

Е. Д. Трошин

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А. В. Большой

2-ая кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

ГКБСМП, г. Минск

Резюме. В данной статье показана специфичность и чувствительность лучевых методов исследования в диагностике острой мезентериальной ишемии.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, лучевые методы

Resume. This article shows the specificity and sensitivity of radiation methods of investigation in the diagnosis of acute mesenteric ischemia.

Keywords: acute mesenteric ischemia, radiation methods

Актуальность. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) является редкой патологией. Частота встречаемости ОМИ составляет около 1 случая на 1000 госпитализаций. Однако уровень летальности при данной патологии колеблется от 30 % до 90 %. Летальность может повышаться в зависимости от наличия других сопутствующих факторов. Данная патология чаще встречается у представителей взрослого населения. ОМИ характеризуется отсутствием патогномичных симптомов. При острой абдоминальной боли ОМИ подозревается в малом проценте случаев. Это является причиной поздней диагностики. На сегодняшний день в Республике Беларусь отсутствуют протоколы ведения пациентов с подозрением на ОМИ. Все вышесказанное служит поводом для разработки и усовершенствования диагностических алгоритмов, поиска и исследования специфических признаков, выявляемых при лучевых методах диагностики.[1]

Выделяют три вида острого нарушения мезентериального кровообращения:

- 1) Острая артериальная мезентериальная ишемия
- 2) Острая венозная мезентериальная ишемия
- 3) Неокклюзионная мезентериальная ишемия

При окклюзионной этиологии клинические симптомы встречаются в следующих процентах случаев: боль в 96 %, тошнота в 56 %, рвота в 38 %, диарея в 31 %, тахикардия в 31 %. [2] Локальность боли может быть различная, но когда ишемия переходит в инфаркт боль становится диффузной. При развитии трансмурального инфаркта может появляться температура, кровавая диарея и шок. Лабораторными методами исследования определяется лейкоцитоз, гемоконцентрация, повышение уровня амилазы, аномальные ферменты печени и/или метаболический ацидоз. Нормальный уровень лактата не исключает острую мезентериальную ишемию(ОМИ) и не должен использоваться для диагностики. [3]

ОМИ подозревается у пациентов с острой абдоминальной болью, когда нет четкого диагноза, особенно, когда боль непропорциональна физикальному обследованию. Также подозревается у пациентов с сердечно сосудистыми заболеваниями в анамнезе. Подозрение на ОМИ должно быть у пациентов с необъяснимой болью в животе после любой инвазивной процедуры, в частности, манипуляций на сосудах. Можно предположить этиологию ОМИ. У пациентов с резким началом заболевания

и фибрилляцией предсердий в анамнезе может быть заподозрена ОМИ вследствие эмболизма. Пациенты с атеросклеротическими заболеваниями и с недавним фактом постпрандиального синдрома – ОМИ вследствие тромбоза. Венозному тромбозу подвержены пациенты с гиперкоагуляцией. Неокклюзионную ОМИ подозревают у критических больных, чье клиническое состояние неожиданно ухудшилось. [3]

Для диагностики ОМИ используются следующие инструментальные методы:

1) КТ обладает высокой чувствительностью (82 -86 %) и специфичностью (94 %). [1]

2) Магнитно-резонансная ангиография обладает высокой чувствительностью и специфичностью при окклюзии у истоков верхней брыжеечной артерии, но является недостаточно информативным методом при периферическом стенозе и неокклюзионной ишемии, эмболизме. [1]

3) При обзорной рентгенографии брюшной полости патологические признаки появляется только тогда, когда процесс перешел в стадию инфаркта кишки. Чаще выявляется дилатация петель кишечника. При обнаружении газа в воротной вене, ассоциированного с пневматозом кишечника, также можно думать о мезентериальной ишемии. [1]

4) Ультразвуковое исследование обладает высокой чувствительностью и малой специфичностью. УЗИ с Допплером показывает проксимальную сосудистую окклюзию, но с помощью данного метода плохо идентифицируется окклюзия в дистальных отделах сосудов, так как наличие газа в кишечнике ограничивает способность визуализации. УЗИ помогает исключить другие причины острого живота. [1]

5) Ангиография является методом с высокой специфичностью и чувствительностью. С помощью данного метода может быть выполнена диагностика нарушений мезентерального кровообращения с последующим лечением. [1]

Цель: оценить роль лучевых методов в диагностике острой мезентериальной ишемии.

Задачи:

1. Изучить литературу по данному вопросу.
2. Произвести отбор пациентов.
3. Оценить чувствительность и специфичность лучевых методов исследования.
4. Проанализировать полученные данные.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 47 пациентов, находившихся в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска в период с 2016 по 2017 годы включительно.

Анализировались следующие показатели: диагнозы направившей организации и приемного отделения, сроки от начала заболевания, результаты проведенных лучевых методов исследования (УЗИ ОБП, рентгенография ОБП, КТ ОБП, мезентерикография), протоколы оперативных вмешательств.

Пациенты по признаку объема поражения кишечника были разделены на следующие группы:

1. Сегментарное поражение – поражение участка тонкой либо толстой кишок.
2. Субтотальное поражение – поражение нескольких отделов кишечника.
3. Тотальное поражение – полное поражение кишечника.

Стоит отметить, что понятия «тотальное» и «субтотальное» относятся не ко всему кишечнику, а именно к зоне кровоснабжения артерии (верхней брыжеечной или нижней брыжеечной)

Результаты и их обсуждение. Медиана возраста пациентов составила 78 лет, преобладали женщины. Статистически значимых различий между группами по значениям пола и возраста не было выявлено (таблица №1).

Таблица 1. Сравнение клинических групп

Клиническая группа	Пол, муж/жен	Возраст, лет Me [25-75]
Тотальное поражение (N=12)	9/3	80,5 [74,3-85,0]
Субтотальное поражение (N=18)	7/11	76,5 [64,3-78,8]
Сегментарное поражение (N=17)	5/12	73,0 [66,0-84,5]
	Pearson Chi-Square, P>0,05	Kruskal-Wallis test P>0,05

Рисунок №1 иллюстрирует трудности постановки правильного диагноза у пациентов с ОМИ на догоспитальном этапе и на уровне приемного отделения.

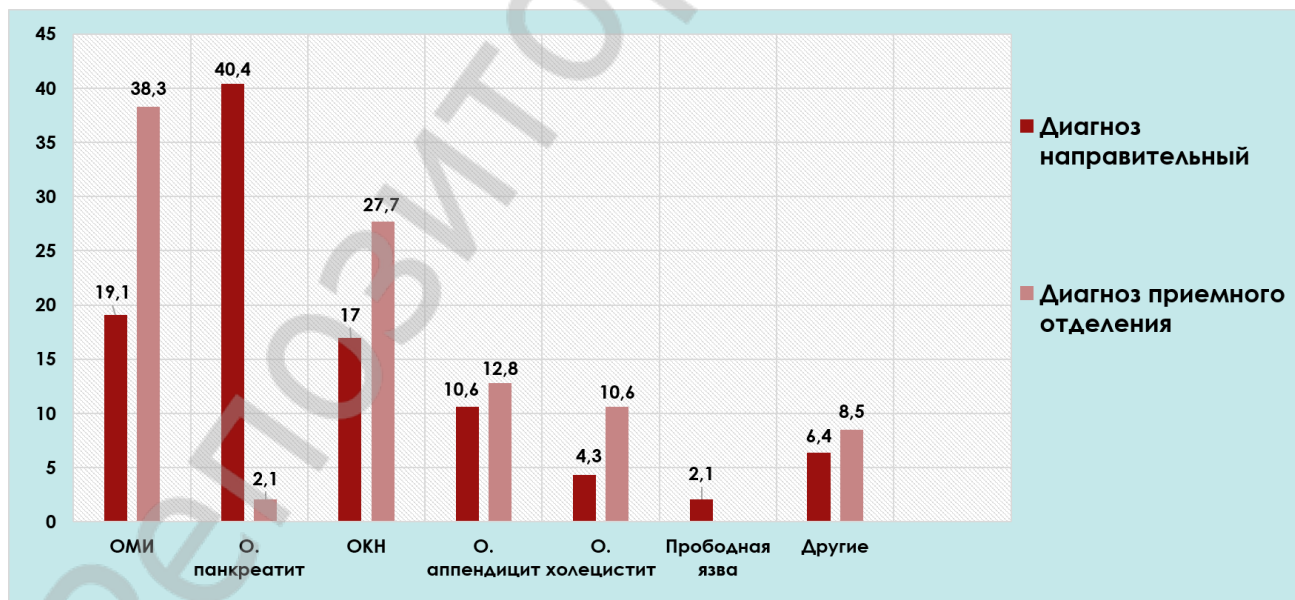


Рисунок 1 – Диагнозы направившей организации и на уровне приемного отделения.

Как видно, на догоспитальном уровне преобладали диагнозы: острый панкреатит, ОМИ, ОКН. На уровне приемного отделения картина изменилась, стали преобладать такие диагнозы, как ОМИ, ОКН, острый аппендицит. На догоспитальном уровне ОМИ выставлено в 17 % случаев, на уровне приемного отделения в 36,2 %.

Это связано с проведением дополнительных инструментальных методов исследования в стационаре. Между клиническими группами не выявлено различий по этим показателям.

Обзорная рентгенография брюшной полости входит в обязательный протокол обследования у пациентов с острой абдоминальной болью. Данное исследование проводилось у 32 пациентов (68%). На рентгенограммах отмечались такие признаки, как чаши Клойбера, свободный газ в брюшной полости. В 44 % изменения не были выявлены. Статистически значимых различий по рентгенологической картине в клинических группах отмечено не было.

Ультразвуковое исследование брюшной полости выполнялось у 41 пациента. В 58,5% случаев не было выявлено патологических изменений. Наиболее часто описывались такие признаки, как наличие в брюшной полости свободной жидкости, маятникообразная перистальтика кишечника, расширение петель кишок. В 22% случаев отмечалось сочетание этих патологических ультразвуковых признаков. Статистически значимых различий по ультразвуковым признакам выявлено не было.

Спиральная КТ с болюсным контрастным усилением выполнялась в 17 % случаев. КТ назначалось при следующих диагнозах: 75% - ОМИ, 25% - ОКН, 25% - острый холецистит

Распределение этих пациентов по группам следующее: 50% - сегментарное поражение, 25% – субтотальное, 25% – тотальное.

Мезентериография выполнялась 4 пациентам (8,5%). Всем пациентам предварительно был выставлен диагноз ОМИ. В ходе исследования диагноз был подтвержден в 100% случаев. Двум пациентам была выполнена механическая тромбоаспирация с реолитической тромбэктомией (рисунок №2). Всем пациентам в последующем потребовалось оперативное вмешательство.

Распределение данных пациентов по группам следующее: 50% - субтотальное поражение, 25% - сегментарное, 25% - тотальное.

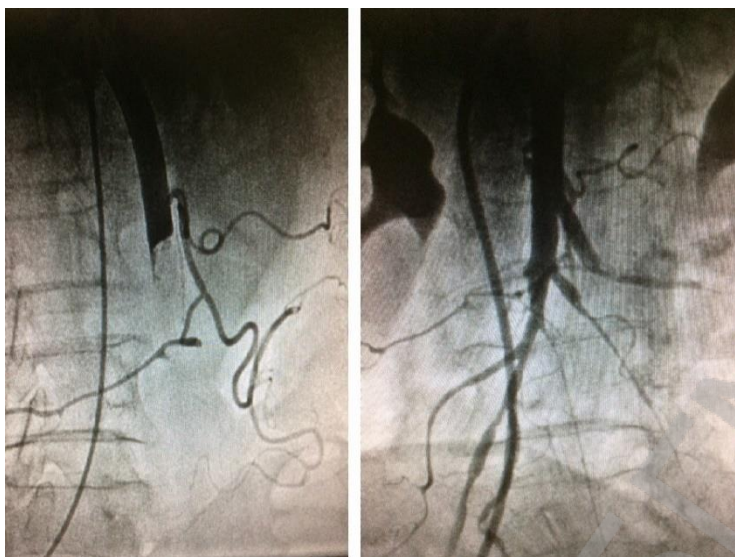


Рисунок 2 – Мезентерикография. До и после механической тромбoаспирации и реолитической тромбэктомии.

Выводы:

1 Используемые рутинно в клинической практике рентгенологические и ультразвуковые методы исследования не являются информативными в отношении диагностики ОМИ.

2 РКТА и ангиография позволяют точно верифицировать патологию сосудов, однако не дают полного представления об объеме поражения кишечника.

E. D. Troshyn

THE ROLE OF RADIATION DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

*Tutor: associate professor A. V. Bolshov,
2nd Department of Surgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk
City Clinical Emergency Hospital, Minsk*

Литература

1. Oliva I.B. и др. ACR appropriateness criteria® imaging of mesenteric ischemia // *Abdom. Imaging*. 2013. Т. 38. № 4. С. 714–719.
2. Reginelli A. и др. Intestinal Ischemia: US-CT findings correlations // *Crit. Ultrasound J*. 2013. Т. 5. № Suppl 1. С. S7.
3. Tilsed J.V.T. и др. ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia // *Eur. J. Trauma Emerg. Surg*. 2016. Т. 42. № 2. С. 253–270.