

Тотальний мезентеріотромбоз тонкого кишечника. Смертний вирок чи повне одужання?

М.Г.Компанієць, В.А.Мороз, Ю.І.Белік

Відділкова лікарня станції Нижньодніпровськ – вузол Придніпровської залізниці
Дніпропетровськ, Україна

У статті розглянуто випадок тромбозу а. mesenterica superior з подальшим тотальним ураженням усього тонкого кишечника двічі з інтервалом у два роки. Оперативне втручання – лапаротомія, ревізія та дренажування черевної порожнини – виконано під ендотрахеальним наркозом. У післяопераційному періоді були застосовані стрептокіназа, перфторан, а також антикоагулянтна, реологічно активна, інфузійно-трансфузійна, антибактеріальна, знеболююча, антипаретична, дезінтоксикаційна терапія. Перебіг післяопераційного періоду з позитивною динамікою – відновилася моторика кишечника. Через два роки розвинулася аналогічна клініка і виконана аналогічна операція. Обидва рази післяопераційне лікування було однаковим. Хворий двічі в задовільному стані виписувався додому.

Ключові слова: тотальний мезентеріотромбоз, тонкий кишечник, оперативне втручання, декомпресія кишечника, стрептокіназа, перфторан.

Вступ

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ), незважаючи на досягнення медицини за останні десятиліття, залишається однією з найскладніших проблем [4]. Летальність при цьому захворюванні залишається високою і сягає 85-100% [3]. Спростовуючи вислів Cokkins, який дав таку характеристику ГМІ: «Діагноз неможливий, прогноз безнадійний, лікування марне» [4, 5, 7], наводимо власні спостереження.

Клінічне спостереження

Хворий Д., 58 років, госпіталізований у хірургічне відділення лікарні станції Нижньодніпровськ – вузол Придніпровської залізниці 3.07.2008 р. зі скаргами на виражений біль у животі, сухість у роті, нудоту, блювоту, здуття живота. Захворів гостро, з'явився різкий біль у животі 2.07.2008 р. о 7.30. Було послаблення випорожнень, що характерно для ГМІ [5], рідкий, частий, близько 4 разів. Уранці ще раз був рідкий кал, після чого стулу та відходження газів не було. Проведено УЗД – ознаки перитоніту, різко розширені петлі кишечника. Рентгеноскопія та рентгенографія черевної порожнини – кишкова непрохідність. В анамнезі вірусний гепатит у 1955 р., пневмонія в 1990 р. Із шкідливих звичок – куріння

(40 сигарет на день), зловживання спиртними напоями.

Об'єктивно: стан дуже тяжкий. Хворий у свідомості. Шкірні покриви чисті, бліді. Аускультативно в нижніх відділах легень послаблене дихання. ЧД – 24 за 1 хв. Задишка змішаного генезу. Тони серця приглушені, ритм правильний. ЧСС – 100 за 1 хв. На ЕКГ: ритм синусовий, електрична вісь серця і позиція напівгоризонтальні, виражені дифузні зміни міокарда. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Живіт напружений, здутий, перистальтика не прослуховується. Позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга над всією поверхнею живота. При ректальному дослідженні на рукавичці рідкий кал звичайного кольору, ампула вільна. Стул уранці рідкий. Сечовиділення вільне.

У хворого клініка перитоніту і паретичної кишкової непрохідності. Показане оперативне втручання. В умовах сучасності основним методом лікування стає оперативний. Консервативні засоби лікування (антикоагулянти, фібринолітичні препарати) хоча і можуть врятувати зрідка життя хворих з ГМІ, але в більшості випадків не ефективні. Можна вважати доведеним, що консервативні методи лікування можна розглядати лише в якості допоміжних і застосовувати переважно в післяопераційно-

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

му періоді [5]. Проведено УЗД органів черевної порожнини – клініка перитоніту. Рентгенографія органів черевної порожнини – кишкова непрохідність. На підставі даних опитування, огляду, додаткових методів дослідження запідозрили ГМІ. Пацієнту рекомендували оперативне втручання.

З огляду на потребу провести подовжену інфузійно-трансфузійну терапію й неможливість виконати пункцію периферичних вен, контролювати центральний венозний тиск в асептичних умовах виконали пункцію та провели катетеризацію правої підключичної вени за Сельдингером. Центральний венозний тиск негативний. Розпочато інфузійно-трансфузійну терапію. Орогастральним зондом зі шлунка виведено 300 мл застійної рідини. Незважаючи на блювоту, шлунок у хворих з ГМІ зазвичай буває з рідиною [5]. Аналогічна клінічна картина розвинулась через два роки – 17.09.2010 р.

Проведено премедикацію атропіном та дексаметазоном у звичайних дозах. Оперативне втручання виконано під внутрішньовенним програмованим полінаркозом із міоплегією, штучною вентиляцією легень ендотрахеальним методом та ендотрахеальною подачею кисню. Під час оперативного втручання здійснювали інфузійно-трансфузійну терапію: перфторан, альбумін, колоїди, кристалоїди.

Гемодинаміка під час наркозу та операції: АТ – 140/90, 130/80, 140/90 мм рт.ст. Пульс – 100, 90, 100 на 1 хв. Гемодинаміка на початку захворювання у хворих з ГМІ за гіпердинамічним типом [5].

Проведено лапаротомію, розтин зв'язки Трейця, декомпресію тонкого кишечника. Введення гепарину з новокаїном у корінь брижі тонкого кишечника. Санація та дренирування черевної порожнини. При входженні в черевну порожнину є геморагічний випіт. При ревізії черевної порожнини шлунок звичайної форми. На дванадцятипалій кишці старий поствиразковий м'який рубець. Порожнина сальникової сумки без випоту. Підшлункова залоза незначно ущільнена. Печінка, жовчний міхур звичайні. Товста кишка звичайного кольору, не здута. Уся тонка кишка багрового кольору з чорними плямами від 0,5 см до 4 см в діаметрі на всьому протязі. Перистальтики немає, пульсація мезентеріальних судин пальпаторно відсутня. Діагноз: гострий тотальний мезентеріотромбоз тонкого кишечника. Паретична непрохідність кишечника. Серозно-геморагічний перитоніт.

У корінь брижі тонкої кишки введено 120 мл 0,25% розчину новокаїну і 25 тис. ОД гепарину. На деяких ділянках з'явилась в'яла перистальтика. Здійснена декомпресія тонкого кишечника – 750 мл кишкової рідини, санація черевної порожнини та її дренирування.

Друге оперативне втручання було проведено через два роки. Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, вісцероліз, декомпресія кишечника, вшивання некротичних ділянок тонкої кишки, гепаринізація кореня брижі тонкої кишки, дренирування черевної порожнини.

У першу добу післяопераційного періоду по дренажах із черевної порожнини отримано 150 мл сукровичного виділення. До госпіталізації у хворого сечі не було. Для ГМІ характерно зниження діурезу [5]. Проба Макклюра-Олдріча під час госпіталізації – 20 хв., що вказує на дегідратацію. Після проведення регідратаційної терапії діурез, ЦВТ та тест на гідрофільність тканин були в межах норми. Гемодинаміка в післяопераційному періоді характеризувалася стабільністю.

Температура протягом 7 діб була в нормі, за винятком 5 доби – підйом до 37,4 С. Підйом температури не є характерним для мезентеріотромбозу [1]. Післяопераційний період як в першому, так і в другому випадку суттєво не відрізнявся.

Антибактеріальна терапія проводилась ципринолом, цефатоксимом, ністатином, флюконазолом.

Знеболювання здійснювалось наркотичними та ненаркотичними анагетиками. Антикоагулянтний ефект досягався введенням гепарину як внутрішньовенно, так і підшкірно. Тромболітичний ефект здійснювався з допомогою стрептокінази – 750 тис. ОД внутрішньовенно крапельно на 200,0 мл фізіологічного розчину. Реологічно активна терапія: нікотинова кислота, реополіглюкін, реосорбілакт, пентилін. Дезінтоксикаційна терапія: неогемодез. Антипаретична терапія: метоклопрамід, прозерин, мотиліум. В інфузійну терапію окрім колоїдів та кристалоїдів входив альбумін, «Перфторан», Аміносол Нео, Гепасол Нео, хетасорб.

Результати лабораторних методів досліджень наведені в табл. 1.

ГМІ супроводжують явища гемоконцентрації [1, 4-5]. Можна висунути гіпотезу, що еозинофіли зросли на 3 день із-за надходження в кров гістаміну та серотоніну з кишечника після відновлення мезентеріального кровотоку, а також за рахунок зменшення ниркового кровотоку, який обумовлений дегідратацією при гос-

Показники клінічного аналізу та коагулограми крові

Показники	Доба захворювання						
	1	2	3	4	5	6	7
Гемоглобін, г/л	144	142	114	118	120	118	110
Еритроцити, Т/л	4,64	4,68	3,93	3,97	4,01	3,97	3,79
Кольоровий показник	0,93	0,9	0,87	0,89	0,89	0,89	0,87
ШОЕ, мм/год	23	20	32	30	32	40	35
Гематокрит, %	45	45	40	40	41	40	39
Лейкоцити, Г/л	5,0	5,5	5,3	5,4	6,9	5,7	5,5
Юні, %	7	2	-	-	1	-	2
Палочкоядерні, %	34	31	7	6	4	5	5
Сегментоядерні, %	40	44	47	49	58	53	37
Еозинофіли, %	-	-	6	5	3	4	4
Лімфоцити, %	12	18	29	30	21	29	37
Моноцити, %	7	5	11	10	13	9	15
Тромбоцити, Г/л	460	460	245	250	320	300	392
Час згортання за Сухаревим, хв., с	1–4	1,04–4,49	1–4,08	1–4,08	1,04–4,44	1,05–4,50	1,09–4,50
Час згортання за Дукє, хв., с	2	2	2	2	2	2,30	2,30
Протромбіновий індекс, %	75	68	72	78	84	84	71
Фібрин, мг	34	16	18	20	31	32	33
Фібриноген, г/л	7,5	3,5	3,7	4,0	6,6	6,8	6,9

піталізації, що в кінцевому рахунку призводить до викиду серотоніну [5]. Лейкоформула вказує на явища інфаркту кишечника та перитоніту [5]. Катастрофи черевної порожнини і, зокрема, ГМІ супроводжує гіперкоагуляція [2, 4, 6, 8]. Важливо було знайти коагуляційний коридор між гіпер- та гіпокоагуляцією, щоб лізувались тромби мезентеріальних судин, але при цьому не виникло кровотечі в післяопераційному періоді. Цукор крові під час госпіталізації – 8,4 ммоль/л. Цукор крові в динаміці був у межах норми.

Білкові фракції крові під час виписки: загальний білок – 64 г/л, альбумін – 54%, α -1-глобуліни – 4,8%, α -2-глобуліни – 8,2%, β -глобуліни – 13,9%, γ -глобуліни – 18,3%, альбуміно-глобуліновий коефіцієнт – 1,2.

У подальшому в післяопераційному періоді може розвинути гіпопротеїнемія [5].

Печінковий комплекс: загальний білок – 70 г/л, 64 г/л; загальний білірубін – 11,7 мкмоль/л, 10,0 мкмоль/л; прямий – 1,7 мкмоль/л, 1,0 мкмоль/л; непрямої – 10 мкмоль/л, 9,0 мкмоль/л; АЛТ – 0,35 ммоль/ч*л, 0,34 ммоль/ч*л; тимолова проба – 4,5 о.д. SH, 1,5 о.д. SH; холестерин – 4,2 ммоль/л, 4,1 ммоль/л; β -ліпопротеїди – 36 у.о., 45 у.о.

Нирковий комплекс: сечовина – 14,7 ммоль/л, 12,8 ммоль/л, 6,4 ммоль/л; азот сечовини – 6,9 ммоль/л, 5,9 ммоль/л, 2,9 ммоль/л;

креатинін – 152 мкмоль/л, 68 мкмоль/л; азот сечовини – 6,9 ммоль/л.

Для ГМІ характерно зростання сечовини та креатиніну [4]. Діастаза сечі була в межах норми.

Загальний аналіз сечі: колір – солом'яний, незначно мутна; питома вага – 1,010, 1,018, 1,021; реакція – кисла; білок – 0,66%; еритроцити – 1-2 у полі зору; лейкоцити – 3-4 у полі зору, 2-3 у полі зору; епітелій – 5-6 у полі зору, 4-5 у полі зору; циліндри гіалінові – 1-2 у полі зору, немає в полі зору.

Для ГМІ характерно збільшення питомої ваги сечі, поява в сечі білка, еритроцитів, гіалінових циліндрів [5]. Аналізи лабораторних обстежень як у перший, так і в другий раз суттєво не відрізнялись.

Висновки

1. Тотальний мезентеріотромбоз тонкого кишечника – одне з найтяжчих хірургічних захворювань, але, незважаючи на безнадійність ситуації, можливо досягнути позитивного ефекту в лікуванні хворого.

2. Суттєвим елементом під час оперативного втручання є декомпресія кишечника та гепаринізація брижі тонкої кишки.

3. У післяопераційному періоді в комплексі загальноприйнятої стандартної терапії важливо застосовувати для гемодилуції масивну інфузійну терапію, а також стрептокіназу та перфторан.

Література

1. Грицюк А.И. Клінічна ангіологія / А.И.Грицюк. – К.: Здоров'я, 1999. – 213 с.
2. Компанієць М.Г. Вплив «Перфторану» на стан гемостазу після ургентних операцій на органах черевної порожнини / М.Г.Компанієць, В.А.Мороз, Ю.І.Белік // Медицина транспорту України. – 2007. – №1 (21). – С. 31-34.
3. Трудности диагностики острых сосудистых заболеваний брюшной полости / [В.В.Луканов, И.Г.Фомина, З.О.Георгадзе, О.В.Кавешникова] // Клини. мед. – 2005. – №5. – С. 61-65.
4. Гостра мезентеріальна ішемія / [В.К.Огоновський, О.І.Палій, В.М.Жолоб, О.Л.Куляба] // Медицина транспорту України. – 2008. – №2 (26). – С. 71-74.
5. Савельев В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения / В.С.Савельев, И.В.Спиридонов. – М.: Медицина, 1999. – 231 с.
6. Фракціоновані та нефракціоновані гепарини в інтенсивній терапії / [Г.В.Дзяк, О.М.Клігуненко, В.І.Снісарь, В.В.Єхалов]. – К.: Здоров'я, 2004. – 190 с.
7. Boley S.J. History of mesenteric ischemia. The evolution of diagnosis and management / S.J.Boley, L.J.Brandt, R.J.Sammartano // Surg. Clin. North. Am. – 1997. – Vol. 77. – P. 275-288.
8. Kompaniets N. The effect of Perfthoran (artificial blood) on haemostasis after emergency operations on the abdomen / N.Kompaniets // World Anaesthesia news. – 2007. – Vol. 9. – №2. – P. 7-9.

Н.Г.Компанієць, В.А.Мороз, Ю.І.Белік. Случай успешного лечения больного с тотальным мезентериотромбозом тонкого кишечника. Днепрпетровск, Украина.

Ключевые слова: тотальный мезентериотромбоз, тонкий кишечник, оперативное вмешательство, декомпрессия кишечника, стрептокиназа, перфторан.

В статье рассмотрен случай тромбоза а. mesenterica superior с последующим тотальным поражением всего тонкого кишечника дважды с интервалом в два года. Оперативное вмешательство – лапаротомия, ревизия и дренирование брюшной полости – выполнено под эндотрахеальным наркозом. В послеоперационном периоде были применены стрептокиназа, перфторан, а также антикоагулянтная, реологически активная, инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, обезболивающая, антипаретическая, дезинтоксикационная терапия. Течение послеоперационного периода с положительной динамикой – восстановилась моторика кишечника. Спустя два года развилась аналогичная клиника и выполнена аналогичная операция. Оба раза послеоперационное лечение было одинаковым. Больной дважды в удовлетворительном состоянии выписывался домой.

N. G. Kompaniets, V. A. Moroz, Y. I. Belik. The case of successful care of the patient with total acute mesenteric thrombosis of small intestine. Dnipropetrovsk, Ukraine.

Key words: total mesenteric thrombosis, small intestine, surgery, intestinal decompression, streptokinase, perfloran.

In the article, we consider case of thrombosis of a. mesenterica superior followed by total defeat of the small intestine twice with an interval of two years. Surgery – laparotomy, revision and drainage of the abdominal cavity – was done under endotracheal anesthesia. In the postoperative period were used streptokinase, perflorane, as well as anti-coagulant, rheological active, infusion-transfusion, antibiotic, analgesic, antiparetic, disintoxication therapy. Postoperative period characterized by positive dynamics – restore of intestinal motility. Two years later similar clinic developed and similar operation performed. Both times, postoperative treatment was the same. Patient twice in satisfactory condition discharged at home.

Надійшла до редакції 14.12.2010 р.