КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 612.017.1; 617-022

З.А. Аргамонова¹, Е.В. Намоконов²КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2» ОАО РЖД (Чита)² ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)

Целью нашего исследования являлся анализ клинико-лабораторных особенностей течения острой мезентериальной ишемии и выявление возможных путей улучшения оказания помощи больным этой категории в условиях неспециализированного многопрофильного лечебного учреждения. В основу работы положен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении общей хирургии НУЗ ДКБ г. Читы в 2007–2011 гг. с острой мезентериальной ишемией, а также анализ протоколов аутопсий данной категории лиц. Анализ клинической документации позволил выявить ряд симптомов, наличие которых у лиц группы риска по острой мезентериальной ишемии позволяет установить диагноз и начать патогенетическую терапию в первые часы от момента начала заболевания.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, диагностика

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA COURSE

Z.A. Artamonova¹, E.V. Namokonov²¹ Railway Clinical Hospital at the Chita II Railway Station of Russian Railways Ltd., Chita² Chita State Medical Academy, Chita

The aim of our study was to analyze clinical and laboratory features of acute mesenteric ischemia course and to reveal possible ways to improve patients care in this category in non-specialized multidisciplinary medical institution. The study is based on the analysis of case histories of patients treated in the ward of general surgery of Railway Clinical Hospital of Chita in 2007–2011 years with acute mesenteric ischemia as well as the analysis of autopsy protocols of this category of patients. Analysis of clinical records revealed a number of symptoms, the presence of which in people of group of risk on the acute mesenteric ischemia allows to diagnose and to start pathogenetic therapy in the first hours of the disease.

Key words: acute mesenteric ischemia, diagnosis

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 [1, 5]. Следовательно, результаты оказания помощи больным с ОМИ зависят во многом от раннего распознавания данной патологии и своевременно начатой патогенетической терапии, направленной на восстановление кровотока.

Цель работы — проанализировать клинико-лабораторные особенности течения острой мезентериальной ишемии и наметить возможные

пути улучшения оказания помощи больным этой категории в условиях неспециализированного многопрофильного лечебного учреждения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ течения и исхода ОМИ у пациентов, находившихся на лечении в отделении общей хирургии НУЗ ДКБ г. Читы в 2007–2011 гг., а также анализ протоколов аутопсий данной категории лиц. Всего под наблюдением находилось 40 больных с ОМИ в возрасте от 49 до 97 лет. Мужчин было 56,3%, женщин — 33,7%. Диагностику острой мезентериальной ишемии строили на основе учета клинической картины, факторов риска, данных лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и УЗ-исследований, лапароскопии. В зависимости от стадии заболевания выполняли резекцию кишечника с запрограммированными релапаротомиями или ограничивались диагностической лапароскопией.

Определение в сыворотке крови показателей ферментной антиоксидантной системы организма

исследовали методом А.И. Карпищенко [4]. Исследования проводили сразу при поступлении в стационар и через 12 часов. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. В работе с обследуемыми лицами соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki; 1964, 2000 — поправки) и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для связанных и не связанных между собой наблюдений, а также вычислен показатель достоверности различий (*P*) при помощи электронной программы (Microsoft Office 2003 for Windows XP Professional).

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 % пациентов выявлены нарушения ритма в виде фибрилляций или мерцательной аритмии, 50 % страдали артериальной гипертензией, 25 % пациентов страдали ЖКБ, 33,3 % — ХОБЛ, в 100 % случаев 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 желчекаменная 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), 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. Независимо от сроков госпитализации в 91,6 % случаев можно говорить о развитии синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), что проявлялось в снижении тромбоцитов на 30 % по отношению к исходным данным, нарастании лейкоцитоза с наличием не менее 10 % незрелых форм лейкоцитов, сдвигом лейкоцитарной формулы влево с токсической дегенерацией нейтрофилов и, как правило, повышением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Характерным лабораторным критерием, исследованным в эритроцитах крови у 20 пациентов, было снижение активности антиоксидантных эндогенных ферментов уже в первые часы от госпитализации, что выражалось в снижении концентрации глутатионпероксидазы на 30 % и глутатиредуктазы — на 25 % по отношению к нормальным величинам (табл. 1).

В большинстве случаев у больных с ОМИ наблюдались признаки гиперкоагуляции (снижение АЧТВ, повышение уровня D-димера), в анализах мочи в 96,1 % случаев отмечалась протеинурия, которую можно объяснить развитием токсического нефроза на фоне некроза кишечника. Повышения амилазы в сыворотке крови выявлено не было. Возможности лапароскопии ограничены, как правило, распознаванием болезни в позднюю стадию — развития некроза.

Таблица 1
Динамика лабораторных показателей у больных с острой мезентериальной ишемией (M ± m)

Исследуемые показатели	Контроль (n = 15)	Группа больных	
		Часы исследования	
		через 1–2 часа	через 12 часов
Общий анализ крови (n = 40)			
Лейкоциты (абс. число в 1 мкл)	7210 ± 125	10249 ± 148*	13100 ± 136* p < 0,001
Тромбоциты (абс. число в 1 мкл)	214000 ± 1432	178000 ± 1213*	119000 ± 1099* p < 0,001
ЛИИ (усл. ед.)	1,10 ± 0,05	2,93 ± 0,03*	3,43 ± 0,01* p < 0,01
Эндогенные антиоксидантные ферменты (n = 20)			
Активность глутатионпероксидазы эритроцитов, мкмоль/с × мг белка	183,80 ± 4,90	104,56 ± 3,14*	74,56 ± 2,11* p < 0001
Активность глутатиредуктазы эритроцитов, мкмоль/с × мг белка	78,70 ± 3,33	48,70 ± 2,31*	38,70 ± 1,12* p < 0,05

Примечание: n – количество наблюдений; * – различия достоверны по сравнению с контролем; p – уровень значимости достоверных различий между 1-м и 2-м исследованием.

Диагноз был правильно установлен на догоспитальном этапе только у 1,2 % пациентов, при госпитализации — у 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 некроза на все слои кишечной стенки, когда еще возможно обойтись без резекции кишки и прервать порочный

круг патогенеза острой мезентериальной ишемии. Объективным методом критерия развития ОМИ в совокупности с анамнезом и жалобами больного может служить определение показателей антиоксидантной защиты организма.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгов В.В., Свирин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. — М.: ООО Триада, 2005. — 227 с.
2. Клиническая хирургия. Национальное руководство / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 2. — 832 с.
3. Лобанов С.Л., Степанов А.В., Лобанов Л.С. Современные подходы к лечению острого панкреатита. — Чита: ИИЦ ЧГМА, 2008. — 160 с.
4. Медицинские лабораторные технологии. Справочник / Под ред. А.И. Карпищенко. — СПб.: Интермедика, 2002. — 600 с.
5. Чернов В.Н., Ковалев А.Н. Диагностика и лечебная тактика при синдроме абдоминальной ишемии // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 16 — 19.

Сведения об авторах

Артамонова Зоя Александровна — врач-хирург отделения общей хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита 2» ОАО РЖД, заочный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а; тел.: 8 (914) 477-64-59; e-mail: zoyaartamonova@mail.ru)

Намоконов Евгений Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (e-mail: namokonovev@mail.ru)