

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жуковский Е.Р., Аверук П.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней.

Научный руководитель – ассист. Русин И.В.

Актуальность. Острое расстройство мезентериального кровообращения остается одной из самых сложных и трудных проблем в urgentной хирургии с высокой летальностью до 65-80% [1,2]. Редко встречаются случаи данной патологии у молодых пациентов.

Цель: проанализировать благоприятный результат лечения пациентки 18 лет с обширным некрозом тонкого и толстого кишечника при остром расстройстве мезентериального кровообращения.

Задачи и методы исследования. Для уточнения диагноза при неясной клинической картине «острого живота» пациентке выполнено общеклиническое обследование (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма), ЭКГ, УЗИ, ФГДС, колоноскопия, осмотр гинекологом, диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией.

Результаты и выводы. 18-летняя пациентка доставлена в ГОКБ машиной скорой помощи. В анамнезе родовая травма с ишемическим повреждением головного мозга, в связи с чем снижены интеллект, зрение, из-за сопутствующей интоксикации и психического статуса контакт затруднен. Боли в животе появились за 3 часа до поступления в УЗ «ГОКБ». При объективном обследовании имелась клиника распространенного перитонита. В общем анализе крови отмечалось нарастание лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, в биохимическом анализе крови, коагулограмме патологии не выявлено. Осмотрена гинекологом, выполнено УЗИ брюшной полости – без патологии. При фиброколоноскопии в просвете толстой кишки слизь с примесью кала, сукровичный выпот по типу мясных помоев, слизистая бледная, с очаговой гиперемией и отеком, множеством подслизистых кровоизлияний. Выполнена диагностическая лапароскопия с последующей лапаротомией. Интраоперационно в брюшной полости бурого цвета выпот со зловонным запахом. Весь тонкий кишечник от трейцевой связки до слепой кишки и правая половина ободочной кишки нежизнеспособны, визуально жизнеспособны нижняя горизонтальная ветвь 12-перстной кишки, 2-3 см тощей кишки, левая половина толстой кишки. Выполнены тотальная резекция тонкой кишки и правой половины ободочной кишки с наложением дуоденоюнотрансверзоанастомоза по типу «бок в бок», санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде на 11-е сутки отмечались признаки нарушения эвакуации из 12-перстной кишки, которые удалось устранить консервативно. В дальнейшем пациентка питалась энтерально с дополнительным парентеральным питанием. Выписана на 30-е сутки для продолжения лечения в районной ЦРБ. Дана информация в Центр трансплантации органов и тканей г. Минска как возможный кандидат на трансплантацию кишечника. Через 0,5 года осмотрена в районе, состояние относительно компенсировано. Дальнейшая судьба неизвестна.

Отмечается рост числа пациентов с острым расстройством мезентериального кровообращения. При обширном некрозе кишечника у молодых пациентов оправданы обширные резекции.

Литература:

1. Гарелик, П. В. Диагностические и лечебные проблемы острого нарушения мезентериального кровообращения в urgentной хирургии / П. В. Гарелик и соавт. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2011. - №4. - С. 3-7.
2. Давыдов, Ю. А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия / Ю. А. Давыдов // Москва: Медицина, 1997. – 208 с.