

© М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка, І.К. Чурпій, А.Є. Богуш, 2016

УДК 616.353-005.6-036.11-089

М.Г. ГОНЧАР, Я.М. КУЧІРКА, І.К. ЧУРПІЙ, А.Є. БОГУШ

Івано-Франківський національний медичний університет; Центральна міська клінічна лікарня, Івано-Франківськ

МОНІТОРИНГ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ БРИЖОВОГО КРОВОПЛИНУ

В роботі аналізуються результати лікування 45 хворих з гострим тромбозом брижових судин. Кінцевим етапом діагностики автори вважають застосування лапароскопічних технологій. У 42 хворих проведено лапароскопічну діагностику (пробна лапароскопія). У 16 пацієнтів діагностовано фібринозно-геморагічний перитоніт і у 26 – серозно-геморагічний перитоніт. У 23 хворих виявлено тотальний некроз тонкої кишки; у 16 – сегментарний некроз тонкої кишки; у 3 – тотальний некроз всього кишечника. 16 хворим проведено лапаротомію. Усім хворим виконана резекція тонкої кишки в межах здорових тканин, назоінтестинальне дренивання, санація і дренивання черевної порожнини з закриттям черевної порожнини для програмованої лапаротомії. Післяопераційна летальність склала 62,5 %.

Автори дійшли висновку, що субтотальна резекція тонкої кишки – це шанс для продовження життя хворих.

Ключові слова: мезентеріальний тромбоз, гангрена кишки, резекція кишки, інтубація, програмована лапаротомія

Вступ. Гострий тромбоз брижових судин (ГТБС) – це найскладніший розділ ургентної абдомінальної хірургії, який супроводжується надзвичайно високою летальністю (60–100%) і, на жаль, не має тенденції до зниження [1, 3]. Причин такої високої летальності є декілька, а саме: відсутність чіткої клінічної картини на початку хвороби; стрімкий розвиток парезу кишків (14–16 год.); виникнення ентеральної недостатності з транслокацією патогенної мікрофлори в черевну порожнину [2].

Мета дослідження. Розробити оптимальний обсяг діагностики та оперативного втручання при гострому тромбозі мезентеріальних судин.

Матеріали та методи. Клініка гострого тромбозу мезентеріальних судин, як правило, починається гостро, з вираженого болю без чіткої локалізації типу «абдомінальної жаби», парезу, вздуття живота, інколи блювоти і рідко-го стільця з домішками крові. В крові спостерігається гіперлейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини констатує пневматоз кишечника, деколи з ознаками гаустрації тонкої кишки. Ультрасонографія показує відсутність перистальтичних рухів кишків і наявність вільної рідини у черевній порожнині. Пальцеве обстеження прямої кишки може виявити наявність рідкого калу з кров'янистим забарвленням. Через деякий час (24–48 год) розвивається клініка розлитого перитоніту.

Лікування починається з консервативної терапії: введення дезінтоксикаційних середників, антикоагулянтів, антибіотиків, корегуючої терапії. Відсутність позитивного результату від

консервативної терапії, наростання ознак інтоксикації і перитоніту, особливо поява кров'янистих виділень з прямої кишки, спонукає хірургів до активної хірургічної тактики з метою діагностики і вибору адекватного оперативного втручання.

В останні роки головним методом діагностики при гострій абдомінальній патології є лапароскопія. У хворих із тяжкою супутньою патологією застосовуємо розроблену в клініці методику лапароскопічної діагностики під місцевою анестезією з лапароліфтингом. Діагностика гангрені кишки не викликає особливих труднощів – колір кишки, роздуті петлі кишків з ознаками повної атонії, наявність геморагічної рідини. Крім того, тільки при введенні троакара з черевної порожнини з'являється «трупний» запах. Важливим етапом лапароскопічної діагностики є ретельний огляд всієї кишки (від зв'язки Трейца до ілео-цекального кута). Це дає можливість визначити масштабність ураження кишків, а звідси і об'єм оперативного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення. За останні 5 років (2011–2015 рр.) в хірургічному відділенні ЦМКЛ лікувалися 45 хворих з гострим тромбозом мезентеріальних судин. Вік хворих коливався від 48 до 93 років. Чоловіків було 28, жінок – 17. Всім хворим при поступленні в лікарню виконували загально-клінічні і біохімічні дослідження крові, ультрасонографію органів черевної порожнини зі спробою ідентифікації брижових артерій, оглядову рентгенографію органів черевної порожнини і пальцеве обстеження прямої кишки. 62% хворих поступили після 24 год від початку хвороби, 12 з них

переведені з терапевтичних відділень, де вони лікувалися внаслідок серцево-судинної патології.

Лапароскопічна діагностика проведена 42 хворим (3 із них під місцевою анестезією з лапароліфтингом). Троє хворих не оперовані внаслідок край тяжкого загального стану. У 23 хворих діагностовано тотальний некроз тонкої кишки, у 16 – сегментарний некроз тонкої кишки, у 3 – тотальний некроз всього кишечника (діагностика завершувалася санацією і дренажуванням черевної порожнини з наступним консервативним лікуванням в умовах відділення інтенсивної терапії). 16 хворим проведена конверсія, лапаротомія і ретельна ревізія органів черевної порожнини, яка засвідчила: у 12 хворих виявлено загальний фібринозно-геморагічний перитоніт, у 4 – серозно-геморагічний перитоніт. У 8 пацієнтів встановлено сегментарний некроз тонкої кишки, ще у 6 – субтотальний некроз тонкої кишки (на відстані 40–60 см від зв'язки Трейца кишка була життєздатна і в 2 випадках виявлені гіпоксичні плямисті зміни кишки, що спонукало до консервативних способів ліквідації тромбозу – введення в брижу тонкої кишки 100 мл 0,25% теплого розчину новокаїну, 1,0 мл 1% розчину ніотинової кислоти, 10 тис. ОД гепарину). Ознаки гіпоксії минули, кишка стала рожевою, з'явилася перистальтика.

Усім хворим із сегментарним некрозом тонкої кишки, незважаючи на наявність перитоніту, виконували резекцію тонкої кишки в межах здорових тканин (відступивши 5 см від краю некрозу) з накладанням ентеро-ентеро анастомозу та інтубацію тонкої кишки. Проводили ретельну санацію черевної порожнини антисептиками і дренажування з 4-х стандартних точок. У випадках стабільної гемодинаміки в брижу кишки вводили 80–100 мл 0,25% теплого розчину новокаїну. Черевну порожнину закривали рідкими вузловими швами (4–6 швів через усі шари передньої черевної стінки), в більшості випадків вшивали блискавку, для програмованої лапаростомії. Післяопераційний період, при стабільній гемо-

динаміці, вели під перідуральною анестезією для зняття больового синдрому та відновлення перистальтики кишків.

Хворим з субтотальним некрозом тонкої кишки виконували субтотальну резекцію з накладанням анастомозу в залежності від довжини здорової петлі. При довжині здорової кишки 30–40 см (2 випадки) накладали ілеоцекальний анастомоз по типу кінець в бік, при довжині кишки 50–60 см – ілеотрансверзоанастомоз по типу бік в бік. Усім цим хворим проводили назоінтестинальне дренажування кишків з проведенням зонда за анастомоз і зашивали рану для програмованої лапаротомії. Останню виконували через 18–24 години. В післяопераційному періоді у 2 хворих з сегментарним некрозом кишки, при програмованій лапаротомії були виявлені точкові перфорації кишків з прогресуванням перитоніту. Їм проведена субтотальна резекція тонкої кишки з відповідним анастомозом.

Зі стаціонару виписано 3 хворих після субтотальної резекції тонкої кишки і 7 хворих після сегментарної резекції тонкої кишки. Зв'язок з останніми підтримували протягом 3 років. Із них 1 хворий помер, за словами дружини через зловживання алкоголю. Післяопераційна летальність склала 62,5%.

Висновки.

1. Лапароскопічні технології є основним об'єктивним методом діагностики гострого тромбозу брижових судин.

2. Лапароскопічну діагностику необхідно проводити надзвичайно ретельно для визначення обсягу ураження.

3. Резекція тонкої кишки будь-якого обсягу повинна супроводжуватися назоінтестинальною інтубацією та програмованою лапаростомією.

4. Наявність загального перитоніту при інтубації кишків не є протипоказом до накладання міжкишкових анастомозів.

5. При наявності сучасного парентерального харчування субтотальна резекція тонкої кишки дає можливість сподіватись на менш драматичний вирок при цій патології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Жданов С.М., Даниленко І.А. Пробиотики в ранній ентеральній терапії у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність та гостре порушення мезентеріального кровообігу / С.М. Жданов, І.А. Даниленко // Український журнал хірургії. — 2009. — № 5. — С. 90—93.
2. Орел Ю.Г. Діагностика та лікування гострих порушень мезентеріального кровообігу до розвитку незворотніх змін в кишечнику / Ю.Г. Орел, І.І. Кобза // Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина». — 2003. — Вип. 20. — С. 18—20.
3. Суходоля А.І. Деякі аспекти хірургічної тактики при мезентеріальному тромбозі / А.І. Суходоля, В.В. Власов, М.С. Гойда, А.І. Кланца // Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина». — 2003. — Вип. 20. — С. 224—226.

M.H. HONCHAR, Ya.M. KUCHIRKA, I.K. CHURPII, A.Ye. BOHUSH

National Medical University, Central Town Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk

MONITORING OF SURGICAL TECHNIQUES IN CASE OF ACUTE DISTURBANCES OF MESENTERIC BLOOD FLOW

The results of treatment of 45 patients suffering from acute thrombosis of mesenteric vessels have been analyzed in this research work. The authors suppose laparoscopic techniques to be the final stage of making a diagnosis. 42 patients underwent laparoscopic diagnostic investigation (trial laparoscopy). 16 patients were diagnosed with fibrinohemorrhagic peritonitis and 26 patients were made a diagnosis of serohemorrhagic peritonitis. Total necrosis of the small intestine was revealed in 23 patients; segmental necrosis of the small intestine – in 16 patients; total necrosis of the whole intestine – in 3 patients. 16 patients underwent laparotomy. All the patients were performed resection of the small intestine within healthy tissue limits, naso-intestinal drainage, debridement and abdominal cavity drainage with abdominal cavity closure for programmable laparotomy. Postoperative mortality made up 62,5%. The authors have come to the conclusion that subtotal resection of the small intestine may give patients a chance to survive.

Key words: mesenteric thrombosis, bowel gangrene, bowel resection, intubation, programmable laparostomy

Стаття надійшла до редакції: 24.05.2016 р.