

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.149.2-005.6-089.197.6

С.В. Тарасенко, С.В. Леонченко, В.В. Зацаринный, М.И. Фабер, И.А. Симонов

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРОМБОЗЕ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Больница скорой медицинской помощи (главврач — проф. С.В. Тарасенко), г. Рязань

Ключевые слова: острое нарушение брыжеечного кровообращения, субтотальная резекция кишечника, еюнотрансверзостомия, хирургически радикальная операция.

Мезентериальный тромбоз встречается в практике общего хирурга в 0,1–0,2% случаев [1]. При этом летальность, несмотря на успехи в реаниматологии, скорой медицинской помощи и сосудистой хирургии, остается крайне высокой и достигает от 92 [1, 3] до 100% [2]. Связано это, по-видимому, с тем, что острое нарушение брыжеечного кровообращения — одно из тяжелейших и в то же время малоизученных заболеваний.

Данная патология чаще встречается у людей пожилого и старческого возраста (средний возраст — 68,5 лет [1, 4]), уже на момент заболевания имеющих значительный «багаж» сопутствующей патологии. В патоморфогенезе можно выделить 2 основных процесса: окклюзионное (87,6% [1, 2]) и неокклюзионное (7,5 [1]–12,8% [2]) поражение непарных висцеральных ветвей брюшной аорты. Среди окклюзионных поражений чаще всего наблюдается эмболия сосудов (29,1 [2]–44,2% [1]), тромбоз артерий (32,9 [2]–50,7% [1, 3]) и вен (7,8–10,1% [1, 4]).

Локализацию патологического процесса по сосудам можно представить следующим образом: верхняя брыжеечная артерия (ВБА) — 91,3% [1], нижняя брыжеечная артерия (6,5% [1]), чревный ствол (2,2%). Самое тяжелое поражение желудочно-кишечного тракта наблюдается при окклюзионном поражении ВБА в первом её сегменте (в 64,5% [2]) и приводит к тотальной ишемии, как правило, всей тонкой и правого фланга толстой кишки.

В нашей клинике мы столкнулись с типичным примером по анатомо-морфологическому и клиническому течению заболевания и, к сожалению, времени оказания медико-социальной помощи.

Больная Т., 80 лет, поступила в 1-е хирургическое отделение МУЗ ГК БСМП 12.04.2010 г. через 50 ч от начала

заболевания в тяжелом состоянии с клиникой перитонита. Из анамнеза известно, что болезнь дебютировала резкими схваткообразными болями в животе, двукратной рвотой, двукратным жидким стулом темно-красного цвета. Родственниками (медработники) состояние расценено как острая пищевая токсикоинфекция и начата на догоспитальном этапе терапия, включающая инфузионную (за 50 ч — 6 л растворов), антисекреторную (фамотидин, октреотид, пантопрозол), различную симптоматическую (контрикал, сердечные метаболические препараты) терапию. Несмотря на проводимое лечение, общее состояние ухудшалось, боли не купировались (большими дозами ненаркотических анальгетиков). Доставлена скорой медицинской помощью в БСМП, г. Рязань.

В приемном покое, учитывая данные анамнеза и объективного обследования, поставлен диагноз: перитонит.

В предоперационном периоде, составляющем 1,5 ч с момента госпитализации, проведено стандартное обследование. Из сопутствующей патологии у больной обращала на себя внимание ИБС: персистирующая форма фибрилляции предсердий.

При лапаротомии обнаружен тотальный некроз тонкой кишки, начинающийся в 20 см от связки Трейтца и правого фланга толстой кишки (первый сегмент ВБА) и признаки перитонита. Учитывая давность заболевания (III стадия заболевания: стадия перитонита), отсутствие жизнеспособности кишки — возможность сосудистой реконструкции исключена. Больной произведены резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия с заглушкой концов тонкой и толстой кишки и запланирована релапаротомия при благоприятном исходе. В данном случае была использована тактика многоэтапного оперативного лечения: Damage Control Operation. Длительность операции составила 1 ч. Операцию производили под комбинированным внутривенным ингаляционным эндотрахеальным наркозом, наблюдали нестабильную гемодинамику. В послеоперационном периоде больная переведена в реанимационное отделение, где через 5 ч экстубирована и прекращено введение вазопрессоров. 13.04.2010 г. (16 ч после первой операции) состояние расценено как стабильное, позволяющее произвести второй этап. При ревизии выявлено, что культи тощей кишки (20 см от связки Трейтца) и левый фланг толстой кишки жизнеспособны. Произведено наложение еюнотрансверзоанастомоза «бок в бок» однорядным швом, брюшная полость дренирована.

В послеоперационном периоде больная в течение 3 дней находилась в палате интенсивной терапии, после чего была переведена в общую палату. На 2-е сутки послеоперационный период осложнился клиникой ишемии левой нижней конечности. Тромбоз подколенной артерии исклю-

чена, состояние расценено как декомпенсация хронической ишемии нижних конечностей [ввиду анамнеза, клинического течения осложнения, а также симметричности поражения (по данным УЗИ) сосудистого русла обеих нижних конечностей атеросклеротическим процессом].

В послеоперационном периоде больная получала полное парентеральное питание в течение 5 сут. Проводили инфузионную, симптоматическую, антикоагулянтную, антиагрегантную, метаболическую терапию. Больная выписана на 10-е сутки послеоперационного периода в относительно удовлетворительном состоянии. На этот период больная полностью адекватна, активна, способна к самообслуживанию, передвигается в пределах палаты. Получает энтеральное питание в среднем объеме 500–1000 мл, стул — 2–3 раза в сутки.

Описание данного клинического примера мы хотим резюмировать несколькими фактами:

• «В.С.Савельев и соавт. в 1979 г. предложили пользоваться понятиями о физиологической и хирургической радикальности оперативных вмешательств при мезотромбозе: первая — направлена на спасение здоровья пациентов, а хирургически радикальная операция — на спасение жизни больного» [2]. На наш взгляд, хирургически радикальная операция может быть спасительна при правильной тактике, т.е. использовании тактики Damage Control Operation;

• результат оперативного лечения таких пациентов зависит от слаженной работы анестезиолога, реаниматолога, хирурга, терапевта, врача-диагноста клиники, среднего медицинского персонала, так как данные больные обладают, как правило, достаточным количеством тяжелой сопутствующей патологии, требующей проведения соответствующей коррекции, также результат операции бессмыслен при низкой комплаентности родственников больных;

• по окончании стационарного лечения пациента в хирургическом отделении эстафету в лечении и реабилитации больного должны принять гастроэнтерологи и, в частности, диетологи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баешко А.А., Климук С.А., Юшкевич В.А. Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения // Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2005. — № 4. — С. 35–38.
2. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В.Покровского. — Т. 2. — М.: Медицина, 2004. — 888 с.
3. Лепэдэт П. Инфаркт кишечника. — Будапешт: Изд-во Акад. наук, 1975. — 380 с.
4. Норенберг-Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов. — М.: Медицина, 1967. — 320 с.

Поступила в редакцию 14.07.2010 г.