

ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ. ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОККЛЮЗИЯХ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Ханевич М.Д., Соловьёв И.А., Зеленин В.В., Русева А.Д.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия,
СПб ГБУЗ "Городская Мариинская больница", Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Наиболее частыми причинами острой мезентериальной ишемии (ОМИ) является артериальная эмболия или тромбоз верхней брыжеечной артерии. Поздняя госпитализация и задержка с лечением приводит к некрозу тонкой кишки, а в ряде случаев и правой половины толстой кишки. Осложняет своевременную диагностику и начало лечения отсутствие специфических клинических и лабораторных данных, позволяющих достоверно подтвердить или отвергнуть диагноз ОМИ. Кроме того, у такого рода больных, как правило старческого возраста, имеется тяжёлая патология со стороны жизненно важных органов и систем организма. Поэтому и летальность составляет 70% - 90%. Тем не менее, быстрая доставка пациентов с подозрением на ОМИ в многопрофильный стационар, оснащённый современной диагностической и лечебной аппаратурой, позволяет не только установить уровень окклюзии, но и восстановить кровоток в брыжеечных сосудах до возникновения необратимых изменений в стенке кишки.

Цель. Целью исследования является обобщение результатов применения рентгенэндоваскулярных вмешательств у 22 пациентов, поступивших в стационар с подозрением на острую мезентериальную ишемию в период от 3 до 12 часов с момента появления клинических признаков ОМИ.

Материалы и методы. Из 22 больных, которым ликвидация окклюзии верхней брыжеечной артерии осуществлялась с помощью рентгенэндоваскулярных вмешательств, женщин было 14, мужчин – 8. Возраст их колебался от 81 до 88 лет. Все они отличались высокой коморбидностью и мультиморбидностью. В качестве основного диагностического пособия в приёмном отделении всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография в режиме ангиографии (МСКТА). После чего оценивался уровень окклюзии. У 10 пациентов он находился в первом сегменте т.е., до отхождения а. colica media, у 7 пациентов – во втором сегменте т.е. на расстоянии от 3 до 35 мм ниже места отхождения а. colica media и ещё у 5 пациентов окклюзия верхней брыжеечной артерии распространялась на оба сегмента. Во всех случаях селективная ангиография подтвердила ранее установленный уровень окклюзии. Эндоваскулярное вмешательство у 7 больных состояло в механической реканализации просвета артерии, экстракции тромботических масс, баллонной ангиопластики и стентировании зоны окклюзии; у 5 больных была

осуществлена балонная ангиопластика и стентирование; у 4 – балонная ангиопластика; у 3 – тромбэкстракция; и ещё у 3 - реканализация.

Результаты и обсуждения. Мы придерживаемся мнения, что в основе диагностики ОМИ должна быть МСКТА. Поступившие в приёмное отделение пациенты с подозрением на ОМИ должны обследоваться по линии «красного коридора», как это осуществляется с пациентами с подозрением на острый инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения. Следует согласиться с мнением, что МСКТА такого рода больным следует осуществлять до получения результатов анализа крови и мочи. При установлении с помощью МСКТА уровня окклюзии, решение вопроса о выборе способа реканализации и восстановлении кровотока, необходимо решать, если отсутствует или маловыраженный интоксикационный синдром и перитонит, в пользу применения рентгенэндоваскулярной техники. Однако, необходимо помнить о возможном возникновении технических сложностей катетеризации верхней брыжеечной артерии. Особенно это касается тех случаев, когда крупная атеросклеротическая бляшка расположена в самом устье артерии с переходом на стенку аорты или если первый сегмент верхней брыжеечной артерии плотно забит тромботическими массами. Реканализировать просвет сосуда при такой патологии не эффективно и даже опасно. В качестве спасательной операции следует рассматривать переход на лапаротомию с выходом на устье и вскрытием просвета верхней брыжеечной артерии. Как показывает клиническая практика, для восстановления кровотока может быть использован любой из пяти выше представленных способов. Всё зависит от степени поражения стенки сосуда, наличия расходного материала и опыта хирурга. Эффективным рентгенэндоваскулярным вмешательством следует считать, когда при контрольном МСКТА через 12-18 часов уровень стеноза либо отсутствует, либо не превышает 30 % просвета. Повторная окклюзия в наших наблюдениях возникла у 4-х пациентов, ещё у 4-х пациентов попытка реканализации просвета верхней брыжеечной артерии оказалась неэффективной. В конечном итоге 5-ти больным восстановление кровотока осуществлялось после конверсии из лапаротомного доступа. Умерло 6-ть (27,3%) больных. Трое из них от нарастания мезентериальной ишемии и некроза кишки.

Выводы:

1. При подозрении на острую мезентериальную ишемию наибольшую диагностическую ценность представляет мультиспиральная компьютерная томография в режиме ангиографии. При возможности её выполнения другие рентгенологические методы исследования выполняться не должны.

2. При установлении окклюзии верхней брыжеечной артерии в зоне первого и второго сегментов эффективным методом восстановления кровотока следует считать рентгенэндоваскулярное вмешательство, которое следует осуществлять в случаях отсутствия у больных интоксикационного синдрома и перитонита.