, який сприяв зменшенню зони некрозу тонкої кишки.

Ревазуляризацію провели в однієї пацієнтки основної групи з оклюзією стовбура ВБА після резекції некротизованого сегмента (до 1 м) здувальної кишки. Це значно покращило кровообіг кукс тонкої кишки, дало можливість накласти первинний міжкишковий анастомоз та виписати хвору з одужанням.

Безпосередніми причинами смерті 78 хворих (78 %) зі 101 пацієнта порівняльної групи були: інтоксикація – у 54 (69,3 %), гостра серцево-судинна недостатність – у 20 (25,6 %), поліорганна недостатність – у 4 (5,1 %).

Безпосередніми причинами смерті 14 хворих (58,3%) із 24 пацієнтів основної групи були: інтоксикація – у 7 (50 %), гостра серцево-судинна недостатність – у 5 (35 %), поліорганна недостатність – у 2 (15 %) (табл. 1).

Таким чином, оптимізація хірургічного лікування зменшила летальність з 78 до 58,3 % ($\chi^2=7,12$, $p < 0,01$).

Однією з причин кращих результатів лікування 24 хворих основної групи було виявлення у 11 (46 %) хворих дистального оклюзійного ураження із сегментарним некрозом кишки, корегувати який було значно легше (померли 4 (36 %) з 11 осіб). Для порівняння, серед пацієнтів із проксимальним

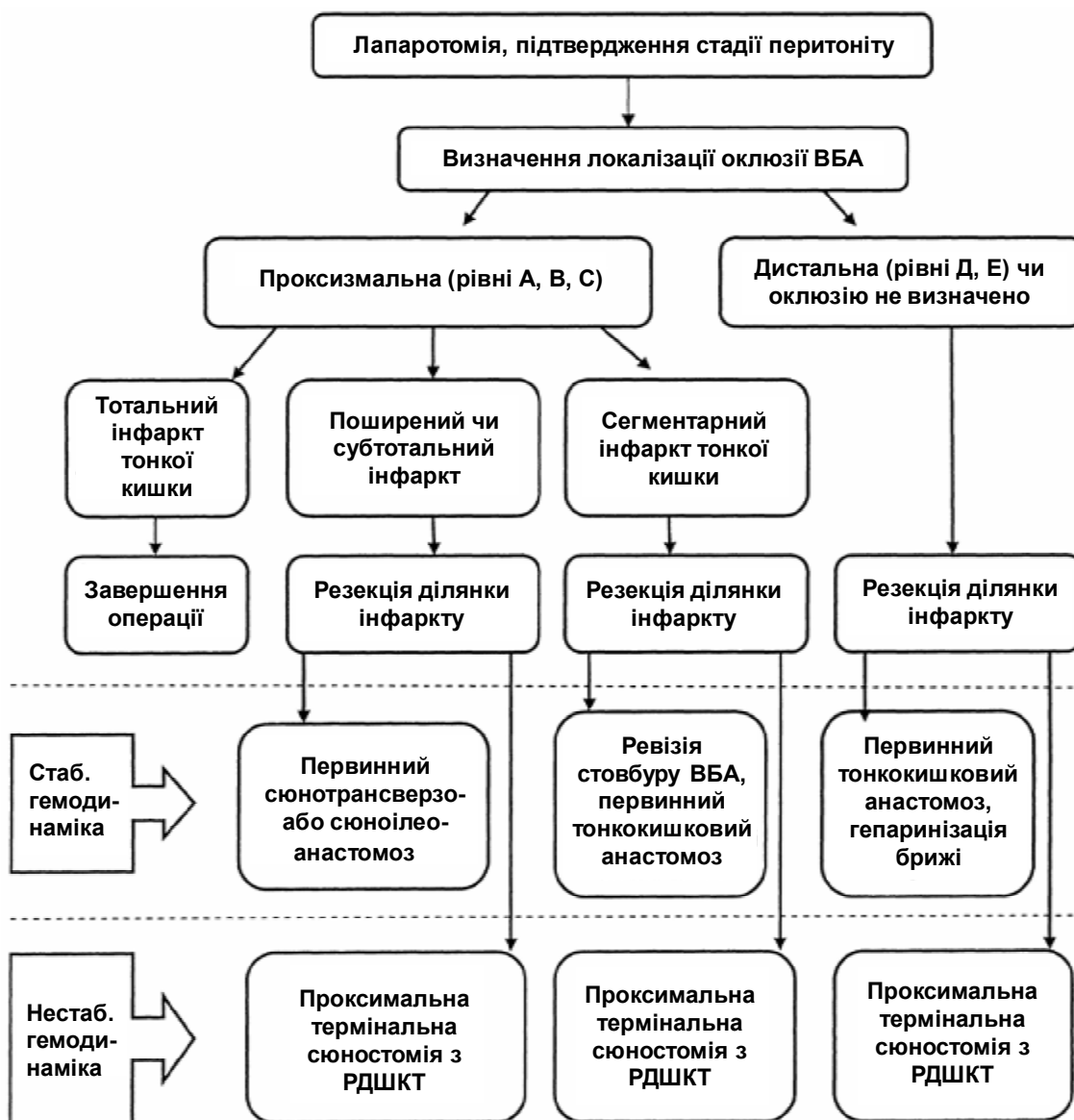


Рис. 1. Алгоритм хірургічної допомоги хворим із ГПМК на стадії перитоніту.

Таблиця 1. Результати лікування пацієнтів із ГПМК, яких госпіталізовано на стадії перитоніту, залежно від локалізації оклюзії

Групи	Всього		Локалізація оклюзії в a. mesenterica superior					Поєднане ураження двох вісцеральних артерій
			А	В	С	Д	Е	
Порівняльна	Всього	101	33	27	4	5	24	8
	Померли	78	30	23	3	1	14	7
	Летальність	78 %	91 %	85 %	75 %	20 %	58 %	87 %
Основна	Всього	24	7	4	2	2	9	-
	Померли	14	6	4	-	1	3	-
	Летальність	58,3 %	85 %	100 %	0 %	50 %	33 %	-

оклюзійним ураженням на цій стадії померли 10 (77 %) із 13 хворих.

Обговорення результатів. Пацієнти з ГПМК – переважно особи старечого віку, яких змушує звер-

нутися в стаціонар лише поява нетипових лякаючих скарг – раптовий сильний біль у животі, пронос, кров у випорожненнях, колаптоїдний стан. Ці симптоми ішемії часто відмічають пацієнти з про-

ксимальними і дуже рідка – з дистальними артеріальними оклюзіями. За нашими даними, питома вага пацієнтів із дистальними оклюзіями ВБА зростає з 12 % серед госпіталізованих на стадії ішемії до 32 % – на стадії перитоніту. Кращі результати лікування пацієнтів із дистальними оклюзіями ВБА порівняно з проксимальними оклюзіями пояснюють парадоксальне, на перший погляд, зниження летальності у госпіталізованих на стадії перитоніту порівняно з госпіталізованими на стадії інфаркту.

Розвинуте колатеральне кровопостачання часто зменшує довжину ділянки декомпенсованого кровообігу, тому ми погоджуємось із точкою зору авторів [4], що сегментарна резекція нежиттєздатної тонкої кишки внаслідок проксимальної оклюзії ВБА повинна супроводжуватись тромбоемболектомією навіть на стадії перитоніту. Ці заходи сприяють поліпшенню кровотоку в залишеній кишці і дозволяють виконати первинний ентероентероанастомоз. Така послідовність дій була виконана в однієї пацієнтки основної групи, після чого хвору виписано з одужанням. Рекомендують [7] обмежуватись первинною резекцією кишки без спроб реваскуляризації, що збільшує тривалість операції та може погіршити прогноз.

Ми не можемо погодитись із деякими авторами [1], які не вважають показаним хірургічне лікування пацієнтів старечого віку в тяжкому стані на стадії перитоніту (оскільки вони приречені) навіть при сегментарних ураженнях. Хірургічна допомога є останнім шансом для цього контингенту хворих, а перитоніт – абсолютним показанням до втручання, незважаючи на тяжкість стану.

На наш погляд, після поширеної чи субтотальної резекції тонкої кишки показана і виправдана так-

тика двохетапного втручання: I етап – термінальна єюностомія, II етап – накладання відтермінованого міжкишкового анастомозу через 2–4 доби. Такий спосіб завершення операції після резекції кишечника дозволяє корегувати внутрішньопросвітний тиск у привідній кишці, особливо за умови ретроградного (через єюностому) дренажу інтубаційною трубкою до шлунка включно, та запобігти неспроможності анастомозу внаслідок продовженого некрозу.

Ми не згодні з точкою зору деяких авторів [2, 9], які накладають відтермінований анастомоз через 24 год після обструктивної резекції нежиттєздатної ділянки кишки. Вважаємо, що адекватну корекцію мікроциркуляторних та електролітних порушень у пацієнтів із перитонітом за 24 год провести надто складно. За відсутності перитоніту відтермінований анастомоз ми наклали на об'єктивно життєздатні ділянки кишки. Це дозволило уникнути неспроможності міжкишкового анастомозу в пацієнтів основної групи.

Висновки. 1. Сегментарна резекція нежиттєздатної тонкої кишки внаслідок проксимальної оклюзії ВБА повинна супроводжуватись тромбоемболектомією навіть на стадії перитоніту.

2. При нестабільній інтраопераційній гемодинаміці доцільне двохетапне хірургічне втручання: перший етап – резекція ділянки інфаркту з ретроградним дренажем верхніх відділів ШКТ через термінальну єюностому; другий етап – накладання відтермінованого міжкишкового анастомозу через 2–4 доби.

3. Оптимізація хірургічного лікування зменшила летальність пацієнтів із ГПМК, госпіталізованих на стадії перитоніту, з 78 до 58,3 % ($p < 0,01$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Причины ошибок при тромбозе мезентериальных сосудов / А. Г. Гринцов, В. Н. Буденко, Ю. Л. Куницкий, Ю. А. Шаповалова // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, № 1–2 (21–22). – С. 50.
2. Кашибадзе К. Н. Ретроспективный анализ результатов лечения больных с диагнозом инфаркт кишечника и построение стандарта действия / К. Н. Кашибадзе // Анналы хирургии. – 2006. – № 5. – С. 48–53.
3. Лечение больных с острыми нарушениями мезентериального кровообращения / Н. Г. Кононенко, П. А. Павлюк, А. М. Степанченко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 3. – С. 51–56.
4. Гостре порушення мезентеріального кровообігу в ургентній абдомінальній хірургії / Б. О. Матвійчук, В. Т. Бочар, О. В. Зубенко [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2010. – № 2. – С. 19–22.
5. Матвійчук Б. О. Проксимальна бактеріальна колонізація

тонкої кишки як фактор ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень у хворих із ентеростомами / Б. О. Матвійчук, В. Т. Бочар, В. В. Бакланський // Харківська хірургічна школа. – 2010. – № 6. – С. 20–23.

6. Ольшанецкий А. А. К хирургической тактике при острой ишемии кишечника в отделениях общей хирургии / А. А. Ольшанецкий, В. К. Глазунов, С. В. Глазунов // Хірургічна перспектива. – 2010. – № 1. – С. 138–141.

7. Орел Ю. Г. Діагностично-лікувальний алгоритм при гострій мезентеріальній ішемії / Ю. Г. Орел // AML. – 2009. – № 4. – С. 49–54.

8. Савельев В. С. Острые нарушения мезентериального кровообращения / В. С. Савельев, И. В. Спиридонов. – М.: Медицина, 1979. – 232 с.

9. Случай хирургически радикальной операции при тромбозе начального отдела верхней брыжеечной артерии / С. В. Тарасенко, С. В. Леонченко, В. В. Зацаринный [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. – 2011. – № 2. – С. 87–88.

Отримано 20.08.12