

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.136.44/.5-005.6-08

Т.В.Алексеев, К.Н.Мовчан, А.И.Безносков, И.Ф.Лозовский, В.А.Сидоренко

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования; Гатчинская центральная районная клиническая больница (главврач — В.А.Иванов)

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз, муниципальные учреждения здравоохранения.

Введение. Мезентериальный тромбоз (МТ) является одним из тяжелейших заболеваний брюшной полости, с которым часто приходится сталкиваться хирургу в практической деятельности [3, 5]. В последние десятилетия контингент больных с острым нарушением мезентериального кровообращения увеличивается в связи с общим ростом числа пациентов с заболеваниями системы кровообращения [1, 4]. Вместе с тем, летальность при МТ сохраняется высокой, достигая 85–100% [2, 7]. Одной из причин высокой летальности является трудность своевременной диагностики заболевания даже в условиях специализированных медицинских учреждений и, как следствие, запоздалое и малоэффективное оперативное пособие [5]. Особенно остро проблема лечения больных с МТ стоит в провинциальных больницах, где возможности оказания медицинской помощи, квалификация врачей и оснащённость лечебных учреждений уступают таковым в многопрофильных клиниках региональных административных центров и столичных мегаполисов [6]. Поэтому оптимизация обследования и лечения пациентов с МТ в муниципальных учреждениях здравоохранения, расположенных вне региональных административных центров, представляет актуальную задачу медицинской науки и практического здравоохранения.

Цель исследования — улучшение результатов оказания медицинской помощи при мезентериальном тромбозе населению, проживающему вне административных центров регионов.

Материал и методы. Основу исследования составили данные о 199 пациентах с МТ. Изучали сведения о больных, проходивших лечение в Гатчинской центральной районной больнице (108 больных) и других больницах Ленинградской области (91 пациент).

Проводили медико-статистический анализ данных о пациентах, клинического обследования больных, лабораторных исследований, рентгенографии и ультразвукового сканирования органов брюшной полости. Математическую обработку данных осуществляли методами вариационной статистики с использованием программного пакета MS Excel-2002 с макрос-дополнением XLSTAT-Pro. Значимость различий между полученными показателями оценивали с помощью t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В 193 (97%) наблюдениях острая окклюзия мезентериальных сосудов у пациентов развилась на фоне длительно существующих хронических заболеваний органов кровообращения (ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь), что явилось предрасполагающим фактором к снижению висцерального кровоснабжения и тромбообразованию в брыжеечном русле. У каждого второго больного (55%) имело место нарушение сердечного ритма (мерцательная аритмия) пароксизмального или постоянного характера. Тромбоз мезентериальных сосудов был у 189 пациентов, эмболия — у 10. В верхней брыжеечной артерии окклюзия локализовалась у 161 (81%) больного, в нижней брыжеечной артерии — у 10 (5%), в верхней брыжеечной вене — у 14 (7%), в верхней и нижней брыжеечных артериях — у 14 (7%).

В большинстве случаев (56,5%) первичная медицинская помощь жителям районов Ленинградской области при МТ осуществляется работниками станций скорой помощи ввиду отдалённости многих населённых пунктов от территориальных лечебных учреждений и тяжёлого состояния пациентов. При этом более 60% осмотров пациентов с заболеваниями группы острого живота проводили средний медицинский персонал (фельдшера), что часто обуславливает неправильную интерпретацию клинических проявлений острого нарушения мезентериального кровообращения.

Оказать консультативную помощь пациентам с подозрением на абдоминальную ишемию в амбулаториях невозможно в связи с низкой (52%) укомплектованностью врачами поликлинических учреждений сельской местности, значительно уступающей аналогичному показателю в городских лечебных учреждениях.

Диагнозы, выставляемые пациентам с МТ медработниками первого контакта, свидетельствуют об отсутствии надлежащей настороженности в отношении данной нозологической формы у сотрудников муниципальных лечебных учреждений. В большинстве случаев (58,3–63%) при осмотре пациентов работниками скорой помощи выставляется диагноз «острый живот» и только у 5,6% — МТ. В приёмных отделениях больниц малых городов диагноз заболевания установлен в 25 (23,1%) наблюдениях.

Вследствие поздней обращаемости сельских жителей за медицинской помощью, удалённости многих населённых пунктов от муниципальных учреждений здравоохранения, трудных дорожных условий и ошибок в диагностике заболевания, сроки госпитализации больных с МТ в районные больницы нельзя считать удовлетворительными. В частности, в течение первых 6 ч с острым МТ в стационары малых городов и сельских поселений региона госпитализировано лишь 25 (23,2%) пациентов, в срок от 6 до 24 ч — 29 (27%), 54 человека (50%) госпитализированы в муниципальные больницы позднее 1 сут от начала заболевания в тяжёлом состоянии с явлениями перитонита и интоксикации.

Верификация МТ до операции в лечебных учреждениях сельской местности в 57,5% наблюдений осуществлялась на основании только клинического обследования. Ультразвуковая доплерография сосудов брюшной полости не применяется ввиду отсутствия аппаратов и владеющих методом специалистов. Анализ данных о семиотике МТ у пациентов показал неспецифичность клинической картины этого заболевания. Наиболее постоянными симптомами острой мезентериальной окклюзии оказались боль в животе (100%), болезненность живота при пальпации (100%) и рвота (85%). Стул типа «малинового желе», описываемый в качестве классического признака мезентериального инфаркта, отмечен нами лишь в 16% наблюдений. Перед операцией диагноз МТ установлен лишь у 30,6% больных.

Основным фактором, позволяющим рассчитывать на результативное лечение больных с МТ, является своевременно проведенное оперативное пособие. У 47 (57%) пациентов с МТ оперативные вмешательства в больнице Гатчинского района проводили в экстренном порядке в течение первых

2–3 ч госпитализации при явной клинической картине тромбоза мезентериальных сосудов. В трети (28) наблюдений операции выполняли срочно (в течение 24 ч) при появлении признаков перитонита, 8 (10%) больных оперированы отсроченно из-за диагностических ошибок.

Вследствие длительности заболевания и обширности тромботического поражения мезентериального русла у жителей сельской местности, более чем в трети наблюдений (37,3%) интраоперационно констатирован тотальный некроз тонкой кишки, исключая эффективное хирургическое лечение. Реже обнаружены сегментарное омертвление тонкой кишки (30,1%) и субтотальный некроз тонкой кишки (16,8%). В 8% наблюдений на момент первичной ревизии брюшной полости макроскопические признаки некроза отсутствовали.

Соответственно степени и объёму ишемического изменения кишечника при МТ в больницах малых городов и сельских поселений региона проводится оперативное лечение больных. В Гатчинском муниципальном районе у 35 (42%) пациентов выполнена резекция тонкой и толстой кишки, реже — другие виды оперативного пособия (тромбоэмболектомия — у 6%, сочетанные операции — у 3%, диагностическая лапаротомия — у 41%, диагностическая лапароскопия — у 5%, диагностическая мини-лапаротомия — у 5%).

Сегментарные резекции тонкой кишки были у 22 (63%) больных, субтотальные резекции тонкой кишки — у 5 (14%), правосторонние гемиколэктомии — у 8 (23%).

Послеоперационная летальность при МТ в Гатчинской ЦРБ была 80,7%, а общая летальность — 85,2%. В целом, в Ленинградской области показатель послеоперационной летальности оказался 91,3%, а общей летальности — 92,6%, что указывает на необходимость улучшения результатов лечения данной категории больных.

Вариантами улучшения результатов лечения пациентов с МТ в муниципальных учреждениях здравоохранения региона являются совершенствование применяемых хирургических технологий и оптимизация организации оказания медицинской помощи при данной нозологической форме жителям малых городов и сельских поселений.

Одним из технологических путей улучшения результатов лечения является проведение оперативных пособий на мезентериальных сосудах. С 1996 по 2006 г. в ряде муниципальных больниц Ленинградской области выполнены 8 операций тромбоэмболектомии пациентам с эмболией верхней брыжеечной артерии. У 6 из 8 пациентов наступил летальный исход вследствие ретро тромбоза верхней брыжеечной артерии с гангреной

тонкой кишки и перитонитом. Однако у двух пациентов отмечено выздоровление. Без попытки реваскуляризирующего пособия у данной категории пациентов с обширным ишемическим поражением тонкой кишки летальность достигает 100%. Это хирургам муниципальных больниц следует учитывать, осваивать технику проведения тромбозембоэктомии и применять данный оперативный приём в своей практике.

Важным этапом лечения больных с МТ является выполнение программированной релапаротомии. В 6 муниципальных больницах Ленинградского региона нами изучено 20 наблюдений проведения релапаротомии пациентам с МТ. В группе больных, перенесших релапаротомию «по требованию», умерли 9 из 12 человек. В группе пациентов, которым проводилась программированная релапаротомия через 24–48 ч после первой операции, летальные исходы отмечены у 3 из 8. Очевидно, что программированная релапаротомия в течение первых суток после операции характеризуется меньшими показателями летальности, чем релапаротомия «по требованию» в поздние сроки.

Информативным способом верификации МТ мы считаем применение видеоэндоскопической методики. В муниципальных больницах Ленин-

градской области за 10-летний период проведены 10 операций видеолaparоскопической диагностики МТ. В первые часы заболевания при ревизии отмечались бледная либо цианотичная окраска кишечных петель, спастическая перистальтика участков тонкой кишки (в виде «чётков»), отсутствие пульсации краевых сосудов брыжейки. В 1-е сутки МТ выявлялись геморрагический выпот в брюшной полости, тёмно-багровый цвет петель тонкой кишки, отёк её брыжейки, ослабление кишечной перистальтики. У всех больных поставлен диагноз острой мезентериальной окклюзии в бассейне верхней брыжеечной артерии, что позволило у 9 из них провести конверсию и оперативное лечение. Лишь в 1 наблюдении пособие было ограничено диагностической лапароскопией вследствие тяжёлого состояния пациента.

Нами проведена оценка антикоагулянтных препаратов в послеоперационном периоде. В частности, применение низкомолекулярного гепарина в послеоперационном периоде у пациентов с МТ, по сравнению с терапией нефракционированным гепарином, сопровождается меньшим числом возникновения тромбоземболических осложнений. В группе пациентов, получавших клексан (15 человек), ретромбоз брыжеечных сосудов наступил у 3. В группе больных с МТ, которым применяли нефракционированный гепарин (42 человека), помимо ретромбоза брыжеечных сосудов у 12 из них, имели место тромбоземболия лёгочной артерии и острый инфаркт миокарда (2 наблюдения). Геморрагических осложнений у пациентов, получавших клексан, не наблюдалось. В группе больных, которые в послеоперационном периоде получали нефракционированный гепарин, у 2 возникли острые гастродуоденальные язвы, у 9 — транзиторная гематурия, у 20 — повышенная кровоточивость послеоперационной раны.

Улучшению результатов оказания медицинской помощи пациентам с МТ в больницах региона способствует проведение определённых организационных мероприятий.

В частности, реорганизация хирургической службы с концентрацией её сил и средств в центральной районной больнице (увеличение коечного фонда хирургического отделения ЦРБ при уменьшении числа коек в отделениях хирургии районных больниц) в Гатчинском районе Ленинградской области позволила улучшить результаты оперативного

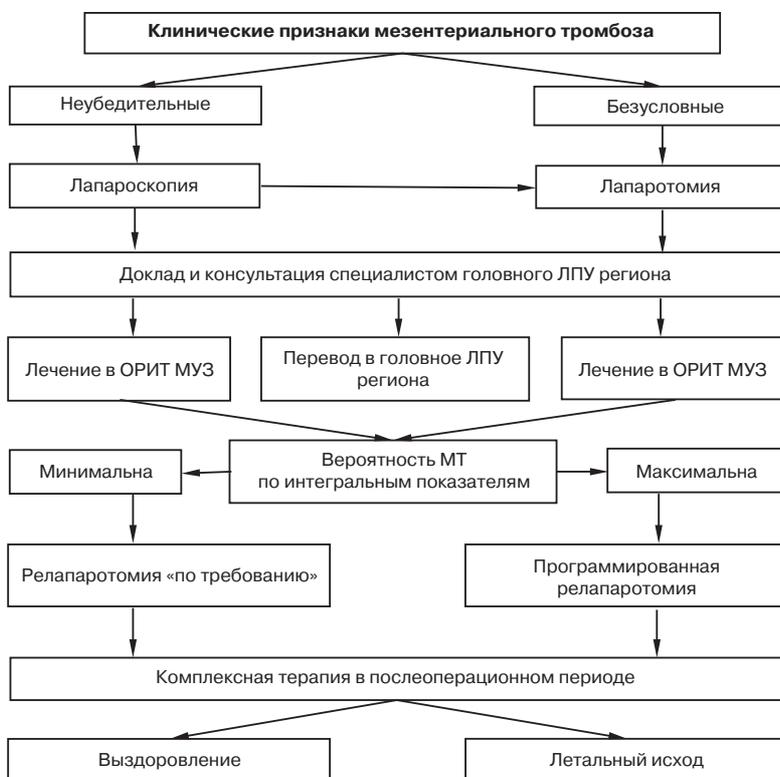


Схема алгоритма обследования и лечения больных с мезентериальным тромбозом.

лечения больных. Свидетельством этого стало снижение послеоперационной летальности при острой хирургической патологии органов брюшной полости (с 3 до 1,5%), уменьшение частоты послеоперационных осложнений (до 0,9%) и сокращение среднего срока лечения больных до 8 сут. При МТ показатели послеоперационной летальности в районе снизились с 81% (в 2006 г.) до 66% (в 2008 г.). Внедрением в практику методических рекомендаций по неотложной эндовидеохирургии острых заболеваний, ранений и травм живота в 2001 г. была унифицирована лечебно-диагностическая тактика при МТ в больницах малых городов и сельских поселений. В результате частота неверифицированного МТ в Гатчинском муниципальном районе снизилась с 20% (в 1997 г.) до 7% (начиная с 2004 г.). Для оказания медицинской помощи больным с МТ в муниципальных больницах Ленинградской области рекомендован алгоритм, предусматривающий этапность лечебно-диагностического процесса (схема).

Очевидно, что вопрос лечения пациентов с МТ, проживающих в малых городах и сельских поселениях, должен занимать одно из первых мест в системе медицинского обеспечения населения. Для решения основных задач по обследованию и лечению данной категории больных необходимы совершенствование хирургических технологий и оптимизация организации оказания медицинской помощи жителям провинциальных территорий.

Выводы. 1. Негативные результаты лечения больных с мезентериальным тромбозом в муниципальных учреждениях здравоохранения обуславливаются: поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, ошибками обследования и лечения на этапах медицинского обеспечения, отсутствием в больницах малых городов возможности круглосуточного проведения современных инструментальных методов диагностики МТ, недостаточной оснащённостью хирургических отделений стационаров сельской местности техническими средствами и обеспечением квалифицированными кадрами.

2. При неясном диагнозе и наличии факторов риска развития острой мезентериальной окклюзии следует целенаправленно использовать видеолaparоскопию, позволяющую верифицировать мезентериальный тромбоз, оценить объём поражения кишечника и определить дальнейшую тактику лечения.

3. Проведение в муниципальных больницах тромбоэмболектомии из верхней брыжеечной артерии при её эмболии с протяжённым ише-

мическим изменением кишечника даёт шанс на благоприятный исход заболевания.

4. Применение ранней программированной релапаротомии у больных с мезентериальным тромбозом предотвращает развитие послеоперационных осложнений и снижает показатели послеоперационной летальности.

5. Организационные меры улучшения результатов лечения больных с мезентериальным тромбозом в больницах малых городов и сельских поселений включают: оснащение стационаров современными техническими средствами, реорганизацию хирургической службы с концентрацией основных сил и средств в центральной районной больнице, регламентацию оказания медицинской помощи данному контингенту больных, повышение квалификации специалистов муниципальных учреждений здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баешко А.А. Острые нарушения брыжеечного кровообращения — этиология, факторы риска, распространенность // *Ангиол. и сосуд. хир.*—2004.—№ 4.—С. 99–113.
2. Баешко А.А. Причины и особенности поражения кишечника при острых нарушениях брыжеечного кровообращения // *Хирургия.*—2005.—№ 4.—С. 57–63.
3. Григорян Р.А. *Абдоминальная хирургия.*—М.: МИА, 2006.—672 с.
4. Давыдов Ю.А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия.—М.: Медицина, 1997.—205 с.
5. Кохан Е.П., Заварина И.К. Избранные лекции по ангиологии.—М.: Наука, 2006.—470 с.
6. Мовчан К.Н., Тюняева Т.Ю., Смирнов А.А. Некоторые организационные аспекты оптимизации деятельности хирургических подразделений МУЗ // *Мед. акад. журн.*—2003.—№ 2, прилож. 3.—С. 175.
7. Yanar H., Taviloglu K., Ertekin C. et al. Planned second-look laparoscopy in the management of acute mesenteric ischemia // *World J. Gastroenterol.*—2007.—Vol. 13, № 24.—P. 3350–3053.

Поступила в редакцию 28.10.2009 г.

T.V.Alekseev, K.N.Movchan, A.I.Beznosov, I.F.Loizovsky, V.A.Sidorenko

WAYS FOR OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MESENTERIAL THROMBOSIS IN MUNICIPAL MEDICAL INSTITUTIONS OF SMALL TOWNS AND RURAL AREA

An analysis of 199 cases has shown that verification of mesenteric thrombosis in municipal medical institutions is 5.6% at the prehospital period, 23% in the admission rooms of hospitals, 30% — in surgical departments before operation. The index of postoperative lethality remains high reaching 91.3% in municipal hospitals of Leningrad oblast. In order to improve results of treatment of patients with mesenteric thrombosis in municipal medical institutions of small towns and rural area it is necessary to develop technology and organization of medical aid in municipal medical institutions.