

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА I СЕКМЕНТА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ТОНКОЙ, СЛЕПОЙ И ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШОК (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

А. И. ПАНАСЮК<sup>1,2</sup>, С. В. РАСТОМПАХОВ<sup>2</sup>, А. В. АЛЕКСАНДРОВ<sup>2</sup>, Е. Г. ГРИГОРЬЕВ<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

<sup>2</sup>Иркутская областная клиническая больница, Иркутск

<sup>3</sup>Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск

### Сведения об авторах:

**Панасюк Александр Иосифович** – врач-хирург отделения экстренной хирургии ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница

**Растомпахов Сергей Викторович** – аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет

**Александров Александр Васильевич** – заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 4 ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница

**Григорьев Евгений Георгиевич** – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель ФГБНУ Иркутский научный центр хирургии и травматологии, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет; e-mail: egg@iokb.ru

Успех лечения тромбоза или тромбоземболии верхней брыжеечной артерии во многом связан со своевременной госпитализацией пациента в хирургическое отделение, быстрой диагностикой и немедленной операцией, адекватной тромб/эмболэктомией, интенсивной терапией сопутствующей патологии и нозокомальных осложнений, профилактикой ретромбоза, выполнением релапаротомии через 12-24 часа для определения жизнеспособности кишки.

**Ключевые слова:** острая ишемия, верхняя брыжеечная артерия, тромбоз.

*" Сильная боль в животе, не соответствующая находкам при обследовании, – повод подумать об остром нарушении мезентериального кровообращения"*

Моше Шайн, 2003 г [1]

Острая окклюзия *a. mesenterica superior* – экстренная ситуация, требующая своевременной постановки диагноза и немедленного хирургического лечения с артериальной реконструкцией – эмболэктомией, тромбэктомией и/или интестинальной резекцией [2, 3, 4].

Несвоевременный диагноз – главная причина высокой летальности, которая при острой артериальной ишемии достигает 70–100% [5, 6].

Пациентка П., 83 г., доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение Иркутской областной клинической больницы в 22:30 через 3 часа после начала заболевания с диагнозом «инфаркт миокарда», который после обследования был исключен.

Сбор анамнеза был затруднен в связи с ранее перенесенными ишемическими инсультами (последний – за месяц до госпитализации), энцефалопатией сочетанного генеза (дисциркуля-

торная, дисметаболическая). Сахарный диабет II типа, тяжелое течение, субкомпенсация.

Объективно: состояние тяжелое, глубокое оглушение, правосторонний гемипарез, частота сердечных сокращений 100 в минуту, артериальное давление 180/100 мм рт. ст. При аускультации сердца шумов не выявлено. Легкие – дыхание жесткое, хрипов нет. Кожный покров бледный, видимые слизистые оболочки с синюшным оттенком.

Язык сухой, обложен серым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации не напряжена, умеренно болезненна во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика не выслушивается. Шума плеска нет. Вправимая пупочная грыжа.

*Per rectum:* тонус сфинктеров снижен, анальный канал свободно проходим, нависания, болезненности передней стенки прямой кишки не выявлено, на перчатке следы кала обычного цвета.

При ультразвуковом исследовании живота свободной жидкости в брюшной полости и патологии паренхиматозных органов не обнаружено.

Лабораторные исследования крови: лейкоцитов  $12,3 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных – 63%,

гемоглобин – 136 г/л, эритроцитов –  $4,16 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 40,3%, общий белок – 62,7 г/л, сахар крови – 11,4 ммоль/л.

Предположительный диагноз: острое нарушение мезентериального кровообращения.

Выполнена МСКТ-ангиография. Выявлен тромбоз I сегмента верхней брыжеечной артерии (рис. 1). После установления диагноза назначена непрерывная инфузия гепарина в дозе 1000 Ед/ч под контролем времени свертывания крови и АЧТВ с последующим переводом на клексан 80 мг в сутки.



Рис. 1. Компьютерная томограмма до операции: окклюзия первого сегмента верхней брыжеечной артерии

Больная оперирована в 0:45 час. Срединная лапаротомия с иссечением грыжевого мешка. В брюшной полости выпота нет. Петли тонкой кишки спавшиеся, начиная с 15 см от связки Трейца бледные, с участками светло-синюшного цвета (рис. 2), не перистальтируют, пульсации сосудов брыжейки нет. Аналогично изменены слепая и восходящая ободочная кишки. После широкого косо-поперечного рассечения париентальной брюшины ниже корня брыжейки поперечной ободочной кишки выделен инфрапанкреальный сегмент верхней брыжеечной артерии. Поперечная артериотомия (рис. 3). Катетером Фогарти удалены тромботические массы (рис. 4). Восстановлен орто- и ретроградный кровоток. Артериотомическое отверстие ушито нитью пролен 6/0 непрерывно. Появились отчетливая пульсация сосудов брыжейки, перистальтика, нормализовался цвет серозного покрова, за исключением участка тонкой кишки тотчас дистальнее дуодено-еюнального перехода – сохраняется бледность с цианотическим оттенком. Для контроля ее состояния выполнена программированная релапаротомия через 24 часа, на которой установлено, что тонкая и толстая кишки жизнеспособны. Пульсация верхней брыжеечной артерии и ее периферических ветвей отчетливая. Учитывая кистозную трансформацию червеобразного отростка (размерами 6 на 2,5 см), выполнена аппендэктомия. Перистальтика кишечника восстановилась на третьи сутки послеоперационного периода. Общее тяжелое состояние усугубилось двухсторонней нозокомиальной пневмонией, что потребовало длительной искусственной вентиляции легких в отделении интенсивной терапии через трахеостомическую канюлю.



Рис. 2. Срединная лапаротомия. Сегмент тощей кишки бледно-цианотичного цвета

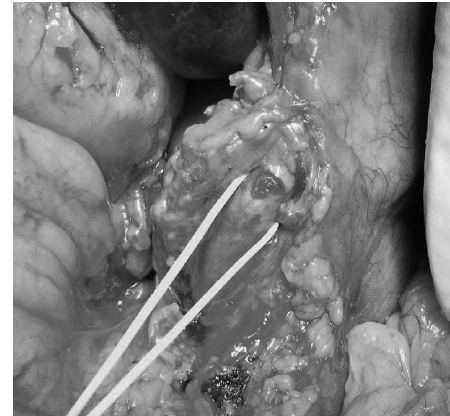


Рис. 3. Артериотомия. В просвете верхней брыжеечной артерии тромб

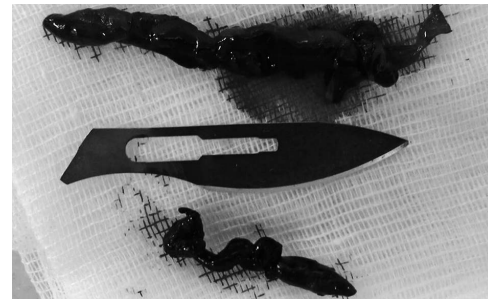


Рис. 4. Удаленные тромботические массы (красный тромб)

Результат гистологического исследования: тромботические массы, состоящие из эритроцитов, лейкоцитов и фибрина; мукоцеле червеобразного отростка.

На 19 сутки после первой операции пациентка выписана для продолжения лечения и реабилитации в гериатрический центр с продолжением приема клексана в дозе 40 мг в сутки.

Успех лечения острого прекращения мезентериального кровотока связан с несколькими обстоятельствами:

1. своевременная госпитализация;
2. быстрая диагностика с использованием МСКТ-ангиографии;
3. адекватная тромб/эмболэктомия;

4. интенсивная терапия сопутствующей патологии и нозокомиальных осложнений;

5. профилактика ретромбоза.

Важным этапом выяснения жизнеспособности кишки следует считать повторный осмотр живота через 12–24 часа [3].

#### Список литературы

1. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М., ГЭОТАР-Мед, 2003. 272 с.

2. Гаджиев М.М., Гаврилов Э.Н., Васильев Ю.Г. К диагностике и лечению острых тромбозов верхних мезентериальных сосудов // Военно-медицинский журнал. 2001. № 9. С. 42-44.

3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. М., Издательство "Триада-Х", 2004. 640 с.

4. Покровский А.В., Юдин В.И. Острая мезентериальная непроходимость. Клиническая ангиология: руководство. Под ред. А.В. Покровского. В двух томах. Том 2. М: Медицина, 2004. С. 626-645.

5. Betzler M. Surgical technical guidelines in intestinal ischemia // Chirurg. 1998. Vol. 69, № 1. P. 1-7.

6. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology // Surg. Today. 2005. Vol. 35, № 3. P. 185-195.

## SURGICAL TREATMENT OF THROMBOSIS OF THE 1ST SEGMENT OF SUPERIOR MESENTERIC ARTERY AT THE STAGE OF ACUTE ISCHEMIA OF THE SMALL INTESTINE, BLIND GUT AND ASCENDING COLON (CASE REPORT)

A. I. PANASYUK<sup>1</sup>, S. V. RASTOMPAHOV<sup>2</sup>, A. V. ALEKSANDROV<sup>2</sup>, E. G. GRIGORYEV<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University, Irkutsk

<sup>2</sup>Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk

<sup>3</sup>Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk

#### Information about the authors:

**Panasyuk Alexander I.** – surgeon department of emergency surgery GBUZ Irkutsk Regional Clinical Hospital

**Rastompahov Sergey V.** – PhD student of the Department of Hospital Surgery Medical University "Irkutsk State Medical University"

**Alexandrov Alexander V.** – head of the department of anesthesiology and intensive care unit number 4 GBUZ "Irkutsk Regional Clinical Hospital"

**Evgeny Grigoriev G.** – Ph.D., professor, corresponding member of RAS, scientific director FGBNU "Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology", Head of the Department of Hospital Surgery Medical University "Irkutsk State Medical University"

The successful treatment of thrombosis or thromboembolism of the superior mesenteric artery mostly depends on timely patient admission to the surgical unit, rapid diagnostics and immediate surgery, appropriate thromb/embolectomy, intensive therapy of the concomitant pathology and nosocomial complications, rethrombosis prevention, relaparotomy in 12-24 hours to control the intestine viability. Conclusion. The created mathematical models are of interest to a risk assessment of postoperative complications emergence and tactics optimization of maintaining patients with a stomach cancer.

**Key words:** acute ischemia, superior mesenteric artery, thrombosis.