

ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Василевич А.П., Есепкин А.В.,
Альнадфа М.Н., Шкода М.В., Керножицкий Я.И.,
Шершень П.И., Жук А.С.*

*УО Белорусский государственный медицинский университет,
УЗ «10-я ГКБ г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь*

В современной абдоминальной хирургии нет проблемы, более далекой от своего рационального решения, чем проблема острой мезентериальной ишемии. Острое нарушение мезентериального кровообращения можно отнести к наиболее тяжелой острой патологии брюшной полости. Острая окклюзия мезентериальных сосудов, обусловленная тромбозом или тромбоемболией, приводит к абдоминальной ишемии, обширному инфаркту кишечника и сопровождается летальностью 80-90%. Не уменьшая роли резекции кишки, современным и целесообразным методом лечения этой патологии следует считать тромб- или тромбэмболэктомию из верхней брыжеечной артерии, которая может быть выполнена как традиционным хирургическим, так и интервенционным эндоваскулярным способом. Редкая, но тяжелая патология брюшной полости – мезентериальный венозный тромбоз – составляет 10-18% всех случаев мезентериальной ишемии. Отсутствие патогномичных симптомов часто делает возможным диагностику лишь при лапаротомии. Геморрагический инфаркт кишки носит сегментарный характер. Как правило, тромбоз распространяется на верхнюю брыжеечную вену. Летальность составляет от 20% до 70%, частота рецидивов – до 25-30%.

Цель: оценить результаты тромбэктомии из мезентериальных сосудов в лечении острой мезентериальной ишемии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 33 пациентов с острой мезентериальной ишемией, которым выполнялось вмешательство на верхней брыжеечной артерии (ВБА) или верхней брыжеечной вене (ВБВ) с целью восстановления кровотока. Возраст пациентов от 59 до 89 лет. У 6-ти пациентов острая мезентериальная ишемия диагностирована только на основании клинических данных при лапаротомии (2007-2010 годы), у 27-ми – на основании клинических данных и КТ с болюсным усилением (2011-2022 годы). Нарушение мезентериального кровообращения у всех пациентов не было связано с сердечной декомпенсацией.

Результаты. В 1-м случае выявлена тромбоемболия верхней брыжеечной артерии с локализацией тромба ниже отхождения средней ободочной артерии. Выполнена тромбэмболэктомия, эндартерэктомия из ВБА, массивная резекция тонкой кишки. Восстановление кровотока в бассейне ВБА позволило

четко видеть жизнеспособную часть тонкой кишки и наложить первичный энтеро-энтероанастомоз. Пациентка выздоровела.

В 5-и случаях выполнена тромбэмболэктомия из ВБА, что позволило сохранить кишечник, восстановив артериальный приток к нему. У 1 пациентки, поступившей через 24 часа от начала заболевания, на 2-ой день после тромбэктомии выполнена программированная релапаротомия second-look, подтвердившая жизнеспособность кишечника. Эта пациентка выздоровела. Четыре других пациента, оперированные через 7-12 часов от начала заболевания, выписаны с сохраненным кишечником без повторных хирургических вмешательств.

В 2-х случаях после тромбэктомии из ВБА на 2-3 сутки выполнена релапаротомия second-look с резекцией участка подвздошной кишки и первичным анастомозом. Оба пациента выздоровели.

В 4-х случаях выполнена тромбэктомия из ВБА и это позволило сохранить кишечник, восстановив артериальный приток к нему. В послеоперационном периоде у одного пациента нарастали признаки уремии вследствие нефропатии единственной почки, у трех других пациенток развилось острое нарушение мозгового кровообращения, что привело во всех случаях к летальным исходам, не связанным с гангреной кишечника.

В 17-ти случаях хирургическая (16) и эндоваскулярная тромбэктомия (1) из ствола ВБА и резекция пораженной кишки не привели к купированию острой ишемии в оставленных участках кишечника вследствие массивного дистального атеросклеротического поражения верхней брыжеечной артерии. Несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию через 2-3 дня развился ретромбоз, перитонит и летальный исход.

В 2-х случаях выполнена эндоваскулярная тромбэктомия, стентирование ВБА. В результате, клиника острой мезентериальной ишемии разрешилась, дополнительных вмешательств не потребовалось, пациенты выздоровели.

В 2-х случаях выполнена тромбэктомия из верхней брыжеечной вены. Это позволило в одном случае уменьшить объем резекции тонкой кишки и завершить операцию первичным энтеро-энтероанастомозом. Пациентка выздоровела. В другом случае удалось сохранить весь кишечник, пациентка также выздоровела.

Обсуждение. Ограничение настоящего исследования является его нерандомизированный характер. Однако, очевидным является тот факт, что ранняя диагностика острой мезентериальной ишемии с применением КТ с болюсным усилением, интервенционные (эндоваскулярные) методы восстановления мезентериального кровотока сочетаются с лучшими результатами лечения. Парадигма о необходимости немедленной лапаротомии при перитонитом должна быть пересмотрена в пользу приоритета попытки интервенционного (эндоваскулярного) восстановления мезентериального кровотока у пациентов с диагнозом острой мезентериальной ишемии, подтвержденным на КТ.

Выводы:

1. Приоритетом в диагностике острой мезентериальной ишемии обладает КТ с болюсным усилением, а в лечении – интервенционные методы: эндоваскулярная тромбэктомия и стентирование.

2. Оперативные вмешательства при лапаротомии, связанной с острой мезентериальной ишемией, должны включать ревизию верхней брыжеечной артерии. Предлагается следующая последовательность действий: 1) резекция некротизированной кишки; 2) ревизия верхней брыжеечной артерии с попыткой устранения окклюзии; 3) оценка жизнеспособности остающейся части кишки, дополнительная резекция участков, жизнеспособность которых сомнительна; 4) при наличии условий – наложение первичного анастомоза. Указанный алгоритм позволяет максимально сохранить кишечник в случае его ишемии и избежать наложения высоких энтеростом, которые крайне неблагоприятны для пациентов.

3. В случае венозной гангрены кишечника тромбэктомия из верхней брыжеечной вены, выполненная через ее притоки, выявленные при резекции некротизированной части кишки, позволяет уменьшить объем резекции тонкого кишечника и завершить операцию первичным энтеро-энтероанастомозом.