

**ТРОМБОЕМБОЛЕКТОМІЯ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ
З ГОСТРИМ АРТЕРІЙНИМ ПОРУШЕННЯМ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО
КРОВООБІГУ НА СТАДІЇ ІШЕМІЇ**

Даниленко І. А., асистент

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Вступ. В ургентній абдомінальній хірургії немає більш непередбачуваного та небезпечного за своїми наслідками захворювання, як гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК) внаслідок оклюзії верхньої брижової артерії (ВБА). Тяжкий перебіг з швидкою зміною клінічних стадій ГПМК зумовлює дуже високу (72 – 95%) летальність. Незалежно від стадії захворювання, головне завдання оперуючого хірурга – правильно оцінити життєздатність кишкової стінки. Сумнів щодо її життєздатності з часів Shaw (1965) вимагає лапаротомії «second-look», головна мета якої не в чіткому визначенні життєздатності кишки, а в наданні часу для дій, що сприятимуть її життєздатності.

Мета. Проаналізувати результати тромбоемболектомії у пацієнтів з артерійним ГПМК на стадії ішемії.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 248 пацієнтів з артерійним ГПМК, що лікувалися в КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» з 1993 по 2011 роки. З них на стадії ішемії шпиталізовано 33(13,3%). Під час шпиталізації вірний діагноз ГПМК вдалося встановити у 13(39%) пацієнтів, що зумовило щодо них відповідну тактику – ургентне оперативне втручання з поновлення кровообігу та оцінки життєздатності кишки. Після лапаротомії виконували відкриту непряму тромбоемболектомією з ВБА за стандартною методикою. Після реваскуляризації життєздатність кишки визначали суб'єктивно, в останні роки використовували «Спосіб оцінки життєздатності кишки та оптимальних меж резекції при гострих порушеннях мезентеріального кровообігу» (Пат. України 53133). Якщо після поновлення кровообігу життєздатність кишки сумнівна, то інтраопераційно планували діагностичну операцію через 12-24 години з метою контролю. За неможливості ревізії ВБА обмежувалися введенням вазодилітаторів у брижу кишки.

Результати дослідження. Тромбоемболектомію з ВБА виконали у 3, всім заплановано діагностичні операції через 24 години, які проведено у 2 (одна пацієнтка категорично відмовилася), летальність склала 66%. Високу летальність зумовили старечий вік, декомпенсація супутніх захворювань. Ще у 2 пацієнтів клінічні прояви ГПМК вдалося корегувати інтраопераційним введенням вазодилітаторів у брижу кишки. Інших оперували на стадії інфаркту та перитоніту, що потребувало резекції ділянки інфаркту, чи, внаслідок прогресування гемодинамічних порушень, обмежувалися симптоматичною терапією.

Висновки. 1. Запорукою ефективного лікування пацієнтів з ГПМК є вчасне встановлення діагнозу, тобто на стадії ішемії.

2. Заплановані діагностичні операції (second-look) – ефективний спосіб виявлення інфаркту кишки.