



К. Ю. Пархоменко¹, Н. Н. Гончарова², М. В. Супличенко¹,
К. Е. Паюнов¹, А. Г. Дроздова², А. В. Тимченко¹

¹ Коммунальное учреждение здравоохранения
«Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской
помощи и медицины катастроф», Харьков

² Харьковский национальный медицинский университет

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Описан случай успешного хирургического лечения пациента в возрасте 40 лет с острым мезентериальным тромбозом, госпитализированного в хирургическое отделение областной клинической больницы — Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (Харьков) в urgentном порядке с жалобами на интенсивную боль в эпигастрии и тошноту. Считаю данное наблюдение важным, так как мезентериальный тромбоз — это хирургическая патология, результаты лечения которой нередко оказываются неудовлетворительными из-за отсутствия типичной, а тем более патогномичной клинической картины, и сложности диагностики в целом. Был проведен ряд диагностических мероприятий, включая диагностическую видеолaparоскопию, которые позволили своевременно установить верный диагноз и определить объем оперативного пособия. Пациент был успешно прооперирован и на 10-е сутки после вмешательства выписан в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз, хирургическое лечение, диагностическая видеолaparоскопия.

Острое нарушение мезентериального кровообращения — заболевание, в диагностике и лечении которого много нерешенных вопросов. Оказание медицинской помощи пациентам данной категории — сложная задача для специалистов в неотложной абдоминальной хирургии. Частота мезентериального тромбоза (МТ) составляет 0,05—7,60 % всех острых хирургических заболеваний. Однако результаты лечения пациентов при этом состоянии нередко оказываются неудовлетворительными [1, 4, 8].

При МТ чаще всего поражается верхняя брыжечная артерия (ВБА; 85—90 %), значительно реже — нижняя брыжечная артерия (НБА; 10—15 %) [1].

В последние десятилетия численность больных с МТ увеличилась в связи с общим ростом количества пациентов с заболеваниями системы кровообращения. Основной контингент больных с МТ — лица среднего и пожилого возраста, зачастую с тяжелой сопутствующей соматической патологией (ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, нарушениями сердечного ритма, пороками сердца, эндокардитом). Данное заболевание встречается у мужчин и женщин примерно с одинаковой частотой [3, 4].

Основная причина поздней диагностики острого МТ — отсутствие типичной, а тем более патогномичной клинической картины. Заболевание протекает под маской таких нозологических состояний, как острый панкреатит, острый холецистит, кишечная непроходимость, пищевая токсикоинфекция, желудочно-кишечное кровотечение и др. Большинство из перечисленных заболеваний не требуют, как правило, активной хирургической тактики. Больные получают консервативное лечение, что приводит к задержке с ранней диагностикой острого нарушения брыжечного кровообращения [3, 6, 8, 14, 15].

Стандартные инструментальные исследования (обзорная рентгенография (РГ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП)) в большинстве случаев лишь выявляют косвенные признаки заболевания или критерии, характерные для других хирургических или терапевтических нозологий. Лабораторная диагностика острого нарушения мезентериального кровообращения не отработана и не имеет четких критериев при раннем выявлении этого заболевания [12—14].

При консервативном лечении МТ даже с использованием современных лекарственных

препаратов не удается предотвратить летальные исходы. Альтернативы хирургическому лечению МТ в настоящее время нет [5, 7, 16].

Внедрение в клиническую практику ряда патогенетически обоснованных способов оперативного лечения больных с МТ (резекции кишки, тромбо-эмболектонии, реконструктивных вмешательств на брыжеечных сосудах и др.) позволило несколько снизить уровень летальности. Однако послеоперационная летальность при этом заболевании остается высокой, достигая 80—97% [6, 9, 14, 15].

Актуальной является проблема лечения пациентов с МТ в больницах I—II уровня, где контингент больных, условия проведения операций, квалификация врачей и оснащенность лечебных учреждений значительно отличаются от таковых в многопрофильных больницах региональных административных центров и клиник столичных мегаполисов [4, 10, 11].

Все изложенное выше свидетельствует об актуальности нашего наблюдения.

Пациент Х., 40 лет, госпитализирован в хирургическое отделение областной клинической больницы — Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (Харьков) в ургентном порядке с жалобами на интенсивную боль в эпигастрии и тошноту. Заболел остро за 2 ч до поступления в стационар, когда впервые появились упомянутые жалобы после употребления жирной пищи.

При госпитализации общее состояние пациента средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостенический тип телосложения. Температура тела — в норме. Частота сердечных сокращений — 80 в 1 мин. Артериальное давление — 140/90 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное, аускультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, при аускультации перистальтические волны обычной интенсивности, шум плеска не определяется. Печеночная тупость сохранена. Грыжевых выпячиваний, послеоперационных рубцов нет. Поясничная область при пальпации безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, эластичные, патологических выпячиваний нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке — следы кала обычной окраски. План обследования предусматривал использование общеклинических методов исследования крови и мочи, биохимического анализа крови, анализа свертывающей системы крови, а также таких инструментальных методов исследования, как РГ органов грудной клетки и ОБП, УЗИ ОБП и эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты лабораторных исследований: эритроциты — $3,63 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин — 112 г/л, лейкоциты — $13,5 \cdot 10^9$ /л, гранулоциты — 83,1%, лимфоциты — 12,2%, моноциты — 4,7%, цветной показатель — 0,92. Гликемический профиль: 18:00 — 10,0 ммоль/л, 21:00 — 9,3 ммоль/л, 06:00 — 9,0 ммоль/л. Амилаза крови — 40,8 ЕД/л, мочевины — 3,98 ммоль/л, креатинин — 108,3 мкмоль/л, общий белок — 66,6 г/л, общий билирубин — 22,0 мкмоль/л, международное нормализованное отношение — 1,15, протромбин по Квику — 82,1%, фибрин плазмы — 2,7.

РГ органов грудной клетки: легкие без видимых изменений, диафрагма подвижна, синусы свободны, границы сердца в пределах нормы. РГ ОБП: патологические образования со стороны ОБП не определяются, признаков кишечной непроходимости (чаш Клойбера) и свободного газа нет. УЗИ ОБП: печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, паренхима ее однородная, зернистая, эхогенность умеренно повышена, звукопроводимость незначительно снижена, внутривенные желчные протоки не расширены, печеночные вены не расширены, объемных образований не выявлено. Желчный пузырь — обычных размеров, в области тела-шейки определяются перегибы, стенки его уплотнены, конкрементов в просвете не обнаружено, пристеночно определяются несколько полипообразных образований диаметром до 5 мм. Холедох не расширен, патологических включений в его просвете не выявлено. Поджелудочная железа — обычных размеров, структура паренхимы несколько неоднородна, гиперэхогенна, ретропанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, Вирсунгов проток не расширен, объемных образований не выявлено. Селезенка — не увеличена, расположена в типичном месте, контуры ее ровные, паренхима однородная, объемных образований не выявлено. В брюшной полости имеются следы свободной жидкости. Почки расположены типично, обычной формы и размеров, паренхима не истончена, чашечно-лоханочные системы не расширены, конкрементов не выявлено. При эзофагогастродуоденоскопии наблюдали признаки эритематозной гастродуоденопатии и дуоденогастрального рефлюкса.

Через 20 ч от момента поступления, несмотря на проводимую консервативную терапию (спазмолитическую, антисекреторную, инфузионную), наблюдается выраженная отрицательная динамика в состоянии пациента, боли в животе усиливаются и распространяются в другие отделы (в момент поступления локализовались только в эпигастрии). Общее состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела — в норме. Частота сердечных сокращений — 88 в минуту. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Дыхание через нос свобод-

ное, аускультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации поддут, симметрично во всех отделах, напряженный и болезненный в эпигастрии и мезогастррии, без четкой локализации, перитонеальные симптомы отрицательные, при аускультации перистальтика резко ослаблена, шум плеска не определяется. Печеночная тупость при перкуссии сохранена, притупление по фланкам четко не определяется. Поясничная область при пальпации безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, эластичные, патологических выпячиваний нет, тонус сфинктера сохранен, на перчатке — следов кала нет. Газы не отходят. Олигурия.

Учитывая клинико-инструментальные данные, можно было думать о наличии у пациента острого деструктивного процесса в брюшной полости. Было показано выполнение диагностической видеолапароскопии (ДВЛ) для определения объема оперативного пособия.

При выполнении ДВЛ субоперационно у больного наблюдается картина острого МТ [2]. В брюшной полости умеренное количество серозно-геморрагического выпота во всех отделах, оба листка брюшины гладкие, блестящие, петли тонкого кишечника раздуты на всем протяжении, темно-багрового цвета, перистальтика отсутствует, видимые участки толстой кишки не изменены. Для определения курабельности данной ситуации была показана лапаротомия.

Была выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости до 500 мл серозно-геморрагического выпота во всех отделах, без примеси и запаха. Оба листка брюшины гладкие блестящие. Печень не увеличена в размерах, обычной окраски, без очаговой патологии. Размеры желчного пузыря — 7,0 × 4,0 × 3,0 см, стенка без воспалительных явлений, не напряжен, опорожняется. Селезенка не увеличена. На расстоянии 30 см от связки Трейтца петли тонкого кишечника раздуты до 4,0 см в диаметре, содержат жидкость и газ, темно-багрового цвета, стенка с признаками некроза без признаков перистальтики. Данные изменения распространяются на подвздошную кишку, не доходя 15—20 см до илеоцекального угла. Пульсация на магистральных сосудах пораженного участка не определяется, основного ствола верхней брыжеечной артерии — сохранена. Слепая кишка и остальные участки толстой кишки не изменены. Стандартно отступив от некробиотически измененных краев, выполнили резекцию

участка тощей и подвздошной кишки с перевязкой и прошиванием магистральных сосудов. Был наложен еюноилеоанастомоз по типу бок в бок с помощью двухрядного шва. Выполнен гемостаз. Проведен подсчет инородных тел и инструментария. Брюшная полость санирована раствором «Декасан» и дренирована перчаточными дренажами из правого подреберья, правой и левой подвздошных областей.

Диагноз после операции — острый МТ с некрозом тощей и подвздошной кишки. После операции больной был переведен в отделение реанимации, а на 3-и сутки — в хирургическое отделение.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент получал антибактериальную (цефтриаксон — по 1 г 2 раза в сутки внутривенно, метронидазол — по 100 мл 0,5 % раствора 2 раза в сутки внутривенно капельно), инфузионную («Рефортан» — по 500 мл 6 % раствора внутривенно капельно, «Аминосол» — по 500 мл внутривенно капельно, раствор Рингера — по 400 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно, 0,9 % NaCl — по 400 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно, раствор глюкозы 5 % 600 мл + 8 ЕД пролонгированного инсулина + витамин С 5% 4 мл внутривенно капельно), спазмолитическую (папаверин — 2 мл внутривенно), противоязвенную (омепразол — 40 мг внутривенно), антикоагулянтную («Фленокс» — по 0,2 подкожно), обезболивающую («Кейвер» — по 2 мл 3 раза в сутки внутримышечно) терапию, проводили трансфузии препаратов крови и физиотерапевтические процедуры, перевязки. Дренажи удалены на 4-е послеоперационные сутки, на 10-е сутки сняты швы.

При патоморфологическом исследовании резекцированного участка тонкой кишки — признаки острого тромбоза мезентериальных сосудов, участки геморрагического инфарктирования в стенке тонкой кишки.

Пациент был выписан на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Данный клинический пример иллюстрирует то, что клинические проявления при МТ могут варьировать. Очень важно поставить верный диагноз как можно скорее, ведь проведенное в первые сутки (с момента поступления в стационар) оперативное лечение — это залог 50 % успешного результата лечения данной категории пациентов. Проведение ДВЛ в подобных ситуациях однозначно оправдано, так как в отличие от лабораторных и инструментальных неинвазивных методов исследования позволяет сразу с точностью 100 % установить диагноз МТ, оценить степень и протяженность поражения кишечника, а также определить тактику лечения.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование — К. Ю. П.; сбор и обработка материала — К. Ю. П., Н. Г., М. С., К. Е. П., А. Д., А. Т.; написание текста — А. Д.

Література

1. Баешко А. А. Острые нарушения брыжеечного кровообращения — этиология, факторы риска, распространенность // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 4. — С. 99—113.
2. Баешко А. А., Бондарчук А. Г., Подымако Н. С. и др. Лапароскопия в диагностике острых нарушений мезентериального кровообращения // Хирургия. — 2000. — № 5. — С. 18—20.
3. Баешко А. А., Климук С. А., Юшкевич В. А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения // Хирургия. — 2005. — № 4. — С. 57—63.
4. Вовк А. В. Пути оптимизации лечения больных с острым нарушением артериального кровоснабжения кишечника: Дис... канд. мед. наук. — СПб, 2009. — 116 с.
5. Горбунов Г. М., Яковлев М. М., Бутарев А. В. Возможности хирургического лечения гангрены тонкой кишки при тромбозе мезентериальных сосудов у пациентки старческого возраста // Вестн. хирургии. — 2005. — Т. 164, № 6. — С. 91.
6. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия. — М.: МИА, 2006. — Т. 2. — 670 с.
7. Гусева Т. В., Хрипун А. И., Прямыков А. Д. Микроциркуляция тонкой и толстой кишки при тромбозе и тромбоэмболии брыжеечных артерий // Хирургия. Журн. имени Н. И. Пирогова. — 2011. — № 9. — С. 27—32.
8. Гусева Т. В., Хрипун А. И., Саликов А. В. Современный подход к диагностике и лечению острого нарушения мезентериального кровообращения. // Хирургия. Журн. имени Н. И. Пирогова. — 2014. — № 6. — С. 36—42.
9. Зубарев П. Н. Острые нарушения мезентериального кровообращения // Неотложная хирургия груди и живота. — СПб: Гиппократ, 2002. — С. 474—480.
10. Козаченко А. В. Нарушение мезентериального кровообращения как проблема неотложной практики // Медицина неотложных состояний. — 2007. — № 11. — С. 5—10.
11. Кригер А. Г. Диагностика мезентериального тромбоза // Эндоскоп. хирургия. — 2005. — Т. 11, № 1. — С. 66—67.
12. Лемешевский А. И. Проблема острой мезентериальной ишемии // Белорус. мед. журн. — 2008. — № 3. — С. 34—38.
13. Огоновский В. К., Палий О. И., Жолоб В. М., Куляба О. Л. Острая мезентериальная ишемия // Мед. трансп. Украины. — 2008. — № 2. — С. 71—74.
14. Савельев В. С., Спиридонов И. В., Болдин Б. В. Острые нарушения мезентериального кровообращения: Рук-во по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Триада-Х, 2004. — С. 281—302.
15. Серова Л. С. Тромбоз мезентериальных сосудов // Хирургия острого живота. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2007. — С. 322—344.
16. Шапошников В. И. К вопросу острого нарушения мезентериального кровообращения // Фундамент. исслед. — 2006. — № 1. — С. 39—40.

**К. Ю. Пархоменко¹, Н. М. Гончарова², М. В. Супліченко¹,
К. Є. Паюнов¹, А. Г. Дроздова², О. В. Тимченко¹**

¹ Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», Харків

² Харківський національний медичний університет

ВИПАДОК УСПІШНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ГОСТРИМ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИМ ТРОМБОЗОМ

Описано випадок успішного хірургічного лікування пацієнта віком 40 років з гострим мезентеріальним тромбозом, госпіталізованого у хірургічне відділення обласної клінічної лікарні — Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (Харків) в ургентному порядку зі скаргами на інтенсивний біль в епігастрії та нудоту. Вважаємо це спостереження важливим, оскільки мезентеріальний тромбоз — це хірургічна патологія, результати лікування якої нерідко виявляються незадовільними через відсутність типової, а тим більше патогномічної клінічної картини, та складність діагностики в цілому. Було проведено низку діагностичних заходів, зокрема діагностичну відеолапароскопію, які дали змогу своєчасно встановити правильний діагноз і визначити обсяг оперативного лікування. Пацієнта було успішно прооперовано і на 10-ту добу після втручання виписано у задовільному стані.

Ключові слова: мезентеріальний тромбоз, хірургічне лікування, діагностична відеолапароскопія.

**K. Yu. Parkhomenko¹, N. M. Goncharova², M. V. Suplichenko¹,
K. E. Payunov¹, A. G. Drozdova², O. V. Timchenko¹**

¹ Municipal Founding of Public Health «Regional Clinical Hospital — The Centre of Extraordinary Medical Assistance and the Medicine of Catastrophe», Kharkiv

² Kharkiv National Medical University

SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH ACUTE MESENTERIC THROMBOSIS. THE CASE STUDY

A case of successful surgical treatment of 40-year-old patient with acute mesenteric thrombosis hospitalized in the surgical department in urgent order with intense epigastric pain and nausea was described. We consider this observation to be topical, since mesenteric thrombosis remains surgical pathology, the treatment results of which are often unsatisfactory because of the absence of a typical, and especially pathognomonic, clinical picture, and the complexity of the diagnostics as a whole. A number of diagnostic measures was carried out, including diagnostic video-assisted laparoscopy, which allowed to establish a timely correct diagnosis and to determine the surgery volume. The patient was successfully operated and 10 days after the intervention was discharged in a satisfactory condition.

Key words: mesenteric thrombosis, surgical treatment, diagnostic video-assisted laparoscopy.