

Проблема острой мезентериальной ишемии

Белорусский государственный медицинский университет

В исследовании представлен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с острой мезентериальной ишемией, а также протоколов вскрытий умерших от этой патологии. Дана оценка факторам риска, клиническим проявлениям, срокам госпитализации, особенностям диагностики и лечения. Обсуждаются возможные причины выявленных изменений.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, факторы риска, клинические проявления.

Обращаясь к истории изучения острой мезентериальной ишемии (ОМИ), следует отметить, что тромбоз брыжеечной артерии и инфаркт кишечника были описаны в Европе в середине XIX века. Развитие знаний об этом заболевании происходило на основе изучения единичных случаев, экспериментальных данных, позволивших заложить теоретические и практические основы его диагностики и лечения. Первое успешное извлечение эмбола из верхней брыжеечной артерии было выполнено в середине XX века [1]. Надо отметить, что некоторое время ОМИ рассматривалась как одна из форм острой кишечной непроходимости, но по мере накопления сведений об этом заболевании взгляды менялись и, в соответствии с международной классификации болезней 10 пересмотра, она была признана самостоятельным заболеванием.

Несмотря на развитие медицины, острая мезентериальная ишемия остается одной из самых тяжелых патологий в экстренной хирургии.

Внутригоспитальная смертность от этого заболевания сохраняется очень высокой на протяжении десятилетий и находится на уровне 60-80% [2]. По данным разных авторов, ОМИ составляет примерно 1-2% от гастроинтестинальных заболеваний и около 0,1-0,4% от экстренной хирургической патологии, а частота заболеваемости имеет тенденцию к увеличению [1,3,4].

Сопоставляя современную демографическую тенденцию на увеличение продолжительности жизни населения и направленность на «омоложение» сосудистой патологии, можно с высокой степенью уверенности утверждать, что актуальность такой патологии, как острая мезентериальная ишемия, будет только возрастать.

В настоящее время наблюдаются достаточно серьезные пробелы в вопросах диагностики и лечения ОМИ, отмечается недостаточная изученность этиопатогенетических факторов, отсутствие активной научно-исследовательской работы в данном направлении, мало освещены факторы риска, которые могут являться источником распознавания этого процесса, достаточно разнообразно описывается клиника заболевания [5].

До сих пор нередко превалируют сомнения в реальности оказания эффективной помощи при острой мезентериальной ишемии, что в первую очередь определяется трудностями своевременной диагностики и высокой

смертностью. Нередко во время операции встает дилемма между признанием случая неоперабельным и возможностью выполнения радикального вмешательства, приводящего к значительному укорочению кишечника и необходимости пожизненного парентерального питания, отсутствие которого приводит к истощению больного. Таким образом, в целом ОМИ представляет сложную медицинскую, экономическую и социальную проблему.

Целью нашего исследования являлось определение актуальных вопросов связанных с решением проблемы острой мезентериальной ишемии, поиском путей улучшения диагностики и лечения этого заболевания.

Материал и методы

Нами было проанализировано 107 протоколов вскрытий умерших от ОМИ в 2007 году в стационарах города Минска. Изучены факторы риска этого заболевания. Проведен ретроспективный анализ 63 историй болезней пациентов с ОМИ, которые были оперированы в 3-й и 5-й ГКБ города Минска в 2003-2007 годах. Определены сроки госпитализации, диагностики и начала лечения. Представлена значимость отдельных лабораторных исследований у больных ОМИ. Оценена возможность повышения уровня диагностики и лечения больных ОМИ.

Результаты и обсуждение

По нашим данным, смертность от ОМИ превышает 80%. При анализе протоколов вскрытия было отмечено, что распределение летальных случаев от данной патологии по отдельным клиникам было относительно равномерным. В целом они были отмечены в 10 клиниках, при этом количество случаев колебалось от 3 до 21, средний показатель летальности составил 10,7 в перерасчете на одну клинику. Очевидно, что на величину этого показателя во многом влияет профиль работы каждой конкретной больницы и в наибольшей мере объемом оказания в ней экстренной хирургической помощи. Распределение летальных случаев от ОМИ по клиникам города можно признать достаточно равномерным, что, с нашей точки зрения, не скрывая истинные масштабы заболеваемости, во многом снижает актуальность этой проблемы, делая ее менее заметной.

Средний возраст составил $73,1 \pm 11,3$ года, при этом отдельно у женщин – 76,3 лет, а у мужчин – 68,7 лет. Женщин было 62 (58%), мужчин – 45 (42%).

Традиционно считается, что ОМИ часто возникает на фоне сердечно-сосудистой патологии. Мы изучили частоту сочетания ОМИ и ряда других заболеваний. Было установлено, что среди погибших 57,0% имели различного рода аритмии, 67,3% страдали артериальной гипертензией, ишемические нарушения других органов встречались у 41,5%.

В то же время выявлено, что доля больных сахарным диабетом составляла 22,4%, желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом – 41,1% (причем в некоторых случаях желчный пузырь был удален ранее), хроническим панкреатитом – 30,8%, хроническим пиелонефритом – 20,6%.

Данные цифры говорят о том, что факторы риска острой мезентериальной ишемии претерпевают изменения и нуждаются в пересмотре. В частности, к ним в полной мере можно отнести такие заболевания, как желчнокаменная

болезнь и хронический панкреатит. Очевидно, что важной может оказаться роль сахарного диабета.

Связь между развитием острой мезентериальной ишемии и хроническими воспалительными процессами панкреатобилиарной зоны может быть объяснена тем, что последние способствуют развитию склеротических процессов в окружающих тканях, включающих начальный отдел верхней брыжеечной артерии. Очевидно, что это способствует ее склеротическому поражению. Косвенно это подтверждается тем, что наиболее часто верхняя брыжеечная артерия тромбируется именно в начальных отделах.

Диагноз ОМИ до вскрытия был установлен в 85% случаев. Оперативному лечению подверглись 62 из исследованной группы (57,8%). При этом резекция кишечника была выполнена только в 23 случаях, что составило 21,5%. Операций на брыжеечных артериях практически не выполнялось (0,9%). Более 60% лапаротомий составляли диагностические вмешательства в ходе которых констатировалась неоперабельность случая.

В 82,2% случаев поражение касалось только верхней брыжеечной артерии, а еще в 8,4% случаев сочеталось с поражением нижней брыжеечной артерии. В 3 случаях (2,8%) отмечен изолированный тромбоз нижней брыжеечной артерии. В 4 случаях – венозный тромбоз, который в 2 случаях сочетался с тромбозом верхней брыжеечной артерии. Наличие аневризм аорты зафиксировано у 7 умерших (6,5%).

У 90% на вскрытии были явления перитонита, который, наряду с полиорганной недостаточностью, рассматривался как причина смерти у 92,5% умерших, у ряда больных, перенесших резекцию кишечника, отмечался продолжившийся тромбоз.

Нами проведен ретроспективный анализ 63 историй болезней пациентов с ОМИ, которые были оперированы в 3-й ГКБ и 5-й ГКБ города Минска в 2003 – 2007 годах.

Средний возраст составил $72,5 \pm 10,7$ года. Женщин было 38 (60,3%), мужчин 25 (39,7%). Общий процент выживших пациентов (среди оперированных) составил 49,0 (n=31). Интересно, что средний возраст выживших и умерших больных достоверно не отличался друг от друга и составил соответственно 72,6 и 72,4 года. Пациентов моложе 60 лет было 9 (14,3%), причем выжило из них 4 (44,4%). Таким образом, возраст не являлся определяющим фактором в вопросе прогноза при ОМИ.

Особо следует отметить, что среднее время от начала заболевания до госпитализации составило 41 час. Причем в сроки до 6 часов было госпитализировано 7 пациентов (11,1%), от 6 до 12 часов – 13 (20,6%), от 12 до 24 часов – 15 (24,2%), от 24 до 48 часов – 14 (23,8%), а позже 48 часов – 13 (20,6%).

Оценивая важность своевременности госпитализации и начала лечения больных с ОМИ, можно указать на тот факт, что среди оперированных и выживших (n=31) до 12 часов от момента начала заболевания поступило 35,5%, а позднее 24 часов – 45,2%. В тоже время, 67,7% выживших больных

оперировано в сроки до 12 часов от момента поступления в стационар, 16,2% – позднее 24 часов.

Среди оперированных и погибших до 12 часов от момента начала заболевания поступило 18,7%, а позднее 24 часов – 43,7%, однако только 40,6% из них оперировано в сроки до 12 часов от момента поступления в стационар, а 28,1% – позднее 24 часов. Эти данные указывают на особую значимость ранней диагностики и своевременного начала лечения при данной патологии.

Диагноз был правильно выставлен на догоспитальном этапе только у 1,6% пациентов, при госпитализации – 23,8%, а у 74,6% – только во время операции. Поздняя диагностика в большинстве случаев приводила к значительной задержке с началом этиопатогенетического лечения. Так только 17,5% больных до операции получали антикоагулянты. Тем не менее, смертность среди этой группы составила 81,8%, что значительно выше, чем в целом в группе оперированных больных. Считается, что предоперационная антикоагулянтная терапия снижает риск повторного тромбоза и в конечном итоге повышает выживаемость, и пациенты должны получать гепарин, не смотря на риск кровотечения [6]. Наши данные можно связать с тем, что диагноз у этой группы пациентов не вызывал сомнений, поэтому антикоагулянты и назначались сразу.

Среднее время от госпитализации до операции составило около 24 часов. Резекция кишечника признана возможной и выполнена у 32 пациентов (50,7%). В ходе операции 8 (25,0%) больным произведена гемиколэктомия (7 – правосторонняя), 22 – резекция тонкой кишки (68,7%) и 2 – резекция сигмовидной кишки (6,3%). Субтотальная резекция тонкой кишки выполнена в 4 случаях (12,5%). Эти данные указывают на преобладание ОМИ в бассейне верхней брыжеечной артерии (93,7%) с преимущественным поражением тонкого кишечника.

Были проанализированы предварительные клинические диагнозы, которые выставлялись пациентам с ОМИ до интраоперационной верификации. На долю кишечной непроходимости пришлось 31,9% (15), острого панкреатита – 21,3% (10), перитонита неустановленной этиологии – 10,6% (5), острого аппендицита, острого холецистита, ущемленной грыжи – по 8,5%, прободной язвы – 4,25%.

Таким образом, каждый третий случай ОМИ протекал под маркой кишечной непроходимости, а каждый пятый – острого панкреатита. Учитывая разнообразность клинических проявлений ОМИ и анамнестических данных, при дифференциальной диагностике этого заболевания следует учитывать общую клиническую картину, сопоставляя ее с имеющимися факторами риска. Считается, что ОМИ чаще протекает при явлениях непроходимости, перитонита. Интересно, что только 42,5% приходилось на долю этих предварительных диагнозов. Значительную по важности роль приобретает дифференциальная диагностика ОМИ с острым панкреатитом, острым холециститом, острым аппендицитом, прободной язвой. Оценивая факторы риска среди пациентов оперированных по поводу ОМИ следует отметить,

что аритмические нарушения встречались в 28,5%, сахарный диабет – 21,0 %, артериальная гипертензия – 50,8%, желчно-каменная болезнь – 27,4%, хронический панкреатит – 11,3%, хронический пиелонефрит – 8%.

Больные с ОМИ могут иметь в анамнезе тромбоз глубоких вен нижних конечностей, эмболию артерий, заболевания коллагена, хронические боли после приема пищи, онкологические процессы, инсульты, пороки сердца, аневризмы, язвенную болезнь. К группе риска принято относить пациентов в возрасте более 50 лет, которые имеют острые абдоминальные боли при наличии сердечно-сосудистой патологии или высокого анамнестического индекса по заболеванию сердца и сосудов (ранее перенесенные инфаркт миокарда, тромбоэмболия сосудов конечностей и др.) [1].

Наши исследования показали достаточно низкий процент мезентериального венозного тромбоза – 3,7%, среди умерших. При этом надо отметить, что клинически этот диагноз изолированно не устанавливался, подпадая в целом под определение ОМИ. Считается, что мезентериальный венозный тромбоз дает меньшую летальность, чем острый тромбоз мезентериальных артерий и безокклюзионная мезентериальная ишемия.

При оценке показателей лабораторных исследований у больных ОМИ при поступлении был отмечен умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево. По результатам исследований некоторых авторов, относительно специфичными для ОМИ считаются: повышение уровня D-димеров и лактата; уровень амилазы тоже часто повышается [7,8].

В заключение следует подчеркнуть, что общие клинические симптомы и факторы риска, безусловно, играют значительную роль в диагностике ОМИ. Выводы:

1. К факторам риска следует отнести: возраст старше 60 лет, наличие аритмий, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ЖКБ, хронического панкреатита и холецистита, ишемий других органов.
2. Быстрое начало лечения в значительной степени повышает выживаемость при этом заболевании, поэтому следует реализовывать довольно значительные резервы в плане своевременности диагностики и лечения ОМИ. Случаи поздней диагностики следует в первую очередь связать с тем, что не определена роль отдельных методов исследования при ОМИ, нет специфичных лабораторных тестов и скрининговых методик обследования.

Литература

1. Давыдов, Ю. А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. М., 1997. 208 с.
2. Levy, P.J., Krausz, M.M., Manny, J. Acute mesenteric ischemia: improved results – a retrospective analysis of ninety-two patients / Surgery. 1990. Vol. 107. № 4. P. 372 – 380.
3. Хирургия: пер. с англ. доп. // гл. ред. Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев. М.: ГЭОТАР Медицина, 1997. 1070 с.
4. Schneider, T.A., Longo, W.E., Ure, T., Vernava, A.M. Mesenteric ischemia: acute arterial syndromes / Diseases of the Colon & Rectum. 1994. Vol. 37. № 11. P. 1163 – 1174.

5. Brandt, L., Boley, S. AGA technical review on intestinal ischemia / Gastroenterology. – 2000. – Vol. 118, № 5. – P. 954 – 968.
6. Rhee, R.Y., Gloviczki, P. Mesenteric venous thrombosis / Surgical Clinics of North America. 1997. Vol. 77. № 2. P. 327 – 338.
7. Yasuhara, H. Acute Mesenteric Ischemia: The Challenge of Gastroenterology / Surgery Today. 2005. Vol. 35. № 3. P. 185 – 195.
8. Brill-Edwards, P, Lee, A. D-dimer testing in the diagnosis of acute venous thromboembolism / Journal of Thrombosis and Haemostasis. 1999. Vol. 82. № 2. P. 688 – 694.