



І.Г. Криворчук

## КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ

Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

**Мета роботи** — визначити основні чинники ризику розвитку гострої мезентеріальної ішемії (ГМІ), проаналізувати попередні клінічні діагнози, частоту застосування різних видів оперативних втручань та результатів патолого-анатомічних розтинів.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів з ГМІ, які перебували на лікуванні у хірургічній клініці Олександрівської клінічної лікарні м. Києва у період з 2000 до 2009 р.

**Результати та обговорення.** ГМІ є потенційно фатальною судинною патологією з високою смертністю (85 %). Часто маскується під гострий панкреатит, холецистит, кишкову непрохідність. Запідозрити наявність ГМІ можна у пацієнтів віком понад 60 років з фібриляцією передсердь, перенесеним інфарктом міокарда, серцевою недостатністю, які скаржаться на абдомінальний біль з мінімальними фізикальними даними. Явища перитоніту в поєднанні з поліорганною недостатністю вважали причиною смерті у 130 пацієнтів.

**Висновки.** Рання діагностика, швидке та своєчасне лікування підвищують шанси на виживання. Для раннього встановлення попереднього діагнозу важливе значення мають дані анамнезу та фізикального обстеження. Досі не існує специфічних лабораторних тестів та скринінгових методів обстеження. Невпевненість щодо кровообігу в межах резекції кишки визначає необхідність ширшого використання програмованої релапаротомії або second look лапароскопії.

**Ключові слова:** гостра мезентеріальна ішемія, летальність, діагностика, лікування.

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) — екстрена судинна патологія органів черевної порожнини, що супроводжується високою (85—100 %) летальністю, яка, незважаючи на розвиток медицини, не має тенденції до зниження [1, 2, 5]. Хоча кількість наукових досліджень, присвячених пошуку методів діагностики ГМІ зростала, це не сприяло суттєвому поліпшенню якості діагностики та результатів лікування [3, 4].

**Мета роботи** — визначити основні чинники ризику розвитку гострої мезентеріальної ішемії, проаналізувати попередні клінічні діагнози, частоту застосування різних видів оперативних втручань та результати патолого-анатомічних розтинів.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано 150 історій хвороб пацієнтів з ГМІ, які перебували на лікуванні в хірургічній клініці Олександрівської клінічної лікарні м. Києва у період з 2000 до 2009 р.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих було 90 (60 %) жінок і 60 (40 %) чоловіків. 65 (43,4 %) хворих були віком понад 70 років, ще 28 (18,6 %) — понад 80 років (рис. 1). Отже, більше половини пацієнтів були похилого і старечого віку. Наявність супутньої патології та похилий вік пояснюють високу частоту ГМІ у цієї категорії хворих.

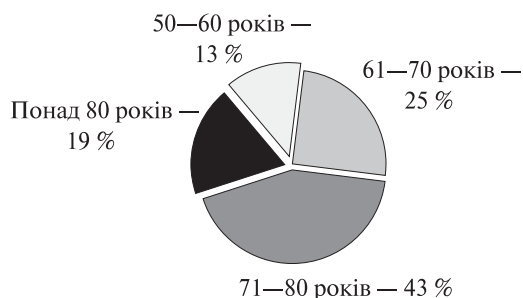


Рис. 1. Розподіл хворих з гострою мезентеріальною ішемією за віком

Із супутніх захворювань найчастіше діагностували порушення серцевого ритму, переважно у вигляді фібриляції передсердь (рис. 2), ішемічну хворобу серця, захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит, панкреатит, гепатит), онкологічні захворювання. Цукровий діабет як один із чинників ризику розвитку ГМІ виявлено у третини хворих.

Велика частота серцево-судинних захворювань та цукрового діабету в пацієнтів певною мірою пояснює наявність у них гострої мезентеріальної ішемії. На тлі поширення серцево-судинних захворювань оклюзія мезентеріальних судин — одна з важливих причин смертності населення. У нашому дослідженні рівень смертності становив 86,6 % (130 випадків). Більшість з тих, що вижили (13 (65 %)), були віком менше 60 років і госпіталізовані в клініку з початковими ознаками перитоніту. Отже, висока смертність у пацієнтів похилого віку з ГМІ, зумовлена не лише тяжкою хірургічною патологією, а й супутніми захворюваннями (серцево-судинна та онкологічна патологія, цукровий діабет тощо).

Зазначене вище пояснює ускладнений перебіг, розвиток гнійно-септичних ускладнень, перитоніту, поліорганної недостатності, незворотного шоку та смерті. Водночас, на відміну від оклюзії коронарних, церебральних артерій та периферичних вен, гостру непрохідність брижових артерій та вен діагностують значно пізніше, відповідно пізніше розпочинають лікувальний процес і, як наслідок, це зумовлює надзвичайно високу летальність, яка переважає таку при інфаркті міокарда та інсультах.

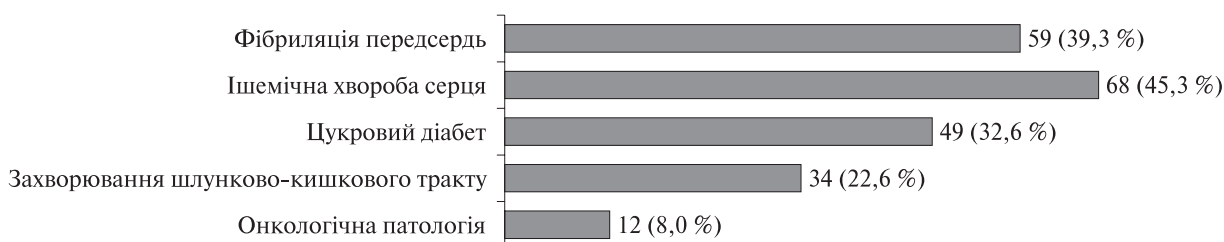


Рис. 2. Частота виявлення супутньої патології у досліджуваних хворих

Т а б л и ц я  
Частота та види оперативних втручань у хворих на гостру мезентеріальну ішемію

Вид операції	Кількість хворих
Резекція кишки	87 (70,1 %)
Правобічна геміколектомія	40 (32,3 %)
Резекція тонкої кишки	28 (22,5 %)
Резекція товстої кишки	10 (8,06 %)
Субтотальна резекція кишечника	9 (7,2 %)
Випадки визнано некурабельними	37 (29,8 %)
Разом	124 (82,6 %)

У 90 (58,8 %) хворих період від появи перших симптомів захворювання до госпіталізації тривав понад 48 год, 9 (6 %) хворих були госпіталізовані протягом 6–12 год і лише 8 (5,4 %) — до 6 год.

На догоспітальному етапі ГМІ діагностовано у 18 (12 %) хворих, під час обстеження в хірургічній клініці — у 68 (45,3 %), під час операції — у 64 (42,6 %) хворих. Низька частота ранньої діагностики цієї патології зумовлює високий рівень ускладнень та летальності.

Прооперовано 124 (82,5 %) пацієнтів. При проведенні діагностичної лапароскопії у 37 (24,6 %) хворих ГМІ визнано некурабельною через розвиток тотального некрозу, гангрени тонкого та товстого кишечника.

У строки до 6 год від моменту госпіталізації прооперовано 38 (25,3 %) пацієнтів. Резекцію кишки визнано можливою і виконано у 87 (70,1 %) хворих (враховуючи тих, кому проведено діагностичну лапароскопію; таблиця). Релапаротомію з приводу повторного тромбозу, явищ перитоніту проведено у 26 (17,3 %) хворих.

Проаналізовано попередні клінічні діагнози, які встановлювали хворим до проведення спеціального обстеження або інтраопераційної верифікації (рис. 3). Переважно діагностували панкреатит, рідше — кишкову непрохідність, перитоніт неясної етіології, гострий холецистит. Лише у 18 (12 %) хворих встановлено попередній діагноз «гострий

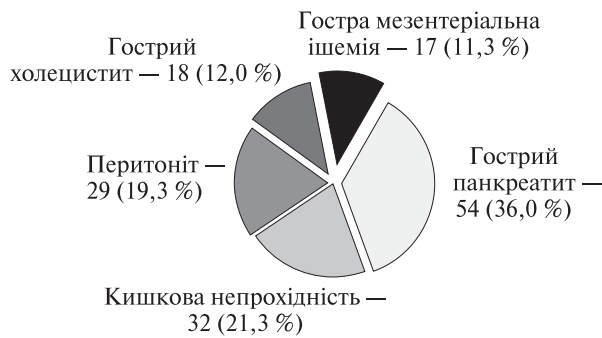


Рис. 3. Частота встановлення попередніх клінічних діагнозів у хворих з гострою мезентеріальною ішемією

мезентеріальний тромбоз». Таким чином, кожний третій випадок найчастіше імітував гострий панкреатит, а кожний п'ятий перебігав під маскою кишкової непрохідності.

Пацієнтам проводили загальноклінічні, біохімічні аналізи, ультразвукове та рентгенографічне обстеження органів черевної порожнини. У загальному аналізі крові часто спостерігали лейкоцитоз, але цей симптом не є специфічним маркером. Вміст лактату в крові, амілази, креатинфосфокінази, С-реактивного протеїну, іноді в стадії некрозу кишки, незначно перевищував норму. Підвищений рівень D-димеру, який часто виявляють у хворих з ГМІ, реєструють також при інших нозологіях — фібриляції передсердь, інфаркті міокарда, тромбофлебіті тощо, що зумовлює встановлення хибнопозитивних діагнозів.

У зв'язку з тяжким станом хворих, стрімким наростанням ознак перитоніту пацієнтам зазвичай не проводили ангиографічне дослідження, яке вважають золотим стандартом діагностики ГМІ.

З огляду на різноманітність клінічних виявів ГМІ та анамнестичних даних, при диференційній діагностиці цієї патології слід враховувати загальну клінічну картину, зіставляючи її з чинниками ризику. Відомо, що ГМІ найчастіше перебігає на тлі явищ кишкової непрохідності та перитоніту. В нашому дослідженні у 57 % випадків встановлено такий попередній діагноз. Важливе значення має диференційна діагностика ГМІ з гострим панкреатитом та гострим холециститом.

Майже у 100 % померлих під час розтину діагностовано ознаки перитоніту різного ступеня. У 118 (90,7 %) хворих мала місце гангрена тонкого і товстого кишечника. Зазначені вище діагнози в поєднанні з поліорганною недостатністю вважали причиною смерті 130 пацієнтів. У багатьох хворих, які перенесли резекцію кишечника, спостерігали клінічні та патолого-анатомічні явища повторного тромбозу. Це пов'язано, насамперед, з тяжким станом пацієнтів, наявністю коагулопатичних змін, труднощами з визначенням меж резекції, недостатнім використанням програмованої релапаротомії або second look лапароскопії.

### ВИСНОВКИ

До групи ризику виникнення гострої мезентеріальної ішемії слід відносити хворих похилого та старечого віку, які скаржаться на гострий абдомінальний біль на тлі явищ серцево-судинної патології або за наявності в анамнезі інфаркту міокарда, тромбоемболій, онкологічної патології тощо.

Для раннього встановлення попереднього діагнозу важливе значення мають дані анамнезу та фізикального обстеження.

Актуальним є вивчення етіопатогенетичних чинників та чинників ризику, які можна застосувати для розпізнавання гострої мезентеріальної ішемії, а також розробка діагностичних програм, котрі ґрунтувалися б на анамнестичних та клінічних даних.

Рання діагностика, швидке та своєчасне лікування підвищують шанси на виживання. Пізня госпіталізація, тяжкий стан пацієнтів, стрімке наростання ознак перитоніту унеможливають використання сучасних методів діагностики (ангіографії, комп'ютерної томографії), що ускладнює своєчасну верифікацію діагнозу. Досі не існує специфічних лабораторних тестів та скринінгових методів обстеження при підозрі на гостру мезентеріальну ішемію.

Непевненість щодо кровообігу в межах резекції кишки диктує необхідність ширшого використання програмованої релапаротомії або second look лапароскопії.

*Перспективою подальших досліджень* є вдосконалення методів ранньої діагностики та лікування гострої мезентеріальної ішемії з метою зниження до- та післяопераційної летальності.

### Література

1. Даниленко І.А. Клініка та діагностика гострих порушень мезентеріального кровообігу // Хірургія України.— 2011.— № 1.— С. 83—90.
2. Byard R.W. Acute mesenteric ischaemia and unexpected death // J. Forensic Leg Med.— 2012.— N 19.— P. 185—190.
3. Dewitte A., Biais M., Coquin J. Diagnosis and management of acute mesenteric ischaemia // Ann. Fr. Anesth. Reanimat.— 2011.— N 30.— P. 41.
4. Haga Y., Odo M., Homma M. New prediction rule for mortality in acute mesenteric ischemia // Digestion.— 2009.— N 80.— P. 104—111.
5. Kassahun W., Schulz T., Richter O. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six year review // Langenbecks Arch. Surg.— 2008.— Vol. 393, N 2.— P. 163—171.

**І.Г. Криворчук**

Александровская клиническая больница г. Киева

## КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

**Цель работы** — определить основные факторы риска развития острой мезентериальной ишемии (ОМИ), проанализировать предварительные клинические диагнозы, результаты патолого-анатомических вскрытий.

**Материалы и методы.** Проанализированы 150 историй болезни пациентов с ОМИ, которые находились на лечении в Александровской клинической больнице г. Киева в период с 2000 до 2009 г.

**Результаты и обсуждение.** ОМИ — потенциально фатальная сосудистая патология с высокой смертностью (85 %). Часто маскируется под острый панкреатит, холецистит, кишечную непроходимость. Заподозрить наличие ОМИ можно у больных в возрасте старше 60 лет, с фибрилляцией предсердий, перенесенным инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, которые жалуются на боль в животе с минимальными физикальными данными. Явления перитонита в сочетании с полиорганной недостаточностью считали причиной смерти у 130 пациентов.

**Выводы.** Ранняя диагностика, быстрое и своевременное лечение увеличивают шансы на выживание. Для ранней диагностики важное значение имеют данные анамнеза и физикального обследования. До настоящего времени нет специфических лабораторных тестов и скрининговых методов исследования. Сомнения в эффективности кровотока в пределах границ резекции кишки обуславливают необходимость более широкого использования программированной релапаротомии или second look лапароскопии.

**Ключевые слова:** острая мезентериальная ишемия, летальность, диагностика, лечение.

**I.G. Krivorchuk**

Oleksandrivska Clinical Hospital, Kyiv

## MEDICAL DATA OF PATIENTS WITH ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA: CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS

**The aim** — to identify the main risk factors for acute mesenteric ischemia (AMI) development, to analyse the preliminary clinical diagnoses and the autopsies results.

**Materials and methods.** 150 medical records of patients with AMI who were treated at the hospital during the period from 2000 to 2009 were analysed.

**Results and discussion.** AMI — a potentially fatal vascular disease with high mortality (85 %). It often disguised as acute pancreatitis, cholecystitis, intestinal obstruction. The AMI presence can be suspected in patients over the age of 60 years with atrial fibrillation, previous myocardial infarction, heart failure who complain of abdominal pain with a minimum physical data. The peritonitis signs in conjunction with multiple organ failure was considered the cause of death in 130 patients.

**Conclusions.** Early diagnosis, prompt and timely treatment have to increase the chances of survival. For early diagnosis clinical history and physical examination are important. Up to now there is no specific laboratory tests and screening methods. Doubts about the blood flow effectiveness within the bowel resection level necessitate greater use of programmed relaparotomy or «second look» laparoscopy.

**Key words:** acute mesenteric ischemia, mortality, diagnosis, treatment.