

логии не выявлено.

Предпринято хирургическое вмешательство по экстренным показаниям. Во время операции обнаружено увеличение левого желудочка. Давление в легочной артерии 60 мм рт.ст., определяется систолическое дрожание на передней стенке правого желудочка. После вентрикулотомии правого желудочка обнаружен дефект МЖП размером 15x10 мм, проксимальнее дефекта перегородка истончена. Произведена пластика дефекта синтетической заплатой на 7 п-образных швах на прокладках и коронарное шунтирование (аутовена голени на правую коронарную артерию и артерию интермедиа, маммаро-коронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии).

В послеоперационном периоде гемодинамика стабилизировалась. Однократно возникла фибрилляция предсердий, ритм восстановлен введением амиодарона. Период стационарной реабилитации в условиях кардиологического реабилитационного отделения протекал без осложнений, расширение двигательного режима перенес хорошо, размеры полостей сердца вернулись к нормальным значениям. Выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном случае трудности диагностики инфаркта миокарда были связаны с особенностью течения заболевания (умеренная выраженность болевого синдро-

ма, появление лихорадки, одышки) и с субъективным фактором. Врач первичного звена связал появление одышки и повышение температуры с предшествующим эпизодом переохлаждения, что стало причиной неправильного диагноза. Нет никаких сомнений, что даже при нетипичной клинике ИМ внимательное обследование больного и запись ЭКГ позволили бы поставить правильный диагноз. Изменения в легких могли быть связаны с застойными изменениями и инфаркт-пневмонией, возникшей вследствие эмболии легочной артерии тромбом из левого желудочка, которая стала возможной в результате разрыва межжелудочковой перегородки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 04.06.2016 г.

#### ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Lee W.Y., Cardon L., Slodki S.V. Perforation of infarcted interventricular septum // Arch Intern Med. – 1962. – Vol. 109. – P.135.
2. Sung Jun Park, Joon Bum Kim, Sung-Ho Jung, et al. Surgical Repair of Ventricular Septal Defect after Myocardial Infarction: A Single Center Experience during 22 Years // Korean J Thorac Cardiovasc Surg. – 2013. – Vol. 46. №6. – P.433–438. doi:10.5090/kjcs.2013.46.6.433
3. Takahashi H., Arif R., Almashoor A., et al. Long-term results after surgical treatment of postinfarction ventricular septal rupture // Eur J Cardiothorac Surg. – 2015. – Vol. 47. №4. – P.720–724. doi: 10.1093/ejcts/ezu248.

#### Информация об авторах:

Морова Наталия Александровна – профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, д.м.н., доцент, 644043, г.Омск, ул.Ленина, 12, e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Цеханович Валерий Николаевич – заведующий отделением кардиохирургии, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, д.м.н., доцент, 644111, ул. Березовая, 3, ОКБ, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru.

#### Information About of the Authors:

Natalia A. Morova – professor department of hospital therapy with the course of endocrinology, MD. 644043, Omsk, Lenin str., 12. e-mail: nataliya-morova@yandex.ru; Valeriy N. Tsekhanovic – head of the department of cardiac surgery, professor of the department of surgery with the course of urology, MD, 644111, Omsk, str.Berezovaia, 3, e-mail: cvn-omsk@rambler.ru.

© ПАНАСЮК А.И., КАЗАКОВ В.А., САДАХ М.В., ОВАКИМЯН Г.А., ПАПЕШИНА С.А. – 2016  
УДК: 616.34.007.274 - 616-06

#### ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ АРТЕРИО-МЕЗЕНТЕРАЛЬНОЙ КОМПРЕССИЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Александр Иосифович Панасюк<sup>1,2</sup>, Владислав Аркадьевич Казаков<sup>1,2</sup>, Максим Владимирович Садах<sup>2</sup>,  
Гор Алексанович Овакимян<sup>2</sup>, Светлана Андреевна Папешина<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., проф., чл.-корр. РАН Е.Г. Григорьев; <sup>2</sup>Иркутская область «Знака Почета» областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

**Резюме.** Настоящее сообщение о выявлении редкой патологии, которая проявилась у больного в результате длительной иммобилизации в положении тела на спине. В данном случае мы рассматриваем возникновение острой высокой кишечной непроходимости, вызванной артерио-мезентериальной компрессией в послеоперационном периоде у больного с тяжелой сочетанной травмой, на фоне длительного пребывания в палате интенсивной терапии на искусственной вентиляции легких. Адекватная хирургическая коррекция, раннее выявление сопутствующих заболеваний, адресная интенсивная терапия позволяют уменьшить летальность при рассматриваемой патологии.

**Ключевые слова:** спаечная кишечная непроходимость, артерио-мезентериальная компрессия, сочетанная травма.

#### ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY HIGH ARTERIO-MESENERIC COMPRESSION IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA

A.I. Panasyuk<sup>1,2</sup>, V.A. Kazakov<sup>1,2</sup>, M.V. Sadach<sup>2</sup>, G.A. Ovakimyan<sup>2</sup>, S.A. Papeshina<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University; <sup>2</sup>Irkutsk Regional Clinical Hospital, Russia)

**Summary.** The message to identify rare diseases, which is manifested in the patient as a result of prolonged immobilization. In this case, we consider the occurrence acute mesenteric artery- occlusion in a patient with concomitant injury , against a background of long-term presence on the ventilator. Adequate surgical correction, early detection of opportunistic diseases can reduce mortality in this pathology.

**Key words:** adhesive intestinal obstruction, arterio-mesenteric compression, concomitant injury.

Кишечная непроходимость – это синдром, осложняющий течение ряда заболеваний и патологических состояний. Она характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловлена механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника [4]. Для данного патологического состояния наиболее приемлема морфо-функциональная классификация, согласно которой по причине возникновения принято выделять динамическую (функциональную) и механическую кишечную непроходимость. При динамической непроходимости нарушается двигательная функция кишечной стенки, без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого. Различают два вида динамической непроходимости: спастическую и паралитическую. Механическая непроходимость характеризуется наличием окклюзии кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита. При этом виде непроходимости принципиально выделение странгуляции и обтурации кишки [2].

Артерио-мезентериальная непроходимость – редкий вид обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленный сдавливанием нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией, отходящей под очень острым углом от аорты [3]. По данным разных авторов [1,3,4], артерио-мезентериальная непроходимость встречается у молодых лиц астеничного телосложения, при висцероптозе, слабости мышц брюшного пресса, а непосредственной причиной может явиться длительная иммобилизация в положении тела на спине.

В данной статье приводим клиническое наблюдение возникновения острой артерио-мезентериальной непроходимости у больного с сочетанной травмой, на фоне длительного нахождения на ИВЛ.

Сочетанная травма остается актуальной проблемой ургентной хирургии. Отмечен рост дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в России, что вероятно связано с увеличением количества автотранспорта, плохими дорогами, отсутствием культуры вождения. Сочетанные повреждения у больных с хроническими заболеваниями обостряют их течение, ухудшают прогнозы для выживания и реабилитации. Нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту, обмена веществ, приводят к поздней реабилитации и выздоровлению больного, особенно у пострадавших с сочетанной травмой.

Больной Г., 26-ти лет поступил в хирургическое отделение 04.02.2014 г. через 1 час после получения травмы. ДТП пассажир в легковой машине.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. Положение вынужденное – лежит на каталке. Уровень сознания – кома I. Зрачки D>S. Грудная клетка обычной формы. При пальпации подкожной эмфиземы, крепитации ребер не выявлено. Дыхание самостоятельное проводится во все отделы, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД 20/мин. Гемодинамика стабильна. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 86 ударов в минуту. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. На пальпацию живот не реагирует, перитонеальные симптомы отрицательны. Конечности: левая нижняя конечность ротирована кнаружи, патологической подвижности костей не выявлено; правая нижняя конечность укорочена, имеется патологическая подвижность костей правой голени. ШИ=1 (кровопотеря 400 мл). RTS=5,96; ISS=50 TRISS=45%; Шкала комы Глазго=8 баллов.

Учитывая стабильное состояние, пострадавший

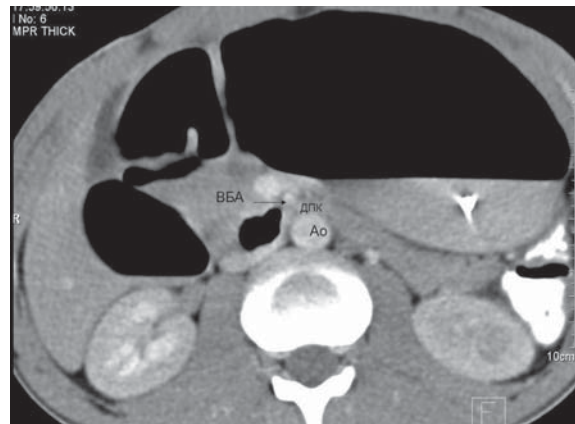


Рис. 1, 2, 3. МСКТ-ангиограммы пациента до операции. ВБА – верхняя брыжеечная артерия, ВВ – воротная вена, Ao – аорта, ЧС – чревный ствол, ВБА – верхняя брыжеечная артерия, ДПК – двенадцатиперстная кишка. На представленных снимках видно, что верхняя брыжеечная артерия отходит от брюшной аорты под углом не более 10 градусов, также имеется дилатированная проксимальная часть двенадцатиперстной кишки до уровня прохождения под брыжеечными сосудами и спавшаяся после.

направлен на МСКТ, где выявлено: множественные контузионно-геморрагические очаги ушибов головного



Рис. 2.

мозга, большие в правой височной доле. Органы грудной клетки без травматических повреждений. Свободная

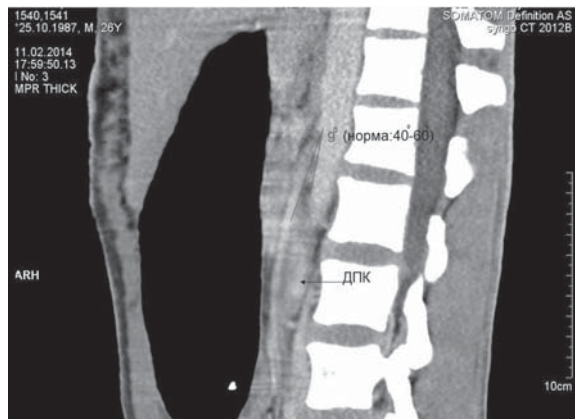


Рис. 3.



жидкость в брюшной полости, травматическое повреждение селезенки. После проведения МСКТ пострадавший тотчас доставлен в операционную, где выполнена операция: лапароцентез, получено патологическое отделяемое – кровь. Лапаротомия, сегментарная резекция селезенки, наложение скелетного вытяжения на левое бедро, закрытый внеочаговый остеосинтез правой голени аппаратом внешней фиксации.

В послеоперационном периоде находился на лечении в отделении реанимации №4, где проводилась инфузионная, противовоспалительная, антибактериальная, противошоковая, заместительная терапия (переливание СЗП, компонентов крови). 7.02.2014 г. в связи с продленной искусственной вентиляцией лёгких выполнена операция: нижняя трахеостомия.

На фоне консервативной терапии, стимуляции кишечника, гидромассажа желудка у больного в послеоперационном периоде сохранялся массивный сброс застойного содержимого по назогастральному зонду (в объеме до 2500 мл) с отсутствием проходимости в дистальной части двенадцатиперстной кишки. Многократные попытки эндоскопически завести зонд в двенадцатиперстной кишки заканчивались дислокацией зонда.

Выполнено МСКТ ангиография органов брюшной полости, где выявлена дилатированная проксимальная часть двенадцатиперстной кишки до уровня прохождения под брыжеечными сосудами и спаившаяся после, угол отхождения верхней брыжеечной артерии составляет  $10^\circ$  (при норме  $40-60^\circ$ ), что является причиной нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту (рис. 1, 2, 3).



Рис. 4, 5, 6. Этапы мобилизации связки Трейтца, выведение ДПК из-под брыжеечных сосудов. Ao – брюшная аорта, НПВ – нижняя полая вена.

Ситуация обсуждена на общем консилиуме, установлено, что данные нарушения пассажа обусловлены син-



Рис. 5.

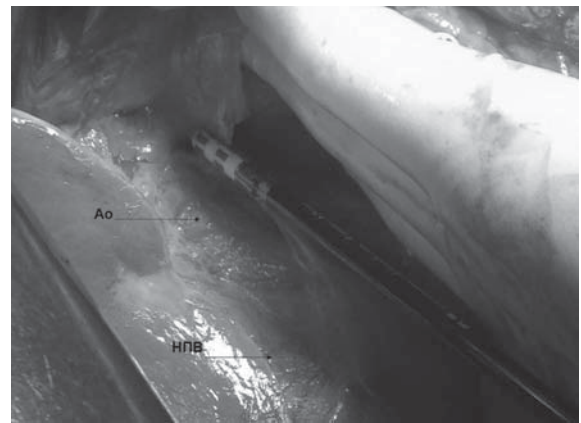


Рис. 6.

дромом артерио-мезентеральной компрессии. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке. Но учитывая тяжесть состояния больного, рекомендовано воздержаться от большого объема оперативного вмешательства (резекция двенадцатиперстной кишки с наложением анастомоза). В связи с чем 14.02.2014 г. выполнена операция: релапаротомия мобилизация двенадцатиперстной кишки (рис. 4, 5, 6), рассечение связки Трейтца (рис. 7), выведение двенадцатиперстной кишки

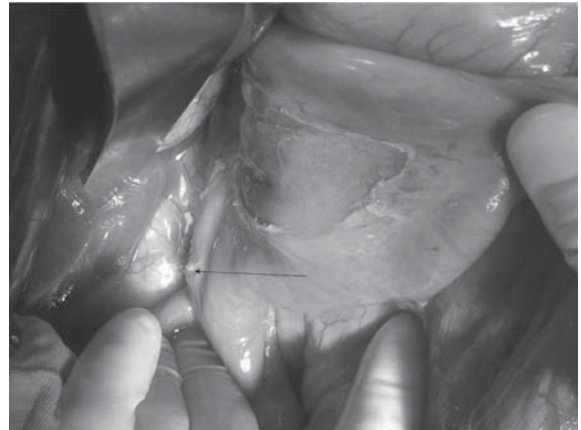


Рис. 7. Стрелкой указана мобилизованная связка Трейтца.

и всей тонкой кишки из под брыжеечных сосудов в правую половину брюшной полости (рис. 8).

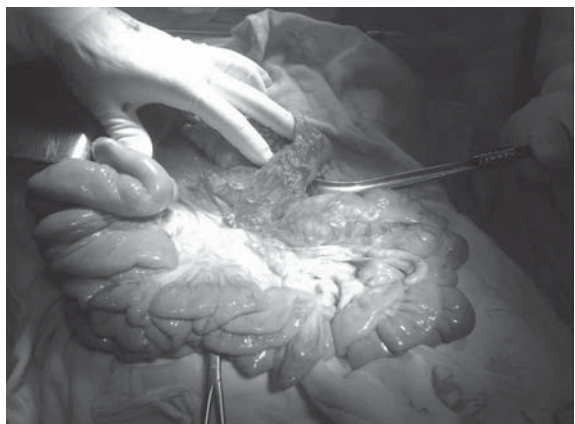


Рис. 8. Этап операции. Выведение ДПК и всей тонкой кишки из под брыжеечных сосудов в правую половину брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась инфузионная, противовоспалительная, антибактериальная, противошоковая, заместительная терапия (переливание свежзамороженной

плазмы, компонентов крови), энтеральное питание, стимуляция кишечника.

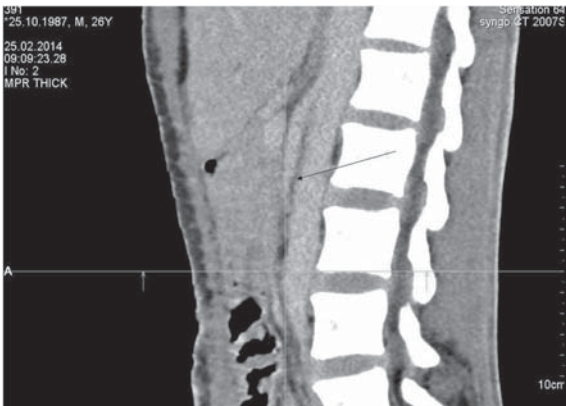


Рис. 9, 10. МСКТ органов брюшной полости больного в послеоперационном периоде. Пассаж по ЖКТ сохранен.

Восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту – первый стул (на фоне очистительных клизм) отмечено на 3-и сутки (рис. 9, 10).

Очаги ушибов головного мозга частично лизировались. 28.02.2014 г. больной выписан из хирургического отделения для дальнейшей реабилитации ГKB №7.

Больной осмотрен в клинике через 1 месяц после выписки. Питается самостоятельно. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. В сознании. Контакт доступен. Передвигается на костылях, опираясь на левую ногу. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Живот обычной формы участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий во всех отделах, безболезненный. Послеоперационная рана без признаков воспаления. Стул самостоятельный, оформленный, диурез в норме.

Таким образом, большинство заболеваний проявляются на фоне тяжелой сочетанной травмы, тре-

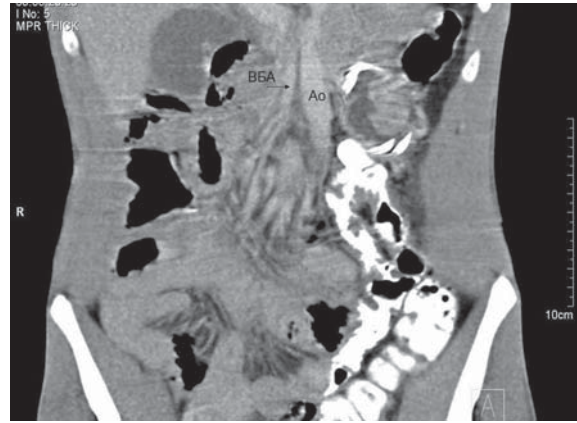


Рис. 10.

бующие многократных хирургических вмешательств (в данном наблюдении больному выполнено 2 операции). Состояние у таких больных определяется тяжестью полученной травмы, которые приводят нарушениям как на органном и регионарном, так и на системном уровнях. Адекватная хирургическая коррекция, ранее выявление сопутствующих заболеваний, адресная интенсивная терапия позволяют уменьшить летальность при рассматриваемой патологии.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Авторы разработали концепцию и дизайн исследования и написали рукопись. Окончательная версия рукописи была ими одобрена. Авторы не получали гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 18.06.2016 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич Н.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
2. Реут А.А., Маркелов О.А., Щербатых А.В., Маркелов А.А. Артерио-мезентериальная компрессия (сообщение 1) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1998. – Т. 12. №1. – С.4-10.
3. Руководство по неотложной хирургии / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2004. – 608 с.
4. Руководство по клинической хирургии / Под ред. П.Г. Кондратенко. – Донецк, 2005. – С.261-301.
5. Тамм Т.И., Бардюк А.Я., Даценко А.Б., Богун Е.А. Диагностика и тактика лечения больных с острой кишечной непроходимостью: Учебное пособие. – Харьков: ХМАПО, 2003. – 115 с.

## REFERENCES

1. Eryukhina I.A., Petrov V.P., Hanevich N.D. Intestinal obstruction: a guide for physicians. – St. Petersburg: Peter, 1999. – 448 p. (in Russian)
2. Reut A.A., Markelov O.A., Shcherbatyh A.V., Markelov A.A. Arterio-mesenteric compression (Post 1) // Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk). – 1998. – Vol. 12. №1. – P.4-10. (in Russian)
3. Guidelines for emergency surgery / Ed. V.S. Saveliev. – Moscow: Triad-X, 2004. – 608 p. (in Russian)
4. Manual of Clinical Surgery / Ed. P.G. Kondratenko. – Donetsk, 2005. – P.261-301. (in Russian)
5. Tamm T.I., Bardukov A.Y., Datsenko A.B., Bohun E.A. Diagnosis and treatment strategy in patients with acute intestinal obstruction: Textbook. – Kharkiv: KhMAPE, 2003. – 115 p. (in Russian)

### Информация об авторах:

Панасюк Александр Иосифович – врач-хирург, ассистент кафедры госпитальной хирургии; Казаков Владислав Аркадьевич – врач-хирург, ассистент кафедры госпитальной хирургии; Садах Максим Владимирович – врач-хирург; Папешина Светлана Андреевна – врач-хирург; Овакимян Гор Александрович – врач-хирург, e-mail: o-gor@mail.ru.

### Information About the Authors:

Panasyuk Alexander I. – surgeon, assistant Department of Hospital Surgery; Kazakov V.A. – Surgeon, assistant Department of Hospital Surgery; Sadach M.V. – surgeon; Hovakimyan G.A. – surgeon; Papeshina Svetlana A. – surgeon; Ovakimyan Gor A. – surgeon, e-mail: o-gor@mail.ru.