ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

DOI: 10.21802/artm.2025.4.36.108
УДК 616.34-007.272-089.168-06:616.134-005.6

НЕШАБЛОННИЙ ВИПАДОК ЛОКАЛЬНОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЧЕРЕЗ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Ф.В. Гринчук[1], В.В. Перепічка[2], М.В. Кемінь[1]

[1]Буковинський державний медичний університет, кафедра хірургії №1, м. Чернівці, Україна
[2]Чернівецька обласна клінічна лікарня, хірургічне відділення, м. Чернівці, Україна
ORCID ID: 0009-0002-2187-3997, Scopus ID: 24281299400, e-mail: fedir.grynchuk@bsmu.edu.ua
ORCID ID: 0009-0006-4074-6845, e-mail: Kotorxp@gmail.com
ORCID ID: 0009-0005-2839-5053, e-mail: koliakemin1@gmail.com

Резюме. Гострий мезентеріальний тромбоз (ГМТ) є відносно рідкісною патологією з частою атиповою клінікою і високою летальністю. Виникнення ГМТ на тлі попередніх абдомінальних операцій ускладнює ситуацію. Метою дослідження було ознайомлення фахівців із досвідом успішного лікування хворого з післяопераційним ГМТ, особливістю якого була локалізація ураження кишки. Проведений аналіз літератури, представлені дані з медичної документації пацієнта. Чоловік, 76 р., в анамнезі гастроентеростомія, холецистоєюностомія, панкреатоцистоєюностомія, зашивання перфораційної виразки гастоентероанастомозу, прооперований через гостру спайкову кишкову непрохідність, виконаний адгезіолізис, під час якого пошкоджена відвідна від холецистоєюноанастомозу петля кишки. Через 7 діб виникли гострі прояви перитоніту. Запідозрена неспроможність швів, виконана релапаротомія. Виявлений локальний ГМТ з некрозом відвідної від холецистоєюностоми петлі порожньої кишки. Вільна некротизована частина кишки видалена. Решта цієї петлі, слизова оболонка якої некротизована, розташована у глибині суцільного спайкового конгломерату, через що її дисекція неможлива, тому застосовано зовнішнє дренування. Петля кишки, привідна до міжкишкового анастомозу, виведена у вигляді кінцевої стоми. Після операції виділення жовчі з холецистоєюностоми припинилися миттєво протягом чотирьох тижнів. Кінцеву ентеростому обтурували балонним катетером. Після операції розвинулося нагноєння післяопераційної рани, ліквідоване консервативними заходами. Хворий був виписаний через 33 дні після операції. Загальна тривалість лікування становила 41 день. Через 80 днів кінцева ентеростома була закрита хірургічним шляхом. Отже, складність представленого випадку зумовлювалася локалізацією ураження кишки на тлі значних спайкових змін у черевній порожнині. Для таких пацієнтів немає чітких рекомендацій щодо методу лікування, тому слід застосовувати індивідуальний підхід.

Ключові слова: спайкова кишкова непрохідність, мезентеріальний тромбоз, тонка кишка, некроз кишки, хірургічне лікування, ентеростомія.

Вступ. Гострий мезентеріальний тромбоз (ГМТ) є відносно рідкісною, але добре відомою патологією, частоту якої оцінюють на рівні 0,09-0,2 % [1]. Летальність може сягати 50-80 % [1, 2], яку пов'язують із пізнім діагностуванням, внаслідок частої атипової клініки, зумовленої поганим розпізнаванням [3-5]. Основним рекомендованим діагностичним засобом є комп'ютерна томографія з двофазним протоколом [3, 6], втім її застосовують за відсутності ознак перитоніту, що спонукає до негайного хірургічного втручання [1, 3, 7].

Особливо складно діагностувати ГМТ в ранні терміни після абдомінальних втручань, коли клініка маскується проявами післяопераційного періоду, а яскраві симптоми з'являються, здебільшого, через розвиток поширеного перитоніту. Частіше ГМТ зазначають після баріартричних (0,7 %) [8] і колоректальних (0,24 %) втручань [9], хоча небезпека збільшується після будь-якої, особливо травматичної, операції у хворих групи ризику. Такі випадки можуть бути доволі нетривіальними. Тому ми вирішили ознайомити широке коло фахівців із власним досвідом лікування хворого з післяопераційним ГМТ, особливістю якого була локалізація ураження кишки.

Мета дослідження – представити випадок локального мезентеріального тромбозу, що виник у хворого, прооперованого через спайкову кишкову непрохідність.

Об'єкт і методи дослідження. Проведений аналіз літератури, представлені дані з медичної документації пацієнта (описи операцій, методи лікування, результати лікування), який перебував на лікуванні у хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні.

Представлене дослідження було проведено згідно з етичними рекомендаціями щодо медичних досліджень. Формальне етичне схвалення не було потрібне через ретроспективний характер дослідження і використання анонімних даних пацієнта. Інформована згода пацієнта на діагностичні й лікувальні процедури була отримана після надання йому вичерпної інформації про ці процедури і потенційні результати, що засвідчено у медичній документації. Інформовану згоду на публікацію не було отримано, оскільки представлені дані є анонімними.

Результати дослідження та їх обговорення. Чоловік, 76 р., госпіталізований з діагнозом гостра спайкова кишкова непрохідність. Серед супутніх

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

захворювань були гіпертонічна хвороба III (ГПМК 21 рік назад), ІХС, СН II, ФК II. Двадцять років тому переніс гастроентеростомію, холецистоєюностомію, панкреатоцистоєюностомію через кісту головки підшлункової залози. П'ять років тому виконане зашивання перфораційної виразки гастоентероанастомозу.

Клінічна картина, дані допоміжних обстежень та призначене лікування були типовими. Через відсутність ефекту від консервативного лікування виконана операція. У верхньому поверсі черевної порожнини виявлено виразний спайковий процес, тому диференціація органів і структур неможлива. Петлі початкового відділу тонкої кишки розширені до 5 см. На відстані 70 см виявлено грубу спайку, що стискає і перекручує тонку кишку. Після пересічення спайки прохідність відновлена. Під час вісцеролізу випадково пошкоджена кишка, відвідна від холецистоєюноанастомозу. Дефект зашитий, маніпуляції припинені.

Післяопераційний перебіг був без особливостей до 7-ї доби. Після 7-ї доби раптово виникли гострі прояви перитоніту, локалізовані у правій частині живота. Запідозрена неспроможність швів, через що виконана релапаротомія. Розділені множинні спайки, нижче печінки виявлено скупчення жовчі, у боковому каналі – серозну рідину. Виявлено локальний тромбоз у брижі відвідної від холецистоєюностоми петлі порожньої кишки з некрозом її стінок завдовжки 5 см (рис.1: 1). Незмінена ділянка кишки (рис. 1: 2), привідна до міжкишкового анастомозу, довжиною до 8 см. Вільна некротизована частина кишки видалена.

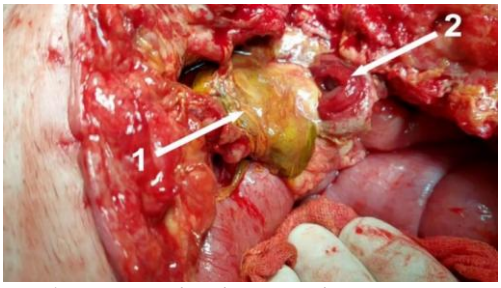

Рис. 1. Виявлені зміни петлі тонкої кишки: пояснення в тексті

Решта привідної петлі розташовано у глибині спайкового конгломерату (рис. 2), її слизова оболонка суцільно некротизована (короткий відеозвіт представлений тут: https://www.youtube.com/watch?v=JR1cOCX-7LU).

Рис. 2. Некротичні зміни слизової оболонки привідної петлі кишки

Виразний рубцево-спайковий процес, повна відсутність диференціації анатомічних структур унеможливили дисекцію тканин і виділання цієї частини кишки. Через це вирішено застосувати її зовнішнє дренування для відведення жовчі. Через куксу відвідної петлі кишки заведений зонд типу Miller-Abbott, проведений дистально. Черевна порожнина промита і дренована. Через окремий розріз черевної стінки в некротизовану петлю кишки заведений зонд і тампон. Кишка відмежована підшитим по її периметру до черевної стінки краєм великого сальника. Петля відвідної кишки виведена назовні у верхньому куті операційної рани з формуванням кінцевої стоми. Операційна рана зашита.

Протягом тижня після операції виділялось 300 мл жовчі щодня. Зонд і тампон були вилучені через 7 діб. Відтак кількість жовчі поступово зменшувалася, і через 4 тижні холерея миттєво припинилася, рана загоїлася вторинним натягом. З ентеростоми спостерігали виділення кишкового вмісту з періодами посилення, що спричиняло подразнення шкіри. Розвинулося нагноєння післяопераційної рани. Кишку обтурували катетером з роздутим балоном для зменшення виділень, що було достатньо дієвим. Рана очистилася. Хворий був виписаний через 33 дні після операції, загальна тривалість лікування становила 41 день.

Через 80 днів хворий був госпіталізований для закриття ентеростоми (вигляд черевної стінки перед операцією показаний на рис. 3).

Рис. 3. Вигляд передньої черевної стінки: стрілка – рубець на місці виведення відвідної від холецистоєюностоми петлі кишки

Навколо стоми розсічена шкіра. Стінки кишки виділено з підшкірної клітковини і відокремлено від апоневрозу. Край кишки відсічений. Кукса кишки прошита безперервним швом і занурена двома півциркулярними швами (короткий відеозвіт тут: https://www.youtube.com/watch?v=4VEP7T8Tmhs&t=10sb). Післяопераційний перебіг без особливостей, хворий виписаний через 9 діб. Шви зняті через 14 діб (рис. 4).

Представлене спостереження демонструє випадок несприятливої локалізації ділянки мезентеріального тромбозу з некрозом кишки. Не виключено, що попри наявність відомих чинників ризику у 76-річного хворого [1, 7], серед яких, зокрема, і тонкокишкова непрохідність [6], основною причиною виникнення ГМТ було пошкодження кишки, що підтверджується локалізацією ураження. Хоча після первинної операції хворий отримував профілактичну антитромботичну терапію у повному обсязі, це не попередило виникнення ГМТ.

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

Рис. 4. Вигляд передньої черевної стінки після зняття швів

Стандартним обсягом операції щодо такої патології є резекція кишки і міжкишковий анастомоз, або, у випадках сумнівної життєздатності кишки, чи певних локалізацій, застосування тактики «відкритого живота» [1, 3, 7]. В описаного хворого накладання анастомозу було неможливим, а застосування «відкритого живота» – недоцільним, оскільки динаміка спайкового процесу не давала жодних сподівань на якесь покращення. Тому важким питанням було рішення щодо способу завершення втручання. Застосований обсяг був ситуативним, оскільки інших можливостей завершити операцію не вбачалося.

Найбільшою проблемою ми вважали виведену назовні відвідну від холецистоєюностоми кишку, оскільки можливість ліквідації очікуваної жовчної нориці за таких патологічних змін уявлялася нереальною. Як можливі варіанти, розглядалася спроба анастомозування у відділений період або залишення пожиттєвої нориці. Заразом спонтанне загоєння цієї стоми, вочевидь, зумовлене адекватним функціонуванням природного шляху відтоку жовчі, вирішило цю проблему.

Ліквідація кінцевої ентеростоми виконана у рекомендовані терміни [10]. Спеціальної підготовки хворий не потребував, оскільки ознак розладів живлення й обміну не було, що зумовлювалося як анатомічними особливостями стоми (відсутність прямого потрапляння харчових мас), так і застосуванням обтуратора.

Наприкінці зауважимо, що, загалом, випадки післяопераційного ГМТ в нашій практиці є хоча й не частими, але достатньо відомими, як, певно, і в інших хірургів. Здебільшого, тактика і наслідки лікування не відрізнялися від відомих. Але така, не зовсім стандартна, ситуація трапилася вперше, а в літературі подібних не знайшли.

Висновки. Отже, випадок гострого мезентеріального тромбозу після операції через спайкову кишкову непрохідність, складність якого зумовлювалася локалізацією ураження кишки на тлі значних спайкових змін в черевній порожнині, був першим у нашій практиці. Для таких пацієнтів немає чітких рекомендацій щодо тактики лікування, тому слід застосовувати індивідуальний підхід.

Конфлікт інтересів: відсутній.

References:

1. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, Gomes CA, Weber D, Sartelli M, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg. 2022 Oct 19; 17(1):54. DOI: https://doi.org/10.1186/s13017-022-00443-x
2. Lendzion RJ, Frahm-Jensen G, Keck J. Acute Mesenteric Ischemia. Clin Colon Rectal Surg. 2022 Aug 12; 35(3):227-236. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0042-1743283
3. Germer CT. Mesenteric ischemia. Chirurgie (Heidelb). 2024 May; 95(5):345-346. DOI: https://doi.org/10.1007/s00104-024-02048-3
4. Demelo-Rodríguez P, Ordieres-Ortega L, Oblitas CM. Mesenteric venous thrombosis. Med Clin (Barc). 2023 May 12; 160(9):400-406. DOI: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.01.020
5. Holley BE, Peterson LA, Bennie BA, Fitzmaurice II, Jarman BT. Mesenteric Ischemia: Predicting Problems. Am Surg. 2025 Aug; 91(8):1292-1297. DOI: https://doi.org/10.1177/00031348251329475
6. Yu H, Kirkpatrick IDC. An Update on Acute Mesenteric Ischemia. Can Assoc Radiol J. 2023 Feb; 74(1):160-171. DOI: https://doi.org/10.1177/08465371221094280
7. Reintam Blaser A, Coopersmith CM, Acosta S. Managing acute mesenteric ischaemia. Intensive Care Med. 2024 Apr; 50(4):593-596. DOI: https://doi.org/10.1007/s00134-024-07363-1
8. Ma T, Zhao H, Zhang Q, Zhang P. Mesenteric Vein Thrombosis following Sleeve Gastrectomy: A Case Report and Review of the Literature. Obes Facts. 2024; 17(2):211-216. DOI: https://doi.org/10.1159/000536359
9. Kim MJ, Kim DW, Cho JY, Son IT, Kang SI, Oh HK, et al. Postoperative Portomesenteric Venous Thrombosis After Colorectal Cancer Surgery. J Gastrointest Surg. 2020 Feb; 24(2):396-404. DOI: https://doi.org/10.1007/s11605-018-04085-w
10. Vanzant E, Thompson A, Mendoza A, Yeh D. Curr Current fistula management. Opin Crit Care. 2024 Apr 1;30(2):172-177.DOI: https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001147

UDC 616.34-007.272-089.168-06:616.134-005.6

AN UNUSUAL CASE OF LOCAL MESENTERIC THROMBOSIS FOLLOWING SURGERY FOR ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

F.V. Grynchuk[1], V.V. Perepichka[2], M.V. Kemin[1]

[1]Bukovinian State Medical University, department of surgery №1, Chernivtsi, Ukraine
[2]Chernivtsi Regional Clinical Hospital, surgical department, Chernivtsi, Ukraine
ORCID ID: 0009-0002-2187-3997,
Scopus ID: 24281299400,
e-mail: fedir.grynchuk@bsmu.edu.ua
ORCID ID: 0009-0006-4074-6845,
e-mail: Kotorxp@gmail.com
ORCID ID: 0009-0005-2839-5053,
e-mail: koliakemin1@gmail.com

ISSN 2521-1455 (Print)
ISSN 2523-4250 (Online)

Abstract. Acute mesenteric thrombosis is a relatively rare condition associated with extremely high mortality rates. The unfavorable prognosis is largely explained by the nonspecific clinical presentation, which often delays diagnosis and results in late surgical intervention. The occurrence of mesenteric thrombosis in patients following abdominal operations further complicates both recognition and management. The aim of this report was to present the experience of successful treatment of postoperative mesenteric thrombosis, the peculiarity of which was the unusual localization of intestinal necrosis. A 76-year-old man was admitted with signs of acute adhesive intestinal obstruction. His past surgical history was significant: 20 years earlier he underwent gastroenterostomy, cholecystojejunostomy, and pancreatocystojejunostomy for a pancreatic cyst; five years earlier he underwent suturing of a perforated gastroenteroanastomotic ulcer. Concomitant diseases included long-standing stage III hypertension complicated by an ischemic stroke 21 years earlier, coronary artery disease, and chronic heart failure class II. Despite conservative treatment, intestinal obstruction persisted, and laparotomy was performed. During laparotomy a pronounced adhesive process in the upper floor of the abdominal cavity was revealed that made it practically impossible to differentiate the anatomical structures. The initial loops of the small intestine were markedly dilated, up to 5 cm in diameter. At a distance of approximately 70 cm from the ligament of Treitz a adhesion was identified, which compressed and twisted the jejunum. After crossing of this adhesion intestinal patency was restored. However, in the course of viscerolysis the loop of the jejunum efferent from the cholecystojejunostomy was inadvertently damaged, and the defect was sutured. Due to the risk of further complications, the operation was completed at this stage. Seven days later acute peritonitis developed. Leakage of the intestinal sutures was suspected, and relaparotomy was performed. Local mesenteric thrombosis with necrosis of the jejunal loop from the cholecystojejunostomy was revealed. The free necrotic part was resected, while the remaining segment embedded in an adhesive conglomerate could not be separated. The loop was tamponed and isolated with the omentum, and a terminal enterostomy was created. The loop of the small intestine afferent to the interintestinal anastomosis was brought out in the form of a terminal enterostomy. In the early postoperative period up to 300 ml of bile was discharged daily through the cholecystojejunostomy; this gradually decreased and stopped spontaneously after four weeks, and the wound healed by secondary intention. Suppuration of the postoperative wound was managed conservatively. The patient was discharged on day 33 (total stay 41 days). Eighty days later the terminal enterostomy was closed without complications. This case demonstrates the difficulties of managing local mesenteric thrombosis in the setting of extensive adhesions and multiple previous operations. The unusual localization of necrosis in the jejunal loop from the cholecystojejunostomy made surgical tactics especially challenging. As no standardized guidelines exist for such situations, individualized intraoperative decision-making is crucial.

Keywords: adhesive intestinal obstruction, mesenteric thrombosis, small intestine, intestinal necrosis, surgical treatment, enterostomy.

Conflict of interest: absent.

Стаття надійшла в редакцію 19.09.2025 р.
Стаття прийнята до друку 19.11.2025 р.