

## В помощь практическому врачу

УДК 616.34:616.13

### НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

А. С. Сухаруков<sup>1</sup> \*,  
Д. В. Нарезкин<sup>1</sup>, доктор медицинских наук

<sup>1</sup> 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](mailto: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 черевном 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 // Архивв 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. Игнатьев, В. Г. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов / В. Г. Игнатьев // 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