УДК 616.136.46/5-005.6-089.8

DOI: 10.22141/1997-2938.1.36.2018.133009

Бойко В.В., Макаров В.В., Лазирский В.А., Биленко И.А.,
Гуляева Д.Ю.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Клинический случай лечения сегментарного мезентериального тромбоза с картиной острого желудочно-кишечного кровотечения

Резюме. В статье приведено описание клинического случая больной с острым артериальным мезентериальным тромбозом в бассейне верхней брыжеечной артерии. С клиникой острого желудочно-кишечного кровотечения больная была доставлена в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» в ургентном порядке. Выполнена фиброгастродуоденоскопия: в желудке большое количество «кофейной гущи». После орошения аминокaproновой кислотой в теле желудка определяется несколько фиксированных сгустков крови. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено. На 2-е сутки на фоне стабильного состояния клинически был заподозрен тромбоз мезентериальных сосудов. Принято решение об оперативном лечении в ургентном порядке. Интраоперационно: в брюшной полости до 1,5 л темной крови. При ревизии был выявлен сегментарный мезентериальный тромбоз в бассейне верхней брыжеечной артерии с некрозом тощей кишки протяженностью 5 см от связки Трейтца до 80 см от илеоцекального угла. Петли тонкой кишки черного и багрово-синюшного цвета, сероза отечная, сосуды брыжейки не пульсируют, перистальтика отсутствует. Корень брыжейки тощей кишки имбибирован кровью с диффузным кровотечением из брыжейки. Отмечена повышенная кровоточивость всех тканей. Выполнены резекция тощей кишки, еюноилеоанастомоз бок в бок, трансназальная интубация тонкой кишки за зону анастомоза, санация и дренирование брюшной полости по Петрову. В послеоперационном периоде отмечено в течение 4 суток поступление до 800,0 мл/сут серозно-геморрагического выпота. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная в удовлетворительном состоянии выписана. Таким образом, при подозрении на острое нарушение мезентериального кровотока у пациентов пожилого и старческого возраста, по нашему мнению, показана активная диагностическая и хирургическая тактика, что повышает процент выживаемости больных данной категории.

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз; острое желудочно-кишечное кровотечение; кишечная непроходимость

Введение

Острое нарушение мезентериального кровотока остается одной из самых тяжелых патологий в экстренной хирургии. Острый мезентериальный тромбоз ежегодно регистрируется у 5 из 100 тыс. человек. В большинстве случаев заболевают пожилые люди старше 60 лет. Мезентериальный тромбоз поражает как мужчин, так и женщин (в равной степени).

По данным литературы, острая ишемия брыжеечных сосудов наблюдается в 0,1 % всех госпитализаций

в хирургические стационары, а тромбоз сосудов составляет 15 % случаев острой брыжеечной ишемии.

Установлено, что частота поражения верхней брыжеечной артерии (ВБА) встречается в 91,3 % случаев, нижней брыжеечной артерии (НБА) — в 6,5 % и чревного ствола — в 2,2 %. В развитии заболевания выделяют два основных процесса поражения верхней и нижней брыжеечных артерий: окклюзионные, составляющие 87,6 %, и неокклюзионные — 7,5–12,8 %. Среди окклюзионных поражений чаще всего наблю-

даются эмболия сосудов (29,1–44,2 %), тромбоз артерий (32,9–50,7 %) и вен (7,8–10,1 %).

При мезентериальном тромбозе отмечаются высокие показатели послеоперационной летальности, причем более высокая смертность в послеоперационном периоде наблюдается у больных с тотальным поражением бассейна ВБА (40 %) и тотальным поражением бассейна НБА (100 %). Наименьшая летальность отмечается при сегментарном поражении бассейна ВБА (16,7 %), что напрямую связано с площадью поражения и объемом оперативного вмешательства (сегментарная резекция).

В настоящее время наиболее приемлемой в клинике является классификация В.С. Савельевой, И.В. Спиридонова (1978).

По этиологии поражения

Окклюзионные поражения сосудов:

- эмболия брыжеечных артерий;
- тромбоз брыжеечных артерий;
- тромбоз брыжеечных вен;
- заболевания аорты (тромбоз, аневризма, расслоение стенки), вторично вовлекающие мезентериальные артерии;
- сдавление (прорастание) брыжеечных сосудов опухолями;

— перевязка брыжеечных сосудов.

Неокклюзионные поражения:

- с неполной окклюзией артерий;
- ангиоспастическая;
- связанная с централизацией гемодинамики.

По состоянию мезентериального кровотока:

- а) компенсация;
- б) субкомпенсация;
- в) декомпенсация.

По течению

— Ишемия (геморрагическое пропитывание при венозном тромбозе). Когда просвет сосуда из-за тромба сужен на 70 % и более, развивается недостаток кровообращения в кишечнике.

— Инфаркт кишечника — отмирание области кишечника, которая кровоснабжалась пораженным сосудом.

— Перитонит — воспаление брюшины, нарастание интоксикации организма. Эта стадия часто приводит к летальному исходу.

Для хирурга важно знать о локализации и протяженности поражений кишечника в зависимости от уровня окклюзии. Выделяют 3 сегмента ствола верхней брыжеечной артерии, при окклюзии каждого из которых наблюдается типичная локализация и распространенность ишемического поражения кишечника.

При эмболической или тромботической окклюзии I сегмента артерии у большинства больных отмечается тотальное ишемическое поражение тонкой кишки, причем более чем в половине случаев оно захватывает слепую или всю правую половину толстой кишки. Кровообращение сохраняется лишь в небольшом отрезке тощей кишки у связки Трейтца, протяженность которого определяется сохранени-

ем кровотока по первым интестинальным ветвям. Наиболее глубокие деструктивные изменения развиваются в терминальном отделе тонкой кишки и в слепой кишке.

Окклюзия II сегмента ствола верхней брыжеечной артерии приводит к ишемии терминальной части тощей кишки и всей подвздошной кишки. Значительно реже при этом развивается некроз слепой и восходящей толстой кишки. Жизнеспособным остается участок тощей кишки длиной около 1 м, что вполне достаточно для функции пищеварения.

При окклюзии III сегмента артерии кровообращение в кишечнике склонно к компенсации, и в случае развития инфаркта поражается только подвздошная кишка.

Сочетание острой окклюзии I сегмента верхней брыжеечной артерии с облитерацией устья нижней брыжеечной артерии приводит к развитию тотального поражения тонкого и толстого кишечника.

До настоящего времени недостаточно изучены этиопатогенетические факторы, остаются сложности в диагностике данной патологии в ургентных условиях, нередко преобладают сомнения в реальности оказания эффективной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК), так как одни авторы склоняются к консервативным методам лечения больных, другие же настаивают на радикальном хирургическом лечении. Таким образом, в целом ОНМК представляет сложную медицинскую, экономическую и социальную проблему.

Цель работы: улучшить диагностику острого нарушения мезентериального кровотока у пожилых людей, результаты лечения больных с мезентериальным тромбозом, снизить время реабилитации после операции, а также количество осложнений и общей летальности в данной группе пациентов.

В качестве иллюстрации сложности диагностики ОНМК в ургентных условиях приводим клинический пример лечения больной, которая госпитализировалась с клиникой острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК).

Клинический пример

Больная К., 77 лет, поступила в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» в ургентном порядке с клиникой ОЖКК I ст. При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, кал черного цвета.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 4 суток, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Наблюдается у кардиолога по поводу мерцательной аритмии; около месяца назад больной была произведена медикаментозная кардиоверсия. Длительное время принимает варфарин.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Правильного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Артериальное давление

(АД) 100/70 мм рт.ст., Ps — 100 уд/мин, аритмичний. Язык влажный. Живот симметричен, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены, мочеиспускание не нарушено. *Per rectum*: тонус сфинктера сохранен, на перчатке кал черного цвета.

Выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): в желудке большое количество «кофейной гущи». После орошения аминокапроновой кислотой в теле желудка определяется несколько фиксированных сгустков крови. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

При изучении лабораторных показателей в клиническом анализе крови: Hb — 105 г/л; Ht — 34 %; ДЦК — 150,0; Э — $3,6 \times 10^{12}/л$; L — $9,6 \times 10^9/л$; э — 2 %; п — 6 %; с — 65 %; л — 13 %; м — 4 %.

Был поставлен предварительный диагноз «острые язвы желудка? ОЖКК I ст.».

Проводилась консервативная (гемостатическая, противоязвенная) терапия, на фоне которой состояние больной оставалось без изменений.

На следующий день была произведена повторная ФГДС: желудок заполнен застойным тонкокишечным содержимым с неприятным запахом. Заключение: косвенные признаки тонкокишечной непроходимости. При этом объективно: состояние больной стабильное средней тяжести, АД 110/70 мм рт.ст., Ps — 100 уд/мин, аритмичен. Живот незначительно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно: перистальтика ослаблена, шума «плеска» нет, газы не отходили.

Рентгенологически: в тонкой кишке определяется единичная тонкокишечная арка. Выполнен сток из желудка — получено 1,5 л застойного тонкокишечного содержимого.

По данным трансопищеводной эхокардиоскопии — тромботические массы в ушке левого предсердия.

Лабораторно. Клинический анализ крови: Hb — 92 г/л; Ht — 29 %; ДЦК — 180,0; Э — $3,1 \times 10^{12}/л$; L — $5,5 \times 10^9/л$; э — 0 %; п — 11 %; с — 71 %; л — 12 %; м — 6 %. Коагулограмма: время свертывания крови — 8 мин, протромбиновый индекс — 100 %, концентрация фибриногена — 2,4 г/л, фибриноген В — отриц.

Учитывая все вышеуказанные данные (анамнез, наличие аритмии, ослабление перистальтики, застойное тонкокишечное содержимое в желудке, рентгенологические и лабораторные данные), у больной заподозрен острый мезентериальный тромбоз.

Принято решение об urgentном оперативном лечении. Интраоперационно: в брюшной полости до 1,5 л темной крови. При ревизии был выявлен сегментарный мезентериальный тромбоз в бассейне верхней брыжеечной артерии с некрозом тощей кишки протяженностью 5 см от связки Трейтца до 80 см от илеоцекального угла. Петли тонкой кишки черного и багрово-синюшного цвета, сероза отеч-

ная, сосуды брыжейки не пульсируют, перистальтика отсутствует. Корень брыжейки тощей кишки имbibирован кровью с диффузным кровотечением из брыжейки. Отмечена повышенная кровоточивость всех тканей. Выполнены резекция тощей кишки, еюноилеоанастомоз бок в бок, трансанальная интубация тонкой кишки за зону анастомоза, санация и дренирование брюшной полости по Петрову.

В послеоперационном периоде отмечено в течение 4 суток поступление до 800,0 мл/сут серозно-геморрагического выпота. Проводилась заместительная терапия (переливание одногруппной эритроцитарной массы, альбумина 20%), антибактериальная (амицил, европем), противоязвенная (диапазол), фраксипарин в лечебных дозах, оликлиномель.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 8-е сутки удален интубационный зонд. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 12-е сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана. Пациентке рекомендовано наблюдение у хирурга и кардиолога по месту жительства, ограничение физических нагрузок в течение 1 месяца, соблюдение диеты.

Заключительный диагноз: «острый мезентериальный тромбоз с некрозом тощей кишки. Гемоперитонеум III ст. Стабильная стенокардия напряжения III функционального класса, гипертоническая болезнь II ст. Фибрилляция предсердий. Состояние после медикаментозной кардиоверсии».

Выводы

Таким образом, клиническая картина ОНМК у пациентов пожилого и старческого возраста может быть не выражена до развития перитонита. При подозрении на ОНМК, по нашему мнению, показана активная диагностическая и хирургическая тактика. В ишемическую стадию и даже при развитии инфаркта кишечника при постановке диагноза необходимо учитывать данные анамнеза, объективного осмотра. Также больным данной категории с аритмиями при поступлении в стационар целесообразно проводить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для ранней диагностики кишечной непроходимости при мезентериальном тромбозе. В сомнительных случаях показано проведение лапароскопии. Выполнение оперативного вмешательства в ишемической стадии и стадии некроза кишки предпочтительнее, чем в стадии перитонита с признаками полиорганной недостаточности, что оправдывает активную диагностическую и лечебную тактику у больных с ОНМК. Наилучшие результаты оперативного лечения у больных с тромбозом брыжеечной окклюзией I сегмента ВБА отмечаются при выполнении двухэтапного оперативного лечения. На первом этапе выполняется эмболизация тромбэктомия из ВБА, на втором этапе — резекция кишечника после демаркации зоны поражения (Бойко В.В., Грома В.Г.).

Список литературы

1. Норенберг-Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов / А.Е. Норенберг-Чарквиани. — М.: Медицина, 1967. — 224 с.
2. Орел Ю.Г. Прогноз гострої мезентеріальної ішемії / Ю.Г. Орел // Практична медицина. — 2008. — № 5. — С. 183-185.
3. Баешко А.А. Лапароскопия в диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения / А.А. Баешко, А.Г. Бондарчук, Н.С. Подымако и др. // Хирургия. — 2000. — № 5. — С. 18-20.
4. Бойко В.В. Этиопатогенез и клиника острого нарушения мезентериального кровотока / В.В. Бойко, И.В. Криворотко, В.Г. Грома и др. // Харківська хірургічна школа. — 2013. — № 3(60). — С. 1215.
5. Лыткин М.И. Тромбозы брыжеечных вен / М.И. Лыткин, В.М. Путилин, Л.П. Плоткин // Вести хирургии им. Грекова. — 1974. — Т. 133, № 7. — С. 10-16.
6. Савельев В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения / В.С. Савельев, И.В. Спиридонов. — М.: Медицина, 1979. — 232 с.
7. Шугаев А.И., Вовк А.В. Острые нарушения артериального мезентериального кровообращения // Вестник хирургии. — 2005. — Т. 164, № 4. — С. 112-115.
8. Хрипун А.И. Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Д. Пряников и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 10. — С. 56-60.
9. Гагарин В.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения у больных пороками сердца // Кардиология. — 1984. — Т. 24, № 8. — С. 81-84.
10. Яговкин В.Ф. Обширная резекция кишечника при острых нарушениях мезентериального кровообращения // Экстренная помощь при неотложных состояниях в хирургии и реаниматологии. — Пермь: ПГМИ, 1988. — С. 54-57.

Получено 12.02.2018 ■

Бойко В.В., Макаров В.В., Лазирський В.А., Біленко І.О., Гуляєва Д.Ю.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків, Україна

Клінічний випадок лікування сегментарного мезентеріального тромбозу з картиною гострої шлунково-кишкової кровотечі

Резюме. У статті надано опис клінічного випадку хворої з гострим артеріальним мезентеріальним тромбозом у басейні верхньої брижової артерії. З клінікою гострої шлунково-кишкової кровотечі хвора була госпіталізована в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» в ургентному порядку. Виконано фіброгастродуоденоскопію: в шлунку велика кількість «кавової гуші». Після зрошення амінокапроновою кислотою в тілі шлунка визначається кілька фіксованих згустків крові. Ознак продовження кровотечі не виявлено. На 2-гу добу на тлі стабільного стану клінічно був запідозрений тромбоз мезентеріальних судин. Прийнято рішення про оперативне лікування в ургентному порядку. Інтраопераційно: в черевній порожнині до 1,5 л темної крові. При ревізії було виявлено сегментарний мезентеріальний тромбоз в басейні верхньої брижової артерії з некрозом тонкої кишки протяжністю 5 см від зв'язки Трейтца до 80 см від ілеоцекального кута. Петлі тонкої кишки чорно-

го і багряно-синюшного кольору, сероза набрякла, судини брижі не пульсують, перистальтика відсутня. Корінь брижі тонкої кишки імбібований кров'ю з дифузною кровотечею з брижі. Відзначена підвищена кровоточивість усіх тканин. Виконані резекція тонкої кишки, єюноілеоанастомоз бік у бік, трансназальна інтубація тонкої кишки за зону анастомозу, санація і дренування черевної порожнини за Петровим. У післяопераційному періоді відзначено протягом 4 діб надходження до 800,0 мл/сут серозно-геморагічного випоту. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хвора в задовільному стані виписана. Таким чином, при підозрі на гостре порушення мезентеріального кровотоку у пацієнтів похилого та старечого віку, на нашу думку, показана активна діагностична та хірургічна тактика, що підвищує відсоток виживання хворих даної категорії.

Ключові слова: мезентеріальний тромбоз; гостра шлунково-кишкова кровотеча; кишкова непротримність

V.V. Boyko, V.V. Makarov, V.A. Lazirsky, I.A. Bilenko, D.Yu. Gulyayeva

State Institution "V.T. Zaytsev Institute of General and Urgent Surgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Clinical case of treatment of segmental mesenteric thrombosis with a picture of acute gastrointestinal bleeding

Abstract. The article describes the clinical case of a patient with acute mesenteric thrombosis in superior mesenteric artery bed. With a clinical picture of acute gastrointestinal bleeding, the patient was promptly delivered to the hospital. Gastroscopy is carried out: there is a large number of "coffee grounds" in the stomach. After irrigation with aminocaproic acid, several fixed blood clots are detected in the stomach. Signs of ongoing bleeding have not been revealed. On day 2, with a stable condition, thrombosis of mesenteric vessels was clinically suspected. A decision was made on urgent surgical treatment. Intraoperatively: up to 1.5 l of dark blood in the abdominal cavity. The revision revealed segmental mesenteric thrombosis in the circulation of the superior mesenteric artery with intestinal necrosis extending 5 cm from ligament of Treitz to 80 cm from the ileocecal angle. The loops of the small intestine are black and purple-bluish, serosa is edematous, mesenteric vessels does not

pulsate, there is no peristalsis. The root of the mesentery is blood-immobilized with diffuse bleeding from the mesentery. Increased bleeding in all tissues is noted. The resection of the colon was performed, jejunio-ileal side-to-side anastomosis, the transnasal intubation of the small intestine behind the anastomosis zone, the sanitation and drainage of the abdominal cavity according to Petrov were done. In the postoperative period, 800.0 ml/day of serous hemorrhagic effusion was noted within 4 days. The postoperative period proceeded without complications. The patient was discharged in satisfactory condition. Thus, in case of suspected acute disturbance of mesenteric blood flow in elderly and senile patients, in our opinion, active diagnostic and surgical tactics are indicated, which increases the survival rate of patients in this category.

Keywords: mesenteric thrombosis; acute gastrointestinal bleeding; intestinal obstruction