

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Ханевич М.Д.^{1,2}, Русева А.Д.¹, Соловьев И.А.^{1,2}, Зеленин В.В.^{1,2},
Маслянюк О.В.^{1,2}, Аскеров М.А.^{1,2}, Меркулов Д.В.^{1,2}*

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Мариинская больница». 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56

THE CURRENT STATE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE MESENTERIC CIRCULATORY DISORDERS

*Khanevich M.D.^{1,2}, Ruseva A.D.¹, Soloviev I.A.^{1,2}, Zelenin V.V.^{1,2},
Maslyanyuk O.V.^{1,2}, Askerov M.A.^{1,2}, Merkulov D.V.^{1,2}*

1 St. Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, St. Petersburg, Litovskaya str., 2

2 St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "City Mariinsky Hospital". 56 Liteyny ave., Saint Petersburg, 191014

Введение. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМЗК) может быть окклюзионным или неокклюзионным. При этом основной этиологией чаще всего является эмболия мезентериальных артерий (50%) и тромбоз брыжеечных артерий (15-25%). Традиционно для лечения ОНМЗК используется открытое хирургическое вмешательство. Однако, за последние два десятилетия быстрое развитие эндоваскулярных технологий сделало этот метод единственной альтернативой для пациентов с окклюзией верхней брыжеечной артерии (ВБА). Некоторые исследования показали, что эндоваскулярные вмешательства при ОНМЗК ассоциируются с более низкими показателями смертности по сравнению с традиционными открытыми методами.

Цель. Дать оценку современному состоянию диагностики и лечения ОНМЗК.

Материалы и методы. Рассмотрено, а также проанализировано более 50 работ опубликованных за последние 10 лет в PubMed и других источниках, касающихся использования эндоваскулярных вмешательств при ОНМЗК, а также представлен собственный материал по диагностике и лечению пациентов с нарушением мезентериального кровообращения в многопрофильной больнице с круглосуточным дежурством рентгенэндоваскулярных хирургов.

Результаты и обсуждение. Распространенность ОНМЗК за последние десятилетия изменилась. Среди пациентов с острым животом, которым была выполнена экстренная лапаротомия, доля ОНМЗК составляет 3,5%. Ряд исследователей подчеркивают, что частота возникновения ОНМЗК

экспоненциально увеличивается с возрастом. У пациентов в возрасте 75 лет и старше ОНМзК является более частой причиной острого живота, чем аппендицит. Клиническая картина, когда пациент жалуется на невыраженные беспокоящие боли в животе без точной локализации - является классическим для раннего ОНМзК. Примерно у трети пациентов с ОНМзК проявляется триада: боль в животе, тошнота и гемокульт-положительный стул. Около 50% пациентов, поступающих с эмболическим ОНМзК, страдают нарушениями сердечного ритма, чаще всего - фибрилляцией предсердий. Результаты лабораторных исследований не являются окончательными, но они могут помочь подтвердить клинические подозрения ОНМзК. Более чем у 90% пациентов отмечается повышенное количество лейкоцитов в крови. Вторым наиболее часто встречающимся признаком является метаболический ацидоз с повышенным уровнем лактата. Повышение уровня амилазы отмечается примерно у половины пациентов с ОНМзК на ранних стадиях заболевания.

Золотым стандартом диагностики ОНМзК является незамедлительное проведение компьютерной томографии (КТ) в ангиорежиме с контрастированием мезентериальных артерий и вен. Задержка в диагностике является доминирующим фактором, обуславливающим высокую смертность. Каждые 6 часов задержки КТ-ангиографии увеличивают смертность вдвое.

После установления диагноза ОНМзК следует немедленно начать мероприятия с целью обеспечения висцеральной перфузии. При этом рентгенэндоваскулярные процедуры по реваскуляризации ВБА следует считать основным вариантом лечения. В многоцентровых исследованиях сообщается об уменьшении показаний к лапаротомии, резекции кишечника и значительно меньшей смертности при использовании эндоваскулярных методов по сравнению с хирургическими. При этом аспирационная эмболэктомия с тромболитической терапией должна осуществляться у пациентов без клинических признаков распространенного перитонита. В исследовании, проведенном в период с 1987 по 2009 г. в шведском сосудистом регистре (SWEDVASC), было выявлено 34 пациента, которым был осуществлён тромболитический лизис по поводу острой окклюзии ВБА. Внутрибольничная летальность составила 26%, а технический успех манипуляции - 88%. У пациентов, которым после лизиса потребовалась эксплоративная лапаротомия, внутрибольничная летальность составила 38%. Эндоваскулярное вмешательство и ретроградное открытое стентирование мезентериальных сосудов (РОСМС) - новая гибридная методика, в последнее время применяемая при ОНМзК.

После восстановления кровотока по ВБА, с резекцией или без резекции ишемизированной кишки, требуется проведение повторных программных вмешательств. Чаще всего повторная лапаротомия должна быть выполнена в течение 24-48 часов. Принятие решения о наложении межкишечного анастомоза, установки кишечной стомы или дополнительной резекции

ишемизированной кишки должно осуществляться на основании данных диагностического КТ-исследования в ангиорежиме.

В условиях рентгеноперационной Городской Мариинской больницы, по экстренным показаниям, вмешательства в бассейне ВБА, направленные на восстановления проходимости кровотока, выполнены у 32 пациентов, что составило 15,1% от общего числа больных, у которых была установлена острая мезентериальная ишемия. Уровень окклюзии у 19 пациентов находился в первом сегменте (до отхождения *a.colica media*), у 13 – окклюзия располагалась ниже *a.colica media* (II-III сегмент). Выполнены эндоваскулярные вмешательства в объеме: экстракции эмбола или тромботических масс со стентированием зоны окклюзии – 12; баллонная ангиопластика и стентирование – 7; баллонная ангиопластика – 5; тромбоэкстракция – 5; реканализация просвета артерий – 3.

Как показала клиническая практика, для восстановления мезентериального 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 12-24 часа уровень стеноза артерии либо отсутствует, либо не превышает 30 % её просвета.

Повторная окклюзия в наших наблюдениях возникла у 6-ти пациентов, ещё у 4-х пациентов попытка реканализации просвета ВБА оказалась неэффективной. У 5-ти больных кровотоки восстановлен путём повторного рентгенэндоваскулярного вмешательства с баллонной дилатацией и установкой стента. У 7-ми больных восстановление кровотока осуществлялось после конверсии из лапаротомного доступа. Умерло 8 (25%) больных. Четверо из них от интоксикации вследствие нарастания мезентериальной ишемии и некроза кишки.

Выводы.

1. Больные с подозрением на ОНМЗК (триада: старческий возраст и долгожители с высокой коморбидностью; внезапное начало интенсивных болей в животе без значимых физикальных признаков; наличие потенциального источника эмболии) должны направляться в многопрофильные стационары, оснащенные оборудованием как для проведения МСКТ-исследования с контрастированием, так и для выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств на мезентериальных сосудах – в круглосуточном режиме.

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

3. При установлении окклюзии ВБА в зоне первого и второго сегментов наиболее эффективным методом восстановления кровотока следует считать рентгенэндоваскулярное вмешательство, которое следует стремиться

выполнить всем пациентам с подозрением на ОНМзК. Отказом от такого рода манипуляции является интоксикационный синдром и распространённый перитонит, а также крайне тяжелое состояние пациента.

4. Ранняя диагностика тромбозов и эмболий с применением срочных рентгенэндовоскулярных вмешательств позволяет рассчитывать на снижение послеоперационной летальности у больных с острой мезентериальной ишемией до 25%.