

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

УДК 616—005.6+612.14—089

Поступила 2.11.2009 г.



И.А. Галанин, врач 2-го хирургического отделения¹;
С.В. Вишнивенко, клинический интерн кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова²;
Р.Р. Зайцев, клинический ординатор кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова²;
К.А. Гошадзе, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии им. А.И. Кожевникова²

¹ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Н. Новгород;

² Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Приведен случай успешного оперативного лечения тромбоза мезентериальных вен. Эта патология встречается в 10,1% случаев всех мезентериальных тромбозов, чаще всего поражает пожилых людей, локализуясь в верхней мезентериальной вене. Предположительной причиной тромбирования вен послужили цирротические изменения печени и портальная гипертензия.

Ключевые слова: тромбоз мезентериальных вен, оперативное лечение.

English

Case of a venous mesenteric thrombosis successful operative treatment

I.A. Galanin, physician of the 2nd surgical department¹;
S.V. Vishnivenko, clinical intern of the A.I. Kozhevnikov general surgery chair²;
R.R. Zaitsev, clinical ordinator of the A.I. Kozhevnikov general surgery chair²;
K.A. Goshadze, c.m.s., assistant of the A.I. Kozhevnikov general surgery chair²

¹ N.A. Semashko Nizhny Novgorod regional clinical hospital, N. Novgorod;

² Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

A case of the mesenteric vein thrombosis successful operative treatment is presented. That pathology is encountered in 10.1% of cases of all the mesenteric thromboses. More frequently it affects the elderly humans, localizing in a superior mesenteric vein. A presumable cause of the vein thrombosis was the liver cirrhotic changes and a portal hypertension.

Key words: thrombosis of mesenteric veins, operative treatment.

Тромбоз мезентериальных вен встречается гораздо реже, чем окклюзия мезентериальных артерий, и составляет 10,1% всех мезентериальных тромбозов.

Тромбоз мезентериальных вен обычно развивается вследствие истинной полицитемии, заболеваний пече-

ни, вызывающих цирроз и портальную гипертензию, а также канцероматоза, воспалительных заболеваний брюшной полости или травм (любой этиологии) мезентериальных вен.

Примерно в 25% случаев тромбоз мезентериаль-

Для информации: Галанин Игорь Алексеевич, тел. раб. 8(831)438-91-04, тел. моб. +7 902-786-02-16.

ных вен бывает первичным, или идиопатическим. Вероятно, существует предрасположенность к венозным тромбозам этой зоны. Примерно у половины больных несколькими годами ранее отмечались признаки тромбоза вен нижних конечностей. Обычно тромбоз мезентериальных вен поражает пожилых людей, локализуясь в верхней мезентериальной вене.

Приводим случай успешного оперативного лечения данной патологии.

Больного К., 70 лет, жителя Нижнего Новгорода, с января 2009 г. беспокоили периодического характера боли в животе без определенной локализации, тяжесть, чувство переполнения в верхних отделах живота после еды, неустойчивый стул, снижение аппетита, слабость. Похудел более чем на 10 кг. Лечился амбулаторно у участкового терапевта в поликлинике по месту жительства с диагнозом «хронический панкреатит». Принимал спазмолитики, анальгетики с временным эффектом.

16.09.2009 г. с 7:00 почувствовал постепенное усиление боли в верхних отделах живота, боли приняли постоянный характер, нарастала слабость.

Больной обратился к терапевту поликлиники по месту жительства и был направлен для дальнейшего лечения в Нижегородскую областную клиническую больницу им. Н.А. Семашко. С диагнозом «обострение хронического панкреатита» 16.09 в 12:50 госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение.

Несмотря на проводимую терапию панкреатита, состояние больного ухудшалось, появились перитонеальные симптомы.

Впервые осмотрен хирургом 17.09 в 7:00, был установлен диагноз «перитонит». Больной переведен в клинику общей хирургии им. А.И. Кожевникова.

При поступлении состояние больного оценивалось как тяжелое. Питание снижено: 54 кг при росте 165 см. Черты лица — заостренные, тургор кожи снижен. Аускультативно в легких определялось жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца — приглушенные, ритмичные. Пульс — 100 в минуту, артериальное давление — 130 и 70 мм рт. ст. Язык — сухой. Живот вздут, напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга — положительный.

ЭКГ: ритм — синусовый, регулярный, нормальное положение электрической оси сердца, рубцовые изменения боковых отделов левого желудочка, диффузные изменения миокарда левого желудочка.

Анализ крови 17.09: гемоглобин — 108 г/л; эр. — $3,5 \cdot 10^{12}/л$; СОЭ — 10 мм/ч; ле. — $24,2 \cdot 10^9/л$; палочкоядерные — 3%; сегментоядерные — 82%; лимф. — 10%; мон. — 5%; мочевины — 4,2 ммоль/л; креатинин — 115 мкмоль/л; общий белок — 49 г/л; α -амилаза мочи — 1100 ЕД/л. Начата предоперационная инфузионная терапия, антибактериальная терапия (цефотаксим, метрогил).

При УЗИ органов брюшной полости выявлены асцит, гепатоспленомегалия, метеоризм.

17.09 в 11:00 выполнена диагностическая лапароскопия. Обнаружено, что одна из петель тонкой кишки темного цвета. На операционном столе на-

чато введение низкомолекулярного гепарина (фраксипарина).

В 12:00 под интубационным наркозом выполнена среднесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. В брюшной полости обнаружен 1 л серозно-геморрагической жидкости. На расстоянии 130 см от связки Трейтца участок тощей кишки на протяжении 60 см был темно-вишневого цвета с тусклой серозной оболочкой (рис. 1). Перистальтика на этом участке отсутствовала. Установлен отек стенки кишки и подлежащей брыжейки, в брыжейке — тромбированные вены. Пульсация верхней брыжеечной артерии и ее ветвей сохранена.

Ниже (около 2 м до илеоцекального угла) тонкая кишка не изменена. Печень — с соединительнотканнми перетяжками, увеличена в основном за счет правой доли. Селезенка также увеличена. Имеется умеренное расширение вен портальной системы. Произведена мобилизация и резекция тощей кишки на 30 см выше и на 20 см ниже видимых границ поражения (рис. 2). Выполнен энтероэнтероанастомоз «бок-в-бок» с ушиванием двухрядным швом. Рана ушита с установкой улавливающего дренажа в малый таз через отдельный прокол передней брюшной стенки.

При осмотре макропрепарата со стороны слизистой оболочки обнаружен отек последней, кровоизлияния и некрозы (рис. 3). Гистологическое исследование стенки тонкой кишки показало диффузную обильную лейкоцитарную инфильтрацию, распространяющуюся на все слои стенки, с расстройствами кровообращения, стазом сосудов кишечной стенки; в брыжеечных венах — тромбы.

После операции больной проходил лечение в ОРИТ, а с 21.09 — в хирургическом стационаре. Послеоперационный период протекал без осложнений. Несколько дней после операции по улавливающему дренажу отделялось до 2 л серозной жидкости в сутки. Постепенно отделяемое сокращалось, а 27.09 прекратилось. Улавливающий дренаж удален 28.09.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Все время пребывания в стационаре больной получал низкомолекулярный гепарин. Перед выпиской переведен на непрямой антикоагулянт (варфарин). Выписан



Рис. 1. Участок тощей кишки



Рис. 2. Резецированный участок тощей кишки



Рис. 3. Макропрепарат: отек, кровоизлияния, некроз слизистой оболочки

02.10.09 г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Рекомендовано продолжить лечение у гастроэнтеролога по месту жительства.

Предположительной причиной тромбирования вен послужили цирротические изменения печени и портальная гипертензия. Диагностика венозного мезентериального тромбоза очень трудна, как правило, он

определяется только во время операции. Диагноз ставится поздно из-за отсутствия объективных данных. Наиболее важными дооперационными диагностическими тестами являются УЗИ мезентериальных вен и ангиография с введением контрастного вещества в верхнюю мезентериальную артерию. В качестве диагностических процедур часто используются лапароцентез и лапароскопия.