

Юшкевич Д.В.¹, Ладутько И.М.², Хрыщанович В.Я.³, Боровик Е.А.^{1,3},
Орловский Ю.Н.², Фелькина Е.А.¹, Степанюк А.А.¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ РЕЗЕКЦИОННЫХ И СОСУДИСТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

¹УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

³УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) является тяжелым осложнением, сопровождающимся высокой летальностью (70-90%). Современная наука достигла определенных успехов в техническом совершенствовании различных видов диагностики и лечения этой патологии, особенно с развитием рентгенэндоваскулярных методик. Если хирургическая тактика в отношении нежизнеспособной кишки определена, то лечение пациентов в стадии ишемических проявлений разнообразна. Коррекция проходимости висцеральных артерий в экстренной хирургии, остается нерешенной проблемой. Неудовлетворительные результаты диагностики и лечения ОМИ и, не имеющая тенденции к снижению, летальность послужили причиной шире применять сосудистый этап в лечении данной патологии.

Цель работы: Провести сравнительный анализ результатов резекционных и сосудистых интервенционных вмешательств.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 62 пациентов с ОМИ, находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в период с 2015 по 2020гг. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам I группы (n=41) были произведены в различном объеме резекции кишечника. Во II группу (n=21) были включены пациенты, которым выполнялась реваскуляризация. Последняя была разделена на две подгруппы: Па – произведена открытая тромбэмболэктомия (n=6) и Пб – применялись рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) (n=15).

Результаты и обсуждение: Среди 41 прооперированного пациента I группы было 30 женщин и 11 мужчин. Медиана возраста в этой группе составила 81 [78;87] год. Объем и характер оперативного пособия зависел от уровня поражения ВБА, стадии и объема поражения кишечника. Границы жизнеспособности пораженного участка ЖКТ интраоперационно оценивали только на основании клинических данных: цвет, наличие перистальтики и пульсации артерий брыжейки. В 9 случаях были выявлены ишемические изменения, а в 32 – некротические. Резекция участка тонкой кишки с формированием энтероэнтероанастомоза была выполнена 11 пациентам. В 26 случаях потребовалось проведение расширенной резекции тонкой кишки с

удалением правого фланга ободочной кишки и формированием энотрансверзоанастомоза. 4 случая признаны некурабельными.

Релапаротомия была выполнено 7 пациентам: в 3-х случаях по поводу несостоятельности и в 4-х ввиду прогрессирования тромбоза. Летальность в этой группе составила 65,9% (n=27). Следует отметить, что у 10 пациентов с ишемическими изменениями летальность составила 50% (n=5).

Медиана возраста во II группе составила 83[79;88] года. Во Ia группе было 6 пациентов (5 женщин и 1 мужчина) с ишемическими изменениями кишечника. Всем пациентам после выполнения переднего доступа к ВБА производилась поперечная артериотомия и тромбэктомия с восстановлением магистрального кровотока. После этого было отмечено, что кишечник жизнеспособен и расширение оперативного пособия не требуется. В 2-х случаях дополнительных вмешательств не потребовалось. У 4 пациентов через сутки была выполнена программированная релапаротомия, на которой было установлено, что в 3-х случаях ввиду ретромбоза в 1 сегменте ВБА кишечник нежизнеспособен. Одному пациенту потребовалась резекция тонкой кишки с наложением энтеротрансверзоанастомоза.

Первичное РЭВ (IIб группа) осуществлялась 15 пациентам. В 9 случаях проводилась тромбэкстракция, в 5 – тромбэкстракция с ангиопластикой и в 1 – тромбэкстракция, ангиопластика и стентирование ВБА. После РЭВ полностью удалось восстановить кровоток 8 пациентам. В 5 случаях это было подтверждено выполнением диагностической лапароскопии. 6 пациентам потребовался дополнительный резекционный этап хирургического лечения, а именно: резекция участка тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией и наложением энтеротрансверзоанастомоза (n=3); резекция участка тонкой кишки с формированием анастомоза (n=1); открытая тромбэмболэкстракция и резекция участка тонкой кишки с наложением энтеротрансверзоанастомоза (n=2). В одном случае при выполнении диагностической лапароскопии было отмечено прогрессирование тромбоза с тотальным некрозом кишечника.

Общая летальность во II группе составила 61,9% (n=13). Летальность у пациентов во Ia группе была 83,3% (n=5), а после РЭВ (IIб) – 53,3% (n=8).

При проведении сравнительного анализа было установлено, что статистически значимых различий по возрасту (U=368, p=0,35) и по полу (p=0,52) в исследуемых группах не было. Достоверных отличий (p=0,49) по частоте летального исхода в I и II группах, 65,9% и 61,9% соответственно, не было выявлено. В тоже время, следует отметить, что в подгруппе IIб летальность удалось уменьшить до 53,3%, хотя без статистических различий (p=0,29) в сравнении с I группой. Выполнение как открытых тромбэктомий, так и РЭВ в стадии ишемии во II группе позволило избежать резекций в 47,6% (n=10) случаев. В I группе у 22% (n=9) пациентов было принято решение о резекции в стадии потенциально обратимых изменений. По исследуемому признаку различия были статистически значимыми (p=0,04).

Выводы: Варианты хирургического пособия у пациентов с ОМИ должны быть индивидуализированы и определяться стадией развития патологического процесса. Снижение частоты и объема резекций после выполнения реваскуляризации оправдывают более широкое применение такого подхода у этой выборки пациентов.