

УДК 616.136.46-005.6-089.87

*М.Г. Гнатюк, Ю.П. Петрук, М.В. Лянскорунський, С.І. Райчук, С.Ю. Шевченко, В.Ю. Бодяка**
Відділення хірургії (зав. – к.мед.н. М.Г. Гнатюк) Старокостянтинівська центральна районна лікарня Хмельницької області; *кафедра онкології та радіології (в.о. зав. – д.мед.н., доцент В.Ю. Бодяка) ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

ТРОМБЕКТОМІЯ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ВЕРХНЬОЇ БРИЖОВОЇ АРТЕРІЇ

Резюме. У статті представлено клінічний випадок успішного лікування тромбозу верхньої брижової артерії, який включав проведення резекції сегмента клубової кишки, виконання тромбектомії верхньої брижової артерії та формування відстроченого кишкового анастомозу. Вважаємо за необхідне всім пацієнтам з підозрою на тромбоз верхньої брижової артерії обов'язково виконувати доплерографію мезентеріальних судин з метою можливого відновлення кишкового кровоотоку.

Ключові слова: тромбектомія, тромбоз верхньої брижової артерії.

Гостре порушення мезентеріального кровообігу є одним із найтяжчих захворювань в ургентній хірургії, стосовно діагностики, перебігу та прогнозу [1, 2].

Складності діагностики даного захворювання призводять до госпіталізації пацієнтів у непрофільні відділення, внаслідок чого втрачається “золотий час”, коли можливо врятувати життєздатність кишки, від чого безпосередньо залежить якість життя пацієнта, а інколи й саме життя [2, 3].

Післяопераційна летальність при використанні традиційних хірургічних втручань, таких як лапаротомія з резекцією некротизованої частини кишки, сягає від 84 до 97%. У разі виконання резекції некротизованої ділянки кишки часто виникає проблема неспроможності міжкишкового анастомозу, яка зумовлена прогресуванням тромбозу мезентеріальних судин у ранньому післяопераційному періоді [4].

На думку багатьох авторів, найбільш доцільним у лікуванні мезентеріального тромбозу є оперативні втручання на брижових судинах у поєднанні з резекцією некротизованої частини кишки [1, 5].

Прикладом саме такого лікування тромбозу верхньої брижової артерії, ускладненого гангре-

ною тонкої кишки, може бути наше спостереження.

Хворий К., 65 років (медична картка стаціонарного хворого (МКСХ) № 7251), доставлений каретою швидкої медичної допомоги до приймального відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні (ЦРЛ) 09.09.2015 р. о 23:30 зі скаргами на переймоподібний, ріжучий біль у животі, частий рідкий стілець з домішками крові.

З анамнезу хвороби відомо, що захворів раптово, за 5 годин догоспіталізації. Виникнення хвороби пов'язував зі вживанням холодцю.

Хворого клінічно та лабораторно обстежено, встановлено діагноз – гострий гастроентероколіт, госпіталізовано до інфекційного відділення та призначено відповідне лікування.

Із супутньої патології мав місце цукровий діабет II типу, полінейропатія.

Пацієнта обстежено лабораторно. Загальний аналіз крові: еритроцити – 5,2 Т/л, гемоглобін – 157,0 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – 18,0 Г/л, ШОЕ – 22 мм/год. Лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли – 54%, сегментоядерні нейтрофіли – 18%, еозинофіли – 0%, лімфоцити – 16%, моноцити – 12%.

Загальний аналіз сечі: колір – соломяно-жо-

втий, прозорість – прозора, відносна щільність – 1021, білок – 0,33 г/л, епітелій – одиничний в полі зору (п/з), еритроцити – 3-4 в п/з, лейкоцити – 1-2 в п/з.

Глюкоза крові – 8,8 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 57,1 г/л, загальний білірубін – 14,6 мкмоль/л, АлАТ – 0,15 ммоль/год*л, АсАТ – 0,57 ммоль/год*л, тимолова проба – 1,4; сечовина – 6,5 ммоль/л, креатинін – 0,130 мкмоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 66,7%, фібриноген плазми 7,7 г/л, етаноловий тест – негативний, β - нафтоловий тест – негативний.

У зв'язку з погіршенням загального стану на тлі проведеної консервативної терапії, посиленням болю у животі 10.09.2015 р. о 18:10 був проконсультований хірургом.

Під час огляду загальний стан пацієнта середньої тяжкості. Температура тіла становила 36,7 °С. Шкіра та видимі слизові – блідо-рожевого кольору. Артеріальний тиск – 130/80 mm Hg, пульс – 82 ударів за 1 хвилину, ритмічний. При аускультатії легень – дихання везикулярне, з частотою 19 за 1 хвилину, ослаблене у нижніх відділах. Язик вологий, вкритий сірим нашаруванням. Живіт правильної форми, обмежено брав участь в акті дихання. При пальпації напружений, різко болючий у нижніх відділах, більше справа, позитивні перитонеальні симптоми, кишкова перистальтика відсутня.

В ургентному порядку виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Петлі кишок розширені, з рідинним вмістом, перистальтика не спостерігається. У черевній порожнині наявна вільна рідина. Висновок – перитоніт.

Після консультації анестезіолога пацієнта 10.09.2015 р. о 21:15, майже через добу від початку захворювання, з діагнозом «Гострий перитоніт» взято на оперативне втручання (протокол операції № 704).

Під загальною внутрішньовенною анестезією з міорелаксантами, після обробки операційного поля, виконано середньо-серединну лапаротомію. У черевній порожнині знаходилося до одного літра серозно-геморагічного випоту. Випіт осушено. При ревізії органів черевної порожнини тонка кишка, на відстані з 50 см від зв'язки Трейца аж до 20 см термінального відділу клубової кишки, паретично розширена у діаметрі, синюшого кольору, перистальтика та пульсація судин відсутня, місцями некротично змінена. Ободова кишка не уражена, інших патологічних змін у черевній порожнині не виявлено.

Зважаючи на глибоку ішемію вказаних частин тонкої кишки, вирішено виконати тромбектомію верхньої брижової артерії. З переднього доступу виділена верхня брижова артерія та взята на тримач (рис. 1).

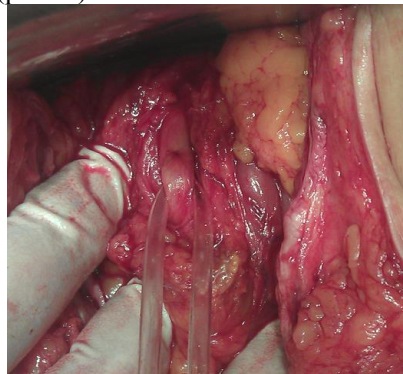


Рис. 1. Інтраопераційне фото виділеної ділянки верхньої брижової артерії, яку взято на тримач

Нижче відходження середньої ободової артерії розкрито її просвіт поперечним розрізом на 1/3 діаметра. За допомогою катетера Фогарті з її просвіту видалено тромботичні маси (рис. 2, рис. 3). Розріз артерії зшити за допомогою швів за Карелі, використовуючи нитку COROLENE (пролен) 5/0.

Через 20 хвилин після тромбектомії тонка кишка повторно оглянута, остаточно визначено межі її некротично зміненої частини. Відступивши на 30 см у проксимальному напрямку та 10 см у дистальному, після мобілізації брижі даної ділянки тонкої кишки, виконано її резекцію, сформовано кишкові кукси з обох кінців. У брижу тонкої кишки введено розчин новокаїну 0,25% - 200,0 мл (рис. 4).

Черевна порожнина санована розчинами антисептиків, дренована трубчастими дренажами. Краї лапаротомної рани зведено ситуаційними швами. Накладено асептичну пов'язку.

Після операції хворого переведено до відділення реанімації та інтенсивної терапії. Стан його оцінювали як тяжкий, проте стабільний. Пацієнт отримував відповідне лікування. Через добу після оперативного втручання пацієнта екстубовано. Гемодинаміка корегувалася вазопресорами, артеріальний тиск становив 120/80 mm Hg, пульс – 96 ударів за 1 хвилину. Діурез – в достатній кількості за добу.

На четверту добу після виконання оперативного втручання пацієнту виконано лапароскопію, формування тонко-тонкокишкового анастомозу, санацію та дронування черевної порожнини (протокол оперативного втручання № 711 від 14.09.2015 р.). Під загальною внутрішньовенною анестезією з міорелаксантами, після обробки опе-

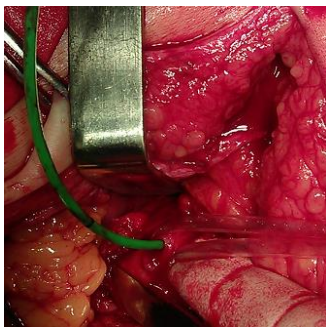


Рис. 2. Інтраопераційне фото заведеного катетера Фогарті у просвіт верхньої брижової артерії

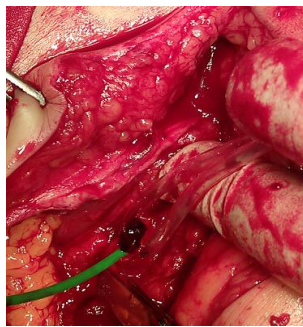


Рис. 3. Інтраопераційне фото видалення тромбів верхньої брижової артерії за допомогою катетера Фогарті



Рис. 4. Фото препарата видаленої ділянки тонкої кишки. Стінка тонкої кишки гангренозно змінена. У порожнині кишки спостерігається некротизована слизова оболонка з геморагічним рідким вмістом. Судини брижі кишки містять численні тромби

раційного поля, виконано лапароскопію. При ревізії органів черевної порожнини випоту в ній не виявлено. Залишені проксимальна та дистальна частини тонкої кишки, їх кукси визнано життєздатними, оскільки серозна оболонка мала звичайний колір, пульсація брижових судин визначалася на всіх ділянках, при подразненні відбувалася перистальтика. При визначенні ступеня кровообігу за допомогою мультипозиційного пульсоксиметра CX 100 (фірма), оксигенація ділянок кишки в місці формування майбутнього анастомозу становила 95% [6, 7]. Інших патологічних змін у черевній порожнині не виявлено.

Прохідність шлунково-кишкового тракту відновлено за допомогою тонко-тонкокишкового анастомозу за типом “бік у бік”, який розташований приблизно в 10,0 см від ілеоцекального кута.

При формуванні вищезазначеного анастомозу, під час розтину порожнини тонкої кишки, спостерігалися нашарування фібрину на слизовій оболонці, що свідчить про некротичні зміни останньої (рис. 5, 6).

Черевна порожнини санована розчинами антисептиків, лапаротомна рана пошарово зшита. Накладена асептична пов'язка.

Пацієнт після операції отримувач знеболюючу, інфузійну, антибактеріальну, замісну (однорічна каріоплазма), антикоагулянтну (гепарин 5 тис. Од х 1 раз/добу + фраксипарин 0,3 мл х 2 рази/добу) та симптоматичну (інсулін Хумудар – R за схемою) терапії, парентеральне харчування (аміноплазмаль 500 мл), щоденні перев'язки. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, за винятком того, що хворий відзначав частий стілець чорного кольору, проте згодом він нормалізувався. Ентеральне харчування розпочато на п'яту добу після операції. Шви знято на 10-ту добу після операції, рана загоїлася первинним на-

тягом. Пацієнта у задовільному стані 02.10.2015 р. (24 доби ліжко-днів) виписано з лікарні. Рекомендовано приймати сінкумар 2 мг за схемою, нагляд хірурга поліклініки.

Представлений клінічний випадок успішного лікування тромбозу верхньої брижової артерії ще

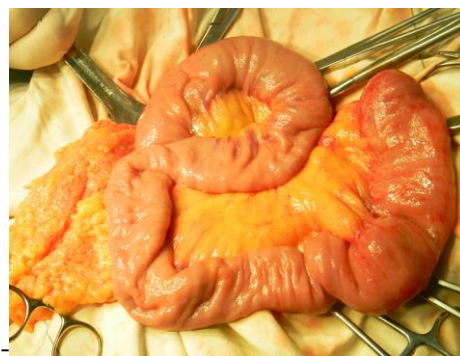


Рис. 5. Інтраопераційне фото проксимальної частини тонкої кишки, виведеної з черевної порожнини під час ревізії (4-та доба після тромбектомії, відновлення кровообігу). Колір серозної оболонки тонкої кишки звичайного кольору, пульсація судин її брижі визначається на всіх ділянках

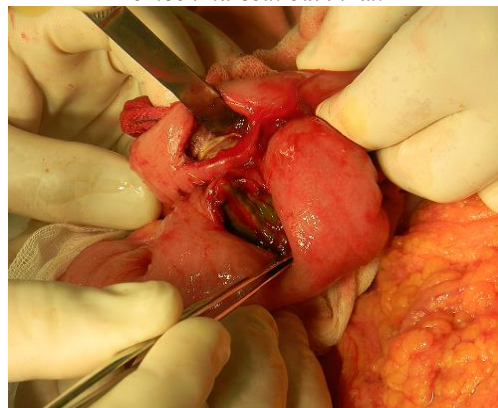


Рис. 6. Інтраопераційне фото етапу формування тонко-тонкокишкового анастомозу за типом “бік у бік”. У просвіті тонкої кишки наявне нашарування фібрину, що свідчить про некротичні зміни слизової оболонки

раз доводить ефективність хірургічної тактики відстроченого кишкового анастомозу, а також необхідність відновлення кровообігу в тромбованій верхній брижовій артерії, що в даному випадку врятувало життя пацієнту [6, 8-10].

Тяжкість даного захворювання зумовлена тим, що в стадії ішемії поставити діагноз надзвичайно складно, особливо в умовах ЦРЛ, тому ми пропонуємо при “незрозумілих” болях у животі всім пацієнтам під час ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору обов'язково виконувати доплерографію мезентеріальних судин. Це дасть змогу своєчасно виявити гостре порушення мезентеріа-

льного кровообігу та хірургічно його скорегувати, тим самим зберегти життєздатність кишки, від чого безпосередньо залежить якість життя пацієнта, а у більшості випадків – власне життя.

Висновок. Відкрита тромбектомія верхньої брижової артерії є ефективним патогенетичним методом лікування гострого порушення мезентеріального кровообігу, який може бути застосований у лікарнях усіх рівнів.

Перспективи подальших досліджень. На майбутнє вважаємо за доцільне розробити датчик пульсоксиметра для визначення оксигенації кишок під час проведення лапароскопії та клінічно обґрунтувати його ефективність.

Список використаної літератури

1. Oldenburg A.W. Acute mesenteric ischemia / A.W. Oldenburg // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164, № 10. – P. 1054-1065.
2. *Этиопатогенез и клиника острого нарушения мезентериального кровотока* / В.В. Бойко, И.В. Криворотько, В.Г. Грома [и др.] // *Харківська хірургічна школа.* – 2013. – № 3 (60). – С. 12-15.
3. *Диагностика острой окклюзии верхней брыжеечной артерии* / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Д. Прямыков [и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2009. – № 10. – С. 56-60.
4. *Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов* / В.Г. Игнатъев, В.М. Михайлова, А.А. Соловьев [и др.] // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* – 2012. – № 4 (86). – С. 55-56.
5. *Вовк А.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения в неотложной хирургии органов брюшной полости* / А.В. Вовк, А.И. Шугаев, В.Я. Бабкин // *Вестн. хирургии.* – 2006. – № 6. – С. 87-88.
6. *Кланца А.І. Оптимізація лікування гострої мезентеріальної ішемії, ускладненої інфарктом кишки: дис. канд. мед. наук : 14.01.03* / Кланца Андрій Іванович. – Вінниця, 2007. – 123 с.
7. *Патент України на корисну модель 52139, МПК А 61 В 5/02. Пульсоксиметричний датчик* / Керничний В.В., Суходоля А.І.; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. – № 201003180; заявл. 19.03.10; опубл. 10.08.10, Бюл. № 15.
8. *Відстрочений кишковий анастомоз у лікуванні мезентеріального тромбозу* / В.П. Кабиш, А.А. Ружицький, Д.С. Дудко [та ін.] // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія.* – 2015. – Т. 19, № 2 (74). – С. 240-245.
9. *Лубянский В.Г. Использование первичного и отсроченного межкишечного анастомозирования у больных с послеоперационным распространенным перитонитом* / В.Г. Лубянский, А.Н. Жариков // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* – 2011. – № 6. – С. 64-58.
10. *Программированные релапаротомии в лечении острой окклюзии верхней брыжеечной артерии* / А.И. Хрипун, С.Н. Шурыгин, А.Б. Миронков [и др.] // *Хирургия.* – 2009. – № 12. – С. 26-31.

ТРОМБЭКТОМИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Резюме. В статье представлен клинический случай успешного лечения тромбоза верхней брыжеечной артерии, который включает проведение резекции сегмента подвздошной кишки, выполнение тромбэктомии верхней брыжеечной артерии и формирование отсроченного кишечного анастомоза. Считаем необходимым всем пациентам с подозрением на тромбоз верхней брыжеечной артерии обязательно выполнять доплерографию мезентериальных сосудов с целью возможного восстановления кровоснабжения кишечника.

Ключевые слова: тромбэктомия, тромбоз верхней брыжеечной артерии.

THROMBECTOMY AS PATHOGENETIC THERAPY OF THE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY THROMBOSIS

Abstract. A clinical case of successful treatment of the superior mesenteric artery thrombosis, which included segmental ileectomy, thrombectomy of the superior mesenteric artery and formation of the postponed intestinal anastomosis is presented in the article. Dopplerography of the mesenteric vessels for the purpose of possible restoration of intestinal blood flow is considered to be compulsory to all patients with suspected superior mesenteric artery thrombosis.

Key words: thrombectomy, thrombosis of the upper mesenteric artery.

Starokostiantyniv Central Regional Hospital (Khmelnyskyi region)
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 23.12.2015 р.

Рецензент – проф. Домбровський Д.Б. (Чернівці)