

СОЧЕТАНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Д. А. Смирнов*, А. В. Бирюков, Р. Д. Иванченко, Д. А. Ваулина, А. Ю. Корольков

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 09.04.19 г.; принята к печати 25.04.19 г.

Представлен случай сочетания острого инфаркта миокарда и острой спаечной тонкокишечной непроходимости у пациентки 70 лет.

Ключевые слова: неотложная хирургия, острая кишечная непроходимость, острый инфаркт миокарда, междисциплинарный подход

Для цитирования: Смирнов Д. А., Бирюков А. В., Иванченко Р. Д., Ваулина Д. А., Корольков А. Ю. Сочетание острой кишечной непроходимости и острого инфаркта миокарда. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(3):47–50. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-3-47-50.

* **Автор для связи:** Дмитрий Алексеевич Смирнов, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» МЗ РФ, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: dmsmrn@gmail.com.

Case of combination of acute intestinal obstruction and acute myocardial infarction

Dmitrii A. Smirnov*, Alexey V. Birjukov, Roman D. Ivanchenko, Dar'ya A. Vaulina, Andrej Ju. Korolkov

Pavlov University, Russia, St. Petersburg

Received 09.04.19; accepted 25.04.19

The case of combination of acute myocardial infarction and acute adhesive small bowel obstruction in 70-years old female patient was reported.

Keywords: emergency surgery, acute intestinal obstruction, acute myocardial infarction, interdisciplinary approach

For citation: Smirnov D. A., Birjukov A. V., Ivanchenko R. D., Vaulina D. A., Korolkov A. Ju. Case of combination of acute intestinal obstruction and acute myocardial infarction. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(3):47–50. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-3-47-50.

* **Corresponding author:** Dmitrii A. Smirnov, Pavlov University, 6-8 L'va Tolstogo street, St. Petersburg, Russia, 197022. E-mail: dmsmrn@gmail.com.

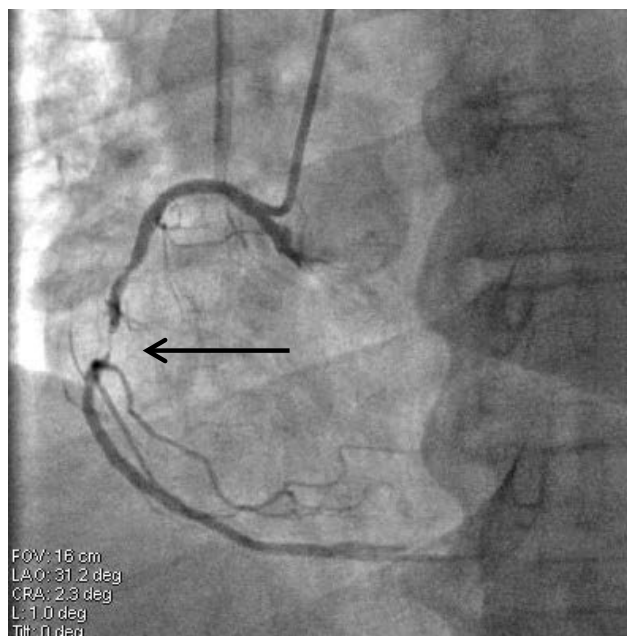
Возможные сложности выявления как острой кишечной непроходимости, так и острого инфаркта миокарда, известны. И. А. Ерюхин [1], например, писал, что клиническая диагностика илеуса зачастую носит вероятностный характер и этот диагноз всегда требует подтверждения инструментальными методами обследования. По данным НИИСП им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург) [2], у 10,1 % мужчин и 15,7 % женщин острый инфаркт миокарда протекает с атипичной клинической картиной, что чаще встречается у лиц старших возрастных групп, особенно имеющих сопутствующие заболевания.

Кроме того, описаны ситуации, когда острый инфаркт миокарда и острая кишечная непроходимость маскируются друг под друга. В одних случаях расширение желудка или кишечника вызывает приступ болей в эпигастрии и изменения электрокардиограммы (ЭКГ), что может трактоваться как абдоминальная форма инфаркта миокарда [3, 4], в других – на фоне острого инфаркта миокарда развиваются клинические признаки острой кишечной непроходимости (ОКН), вызванные нарушением моторики кишки [5].

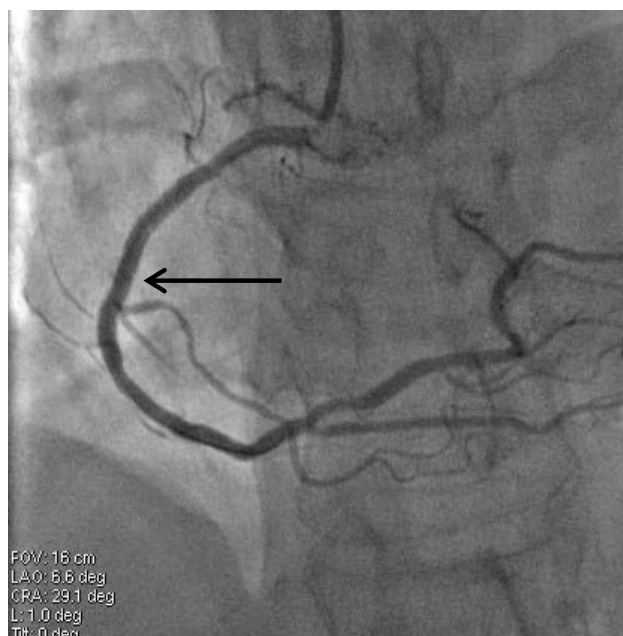
Пациентка Б., 70 лет, поступила в экстренном порядке с диагнозом направления «Острый коронарный синдром». Из анамнеза было известно, что заболела остро за 15 суток до госпитализации, заболевание манифестировало жгучими болями в левой половине грудной клетки и между лопаток с иррадиацией в левую руку. На протяжении всего заболевания сохранялся преходящий болевой синдром описанного характера. Пациентка за медицинской помощью не обращалась. За 2 суток до поступления у больной стало нарастать вздутие живота, появилась тошнота и рвота желчью, прекратился самостоятельный стул и отхождение газов, что и послужило причиной обращения за неотложной помощью. В анамнезе у пациентки – гипертоническая болезнь с эпизодами повышения артериального давления до 210/110 мм рт. ст., сахарный диабет II типа. Около 8 лет назад выполнена экстирпация матки (доступ – нижне-срединная лапаротомия) по поводу злокачественного новообразования без признаков рецидива или генерализации на момент настоящего заболевания, около 3 лет назад – радикальная операция по поводу послеоперационной вентральной грыжи с протезированием передней брюшной стенки сетчатым имплантантом.

Учитывая клинику острого коронарного синдрома, пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение стационарного отделения скорой медицинской помощи для дообследования.

Диагноз инфаркта был установлен на основании данных ЭКГ (элевация сегмента ST в области нижней стенки), эхокар-



а



б

Рис. 1. Коронарография: субокклюзия ПКА (а); ПКА после стентирования (б)

Fig. 1. Coronarography: subocclusion of the right coronary artery (a); right coronary artery after stenting (б)

диографии (Эхо-КГ) (акинезия базального сегмента нижней стенки при сохранении глобальной сократительной способности) и повышения тропонина до 0,275 нг/мл.

Диагноз острой кишечной непроходимости был подтвержден клинически и инструментальными данными (ультразвуковое исследование – расширение петель кишки до 3,5 см, скопление жидкого содержимого в просвете, маятникообразная перистальтика, обзорная Rg органов брюшной полости – тонкокишечные уровни). Давность непроходимости (около 2 суток), отсутствие признаков деструктивных процессов в брюшной полости, экстирпация матки и злокачественный процесс в анамнезе заставляли думать о ее механическом характере и определили показания к оперативному лечению.

Антитромботическая терапия началась с введения прямых антикоагулянтов (гепарин 5000 Ед болюсно, затем 1000 Ед/ч под контролем активированного парциального тромбопласти-

нового времени). С учетом планируемой операции по поводу ОЖН, показанная в связи с острым инфарктом миокарда согласно протоколу, нагрузочная доза дезагрегантов не давалась.

На консилиуме было решено начать лечебные мероприятия с коронарографии. Через 3 ч после поступления больная была подана в рентгенооперационную.

На коронарограммах выявлено многососудистое поражение: передняя межжелудочковая артерия диффузно поражена на всем протяжении со стенозами до 90 %, диагональная ветвь – со стенозами до 90 %, ветвь тупого края – стеноз 85 %. Причиной инфаркта стала субокклюзия в средней трети правой коронарной артерии (ПКА) (рис. 1, а). Учитывая изменения в области нижней стенки по данным ЭхоКГ и ЭКГ, решено выполнить ангиопластику со стентированием инфаркт-зависимой ПКА в экстренном порядке.

Выполнена предилатация окклюзированного сегмента ПКА баллонными катетерами 2,00×20 мм. На месте остаточного стеноза ПКА имплантирован BMS-стент 2,75×32 мм. При контрольной коронарографии: повреждений нет, стояние стента правильное, кровоток TIMI-III (рис. 1, б).

После коронарного стентирования пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Продолжена антикоагулянтная, инфузионная и спазмолитическая терапия, установлен назогастральный зонд для декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Было решено наблюдать больную в течение 1 ч на случай манифестации постреперфузионных осложнений, после чего выполнить операцию по поводу острой кишечной непроходимости. Период после стентирования протекал без осложнений, однако пациентка категорически отказывалась от оперативного лечения по поводу непроходимости, мотивируя это отсутствием на тот момент сильных болей в животе и рвоты. Неоднократные разъяснительные беседы, тем не менее, позволили убедить больную в необходимости хирургического вмешательства, и через 8 ч от момента поступления она была подана в операционную. При планировании операции остановились на лапаротомном доступе, что было мотивировано значительным растяжением петель кишки, соответственно, необходимостью продленной назоинтестинальной декомпрессии и опасностью пневмоперитонеума для пациентки с ишемизированным и реперфузированным миокардом.

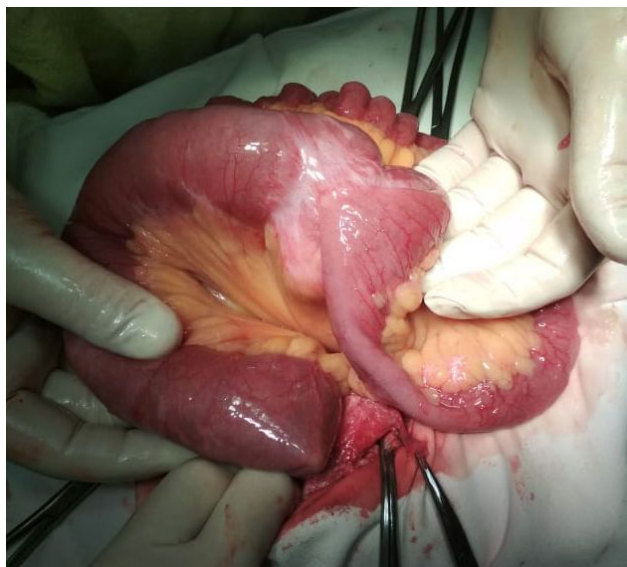


Рис. 2. Причина непроходимости – спаечный конгломерат

Fig. 2. The cause of intestinal obstruction – adhesions mass

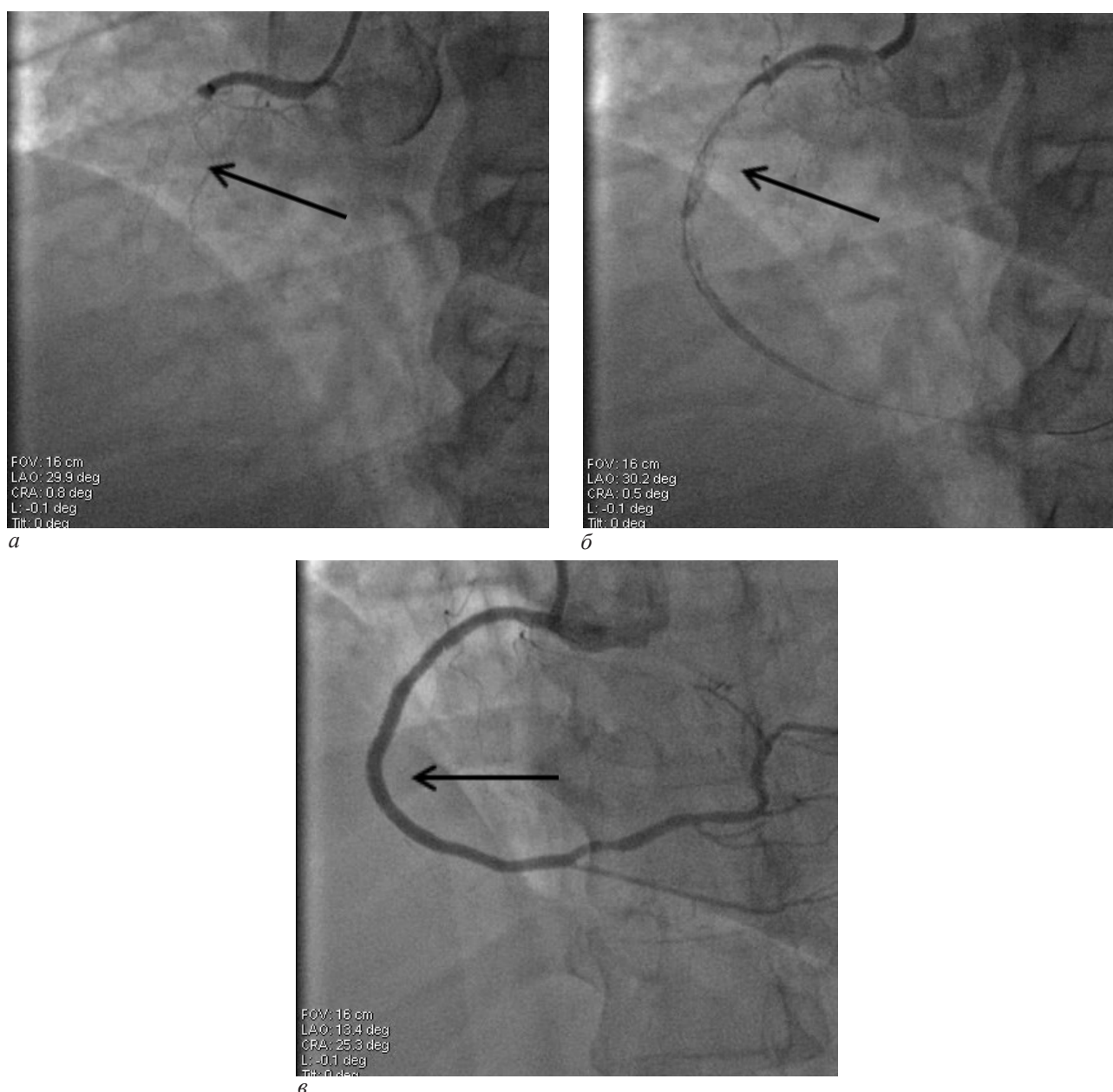


Рис. 3. Повторная коронарография: а – тромботическая окклюзия ПКА; б – протяженный тромбоз ПКА; в – финальный результат после стентирования

Fig. 3. Repeated coronary angiography: а – thrombotic occlusion of the right coronary artery; б – extended thrombosis of the right coronary artery; в – outcome after stenting

Под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия с частичным иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости – спаечный процесс, в мезогастрии к передней брюшной стенке в зоне грыжевого протеза припаяна поперечная ободочная кишка.

При ревизии в брюшной полости умеренное количество серозного выпота. В средней трети тонкой кишки примерно в 100–120 см проксимальнее илеоцекального угла имеется спаечный конгломерат на протяжении примерно 15 см, в котором кишка формирует несколько двустулков (рис. 2). Приводящая кишка практически до связки Трейца раздута до 4–5 см, заполнена плотными пищевыми массами, которые проксимальнее становятся более мягкими, затем жидкими, дистальнее спаечного конгломерата кишка спавшаяся, перистальтирует. В дистальных отделах также определяются спаечные изменения с формированием кишечных двустулков.

Спайки рассечены, проходимость кишки восстановлена. На всем протяжении тонкая кишка обычной окраски (разду-

тые участки несколько гиперемированы), серозная оболочка блестящая, перистальтика дистальнее зоны спаек сохранена, проксимальнее крайне ослаблена. Учитывая значительное растяжение приводящей кишки, произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки, зонд заведен дистальнее разделенного спаечного конгломерата.

Следует отметить, что терапия прямыми антикоагулянтами, начатая за 8 ч до операции, не привела к значимому повышению кровоточивости, интраоперационная кровопотеря оценена в 200 мл.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, гемодинамические показатели оставались стабильными, имелась тенденция к снижению уровня тропонина, вздутие живота уменьшилось, выслушивалась перистальтика, сброс по назоинтестинальному зонду был минимальным. Проводилась антибактериальная, инфузионная и спазмолитическая терапия, антикоагулянтная терапия. Антиагрегантная терапия, возможная

только перорально, на данном этапе не проводилась. Примерно через 20 ч после операции и через 25 ч после ангиопластики и стентирования у пациентки вновь появились жалобы на загрудинные боли, отмечено нарастание тропонина, на ЭхоКГ зафиксировано снижение фракции выброса левого желудочка и нарастание зоны гипокинезии. Состояние расценено как повторный острый инфаркт миокарда, выставлены показания к повторной коронарографии, на которой была обнаружена острая тромботическая окклюзия ПКА в ранее имплантированном стенте (рис. 3, а).

После проводниковой реканализации отмечается тотальный тромбоз стентированного сегмента и средней трети ПКА (рис. 3, б). Выполнено стентирование дистальной части вертикального сегмента ПКА BMS-стентом 2,75×32 мм и баллонная ангиопластика тромбированного участка в ранее имплантированном стенте (рис. 3, в).

После стентирования выполнена коррекция терапии: кроме антикоагулянтов, начато введение в назоинтестинальный зонд Плавикса в дозировке 150 мг. Двукратное повышение дозировки является не попыткой дать нагрузочную дозу, а призвано компенсировать имеющиеся нарушения всасывания. В литературе [6] существует описание тромбоза коронарных стентов на фоне острой кишечной непроходимости, профилактикой служит адекватная многокомпонентная антитромботическая терапия, возможности которой ограничены кишечной недостаточностью и операций.

В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. К 3-м суткам восстановилась перистальтика, стали отходить газы, что позволило удалить назоинтестинальный зонд, начать энтеральное питание и адекватную пероральную антитромботическую терапию.

На 8-е сутки после операции на фоне положительной динамики пациентка была переведена из ОРИТ на кардиологическое отделение. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением, швы были сняты на 12-е сутки после операции. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение на 22-е сутки после поступления, сроки выписки определялись течением ишемической болезни сердца, за период нахождения на терапевтическом отделении жалоб со стороны органов брюшной полости пациентка не предъявляла.

Выводы. 1. Возможна ситуация, в которой клиника острого коронарного синдрома и клиника острой кишечной непроходимости не являются атипичными масками какого-либо из заболеваний, а свидетельствуют об их сочетании. В таком случае начинать лечение следует с оценки состояния коронарного кровотока и, при возможности, его эндоваскулярной коррекции.

2. Не следует редуцировать антитромботическую терапию, особенно после стентирования. С повышенной интраоперационной кровоточивостью можно справиться с применением современных технологий гемостаза, в то время как тромбоз коронарного стента представляет серьезную угрозу жизни пациента.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость : рук-во для врачей. СПб. : Питер, 1999. 448 с.
2. Ковальчук Е. Ю. Эпидемиология и клиника острых инфарктов миокарда (по материалам ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе) // Развитие современной науки : теорет. и приклад. аспекты : сб. ст. / под общей ред. Т. М. Сигитова. Пермь, 2016. С. 210–215.
3. Timothy A. Mixon, Philip D. Houck. «Intestinal Obstruction Mimicking Acute Myocardial Infarction» // Tex. Heart Inst. J. 2003. № 30. P. 155–157
4. John Hibbs, Quirino Orlandi, Maria Teresa Olivari, William Dickey et al. Giant J Waves and ST-Segment Elevation Associated With Acute Gastric Distension // Circulation. 2016. № 133. P. 1132–1134.
5. Ali M. Bowel pseudo-obstruction following an acute ST elevation myocardial infarction // BMJ Case Rep. Published online : 18 September 2015. Doi: 10.1136/bcr-2015-212794.
6. Хилькевич О. В., Филатов А. В., Клеменов А. В. Случай раннего тромбоза коронарных стентов у пациента с динамической кишечной непроходимостью // Современные технол. в мед. 2012. № 1. С. 147–148.

REFERENCES

1. Eryukhin I. A., Petrov V. P., Khanevich M. D. Kischechnaya neprokhodimost' : rukovodstvo dlya vrachei. SPb., Piter. 1999:448. (In Russ.).
2. Koval'chuk E. Yu. Epidemiologiya i klinika ostrykh infarktov miokarda (po materialam GBU SPB NII SP im. I. I. Dzhanelidze). Razvitie sovremennoi nauki : teoreticheskie i prikladnye aspekty. Sbornik statei. Pod obshchei redaktsiei T. M. Sigitova. Perm'. 2016:210–215. (In Russ.).
3. Timothy A. Mixon, Philip D. Houck. Intestinal Obstruction Mimicking Acute Myocardial Infarction». Tex Heart Inst J. 2003;30:155–157.
4. John Hibbs, Quirino Orlandi, Maria Teresa Olivari, William Dickey, Scott W. Sharkey. Giant J Waves and ST-Segment Elevation Associated With Acute Gastric Distension. Circulation. 2016;133:1132–1134.
5. Ali M. Bowel pseudo-obstruction following an acute ST elevation myocardial infarction. BMJ Case Rep. Published online: 18 September 2015. Doi: 10.1136/bcr-2015-212794.
6. Khil'kevich O. V., Filatov A. V., Klemenov A. V. Sluchai rannego tromboza koronarnykh stentov u patsienta s dinamicheskoi kischechnoi neprokhodimost'yu. Sovremennye tekhnologii v meditsine. 2012;(1):147–148. (In Russ.).

Информация об авторах:

Смирнов Дмитрий Алексеевич (e-mail: dmsmrn@gmail.com), канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии факультетской с курсом лапароскопической хирургии и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой; Бирюков Алексей Владимирович (e-mail: m.l.m@bk.ru), канд. мед. наук, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 клиники НИИ хирургии и неотложной медицины; Иванченко Роман Дмитриевич (e-mail: r.ivanchenko@mail.ru), врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 клиники НИИ хирургии и неотложной медицины; Ваулина Дарья Андреевна (e-mail: DaryaVaulina@mail.ru), врач-кардиолог отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 1 клиники НИИ хирургии и неотложной медицины; Корольков Андрей Юрьевич (e-mail: korolkov.a@mail.ru), д-р мед. наук, доцент кафедры хирургии госпитальной с клиникой; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.