

СРАВИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ БЕЗ И С СОСУДИТЫМ ЭТАПОМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

¹ Юшкевич Д. В., ² Ладутько И. М., ¹ Волк Е. В., ¹ Смольский А. В.

¹ УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

² УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В современной абдоминальной хирургии нет проблемы, более далекой от своего рационального решения, чем проблема острой артериальной мезентериальной ишемии (ОАМИ). Наиболее частыми причинами ОАМИ являются артериальная эмболия или тромбоз верхней брыжеечной артерии (ВБА) или ее ветвей, что приводит к абдоминальной ишемии, обширному инфаркту кишечника с некрозом тонкой кишки, а в ряде случаев и правой половины ободочной кишки и сопровождается высокой летальностью, достигающей 80–90 %. Этому способствуют поздняя госпитализация и задержка с диагностикой и лечением, кроме того, это как правило пациенты пожилого и старческого возраста с тяжелым коморбидным фоном. Осложняет своевременную диагностику отсутствие специфических клинических симптомов и лабораторных маркеров, позволяющих достоверно подтвердить или отвергнуть диагноз ОАМИ. Современным методом лечения этой патологии следует считать тромбэмболэктомию из верхней брыжеечной артерии, которая может быть выполнена как традиционным хирур-

гическим, так и с применением рентгенэндоваскулярных методик. Однако, выполнение операций на брыжеечных сосудах является большой проблемой для большинства общих хирургов оказывающих помощь данной группе пациентов.

Цель исследования: сравнить и оценить результаты резекционных операций и операций с сосудистым этапом у пациентов острой артериальной мезентеральной ишемией

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 56 пациентов с ОАМИ, находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г. Минска в период с 2021 по 2023 гг. Возрастной диапазон пациентов составил от 58 до 94 лет (средний возраст 76,8). Мужчин было 13 (23,2 %), женщин — 43 (78,8 %). Для постановки диагноза 36 (64,3 %) пациентам выполнялась КТА ОБП. Среднее время от момента госпитализации до выполнения КТА ОБП составило 17,125 часов (минимальное — 1 час, максимальное — 118,5).

Результаты и обсуждение. Из 56 пациентов 2 (3,6 %) поступили в крайне тяжелом состоянии, не были оперированы и был констатирован летальный исход в первые 2 часа от поступления. Все оперированные пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу включены 19 (35,1 %) пациентов, операция которым носила диагностический характер и им выполнялись диагностическая лапароскопия или диагностическая лапаротомия во время которых были выявлены тотальный некроз тонкой и субтотальный некроз толстой кишки. В одном случае выполнялась конверсия после диагностической лапароскопии ввиду невозможности оценить объем некротических изменений кишечника. Из 19 пациентов женщин было 14, мужчин — 5. Средний возраст составил 81,4 года. Среднее время поступления в стационар пациентов в этой группе составило до 6 ч — 3 (15,7 %), 6–24 ч — 5 (26,3 %), > 24 ч — 11 (58 %). Летальность в этой группе составила 100 %.

Во вторую группу были включены пациенты, которым выполнялись только резекция некротизированных участков кишечника. Из 9 пациентов данной группы женщин было 6 (66,6 %), мужчин — 3 (33,4 %). Средний возраст составил 82,4 года. КТА

ОБП выполнено 4 пациентам (44,4 %). Среднее время от начала заболевания до поступления в стационар составило до 6 ч — 0, 6–24 ч — 3 (33,4 %), > 24 ч — 6 (66,6 %). Объем оперативного пособия в 8 (88,8 %) случаях составил резекцию некротизированных участков кишечника с наложением межкишечного анастомоза, в одном случае (11,2 %) операция закончилась выведением еюностомы. Двум пациентам (22,2 %) выполнялась релапаротомия, которая носила диагностический характер. Летальность у пациентов с релапаротомией составила 100 %. Общая летальность в этой группе составила 88,9 %.

В третью группу были включены 26 (48,1 %) пациентов, которым выполнялся сосудистый этап. Женщин было 22 (84,6 %), мужчин — 4 (15,4 %). Средний возраст составил 77,3 года. По методике выполнения операционного пособия пациенты данной группы были разделены на две подгруппы:

В первую подгруппу вошли 20 (76,9 %) пациентов, которым выполнялась открытая тромбэмболэктомия. Во вторую подгруппу вошли 6 (23,1 %) пациентов, которым выполнялись эндоваскулярная реваскуляризация.

В первой подгруппе третьей группы КТА ОБП выполнялась 15 (71,4 %) пациентам. Среднее время от начала заболевания до поступления в стационар составило до 6 ч — 5 (25 %), 6–24 ч — 10 (50 %), > 24 ч — 5 (25 %). Во время операции у 5 (25 %) пациентов были выявлены некротические изменения, и у 15 (75 %) — ишемические. Всем пациентам этой подгруппы выполнялась открытая тромбэмболэктомия, а у 5 пациентов с некротическими изменениями еще и резекция измененных участков тонкой кишки. У трех из пяти этих пациентов после выполненной резекции кишечника была выполнена релапаротомия с дополнительной резекцией части кишечника и наступил летальный исход. Из 2 оставшихся пациентов выжил один.

Из 15 пациентов с ишемическими изменениями, которым выполнялась только открытая тромбэмболэктомия 8 получали консервативное лечение. Летальный исход наступил у 5 пациентов. Семи пациентам выполнялась релапаротомия и в 4 случаях она

носила диагностический характер, из них летальный исход имел место у 2. Трём пациентам, выполнялось резекция некротизированных участков кишечника с летальным исходом в послеоперационном периоде у 1 пациента.

Во вторую подгруппу 3 группы включены 6 пациентов с ОАМИ в стадии ишемии, которым применялись эндоваскулярные методики. Мужчин было 1, женщин — 5. Средний возраст пациентов составил 76,2 лет (от 63 до 86 лет).

Всем пациентам этой группы выполнялась КТА ОБП. Среднее время от начала заболевания до поступления в стационар составило: 6–24 ч — 5 пациентов (83,4 %), > 24 ч — 1 (16,6 %). Механическая тромбэкстракция из ВБА и ее ветвей с баллонной ангиопластикой выполнялась в 2 случаях, механическая и реолитическая тромбэктомия в — 3 случаях и в одном — реолитическая тромбэктомия со стентированием. В последующем 3 пациентов подверглись оперативному лечению, 2 пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия (у 1 пациента наступил летальный исход). Одному пациенту выполнялась резекция участка подвздошной кишки с благоприятным исходом (рентгенэндоваскулярная тромбэктомия позволила уменьшить объем ее резекции). Из 3 неоперированных пациентов этой группы летальный исход наступил у двух. Летальность в этой группе составила 50 %.

Общая летальность в 3 группе составила 57,6 % (или 15 из 26). Летальность в первой подгруппе, где пациентам выполняли открытую тромбэктомию, составила 60 % (12 из 20). Летальность во второй подгруппе с эндоваскулярными методиками составила 50 % (3 из 6).

Летальность в первой группе, где выполнялись диагностические операции составила 100 %, во второй группе с изолированной резекцией кишечника — 89 % и в третьей группе, где выполнялись операции с вмешательством на сосудах — 57,7 %. Общая летальность в исследовании составила 77,8 %.

Подводя итоги нашего исследования следует отметить, что из 56 оперированных пациентов 35 выполнялись лечебные мероприятия. У 11 пациентов (31,4 %) проведенное лечение можно

считать удовлетворительным: семи пациентам удалось полностью сохранить кишечник (у 5 после открытой тромбэктомии и 2 после эндоваскулярной), 4 пациентам выполненный сосудистый этап позволил уменьшить объем резецированного кишечника. Один пациент выписан после обширной резекции тонкой и правого фланга ободочной кишки.

Данное исследование не носит рандомизированный характер, однако, очевидным является тот факт, что до сих пор большое количество пациентов госпитализируется в стационар в поздние сроки от начала заболевания (более суток). Несмотря на высокую настороженность к раннему выявлению данной патологии в нашем стационаре, количество и время выполнения КТА не всегда позволяет диагностировать данную патологию в стадии ишемии, что позволило бы избежать обширных резекций кишечника и снизить летальность.

Выводы:

1. При подозрении на ОАМИ наибольшую диагностическую ценность представляет Компьютерная томографическая ангиография (КТА), которая должна быть выполнена без промедления у любого пациента при отсутствии перитонита.

2. Оперативные вмешательства при лапаротомии, связанной с ОАМИ в стадии субкомпенсированной ишемии, должны включать ревизию ВБА с целью восстановления кровотока, что позволяет уменьшить объем резекции кишечника, а в стадии ишемии в большинстве случаев позволяет и вовсе ее избежать.

3. Эндоваскулярная реваскуляризация является предпочтительным вариантом в случаях артериальной окклюзии при отсутствии перитонита и при наличии достаточного опыта.