

Клинические случаи хирургического лечения инфаркта кишечника, обусловленного острым нарушением мезентериального кровообращения, в сочетании с раком толстой кишки

Фоат Шайхутдинович Ахметзянов^{1,2}, Наиль Абулкарямович Валиев^{1,2},
Василий Иванович Егоров^{1,2*}, Максим Витальевич Розенгартен²,
Дмитрий Владимирович Бурба²

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия

Реферат

В статье приведено описание такой грозной патологии в экстренной хирургии, как инфаркт кишечника, обусловленный острым нарушением мезентериального кровообращения, у двух пациентов с колоректальным раком, находившихся на лечении в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер». Пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям с клинической картиной острого живота. Обоим пациентам выполнена экстренная операция в объёме лапаротомии, энтерэктомии с резекцией толстой кишки и формированием анастомоза. У обоих пациентов были удовлетворительные ближайшие послеоперационные результаты. Один пациент умер через 8 мес от прогрессирования основного заболевания, второй живёт по настоящее время с удовлетворительным качеством жизни, единственная жалоба — частый жидкий стул. Большинство пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения оперируют в объёме пробной, диагностической лапаротомии, а летальность при данном виде патологии достигает 90% и более. Приведённые клинические случаи знакомят специалистов с возможностью успешного хирургического лечения пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения в сочетании с раком толстой кишки и свидетельствуют о целесообразности и необходимости выполнения хирургических операций с обширной резекцией кишечника.

Ключевые слова: инфаркт кишечника, нарушение мезентериального кровообращения, перитонит, некроз кишечника, колоректальный рак, субтотальная колэктомия.

Для цитирования: Ахметзянов Ф.Ш., Валиев Н.А., Егоров В.И. и др. Клинические случаи хирургического лечения инфаркта кишечника, обусловленного острым нарушением мезентериального кровообращения, в сочетании с раком толстой кишки. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (4): 708–711. DOI: 10.17816/KMJ2018-708.

Clinical cases of surgical treatment of bowel infarction caused by acute mesenteric ischemia combined with colon cancer

F.Sh. Akhmetzyanov^{1,2}, N.A. Valiev^{1,2}, V.I. Egorov^{1,2}, M.V. Rozengarten², D.V. Burba²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia

Abstract

The article contains description of such serious pathology in emergency surgery as bowel infarction caused by acute mesenteric ischemia in two patients with colorectal cancer admitted to Tatarstan regional clinical cancer center. Patients were admitted for emergency indications with the clinic of an acute abdomen. Both patients underwent an emergency surgery of laparotomy, enterectomy with colon resection and anastomosis. Both patients had satisfactory immediate postoperative results. One patient died 8 months later due to the progression of the underlying disease, the second one is alive to the present day with a satisfactory quality of life and the only complain of frequent loose bowel movements. Most patients with acute mesenteric ischemia are operated on with trial

diagnostic laparotomy, and mortality rate for this pathology reaches 90% or more. The presented clinical cases familiarize physicians with an opportunity of successful surgical treatment of patients with acute mesenteric ischemia combined with colon cancer and demonstrate expediency and need for surgical interventions with extensive colon resection.

Keywords: bowel infarction, mesenteric ischemia, peritonitis, intestinal necrosis, colorectal cancer, subtotal colectomy.

For citation: Akhmetzyanov F.Sh., Valiev N.A., Egorov V.I. et al. Clinical cases of surgical treatment of bowel infarction caused by acute mesenteric ischemia combined with colon cancer. *Kazan medical journal*. 2018; 99 (4): 708–711. DOI: 10.17816/KMJ2018-708.

Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) — сложнейшая экстренная патология в абдоминальной хирургии с беспрецедентной летальностью, достигающей 100% [1, 2]. «Старение» населения и рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями — основные факторы увеличения частоты ОНМК [3]. Несмотря на то обстоятельство, что данная патология известна с XIX века, о больших достижениях в лечении говорить сложно. Причины этого — неоднозначная клиническая картина, в связи с чем затруднена диагностика; поздняя обращаемость пациентов и, как следствие, невозможность применения неоперативных методов лечения или специфических операций на сосудистом русле [4–8]. До 90% случаев ОНМК диагностируют лишь во время лапаротомии, выполненной по экстренным показаниям, в 95% случаев эти лапаротомии бывают пробными [9].

Авторы данной статьи заявляют о собственном небольшом опыте успешного хирургического лечения ОНМК в сочетании с раком толстой кишки в условиях специализированного онкологического стационара.

Цель данной работы — демонстрация возможности успешного лечения пациентов с такими двумя сложнейшими нозологиями, как рак толстой кишки и тромбоз брыжеечных сосудов с исходом в инфаркт кишечника.

Клинический случай. Больной 62 лет с установленным диагнозом рака верхнего ампулярного отдела прямой кишки был доставлен 28.05.2016 в 15:23 медицинской бригадой паллиативной неотложной онкологической помощи в приёмный покой Республиканского клинического онкологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан (РКОД МЗ РТ). Пациент ожидал госпитализации в плановом порядке и должен был явиться на оперативное лечение, но в связи с появлением болей в животе вынужден был обратиться в стационар РКОД МЗ РТ.

Длительность онкологического анамнеза 6 мес. Обследован был стандартно в амбула-

торном режиме в поликлинике РКОД МЗ РТ. При фиброколоноскопии обнаружена опухоль на расстоянии 13 см от ануса, частично обтурирующая прямую кишку (гистологически — аденокарцинома). Заключение ультразвукового исследования органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки — без патологии.

На момент поступления предъявлял жалобы на сильные боли в животе. Заболел остро, в час ночи 28.05.2016. Боли возникли первоначально в эпигастральной области, потом постепенно распространились по всему животу. Последовало первичное обращение в «неотложную паллиативную помощь» РКОД МЗ РТ. Пациент сразу же доставлен в онкологический диспансер после первичного осмотра на дому с диагнозом «острый живот».

Данные объективного осмотра: сознание ясное, адекватный. Состояние средней тяжести. Способен самостоятельно передвигаться. Беспокоен, мечется в постели, не может найти удобное положение. Питание нормальное. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Артериальное давление 109/74 мм рт.ст., пульс 59 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Живот «поддут», мягкий, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Диурез самостоятельный, мочи мало, концентрированная. Газы не отходят с момента появления болей. Стула не было в течение суток. Предварительный диагноз — перитонит. Какой-либо сопутствующей терапевтической патологии не выявлено.

В анализах крови лейкоцитоз до $14,3 \times 10^9/\text{л}$ с гранулоцитозом до 92,5%, тромбоциты $206 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 155 г/л, гипергликемия до 12,5 ммоль/л, умеренное повышение содержания мочевины до 9,3 ммоль/л. Остальные значения в пределах референсных величин.

Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: какой-либо патологии не выявлено. Данные рентгенографии органов



Рис. 1. Пассаж бария по желудочно-кишечному тракту через 7 мес после операции. Видны элементы остеосинтеза (больной ранее перенёс остеосинтез поясничного отдела позвоночника по поводу травмы)

брюшной полости: свободного газа, чаш Клойбера не обнаружено, при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Сразу после поступления начата инфузионная терапия, и при стабильных гемодинамических показателях произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлены наличие опухоли в верхнем ампулярном отделе прямой кишки, отсутствие отдалённых метастазов и некроз кишечника, который, начиная на расстоянии 40 см от связки Трейтца, распространялся по всей тонкой кишке и правой половине ободочной кишки. Выпот в виде слизи с фибрином, неприятный запах. Произведена субтотальная резекция тонкой кишки (оставлено 30 см тощей кишки — уровень удовлетворительного кровотока) с правосторонней гемиколэктомией, одновременно — внутрибрюшная резекция прямой кишки с формированием конце-концевых анастомозов. Послеоперационный диагноз: «Рак верхнего ампулярного отдела прямой кишки, тромбоэмболия верхней брыжеечной артерии, осложнённая некрозом тонкой кишки и правой половины ободочной кишки».

Послеоперационный период составил 33 койко-дня из-за развившегося синдрома «короткой кишки». Пациент выписан в стабильном состоянии средней тяжести. Гистология удалённого препарата: умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстой кишки, врастает в мышечные слои. Исследовано 10 лимфатических узлов, метастазов не найдено, в сосудах брыжейки кишечника обнаружен метастаз рака. Некроз тонкой кишки и правой половины ободочной кишки.

Пациента дважды осматривали после выписки из стационара — через 3 и 7 мес, он самостоятельно приезжал на осмотр на общественном транспорте. Основная жалоба — частый стул до 20 раз в сутки. Похудел на 29 кг по сравнению с первоначальной массой тела (весил 87 кг) в первые 3 мес после операции. В последующем худеть перестал. Занимается домашним хозяйством. Физическая активность удовлетворительная: убирает снег, ходит в магазин и т.д. Был вынужден однажды обращаться в отделение паллиативной онкологической помощи для проведения инфузионной терапии солевыми и аминокислотными растворами, о возможной необходимости которой был предупреждён при выписке из стационара. Данных за прогрессирование онкологического процесса не выявлено.

Через 7 мес после операции в общем анализе крови: лейкоциты $5,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,17 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $259 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 103 г/л. Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, альбумин 38 г/л, глюкоза 4,69 ммоль/л, креатинин 70,9 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, общий билирубин 5,2 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 33 ед./л, аспартатаминотрансфераза 22 ед./л.

Рентгеноконтрастное исследование кишечника демонстрирует быстрое прохождение контраста (60 мин) по желудочно-кишечному тракту, компенсаторное удлинение и расширение оставшейся 15-сантиметровой части тощей кишки и ободочной кишки (рис. 1).

Описанное наблюдение — второй случай успешного хирургического лечения тромбоэмболии верхней брыжеечной артерии. Первый

опыт авторы имели в 2009 г. у пациента 77 лет. В этом случае была выполнена энтерэктомия с правосторонней гемиколэктомией. Пациент прожил 8 мес при неплохом качестве жизни, умер от прогрессирования рака.

Для размещения медицинских данных и фото получено разрешение этического комитета РКОД МЗ РТ и информированное согласие пациента на публикацию данных о себе, своём заболевании и размещение фотографий в печати.

В статье представлен опыт лечения двух случаев тотального некроза кишечника в бассейне верхней брыжеечной артерии, вызванного её тромбозом, в сочетании с раком толстой кишки. По данным литературы, 95% оперативных вмешательств в таких случаях носят пробный характер с неизбежным летальным исходом в послеоперационном периоде. Авторы в работе продемонстрировали возможности успешного лечения данной категории пациентов с удовлетворительными ближайшими и отдалёнными результатами. В послеоперационном периоде, несмотря на возникший синдром короткой кишки, у обоих пациентов было удовлетворительное качество жизни. В свете этого авторы считают, что пациентов с такой патологией необходимо оперировать в адекватном объёме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ritz J.P., Buhr H.J. Acute mesenteric ischemia. *Chirurg.* 2011; 82 (10): 863–866; 868–870. DOI: 10.1007/s00104-011-2098-4.
2. Leone M., Bechis C., Baumstarck K. et al. Outcome of acute mesenteric ischemia in the intensive care unit: a retrospective, multicenter study of 780 cases. *Intens. Care Med.* 2015; 4 (41): 667–676. DOI: 10.1007/s00134-015-3690-8.
3. Kärkkäinen J.M., Lehtimäki T.T., Manninen H., Paajanen H. Acute mesenteric ischemia is a more common cause than expected of acute abdomen in the elderly. *J. Gastrointest. Surg.* 2015; 8 (19): 1407–1414. DOI: 10.1007/s11605-015-2830-3.
4. Gifford S.M., Sarr M.G., Kamath P.S. Treatment of mesenteric venous thrombosis. In: *Mesenteric vascular disease*. G.S. Odcrich ed. New York: Springer Science + Business Media. 2015; 325–334. DOI: 10.1007/978-1-4939-1847-824.
5. Karabulut K., Gül M., Dündar Z.D. et al. Diagnostic and prognostic value of procalcitonin and phosphorus in acute mesenteric ischemia. *Ulus. Travma Acil. Cerrahi. Derg.* 2011; 17 (3): 193–198. DOI: 10.5505/tjes.2011.70493.
6. Kuhelj D., Kavcic P., Popovic P. Percutaneous mechanical thrombectomy of superior mesenteric artery embolism. *Radiol. Oncol.* 2013; 47 (3): 239–243. DOI: 10.2478/raon-2013-0029.
7. Wyers M., Shuja F. *In patients with acute mesenteric ischemia does an endovascular or hybrid approach improve morbidity and mortality compared to open revascularization? Difficult Decisions in Vascular Surgery*. Springer International Publishing. 2017: 221–233. DOI: 10.1007/978-3-319-33293-2_19.
8. Zettervall S.L., Lo R.C., Soden P.A. et al. Trends in treatment and mortality for mesenteric ischemia in the United States from 2000 to 2012. *Ann. Vascul. Surg.* 2017; 42: 111–119. DOI: 10.1016/j.avsg.2017.01.007.
9. Козаченко А.В. Нарушение мезентериального кровообращения как проблема неотложной практики. *Мед. неотложных состояний*. 2007; 11 (4): 47–51. [Kozachenko A.V. Disturbance of mesenteric circulation as a matter of urgent practice. *Meditsina неотложных состояний*. 2007; 11 (4): 47–51. (In Russ.)]