Субтотальная резекция кишечника у больной с тромбозом начального отдела верхней брыжеечной артерии

Д.м.н., проф. С.В. ТАРАСЕНКО, к.м.н. С.В. ЛЕОНЧЕНКО, к.м.н. М.И. ФАБЕР, И.А. СИМОНОВ, В.В. ЗАЦАРИННЫЙ

Subtotal intestinal resection for the thrombosis of the initial part of the superior mesenteric artery

S.V. TARASENKO, S.V. LEONCHENKO, M.I. FABER, I.A. SIMONOV, V.V. ZATSARINNIY

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

Ключевые слова: субтотальная резекция кишечника, тромбоз верхней брыжеечной артерии

Key words: subtotal intestinal resection, trombosis of the superior mesenteric artery.

Острое нарушение брыжеечного кровообращения (ОНБК) — одно из тяжелейших и в то же время малоизученных заболеваний, встречается в практике общего хирурга в 0,1—0,2% наблюдений [1]. Летальность при всех успехах в реаниматологии, скорой медицинской помощи и сосудистой хирургии остается крайне высокой и достигает 92—100% [1—3].

ОНБК чаще бывает у людей пожилого и старческого возраста (средний возраст 68,5 года [1, 4]), имеющих на момент его возникновения уже значительный «багаж» сопутствующих заболеваний. В развитии заболевания можно выделить два основных процесса: окклюзионное (87,6%) и неокклюзионное (7,5—12,8%) поражение непарных висцеральных ветвей брюшной аорты [1, 2]. Среди окклюзионных поражений чаще всего наблюдаются эмболия сосудов (29,1—44,2%), тромбоз артерий (32,9—50,7%) и вен (7,8—10,1%) [1—4].

Частоту поражения сосудов можно представить следующим образом: верхняя брыжеечная артерия (ВБА) — 91,3%, нижняя брыжеечная артерия — 6,5%, чревный ствол — 2,2% [1]. Самое тяжелое поражение желудочно-кишечного тракта наблюдается при окклюзионном поражении ВБА в первом ее сегменте (64,5%) и приводит к тотальной ишемии, как правило, всей тонкой и правых отделов толстой кишки [2].

Приводим типичный клинический пример этого заболевания.

Больная Т., 80 лет, поступила в первое хирургическое отделение ГК БСМП 12.04.10 через 50 ч от начала заболевания в тяжелом состоянии с клинической картиной перитонита. Из анамнеза известно, что болезнь дебютировала резкими схваткообразными болями в животе, двукратной рвотой, двукратным жидким стулом темно-красного цвета. Родственниками (медицинские работники) состояние расценено как острая пищевая токсикоинфекция и начата инфузионная (за 50 ч — 6 л растворов), антисекреторная (фамотидин, октреотид, пантопрозол), симптоматическая (контрикал, сердечные препараты) терапия. Несмотря на проводимое лечение, общее состояние ухудшалось, боли не купировались (большими дозами ненаркотических анальгетиков). Бригадой скорой медицинской помощи больная доставлена в БСМП (Рязань).

В приемном отделении, принимая во внимание данные анамнеза и объективного обследования, поставили диагноз перитонита.

В предоперационном периоде, составляющем 1,5 ч с момента госпитализации, проведено обследование. Из сопутствующих заболеваний обращала на себя внимание ИБС: персистирующая форма фибрилляции предсердий.

При лапаротомии обнаружены тотальный некроз тонкой кишки, начинающийся в 20 см от связки Трейтца и правых отделов толстой кишки, и признаки перитонита. С учетом давности заболевания (III стадия — перитонит), отсутствия жизнеспособности кишки возможность сосудистой реконструкции исключена. Больной произведена резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия с ушиванием проксимального конца толстой и дистального конца тонкой кишки и запланирована релапаротомия при благоприятном исходе. В данном наблюдении была использована тактика многоэтапного оперативного лечения (от англ. Damage Control Operation). Длительность операции составила 1 ч. Операция производилась под комбинированной общей анестезией, сопровождалась нестабильной гемодинамикой. В послеоперационном периоде больная переведена в реанимационное отделение, где через 5 ч экстубирована, прекращено введение вазопрессоров.

13.04 (16 ч после первой операции) состояние расценено как стабильное, позволяющее произвести второй этап. При ревизии выявлено, что культя тощей кишки (20 см от связки Трейтца) и левые отделы толстой кишки жизнеспособны. Сформирован еюнотрансверзоанастомоз 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 клинической картиной ишемии левой нижней конечности. Тромбоэмболия подколенной артерии исключена, состояние расценено как декомпенсация хронической ишемии нижних конечностей (на основании анамнеза, клинического течения осложнения, а также симметричности, по данным УЗИ поражения сосудистого русла обеих нижних конечностей атеросклеротическим процессом).

В послеоперационном периоде больная получала полное парентеральное питание в течение 5 сут. Проводилась инфузионная, симптоматическая, антикоагулянтная, антиагрегантная, метаболическая терапия. Выписана на 10-е сутки послеоперацион-

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 4: 60

e-mail: vl_zats@mail.ru

ного 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 наблюдения мы хотим резюмировать несколькими важными 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. при использовании тактики Damage Control Operation.

Результат оперативного лечения таких пациентов зависит в том числе от слаженной работы анестезиолога, реаниматолога, хирургов, терапевтов, врачей диагностических служб, среднего медицинского персонала, так как у этих больных, как правило, имеются выраженные сопутствующие заболевания, требующие проведения соответствующей коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баешко А.А., Климук С.А., Юшкевич В.А.* Причины и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения. Хирургия 2005; 4: 57.
2. Клиническая ангиология: рук-во. Под ред. А.В. Покровского. М: Медицина 2004; 2: 888.
3. *Лепэдат П.* Инфаркт кишечника. Будапешт 1975.
4. *Норенберг-Чарквиани А.Е.* Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов. М: Медицина 1967.

Поступила 16.06.10