

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.143-005.6-07-089

А. И. Панасюк^{1, 3}, Т. Н. Бойко³, В. М. Дехнич³, Л. В. Гаскина³, Е. Г. Григорьев^{1, 2}

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

¹ ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (ректор — д-р мед. наук проф. И. В. Малов); ² ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (дир. — проф. В. А. Сороковиков); ³ ГБУЗ «Иркутская область, областная клиническая больница» (главрач — канд. мед. наук П. Е. Дудин)

Ключевые слова: тромбоз, верхняя брыжеечная вена, хирургия кишечника

Одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии остается диагностика и лечение пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения (ОНМК), частота встречаемости которого составляет 1–2% в структуре хирургической патологии и 0,1–0,2% — госпитализированных в многопрофильные лечебные учреждения. Летальность достигает 85–100% [7]. Тромбоз брыжеечных вен является причиной инфаркта кишечника в 5–15% всех случаев ОНМК [5].

Причины венозного тромбоза разнообразны: механические (спайки, заворот, ущемление брыжейки), заболевания крови (полицитемия, тромбоцитоз), закрытая травма живота с контузией кишки и повреждением стенки брыжеечных вен, злокачественные новообразования, декомпенсация сердечной деятельности, портальная гипертензия, прием гормональных препаратов, деструктивные формы аппендицита, холецистита, панкреатита, язвенный колит и болезнь Крона [3, 4, 7]. В 25–30% наблюдений причину мезентериальной ишемии установить не удается [4, 7].

Выделяют первичный (восходящий) и вторичный тромбоз брыжеечных вен. При первичном вначале формируется окклюзия брыжеечных вен, а затем более крупных притоков портальной системы. Когда тромбы распространяются с воротной на брыжеечную вену, его относят к

вторичному или нисходящему [1, 4]. Время формирования венозного инфаркта кишечника может составлять от 5–7 дней до 2–3 нед [1, 2, 5].

Трудности диагностики острого венозного мезентериального тромбоза заключаются в том, что нет патогномоничных симптомов и синдромов этого заболевания. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с ангиографией является ключевым неинвазивным методом в диагностике проходимости брыжеечных сосудов. Приводим наше наблюдение.

Больная Ш., 59 лет, поступила через 5 сут от начала заболевания с жалобами на боли в животе. За 2 ч до поступления отмечала кровавую диарею. Около 30 лет страдает системной красной волчанкой (СКВ), принимает преднизолон по 10 мг/сут. Год назад выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Пульс 98 уд/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот равномерно вздут, брюшная стенка участвует в акте дыхания, мягкая, болезненная во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. При пальпации и перкуссии определяется наличие свободной жидкости в животе. Перистальтика угнетена. Шума «плеска» нет. При ректальном исследовании выявлено нависание передней стенки прямой кишки, на перчатке кал цвета «малинового желе». В анализе крови определяются лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$), анемия ($91 \times 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитопения ($78 \times 10^{12}/\text{л}$), п. 10%, с. 68%, эоз. 3%, лимф. 19%. При ультразвуковом исследовании установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости. Заподозрен венозный мезентериальный тромбоз.

Сведения об авторах:

Панасюк Александр Иосифович (e-mail: pana@mail.ru), Иркутский государственный медицинский университет, 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1;

Бойко Татьяна Николаевна (e-mail: urcha83@yandex.ru), Дехнич Валентин Михайлович (e-mail: dekhnich59vm1@rambler.ru),

Гаскина Людмила Викторовна (e-mail: igaskin@mail.ru), Иркутская область, областная клиническая больница, 664049, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100;

Григорьев Евгений Георгиевич (e-mail: egg@iokb.ru), Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 664049, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100

Выполнена МСКТ-ангиография (рисунок). Обнаружены тромбоз верхней брыжеечной вены, распространяющийся на воротную вену, отек и утолщение стенок сегмента подвздошной кишки с инфильтрацией ее брыжейки, наличие свободной жидкости в животе, спленомегалия (7×18) см, варикозное расширение вен пищевода. Для оценки жизнеспособности подвздошной кишки выполнена диагностическая лапароскопия под эндотрахеальным наркозом. Из брюшной полости эвакуировано 1,5 л серозно-геморрагической жидкости. Измененная подвздошная кишка признана нежизнеспособной — венозный инфаркт.

Выполнена широкая срединная лапаротомия. Расширены вены большого и малого сальников, увеличена в размерах селезенка (8×20 см). Подвздошная кишка на протяжении 90 см синюшного цвета, резко отечна, имбибирована кровью, перистальтики нет. Брыжейка ее инфильтрирована, багрово-красного цвета. Пульсация верхней брыжеечной артерии отчетливая. Выполнена резекция 1,5 м подвздошной кишки с широким клиновидным иссечением брыжейки в пределах здоровых тканей. При этом обнаружены тромботические массы в венах. Культи тонкой кишки сформированы аппаратным швом. Через просвет наиболее крупного венозного притока, в котором визуализирован красный рыхлый тромб, заведен катетер Фогарти в воротную вену (введение катетера контролировали пальпацией печеночно-двенадцатиперстной связки). Извлечены рыхлые тромботические массы. Получен ретроградный кровоток. Культи вены перевязана. Выполнена назоинтестинальная интубация. Назначена программированная релапаротомия через 24 ч для оценки жизнеспособности тонкой кишки и восстановления кишечной непрерывности. Назначен гепарин (1000 МЕ/ч).

Через 24 ч выполнена релапаротомия. Тонкая кишка жизнеспособна, спавшаяся на назоинтестинальном зонде, ее культи состоятельны. На серозном покрове множественные петехиальные кровоизлияния. Сформирован прямой однорядный тонкотонкокишечный анастомоз отдельными внеслизистыми швами в 2 см от илеоцекального клапана.

В течение 5 сут пациентка находилась на лечении в палате интенсивной терапии. На 3-и сутки — эффективная стимуляция кишечника, удален назоинтестинальный зонд. Дренаж из брюшной полости извлечен на 4-е сутки. Назначен клексан в суточной дозе 80 мг. Учитывая наличие СКВ, печеночной и почечной недостаточности, варфарин решено не назначать. Выписана на 12-е сутки с рекомендациями ежедневного приема 40 мг клексана в течение 1 года.

Осмотрена через 6 мес. Принимает 10 мг преднизолона, признаков обострения СКВ не выявлено. Легкие проявления печеночной и почечной недостаточности. Стул жидкий до 6 раз/сут. Выполнена МСКТ-ангиография: определяется реканализация верхней брыжеечной и воротной вен. Размеры селезенки не изменились.

Таким образом, применение современных диагностических методов исследования позволяет правильно установить диагноз и своевременно оперировать пациентов с острым венозным мезентериальным тромбозом. Тромбэктомию из верхней брыжеечной вены целесообразно выполнять через пересеченную вену в резецированной брыжейке [6, 8]. Продольная флеботомия с тромбэктомией значительно увеличит продолжительность и сложность операции и может привести к известным осложнениям, в том числе сужению венозной магистрали. Накладывать



МСКТ-ангиограмма больной Ш., 59 лет, с венозным мезентериальным тромбозом. Продолженный тромбоз верхней брыжеечной вены (стрелки)

межикишечный анастомоз при остром нарушении мезентериального венозного кровотока во время первой операции, вероятно, не следует. Во время программированной релапаротомии точно определяется жизнеспособность резецированной кишки. При необходимости проводят резекцию, затем восстанавливают ее непрерывность. Длительное применение непрямых антикоагулянтов патогенетически оправдано и позволяет с большой вероятностью предотвратить венозный ретромбоз.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Покровский А.В., Юдин В.И. Острая мезентериальная непроходимость // Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В. Покровского. Т. 2. М.: Медицина, 2004. С. 626–645.
2. Савельев В.С., Спиридонов И.В., Болдин Б.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Инфаркт кишечника: Руководство по неотложной хирургии / Под ред. В.С. Савельева. М.: Трида-Х, 2004. С. 281–302.
3. Соломенцева Т.А. Острые нарушения мезентериального кровообращения в терапевтической клинике // Острые и неотложные состояния в практике врача. 2011. № 2. С. 8–14.
4. Юшкевич Д.В., Хрыщанович В.Я., Ладутко И.М. Диагностика и лечение острого нарушения мезентериального кровообращения: современное состояние проблемы // Мед. журн. 2013. № 3. С. 38–44.
5. Bashar Hmoud, Ashwani K. Singal, Patrick S. Kamath. Mesenteric venous thrombosis // J. Clin. Exp. Hepatol. 2014. Vol. 4. P. 257–263.
6. Harnik I.G., Brandt L.J. Mesenteric venous thrombosis // Vasc. Med. 2010. Vol. 15. P. 407–418.
7. Sogaard K.K., Astrup L.B., Vilstrup H., Gronbaek H. Portal vein thrombosis: risk factors, clinical presentation and treatment // BMC Gastroenterol. 2007. Vol. 7. P. 34.
8. Tessier F., Deron J., Russell A. Williams. Mesenteric venous thrombosis / Eds. Al.Jacocks et al. Medscape. 14 Oct. 2004. <http://emedicine.com/med/topic2753.htm>.

Поступила в редакцию 14.03.2016 г.