

ПОВТОРНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

Антоненко О. М., студ. 5-го курсу

*Наукові керівники: проф. М. Г. Кононенко, асист. А. І. Даниленко
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

До програмованих повторних хірургічних втручань у пацієнтів з гострим порушенням мезентеріального кровообігу (ГПМК) відносять "second-look" лапаротомії та відновлюючі лапаротомії. Рішення щодо програмованих релапаротомій приймають під час першої операції. Повторні хірургічні втручання "за вимогою" виконуються для ліквідації ускладнень, що розвинулися вже після хірургічного втручання. Доцільність двоетапного програмованого оперування пацієнтів з ГПМК остаточно не вирішена, що зумовлює актуальність дослідження.

Мета. Проаналізувати причини повторних хірургічних втручань у пацієнтів з ГПМК та результати лікування у порівнянні з одноетапним хірургічним лікуванням.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 253 історій хвороб пацієнтів, що лікувалися в КУ "СМКЛ №5" з 1993 по 2007 рік й склали порівняльну групу пацієнтів. В основній групі були 41 пацієнт, проліковані в клініці під нашим спостереженням з 2008 по 2010 роки. У пацієнтів групи порівняння оцінювали життєздатність кишки суб'єктивним методом, в основній групі – редоксметрією стінки кишки (патенти України № 53129, № 53133). У пацієнтів основної групи впроваджено «Спосіб декомпресії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту після великих резекцій тонкої кишки у хворих на ГПМК» (патент України № 54686). Питання щодо способу закінчення операції після резекції нежиттєздатної частини кишки у пацієнтів основної групи вирішували двояко: або накладали міжкишковий анастомоз (за умови стабільної інтраопераційної гемодинаміки без введення вазопресорів), або виводили термінальну ретроградно інтубовану зондом єюностому (тяжкий чи вкрай тяжкий стан, корекція гіпотензії постійним введенням вазопресорів).

Результати. Пацієнтам групи порівняння виконано 11(5,1%) релапаротомій, з них у 3 (помер 1) – програмовані, у 8(померло 8) – «за вимогою». Причини, що призвели до релапаротомії "за вимогою": прогресування перитоніту після діагностичної лапаротомії – у 5, продовжений тромбоз в дистальних відділах судин басейну верхньої брижової артерії після первинної резекції з міжкишковим анастомозом – у 2, неспроможність первинного міжкишкового анастомозу після субтотальної резекції тонкої кишки – у 1.

Пацієнтам основної групи виконано 5 (13%) релапаротомій, з них у 4 (померло 2) – програмовані, у 1 – "за вимогою". Враховуючи обнадійливі (летальність 33%) результати тактики двоетапного втручання при субтотальних некрозах тонкої кишки у хворих порівняльної групи, в основній групі обрали саме цю методику для 6 пацієнтів з нестабільною гемодинамікою. Операції завершували у 5 пацієнтів проксимальною єюностомією з ретроградним дренажуванням привідної частини голодної кишки. У 2 (33%) хірургічне лікування не призвело до стабілізації стану, хворі померли наприкінці 1 та 3 доби післяопераційного періоду. У 4(66%) з цих 6 пацієнтів проведено програмовану релапаротомію на 2-4 добу, під час якої у 3 накладаний єюноколоанастомоз, у 1 – анастомозування не провели внаслідок поширення гнійного процесу. В результаті застосування обраної тактики двоетапного втручання виписані 3(50%) з 6 пацієнтів.

Серед пацієнтів основної групи неспроможності анастомозу, в тому числі на стадії перитоніту, не спостерігали.

Висновок. Використання програмованих повторних хірургічних втручань у вкрай тяжкому стані із нестабільною гемодинамікою дало можливість знизити летальність цих хворих до 42,8% (із 7 померло 3).