

Е. А. Кудряшов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. А. В. Буравский,
2-я кафедра хирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

E. A. Kudryashov

THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF MESENTERIC CIRCULATION

*Tutor: assistant A. V. Buravsky
2nd Department of Surgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) обычно определяется как группа заболеваний, характеризующихся прерыванием кровоснабжения различных участков кишечника, приводящее к ишемии и вторичным воспалительным изменениям. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое вмешательство являются основой современного лечения и имеют ключевое значение для снижения высокой летальности, связанной с этой патологией.

Ключевые слова: острое нарушение мезентериального кровообращения, ангиография, летальность.

Resume. Acute mesenteric ischemia (AMI) is characterized as a group of diseases with interruption of blood supply to various parts of the small intestine, leading to ischemia and secondary inflammatory changes. Early diagnosis and timely surgery are the basis of modern treatment and are key to reducing the high mortality associated with this pathology.

Keywords: acute impairment of mesenteric blood circulation, angiography, mortality.

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной хирургии. Возникает вследствие внезапного прерывания кровоснабжения кишки, что приводит к ишемии, повреждению клеток, развитию некроза кишечной стенки и, при отсутствии своевременной диагностики и лечения, в конечном счете, смерти пациента [1]. Отсутствие типичной клинической картины ОНМК и быстрое развитие осложнений изначально формируют сомнительный прогноз. Общая летальность при этой патологии, по данным разных авторов, достигает 80% и более – независимо от характера лечения. Удельный вес пациентов с ОНМК в структуре госпитализированных больных в хирургические стационары в 60–70-е годы прошлого столетия составлял от 0,1% до 0,39%, а в настоящее время находится в пределах 0,05–7,6%, от всех острых хирургических заболеваний [2]. Определяющим фактором для прогрессирования процесса и развития осложнений является время, затраченное на постановку диагноза и выбор тактики лечения.

Цель: Провести анализ результатов лечения пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения и наметить возможные пути снижения летальности.

Задачи:

1. Оценить гендерно-возрастные параметры выборки, характер патологии, состояние пациентов в динамике с учетом лабораторных данных и результатов инструментальных исследований.

2. Изучить технические и временные аспекты диагностики и последующих хирургических и консервативных лечебных мероприятий.

3. Проанализировать непосредственные результаты лечения и летальность.

Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 49 пациентов, находившихся в 2018 году на стационарном лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска по поводу ОНМК и его осложнений. В ходе работы оценивались гендерно-возрастные параметры выборки, характер патологии, технические и временные аспекты диагностики и последующих хирургических и консервативных мероприятий, состояние пациентов в динамике с учетом лабораторных данных и результатов инструментальных исследований, количество летальных исходов. Обработка полученных данных выполнена с применением методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение.

Возраст выборки составил $78,3 \pm 1,8$ лет (от 40 до 97 лет). Из 49 пациентов женщин 30 (61,2%), мужчин – 19 (38,8%). Длительность заболевания до поступления в стационар – $24,0(9,5;72,0)$ часа.

Не существует специфических симптомов, позволяющих достоверно диагностировать острую мезентериальную ишемию (ОМИ) на ранних стадиях [3]. Нами изучена структура поставленных диагнозов до проведения компьютерной томографической ангиографии органов брюшной полости (КТА ОБП) или оперативного вмешательства. Диагнозы направившего учреждения отличаются многообразием, предположение о нарушении мезентериального кровообращения возникло на этом этапе лишь в 10,2% случаев. По результатам обследования на этапе госпитализации картина существенно не отличалась (рисунок 1).

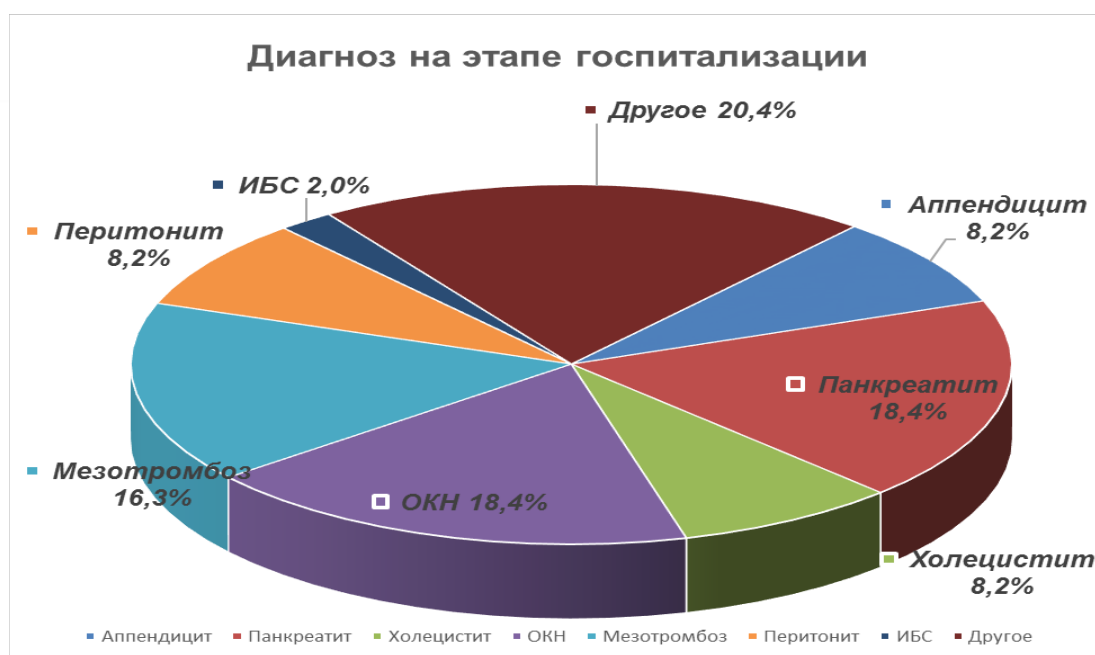


Рис. 1 – Результаты диагностики на этапе госпитализации

Острая мезентериальная ишемия, как правило, ассоциирована с рядом фоно-вых патологий сердечно-сосудистой системы. В результате анализа было установлено, что атеросклероз аорты имели 75,51% пациентов, артериальную гипертензию – 57,14%; фибрилляция предсердий, как основной фактор риска тромбоэмболических осложнений, зарегистрирована у 18,37% пациентов, хроническая сердечная недостаточность – у 51,02%. Сахарный диабет установлен у 18,37% пациентов, онкологическое заболевание – у 8,16%. Указанные цифры подтверждают общепринятое мнение о факторах риска для острой мезентериальной ишемии, главными из которых, безусловно, являются болезни сердечно-сосудистой системы. Это необходимо учитывать в процессе диагностики.

Анализ результатов первичных лабораторных исследований показал наличие у пациентов лейкоцитоза, повышенного уровня мочевины и креатинина (таблица 1). В тематической литературе отмечено, что на сегодняшний день не существует специфических биомаркеров ОМИ, позволяющих достоверно подтвердить диагноз [4, 5].

Табл. 1. Данные лабораторных исследований крови

| Показатель | Результат | Норма |
|-----------------|--|----------------------------|
| Эритроциты | 5,7(4,2;5,1) (10 ¹² л) | 3,6-6 (10 ¹² л) |
| Гемоглобин | 138,0(116,5;151,5) г/л | 120-170 г/л |
| Лейкоциты | 12,7(10,0;20,3) (10 ⁹ л) | 4-9 (10 ⁹ л) |
| Белок общий | 60,3(51,6;72,9) г/л | 66-83 г/л |
| Билирубин общий | 18,2(10,3;20,0) мк- моль/л | 5-21 мкмоль/л |
| АСТ | 42,1(25,7;78,1) Е/л | 0-50 Е/л |

| | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------|
| АЛТ | 27,8(18,1;44,3) Е/л | 0-50 Е/л |
| Глюкоза | 7,4(5,8;13,6) ммоль/л | 4,1-5,9 ммоль/л |
| Амилаза | 53,0(32,8;144,1) Е/л | 22-80 Е/л |
| Мочевина | 10,7(7,9;20,8) ммоль/л | 2,8-7,2 ммоль/л |
| Креатинин | 132,2(106,6;192,7) мкмоль/л | 58-96 мкмоль/л |

Всего оперировано 42 (85,7%) пациента, в том числе 13 – более одного раза. Время от момента госпитализации до операции составило 17,5(1,0;218,0) часов. Первично пациентам выполнилось три вида операций: диагностическая лапароскопия – 10(23,80%) пациентов, диагностическая лапаротомия – 9(21,43%) пациентов, лапаротомия с резекцией – 21 (50%) пациентов.

Общая летальность в выборке составила 61,2%, послеоперационная летальность – 64,3%. Возраст умерших – 81(68;87), возраст выживших – 79(68;91) лет.

Представленные данные свидетельствуют о высокой летальности, как общей, так и послеоперационной, а также низкой эффективности проводимого оперативного лечения. По нашему мнению, причинами могут служить проблемы диагностики, связанные с поздним поступлением пациентов и нечеткой клинической картиной заболевания, что было подтверждено в результате нашего исследования. “Золотым” стандартом диагностики острого нарушения мезентериального кровообращения является КТА органов брюшной полости, которая должна выполняться в максимально ранние сроки – в идеале до 6 часов от начала заболевания [6].

В настоящем исследовании установлено, что из 49 пациентов КТА ОБП была выполнена только 27 пациентам (55,1%).

Из 22 пациентов (44,9%), которым ангиография не выполнялась, оперировано 18 (81,8%) – через 12,0(4,3;43,5) часов от момента госпитализации. Продолжительность стационарного лечения у этих пациентов составила 10,0(3,0;14,0) койко/дней. Летальность в этой группе составила 54,5%.

У пациентов, которым КТА была выполнена, временной интервал от момента госпитализации до проведения данного исследования составил 10,5(3,3;29,3) часов, оперировано среди них 22(81,5%) пациента, через 17,0(7,0;27,0) часов от момента госпитализации, Продолжительность стационарного лечения у этих пациентов составила 6,0(4,0;10,0) койко/дней. Летальность составила 81,8% (18 человек). Рентгенэндоваскулярные операции (РЭВО) выполнены у 2 пациентов, в обоих случаях после проведения КТА ОБП. В первом случае визуализируется критический стеноз верхней брыжеечной артерии (ВБА) в первом сегменте, КТА ОБП выполнена через 6 часов после госпитализации. Во втором – окклюзия одной из ветвей средней трети ВБА, КТА ОБП выполнена через 21 час после госпитализации (рисунок 2).

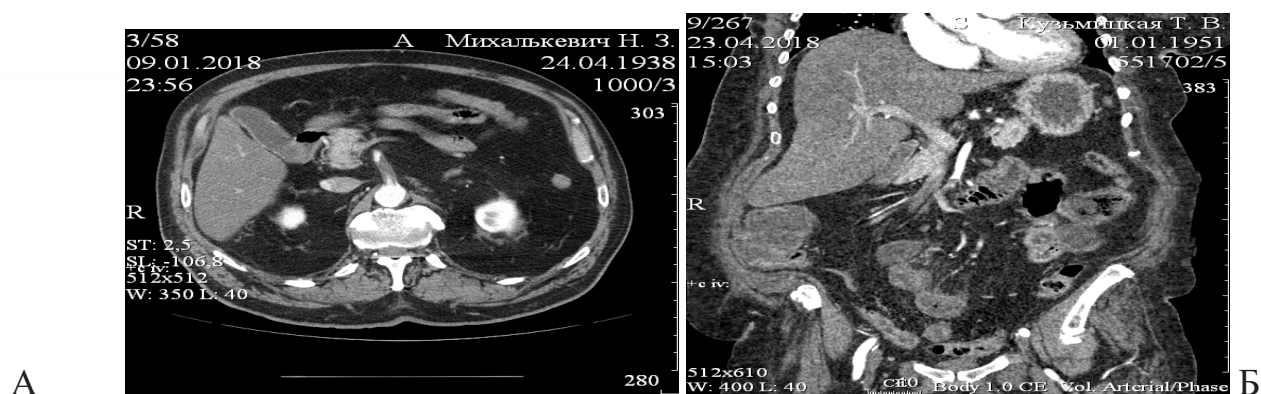


Рис. 2 – Результаты КТ-ангиографии органов брюшной полости:
 А – критический стеноз верхней брыжеечной артерии в первом сегменте;
 Б – окклюзия одной из ветвей средней трети верхней брыжеечной артерии.

В дальнейшем обоим пациентам были выполнены РЭВО. В первом случае через 18 часов после КТА успешно выполнена ангиопластика и стентирование ВБА, получен оптимальный результат. Впоследствии пациент выписан с улучшением, необходимости в полостной операции не возникло. Во втором случае через 7 часов после КТА выполнена попытка тромбаспирации и ангиопластики ВБА в условиях ангиографического кабинета. Кровоток в полной мере восстановить не удалось – осталась окклюзия одной из ветвей средней трети ВБА. Впоследствии пациентка была трижды оперирована по поводу гангрены кишки и последующих осложнений – летальный исход.

Общая летальность при ОМИ, по данным разных авторов, достигает 80% и более – независимо от характера лечения, что было подтверждено в результате нашего исследования. Задержка в диагностике является главной причиной, которая объясняет сохраняющийся и в настоящее время столь высокий показатель летальности, несмотря на клинический опыт и достижения в изучении данной проблемы [7, 8]. В нашем исследовании установлено, что временной интервал от момента госпитализации до проведения данного исследования составил 10,5(3,3;29,3) часов, от момента госпитализации до операции - 17,5(1,0;218,0) часов. На сегодняшний день основой диагностики, по мнению ряда авторов, стоит считать своевременную инструментальную диагностику, а именно КТА ОБП. Данное исследование должно проводиться в максимально короткие сроки от момента начала заболевания (в идеале – в первые 6 часов от начала заболевания) [6].

Выводы:

1. При отсутствии перитонита и подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения КТА ОБП, а также РЭВО, направленная на восстановление кровоснабжения кишечника, должны выполняться на начальных этапах диагностики и лечения в стационаре.

2. У пациентов старшей возрастной группы с болями в животе и неясным диагнозом, в особенности при наличии у этих пациентов фоновой патологии сердечно-сосудистой системы, необходимо чаще использовать КТА ОБП для дифференциальной диагностики в первые часы пребывания в стационаре, что будет способствовать ран-

ней диагностике не только острой мезентериальной ишемии, но и другой патологии органов брюшной полости и сосудов (опухоли, аневризмы и т.д.).

3. В этой ситуации повышенное содержание креатинина и мочевины в крови не должно считаться противопоказанием для проведения КТА ОБП.

Литература

1. Patel A, Kaleya RN, Sammartano RJ. Pathophysiology of mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am.* 1992;72:31–41.

2. Проект протокола (клинические рекомендации) по диагностике и лечению ОСТРОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ (Багдасаров В.В, Багдасарова Е.А., Атаян А.А. / Первый Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова) Москва 2014г.

3. Wyers MC. Acute mesenteric ischemia: diagnostic approach and surgical treatment. *Semin Vasc Surg.* 2010;23:9–20.

4. Evennett NJ, Petrov MS, Mittal A, Windsor JA. Systematic review and pooled estimates for the diagnostic accuracy of serological markers for intestinal ischemia. *World J Surg.* 2009;33:1374–83.

5. Powell A, Armstrong P. Plasma biomarkers for early diagnosis of acute intestinal ischemia. *Semin Vasc Surg.* 2014;27:170–5.

6. Bala et al. *World Journal of Emergency Surgery* (2017) 12:38 DOI 10.1186/s13017-017-0150-5

7. Bradbury AW, Brittenden J, McBride K, Ruckley CV. Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg.* 1995;82:1446–59.

8. Kassahun WT, Schulz T, Richter O, Hauss J. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six year review. *Langenbeck's Arch Surg.* 2008;393:163–71.