

УДК 616–005.6+616.136.46+612.115.35

**МЕЗЕНТЕРИАЛЬНИЙ ТРОМБОЗ. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ  
ТРОМБОЛІЗИСУ ПРИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМУ ТРОМБОЗІ НА  
ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ**

**О.С.Кушнір, Н.О.Мамай, Д.О.Тимчишин**

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону*

**Резюме.** *Актуальність.* За даними огляду літератури, летальність при тромбозі брижових артерій досягає до 95%. Основні причини такого високого рівня смертності - вік (середній вік пацієнтів перевищує 50 років), наявність важкої супутньої серцево-судинної патології (атеросклероз, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, придбані ревматичні пороки серця, порушення серцевого ритму, ожиріння). Чим пізніше пацієнт звертається за медичною допомогою, тим ризик летального результату значно зростає. На жаль, хірургічне лікування не завжди приводить до позитивного результату. При тотальному ураженні тонкої кишки, операція визнається експлоративною, а пацієнт інкурабельним. У випадках, якщо деструктивно-некротичні зміни вражають обмежену ділянку тонкої кишки - виконується резекція цієї ділянки кишки в межах здорових тканин. Однак, у близько 14% пацієнтів, які перенесли резекцію кишки, розвивається повторний мезентеріальний тромбоз протягом наступних 6 тижнів.

*Мета роботи.* Привести клінічний випадок проведення успішного застосування препаратів для тромболізу у вікового пацієнта з важкою супутньою серцевою патологією, що знаходився на лікуванні з приводу мезентеріального тромбозу.

*Результати.* При проведенні аналізу інтенсивної терапії пацієнта з мезентеріальним тромбозом була визначена тактика лікування: діагностична лапароскопія, введення препаратів для тромболізу, ангіографія, релапароскопія.

*Висновки.* Таким чином, при розвитку у пацієнтів мезентеріального тромбозу менше доби, застосування препаратів для тромболізу є більш ефективним.

**Ключові слова:** *мезентеріальний тромбоз, тромболісис.*

**Вступ.** Гострий тромбоз брижових артерій (мезентеріальний тромбоз) - невідкладний стан, обумовлений різким погіршенням кровообігу в брижових судинах в результаті тромбозу, емболії або вираженого зниження центральної гемодинаміки, що призводить до ішемії і некрозу тонкої, рідше - товстої кишки. У 90% випадків тромбоз розвивається в гирлі верхньої брижової артерії, що пояснюється анатомічними особливостями даної артерії. Ця патологія

зустрічається у пацієнтів із хронічними захворюваннями серцево-судинної системи, середній вік яких перевищує 50 років. Атеросклероз, варикозна хвороба вен, ревматичні пороки та порушення серцевого ритму багато фахівців вказують як основну причину мезентеріального тромбозу. Пароксизмальні форми тахікардії та фібриляція передсердь, екстрасистолія - все це додатково погіршує кровотік мезентеріальних судин за рахунок зниження центральної гемодинаміки і підсилює ішемію кишки. Однак, у порівнянні з іншими захворюваннями, які викликаються тромбозами (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, гострий тромбоз стегнової артерії, тромбоемболія легеневої артерії та інші), мезентеріальний тромбоз зустрічається рідше (1 випадок на 1500-2000 хворих, що госпіталізуються в клініки за ургентними показаннями). Постійна, переймоподібний біль і здуття живота є основним симптомом мезентеріального тромбозу. Тому диференціальна діагностика проводиться з гострим апендицитом, гострим холециститом, гострою кишковою непрохідністю, гострим панкреатитом. З урахуванням того, що тривале атеросклеротичне ураження брижових артерій призводить до компенсації за рахунок розвитку колатерального кровообігу в кишці, значний больовий синдром може бути виражений не відразу. Тому пацієнти не одразу звертаються за медичною допомогою, що призводить до незворотних змін в кишці. За даними огляду літератури, летальність при тромбозі брижових артерій у випадках, коли хворі звертаються значно пізніше становить до 95%.

Основним методом діагностики і верифікації діагнозу є діагностична лапароскопія. Під час операції визначається подальша тактика лікування. При тотальному ураженні тонкого кишечника, операція визнається експлоративною, а пацієнт інкурабельним. У випадках, якщо деструктивно-некротичні зміни вражають обмежену ділянку тонкої кишки - виконується резекція цієї ділянки кишки в межах здорових тканин. Однак у близько 14% пацієнтів, які перенесли резекцію кишки, розвивається повторний брижовий тромбоз протягом 6 тижнів. Якщо ж при ревізії, ділянки ураженої кишки чергуються з ділянками здорової кишечника - даний випадок говорить про сегментарний тромбоз верхньої брижової артерії з давністю захворювання не більше 24 годин. В такому випадку черевна порожнина дрениється і в післяопераційному періоді виконується тромболітична терапія.

#### Історична довідка

У 1843 р Tiedeman вперше описав закупорку верхньої брижової артерії. Virchow (1847) повідомив про емболії верхньої мезентеріальної артерії, ускладнений інфарктом кишечника. Elliot (1895) виконав першу резекцію кишечника при тромбоемболії судин брижі. У 1940 р Я. Б. Ривлін справив емболектомія верхньої брижової артерії.

## Тромболізіс

Антикоагулянтна терапія повинна починатися відразу після діагностування мезентеріального тромбозу. Прямі антикоагулянти, непрямі антикоагулянти, ферментативна терапія для тромболізісу - арсенал препаратів для допомоги при мезентеріальному тромбозі. Дуже часто гепарінотерапія неефективна, особливо коли звернення до лікувального закладу з запізненням.

При захворюваннях викликаними тромбозами, після застосування препаратів для тромболізісу, смертність значно знижується. Про це доведено починаючи з досліджень ще 80-х років ХХ століття. На жаль, частота застосування тромболітиків порівняно низька, що пояснюється дорожнечою даної групи препаратів.

### Клінічний випадок

Хворий Григорій Ф., 84 роки поступив до ВМКЦ ПР 17.07.16 зі скаргами на різкі болі в животі, нудоту, багаторазове блювання кишковим вмістом, різке здуття живота, загальну слабкість. Перераховані вище скарги з'явилися за добу та надходження.

З анамнезу відомо, що близько 15 років страждає на ішемічну хворобу серця з нападами стенокардії і порушенням ритму - шлуночкової і суправентрикулярної екстрасистолією в поєднанні з гіпертонічною хворобою на фоні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок і цукрового діабету II типу. Періодично лікувався стаціонарно, амбулаторно. Постійно приймає: лоспірін (75 мг по 1 таблетці в день), клопідогрель (75 мг по 1 таблетці в день), раміприл (2,5 мг по 1/2 таблетки в день), аторвастатин (20 мг по 1 таблетці в день), сиднофарм (2 мг по 1/2 таблетки 3 рази на день), омепразол (40 мг по 1 таблетці в день).

### При обстеженні:

- ЕКГ - тріпотіння передсердь, тахісistolічна форма, гіпертрофія та систолічне перевантаження лівого шлуночка, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, ознаки хронічної коронарної недостатності в передньо-верхівкової області та боковій стінці, ЧСС - 96-110 в хвилину.

- Рентгенографія органів грудної клітини - легеневі поля емфізематозні, патологічних тіньових утворень не виявлено, високе стояння діафрагми, серцева тінь розширена в поперечнику вліво.

- Рентгенографія органів черевної порожнини в положенні стоячи - наявність поодиноких горизонтальних рівнів рідини і газу.

- Ехокардіоскопія - розширення і ущільнення кореня аорти, фракція викиду - 55%.

- Езофагогастроуденоскопія - множинні хронічні ерозії шлунка, пилоріт, ерозивний бульбіт.

• В аналізах крові: гемоглобін - 137 г / л, еритроцити - 4,35 Т / л, лейкоцити - 12,4 Г / л, тромбоцити - 204 Г / л, гематокрит - 0,4, загальний білок - 69,2 г / л, амілаза - 36 ОД / л, глюкоза - 7,7 ммоль / л, ПТІ - 85%, МНО - 1,2, фібриноген А - 5,8 г / л.

З огляду на клінічну картину, анамнез захворювання і анамнез життя, проводилася диференційна діагностика між гострим мезентеріальним тромбозом, гострою кишковою непрохідністю, гострим панкреатитом, панкреонекрозом, гострим апендицитом.

Виконана, під загальною внутрішньовенною анестезією зі штучною вентиляцією легень, діагностична лапароскопія. При ревізії виявлено: висхідна частина ободової кишки, сліпа кишка, ділянка тонкої кишки вище ілеоцекального кута і на 40 см вище зв'язки Трейца - синюшного кольору, ін'єктувати судинами, з явищами пневматозу, без ознак перистальтики. Післяопераційний діагноз - гострий тромбоз верхньої брижової артерії.

З огляду на те, що час розвитку тромбозу склав близько доби, було прийнято рішення в післяопераційному періоді, в умовах відділення анестезіології та реаніматології виконати тромболізис. Нами був використаний препарат алтеплаза (актилізе) 100 мг. Препарат вводився 10 мг в / в струменево, потім 50 мг у вигляді в / в інфузії протягом першої години, з подальшою в / в інфузією 10 мг протягом 30 хвилин до досягнення протягом 3 годин дози 100 мг. Як допоміжна терапія - інфузійне застосування гепарину (1000 ОД / год). Також хворий отримував антибіотикотерапію, кардіометаболічного терапію, знеболювання наркотичними анальгетиками, симптоматичну терапію.

На 18.07.16 стан хворого з позитивною динамікою, у вигляді зменшення болю в животі, живіт зменшився в обсязі, скарги на нудоту і блювоту відсутні. За дренажам з черевної порожнини геморагічне виділення в кількості 30 мл. В аналізах крові: гемоглобін - 121 г / л, еритроцити - 4,01 Т / л, лейкоцити - 8,2 Г / л, тромбоцити - 189 Г / л, гематокрит - 0,38, загальний білок - 67,2 г / л, амілаза - 65,4 ОД / л, глюкоза - 6,7 ммоль / л, ПТІ - 70%, МНО - 1,48, фібриноген А - 4,32 г / л. На ЕКГ - ритм синусовий, поодинокі шлуночкові екстрасистолії, гіпертрофія лівого шлуночка, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, ЧСС - 84 в хвилину.

Для прийняття подальшої тактики лікування було прийнято рішення про проведення ангиографії. При аортографії і артеріографії - абдомінальна аорта прохідна, контур нерівний, кальциноз стінок; верхня брижова артерія прохідна, помірно виражені атеросклеротичні зміни. Результат - стан після тромболітичної терапії з приводу гострого тромбозу верхньої брижової артерії, стадія реканалізації.

Протягом наступних двох днів стан пацієнта з позитивною динамікою. Скарги на нудоту і блювоту не пред'являє, живіт м'який і безболісний при

пальпації, перистальтика активна, кал був на другу добу післяопераційного періоду.

20.07.16 хворому з діагностичною метою була виконана релапароскопія. При ревізії черевної порожнини: тонка кишка простежено від зв'язки Трейца і до ілеоцекального куту без видимої патології, сероза її блискуча, рожевого кольору, перистальтика активна; в товстій кишці серозна оболонка блискуча, рожевого кольору, петлі товстої кишки не роздуті.

З 21.07.16 хворому припинена інфузія гепарину, почався пероральний прийом антиагреганта тікагрелор (брілінта) по 90 мг 2 рази на добу. Розпочато годування по дієті №9, активізація хворого.

2.08.16 хворий в задовільному стані виписаний з хірургічного відділення.

### **Висновки**

Таким чином, при своєчасній госпіталізації пацієнтів з гострим тромбозом верхньої брижової артерії, результат лікування більш оптимістичний. Це призводить до оборотної ішемії кишки, що робить можливим проведення успішного тромболізу і реканалізації артерії. Це було показано в даному клінічному випадку у вікового пацієнта з важкою супутньою серцевою патологією. Застосування діагностичної лапароскопії виконувалося для верифікації діагнозу. Застосування ангіографії і релапароскопії виконувалося для підтвердження успішності тромболізу.

### **Література**

1. Соломенцева Т.А. Острые нарушения мезентериального кровообращения в терапевтической клинике // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2011. – №2. – с. 11-14.
2. Sniecinski R.M., Hursting M.J., Paidas M.J., Levy J.H. Review Article: Etiology and Assessment of Hypercoagulability with Lessons from Heparin-Induced Thrombocytopenia // Anesth. Analg. – 2011. – Vol. 112 (1). – P. 46–58.
3. Мишалов В.В., Сморгевский В.И., Макаренко А.И. Лечение ТЭЛА в хирургической клинике // Проблемы клін. хірургії. – К.: Клінічна хірургія, 1997. – С. 212–218.
4. Наказ МОЗ України від 15.06.2007 р. №329.
5. Глумчер Ф.С. Шок. В руководстве по интенсивной терапии. Под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера – К.: Вища школа, 2004. – С. 417-455.
6. Berger A.K., Radford M.J., Wang Y., Krumholz H.M. Thrombolytic therapy in older patients // J Am Coll Cardiol. – 2000. – № 36. – P. 366-374.
7. Денисюк В.И. Аритмии сердца: Достижения, проблемы и перспективы на рубеже XX-XXI веков. - Винница: Логос, 1999. - 520 с.

**Резюме.** *Актуальность. По данным обзора литературы, летальность при тромбозе брыжеечных артерий достигает до 95%. Основные причины*

*столь высокого уровня смертности – возраст (средний возраст пациентов превышает 50 лет), наличие тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (атеросклероз, варикозная болезнь вен нижних конечностей, приобретенные ревматические пороки сердца, нарушения сердечного ритма, ожирение). Чем позже пациент обращается за медицинской помощью, тем риск летального исхода значительно возрастает. К сожалению, хирургическое лечение не всегда приводит к положительному результату. При тотальном поражении тонкого кишечника, операция признается эксплоративной, а пациент инкурабельным. В случаях, если деструктивно-некротические изменения поражают ограниченный участок тонкой кишки – выполняется резекция данного участка кишки в границах здоровых тканей. Однако, у около 14% пациентов, перенесших резекцию кишки, развивается повторный брыжеечный тромбоз в течение последующих 6 недель.*

*Цель работы. Представить клинический случай проведения успешного применения препаратов для тромболизиса у возрастного пациента с тяжелой сопутствующей сердечной патологией, находящегося на лечении по поводу мезентериального тромбоза.*

*Результаты. При проведении анализа интенсивной терапии пациента с мезентериальным тромбозом была определена тактика лечения: диагностическая лапароскопия, введение препаратов для тромболизиса, контрольная ангиография, контрольная релапароскопия.*

*Выводы. Таким образом, при развитии у пациентов мезентериального тромбоза менее суток, применение препаратов для тромболизиса является более эффективным.*

**Ключевые слова:** мезентериальный тромбоз, тромболизис.

**Summary. Relevance.** *According to the literature review, mortality in mesenteric mesenteric arteries reaches up to 95%. The main causes of such a high mortality rate are age (the average age of patients exceeds 50 years), the presence of severe concomitant cardiovascular pathology (atherosclerosis, varicose veins of the lower extremities, acquired rheumatic heart diseases, cardiac rhythm disturbances, obesity). The later a patient seeks medical help, the risk of a fatal outcome is significantly increased. Unfortunately, surgical treatment does not always lead to a positive result. With total defeat of the small intestine, the operation is recognized as exploratory, and the patient is incurable. In cases where destructive necrotic changes affect a limited area of the small intestine, resection of this part of the intestine within the boundaries of healthy tissues is performed. However, about 14% of patients who undergone bowel resection develop a recurrent mesenteric thrombosis within the next 6 weeks.*

*Objective. Present a clinical case of successful use of drugs for thrombolysis in an age patient with severe concomitant cardiac disease, being treated for mesenteric thrombosis.*

*Results. In the analysis of intensive therapy of a patient with mesenteric thrombosis, the tactics of treatment were defined: diagnostic laparoscopy, administration of drugs for thrombolysis, control angiography, control relaparoscopy.*

*Conclusions. Thus, with the development of patients with mesenteric thrombosis less than 24 hours, the use of drugs for thrombolysis is more effective.*

**Key words:** *mesenteric thrombosis, thrombolysis.*

УДК 617.58-001.4-036.11-089.5-032:611.829

**ПОДОВЖЕНА ЕПІДУРАЛЬНА АНАЛГЕЗІЯ ЯК КОМПОНЕНТ  
ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВАЖКИХ ПОРАНЕННЯХ НИЖНІХ  
КІНЦІВОК**

**О.С.Кушнір, Н.О.Мамай, Д.О.Тимчишин**

*Військово-медичний клінічний центр Південного регіону*

**Резюме.** *Актуальність. При мінно-вибухових пораненнях, лікування больового синдрому у поранених - одне з пріоритетних завдань інтенсивної терапії післяопераційного періоду. За даними літератури вираженим больовим синдромом страждають від 40 до 75% пацієнтів, при цьому в 45-50% випадків інтенсивність болю середня і важка. Адекватна терапія післяопераційного болю є невід'ємною частиною лікування, яка не тільки зменшує страждання пораненого, але і знижує частоту післяопераційних ускладнень, прискорює реабілітацію, покращує комфорт пораненого і віддалений результат лікування. Призначення опіатів не завжди виправдано. Рівень виникнення синдрому відміни може досягати від 20 до 80% випадків у віддаленому періоді після проведеної аналгезії наркотичними препаратами.*

**Мета роботи.** *Представити клінічний випадок виконання продовженої епідуральної аналгезії, в комплексному лікуванні вогнепального кульового наскрізного поранення правого стегна в середній і нижній третині з вогнепальним осколковим переломом правої стегнової кістки в нижній третині зі зміщенням уламків, пошкодженням правої стегнової вени і контузією правої стегнової артерії.*