

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МЕЗОТРОМБОЗОМ

*Игнатович И. Н., Кондратенко Г. Г., Василевич А. П.,  
Есепкин А. В., Жук А. С., Шершень П. И., Шкода М. В.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Острая непроходимость брыжеечных сосудов – тяжелая патология, сложная в диагностическом и лечебном аспекте, летальность при которой достигает 90–95 %. Эта патология часто развивается у пациентов пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. При этом наряду с вмешательством на кишечнике, необходимо

выполнять ревизию брыжеечных сосудов для установления причины острой ишемии и ее коррекции.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 22 пациентов с острой мезентериальной непроходимостью, которым выполнялось вмешательство на верхней брыжеечной артерии (ВБА) или верхней брыжеечной вене (ВБВ) с целью восстановления кровотока. Возраст пациентов – от 65 до 83 лет. У 5-ти пациентов диагноз поставлен на основании только клинических данных, у 15-ти подтвержден КТ с болюсным усилением, у 2-х подтвержден ангиографией аорты и ее ветвей.

Нарушение мезентериального кровообращения у всех пациентов не было связано с сердечной декомпенсацией.

**Результаты и обсуждение.** В 1-м случае выявлена тромбоземболия верхней брыжеечной артерии с локализацией окклюзии 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, была жива в течение 5-ти лет после операции.

В 2-х случаях выполнена тромбэмболэктомия из ВБА, что позволило сохранить кишечник, восстановив артериальный приток к нему. На следующий день в 1 случае выполнена программированная релапаротомия «второго взгляда», подтвердившая сохранившуюся жизнеспособность кишечника. Пациентка выздоровела, жива в течение 4,5 лет после операции. Второй пациент оперирован через 10 часов от начала заболевания, выписан с сохраненным кишечником.

В 1 случае выполнена эндоваскулярная ангиопластика и стентирование ВБА, что позволило восстановить артериальный кровоток и сохранить кишечник. Других оперативных вмешательств не потребовалось. Пациентка выздоровела.

В 2-х случаях выполнена тромбэмболэктомия 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 другой пациентки развилось острое нарушение мозгового кровообращения, что привело в обоих случаях к летальным исходам, не связанным с гангреной кишечника.

В 14-ти случаях вследствие массивного дистального атеросклеротического поражения верхней брыжеечной артерии тромбэктомии (11) из ствола ВБА, эндоваскулярная ангиопластика (1) и резекция пораженной кишки не привели к купированию острой ишемии в оставленных участках кишечника. Периартериальная симпатэктомия при выделении артерии, тромбэктомия и бужирование артерии при ревизии обеспечило временную компенсацию кровообращения в ишемизированном кишечнике, однако после этого через 2–3 дня последовал ретромбоз несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию. Из приведенных наблюдений 3 пациента умерли в раннем послеоперационном периоде вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности. У остальных в сроки 10–21 день возник рецидив мезентериальной непроходимости, потребовавший релапаротомии и резекции кишки с ле-

тальным исходом. У части пациентов при проведении КТ с болюсным усилением определено отсутствие накопления контраста тонким кишечником, релапаротомия им не выполнялась.

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, жива в течение 6,5 лет после операции. В другом случае удалось сохранить весь кишечник, пациентка также выздоровела.

**Выводы.** Современный алгоритм обследования при подозрении на острую окклюзию брыжеечных сосудов должен включать, кроме стандартных общеклинических обследований, экстренное КТ с болюсным усилением органов брюшной полости уже на уровне приемного отделения. Это позволит сэкономить время, что является решающим фактором успеха в лечении таких пациентов.

Оперативные вмешательства при острой мезентериальной непроходимости обязательно 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.

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.

Успех подобных вмешательств зависит от владения хирургами отделений экстренной хирургии техникой сосудистых операций, доступностью экстренных ангиографических исследований.