

УДК 616.383:616.11/.16]-005.4-036.11-083.98

ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІЙНОГО КРОВООБІГУ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Б.О. Матвійчук¹, В.Т. Бочар¹, О.В. Зубенко², В.А. Титюк¹, Б.І. Бакум¹,
В.Л. Потехін¹, І.Б. Бардах¹, В.В. Митрашевський¹

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів

Реферат. У статті проаналізовано результати хірургічного лікування 68 пацієнтів із гострим порушенням мезентерійного кровообігу у загальнохірургічному відділенні за 4 роки. Післяопераційна летальність – 73,5%. У 19 (27,9%) хворих при діагностичній лапаротомії / відеолапароскопії стверджено інкурабельність патологічного процесу. П'ятьом (7,4%) пацієнтам проведено ревазуляризуючі операції, у двох їх доповнено резекцією некротизованого сегмента кишки. Резекцію кишки із анастомозом виконано у 28 (41,1%) хворих, формування енто- чи колостоми – у 15 (22,1%) хворих. Енто- або колостомію виконували у 8 пацієнтів при першій операції, у 7 – під час програмованої або вимушеної релапаротомії. Неспроможність швів анастомозу виникла у 5, парастомні ускладнення – у 3 (некроз стоми – 2, некроз і ретракція стоми – 1). Формування стоми у таких пацієнтів необхідно проводити на найбільш візуально незмінній частині кишки, максимально уникаючи натягу та стискання в апертурі передньої черевної стінки виведеного сегмента кишки. Враховуючи доволі незадовільні показники хірургічного лікування, вважаємо актуальним та важливим для хірургів загальнохірургічних відділень як подальше поглиблене вивчення проблеми гострого порушення мезентерійного кровообігу, так і вдосконалення техніки операційних втручань на судинах.

Ключові слова: гостре порушення мезентерійного кровообігу, ревазуляризація, ентеростома, колостома, парастомні ускладнення.

Гостре порушення мезентерійного кровообігу (ГПМК) є найбільш важкою, в більшості драматичною проблемою сучасної абдомінальної та судинної хірургії [4, 5, 7]. Частка хворих із ГПМК у структурі загальної летальності є доволі значною, а хірургічне лікування супроводжується високими показниками післяопераційної летальності – 54,5-92% [1-3, 9, 11]. Особливо актуальною проблема є для загальнохірургічних відділень, куди госпіталізують основну частину пацієнтів. Враховуючи в більшості незадовільні показники хірургічного лікування ГПМК, питання вчасної діагностики і хірургічної тактики при цьому тяжкому захворюванні потребують подальшого вирішення [2, 3, 5, 6].

Метою роботи було провести аналіз хірургічного лікування ГПМК у клініці невідкладної абдомінальної хірургії.

Матеріал та методи

Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 68 хворих із ГПМК за період 2006-2009 р.р. Чоловіків було 28 (41,2%), жінок – 40 (58,8%). Переважали особи похилого (30,1%) та старечого (54,4%) віку. До 12 год. від перших проявів захворювання госпіталізовано лише 4 (5,9%) хворих, решта – пізніше 12 год. У всіх пацієнтів були супровідні захворювання: загальний атеросклероз, кардіосклероз, есенціальна артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, які часто супроводжувалися порушенням серцевого ритму та тяжкою серцевою недостатністю. Усіх хворих оперовано в межах від 3 до 12 год. від часу госпіталізації. Стадію ішемії встановлено у 5 (7,3%) пацієнтів, стадію інфаркту кишки – у 10 (14,7%), стадію перитоніту – у 53 (77,9%).

У 19 (27,9%) хворих стверджено інкурабельність патологічного процесу. З них у 7 діагноз встановлено під час мінілапаротомії, яку виконували під місцевим знеболенням, у 10 – під час експлораційної лапаротомії, та у 2 – відеолапароскопії. Загалом померло 47 хворих, післяопераційна летальність – 73,5%. Причиною смерті було прогресування поліорганної недостатності на фоні супровідних захворювань, у 2 смерть спричинила тромбоемболія легеневої артерії.

Результати та обговорення

При підозрі на ГПМК, як прийнято у більшості клінік, віддаємо перевагу активній хірургічній тактиці, а обсяг операції визначаємо стадією захворювання [3, 5, 7, 8].

Стадію ішемії встановлено у 5 пацієнтів. У двох хворих під час діагностичної лапаротомії проведено лише огляд кишок та призначено консервативну терапію (нітрати, дезагреганти, низькомолекулярні гепарини). Одному із них заплановано програмовану релапаротомію (РЛТ) через 24 год., але хворий помер від прогресування супровідної патології. В іншого консервативне лікування було із добрим позитивним ефектом, програмовану РЛТ не виконували, він у задовільному стані виписаний додому. Слід зауважити, що в цьому випадку

ку захворювання протікало із компенсацією мезентерійного кровообігу. Ще трьом хворим цієї групи після ревізії органів черевної порожнини та встановлення діагнозу, було виконано втручання на верхній брижовій артерії. Отож, в одного 55-річного пацієнта успішно зроблено тромбемболектомію та повністю відновлено кровоплин, явища ішемії регресували, хворого виписано в задовільному стані. У двох інших пацієнтів виконано тільки ревізію верхньої брижової артерії, кровоплин відновити не вдалося через значно виражені атеросклеротичні зміни судини, а ревазуляризацію шляхом шунтуючих операцій не проводили через важкий стан хворих, обидва померли від прогресування ішемії.

Стадію інфаркту кишки констатували при наявності у черевній порожнині некротизованого сегмента кишки, невеликої кількості серозного ексудату та відсутності фібричних нашарувань. У цій стадії прооперовано 10 хворих, із них померло 7, післяопераційна летальність – 70%. У 5 оперованих стверджено ураження як тонкої, так і правої половини товстої кишок. У двох пацієнтів при проведенні діагностичної лапаротомії / відеолапароскопії стверджено венозний тромбоз мезентерійних судин. Першому хворому виконано резекцію зміненого сегмента тонкої кишки та сформовано одноканальну ілеостому. Другому після відеолапароскопії призначено консервативне лікування, яке не дало позитивних результатів, оскільки через 24 год., при виконанні втручання second-look, стверджено некроз більшої частини тонкої кишки та перфорацію її у декількох місцях, дифузний гнійний перитоніт. Проведено резекцію зміненої кишки, ілеостомію.

Проведене дослідження дає підстави вважати, що ревазуляризуючі операції у стадії інфаркту можливі лише у поєднанні з резекцією некротизованої кишки, що співзвучне із літературними даними [5, 8]. Двом хворим цієї групи проведено тромбемболектомію із верхньої брижової артерії та видалено некротизований сегмент тонкої кишки із формуванням анастомозу. Один пацієнт помер через добу після операції від тромбоемболії гілок легеневої артерії, в іншого, при проведенні second-look через 24 години, стверджено сегментарний некроз тонкої кишки, змінену ділянку резековано та сформовано ілеоілеоанастомоз, хворого виписано у задовільному стані. Решті 6 пацієнтам провели резекцію зміненого сегмента тонкої та/або товстої кишки із формуванням міжкишкових анастомозів (ілеоілеоанастомозу

– 3, ілеотрансверзоанастомозу – 2 та ілеоасцендоанастомозу – 1) без ревазуляризації. В одному випадку стверджено неспроможність швів анастомозу, на вимушеній РЛТ виконано резекцію некротизованого сегмента тонкої кишки разом із анастомозом та сформовано термінальну єюностому, хвора померла. Ще 3 пацієнти після резекцій кишки померли через тяжкість загального стану та декомпенсовану супровідну патологію.

У стадії перитоніту оперовано 53 пацієнти. У більшості хворих (40 – 75,5%) стверджено серозно-геморагічний перитоніт, у 8 (15,1%) – гнійний, у 5 (9,4%) – каловий. Померло 36 хворих, післяопераційна летальність – 67,9%. У цій групі ревазуляризацію не проводили. У 19 (35,8%) хворих стверджено інкурабельність патологічного процесу. У 18 оперованих виявлено ураження товстої кишки, із них у 3 пацієнтів знайдено ізольований тромбоз нижньої брижової артерії із некрозом лівих відділів товстої кишки.

При серозно-геморагічному перитоніті виконували переважно резекційні методи хірургічного лікування. Отож, у 21 хворого провели резекцію некротизованого сегмента тонкої та/або товстої кишок із формуванням міжкишкових анастомозів (ілеоілеоанастомозу – 8, єюноілеоанастомозу – 5 ілеотрансверзоанастомозу – 3, єюотрансверзоанастомозу – 2, ілеоцекоанастомозу – 2 та дуоденоілеоанастомозу – 1). У 4 із них стверджено неспроможність швів анастомозу, всім їм виконано ілестомію при вимушених РЛТ. У випадках місцевого гнійного перитоніту (при перфорації тонкої кишки) у 3 пацієнтів проведено резекцію ураженого сегмента кишки та формування анастомозу. При дифузному гнійному або каловому перитоніті – після резекції некротизованого сегмента кишки сформувано стому. Одноканальну ілеостомію виконано у 5 хворих, цекостомію – у 1, у 3 пацієнтів із тромбозом нижньої брижової артерії та некрозом лівих відділів товстої кишки – одноканальну трансверзостомію.

У післяопераційному періоді виникли 3 (20%) ускладнення стоми. Внаслідок прогресування ішемії в двох хворих розвинувся некроз ілеостоми, в іншій пацієнтки із тромбозом нижньої мезентерійної артерії – некроз та ретракція трансверзостоми, всі хворі із парастомними ускладненнями померли. Виникнення парастомних ускладнень у хворих із ГПМК мають певні причини. Нерідко хірург формує стому на зовнішньо практично незміненому сегменті кишки, проте, при патоморфологічному дослідженні у ньому

знаходять значні мікроциркуляторні, а деколи і некробіотичні зміни [4]. Виражене порушення кровопостачання стінки кишки внаслідок тромбемболії чи атеросклеротичної оклюзії судин брижі, наступний деколи мінімальний натяг виведеного сегмента, а також навіть незначне стиснення його в апертурі передньої черевної стінки призводять до швидкого прогресування ішемії та некрозу стоми, а часто її ретракції та виникнення перитоніту.

Аналізуючи власні результати, а також повідомлення в літературі, можна стверджувати, що проблема ГПМК є далекою від вирішення [3-5, 9, 11, 12]. Успіх лікування багато у чому залежить від вчасного виявлення захворювання [2, 3, 6]. Нові можливості для встановлення раннього діагнозу дає ангіографія, комп'ютерна томографія та відеолапароскопія [2, 6, 10, 12]. Слід зазначити, що у нашому матеріалі із цих методів використано тільки відеолапароскопію – її виконували у 11 хворих (у однієї пацієнтки двічі з інтервалом 12 год.). Проте, відеолапароскопічна семіотика ГПМК у стадії ішемії є дуже «скупа», можливі несправжні негативні зміни кишки, що і було стверджено у 2 випадках, коли через 12 год. після лапароскопічного заперечення ГПМК у хворих прогресувала клінічна картина «гострого живота», а при лапаротомії знайдено стадію перитоніту цього захворювання.

Із 68 оперованих хворих тільки у 5 (7,5%) проведено ревазуляризацію, у 2 пацієнтів вона була доповнена резекцією сегмента зміненої кишки. Проведене дослідження дає підстави вважати, що первинна резекція кишки із анастомозом без ревазуляризації у стадії інфаркту супроводжується високим ризиком прогресування ішемії та розвитку неспроможності анастомозу, що співзвучне із літературними даними [5, 8]. Однак, як і вказують інші автори, у загальнохірургічних відділеннях є доволі невеликий відсоток ревазуляризуючих операцій [3, 7]. Адже, вкрай важкий стан хворого на фоні великої кількості супровідних захворювань, пізня діагностика захворювання та відсутність у більшості ургентних хірургів досвіду проведення складних операційних втручань на судинах, є тими стримуючими факторами до проведення ревазуляризації кишки [3].

Тому, підсумовуючи, вважаємо актуальними та важливими на сьогодні як подальше вивчення хірургами проблеми ГПМК, так і вдосконалення техніки операційних втручань на судинах. Також, як і більшість авторів, вважаємо за доцільне при підозрінні на ГПМК

більш ширше використання сучасних методів діагностики (ангіографії, комп'ютерної томографії та відеолапароскопії) [2, 6, 10].

Висновки

1. ГПМК є одним із найбільш тяжких гострих захворювань органів черевної порожнини, яке супроводжується високою летальністю.

2. Врахування стадії захворювання при ГПМК дозволяє визначити правильну подальшу тактику хірургічного лікування таких хворих. У стадії дифузного гнійного чи калового перитоніту оптимальною операцією є резекція патологічно зміненого сегмента кишки та формування одноканальної ентеро- або колостоми.

3. Формування стоми у пацієнтів із ГПМК необхідно проводити на найбільш візуально незмінній частині кишки, максимально уникаючи натягу та стискання в апертурі передньої черевної стінки виведеного сегмента кишки.

4. Актуальним та важливим для хірургів загальнохірургічних відділень є як подальше поглиблене вивчення проблеми ГПМК, так і вдосконалення техніки операційних втручань на судинах.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Б.О. Матвийчук, В.Т. Бочар, О.В. Зубенко, В.А. Тытюк, Б.И. Бакум, В.Л. Потехин, И.Б. Бардах, В.В. Митрашевский

Реферат. В статье проанализированы результаты хирургического лечения 68 пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения в общехирургическом отделении за 4 года. Послеоперационная летальность – 73,5%. В 19 (27,9%) больных при диагностической лапаротомии / видеолапароскопии процесс признан инкурабельным. Пяти (7,4%) пациентам проведены ревазуляризующие операции, в двух они дополнены резекцией некротизированного сегмента кишки. Резекция кишки с анастомозом выполнена в 28 (41,1%) больных, формирование энтеро- или колостоми – в 15 (22,1%) больных. Несостоятельность швов анастомоза возникла в 5, осложнения стоми – в 3 (некроз стоми – 2, некроз и ретракция стоми – 1). Формирование стоми у таких пациентов необходимо проводить на наиболее визуально неизменной части кишки, максимально избегая натяжения и сжимания в апертуре передней брюшной стенки выведенного сегмента кишки. Учитываем неудовлетворительные показатели хирургического лечения, считаем актуальным и важным для хирургов общехирургических отделений как дальнейшее углубленное изучение проблемы острого нарушения мезентериального кровообращения, так и совершенствование техники операционных вмешательств на сосудах.

Ключевые слова: острое нарушение мезентериального кровообращения, ревазуляризация, энтеростома, колостома, параколостомические осложнения.

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

B.O. Matviychuk, V.T. Bochar, O. Zubenko, V.A. Tytjuk, B.I. Bakum, V.L. Potjehin, I.B. Bardah, V.V. Mytrashevskij

Abstract. The article contains the analysis of results of surgical treatment of 68 patients with acute mesenteric ischemia for the last 4 years. Postoperative mortality made up 73,5%. In 19 (27,9%) cases, the incurability was diagnosed during laparotomy/laparoscopy. Five (7,4%) patients undergone surgical revascularization, with resection of necrotized segment of the bowel in 2 cases. Bowel resection with further anastomosing was performed in 28 (41,1%) patients, entero- or colostomy – in 15 (22,1%). Anastomotic leak had developed in 5 patients, parastomal complications – in 3 patients (stoma necrosis – 2, stoma necrosis and retraction – 1). Taking into account rather dissatisfactory results of surgical treatment, we consider further in-depth research of acute mesenteric ischemia and its surgical management to be very actual. Ostomy in patients with acute mesenteric ischemia should be performed on the visually most viable part of gut, obviating excessive tension and compression of terminal segment in the abdominal wall aperture.

Key words: acute mesenteric ischemia, revascularization, enterostomy, colostomy, parastomal complications.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баешко А.А. Причина и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баешко, С.А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 57-63.
2. Гаджиев М.М. К диагностике и лечению острых тромбозов верхних мезентериальных сосудов / М.М. Гаджиев, Э.Н. Гаврилов, Ю.Г. Васильев [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 9. – С. 42-44.
3. Огоновський В.К. Гостра мезентеріальна ішемія / В.К.Огоновський, О.І.Палій, В.М. Жолоб, О.Л. Куляба // Медицина транспорту України. – 2008. – № 2. – С. 71-73.
4. 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.
5. Орел Ю.Г. Лікування гострої мезентеріальної ішемії / Ю.Г. Орел // Шпитальна хірургія. – 2000. – № 3. – С. 15-18.
6. Хрипун А.И. Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С. Н. Шурыгин, А.Д. Пряников [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 10. – С. 56-60.
7. Шапошников В.И. К вопросу острого нарушения мезентериального кровообращения / В.И. Шапошников // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 1. – С. 42-43.
8. Acute Mesenteric Ischaemia / N.J. Menon, A.M. Amin, A. Mohammed, G. Hamilton // Acta Chir Belg. – 2005. – № 105. – P.344-354.
9. Stamatakos M. Mesenteric ischemia: still a deadly puzzle for the medical community / M. Stamatakos, C. Stefanaki, D. Mastrokalos [et al.] // Tohoku J Exp Med. – 2008. – Vol. 216, № 3. – P. 197-204.
10. Türkbey B. Utility of multidetector CT in an emergency setting in acute mesenteric ischemia / B. Türkbey, E. Akpınar, B Çil. [et al.] // Turkish Society of Radiology. – 2009. – № 10. – P. 110-116.
11. Unalp H.R. Prognostic factors for hospital mortality in patients with acute mesenteric ischemia who undergo intestinal resection due to necrosis / H.R. Unalp, K. Atahan, E. Kamer [et al.] // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. – 2010. – Vol. 16, № 1. – P. 63-70.
12. Wyers M.C. Acute mesenteric ischemia: diagnostic approach and surgical treatment / M.C. Wyers // Semin Vasc Surg. – 2010. – Vol. 23, № 1. – P. 9-20.