

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 удастся 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 ревазуляризации, 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.