

**ТРИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ НА ПАЦИЕНТИ С МЕЗЕНТЕРИАЛНА ТРОМБОЗА СЛЕД АОРТОКОРОНАРЕН БАЙПАС, ПРЕТЪРПЕЛИ ЧРЕВНА РЕЗЕКЦИЯ ПО СПЕШНОСТ**

**З. Въжев, К. Станев, С. Дарбокчиев, К. Костадинов и Г. Начев**

*Клиника по кардиохирургия*

*УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД – Пловдив*

**Резюме.** Интестиналната исхемия с некроза след сърдечна операция е рядко, но сериозно усложнение, съпътствано с висок риск от летален изход. Неяснотата по отношение на рисковите фактори, "замаскирането" на клиничните симптоми и често липсата на опит в областта на коремната хирургия затрудняват диагностицирането му. Навременната диагноза и адекватното хирургично поведение са решаващи за съдбата на болния. Ние представяме три случая на пациенти, на които е извършена чревна резекция по спешност по повод мезентериална тромбоза в ранния следоперативен период след аортокоронарен байпас.

**Ключови думи:** *интестинална исхемия; аортокоронарен байпас*

**Z. Vazhev, K. Stanev, S. Darbokliev, K. Kostadinov and G. Nachev.**  
THREE CASES OF INTESTINAL ISCHEMIA WITH NECROSIS AFTER BYPASS SURGERY

**Summary.** Intestinal ischemia with necrosis after cardiac surgery is a rare but serious complication with high mortality risk. The factors associated with development of intestinal ischemia are not well identified. Besides, there is often a lack of experience in abdominal surgery. Early diagnosis and intervention are essential for improving outcomes in cases of intestinal ischemia. We present 3 cases of patients with mesenterial thrombosis undergone intestinal resection in early postoperative period after bypass surgery.

**Key words:** *intestinal ischemia; GABG*

**Увод**

Интестиналната исхемия вследствие на мезентериална тромбоза е едно от редките усложнения в сърдечната хирургия, което обаче често е фатално. Смъртността при него варира от 30 до почти 100% [1, 2] в различни центрове. Предвид ниската чес-

тота (между 0,07 и 0,5% [4] лекарят често не мисли за мезентериална тромбоза и тя обикновено се установява post mortem. Няма единно мнение за това, кои са основните рискови фактори, за да бъде насочено вниманието на хирурга. Като такива някои автори посочват постоперативната инотропна и диализна терапия, продължителната апаратна вентилация, голямата постоперативна кръвозагуба в реанимационния сектор, използването на IABP, постоперативно възникналото предсърдно мъждене и др. [1-4].

Въпреки ниската си честота интестиналната исхемия с некроза след сърдечна операция е драматично усложнение с лоша прогноза и изходът от него много зависи от навременната диагноза и оперативното поведение.

Ние докладваме три случая на пациенти след коронарна хирургия, претърпели спешна чревна резекция по повод на мезентериална тромбоза в ранния постоперативен период.

### **Случай 1-ви**

Пациентът е мъж на 63 год., преживял долен инфаркт на миокарда, с типична стенокардия при усилия, равни на обичайните. По повод на стенокардните оплаквания е проведена СКАГ и е установена стеноза на ствола на лявата коронарна артерия 90%, както и оклузия на RCA. Болният е опериран по спешност и е осъществена ACB x 3 LAD-lima, RIM RCA(end) – s.v.g., с клампаж 42" с излизане от ЕКК без катехоламини. Ранният следоперативен период протича сравнително спокойно – пациентът е екс্তুбиран на 8-ия час след операцията без инотропна поддръжка, без нарастване на ензимните показатели. Общата кръвозагуба от дренажите е 370 ml, на фона на терапия с антикоагуланти. На третия следоперативен ден болният е изведен от реанимация. На четвъртия следоперативен ден се появява предсърдно мъждене с високочестотен камерен отговор – започната е терапия с амиодарон. Общото състояние на болния се влошава, КГ показатели – също, появява се болка в корема и той балонира с отслабване на перисталтиката. Пациентът се връща в реанимационния сектор, където се поставя на кислородна маска, Heparin, Amiodaron, Nivalin и Sandostatin. На петия следоперативен ден при извършване на обзорна графия на корема се установяват типични хидроаерични сенки, без наличие на свободен газ под диафрагма-

та. Приема се диагнозата илеус, както и съмнение за мезентериална тромбоза. Болният незабавно е вкаран в операционната зала, където се извършва ксифопубична лапаротомия. Установяват се имбибирани и некротични терминален илеум, цекум и колон асценденс. Ексцизират се некротичните чревни участъци до средата на колон трансверзум и се извършва дясна хемиколектомия с термино-терминална илеотрансверзоанастомоза. Тежкото общо състояние налага апаратна вентилация до четвъртия ден след лапаротомията. Прилагани са антибиотици и директен антикоагулант. На 11-ия ден след коронарната и на 7-ия ден след коремната операция пациентът е изведен от реанимация. Възстановяването и рехабилитацията протичат бавно. На 17-ия следоперативен ден болният е изписан, рехабилитиран до обем на самообслужване. При контролните прегледи не се установяват съществени отклонения в сърдечния и коремния статус.

### **Случай 2-ри**

Болният е мъж на 66 год., преживял долен миокарден инфаркт и стентиране на RCA. По повод персистиращи стенокардни оплаквания е направено ново инвазивно изследване и пациентът е насочен за оперативно лечение, осъществено в обем ACB x 3, LAD-lima, RIM RCA(end) – s.v.g., с клампаж 42" с излизане от ЕКК без катехоламини. В ранния следоперативен период е извършена спешна ревизия поради обилно кървене от оперативната рана. Дренажите са свалени на третия следоперативен ден с обща кръвозагуба 1135 ml. Болният е изведен в кардиохирургичен стационар, където се регистрира пристъп от предсърдно мъждене, регулиран с амиодарон. На четвъртия следоперативен ден пациентът получава болки в корема. На петия следоперативен ден с влошаване на общото състояние развива клинична картина на остър корем с илеус. На операционната маса се установяват оточен терминален илеум, цекум и колон асценденс с белези на некроза. Променените участъци се ексцизират до здраво и се извършва дясна хемиколектомия с терминолатерална илеотрансверзоанастомоза.

Възстановяването и рехабилитацията протичат нормално. Болният е изписан от клиниката на десетия следоперативен ден. Липсват проблеми от страна на сърдечния и коремния статус при контролните прегледи.

### **Случай 3-ти**

Пациентът е мъж на 77 год., преживял миокарден инфаркт, с оплаквания от стенокардия при леки физически усилия и в покой. При проведеното инвазивно изследване е установена триклонова коронарна болест. В планов порядък е извършена ACB x 3 – LAD-lima, RCA, RDI – s.v.g., с клампаж 73" с излизане от ЕКК с катехоламини. Възстановяването е със забавени темпове поради увредено общо състояние и утежнена бъбречна недостатъчност. На втория следоперативен ден пациентът получава пристъп от предсърдно мъждене и е започната терапия с Amiodaron. На 11-ия следоперативен ден получава дифузна болка в корема с гадене и отслабена до липсваща перисталтика. Направената латерография установява единични хидроаерични нива. Приема се диагноза илеус, както и съмнения за мезентериална тромбоза. Пациентът се оперира по спешност. На операционната маса се открива променен участък от илеума с дължина около 10 cm, отстоящ на 20 cm от Баухиниевата клапа, с хеморагии и начални белези на некроза. Патологично промененият участък се резецира и се извършва термино-терминална анастомоза. Следоперативният период протича гладко, с по-бавно възстановяване и забавена рехабилитация. Болният е изписан на 23-тия следоперативен ден.

### **Обсъждане**

Острият корем не е обичайно състояние в сърдечната хирургия. Гаденето и повръщането се приемат за нормални през първите дни на следоперативния период, а коремната болка често е отслабена или липсва поради даваните аналгетици. Всичко това допринася за влошаване на прогнозата при такива болни. Смятаме, че е важно стриктното следене не само на сърдечния и белодробния, но и на коремния статус след кардиохирургична интервенция. Особено внимание трябва да се обръща на наличието или липсата на перисталтика, ригидност на коремната стена или дефанс, на признаците на перитонеално дразнене. Обективизирането посредством образна графия на корема и латерография за наличие на водно-въздушни нива и свободна течност в коремната кухина прави диагнозата доста вероятна. Спешната лапаротомия с резекция на некротичните участъци е без алтернатива.

## Заклучение

Въпреки почти казуистичния си характер интестиналната исхемия при неразпознаване е фатално усложнение. Смятаме, че оплакванията от страна на гастроинтестиналния тракт в ранния следоперативен период не трябва да се negliжират от хирурга и вероятността за остър корем в резултат на чревна некроза не бива да се изключва. Имайки предвид, че стомашно-чревният дискомфорт, гаденето и повръщането през първите дни след сърдечната операция не са необичайни, а болковият синдром се маскира от даваните обезболяващи, от голямо значение са следенето на коремния статус и образното изследване за водно-въздушни нива за поставяне на бърза диагноза при съмнения за остър корем.

### Библиография:

1. Christenson, J. T. Gastrointestinal complications after coronary artery bypass grafting. – J. Thorac. Cardiovasc. Surg., **108**, 1994, 899-906.
2. Geissler, H. Y., U. M. Fisher et A. Hoelsher. Incidence and outcome of gastrointestinal complications after cardiopulmonary bypass. – Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg., **5**, 2006, 239-242.
3. Venkateswaran, R. V., S. G. Charman et M. Goddard. Lethal mesenteric ischaemia after cardiopulmonary bypass: a common complication – Eur. J. Cardio-thorac. Surg., **22**, 2002, 534-538.
4. Khan, J. H., A. M. Lambert et J. H. Habib. Abdominal complications after heart surgery. – Ann. Thorac. Surg., **82**, 2006, 1796-1801.

✉ Адрес за кореспонденция:  
Клиника по кардиохирургия  
УМБАЛ „Св. Георги“  
бул. „Пещерско шосе“ № 66  
4000 Пловдив

Постъпила – 21.05.2008 г.