

В.И. ДЕМЧЕНКО, М.В. КУКОШ, Д.Л. КОЛЕСНИКОВ

ПЛАНОВАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
Российская Федерация

Цель. Провести оценку эффективности использования в комплексном лечении пациентов мезентериальным тромбозом плановой релапаротомии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 107 пациентов с мезентериальным тромбозом, поступивших в «Городскую клиническую больницу № 7» г. Нижний Новгород в период с 2005 по 2011 годы. Из них мужчин было 49, женщин – 58. До 60 лет пациентов было 18, старше 60 лет – 89. В связи с явлениями полиорганной недостаточности не оперировано 35 пациентов, летальность среди них составила 100%. Оперировано 72 пациента. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на две группы. В первой группе (20 пациентов; период с 2005-2006 гг.) применялась резекция кишечника с созданием анастомоза. Во второй группе (52 пациента, период с 2007-2011 гг.) выполнялась (при сомнении в границах поражения) резекция кишечника с ушиванием его концов наглухо, плановые релапаротомии с оценкой жизнеспособности кишечника и созданием анастомоза, круглосуточное введение антикоагулянтов, перидуральная анестезия. Сравнимые группы были сопоставимы по основным показателям. Оценка результатов лечения проводили по показателю летальности.

Результаты. В первой группе оперировано 20 человек, умерло 18 (летальность 90%). Выполнено 3 «релапаротомии по требованию», умерло – 2 (летальность – 66,6%). Во второй группе оперировано 52 пациента, умерло – 32 (летальность – 61,5%). Выполнено 15 плановых релапаротомий, умерло – 6 пациентов (летальность – 40%). Установлено, что применение в комплексном лечении мезентериального тромбоза отсроченного анастомозирования во время ранней плановой релапаротомии является обоснованным. Отмечается снижение послеоперационной летальности с 90% до 61,5%, а общей летальности с 93,1% до 74,4%.

Заключение. Проведенное исследование подтвердило эффективность применения в комплексном лечении пациентов мезентериальным тромбозом плановых релапаротомий с оценкой жизнеспособности кишечника и созданием анастомоза.

Ключевые слова: мезентериальная ишемия, мезентерильный тромбоз, плановая релапаротомия

Objectives. To evaluate the effectiveness of the planned relaparotomy in the complex treatment of patients with mesenteric thromboses.

Methods. The treatment results of 107 (49 males, 58 females) patients with mesenteric thrombosis admitted to the “City Clinical Hospital N 7” of Nizhny Novgorod during the period from 2005 to 2011 yrs. have been analyzed. There were 18 patients up to 60 years, older than 60 years – 89. 35 patients were not operated on due to multiple organ failure, the mortality rate – 100%. 72 patients have been operated on. Depending on treatment the patients were divided into two groups. In the first group (20 patients, 2005-2006 yrs.) the bowel resection with anastomosis creation was performed. In the second group (52 patients, 2007-2011 yrs.) the patients were subjected to the bowel resection with suturing of its ends hermetically (in case of doubt bounds lesion), planned relaparotomies with intestinal viability assessment and anastomosis creation, circadian administration of the anticoagulants and peridural anesthesia. The groups were comparable according to the main values. Assessment of the treatment results was conducted according to the mortality rate.

Results. In the first group 20 patients were operated on, 18 died (mortality – 90%). Three “relaparotomies on demand” were carried out, 2 patients died (mortality – 66,6%). In the second group 52 patients operated on, 32 of them died (mortality – 61,5%). 15 planned relaparotomies were performed, 6 patients died (mortality – 40%). It is established that the application of the delayed anastomosis in the complex treatment of mesenteric thromboses during the early planned relaparotomy is considered to be justified. The reduction of postoperative mortality rate from 90% to 61,5% and general mortality from 93% to 74,4% have been registered.

Conclusions. The conducted study confirmed the effectiveness of the planned relaparotomy assessing viability of bowel and anastomosis performance in the complex treatment of patients with mesenteric thromboses.

Keywords: mesenteric ischemia, mesenteric thromboses, planned relaparotomy

Novosti Khirurgii. 2014 May-Jun; Vol 22 (3): 332-336

The planned relaparotomy in treatment of patients with mesenteric thromboses

V.I. Demchenko, M.V. Kukosh, D.L. Kolesnikov

Введение

Острая интестинальная ишемия (ОИИ) и, в частности, мезентериальный тромбоз (МТ) по-

прежнему остается самой тяжелой формой сосудистой патологии [1]. Количество пациентов с МТ постоянно растет в связи с увеличением количества людей пожилого и старческого воз-

раста и ростом числа пациентов с заболеваниями системы кровообращения [2, 3].

Число умирающих от МТ удалось несколько снизить путем внедрения в клиническую практику таких патогенетически обоснованных способов оперативного лечения, как резекция кишечника, тромбозэктомия, реконструктивные вмешательства на брыжеечных сосудах и др. [4, 5].

Сосудистые операции наиболее целесообразны в лечении МТ, однако пациенты поступают в стационар обычно в поздние сроки, когда хирургу остается выбирать только между возможностью выполнить резекцию кишечника или признать случай неоперабельным. Установление диагноза МТ является показанием к операции, противопоказанием служит лишь полиорганная недостаточность, с которой не удается справиться.

Сомнения в точном определении жизнеспособности кишечника и тяжелое состояние пациента во время хирургического вмешательства, проявление перитонита часто вынуждают хирурга ограничиться минимальной операцией резекции некротизированного участка.

Необходимость минимальной операции диктуется и ограничением продолжительности оперативного вмешательства. Установлено, что у пациентов с ОИИ, осложненной распространенным перитонитом, существует корреляция продолжительности неотложного оперативного вмешательства с вероятностью неблагоприятного исхода: при длительности операции более 100 минут прогнозируется вероятность летального исхода более 97% [6].

Летальность при ОИИ остается на протяжении долгих лет высокой и составляет 70-95% [2, 7]. Вместе с тем, альтернативы хирургическому лечению больных МТ в настоящее время нет [1].

Одним из способов лечения ОИИ является минимальная по времени и травматизации первичная операция — резекция некротизированного участка кишки с ушиванием ее концов наглухо. После выведения пациентов из тяжелого состояния выполняется плановая релапаротомия, во время которой оценивается жизнеспособность кишечника и проводится санация брюшной полости [8, 9].

Цель. Провести оценку эффективности использования в комплексном лечении пациентов мезентериальным тромбозом плановой релапаротомии.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 107 пациентов с мезентериальным тромбозом,

поступивших в «Городскую клиническую больницу №7» г. Нижний Новгород в период с 2005 по 2011 годы. Из них мужчин было 49 (45,8%), женщин — 58 (54,2%). До 60 лет пациентов было 18 (16,8%), старше 60 лет — 89 (83,2%).

У всех пациентов имелась сопутствующая патология, среди которой доминировали заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто встречалась ишемическая болезнь сердца — 90 (84,1%) пациентов, различные формы нарушения сердечного ритма наблюдались в 56-и (52,3%) случаях. Артериальная гипертензия встретилась у 73 (68,2%) человек. Острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе имели 27 (25,2%) и 15 (14,0%) пациентов соответственно. Второе место по распространенности занимали хронические обструктивные и неспецифические заболевания легких — 26 (24,3%) случаев. Кроме того, встречались сахарный диабет — 15 (14,0%), варикозная болезнь вен нижних конечностей — 13 (12,1%), деформирующий остеоартроз — 11 (10,3%), хронический пиелонефрит — 6 (5,6%). У одного пациента с МТ выявлялось от 2 до 6 сопутствующих заболеваний.

В связи с тяжестью состояния и нарастающей полиорганной недостаточностью не оперировано 35 (32,7%) пациентов, летальность среди них составила 100%. Оперировано 72 пациента (67,3%), послеоперационная летальность составила 69,4%. Эксплоративная лапаротомия выполнена 17-и пациентам (15,9%).

Пациенты разделены на две группы: контрольную (первая группа — 20 пациентов, пролеченных в период с 2005-2006 гг.) и основную (вторая группа — 52 пациента, пролеченных в период с 2007-2011 гг.). Учитывая тот факт, что все не оперированные пациенты скончались, они не включались в группы сравнения.

В контрольной группе применялась резекция кишечника с созданием анастомоза, п/к введении антикоагулянтов, релапаротомии выполнялись лишь по требованию.

Во второй, основной группе, кроме операции резекции кишечника с одномоментным созданием анастомоза, выполнялась резекция некротизированного участка кишки с ушиванием ее концов наглухо и назоинтестинальной декомпрессией приводящего отдела тонкой кишки. Данная операция производилась при сомнениях в оценке жизнеспособности кишки и пациентам с полиорганной недостаточностью, когда необходимо было снизить травматизм и длительность операции. После стабилизации состояния пациента на фоне проводимой интенсивной терапии (через 24-48 часов) проводилась плановая релапаротомия, во время которой

оценивалась жизнеспособность кишечника в зоне резекции (если необходимо, выполнялась перезекция) и только после этого накладывался межкишечный анастомоз. В послеоперационном периоде интенсивная терапия включала проведение перидуральной анестезии, круглосуточное введение антикоагулянтов, мероприятия направленные на улучшение микроциркуляции, поддержание адекватного газообмена и оксигенации, коррекцию метаболических нарушений, борьбу с токсемией и бактериемией.

Границы жизнеспособности кишечника оценивали субъективно на основании общепризнанных критериев (цвет и перистальтика кишки, пульсация брыжеечных артерий).

Оценку результатов лечения проводили по показателю летальности.

Статистическую обработку проводили с помощью специализированных пакетов прикладных лицензионных программ – SPSS 13.0 и Statistica 6.0. Для сравнения количественных признаков использовались t-тест Стьюдента для независимых выборок; качественных признаков – критерий χ^2 Пирсона и точный тест Фишера. Для определения достоверности различий в сравниваемых группах пациентов проводили расчет коэффициента достоверности (p), достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Сравнительные группы по полу, возрасту и стадии ОИИ не различались (Таблицы 1, 2).

На основании сравнительного анализа сопоставимых по основным показателям групп пациентов проведена оценка эффективности использования в лечении МТ программированной релапаротомии.

Результаты

За период 2005-2006 годы оперировано 20 человек, умерло 18 (послеоперационная летальность 90%). Эксплоративных лапаротомий выполнено 6, резекций пораженного кишечника с формированием первичного анастомоза – 14.

Пациентам, перенесшим резекцию кишки, выполнено 3 «релапаротомии по требованию», умерло – 2 (послеоперационная летальность –

Таблица 1

Характеристика пациентов, включенных в исследование

Показатели	I группа (n=20)	II группа (n=52)	p
Мужчины/женщины (%)	45/55	46,2/53,8	0,86
Средний возраст, лет (M±σ)	69,2±6,8	68,4±7,2	0,67

Различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

Таблица 2

Распределение пациентов в группах в зависимости от стадии ОИИ (показатели в %)

Стадия заболевания	Группа		p
	I (n=20)	II (n=52)	
Ишемия	0	0	0,82
Инфаркт	10	11,5	
Перитонит	90	88,5	

Различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

66,6%). Во всех трех случаях при релапаротомии был выявлен продолжающийся тромбоз и перитонит. Одному больному произведена эксплоративная операция, двум другим – резекция кишки с анастомозом.

За период 2007-2011 годы оперировано 52 пациента, умерло – 32, (послеоперационная летальность – 61,5%). Эксплоративных лапаротомий выполнено 11, резекций пораженного кишечника с формированием первичного анастомоза – 26, резекций некротизированного участка кишки с ушиванием ее концов наглухо и назоинтестинальной декомпрессией приводящего отдела тонкой кишки – 15.

Произведено 15 плановых релапаротомий, умерло – 6 пациентов (послеоперационная летальность – 40%).

Из 15 пациентов, перенесших релапаротомию, эксплоративная операция выполнена одному, 14 пациентам операция была завершена наложением межкишечного анастомоза, перезекция кишки произведена в 5 случаях. Всем пациентам плановая релапаротомия была произведена однократно.

Среди причин послеоперационной летальности в обеих группах на первом месте находилось субтотальное поражение кишечника с распространенным перитонитом, интоксикацией и полиорганной недостаточностью (33,3% и 34,4% соответственно). Выполнение эксплоративной операции не приводит к улучшению состояния данных пациентов.

Причины послеоперационной летальности показаны в таблице 3.

Как видно, в первой группе среди причин послеоперационной летальности большую роль играла острая сердечнососудистая недостаточность (27,8%), тромбоэмболические осложнения (27,7%), пневмония нозокомиальная (11,1%).

Во второй группе «лидирует» острая сердечно-сосудистая недостаточность (43,7%), пневмония нозокомиальная (12,5%).

Результаты лечения пациентов с мезентериальным тромбозом в «ГКБ №7» за период 2005-2011 годы показаны в таблице 4.

Отмечается снижение послеоперационной летальности с 90 до 61,5% ($p=0,039$), а общей летальности с 93,1 до 74,4% ($p=0,062$).

Таблица 3

Причины послеоперационной летальности			
Причины летальности	I группа n (%)	II группа n (%)	P
Субтотальное поражение кишечника, распространенный перитонит, интоксикация, полиорганная недостаточность (эксплоративная операция)	6 (33,3%)	11 (34,4%)	0,63
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	5 (27,8%)	14 (43,7%)	0,69
Пневмония нозокомиальная	2 (11,1%)	4 (12,5%)	0,67
Тромбоэмболия легочной артерии	2 (11,1%)	2 (6,25%)	0,66
Продолжающийся тромбоз, распространенный перитонит, интоксикация, полиорганная недостаточность	2 (11,1%)	—	0,13
Продолжающийся тромбоз (релапаротомия – эксплоративная операция)	1 (5,5%)	1 (3,1%)	0,92
Всего: n (%)	18 (100%)	32 (100%)	

Обсуждение

Одной из острейших проблем современной хирургии является острая интестинальная ишемия и, в частности, мезентериальный тромбоз. Эта патология является прерогативой людей пожилого возраста [2, 3, 6], по нашим данным, пациентов старше 60-и лет было 83,2%.

Как и другие авторы [1, 2], мы отмечаем высокую частоту сопутствующих заболеваний, среди которых преобладают болезни сердечно-сосудистой системы. Наиболее частая сопутствующая патология – ИБС, встречалась в 84,1% случаев, различные формы нарушения сердечного ритма наблюдались в 52,3% случаях.

Летальность при острой интестинальной ишемии на протяжении долгих лет остается высокой и составляет 70-95% [2, 6, 7], что находит подтверждение и в нашем исследовании.

Применение в комплексном лечении пациентов мезентериальным тромбозом плановой релапаротомии позволило нам снизить послеоперационную летальность с 90% до 61,5%, а общую летальность с 93,1% до 74,4%. Результаты исследования согласуются с работой A. Biondi et al. [9], у них 3-хмесячная выживаемость при программной релапаротомии составила 36,8%. Снижение послеоперационной летальности с 84,2% до 66,7% отмечают Е.А. Багдасарова с соавт. [6], также применяя способ плановых реопераций.

В нашем исследовании снижение послеоперационной летальности можно объяснить

сокращением времени операции, уменьшением операционной травмы, возможностью выявления во время программированной релапаротомии продолжающегося тромбоза. Отсутствие в арсенале контрольной группы плановых релапаротомий не позволило выявить продолжающийся тромбоз и перитонит у 3 пациентов, что привело к их гибели, еще у двоих он был выявлен при «релапаротомии по требованию».

Высокий процент летальности во второй (основной) группе пациентов от острой сердечно-сосудистой недостаточности и пневмонии, вероятнее всего, стал результатом повторной общей анестезии и массивной инфузионной терапии, что привело к декомпенсации тяжелой сопутствующей патологии. Для снижения летальности в послеоперационном периоде необходимо совершенствовать анестезиологическое и реанимационное пособие данной группы пациентов.

Из 107 пациентов, поступивших в стационар, 35 (32,7%) оказались неоперабельными, 17 (15,9%) – перенесли эксплоративную лапаротомию. Таким образом, 48,6% пациентов обращались за медицинской помощью слишком поздно, когда она уже бессильна, что приводит к высоким цифрам общей летальности. Фактор времени играет большую роль в дальнейшей судьбе пациентов с острой интестинальной ишемией, поэтому очень важна настороженность медицинского персонала по отношению к подобному контингенту пациентов и ранняя доставка их в хирургический стационар.

Таблица 4

Результаты лечения пациентов с мезентериальным тромбозом за период 2005-2011 годы					
Годы	Всего пациентов	Оперировано пациентов	Умерло после операции (n)	Послеоперационная летальность (%)	Общая летальность (%)
2005-2006	29	20	18	90	93,1
2007-2011	78	52	32	61,5	74,4
p			0,039	0,039	0,062

Различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

Выводы

1. Проведенное исследование подтвердило эффективность применения в комплексном лечении пациентов с мезентериальным тромбозом плановых релапаротомий с оценкой жизнеспособности кишечника и созданием анастомоза.

2. Выполнение плановых релапаротомий, проведение интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения с круглосуточным введением антикоагулянтов, перидуральной анестезией привели к снижению послеоперационной летальности с 90 до 61,5%, а общей летальности с 93,1 до 74,4%.

3. Считаем, что общую летальность при мезентериальном тромбозе можно снизить, уменьшив число неоперабельных пациентов. Для этого нужна ранняя доставка пациентов бригадами скорой помощи и своевременная постановка диагноза врачами стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В. С. Острые нарушения мезентериального кровообращения / В. С. Савельев, И. В. Спиридонов, Б. В. Болдин // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. — М. : Триада-Х, 2004. — С. 281–302.
2. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия : в 2 т. / Р. А. Григорян. — М. : Мед. информ. агенство, 2006. — 1280 с.

Демченко В.И., ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия».

Кукош М.В. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Ниже-

3. Debus E. S. Acute intestinal ischemia / E. S. Debus, H. Diener, A. Larena-Avellaneda // Chirurg. — 2009 Apr. — Vol. 80, N 4. — P. 375–85.

4. Покровский А. В. Клиническая ангиология : в 2 т. / А. В. Покровский. — М. : Медицина, 2004. — 2 т.

5. Бисенков Л. Н. Неотложная хирургия груди и живота : рук. для врачей / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов ; под ред. Л. Н. Бисенкова, П. Н. Зубарева. — СПб. : Гиппократ, 2002. — 512 с.

6. Программные реоперации при острой кишечной ишемии в условиях перитонита / Е. А. Багдасарова [и др.] // Инфекции в хирургии. — 2012. — Т. 10, № 4. — С. 25–33.

7. Ritz J. P. Acute mesenteric ischemia / J. P. Ritz, H. J. Buhr // Chirurg. — 2011 Oct. — Vol. 82, N 10. — P. 863–70.

8. Intestinal ischemia: current treatment concepts / P. Renner [et al.] // Langenbecks Arch Surg. — 2011 Jan. — Vol. 396, N 1. — P. 3–11.

9. The intestinal infarct. Personal casistics and management of the patients / A. Biondi [et al.] // Ann Ital Chir. — 2010 Jul-Aug. — Vol. 81, N 4. — P. 307–10.

Адрес для корреспонденции

603011, Российская Федерация,
г. Нижний Новгород,
ул. Октябрьской революции, д. 66-а,
ГОУ ВПО «Нижегородская государственная
медицинская академия»,
кафедра факультетской хирургии,
e-mail: vita.dem64@yandex.ru,
Демченко Виталий Иванович

Сведения об авторах

городская государственная медицинская академия». Колесников Д.Л., ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия».

Поступила 4.02.2014 г.