

ДОБРОКВАШИН С.В., ВОЛКОВ Д.Е., ИЗМАЙЛОВ А.Г., АЛЕСКЕРОВА А.Б.
Казанский государственный медицинский университет

616-089-005.7

Программированные релапаротомии при лечении острой окклюзии мезентериальных сосудов

Доброквашин Сергей Васильевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общей хирургии
420126, г. Казань, пр. Ямашева, д. 63, кв. 32, тел. 8-903-344-86-11

Изучены результаты лечения пациентов с острой окклюзией мезентериальных сосудов. Установлена целесообразность применения обструктивных резекций кишечника с отказом от наложения первичного межкишечного анастомоза в сочетании с программированными релапаротомиями.

Ключевые слова: мезентериальные сосуды, острая окклюзия, лечение.

DOBROKHASHIN S.V., VOLKOV D.E., IZMAILOV A.G., ALESKEROVA A.B.
Kazan State Medical University

Programming relaparotomy in the treatment of acute occlusion mesenteric vessels

Results of the treatment of patients with acute occlusion of mesenteric vessels was studied. The expediency of application of obstructive bowel resection with the rejection from imposition primary between intestinal anastomosis in conjunction with the programmed relaparotomy.

Keywords: mesenteric vessels, acute occlusion, treatment.

Острое нарушение мезентериального кровообращения — одна из наиболее сложных и неоднозначных проблем в современной абдоминальной хирургии. Нередкое отсутствие четкой клинической картины, трудности ранней диагностики острой окклюзии брыжеечных сосудов, сложность хирургического лечения в условиях ординарного городского стационара способствуют высокой летальности при этом заболевании, которая колеблется от 40 до 100% [1, 2, 3].

Под нашим наблюдением в отделении неотложной хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани с 1996 по 2009 год

находился 61 (100%) пациент с острой окклюзией мезентериальных сосудов. Среди них 32 (52,5%) мужчины и 29 (47,5%) женщин. Средний возраст мужчин составил $67,1 \pm 2,2$ лет, средний возраст женщин — $74,6 \pm 1,7$ года. У всех больных имелись сопутствующие заболевания: различные формы нарушения сердечного ритма — у 46 (75%) пациентов, гипертоническая болезнь — у 51 (83,6%) больного, последствия нарушения мозгового кровообращения наблюдали у 15 (24,5%), 14 пациентов (22,9%) ранее перенесли острый инфаркт миокарда. Всем пациентам при поступлении были выполнены общий

анализ крови и мочи, УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости, ЭКГ. В связи с тем, что в клинике нет возможности выполнения аортомезенерикографии, характер и уровень артериального или венозного поражения устанавливался в процессе хирургического лечения исходя из находок во время оперативных вмешательств. В связи с этим все пациенты были разделены на больных с острой артериальной окклюзией, острой венозной окклюзией и больных с признаками ишемии органов брюшной полости. Среди них 46 (75,4%) пациентов были с острой артериальной окклюзией, 1 (1,6%) пациент с острой венозной окклюзией без признаков некроза кишечника и 14 (22,9%) пациентов с признаками ишемии кишечника. У всех пациентов с острой артериальной окклюзией тотальный некроз тонкой кишки наблюдали в 26 (56,5%) случаях, сегментарный некроз тонкой кишки — у 13 (28,2%) пациентов, гангрена левой половины ободочной кишки — у 1 (2,3%) больного, тотальный некроз всего кишечника — в 6 (13%) случаях. Все пациенты оперированы.

Всем больным с подозрением на мезентериальную окклюзию была выполнена диагностическая видеолaparоскопия. У 15 (24,5%) пациентов в связи отсутствием признаков катастрофы в брюшной полости вмешательство ограничилось осмотром органов брюшной полости видеолaparоскопом с последующим контрольным дренированием брюшной полости одноросветной трубкой, а указанные случаи расценены как проявления хронической ишемии органов брюшной полости. У 46 (75%) пациентов потребовалась конверсия с определением дальнейшей хирургической тактики после ревизии брюшной полости и установления границы некроза кишки. Жизнеспособность кишки оценивалась интраоперационно по ее цвету, наличию перистальтики, пульсации брыжеечных сосудов. У 32 (52,4%) больных лапаротомия закончилась осмотром и дренированием брюшной полости, а случаи расценены как неоперабельные. У 10 (16,4%) пациентов выполнены различные по объему резекции кишечника. У 7 (11,4%) пациентов резекция кишечника была выполнена с наложением первичного анастомоза, у 3 (4,9%) больных произведена энтеростомия. Резекция выполнялась, отступив 10–15 см в проксимальном и дистальном направлениях от границы явно нежизнеспособной кишечной стенки.

У 4 (6,5%) пациентов в послеоперационном периоде выполнена релапаротомия по требованию. Показаниями к ней служили признаки несостоятельности анастомоза и прогрессирующего инфаркта кишки с появлением кишечного содержимого по дренажам, прогрессирование перитонита. Сроки выполнения релапаротомий варьировали от 48 часов до 12 суток. У всех больных наблюдали прогрессирование некротических

процессов в кишечнике. Все пациенты умерли в сроки до двух недель. 6 пациентов до релапаротомии не дожили и умерли в первые 2 суток после операции. Данная хирургическая тактика применялась нами до 2005 года. Послеоперационная летальность составила 100%.

С 2005 года при сегментарных некрозах кишечника нами применяется хирургическая тактика с использованием обструктивных резекций без наложения первичного анастомоза. После удаления измененного сегмента кишки культю приводящего и отводящего отдела формировали по Дуайену и оставляли в брюшной полости. Для декомпрессии приводящего отдела кишки производили его интубацию двухпросветным зондом через нос с активной аспирацией содержимого кишки. Брюшную полость ушивали и широко дренировали через контрапертуры с применением активных двухпросветных трубок в сочетании с перчаточными дренажами. Для контроля за течением некротического процесса в брюшной полости выполняли программированные релапаротомии через каждые 24–48 часов. Во время релапаротомий производили санацию брюшной полости и по необходимости выполняли дополнительную резекцию вновь некротизированных участков кишки. Показанием для наложения межкишечного анастомоза являлось отсутствие прогрессирования некроза кишки в течение 48 часов.

Указанная хирургическая тактика применена нами у 4 (100%) больных. Среди них 3 (75%) мужчин и одна (25%) женщина. Средний возраст пациентов составил $74 \pm 3,4$ года. Максимальное количество произведенных релапаротомий — 3. Умерли 3 пациента. Один пациент был благополучно выписан через 21 день от момента первой операции. Послеоперационная летальность составила 75%. Общая послеоперационная летальность за 14 лет у больных с различными по обширности и локализации некрозами кишечника, обусловленного острой окклюзией мезентериальных сосудов, составила 97,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Does a second-look operation improve survival in patients with peritonitis due to acute mesenteric ischemia? A five-year retrospective experience. Kaminsky O., Yampolski I., Aranovich D., Gnessin E., Greif F., World Journal of Surgery [World J Surg], 2005 May. — Vol. 29 (5). — P. 645–8.
2. Acute mesenteric ischemia: classification, evaluation and therapy. Lock G., Acta Gastro-Enterologica Belgica [Acta Gastroenterol Belg], 2002, Oct.-Dec. — Vol. 65 (4). — P. 220–5.
3. Acute mesenteric ischemia. Vokurka J., Olejnik J., Jedlicka V., Vesely M., Ciernik J., Paseka T., Hepato-Gastroenterology [Hepatogastroenterology], 2008, Jul.-Aug. — Vol. 55 (85). — P. 1349–52.

WWW.MFVT.RU

МЕДИЦИНА, ПРОВЕРЕННАЯ НА ПРАКТИКЕ