

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ СЕГМЕНТАРНЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ В СИСТЕМЕ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Андреев И.С., Шестаков Е.В.,
Каторкин С.Е., Николаев М.М.*,
Лисин О.Е., Арустамян А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», Самара

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_3_134

Резюме. Острое нарушение мезентериального кровообращения — тяжелое заболевание, развивающееся вследствие нарушения как артериального, так и венозного кровотока и сопровождающееся высокой летальностью. Отсутствие специфических симптомов и синдромов при ОНМК, разнообразие причин развития, трудности ранней диагностики существенно затрудняют лечение данного заболевания. Представлено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения пациента с острым сегментарным мезентериальным тромбозом в системе верхней и нижней брыжеечных артерий. При данной патологии показано экстренное хирургическое вмешательство, целью которого служит ревизия кишечника с оценкой его жизнеспособности, ревизия основных брыжеечных сосудов, устранение причины сосудистой непроходимости и восстановление мезентериального кровотока, резекция некротизированных участков кишечника, профилактика перитонита.

Приведённое наблюдение свидетельствует о необходимости тщательного осмотра и дообследования пациентов для выявления не такой частой, но грозной патологии. При этом стоит обратить внимание, что часто только диагностическая лапароскопия или лапаротомия помогут поставить окончательный диагноз. Несмотря на трудность в установлении диагноза и учитывая нередкое сегментарное поражение в системе верхней и нижней брыжеечных артерий, выполнение нескольких оперативных вмешательств с формированием кишечных стом не должно пугать хирурга, так как позволяет сохранить большую эффективную длину кишечника. Последующие их закрытие позволяет добиться выздоровления больного и сохранить удовлетворительное качество жизни.

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз, острое нарушение мезентериального кровообращения, хирургическое лечение, кишечная стома.

SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH ACUTE SEGMENTAL MESENTERIC ISCHEMIA IN THE SYSTEM OF THE SUPERIOR AND INFERIOR MESENTERIC ARTERIES

Andreev I.S., Shestakov E.V., Katorkin S.E., Nikolaev M.M.*,
Lisin O.E., Arustamyan A.V.

Samara State Medical University, Samara

Abstract. Acute violation of mesenteric blood circulation is a serious disease that develops as a result of a violation of both arterial and venous blood flow and it is accompanied by high mortality. The absence of specific symptoms and syndromes of mesenteric ischemia, the variety of causes of development, the difficulties of early diagnosis significantly complicate the treatment of this disease. This article presents a clinical observation of successful surgical treatment of a patient with acute segmental mesenteric thrombosis in the system of the superior and inferior mesenteric arteries. In case of this pathology, emergency surgical intervention is indicated, the purpose of which is to revise the intestine with an assessment of its viability, revise the main mesenteric vessels, eliminate the cause of vascular obstruction and restore mesenteric blood flow, resection of necrotic sections of the intestine, and prevent peritonitis.

This observation indicates that a thorough examination and additional examination of patients is needed to identify infrequent but dangerous pathology. It should be noted that often only diagnostic laparoscopy or laparotomy will help to make a final diagnosis. Despite the difficulty in establishing the diagnosis and taking into account the frequent segmental lesion of the system of the superior and inferior mesenteric arteries, performing several surgical procedures with the formation of surgical stomas should not frighten the surgeon, as it allows to save a large effective length of the intestine. Their subsequent closure allows the patient to recover and maintain a satisfactory quality of life.

Keywords: mesenteric ischemia, acute violation of mesenteric blood circulation, surgical procedures, operative, surgical stomas.

Актуальность

Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) — тяжелое заболевание, развивающееся вследствие нарушения как артериального, так и венозного кровотока и сопровождающееся высокой летальностью [1]. На сегодняшний день одним из наиболее актуальных вопросов в неотложной абдоминальной хирургии остается диагностика и лечение пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения. В структуре хирургической патологии частота встречаемости составляет 1–2% и

0,1–0,2% — госпитализированных в хирургические стационары. Летальность при ОНМК высокая, достигает 85–100% [2]. Отсутствие специфических симптомов и синдромов при ОНМК, разнообразие причин развития, трудности ранней диагностики существенно затрудняют лечение данного заболевания [3]. Острое нарушение мезентериального кровообращения чаще всего развивается у лиц среднего и пожилого возраста [4; 5].

Больной В., 70 лет, поступил в хирургическое отделение клиники госпитальной хирургии СамГМУ 23.06.2020 в

15.40 с жалобами на боль в животе, преимущественно в левых отделах, задержку стула в течение 2-х суток, повышение температуры тела до 37,3 °С. Общее состояние пациента на момент поступления средней тяжести.

Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы беспокоили пациента около 2-х суток. Пациент самостоятельно принимал спазмолитические препараты, но улучшения на фоне лечения не отмечал. На 2-е сутки заболевания бригадой СМП пациент доставлен в приемный покой, где был осмотрен

* e-mail: nikolaev_mm@inbox.ru

дежурным хирургом и поставлен предварительный диагноз «Острая кишечная непроходимость?». Назначено первичное обследование, которое включало общеклинические анализы крови, ЭКГ, комплексное УЗИ органов брюшной полости, обзорную R-графию органов грудной клетки и брюшной полости, консультацию терапевта. При поступлении в общеклиническом анализе крови: лейкоциты — $10,9 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4,46 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 147 г/л, гематокрит — 41,2%, тромбоциты — $155 \times 10^3/\text{л}$. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение глюкозы до 8,2 ммоль/л, остальные показатели находились в пределах нормы. При проведении УЗИ органов брюшной полости отмечалось расширение петель кишечника с неоднородным содержимым со взвесью и маятникообразной перистальтикой, свободной жидкости в брюшной полости выявлено не было. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости уровней жидкости, свободного газа не отмечалось. По результатам обзорной рентгенограммы органов грудной клетки патологии не выявлено.

После обследования пациент был госпитализирован в хирургическое отделение, где был осмотрен ответственным хирургом. На момент осмотра язык сухой, чистый. При осмотре живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в левых отделах. Симптомы Кохера, Ситковского, Образцова, Бартомье-Михельсона, Раздольского, Воскресенского, Ровзинга отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех областях. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, моча соломенно-желтого цвета. Стул был в приемном покое, оформленный, обычной окраски. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен. Слизистая прямой кишки гладкая, подвижная. Амбула прямой кишки пустая. На перчатке определялись следы кала обычной окраски. После осмотра ответственного хирурга был поставлен диагноз: «Suspicio дивертикулярная болезнь, обострение» и назначена консервативная терапия, включающая введение спазмолитических препаратов, антибиотикотерапия (метронидазол). Пациент находился в хирургическом отделении, где проводилось консервативное лечение и динамическое наблюдение.

24.06.2020 в 00.20 у пациента появились жалобы на выделение крови из прямой кишки во время акта дефекации, был вызван ответственный хирург. Пациент был осмотрен, рекомендована консультация дежурного колопроктолога, выполнение колоноскопии. В ходе проведения колоноскопии осмотрены прямая кишка и дистальные отделы толстой кишки до средней трети поперечно-ободочной кишки, обнаружены дивертикулы в сигмовидной кишке без признаков кровотечения. В просвете кишечника кал обычной окраски с примесью темно-вишневой крови. Дальнейший осмотр невозможен ввиду неадекватной подготовки. По согласованию с дежурным колопроктологом было принято решение о проведении консервативной гемостатической терапии и проведении повторной колоноскопии в плановом порядке после адекватной подготовки.

В 04.30 24.02.2020 вызов ответственного хирурга в палату. На момент осмотра у пациента жалобы на выраженные боли по всему животу. При осмотре: язык сухой, обложен белым налетом; живот напряжен, резко болезненный во всех отделах при пальпации; симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. В общеклиническом анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до $12,1 \times 10^9/\text{л}$, незначительное снижение эритроцитов до $4,16 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобина до 127 г/л по сравнению с исходными показателями. Остальные показатели общеклинического и биохимического анализа крови без существенных изменений. По результатам осмотра поставлен диагноз «Перитонит неясной этиологии», рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке — диагностическая лапаротомия с интраоперационным решением вопроса о дальнейшей тактике. Интраоперационно в брюшной полости до 300 мл серозного выпота, без запаха. При ревизии тонкой кишки начиная с 80 см от связки Трейтца и до 80 см от илеоцекального угла отмечается некроз тонкой кишки: перистальтика отсутствует, имеются участки черного цвета, которые чередуются с участками вишнево-серого цвета. На остальном протяжении тонкая кишка и толстая кишка обычного цвета. Пульсация на верхней брыжеечной артерии пальпаторно не определяется. Выполнена резекция нежизнеспособного участка кишечника длиной около 170 см, проксимальный и дистальный концы кишечной трубки заглушены аппаратным швом, сформирована лапаросто-

ма. Также установлен назогастральный зонд. Пациент для дальнейшего лечения переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где проводилась антибактериальная, детоксикационная, антикоагулянтная терапия. По НГЗ отмечалось скудное желудочное отделяемое.

25.06.2020 пациенту была выполнена программированная релапаротомия. Интраоперационно в брюшной полости скудное количество серозно-геморрагического выпота, без запаха. Приводящий отдел тонкой кишки раздут до 3–4 см, обычной окраски, вяло перистальтирует. Отводящий отдел тонкой кишки спавшийся, обычной окраски, перистальтика сохранена. Обращал на себя внимание расширенный до 7–8 см восходящий отдел толстой кишки, багрового цвета с участками некроза задней стенки купола слепой кишки. Печеночный угол толстой кишки сомнительной жизнеспособности. Начиная с с/3 поперечно-ободочной кишки дистальные отделы кишечника обычной окраски, перистальтируют. Пульсация на краевых артериях сохранена. Принято решение о выполнении правосторонней гемиколэктомии, формировании еюностома по Майдлю и концевой илеостомы. Культи поперечно-ободочной кишки заглушена аппаратным швом, оставлена в брюшной полости у верхнего полюса раны. Операция закончена формированием лапаростомы. Дальнейший послеоперационный период проходил в ОРИТ. Состояние пациента оставалось тяжелым, стабильным на фоне проведения интенсивной консервативной терапии.

29.06.2020 была проведена очередная программированная релапаротомия. Интраоперационно в брюшной полости около 300 мл серозного выпота с геморрагическим компонентом, без запаха. Ушитая культи поперечно-ободочной кишки, еюностома по Майдлю состоятельны. Петли кишечника не расширены, обычного цвета, перистальтика сохранена. Пульсация на краевых артериях брыжейки сохранена. Сформирован ручной илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок» с применением однорядного Z-образного кишечного шва (Патент на изобретение №2727755 от 23.07.2020). Оперативное вмешательство завершено формированием лапаростомы. Для дальнейшего лечения пациент вновь переведен в ОРИТ. С 29.06.2020 по 03.07.2020 состояние пациента с положительной динамикой: общеклинические анализы крови в пределах нормы, перистальти-

ческие шумы выслушиваются, еюностома по Майдлю функционирует, по НГЗ скудное количество желудочного отделяемого.

03.07.2020 была выполнена релапаротомия. Интраоперационно: в брюшной полости выпота не выявлено; еюностома по Майдлю, илеотрансверзоанастомоз состоятельны; петли кишечника не расширены, обычной окраски, перистальтика активная, пульсация на краевых артериях брыжейки сохранена. Операция закончена послойным ушиванием передней брюшной стенки.

06.07.2020 пациент в стабильном состоянии переведен из ОРИТ в хирургическое отделение клиники госпитальной хирургии, где продолжены консервативная терапия, перевязки, динамическое наблюдение. Начато кормление пациента жидкой пищей. Возврат по НГЗ не превышал 100 мл за сутки. 10.07.2020 назогастральный зонд и дренажи из брюшной полости удалены. Дальнейший послеоперационный период протекал без особенностей, с выраженной положительной динамикой. 21.07.2020 были сняты швы с послеоперационной раны, пациент выписан в удовлетворительном состоянии из стационара. Через 3 месяца пациенту было выполнено закрытие еюностомы по Майдлю в плановом порядке.

Обсуждение

У пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения имеет место неспецифическая клиническая картина, что существенно затрудняет диагностику данного заболевания. Вышеприведённое наблюдение свидетельствует о необходимости тщательного осмотра и дообследования пациентов для выявления не такой частой, но грозной патологии. При этом стоит обратить внимание, что часто только диагностическая лапароскопия или лапаротомия помогут поставить окончательный диагноз. Учитывая нередкое сегментарное поражение, формирование нескольких кишечных стом не должно пугать хирурга, так как позволит сохранить большую эффективную длину кишечника.

Заключение

Таким образом, несмотря на трудность в установлении диагноза, выполнение нескольких оперативных вмешательств с формированием кишечных стом и последующим их закрытием позволило добиться выздоровления больного и сохранить удовлетворительное качество жизни.

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Прозоров С.А., Гришин А.В. Эндоваскулярные методы лечения при остром нарушении мезентериального кровообращения // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. — 2016. — №2. — С.37-42. [Prozorov SA, Grishin AV. Endovascular methods of treatment in acute disturbance of mesenteric circulation. Sklifosovsky Journal Emergency Medical Care. 2016; 2: 37-42. (In Russ).]
2. Sogaard KK, Astrup LB, Vilstrup H, Gronbaek H. Portal vein thrombosis: risk factors, clinical presentation and treatment. BMC Gastroenterol. 2007; 7: 34.
3. Bartnicke BJ, Balfe DM. CT appearance of intestinal ischemia and intramural hemorrhage. Radiol. Clin. North. Am. 1994; 32: 845-860.
4. Баяшко А.А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения // Хирургия. — 2005. — №4. — С.57-63. [Baeshko AA. Prichiny i osobennosti porazhenij kishechnika i ego sudov pri ostrom narushenii bryzhechnogo krovoobrashcheniya. Hirurgiya. 2005; 4: 57-63. (In Russ).]
5. Тарасенко С.В. Субтотальная резекция кишечника у больной с тромбозом начального отдела верхней брыжеечной артерии // Хирургия. — 2011. — №4. — С.60-61. [Tarasenko SV. Subtotal'naya rezekciya kishechnika u bol'noj s trombozom nachal'nogo otdela verhnej bryzhechnoj arterii. Hirurgiya. 2011; 4: 60-61. (In Russ).]