

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

З.А. Артамонова, Е.В. Намоконов

Читинская государственная медицинская академия,
zoyaartamonova@mail.ru, namev@mail.ru

Введение. Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – экстренная патология органов брюшной полости, возникающая вследствие недостаточности мезентериального кровообращения и сопровождающаяся высокой (85 – 100%) летальностью, не имеющей тенденции к снижению [3]. Острая мезентериальная ишемия входит в структуру ишемической болезни кишечника [2].

Проблема данной патологии заключается в том, что в клинической практике последняя распознается, когда она уже привела к гангрене кишки и даже полное удаление гангренозно – измененной кишки не всегда предотвращает органную недостаточность и летальный исход [3]. Следовательно, результаты оказания помощи больным с ОМИ зависят во многом от раннего распознавания ее и патогенетической терапии, направленной на восстановление кровотока.

Тенденция к «омоложению» сосудистой патологии в современном мире лишней раз подчеркивает актуальность рассмотрения данной проблемы.

Цель работы – проанализировать клиничко–лабораторные особенности течения острой мезентериальной ишемии и наметить возможные пути улучшения оказания помощи больным этой категории в условиях неспециализированного многопрофильного лечебного учреждения.

Материал и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ течения и исхода ОМИ у пациентов, находившихся на лечении в отделении общей хирургии НУЗ ДКБ г. Чита в 2003–2010 г, а также анализ протоколов аутопсий данной категории лиц. Всего проанализировано 40 случаев ОМИ у больных в возрасте от 49 до 97 лет. Мужчин было 56,3%, женщин – 43,7%.

Диагностику острой мезентериальной ишемии строили на основе учета клинической картины, факторов риска, данных лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и УЗ–исследований, лапароскопии. Результаты сопоставляли с интраоперационными и аутопсийными данными.

В зависимости от стадии заболевания выполняли резекцию кишечника с запрограммированными релапаротомиями или ограничивались диагностической лапаротомией/скопией.

Результаты и обсуждение. Всего проанализировано 40 случаев ОМИ у больных в возрасте от 49 до 97 лет. По нашим данным, смертность от ОМИ превышает 90%. Средний возраст составил 71 год, причем значимых различий по этому критерию у мужчин и женщин нами выявлено не было. Особое значение в диагностике имеет правильно и детально собранный анамнез, в котором практически все пациенты отмечают признаки интестинальной недостаточности, как проявления ишемической болезни кишечника (при тромботическом варианте ишемии).

Частота сочетания ОМИ с другими заболеваниями была следующей: у 58,3 % выявлены нарушения ритма в виде фибрилляций или мерцательной аритмии, 50% страдали артериальной гипертен-

зией, 25% пациентов страдали ЖКБ, 33,3% – ХОБЛ, в 100% отмечалось атеросклеротическое поражение аорты и ее ветвей. 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.

Неспецифичны также рентгенологические данные (пневматизация дистальных отделов кишечника, горизонтальные уровни жидкости, т.е. признаки динамической кишечной непроходимости) и результаты УЗ обследования, которое выполнялось в 53,5 % случаев (на ранних сроках, т.е. до распространения некроза на все слои кишечной стенки и развития перитонита УЗИ было не информативным), 38,5 % пациентов были обследованы эндоскопически, лишь в одном случае выявлен только смешанный гастрит, в остальных же случаях диагностированы острые эрозивные поражения желудка и пищевода. Не зависимо от сроков госпитализации в 91,6% случаев можно говорить об ССВР (снижение тромбоцитов на 30% в сутки, лейкоцитоз (более 12000) с наличием не менее 10% незрелых форм, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с токсической дегенерацией нейтрофилов, гиперкоагуляция (АЧТВ менее 27), артериальная гипотензия (более суток АД менее 75% от нормы). Относительно специфичными для ОМИ считаются: повышение уровня D-димеров и лактата [1], повышение же уровня амилазы выявлено не было. Так же можно отметить протеинурию, которая выявлялась в 91,6 % случаев и которую можно объяснить развитием токсического нефроза на фоне некроза кишечника. В таблице № 1 мы постарались отразить перечисленные симптомы в сравнении с таковыми при остром панкреатите [4].

Таблица 1

Симптомы/нозология	Острая мезентериальная ишемия	Острый панкреатит
наличие в анамнезе проявлений ишемической болезни кишечника	характерно	Не характерно
выраженный болевой синдром	Схваткообразная интенсивная боль в параумбиликальной области, плохо купируется	Постоянная боль в эпигастрии, левом подреберье, иррадиирующая в спину, хорошо купируется
Объективный осмотр	Живот мягкий, перитонеальные симптомы отрицательные	Передняя брюшная стенка резистентна, перитонеальные симптомы отрицательные
многократная рвота	Не приносит облегчения	Не приносит облегчения
мягкий стул	характерен	возможен
мелена	характерна	Не характерна
Картина белой крови	Умеренный лейкоцитоз с наличием не менее 10% незрелых форм	Умеренный лейкоцитоз
повышение уровня D-димера, лактата	характерно	Не характерно
склонность к гиперкоагуляции	характерна	Не характерна
Синдром сосудистых проявлений	характерен	характерен
уровень амилазы, диастазы	Не повышен	повышены
Дополнительные симптомы		
эрозивное поражение желудка, пищевода	характерно	характерно
интоксикационный синдром средней/тяжелой степени тяжести	характерно	характерно
протеинурия	характерна	характерна
токсическая дегенерация нейтрофилов	характерна	При тяжелом течении
снижение уровня тромбоцитов в динамике	характерно	При тяжелом течении

Возможности лапароскопии ограничены, как правило, распознаванием болезни в позднюю стадию – развития некроза кишки [1]. Представляет так же клинический интерес динамика лабораторных показателей у пациентов с ОМИ (таб. № 2).

Таблица 2

Лабораторные показатели	Исходные	Через 12 часов от момента поступления	Через 24 часа от момента поступления
Лейкоциты(10/9/л)	17,7	16,4	14,3
Палочкоядерные нейтрофилы (%)	21	36,8	36,3, появляются юные формы
Тромбоциты (10/12)	190,6	135,3	107,8
Токсическая зернистость нейтрофилов	++	+++	++++

Диагноз был правильно установлен на догоспитальном этапе только у 1,2% пациентов, при госпитализации – 23,8%, а у 75% – только во время операции. Поздняя диагностика в большинстве случаев приводила к значительной задержке с началом этиопатогенетического лечения. Так только 16.6 % больных до операции получали антикоагулянты, двое больных в первые сутки получали гемостатическую терапию по поводу кишечного кровотечения.

Причиной неблагоприятных исходов в большинстве случаев явились прогрессирующие ишемические изменения в кишечной стенке, поздняя диагностика и ошибки в лечении.

Выводы. Из-за отсутствия специфических клинических и лабораторных проявлений, недоступности применения точных методов исследования (ангиография, дуплексное сканирование) диагноз острая мезентериальная ишемия распознается поздно, в подавляющем большинстве наблюдений во время лапаротомии. Мы считаем, что оптимальным является установление диагноза в первые 12 часов от момента начала заболевания, то есть до распространения некроза на все слои кишечной стенки, когда еще возможно обойтись без резекции кишки и прервать порочный круг патогенеза острой мезентериальной ишемии.

Выявление перечисленных симптомов у лиц из группы риска позволяет выставить диагноз острой мезентериальной ишемии в первые часы заболевания и начать патогенетическую терапию параллельно с дообследованием больного.

Литература

1. Долгов, В.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза / В.В. Долгов, П.В. Свиринов // М.:ООО Триада 2005
2. Чернов, В.Н. Диагностика и лечебная тактика при синдроме абдоминальной ишемии/В.Н Чернов, А.Н. Ковалев / Хирургия.– 2010.–№.–3 с.16–19.
3. Клиническая хирургия. Национальное руководство./Под ред.В.С. Савельева, А.И. Кириенко.М.:ГЭОТАР– Медиа, 2009.–Т 2–832 с.
4. Лобанов, С.Л. Современные подходы к лечению острого панкреатита/ С.Л. Лобанов, А.В. Степанов, Л.С. Лобанов/Чита: ИИЦ ЧГМА 2008–160 с.