

ПОРАЖЕНИЯ ЧРЕВНОГО СТОЛА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Бут-Гусаим Г.В., Елизарова А.В., Шулейко А.Ч., Степанова Ю.И.
Белорусский государственный медицинский университет*

CELIAC ARTERY LESIONS IN SURGICAL PRACTISE
*But-Husaim H.V., Yelizarava A.V., Shuleika A.C., Stepanova Y.I.
Belarusian State Medical University*

Введение. Оклюзионно-стенотические поражения чревного ствола (ЧС), верхней (ВБА) и нижней брыжеечных артерий (НБА) относят к группе заболеваний периферических артерий. Вследствие особенностей онтогенеза, анатомии и относительно общего бассейна кровоснабжения их объединили в единую группу мезентериальных артерий (МА). В зависимости от этиологического фактора, патогенеза и локализации поражения, заболевания МА могут быть причиной мезентериальной ишемии (МИ) и (или) образования аневризм МА. При наличии внесосудистого фактора возможно развитие компрессионных сосудистых синдромов с формированием соответствующей клинической картины. В настоящее время недостаточно достоверных данных о характере поражения МА у пациентов с острой сосудистой болезнью кишечника (ОСБК), приводящей к летальному исходу, и нет достоверных данных о влиянии изолированного поражения ЧС на развитие МИ.

Цель. Изучить литературные данные и характер окклюзионно-стенотических поражений ЧС у пациентов Минского региона.

Материалы и методы. В рамках диссертационного исследования проведен систематический обзор научной литературы (Medline PubMed, Google Scholar, eLibrary) до 2023 г. включительно. Выполнен анализ хирургического лечения пациентов с поражениями ЧС в региональном сосудистом центре за период 1981–2024 гг. и анализ данных аутопсий 788 умерших от ОСБК в организациях здравоохранения Минского региона за период 2005–2023 гг. Проведена оценка наличия ультразвуковых знаков характерных для гемодинамически значимых компрессии и (или) внутрисосудистого стеноза ЧС у здоровых добровольцев. Статистическая обработка выполнена с использованием лицензированного пакета программ Microsoft Office профессиональный плюс 2019 (Microsoft Corp., USA), jamovi 2.3.26 (Computer Software, 2021), использованы методы описательной, параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Доминирующая причина поражения ЧС – врождённая компрессия артерии, которая обусловлена анатомическим вариантом отхождения или положения ЧС с высоким расположением устья артерии и низким расположением структур диафрагмы. Истинное распространение компрессии ЧС достоверно неизвестно. Было определено,

что до 49% пациентов общей популяции могут иметь бессимптомную компрессию ЧС. Инструментально такое состояние обнаруживают у 3,4–7,3% бессимптомных пациентов, которым выполняют ангиовизуализацию по иным показаниям. По данным национального центра по лечению ишемических заболеваний кишечника (Нидерланды), гемодинамически значимая компрессия ЧС была обнаружена у 12,7% пациентов с поражением МА. Атеросклероз в значительно меньшей степени определяет изолированное поражение ЧС и достоверно уступает по частоте компрессии, поражает устье артерии и преимущественно ассоциирован с мультифокальным поражением и повышением возраста. Приобретенная компрессия (опухоли, аневризмы) является третьей по частоте причиной поражения ЧС. Врожденные аномалии (гипоплазия, фибромускулярная дисплазия, мальформации) и другие приобретенные состояния (васкулиты, диссекция, травматические повреждение или перевязка, укрытие стент-графтом) обычно затрагивают несколько сосудистых структур на протяжении и являются значительно более редкими причинами поражения ЧС.

За период 1981–2024 гг. в региональном сосудистом центре на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» выполнили 50 операций пациентам с окклюзионно-стенотическими поражениями ЧС. В исследуемых группах оперированных пациентов компрессия ЧС была наиболее частой причиной изолированного поражения ЧС в 60% (30 из 50) случаев.

Изолированные поражения ЧС редко приводят к симптомной МИ из-за возможностей коллатерального кровотока. При ОСБК критический стеноз (окклюзия) ЧС описаны в < 4% случаев, основным фактором МИ описан критический стеноз или диссекция, атеротромбоз, тромбоземболия ВБА или единственной проходимой НБА.

В анализируемой группе умерших от ОСБК за период 2005–2023 гг., изолированное поражение ЧС зафиксировано не было (0%). Сочетанное поражение ЧС обнаружено в 2% случаях (< 4%). Полученные нами результаты сопоставимы с данными актуальных международных согласительных документов по диагностике и лечению заболеваний МА. Ведущим фактором развития летальной МИ в исследуемых группах было острое поражение (тромбоз, тромбоземболия) ВБА в 88% (> 85%) случаев.

В рамках исследования мы выполнили скрининговое ультразвуковое ангиосканирование МА с дыхательными пробами 31 здоровому добровольцу. Среди них были 19 женщин и 12 мужчин (медианы возраста – 25 и 27,5 лет соответственно, $p = 0,649$). Медианы пульсовой систолической скорости (ПСС) в покое, на вдохе и на выдохе у мужчин – 159 см/с, 147 см/с, 210 см/с; у женщин – 162 см/с, 142 см/с, 180 см/с ($p = 0,891$; $p = 0,527$; $p = 0,311$ соответственно). У 11 (35,5%) добровольцев определено наличие девиации ЧС, у 5 из которых (45,5% или 16,2% от всей группы) – девиация обусловлена компрессией и была гемодинамически значимой (медиана ПСС – 208 см/с, 167 см/с, 301 см/с соответственно). Отмечена статистическая

разница ПСС в покое ($p = 0,004$) и на выдохе ($p = 0,002$) при наличии деформации (компрессии) ЧС. Необходимо отметить, что все здоровые добровольцы не имели клинических симптомов или жалоб со стороны органов пищеварения и других систем организма.

Выводы. Наиболее частая причина развития летальной МИ – тромбоз или тромбоэмболия ВБА и её ветвей (88%). Изолированное поражение ЧС не является причиной летальной МИ. Во всех случаях, когда описано поражение ЧС (2%), развитие ОСБК было обусловлено поражением других МА на фоне мультифокального атеросклероза. Среди 50 оперированных пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями ЧС компрессия ЧС была наиболее частой причиной (60%). В исследуемой группе здоровых добровольцев в 35,5% случаев выявлена деформация ЧС и в 16,2% она была обусловлена компрессией и имела гемодинамически значимый характер с ускорением ПСС в покое и на выдохе. Таким образом, наиболее частое окклюзионно-стенотическое поражения ЧС –компрессия ЧС. Бессимптомная компрессия ЧС является вариантом анатомии и сама по себе не является показанием к хирургическому лечению.