

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.383–005:616.143:616–008.841.5

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБИГУ У ХВОРОГО ПРИ ПОЛІЦИТЕМІЇ

І. А. Лурін, Г. Г. Макаров, О. І. Гладушенко, В. П. Слободяник

Центральний госпіталь Військово—медичного управління СБ України, м. Київ

OBSERVATION OF AN ACUTE DISORDER OF A MESENTERIC BLOOD CIRCULATION IN A PATIENT, SUFFERING POLYCYTEMIA

I. A. Lurin, G. G. Makarov, O. I. Gladysbenko, V. P. Slobodyanyk

Наводимо спостереження успішного лікування гострого тромбозу верхньої брижової артерії, який ускладнився некрозом порожньої кишки, у хворого на поліцитемію.

Хворий Г., 34 років, доставлений машиною швидкої допомоги в Центральний госпіталь СБУ 17.03.13. Госпіталізований в хірургічне відділення зі скаргами на оперізуючий біль у верхній половині живота, рідкі випорожнення, одноразове блювання. Напередодні ввечері з'явився неінтенсивний біль в верхній половині живота, періодичне запаморочення після їди. 3 жовтня 2012 р. пацієнт перебуває під наглядом гематолога з приводу поліцитемії. Специфічне лікування не проводили.

Стан хворого задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо—рожеві, без патологічних висипань. Лімфатичні вузли не збільшені. Кістково—м'язова система без патологічних змін. Пульс 72 за 1 хв, ритмічний. АТ 17,3/10,7 кПа (130/80) мм рт. ст. Частота дихання 14 за 1 хв. При аускультатії над легенями відзначено везикулярне дихання, патологічні шуми не виявлені. Живіт збільшений, при пальпації м'який, доступний глибокій пальпації, виявлена болючість у надчеревній ділянці, захисного напруження м'язів передньої черевної стінки немає, симптоми подразнення очеревини відсутні. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Перистальтика звичайна. При ректальному дослідженні патологічні зміни не виявлені, тонус сфінктера відхідника збережений, в ампулі прямої кишки міститься кал коричневого забарвлення, звичайної консистенції. Лабораторні показники (загальний та біохімічний аналіз крові, активність амілази в крові та сечі, коагулограма) без патологічних змін.

Езофагогастродуоденофіброскопія: функціональна недостатність кардії, поліп черевної частини стра-

воходу, ерозивний рефлюкс—езофагіт ІА—А стадії, еритематозно—ерозивна гастропатія, еритематозна дуоденопатія.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: печінка — косо—вертикальний розмір лівої частки — 108 мм, правої — 135 мм, ознаки гепатозу, внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені, супрадуоденальна частина спільної жовчної протоки діаметром 7 мм, ворітна вена — 11 мм. Жовчний міхур розташований типово, розмірами 100 × 40 мм, деформований внаслідок перегину в ділянці тіла, в просвіті — дрібнодисперсний вміст. Підшлункова залоза візуалізується нечітко, фрагментарно. Головка — 22 мм, тіло — 16 мм, хвіст — 25 мм. Ехогенність знижена. Селезінка розмірами 153 × 70 мм, структура однорідна. Вільна рідина в черевній порожнині та сальниковій сумці відсутня.

На підставі аналізу даних фізичного, лабораторного та інструментальних методів дослідження встановлений діагноз: гострий панкреатит, набрякова форма, легкий перебіг. Призначене відповідне лікування. Протягом двох діб хворому проводили інфузійну терапію, призначали спазмолітики, блокатори протонної помпи (проксіум), гордокс, антибактеріальну терапію, ферментні препарати. Хворий продовжував скаржитися на біль в животі, запаморочення після їди, відзначена певна ейфоричність. 20.03.13 стан хворого погіршився: біль в животі постійний, при пальпації відзначено напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини, здуття живота, затримка випорожнення і газів, в аналізі крові збільшення кількості паличкоядерних лейкоцитів.

Проведена оглядова рентгеноскопія черевної порожнини з дослідженням пасажу барію сульфату по травному каналу. Виявлені чаші Клойбера у тонкій

кишці, затримка контрастної речовини у порожній кишці. Під час повторного УЗД черевної порожнини в шлунку натще візуалізується велика кількість рідини, вільна рідина міститься в порожнині малого таза, роздуті петлі тонкої кишки без ознак перистальтики.

З огляду на отримані дані, що свідчили про появу перитоніту, вирішено виконати оперативне втручання у невідкладному порядку.

20.03.13 виконана діагностична лапароскопічна ревiзiя черевної порожнини. У порожнині малого таза і лівій бічній ділянці виявлений мутний ексудат жовтуватого забарвлення без запаху, об'ємом 150 мл, печінка, великий сальник без патологічних змін, ознак геморагічного та жирового панкреонекрозу немає, петлі клубової кишки перерозтягнуті рідким вмістом, серозна оболонка клубової кишки блискуча, з великою кількістю точкових крововиливів, перистальтика тонкої кишки значно ослаблена. Петля порожньої кишки темно-червоного забарвлення без ознак перистальтики. Прийняте рішення про здійснення конверсії з метою встановлення та усунення джерела перитоніту.

Виконана лапаротомія. Під час ревiзiї черевної порожнини на відстані 40 см від зв'язки Трейтца виявлена ділянка порожньої кишки довжиною 25 см темно-червоного забарвлення з потовщеною стінкою тісто-подібної консистенції. Перистальтика відсутня. Пульсація судин брижі відсутня. Дистальні відділи тонкої кишки рожевого забарвлення, серозна оболонка їх блискуча, перистальтика збережена, пульсація судин брижі чітко визначається. Інші патологічні зміни органів черевної порожнини не виявлені.

Отже, діагностований гострий сегментарний тромбоз II сегмента верхньої брижової артерії з ознаками нежиттєздатності ділянки порожньої кишки. Виконана резекція ураженого сегмента тонкої кишки

в межах життєздатних тканин, довжина видаленої ділянки тонкої кишки 70 см, накладений ентеро-ентероанастомоз бік у бік.

Діагноз після операції: поліцитемія ІІ стадії; гостре порушення кровообігу (тромбоз) ІІ сегмента верхньої брижової артерії, некроз 15 см тонкої кишки; дифузний серозний перитоніт.

Морфологічне дослідження макропрепарату: фрагмент тонкої кишки з ознаками тромбозу судин, некрозу та запальної інфільтрації стінки.

Після операції пацієнту призначені антикоагулянтні препарати, анагетика, інгібітори протонної помпи, проведена інфузійна та антибактеріальна терапія. Дренажі видалені на 3-тю і 5-ту добу. Операційна рана загоїлася первинним натягом. Шви зняті на 10-ту добу. В задовільному стані пацієнт виписаний для амбулаторного лікування під нагляд хірурга та гематолога поліклініки.

Таким чином, вирішальне значення в успішному лікуванні гострого порушення мезентеріального кровообігу має рання діагностика. З огляду на складність встановлення діагнозу, особливо у пацієнтів молодого віку за наявності гематологічних захворювань, вирішальне значення мають ретельне збирання анамнезу та обов'язкове раннє проведення діагностичної лапароскопії [1–3].

ЛІТЕРАТУРА

1. Карагулян С. Р. Синдром острого живота при заболеваниях системы крови / С. Р. Карагулян, С. А. Шутов, А. В. Гржиловский // *Соврем. онкология*. — 2011. — №4. — С. 23 — 26.
2. Миминошвили О. И. Трудности диагностики и лечения острой мезентеральной ишемии / О. И. Миминошвили, И. Н. Шаповалов, А. А. Иваненко // *Сучасна хірургія та колопроктологія*. — 2012. — №4. — С. 64– 68.
3. Acosta S. Incidence of acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery — a population-based study / S.Acosta // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* — 2004. — Vol. 27, N 2. — P. 145.

