

В помощь практическому врачу

УДК 616.34:616.13

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

А. С. Сухаруков¹ *,
Д. В. Нарезкин¹, доктор медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, Россия, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28

РЕЗЮМЕ Проведен анализ клинической картины заболевания у 102 больных, у которых при патологоанатомическом вскрытии выявлен тромбоз мезентеральных сосудов.

Описаны жалобы пациентов и тактика врачей амбулаторного звена и хирургического стационара. Предложен алгоритм диагностики острых нарушений мезентерального кровообращения.

Ключевые слова: диагностика, нарушения мезентерального кровообращения.

* Ответственный за переписку (corresponding author): aleks170994@yandex.ru.

Острые нарушения мезентерального кровообращения, безусловно, являются актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. Это одно из самых тяжелых заболеваний органов брюшной полости, встречающихся в практической деятельности хирурга. По данным различных литературных источников, частота встречаемости данного заболевания в хирургических стационарах варьирует от 0,09 до 7,6 % [1,2], чаще встречаясь у мужчин [3].

Данный синдром выявляется примерно у 3,2 % пациентов гастроэнтерологических и терапевтических отделений [4]. У лиц старше 75 лет мезентеральный тромбоз является более частой причиной острого живота по сравнению с острым аппендицитом и расслоением аневризмы брюшного отдела аорты [5–8]. Согласно данным литературы, при мезентеральном тромбозе смертность варьирует от 59–93 %, а послеоперационная летальность может составлять до 80,7 % [9, 10].

С целью обобщения опыта диагностики данного состояния нами проведен ретроспективный анализ ведения больных, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России на базе ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленска в 2013–2018 гг.

Проанализирован 2821 протокол патологоанатомического исследования, тромбоз мезентеральных сосудов был зарегистрирован в 102 (3,62 %) случаях: у 75 женщин и 27 мужчин. Средний возраст пациентов на момент смерти составил $79,09 \pm 8,09$ года (от 50 до 91 года).

Время пребывания больных в стационаре – в среднем $2,03 \pm 1,9$ дня (от одного часа до 11 суток).

При поступлении большинство пациентов предъявляло жалобы на боли в животе – 78 человек (76,5 %), неустойчивый стул – 84 (82,4 %), рвоту – 46 (45,0 %). У 15 больных (14,7 %) жалобы не были связаны с органами брюшной полости: одышка – у 7 (6,9 %), кашель – у 3 (2,9 %), повышение температуры тела – у 2 (1,9 %), боли в области сердца – у 4 (3,9 %) и др. У 7 пациентов ведущей жалобой были боли в ногах, 5 из них имели гангрену нижней конечности, а двое других – перелом соответствующей локализации. Один больной был госпитализирован в состоянии комы.

Большинство пациентов – 71 (69,6 %) – госпитализированы позднее 24 часов от начала клинических проявлений, в первые 6 часов – 14 (13,7 %), в сроки 6–12 часов – 9 (8,8 %), 12–24 часа – 8 (7,8 %). Диагнозы, с которыми больные доставлялись бригадой скорой медицинской помощи, выглядели следующим образом: острый панкреатит – у 46,1 %, острый холецистит – у 7,8 %, перфоративная язва – у 5,9 %, кишечная непроходимость – у 15,7 % и др.

При поступлении в стационар врач-хирург приемного отделения диагностировал мезентеральный тромбоз только у 18,6 % пациентов, при этом у 14 (13,7 %) хирургическая патология была полностью исключена и больные были госпитализированы в смежные отделения. В условиях приемного отделения хирургического стационара структура диагнозов у 102 умерших была следующей: тромбоз мезенте-

риальных сосудов – у 18,6 %, острый панкреатит – у 38,2 %, острый калькулезный холецистит – у 6,9 %, перфоративная язва – у 5,9 %, динамическая кишечная непроходимость – у 10,8 %, желудочно-кишечное кровотечение – у 3,9 %, ущемленная грыжа – у 1,9 %.

В хирургическом отделении у 94 (92,16 %) больных был выявлен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. По результатам общего анализа крови среднее количество лейкоцитов составило $16,7 \pm 4,1 \times 10^9/\text{л}$ (от 10,6 до $41,6 \times 10^9/\text{л}$). В восьми случаях показатели общего анализа крови находились в пределах референсных значений. У 92,2 % пациентов было произведено исследование мочи (у остальных моча отсутствовала). В моче у 32 (34,0 %) больных были обнаружены лейкоциты, у 48 (51,1 %) – следы белка, у 19 (20,2 %) – гематурия.

УЗИ органов брюшной полости было проведено 75 пациентам (73,53 %). Диффузные изменения поджелудочной железы были выявлены у 49 (65,3 %), эхопризнаки острого калькулезного холецистита – у 7 (9,3 %), хронического калькулезного холецистита – у 42 (56,0 %). У 62 (82,7 %) была обнаружена жидкость в брюшной полости, у 42 (56,0 %) – признаки пареза кишечника в виде перераспухания его петель.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости была выполнена 82 больным (80,4 %), по ее результатам признаки кишечной непроходимости выявлены у 11 (12,4 %), подозрение на перфорацию полого органа – у 6 (7,3 %).

Все пациенты в приемном отделении были осмотрены врачом-терапевтом. В большинстве случаев у них имелась выраженная сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца – в 100 %, артериальная гипертензия – в 89,2 %, мерцательная аритмия – в 82,4 %, хроническая сердечная недостаточность – в 80,4 % случаев. Хронический гастрит выявлен у 65,7 % больных, сахарный диабет – у 85,3 %, хронический гломерулонефрит – у 30,4 %, хроническая обструктивная болезнь легких – у 28,4 %, мочекаменная болезнь – у 39,2 %, ожирение – у 18,6 %.

Оперативному лечению подверглось 76 пациентов (74,5 %), 26 (25,5 %) не были прооперированы. Чаще выполнялась диагностическая лапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости – у 42 (55,3 %), диагностическая лапаротомия с последующей санацией и дренированием брюшной полости – у 24 (31,6 %) больных. Субтотальная резекция тонкой кишки потребовалась 2 (2,6 %) пациентам, гемиколэктомия левосторонняя – 2 (2,6 %), правосторонняя – 6 (7,9 %).

Изначально 23 больных находились в смежных отделениях по поводу другой патологии. Трое пребывали в стационаре в крайне тяжелом состоянии всего

несколько часов; у них не удалось стабилизировать состояние консервативной терапией для последующего оперативного лечения.

У 66 пациентов, которым выполнялась диагностическая лапаротомия и лапароскопия, тонкая и толстая кишки имели бурый цвет, были тусклыми, с очагами некрозов, в брюшной полости определялся экссудат. Ситуация была расценена как тотальный некроз тонкой и толстой кишки, в результате данные больные были признаны некурабельными.

Заключительные клинические диагнозы по основному заболеванию распределились следующим образом: тромбоз мезентериальных сосудов был установлен в 92 (90,2 %) случаях, острая печеночная недостаточность – в 3 (2,9 %), острый коронарный синдром – в 2 (1,9 %), внебольничная пневмония – в 2 (1,9 %), рак молочной железы T4N0M0 – в одном (0,98 %), генерализованный атеросклероз – в 2 (1,9 %).

При патологоанатомическом вскрытии тромбоз артерий был выявлен у 77 умерших (75,5 %), эмболия в мезентериальные артерии – у 12 (11,8 %), тромбоз вен – у 13 (12,7 %). Тромботические массы в чревном стволе были обнаружены у 4 больных (5,2 %), в верхней брыжеечной артерии – у 73 (94,8 %). Тромботические массы только в I сегменте выявлены у 23 (31,5 %) больных, в I и II сегментах – у 41 (40,2 %), в I, II и III – у 5 (6,6 %), в I и III – у 3 (4,1 %). При этом уровень поражения кишечника оказался разным. Так, тотальное поражение тонкой кишки наблюдалось у 53 пациентов (51,9 %), терминального отдела тощей и всей подвздошной кишки – у 6 (5,9 %), слепой и восходящего отдела толстой кишки – у 7 (6,9 %), подвздошной кишки – у 2 (1,9 %), левой половины ободочной кишки – у 4 (3,9 %). Тотальный некроз тонкой и толстой кишок выявлен у 30 (29,4 %) больных.

В 98 из 102 проанализированных случаев при патологоанатомическом исследовании был обнаружен перитонит: у 35 пациентов (36,7%) – серозный, у 14 (14,4 %) – фибринозный, у 9 (9,2 %) – гнойный, у 31 (30,4 %) – фибринозно-гнойный, у 9 (9,2 %) – геморрагический.

Учитывая неудовлетворительные результаты диагностики рассматриваемого состояния и исходя из анализа собственных данных и литературных источников, нами предложен алгоритм диагностики мезентериального тромбоза у пациентов, поступающих в клинику с диагнозом «Острый живот» (рис.).

Авторы выражают надежду, что выполненное исследование и предложенный алгоритм будут способствовать улучшению результатов диагностики такой тяжелой патологии, как тромбоз мезентериальных сосудов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Багдасаров, В. В. Острые сосудистые болезни кишечника (острая интестинальная ишемия) / В. В. Багдасаров, Е. А. Багдасарова, А. А. Атаян. – Москва : Первый ГМУ им. И.М. Сеченова, 2014.
2. Битюков С. Л. Результаты лечения острого мезентериального тромбоза в условиях общехирургического стационара / С. Л. Битюков, В. В. Демиденко // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. – 2019. – Т. 17, № 1. – С. 3–6.
3. Ойроткинова, О. Ш. Дифференциальные подходы к диагностике хронической абдоминальной ишемии / О. Ш. Ойроткинова, С. А. Белякин, Д. А. Мироненко // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 2. – С. 64–68.
4. Kärkkäinen, J. M. Acute mesenteric ischemia (PART I) – Incidence, etiologies, and how to improve early diagnosis / J. M. Kärkkäinen, S. Acosta // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2017. – Vol. 31, № 1. – P. 15–25.
5. Sise, M. J. Mesenteric ischemia: the whole spectrum / M. J. Sise // Scandinavian Journal of Surgery. – 2010. – Vol. 99, № 2. – P. 106–110.
6. The importance of open emergency surgery in the treatment of acute mesenteric ischemia / Mansur Duran, E. Pohl, K. Grabitz [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2015. – № 26. – P. 10–45.
7. Acosta, S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications / S. Acosta // Seminars in Vascular Surgery. – 2010. – Vol. 23, № 1. – P. 4–8.
8. Игнатъев, В. Г. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов / В. Г. Игнатъев // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2012. – Т. 86, № 4. – С. 55–56.
9. Пути оптимизации лечения больных с мезентериальным тромбозом в муниципальных учреждениях здравоохранения малых городов и сельской местности / Т. В. Алексеев, К. Н. Мовчан, А. И. Безносов [и др.] // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169, № 2. – С. 92–95.

OUTSTANDING QUESTIONS OF THE DIAGNOSIS OF ACUTE DISORDERS OF MESENTERIC BLOOD CIRCULATION

A. S. Sukharukov, D. V. Narezkin

ABSTRACT. The authors analyzed clinical aspect of the disease in 102 persons in which the thrombosis of mesenteric vessels was revealed after post-mortem examination.

Complaints of the patients and medical tactics of out-patient department and surgical hospital were described. The algorithm of the diagnosis of acute disorders of mesenteric blood circulation was suggested.

Key words: diagnosis, disorders of mesenteric blood circulation