

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РОЗРОБЛЕНОГО АЛГОРИТМУ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ

І. Г. Криворчук, В. Г. Мішалов
Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

ESTIMATION OF EFFICACY OF THE ELABORATED ALGORITHM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AN ACUTE MESENTERIAL ISCHEMIA

I. G. Kryvorchuk, V. G. Mishalov

Значна кількість наукових досліджень, присвячених діагностиці ГМІ, не забезпечила суттєве поліпшення якості її діагностики та результатів лікування хворих [1, 2]. У невідкладній хірургії немає більш непередбачуваного та небезпечного за своїми наслідками захворювання, ніж інфаркт кишки, спричинений тромбозом чи емболією мезентеріальних судин [1, 3]. Результати надання допомоги хворим з приводу ГМІ залежать від раннього її розпізнавання та проведення патогенетично обґрунтованої терапії, спрямованої на відновлення кровообігу.

У теперішній час багато питань ГМІ не вирішені, з них основне — відсутність ефективного алгоритму її діагностики [1–4].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою визначення ефективності алгоритму диференційної діагностики і лікування ГМІ хворі розподілені на дві групи по 25 у кожній. До контрольної групи включені пацієнти, у яких, з різних обставин, проводили діагностику і

Реферат

Вивчена клінічна ефективність розробленого нами алгоритму диференційної діагностики й лікування гострої мезентеріальної ішемії (ГМІ) на підставі аналізу основних клінічних ознак, які б давали підстави припустити її наявність, визначення супутніх захворювань як факторів ризику виникнення ГМІ, оцінки результатів доступних неінвазивних та інвазивних методів діагностики, кореляції між показниками виживання хворого та консервативним і оперативним лікуванням залежно від форми, стадії ГМІ та станом пацієнта.

Ключові слова: гостра мезентеріальна ішемія; діагностика; лікування; ефективність; алгоритм.

Abstract

Clinical efficacy of the elaborated algorithm for differential diagnosis and treatment was studied, basing on analysis of the main diagnostic clinical features for presence of an acute mesenterial ischemia (AMI), the concomitant diseases identification as the risk factors for the AMI occurrence, the results estimation of accessible noninvasive and invasive methods of diagnosis, correlation between the patient's survival indices and conservative and operative treatment, depending on the AMI stage and the patient state.

Key words: acute mesenterial ischemia; diagnosis; treatment; efficacy; algorithm.

лікування ГМІ без дотримання розробленого нами алгоритму; до основної групи — хворі, яких обстежували й лікували відповідно до запропонованого алгоритму.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі аналізу основних клінічних ознак, які б давали підстави припустити наявність ГМІ, визначення супутніх захворювань як

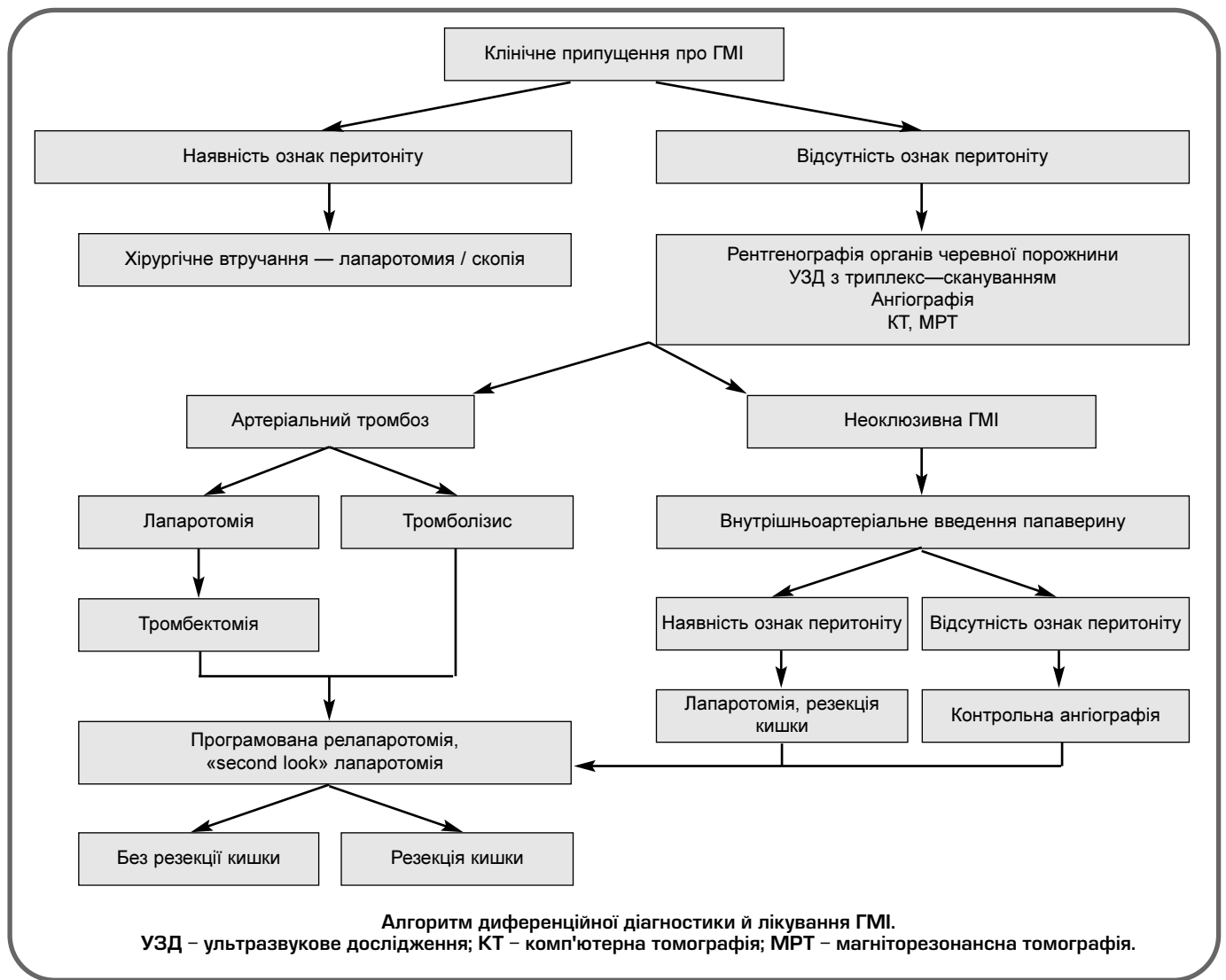
факторів ризику виникнення ГМІ, оцінки результатів доступних неінвазивних та інвазивних методів діагностики, кореляції між показниками виживання хворого та консервативним і оперативним лікуванням, яке застосовували залежно від форми, стадії ГМІ та стану пацієнта, нами розроблений диференційований алгоритм діагностики й лікування хворих з приводу ГМІ (*схема*).

Наукове обґрунтування алгоритму викладене у раніше опублікованих працях. У цій роботі оцінена ефективність запропонованого диференційованого алгоритму.

У зв'язку з наявністю суттєвої кореляції між показниками виживання і ранньою госпіталізацією (*табл. 1*) та для оцінки достовірності дослідження хворі розподілені так, щоб у кожній групі їх була однакова кількість залежно від строків

Таблиця 1. Корелятивний зв'язок між показниками виживання хворих і строками госпіталізації (від появи перших скарг)

Строки госпіталізації від початку захворювання, год	Коефіцієнт кореляції, r	Показник інформативності оцінки виборки, p
До 6	0,65	< 0,001
6 – 12	0,15	> 0,05
12 – 24	0,05	> 0,1
24 – 48	0,00	> 0,1
Понад 48	0,00	> 0,1

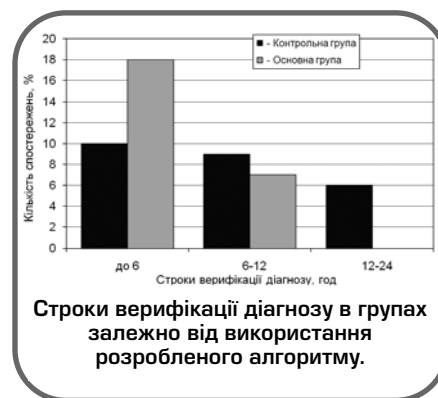


госпіталізації (період від появи перших скарг): до 6 год, від 6 до 12 год, від 12 до 24 год, від 24 до 48 год та пізніше ніж через 48 год.

Загальна летальність хворих у контрольній групі становила 84%, в основній групі — 56%.

Впровадження діагностичного алгоритму дозволило суттєво зменшити тривалість верифікації діагнозу (див. рисунок). Так, на відміну від контрольної групи, в якій протягом 6 год після госпіталізації діагноз встановлений у 10 (40%) пацієнтів, через 6 — 12 год — у 9 (36%), 12 — 24 год — у 6 (24%), в основній групі діагноз встановлений у 18 (72%) хворих у строки до 6 год після госпіталізації, у 7 (28%) — до 12 год. Це, в свою чергу, впливало на ранній початок ефективного лікування і зниження летальності.

Відповідно до запропонованого алгоритму, за відсутності ознак перитоніту хворим показане обстеження з використанням інвазивних і неінвазивних методів. У 5 (20%) пацієнтів контрольної та 13 (52%) — основної групи, госпіталізованих у строки до 6 год від початку захворювання, проведено ангіографічне



дослідження, у решти хворих обох груп (госпіталізованих у ранні строки) виявлені протипоказання до ангіографічного дослідження через алергічну реакцію на контрастну речовину, тяжку серцево—судинну та ниркову недостатність. В усіх пацієнтів, яким проведено ангіографічне дослідження, встановлений правильний діагноз.

У 5 (20%) хворих основної групи за показаннями здійснені тромболізис, програмована лапароскопія та подальша лапаротомія, резекція кишки у зв'язку з прогресуванням тромбозу, накладений анастомоз (табл. 2). Вжили 4 пацієнтів. У 8 (32%) хворих, у яких за даними ангіографії встановлений діагноз тромбозу верхньої брижової артерії, відповідно до алгоритму, здійснено первинну реваскуляри-

Таблиця 2. Оперативні втручання у хворих з приводу ГМІ

Операція	Кількість оперованих хворих у групах				Кількість пацієнтів, які вижили, у групах				Кількість хворих, які померли, у групах			
	Перша група		Друга група		Перша група		Друга група		Перша група		Друга група	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тромболізіс, програмована лапароскопія, лапаротомія, резекція кишки	–	–	5	20	–	–	4	80	–	–	–	–
Реваскуляризація, програмована релапаротомія, резекція, кишки анастомоз	4	16	8	32	2	50	6	75*	2	50	2	25*
Первинна резекція без ревазуляризації, анастомоз	8	32	7	28	2	25	1	14	6	75	7	85
Первинна резекція, стома	13	52	5	20	-	-	-	-	13	100	5	100

Примітка. * – різниця показників достовірна у порівнянні з такими у контрольній групі ($P < 0,001$).

зацію (тромбектомію), у подальшому — програмовану релапаротомію та резекцію кишки з накладанням анастомозу. У контрольній групі таке втручання виконане у 5 (20%) хворих, вижили 2 (8%); в основній групі — вижили 6 (24%), тобто, після такого лікування вижили 75% хворих обох груп ($p < 0,001$). Низькі показники виживання в контрольній групі зумовлені наявністю тяжких супутніх захворювань. Високі показники виживання в основній групі свідчать про ефективність розробленого алгоритму діагностики й лікування.

У 8 (32%) хворих контрольної групи виконана первинна резекція кишки без її попередньої ревазуляризації. Вижили 2 (8%) хворих. В основній групі таке втручання здійснене у 7 (28%) хворих, вижив 1 (4%). Первинна резекція кишки з виведенням стоми проведена у 13 (52%) хворих контрольної та 5

(20%) — основної групи, всі хворі померли.

ВИСНОВКИ

1. Результати дослідження свідчили про ефективність запропонованого алгоритму диференційної діагностики й лікування хворих з приводу ГМІ.

2. Застосування алгоритму сприяло суттєвому зменшенню строків верифікації діагнозу, у 72% пацієнтів основної групи діагноз встановлений у строки до 6 год після госпіталізації.

3. Реваскуляризація кишки за відповідними показаннями підвищує успіх лікування. Високі показники виживання хворих після ревазуляризації, програмованої релапаротомії та подальшої резекції кишки підтверджують ефективність запропонованого алгоритму.

4. Необхідність здійснення програмованої релапаротомії (не пізні-

ше ніж через 6 — 8 год після лапаротомії) зумовлена можливістю вчасно діагностувати прогресування некрозу і виконати ререзекцію кишки.

5. Розроблений на підставі аналізу кореляційних коефіцієнтів, інформативності оцінки вибірки алгоритм диференційної діагностики й лікування хворих з приводу ГМІ залежно від форми, стадії хвороби, анамнестичних та клінічних даних, оцінки ефективності діагностичних та лікувальних методів, наявності діагностичного обладнання та технічного забезпечення хірургічного стаціонару дозволив удосконалити ранню діагностику ГМІ, що сприяло зниженню летальності більш ніж на 20%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Даниленко І. А. Клініка та діагностика гострих порушень мезентеріального кровообігу / І. А. Даниленко // Хірургія України. — 2011. — № 1. — С. 83 — 90.
2. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications / S. Acosta // Seminars Vasc. Surg. — 2010. — N 23. — P. 4 — 8.
3. Byard R. W. Acute mesenteric ischaemia and unexpected death / R. W. Byard // J. Forens. Leg. Med. — 2012. — N 19. — P. 185 — 190.
4. Dewitte A. Diagnosis and management of acute mesenteric ischemia / A. Dewitte, M. Biais, J. Coquin // Ann. Fr. Anesthesiol. Reanimatol. — 2011. — N 30. — P. 41.

