

**ГРУДНАЯ
И СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТАЯ
ХИРУРГИЯ**

11/90

Москва «Медицина»

А. А. Фокин, Л. П. Вербовецкий, А. В. Важенин

**УСПЕШНОЕ АОРТОВЕРХНЕБРЫЖЕЕЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ
ПРИ ОСТРОМ МИЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ**Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. Ю. И. Малышев) Челябинского медицинского института
и Челябинская областная больница № 1

В последние годы в отдельных хирургических центрах при острой окклюзии мезентериальных сосудов сравнительно часто используются восстановительные операции на верхней брыжеечной артерии (Савельев В. С., Спиридонов И. В., 1979; Марстон А., 1989; Hagmuller W. и Janda A., 1988). Однако в широкой врачебной практике ангиохирургические вмешательства почти не применяются. Кроме того, при них все еще остается высокой летальность. В связи с этим считаем целесообразным привести наше наблюдение, закончившееся выздоровлением больного.

Больной М., 53 лет, поступил в клинику 20 сентября 1989 г. с жалобами на сильные боли в животе, повторную рвоту застойным содержимым, задержку газов и вздутие живота.

В 1964 г. произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. На протяжении 3 последних лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с постоянным повышением артериального давления (АД) до 220/110 мм рт. ст. В августе 1989 г. в клинике выявлена окклюзия правой почечной артерии с вторичным сморщиванием почки, по поводу чего произведена нефрэктомия. Сразу же после операции АД снизилось до 140—150/90 мм рт. ст. Спустя 3 дня появились постоянные, периодически усиливающиеся боли в эпигастриальной области, которые объяснены наличием гастрита культи желудка. Под влиянием консервативной терапии они постепенно почти прошли и больной был выписан, но затем боли внезапно и резко усилились.

Общее состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, губы цианотичны. Язык обложен, сухой. Органы грудной полости без отклонений. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот вздут, ограниченно участвует в дыхании, мягкий и болезненный на всем протяжении. Перитонеальные симптомы и кишечные шумы отсутствуют, определяется шум плеска. В эпигастриальной области над аортой выслушивается систолический шум.

В связи с неясностью клинической картины, но с подозрением на тромбоз мезентериальных сосудов выполнена лапароскопия, при которой не установлено ишемических измене-

ний кишечника. После этого произведена абдоминальная аортография в боковой проекции. Выявлена окклюзия верхней брыжеечной артерии.

В срочном порядке под интубационным наркозом произведена полная срединная лапаротомия. На всем протяжении тощей и подвздошной кишок имеются фибриновые наложения, просвечивают множественные темные пятна величиной от 0,3 до 5 см, расположенные на слизистой оболочке. Верхняя брыжеечная артерия в начальном отделе плотная, начиная от устья не пульсирует. В просвете ее обнаружены циркулярная, резко стенозирующая бляшка и свежие тромбы. Выполнено аортоверхнебрыжеечное шунтирование протезом длиной 6 см и диаметром 10 мм. Появилась хорошая пульсация мелких артерий брыжейки, стенка кишки приобрела нормальную окраску.

Через 18 ч предпринята релапаротомия. Протез проходим, но пульсация не определяется у брыжеечного края кишки. Имевшиеся ранее пятна стали более темными и обширными, появились пятна на двенадцатиперстной кишке, расцененные как продолжающийся некроз кишечника. Больной признан неоперабельным. Через нос с помощью зонда заинтубирован тонкий и верхний отделы толстой кишки. В послеоперационном периоде больной получал реополиглюкин, антибиотики, белковые препараты и т. д. В течение первых 3 нед наблюдались явления энтероколита, затем наступило выздоровление. По истечении 2,5 мес самочувствие больного хорошее, стул регулярный, оформленный.

Таким образом, вследствие снижения АД после нефрэктомии возник острый тромбоз верхней брыжеечной артерии, имевшей стенотические изменения, не выявленные при обследовании больного по поводу назрелой гипертензии. Кратковременная попытка эндартерэктомии оказалась безуспешной и хирург выполнил аортоверхнебрыжеечное шунтирование. Предпринятая хирургическая реконструкция кровотока в верхней брыжеечной артерии позволила сохранить жизнеспособность кишечника даже при начавшихся в нем некротических изменениях.

Аортография, хотя и отсроченная, разрешила сомнения в диагнозе.

Поступила 25.12.89

В. Н. Наумов, Э. Л. Абрамов, Л. Е. Гедымин, А. Я. Шайхаев

**ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПНЕВМОНИТ С ПОВТОРНЫМИ ЛЕГОЧНЫМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Центральный НИИ туберкулеза Минздрава СССР, Москва

Геморрагический тромбоскулит (синдром Гудпасчера, геморрагический легочно-почечный синдром) — довольно редкое заболевание аутоиммунной природы, при котором в патологический процесс вовлекаются базальные мембраны (БМ) сосудов легких и почек. Некоторые авторы считают, что синдром Гудпасчера является вариантом течения идиопатического гемосидероза легких. Не исключается также вирусная природа заболевания, возможность его возникновения у лиц, имеющих контакт с летучими углеводородами и другими орга-

ническими растворителями. В настоящее время доказано, что в основе патогенеза синдрома лежит повреждение БМ капилляров альвеолярных перегородок и почечных клубочков аутоантителами типа IgG с последующим развитием геморрагического пневмонита и гломерулонефрита (Путов Н. В. и соавт., 1987; Баркаган З. С., 1988 и др.).

Клинические проявления заболевания разнообразны (кровохарканье, легочное кровотечение, боли в груди, одышка, отеки, сонливость, неукротимая рвота, анурия и др.), могут