

Резолюция

XXVII Пленума хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы неотложной хирургии» по совершенствованию оказания лечебной помощи при остром нарушении мезентериального кровообращения

Острое нарушение мезентериального кровообращения (шифр МКБ 10 - K55.0) встречаются у 0,05 — 0,1% пациентов, госпитализированных в хирургические отделения. У мужчин заболевание чаще возникает в возрасте 50-60, у женщин – 60-70 лет. При мезентериальном тромбозе поражение верхней брыжеечной артерии встречается у 75-85% пациентов, нижней брыжеечной артерии у 10-15% и мезентериальные вены у 10%. Своевременная диагностика и лечение пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения остается трудной задачей.

Пожилой и старческий возраст пациентов, тяжелые сопутствующие заболевания, быстро нарастающие проявления полиорганной дисфункции вносят существенный вклад в показатели летальности, которая при острой артериальной ишемии достигает 95-100%, а при остром тромбозе мезентериальных вен от 20 до 70%.

Отсутствие патогномичных для острой мезентериальной ишемии симптомов и сходство клинической картины со многими заболеваниями пищеварительного тракта создают определенные трудности в распознавании этой патологии.

Ангиография и КТ ангиография являются «золотым» стандартом в диагностике острого нарушения мезентериального кровообращения. При острой непроходимости мезентериальных сосудов необходимо применять как аортографию, так и селективную мезентерикографию.

Внедрение в клиническую практику современных препаратов для тромболитической терапии, а также не инвазивных или малоинвазивных диагностических подходов, включающих ультразвуковую доплерографию и селективную ангиографию, позволило в некоторой степени улучшить результаты лечения пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения. Лечение инфаркта кишечника является прерогативой хирургов, однако современная диагностика и лечение данной патологии невозможны без взаимодействия со смежными специалистами.

При обнаружении сосудистой патологии (тромбоз, стеноз, спазм) во время ангиографии внутрисосудистый диагностический доступ может использоваться для проведения эндоваскулярных вмешательств: локального тромболитического и вазоактивной терапии, ангиопластики, стентирования, эндопротезирования.

С целью дальнейшего улучшения качества оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мезентериального кровообращения XXVII пленум хирургов Республики Беларусь **рекомендует:**

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения, в зависимости от уровня поражения мезентериальных сосудов, необходимо дифференцировать с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, заболеваниями органов грудной полости, с урологической патологией, у женщин необходимо исключать гинекологическую патологию.
2. Клиническая картина, анамнез, данные обследований позволяют заподозрить острую мезентериальную ишемию. Острую артериальную мезентериальную ишемию следует предполагать у пациентов с острой интенсивной болью в животе, у кого диагноз не ясен, особенно если боль не пропорциональна данным физикального обследования, особенно у лиц старшей возрастной группы с сердечно-сосудистой патологией.
3. Применение эндоскопических технологий с оценкой органного и тканевого кровотока, лучевых и эндоваскулярных методик дают возможность выявить острую окклюзию брыжеечных сосудов.
4. Основными методами диагностики острого нарушения мезентериального кровоснабжения являются диагностическая лапароскопия (лапаротомия), КТ ангиография с болюсным усилением и ангиография (при отсутствии перитонита).
5. Ангиография не должна ограничиваться только диагностическим этапом, а по возможности включать в себя и лечебный компонент (тромбоэкстракция, балонная ангиопластика, стентирование)
6. Необходимы ранние вмешательства в стадии ишемии, направленные на восстановление артериального кровотока с последующей визуализацией состояния кишечника через 24-48 часов после восстановления кровотока по верхней брыжеечной артерии ("second look"): релапаротомия или КТ с болюсным усилением. В стадии перитонита сосудистый этап не применяется, и оперативное вмешательство ограничивается резекцией кишечника. Наилучшие результаты достигаются если диагноз установлен и выполнена реваскуляризация в первые 12 часов от момента заболевания
7. Обоснованные подозрения на продолжающуюся гангрену кишки служат показанием к немедленному переходу к активным хирургическим действиям – релапаротомии.
8. При сомнительной жизнеспособности кишки следует выполнять ее резекцию. Необходим индивидуальный подход к наложению межкишечных анастомоза. По показаниям необходимо отказаться от первичного анастомоза и формировать энтеро- или колостому.
9. Применения системного тромболиза в стадии ишемии у пациентов с установленным диагнозом острого нарушения мезентериального кровоснабжения должно проводиться по схеме

тромболизисной терапии инфаркта миокарда при четком отборе пациентов с учетом ранней диагностики.

10. Пациентам после стентирования, шунтирования необходимо проведение контрольных УЗИ с дуплексным сканированием или РКТ ангиографию с целью ранней диагностики и лечения стенозов и окклюзий.
11. Отсутствие должной настороженности среди врачей всех специальностей в отношении острого мезентериального тромбоза и сложность диагностики на ранних этапах обращения пациента за помощью требует проведения обучающих семинаров не только среди врачей хирургов, но врачей других специальностей. Необходимо обеспечить повышение квалификации врачей поликлиник, приемных отделений и стационаров по вопросам диагностики и лечения острого нарушения мезентериального кровообращения.