

ИНФАРКТ КИШЕЧНИКА

*Научный руководитель — Е. А. Сиротюк-Ординат
Кафедра общей и факультетской хирургии УГМУ, Екатеринбург*

Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК), или инфаркт кишечника — патологическое состояние, обусловленное внезапным прекращением кровотока по магистральным сосудам кишечника. Острое нарушение кровообращения в брыжеечных сосудах развивается вследствие эмболии артерий или тромбоза брыжеечных артерий и вен. По результатам популяционных исследований, проведенных в Японии, распространенность венозного мезентериального тромбоза составила от 1,8 до 2,7 на 100 тысяч населения, большинство пациентов были пожилого возраста [1]. Другие авторы сообщают, что острая ишемия брыжеечных сосудов наблюдается в 0,1% всех госпитализаций в хирургические стационары, а тромбоз сосудов составляет 15% случаев острой брыжеечной ишемии [2]; у 1% пациентов с острой болью в животе диагностируется мезентериальный тромбоз кишечника [3]. Часто очень трудно дифференцировать ОНМК от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Множественные «маски» могут привести к поздней постановке правильного диагноза и выбору неверной тактики лечения.

Цель исследования

Анализ трудностей и особенностей своевременной диагностики инфаркта кишечника на примере конкретного клинического случая.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе общехирургического отделения МБУ ГКБ №7 г. Екатеринбурга. В работе использовались данные, полученные при курировании и анализе истории болезни пациентки, проходившей лечение по поводу ОНМК: сбор анамнеза, объективный осмотр, анализ медицинской документации.

Результаты исследование и его обсуждение

Больная Д., 58 лет поступила в МБУ ГКБ № 7 г. Екатеринбург 26.09.2015 г. в 704 часов. На момент поступления пациентка жаловалась на интенсивные ноющие боли в эпи- и мезогастррии опоясывающего характера, общую слабость, тошноту, а также рвоту содержимым желудка, не приносящую облегчения. Подобных состояний ранее не отмечала. Чаще всего абдоминальная боль является первым клиническим проявлением заболевания.

Со слов больной, около 2 часов ночи 26 сентября резко появились интенсивные ноющие боли в верхних отделах живота опоясывающего характера. В течение нескольких часов присоединились тошнота и рвота пищей (не приносящая облегчения). В качестве обезболивающего средства приняла две таблетки «Но-шпа», симптомы не уменьшились. В 6 часов была вызвана скорая помощь. От начала появления симптомов до поступления больной в стационар прошло пять часов.

Из анамнеза жизни особое внимание обращает наличие у пациентки постоянной формы мерцательной аритмии, установленной в 2012 году и 10-летний стаж курения.

На момент поступления общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, положение вынужденное — лежа (из-за выращенного болевого синдрома), отмечается бледность кожных покровов. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 90 в минуту, аритмичный. ЧД 20 в минуту. Живот мягкий, умеренно равномерно вздут, болезненный в эпи- и мезогастррии. Перитониальных симптомов нет, перистальтика выслушивается, симптомы острого панкреатита (симптом Губергрица, Воскресенского) сомнительны.

Первично-выполненные обследования: ОАК, ОАМ, Б/Х, R-графия ОГК и ОБП, УЗИ, ЭКГ. Существенных изменений в лабораторных показателях не выявлено (лейкоцитоза нет, амилаза крови в пределах нормы). УЗИ брюшной полости: диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы, R-графия ОБП: единичные невыраженные тонкокишечные арки и уровни жидкости — динамическая тонкокишечная непроходимость.

Был поставлен предварительный диагноз: Острый панкреатит, отечная форма.

Первичная тактика: консервативное лечение и динамическое наблюдение.

В ходе наблюдения в течение суток обращал на себя внимание выраженный болевой синдром наряду с отсутствием лабораторного и инструментального подтверждения острого панкреатита. На фоне терапии к 7 часам 27 сентября отмечалось сохранение болевого синдрома, при пальпации живота стала определяться локальная болезненность и дефанс в мезогастрии, перитониальные симптомы сомнительны, в связи с чем выставлены показания к диагностической лапароскопии. Заключение лапароскопии: сегментарный тромбоз в бассейне ВБА, гангрена участка тонкой кишки. Показана лапаротомия.

Из протокола операции 27.09.2015 г. (доступ: средне-срединная лапаротомия, ЭТН). Время начала операции — 11¹⁰, конец операции — 12²⁰: «В брюшной полости незначительное количество серозно-геморрагического выпота, он осушен. Печень, желчный пузырь, желудок без патологии. Толстая кишка на всем протяжении слегка раздута, стенка не изменена. В 70 см от связки имеется участок тощей кишки черно-зеленого цвета, протяженностью 40 см, без перистальтики и пульсации брыжеечных сосудов. На остальном протяжении тонкая кишка спавшаяся, перистальтика и пульсация брыжеечных сосудов сохранены. Произведена резекция участка тощей кишки на 40 см проксимальнее и на 20 см дистальнее линии некроза. Сформирован энтероанастомоз бок в бок, протяженностью 4 см, 2-х рядным швом. Окно в брыжейке ушито. Брюшная полость промыта, осушена». Учитывая невозможность исключить продолженный тромбоз, была сформирована лапаростома. Последующая ревизия и санация брюшной полости планово через 24 часа.

Клинический диагноз: ОНМК. Мезентериальный тромбоз в бассейне ВБА. Сегментарная гангрена тощей кишки. Фон-постоянная форма мерцательной аритмии.

Из протокола ревизии органов брюшной полости 28.09.2015 года (11⁴⁰–12⁵⁵ часов): «В брюшной полости незначительное количество серозно-геморрагического выпота — осушен. Отводящая петля тонкокишечного анастомоза, а также участок тонкой кишки на 10 см дистальнее его — черно-зеленого цвета. Произведена резекция участка тонкой кишки с ана-

стомозом, отступя дистальнее нижней границы некроза на 20 см. Сформирован энтероанастомоз бок в бок, 2-х рядным швом, диаметром 4 см. Окно в брыжейке ушито. Дренаж в малый таз. Послойные швы на рану. Асептическая повязка».

Лист назначений в послеоперационном периоде: Постоянное дренирование желудка через назогастральный зонд (в целях разгрузки ЖКТ), антикоагулянты (Гепарин, Клексан), антисекреторные (Омез), антибиотики (Амоксиклав с последующим переходом на Сульмавер по результатам посевов — *Enterobacter cloacae*), антигипоксические, ноотропные (Мексидол), инфузионная терапия и парентеральное питание (NaCl 0,9%, р-р Рингера, р-р глюкозы, Аминоплазмаль), спазмолитические (Но-шпа), обезболивающие (Кеторол, Промедол), стимуляция работы кишечника (Прозерин, очистительные клизмы), гепатопротекторы (Гептрал), сердечные гликозиды (дигоксин).

Проведена консультация сосудистого хирурга и кардиолога, выставлен окончательный диагноз (с учетом анамнеза, жалоб и клиники):

Основной: Тромбозмболия в бассейне ВБА. Сегментарная гангрена тонкой кишки

Фон: ГБ II ст. риск 4, фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, ХСН 2 ф. к.

Особенности послеоперационного течения:

Длительный парез ЖКТ (на 7-е сутки сохранялась тошнота, рвота, вздутие живота): с целью исключения ранней спаечной непроходимости прослежен пассаж бариевой взвеси — через 22 часа барий частично в желудке и тонкой кишке, большая часть его в толстой кишке, уровней и арок нет — пассаж бария не нарушен, явления гастростаза. На фоне дезинтоксикационной стимулирующей терапии, активации болевой, функции ЖКТ восстановлены. К 9–10 суткам возобновлено полноценное энтеральное питание;

Желтуха: с 28.09. наблюдается подъем уровня билирубина за счет прямой фракции (максимально 120 мкмоль/л — 100 прямого). С целью исключения механической желтухи — УЗИ — ЖП без особенностей, ВПП не расширены, холедох 5 мм — признаков желчной гипертензии нет. Вероятные причины: интоксикационный синдром и инфаркт печени (за счет

мультифокальной эмболии). На фоне дезинтоксикационной, гепатопротекторной терапии к 14 суткам показатели нормализовались. Дополнительные исследования для исключения инфаркта печени не проводились;

Выраженный интоксикационный синдром.

Курация на 8 сутки после операции: тошнота уменьшилась, НГЗ удален, питание энтеральное. Сохраняется слабость. Состояние пациентки стабильное, средней тяжести. Живот незначительно вздут, мягкий, слабо болезненный в области послеоперационной раны. Перитониальные симптомы отрицательны. Газы отходят, стул самостоятельный, оформленный. Рана заживает первичным натяжением, репарация замедлена. Дренажи из брюшной полости удалены. Наблюдается восстановление функции ЖКТ. Проявления интоксикационного синдрома уменьшаются.

Особенности клинического случая:

1. «Маска» острого панкреатита
2. Неоправданный объем первичного оперативного вмешательства (наложение анастомоза при подозрении на продолженный тромбоз и неуверенность в границах трофических нарушений)
3. Недочет анамнеза и клиники при формулировке клинического диагноза

Ничего из вышеперечисленного не оказало фатального влияния на течение основного заболевания и прогноз у данной пациентки, однако, привело к некоторой задержке в постановке клинического диагноза и увеличению продолжительности первичной операции, что могло оказать влияние на тяжесть состояния больной. Эти ошибки необходимо учесть с целью улучшения качества лечения последующих пациентов.

Выводы

1. Выраженный болевой синдром вынуждает пациентов к раннему обращению за медицинской помощью, однако необратимые ишемические изменения в кишке при окклюзии мезентериальных сосудов могут развиваться уже в первые 2–6 часов от момента начала заболевания, кроме того множественные маски мезентериального тромбоза могут привести к задержке постановки правильного диагноза на клиническом этапе лечения.

2. Большинство из случаев диагностируется на стадии гангрены, тогда как раннее назначение антикоагулянтов могло бы снизить распространенность некротических изменений.

3. В современных условиях пациенты с мезентериальным тромбозом получают в основном паллиативную и симптоматическую терапию.

4. Значительно улучшить прогнозы пациентов может обеспечить доступность специализированной помощи в центрах сосудистой хирургии, где возможно проведение вмешательств, восстанавливающих кровоснабжение и сохраняющих жизнеспособность кишечника.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Acosta S., Ogren M., Sternby N.H. et al. Mesenteric venous thrombosis with transmural intestinal infarction: a population-based study // *J. Vasc. Surg.* — 2005. — Vol. 41. — P. 1683–1688.
2. Heit J.A., Silverstein M.D., Mohr D.N. et al. The epidemiology of venous thromboembolism in the community // *Thromb. Haemost.* — 2001. — Vol. 86. — P. 452–463.
3. Kumar S., Kamath P.S. Acute superior mesenteric venous thrombosis: one disease or two? // *Am. J. Gastroenterol.* — 2003. — Vol. 98. — P. 1299–1304.

Vyatchina A. D., Nosov N. V.

INFARCTION OF THE INTESTINE

*Supervisor of studies- Sirotyuk-Ordinat E. A.
The Department of UGMA, Yekaterinburg*

The Summary. When bowel infarction patients worried about severe pain. The complexity of the differential diagnosis of this nosological unit is the lack of specific symptoms and syndromes. High mortality of patients connected with late diagnosis stage bowel gangrene. The use of anticoagulants in the early stages of the disease, and specialized care in centers of vascular surgery would reduce mortality and improve the prognosis of this pathology.

The Keywords: intestines, thrombosis, infarction.