

*Хоха Д.В.1, Хоха В.М.2*

## **ОСТРАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ**

- 1. МНПЦ Трансплантологии и гематологии. Минск, Беларусь.*
- 2. Городская больница, Мозырь, Беларусь.*

**Введение.** Лечение острой артериальной мезентериальной ишемии (ОАМИ) до сих пор остаётся не разрешённой проблемой, а результаты неудовлетворительными. В подавляющем большинстве диагнозы устанавливаются на стадии некроза кишки или перитонита, и спасти жизнь пациента удаётся только при условии наличия сегментарного поражения кишки.

**Цель.** Мы представляем случай лечения ОАМИ и рекомендации Европейской ассоциации травматологов и экстренных хирургов 2017г., которых мы придерживаемся и которые на наш взгляд могут быть полезными хирургам.

**Материалы и методы.** Пациент Р., 58 лет, поступил в УЗ «Мозырская городская больница» с жалобами на острую боль в животе, тошноту, рвоту. В 2014 пациент перенёс инфаркт мозга. Имеются последствия в виде правостороннего гемипареза. Из анамнеза установлено, что длительность заболевания составляет около 12 часов. Проведенные стандартные общеклинические обследования диагноз не уточнили. Спустя 4 часа от момента поступления на фоне интенсивной терапии в связи с подозрением на наличие перитонита неуточнённой этиологии решено выполнить диагностическую лапаротомию. При ревизии установлено, что в брюшной полости имеется скудный серозный выпот с неприятным запахом, тонкая кишка серого цвета, не перистальтирует, паретична, пульсация верхнебрыжечной артерии (ВБА) не определяется. ВБА выделена во 2-3 сегментах передним доступом. При артериотомии из просвета сосуда удалены тромботические массы. Получен не пульсирующий антеградный и слабый ретроградный кровоток. Цвет кишки стал восстанавливаться. Учитывая недостаточность достигнутой реваскуляризации, вероятность ретромбоза по линии санавиации приглашён врач рентгенэндоваскулярный хирург. На мезентерикографии (15 часов с момента лапаротомии) во втором сегменте ВБА тромботическая субокклюзия с признаками реканализации. Принято решение о стентировании *ad hoc*. В зоне поражения центрирован и имплантирован стент Jaguar 7x40 мм. Постдилатация баллонами Eusa 7x40 мм., Eusa 8x80 мм. на номинальном давлении. При контрольной ангиографии – оптимальный результат в зоне стентирования, дистальный сегмент правой толстокишечной артерии заполняется коллатерально. Secondlook лапаротомия выполнена через 18 часов после эндоваскулярного вмешательства. Вся толстая кишка, дистальные 80 см. подвздошной и около 60 см. началь-

ных отделов тощей розовые, активно перистальтируют. В оставшихся средних отделах тонкая кишка с пятнами серого, местами практически чёрного цвета. Границы сегмента с декомпенсированным кровотоком чётко не определялись. Выполнена резекция около метра тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец. Границы резекции определяли по наличию жизнеспособной слизистой. Пациент выписан на 27 сутки. При контрольном осмотре через 60 дней самочувствие удовлетворительное, синдрома укороченной кишки, постпрандиальных болей нет.

**Обсуждение.** Случай на наш взгляд представляет интерес тем, что, не смотря на длительность ишемии кишки, мультидисциплинарный подход позволил спасти жизнь пациенту. Протоколов диагностики и лечения ОАМИ до сих пор нет. В рамках обсуждения представляем краткое содержание рекомендаций Европейской ассоциации травматологов и экстренных хирургов 2017г.,используемых в нашей работе.

1. Острую артериальную мезентериальную ишемию (ОАМИ) следует предполагать у пациентов с острой интенсивной болью в животе, у кого диагноз не ясен, если боль не пропорциональна данным физикального обследования, особенно у лиц старшей возрастной группы с сердечно-сосудистой патологией.

2. Наиболее часто у пациентов с ОАМИ в первые часы заболевания развивается клиника острого гастроэнтерита: тошнота, рвота, частый стул.

3. ОАМИ вследствие эмболии следует предполагать у пациентов с острой болью в животе и аритмией. ОАМИ вследствие тромбоза следует предполагать у пациентов с проявлениями системного атеросклероза, и особенно у имеющих в анамнезе постпрандиальный синдром.

4. В случае подозрения на ОАМИ следует немедленно выполнить РКТ с внутривенным контрастированием. При наличии технических возможностей предпочтительнее эндоваскулярная мезентерикография, по показаниям с переходом в интервенцию.

5. Целесообразность применения диагностической лапароскопии при ОАМИ не подтверждена с позиций доказательной медицины. На стадии ишемии изменения начинаются со слизистой, сероза не изменена, перистальтика сохранена или даже усилена.

6. Наилучшие результаты при ОАМИ достигаются если диагноз установлен и выполнена реваскуляризация в первые 12 часов от момента заболевания.

7. Оптимальным хирургическим методом лечения является эндоваскулярная/гибридная реваскуляризация.

8. Если при лапаротомии установлена ОАМИ, выбор операции зависит от технических возможностей и опыта хирурга.

9. Во время лапаротомии следует пальпаторно оценить наличие пульсации на ВБА. При отсутствии пульсации следует выделить ВБА во 2 – 3 сегментах. Эмбол как правило располагается на границе 2 и 3 сегментов. При тромбозе поражается устье ВБА и 1 сегмент.

10. При эмболии показана эмболэктомия, при тромбозе ВБА показано выполнять шунтирование или протезирование ВБА, реплантацию ВБА.

11. При отсутствии возможностей и опыта резонно выполнить резекцию некротизированной кишки и перевести пациента на более высокий уровень для интервенционной ангиографии и сосудистой операции или вызвать ангиохирурга «на себя».

12. При выявлении ишемизированной кишки после реваскуляризации и адекватной терапии следует выполнять second-look операцию в пределах 48 часов.

13. Пациентам с ОМИ и клиникой сепсиса или септического шока или с полиорганной дисфункцией следует выполнять операцию контроля повреждений (damage control surgery). Анастомозирования следует избегать. После операции контроля повреждений second-look операцию следует выполнять в пределах 48 часов.

14. При подозрении на прогрессирование ишемии кишки, особенно если был наложен анастомоз second-look операцию следует выполнять в первые 24 часа.