

## **Вопросы дифференциальной диагностики острой мезентериальной ишемии**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Несмотря на значительные достижения в развитии медицины, острая мезентериальная ишемия (ОМИ) остается одной из самых тяжелых патологий в экстренной хирургии. Внутригоспитальная смертность от этого заболевания сохраняется очень высокой и находится на уровне 60-80% [5]. По данным разных авторов, ОМИ составляет примерно 1-2% от гастроинтестинальных заболеваний и примерно 0,1-0,4% от экстренной хирургической патологии, а частота заболеваемости имеет тенденцию к увеличению [2,6]. По нашим данным внутригоспитальная смертность от ОМИ превышает 80%.

Своевременная диагностика острой мезентериальной ишемии является важнейшей отправной точкой для благополучного лечения этой патологии. Первое успешное извлечение эмбола из верхней брыжеечной артерии было выполнено еще в середине XX века, однако на протяжении десятилетий проблема диагностики ОМИ во многом так и остается нерешенной.

Оценивая важность своевременности госпитализации и начала лечения больных с данной патологией, можно отметить установленный нами факт того, что среди оперированных (по поводу ОМИ) и выживших больных более 65% оперировано в сроки до 12 часов от момента поступления в стационар. Такие данные отчасти соответствуют результатам исследований некоторых ученых, указывающих на то, что кишка может быть жизнеспособна у более 90% больных ОМИ, если продолжительность симптомов была менее чем 12 часов [7].

Трудности диагностики ОМИ обусловлены недостаточной изученностью этиологических и патогенетических моментов, скудностью фундаментальных научно-исследовательских работ в данном направлении, разнообразием клинических проявлений, отсутствием признанных протоколов лечения. Относительная редкость патологии, частые случаи неоперабельных форм, сложности реабилитации больных после обширных резекций кишечника, высокая смертность – все это подпитывает сомнения в реальности оказания эффективной помощи больным ОМИ и, отчасти, создает вокруг них ареол обреченности.

Целью нашей работы было выявление проблем дифференциальной диагностики острой мезентериальной ишемии и определение путей их решения.

### **Материал и методы**

Нами оценены результаты исследований, применяемых для верификации ОМИ. С акцентом на вопросы диагностики проанализированы 107 протоколов вскрытий умерших от этого заболевания в 2007 году в стационарах города Минска и данные 63 историй болезней пациентов, которые были оперированы в 3-й и 5-й ГКБ города Минска в 2003-2007 годах по поводу ОМИ.

### **Результаты и обсуждение**

Определяя наиболее актуальные направления дифференциальной диагностики, мы изучили частоту сочетания ОМИ и ряда других заболеваний. Традиционно считается, что это заболевание чаще возникает на фоне сердечно-сосудистой

патологии. Так к группе риска ОМИ принято относить пациентов в возрасте более 50 лет, которые имеют острые абдоминальные боли при наличии сердечно-сосудистой патологии или высокого анамнестического индекса по заболеванию сердца и сосудов (инфаркт миокарда в прошлом, перенесенная тромбоэмболия сосудов конечностей и др.) [2].

Нами было установлено, что среди умерших от ОМИ: 57,0% имели различного рода аритмии, 67,3% страдали артериальной гипертензией, ишемические нарушения других органов встречались у 41,5%. В тоже время выявлено, что доля больных сахарным диабетом составляла 22,4%, желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом – 41,1%, хроническим панкреатитом – 30,8%, хроническим пиелонефритом – 20,6%.

Больные с ОМИ могут иметь в анамнезе тромбоз глубоких вен нижних конечностей, эмболию артерий, заболевания соединительной ткани, онкологические процессы, инсульты, пороки сердца, аневризмы, язвенную болезнь. В нашем исследовании средний возраст оперированных по поводу ОМИ больных составил  $72,5 \pm 10,7$  года, причем пациентов моложе 60 лет было 9 (14,3%).

Полученные нами данные говорят о том, что факторы риска острой мезентериальной ишемии претерпевают изменения и нуждаются в пересмотре. К ним более правильно относить: возраст старше 60 лет, наличие аритмий, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ЖКБ, хронического панкреатита и холецистита, ишемий других органов.

Анализ неверных клинических диагнозов, которые выставлялись пациентам с ОМИ до интраоперационной верификации, показал, что на долю кишечной непроходимости приходилось 31,9%, острого панкреатита – 21,3%, перитонита – 10,6%, острого аппендицита, острого холецистита, ущемленной грыжи – по 8,5%, прободной язвы – 4,25%. Указанные сведения, а также высокая заболеваемость панкреатитом, желчнокаменной болезнью, холециститом, сахарным диабетом, наблюдающиеся в настоящее время, определяют необходимость более детальной дифференцировки этих заболеваний с ОМИ. Отмеченные нами, особенности клинической картины ОМИ подчеркиваются большинством авторов. Так болевой синдром при этом заболевании в большинстве случаев развивается неожиданно. Часто описывается острая абдоминальная боль, которая первоначально не пропорциональна клинической картине [6]. Боль может носить приступообразный характер по типу кишечной колики, но в дальнейшем переходит в постоянную, невыносимую [1]. В то же время, некоторые исследования подтверждают, что у значительной части пожилых пациентов ОМИ имеет не острое начало [8]. Нередко развитию ОМИ часто предшествуют хронические боли после приема пищи. Для заболевания характерно сочетание сильных болей и гемодинамических расстройств вплоть до развития коллапса или шока с соответствующей симптоматикой, хотя в начале развития заболевания артериальное давление может быть даже несколько повышено [1]. Надо признать, что некоторые пациенты не в состоянии жаловаться на какие-либо симптомы и, в том числе боли, из-за тяжелого общего состояния, обусловленного другими болезнями.

Имеющиеся отличия, в описании симптомов ОМИ в работах разных авторов, во многом можно связать с разнообразностью форм этого заболевания. Среди характерных признаков также называются: рвота, понос (в том числе с кровью), вздутие живота, задержка стула и газов, отсутствие перистальтики.

Нами отмечено, что сегодня особую актуальность приобретает дифференциальная диагностика ОМИ и острого панкреатита, заболеваемость которым значительно возросла. В отличие от панкреатита ОМИ чаще развивается у лиц пожилого возраста, имеющих также другие, вышеперечисленные, факторы риска. Как известно, при панкреатите боли локализуются в верхних отделах живота, носят опоясывающий характер и имеют специфическую иррадиацию; вздутие живота отмечается больше в верхних отделах, где часто пальпируется раздутая поперечная кишка, характерна неукротимая рвота.

Мы считаем, что следует обращать особое внимание на то, что эти два заболевания определенным образом связаны и могут потенцировать развитие друг друга. Так повышение уровня амилазы крови при ОМИ возможно за счет нарушения кровообращения в зоне поджелудочной железы [3]. В других исследованиях было отмечено, что на фоне тяжелого острого панкреатита в 30,4% случаев развивается мезентериальная ишемия, что сопровождается значительным повышением уровня лактатдегидрогеназы и летальностью 14,3% [5].

Наиболее сложной, с нашей точки зрения, является дифференцировка ОМИ и кишечной непроходимости. Следует отметить, что долгое время ОМИ рассматривалась, как одна из форм острой кишечной непроходимости и только в соответствии с международной классификации болезней 10 пересмотра она была признана самостоятельным заболеванием. Кишечная непроходимость и ОМИ имеют схожие признаки: парез кишечника, вздутие живота, задержка стула и газов, кровотечение (при инвагинации и из опухоли кишечника). При странгуляционной кишечной непроходимости и ОМИ симптомы крайне похожи, но объединяет их и схожесть подходов к лечению – в обоих случаях показана экстренная операция. Динамическая кишечная непроходимость может дифференцироваться в ходе лечебно-диагностического приема, при быстром нарастании явлений перитонита; для нее больше характерны схваткообразные боли.

Острый аппендицит и острый холецистит имеют менее тяжелое начало, чем ОМИ. Для них характерна определенная локализация болей и ряд специфических симптомов. Сложности дифференцировки чаще возникают у пожилых людей, при несвоевременном обращении.

Развитие прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки характеризуется таким же острым началом, как и ОМИ, но клинические проявления более яркие, характерно наличие мышечного напряжения и свободного газа в брюшной полости, что часто определяется уже в первые часы от начала заболевания; боли локализуются в верхних отделах брюшной полости. У одного больного нами отмечено развитие при ОМИ симптоматики схожей с почечной коликой. В этом случае нужно определить иррадиацию болей, наличие

дизурических расстройств, проверить симптом Пастернацкого, оценить отклонения в анализе мочи.

Надо отметить снижение актуальности дифференцировки инфаркта миокарда и ОМИ, что можно связать с широким применением электрокардиографии на этапе до госпитализации.

Вероятно возникновение необходимости дифференциальной диагностики ОМИ и энтероколитов, для которых присуще наличие схваткообразных болей, частого необильного стула, усиленной перистальтики, отсутствие перитонеальных симптомов, хотя в исследованной группе больных таких ошибочных диагнозов нами отмечено не было.

Крайне важна объективная оценка информативности отдельных методов исследования у больных с ОМИ. Так обзорная рентгенография брюшной полости не определяет особенных для ОМИ симптомов на фоне общей картины кишечной непроходимости, но позволяет исключить некоторые другие причины, определить наличие свободного газа в брюшной полости.

Можно согласиться с мнением, что компьютерная томография не имеет существенных преимуществ, поскольку та окклюзия мезентериального кровотока, которую она позволяет определить, может быть не специфична и обнаруживаться в поздней стадии интестинальной ишемии [9]. Так в ходе одного исследования было установлено, что корректная диагностика при компьютерной томографии возможна только в 26% от заподозренных случаев [10].

Клиническое превосходство мультиспиральной компьютерной томографии и магнитнорезонансной ангиографии над компьютерной томографией при диагностике ОМИ не доказано, хотя эти методы обеспечивают высокое качество визуализации [11]. Нам представляется, что дуплексная сонография является потенциально полезным диагностическим методом, хотя, по некоторым данным, этот метод не может различать чрезвычайно измененный и сниженный кровотоки в мезентериальной артерии [12]. Кроме того, эти новые устройства визуализации имеют лимитированные возможности в диагностике безобструктивной мезентериальной ишемии и не доступны для использования в большинстве стационаров.

Еще более трудно реализуемой задачей является выполнение селективной мезентериальной ангиографии и цифровой субтракционной ангиографии, которые все еще являются золотым стандартом диагностики ОМИ. Они могут идентифицировать безобструктивную мезентериальную ишемию и давать важную для хирурга информацию о мезентериальных связях [6]. Мы согласны с той точкой зрения, что роль предоперационной ангиографии у пациентов имеющих ОМИ и перитонеальные симптомы сомнительна. Хотя в большинстве случаев рутинная ангиография понижает риск смертности без видимого возрастания осложнений, некоторые врачи сообщают, что проведение ангиографии может задерживать хирургическое лечение у критической группы пациентов, и, учитывая низкую долю позитивных ангиографических находок, рекомендуют направлять пациентов прямо в хирургию [13].

Ряд биохимических показателей часто имеет отклонения от нормы при развитии ОМИ, однако до сих пор не удалось выявить высокоспецифичных маркеров этой патологии.

Таким образом, реализация задачи по повышению качества дифференциальной диагностики ОМИ сложна, многогранна и не может связываться с изолированным внедрением отдельных современных лабораторных и инструментальных методов в клинику.

Для улучшения результатов лечения острой мезентериальной ишемии необходима четкая организация оказания первой помощи этим больным, определения достоверных критериев, позволяющих сразу выделять таких больных в группы риска; использование новых методов лабораторной и инструментальной диагностики, разработка более эффективных методов лечения и определения его стандартов.

#### Литература

1. Справочник по диагностике и дифференциальной диагностике хирургических болезней / В. Г. Астапенко, Е. П. Демидчик, Ф. М. Жмудиков [и др.]; под ред. В. Г. Астапенко. Минск: Беларусь, 1988. 511 с.
2. Давыдов, Ю. А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. М., 1997. 208 с.
3. Савельев, В. С., Спиридонов, И. В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. М.: «Медицина», 1979. 232 с.
4. Щерба, А. Е., Жура, В. А., Федорук, А. М., Третьяк, С. И. Неокклюзионная мезентериальная ишемия в течение тяжелого острого панкреатита / Медицинский журнал. 2005. № 1. С. 107 – 109.
5. Levy, P.J., Krausz, M.M., Manny, J. Acute mesenteric ischemia: improved results – a retrospective analysis of ninety-two patients / Surgery. 1990. Vol. 107. № 4. P. 372 – 380.
6. Schneider, T.A., Longo, W.E., Ure, T., Vernava, A.M. Mesenteric ischemia: acute arterial syndromes / Diseases of the Colon & Rectum. 1994. Vol. 37. № 11. P. 1163 – 1174.
7. Vellar, I.D., Doyle, J.C. Acute mesenteric ischemia / ANZ Journal of Surgery. 1977. Vol. 47. № 1. P. 54 – 61.
8. Yasuhara, H. Acute Mesenteric Ischemia: The Challenge of Gastroenterology / Surgery Today. 2005. Vol. 35. № 3. P. 185 – 195.
9. Taourel, P.G., Deneville, M., Pradel, J.A., Regent, D., Bruel, J.M. Acute Mesenteric Ischemia: Diagnosis With Contrast-Enhanced CT / ACC Current Journal Review. 1997. Vol. 6. № 2. P. 88.
10. Alpern, M.B., Glazer, G.M., Francis, I.R. Ischemic or infarcted bowel: CT findings / Radiology. 1988. Vol. 166. № 1. P. 149 – 152.
11. Chan, F.P., Li, K.C., Heiss, S.G., Razavi, M.K. A comprehensive approach using MR imaging to diagnose acute segmental mesenteric ischemia in a porcine model / American Journal of Roentgenology. 1999. Vol. 173. № 3. P. 523 – 529.
12. Danse, E.M., Van Beers, B.E., Goffette, P., Dardenne, A.N., Laterre, P.F., Pringot, J. Acute intestinal ischemia due to occlusion of the superior mesenteric artery: detection with Doppler sonography / Journal of Ultrasound in Medicine. 1996. Vol. 15. № 4. P. 323 – 326.
13. Bradbury, A.W., Brittenden, J., McBride, K., Ruckley, C.V. Mesenteric ischemia: a multidisciplinary approach / British Journal of Surgery. 1995. Vol. 82. № 11. P. 1446 – 1459.

14. Kurland, B., Brandt, L.J., Delaney, H.M. Diagnostic tests for intestinal ischemia / Surgical Clinics of North America. 1992. Vol. 72. № 1. P. 88 – 105.