УДК 616.136.46.149.3-005.6/.7-089

Ю.А. Исаев

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

В статье приводятся результаты клинических наблюдений больных, перенесших субтотальную резекцию тонкой кишки при мезентериальных тромбозах, с оценкой исходов операций, выполненных в условиях центральной районной больницы.

Ключевые слова: *мезентериальный тромбоз, субтотальная резекция кишки, синдром короткого кишечника.*

MESENTERIC THROMBOSIS AND EMBOLISM IN SURGICAL PRACTICE (CLINICAL OBSERVATION)

Yu.A. Isaev

Tver State Medical University

The article presents the results of clinical observations of patients who underwent subtotal resection of the small intestine in mesenteric thrombosis, with the assessment of the outcomes of operations performed in a central district hospital.

Key words: *mesenteric thrombosis, subtotal resection of small intestine, short bowel syndrome.*

Введение

Тромбоз и тромбоэмболия мезентериальных сосудов в хирургической практике встречаются преимущественно у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в первую очередь, с ишемической болезнью сердца и артериальными гипертониями, нарушениями сердечного ритма [1–2], а у пациентов молодого возраста – при инфекционных эндокардитах [3], заметно снижая их прогноз на выживание. В последние годы стал играть роль и рост числа лапароскопических операций с наложением напряженного карбоксиперитонеума, при которых возможно формирование тромботических осложнений [4]. Поскольку острая ишемия кишки, не устраненная в течение ближайших 6–8 часов, неизбежно ведет к ее гангрене, то уровень смертности по-прежнему остается высоким, достигая 85–100% в разных учреждениях здравоохранения [1] и порождая достаточно распространенное представление о безнадежности таких больных. Причем решение об отказе от проведения радикального вмешательства может приниматься независимо от исходной тяжести состояния больного как в случае диагноза, установленного еще до операции, так и в ходе ее, когда обнаруживаются признаки гангрены кишки. Тем не менее, отмечаются успешные случаи радикально выполненных операций при тромбозе брыжеечных артерий, особенно в многопрофильных учреждениях, имеющих возможность в послеоперационном периоде обеспечить пациенту адекватную нутритивную поддержку [2].

Операции при мезентериальных тромбозах и эмболиях в основном сводятся к трем видам: операции на мезентериальных сосудах (тромбэмболэктомии), выполнение которых возможно при раннем обращении и ранней диагностике при условии жизнеспособности кишки; резекция кишечника при наличии гангрены кишки; комбинированные операции, предполагающие одновременное вмешательство на сосудах и резекцию нежизнеспособной кишки [1]. Причем, эффективность оперативного пособия на брыжеечных сосудах определяется, в том числе, и возможностями их реваскуляризации и реперфузии [5].

Среди факторов, определяющих прогноз у больных с мезентериальным тромбозом, немаловажное значение имеет распространенность гангренозных изменений, протяженность которых может составлять от нескольких сантиметров до тотального поражения тонкой кишки и правой половины толстой кишки [6–7].

Ключевой проблемой ведения пациентов в послеоперационном периоде в таких случаях является адаптация к нарушению процессов пищеварения [2], имеющая место у всех больных в большей или меньшей степени. При интенсивном лечении, основу которого составляет полноценное парентеральное питание, нарушения процессов пищеварения удается минимизировать. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что значительные расстройства метаболизма, возникающие после обширной резекции тонкой кишки с оставлением сегмента в 50–60 см, могут быть восполнены парентеральным питанием на начальном этапе реабилитации и компенсаторными возможностями кишечника в отдаленном периоде. Обнаружено, что уже через 1 год длина оставленного участка кишки увеличивается в среднем на 28%, а объем – на 33%. Это в определенной мере улучшает возможности пищеварения и всасывания питательных веществ, а также уменьшает разницу в процессах ассимиляции и диссимиляции [8].

Примером благоприятного результата хирургического лечения обширной гангрены кишечника вследствие тромбоза верхней брыжеечной артерии служит следующее клиническое наблюдение.

Больная 78 лет поступила в хирургическое отделение ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» через 3 суток от начала заболевания с подозрением на острый панкреатит. На вторые сутки состояние больной ухудшилось: стали беспокоить постоянные интенсивные боли в нижнем отделе правой половины живота, жажда, сухость во рту. Пульс 104 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст., язык сухой с серым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в правой подвздошной области. Здесь же отмечается некоторая ригидность мышц и резко положительные симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живота болезненность менее выражена. Перистальтические шумы ослабленные. При пальцевом ректальном исследовании выявлена резкая болезненность передней стенки прямой кишки, ее инфильтрация.

С диагнозом «острый аппендицит (тазовое положение отростка), перитонит», больная взята на операцию.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости скудное количество мутного экссудата. Слепая кишка, червеобразный отросток и часть восходящей ободочной кишки серо-желтого цвета. В малом тазу инфильтрат, состоящий из петель тонкой кишки, спаянных между собой и париетальной брюшиной. При выведении кишок из полости таза появился гнилостный запах. На протяжении слепой, подвздошной и части тощей кишки участки нормальной окраски чередуются с участками зеленоватого и цианотичного цвета. Пульсация сосудов брыжейки не определяется, что характеризует мезентериальный тромбоз с гангреной кишечника.

Решено выполнить резекцию тонкой кишки и правой половины толстой. Длина оставленной части тощей кишки около 80 см. Наложен еюнотрансверзоанастомоз, брюшная полость дренирована.

В послеоперационном периоде наблюдался скудный жидкий стул 5–6 раз в сутки. Выписана в относительно удовлетворительном состоянии через 3 недели после операции. Состояние больной в отдаленном периоде не прослежено.

Иной подход к решению задачи в подобной ситуации иллюстрирует следующий пример.

Больная 46 лет оперирована через 6 часов после госпитализации в связи с нарастающими явлениями перитонита, причина которых до операции была не ясна. В брюшной полости найдено умеренное количество серозной жидкости. Тонкая кишка почти на всем протяжении цианотична, местами с налетом фибрина. Пульсация сосудов брыжейки не определяется. Кишка не изменена на протяжении 40 см от связки Трейтца. Обнаружение некроза кишечника побудило дежурного хирурга отказаться от каких-либо радикальных действий. Операционная рана ушита.

Релапаротомия проведена спустя 32 часа после первой операции, в течение которых непрерывно нарастала интоксикация вследствие развивающейся гангрены кишечника. В брюшной полости скудный геморрагический выпот с гнилостным запахом. Выраженные некротические изменения всей тонкой кишки (начиная с 40–50 см от связки Трейтца и до илеоцекального угла). Выполнена резекция тонкой кишки и правой половины ободочной. Наложен илеотрансверзоанастомоз. Больная умерла на 4-е сутки после операции.

Не исключено, что при первично выполненной радикальной операции у больной было бы несколько больше шансов на выживание. Вопрос о целесообразности повторно проведенной операции дискутабелен.

Сама по себе резекция большого отдела кишечника хоть и представляет тяжелую операционную травму, не является прямой причиной гибели таких больных. Летальный исход может наступить в отдаленном (через 2–4 месяца) периоде в связи с истощением или развитием синдрома «короткой кишки», при котором энергетические и субстратные (в основном белковые) потребности организма не покрываются количеством питательных веществ, поставляемых оставшимся отделом кишечника [7–9], примером чего служат следующие наблюдения.

Больной 49 лет год назад в хирургическом отделении ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» была удалена значительная часть тонкой кишки по поводу мезентериального тромбоза, протяженность оставшегося участка приблизительно 80 см. В послеоперационном периоде больная находилась на парентеральном питании только в период пребывания в стационаре (около 1 месяца). За истекший год больная потеряла 30 кг массы тела. Стул преимущественно жидкий или кашицеобразный до 3–4 раз в сутки.

Госпитализирована для восстановительного курсового лечения через год после операции резекции тонкой кишки. В клиническом анализе крови эритроциты – $3,4\times10^{12}$/л, гемоглобин – 98 г/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 40%, моноциты – 7%, СОЭ – 25 мм/ч. Нерезко выраженный анизоцитоз. В биохимическом анализе крови: мочевина – 7,3 моль/л, креатинин 74,4 мкмоль/л, общий холестерин – 3,5 моль/л, белок – 62,1 г/л, кальций – 2,2 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, хлориды – 109 ммоль/л.

При исследовании пассажа бария по кишечнику установлено, что общая длина тонкой кишки составляет 1,2–1,5 м. Продвижение по ней контраста ускорено вдвое. После проведения курса парентерального питания, включавшего растворы глюкозы, витаминов группы В и С, белковых препаратов, больная выписана без существенной динамики состояния.

Мужчина 52 лет, у которого в связи с мезентериальным тромбозом и гангреной кишечника

была удалена почти вся тонкая кишка (оставшаяся часть составляла около 40 см), был выписан после операции в относительно удовлетворительном состоянии. Но уже через 2 месяца после операции он вновь был госпитализирован в хирургическое отделение ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» в состоянии выраженного истощения. Несмотря на проводимое в условиях реанимационного отделения компенсаторное лечение электролитами, витаминами и частично парентеральным питанием, больной умер в связи с необратимыми метаболическими нарушениями.

Заключение

Неопределенность исходов оперативных вмешательств по поводу мезентериальных тромбозов свидетельствует о том, что не следует отказываться от выполнения радикальной операции (резекции ишемизированной кишки), реализуя тем самым единственный шанс на спасение больного. Успех же лечения и реабилитации пациента во многом определяется организационными мероприятиями: оснащением стационаров современными техническими средствами, стандартизацией и регламентацией оказания медицинской помощи данному контингенту больных, повышением квалификации специалистов МУЗ [1], а также обеспечением возможности передавать таких пациентов гастроэнтерологам и диетологам до момента адаптации организма к синдрому «короткой кишки» [2, 9–10].

Литература/References

1. *Алексеев Т.В., Мовчан К.Н., Безносов А.И. и др.* Пути оптимизации лечения больных с мезентериальным тромбозом в муниципальных учреждениях здравоохранения малых городов и сельской местности // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – № 2. – С. 92–95.

Alekseev T.V., Movchan K.N., Beznosov A.I. i dr. Puti optimizacii lechenija bol'nyh s mezenterial'nym trombozom v municipal'nyh uchrezhdenijah zdravoohranenija malyh gorodov i sel'skoj mestnosti // Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. – 2010. – № 2. – S. 92–95.

2. *Тарасенко С.В., Леонченко С.В., Зацаринный В.В. и др*. Случай хирургически радикальной операции при тромбозе начального отдела верхней брыжеечной артерии // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – № 11. – С. 87–88.

Tarasenko S.V., Leonchenko S.V., Zacarinnyj V.V. i dr. Sluchaj hirurgicheski radikal'noj operacii pri tromboze nachal'nogo otdela verhnej bryzheechnoj arterii // Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. – 2011. – № 11. – S. 87–88.

3. *Федорова Т.* Подострый инфекционный эндокардит в современной терапевтической практике // Врач. – 2005. – № 4. – С. 32–37.

Fedorova T. Podostryj infekcionnyj jendokardit v sovremennoj terapevticheskoj praktike // Vrach. – 2005. – № 4. – S. 32–37.

4. *Голубев А.А., Зуев В.А., Шпак Л.В. и др*. Характер изменений вегетативной регуляции по вариабельности сердечного ритма при лапароскопических оперативных вмешательствах с наложением напряженного карбоксиперитонеума // Хирургическая практика. – 2013. – № 3. – С. 39–46.

Golubev A.A., Zuev V.A., Shpak L.V. i dr. Harakter izmenenij vegetativnoj reguljacii po variabel'nosti serdechnogo ritma pri laparoskopicheskih operativnyh vmeshatel'stvah s nalozheniem naprjazhennogo karboksiperitoneuma // Hirurgicheskaja praktika. – 2013. – № 3. – S. 39–46.

5. *Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Алекян Б.Г. и др.* Отдаленные результаты хирургической и эндоваскулярной реваскуляризации при хронической ишемии органов пищеварения // Анналы хирургии. – 2011. – № 2. – С. 47–53.

Bokerija L.A., Arakeljan V.S., Alekjan B.G. i dr. Otdalennye rezul'taty hirurgicheskoj i jendovaskuljarnoj revaskuljarizacii pri hronicheskoj ishemii organov pishhevarenija // Annaly hirurgii. – 2011. – № 2. – S. 47–53.

6. *Park W.M., Gloviczki P., Cherry K.J. et al.* Contemporary management of acute mesenteric ischemia factors associated with survival // J. Vasc. Surg. – 2002. – V. 35, № 3. – P. 445–452.

7. *Vantini I., Benini L., Bonfante F. et al*. Survival rate and prognostic factors in patients with intestinal failure // Dig. Liver Dis. – 2004. – V. 36. – № 1. – P. 46–55.

8. *Баранская Е.К., Шульпекова Ю.О*. Принципы ведения пациентов с синдромом короткого кишечника // Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей. − 2010. – Т. 18. – № 13. − С. 789–794.

Baranskaja E.K., Shul'pekova Ju.O. Principy vedenija pacientov s sindromom korotkogo kishechnika // Russkij medicinskij zhurnal: nezavisimoe izdanie dlja praktikujushhih vrachej. − 2010. – T. 18. – № 13. − S. 789–794.

9. *Крумс Л.М., Сабельникова Е.А.* Синдром короткой тонкой кишки: актуальные вопросы патогенеза, клиники и лечения // Consilium medicum. − 2002. − № 2. − С. 27–29.

Krums L.M., Sabel'nikova E.A. Sindrom korotkoj tonkoj kishki: aktual'nye voprosy patogeneza, kliniki i lechenija // Consilium medicum. − 2002. − № 2. − S. 27–29.

10. *Соломенцева Т.А*. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога // Острые и неотложные состояния в практике врача. − 2009. − № 5. − С. 50–55.

Solomenceva T.A. Sindrom korotkoj kishki: taktika vracha-gastrojenterologa // Ostrye i neotlozhnye sostojanija v praktike vracha. − 2009. − № 5. − S. 50–55.

Исаев Юрий Алексеевич (контактное лицо) − ассистент кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России. 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-910-934-93-58; e-mail: iura.isaew2015@yandex.ru.