



ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Сапаев Д.А., Саттаров Ш.Я.

Хорезмский Филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи

✓ Резюме

В статье представлены данные частоты встречаемости и летальности больных с острым мезентериальным тромбозом в зоне Приаралья и их клиническая характеристика. В Хорезмском филиале и субфилиалах РНЦЭМП в период 2015 по 2021 года поступило 11000 хирургических больных, из которых в 0,15% был выставлен диагноз острый мезентериальный тромбоз. В регионах Приаралья в 2021 году летальные исходы тромбоза мезентериальных сосудов среди всех смертностей хирургических патологий составил 7,35%. В 76,9% случаях ОМТ осложнился некрозом тонкого и толстого отделов кишечника, перитонит развился в 56,4% случаев, инфекционно-токсический шок – в 38,2% случаев. При летальных исходах развитие перитонита и инфекционно-токсического шока фиксировалось в 3 раза чаще, по сравнению с выжившими пациентами.

Ключевые слова: острый мезентериальный тромбоз, частота встречаемости, летальность, клиника

OROL BO'YI ZONASIDA O'TKIR MEZENTERIAL TROMBOZI BO'LGAN BEMORLARNING UCHRASH STATISTIK MA'LUMOTI VA O'LIM DARAJASI, ULARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

Sapaev D.A., Sattarov Sh.Ya.

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Xorazm filiali

✓ Rezyume

Maqolada Orolbo'yi mintaqasida o'tkir tutqich trombozi bilan kasallangan bemorlarning kasallanish va o'lim darajasi va ularning klinik xususiyatlari to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan. Xorazm bo'limi va RKEMMP sho'ba bo'limlarida 2015-2021-yillarda 110 ming nafar jarrohlik yo'li bilan yotqizilgan, shundan 0,15 foizida o'tkir tutqich trombozi tashxisi qo'yilgan. Orolbo'yi hududlarida 2021-yilda jarrohlik patologiyalaridan o'lganlar orasida tutqich tomirlari trombozining o'limga olib kelishi 7,35 foizni tashkil etdi.

76,9% hollarda OMT ingichka va yo'g'on ichak nekrozi bilan asoratlangan, 56,4% hollarda peritonit, 38,2% hollarda toksik shok rivojlangan. O'limga olib keladigan natijalarda peritonit va yuqumli-toksik shokning rivojlanishi omon qolgan bemorlarga qaraganda 3 baravar tez-tez qayd etilgan.

Kalit so'zlar: o'tkir tutqich trombozi, kasallanish, o'lim, klinika

FREQUENCY AND MORTALITY OF PATIENTS WITH ACUTE MESENTHERIAL THROMBOSIS IN THE AREA ZONE AND THEIR CLINICAL CHARACTERISTICS

Sapaev D.A., Sattarov Sh.Ya.

Khorezm Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid

✓ *Resume*

The article presents data on the incidence and mortality of patients with acute mesenteric thrombosis in the Aral Sea region and their clinical characteristics. In the Khorezm branch and sub-branches of the RRCEMMP, in the period of 2015 to 2021, 110,000 surgical patients were admitted, of which 0.15% were diagnosed with acute mesenteric thrombosis. In the regions of the Aral Sea region in 2021, the lethal outcome of thrombosis of mesenteric vessels among all deaths from surgical pathologies amounted to 7.35%.

In 76.9% of cases, OMT was complicated by necrosis of the small and large intestines, peritonitis developed in 56.4% of cases, and toxic shock in 38.2% of cases. In lethal outcomes, the development of peritonitis and infectious-toxic shock was recorded 3 times more often than in surviving patients.

Key words: acute mesenteric thrombosis, incidence, mortality, clinic

Актуальность

На сегодняшний день количество случаев госпитализации по причине ОМТ имеет рост, который превзошел такие показатели по госпитализации лиц с синдромом острого живота, не считая панкреатита [2, 4, 6]. Даже при наличии высокого развития хирургической отрасли, мы не имеем единой схемы проведения мероприятий для раннего выявления такой патологии как ОМТ.

Острая дисфункция мезентеральной гемодинамики (ОНМЗК) представляет собой высокую угрозу для пациента. Его ежегодная частота составляет 0,09-0,2% [8]. Она развивается при наличии дисфункции артериальной и венозной гемодинамики, за которой была отмечена общая смертность около 60-80% и ее постоянным приростом на 1-5% в год [3, 10]. Большинство отягощений развивается в силу наличия следующих факторов: высокая возрастная группа пациентов, параллельно текущие патологии, диагностика в запущенных стадиях (с образованием омертвевшей ткани), генерализованные сбои в работе систем организма, наличие которых сопровождается как до, так и после проведения хирургического вмешательства; также стоит отметить высокую долю вероятности развития осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы и инфекций различного рода [6].

Наиболее опасные и отягощенные варианты с высокой степенью гибели пациента при данной патологии развиваются вследствие образования тромбоза в устье ВБА что влечет за собой локальную и генерализованную гибель тканей тонкого кишечника. Данное состояние имеет место быть в 85% случаев при наличии выраженной дисфункции мезентеральной гемодинамики [8, 11]. Также стоит отметить, что имеется от 5 до 15% вероятность развития отягощений патологии брюшной полости при наличии тромба венозного русла [1, 9]. Стоит отметить увеличение случаев развития острой мезентеральной ишемии (ОМИ) по всему миру, что связано с повышением количества населения, чей возраст составляет отметку выше среднего и сопутствующие патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) [5, 12]. Как итог, образование тромба в мезентеральной системе является частым и имеет высокую степень угрозы для лиц с данной патологией. Итоги проводимой терапии имеют непосредственную связь с ранним обнаружением, приемом препаратов против высокой свертываемости и хирургическим вмешательством в течение данной патологии. На итоги проводимого лечения также зависит этиология развития, количество повторов и наличие различного рода отягощений.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и летальность больных с острым мезентериальным тромбозом (ОМТ) в зоне Приаралья и их клиническую характеристику.

Материалы и методы

Ретроспективным анализом были изучены истории болезни 325 больных поступили с первичными диагнозами: "острый живот", "острая кишечная непроходимость", "пищевая токсикоинфекция", "желудочно-кишечное кровотечение", которые находились на стационарном лечении в Хорезмском филиале и субфилиалах РНЦЭМП в период 2015 по 2021 года.

Диагноз ОМТ был установлен, базируясь на информации из анамнеза, клинической картины, итогам объективного исследования, а также результатам лабораторных методов

исследования, МСКТ без применения контрастного вещества, а также при наличии контрастного вещества (введение контраста в портальную, артериальную, венозные фазы и т.д.). Конечный диагноз был поставлен после прохождения стационарного обследования в процессе хирургического вмешательства, а также в процессе клинико-рентгенологического исследование в динамике.

Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере по программам, разработанным в пакете EXCEL-2019 с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %), критерий Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Вычислелись показатели Пирсона (χ^2) в целях исследования гипотезы об оптимизации предоставленных методов распределения.

Результат и обсуждения

В Хорезмском филиале и субфилиалах РНЦЭМП в период 2015 по 2021 года поступило 110000 хирургических больных, из которых в 0,15% (165 больных) был выставлен диагноз ОМТ, что согласуется с данными литературы [7, 9].

Среди всех хирургических больных 325 поступили с первичными диагнозами: "острый живот", "острая кишечная непроходимость", "пищевая токсикоинфекция", "желудочно-кишечное кровотечение", которые находились на стационарном лечении в Хорезмском филиале и субфилиалах РНЦЭМП в период 2015 по 2021 года. При последующей диагностике у 165 был диагностирован ОМТ, что составило – 50,8%.

Статистическая информация по данной патологии, следующая: летальный исход отмечается у всех лиц с не оперированным мезентеральным инфарктом. Летальность при проведении хирургического вмешательства составляет от 80 до 90%. Встречаемость данной патологии составляет 1 к 50 тысячам человек в год [10].

В регионах Приаралья в 2021 году летальные исходы тромбоза мезентеральных сосудов среди всех смертностей хирургических патологий составил 7.35%, тем самым заняв 5 место уступая лишь онкологическим патологиям, циррозу печени, некропанкреатиту в комбинации с травмами. При сравнении с прошедшими годами, а конкретно в 2015 году данные показатели были равны 15.7%. В 2015 году тромбоз занимал 1 место по смертности в данной категории патологий.

В 2016 году данная патология все также стояла на первом месте по летальным исходам. Стоит отметить, что летальность среди всех хирургических патологий составила 24.2% (табл. 1). Гендерная встречаемость данной патологии составляет 69% у лиц мужского пола и 31% у лиц женского пола.

Таблица 1

Частота встречаемости и летальности больных с ОМТ (n=165)

Года	Выжившие		Летальность		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	11	39,3	17	60,7	28	17,0
2016	9	29,0	22	71,0	31	18,8
2017	3	13,6	19	86,4	22	13,3
2018	10	30,3	23	69,7	33	20,0
2019	11	57,9	8	42,1	19	11,5
2020	5	33,3	10	66,7	15	9,1
2021	4	23,5	13	76,5	17	10,3
Итого	53	32,1	112	67,9	165	100,0

Среди 165 больных с ОМТ летальность составила 67,9%.

В возрастной структуре смертности преобладали пациенты в возрасте старше 71 года – 47,3% всех случаев, далее возраст 61-70 лет – 24,1%, 51-60 лет – 15,2%, 41-50 лет – 11,6%, пациенты до 40 лет – 1,8%. Средний возраст при летальности составляет 66,8±1,0 лет (табл. 2).

Среди выживших преобладали пациенты в возрасте 51-60 лет – 32,1%, что в 2,1 раза больше, чем в случаях летальности ($P<0,05$), затем больные с ОМТ в возрасте 41-50 лет, которые в 1,7 раз преобладали над количеством с летальным исходом (20,8% против 11,6%; $P>0,05$). В возрасте до 40 лет выжившие больные с ОМТ составили 18,9%, что в 10,5 раз больше, чем в группе больных с летальным исходом ($P<0,01$).

Таблица 2

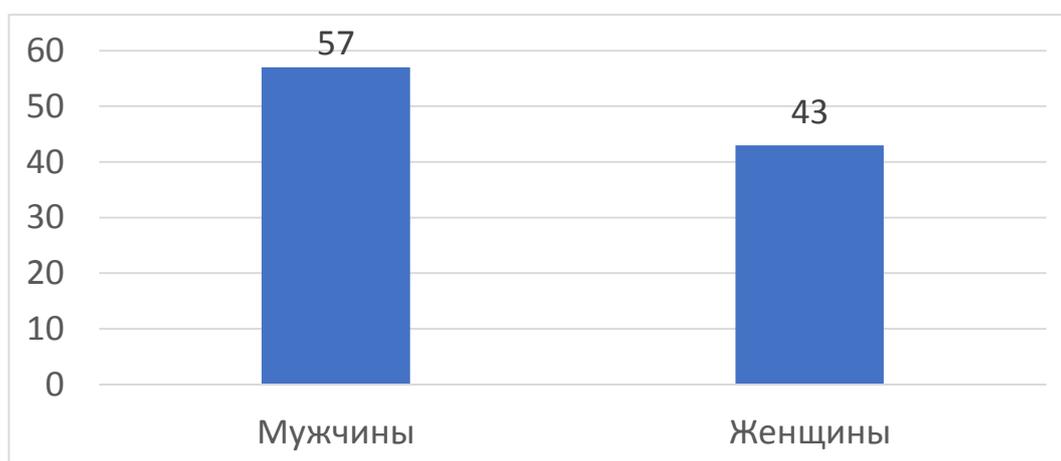
Возрастная градация больных с ОМТ в зависимости от исходов заболевания

Возрастная градация	Выжившие		Летальность		Всего	
	n	%	n	%	n	%
До 40 лет	10	18,9	2	1,8	12	7,3
41-50 лет	11	20,8	13	11,6	24	14,5
51-60 лет	17	32,1	17	15,2	34	20,6
61-70 лет	11	20,8	27	24,1	38	23
Старше 71 года	4	7,5	53	47,3	57	34,5
Итого	53	32,1	112	67,9	165	100

Практически с одинаковой частотой отмечались больные в возрасте 61-70 лет, так среди выживших они составили – 20,8%, а среди с летальным исходом – 24,1%. Нами было установлено почти 6 кратное преобладание умерших больных с ОМТ в возрасте старше 71 года (47,3% против 7,5%; $P < 0,001$).

Таким образом, при развитии летального исхода при ОМТ неоспоримую роль играет возраст больного (OR=6,27; CI95% - 2,395-16,414; $\chi^2=25,170$; $P < 0,001$; чувствительность – 0,930, специфичность – 0,452).

Согласно частоте встречаемости ОМТ в зависимости от пола, установлено преобладание мужчин над женщинами, их соотношение составило 1,31:1 (рис. 1).

**Рис. 1. Распределение больных в зависимости от пола (n=165)**

Изучение влияния пола на развитие летальных исходов при ОМТ показало, что OR=0,875; CI95% - 0,668-1,145; $\chi^2=20,893$; $P > 0,05$; чувствительность – 0,0,649, специфичность – 0,282. Полученные данные указывают на то, что пол больных с ОМТ не является фактором риска развития летальных исходов. Летальность в первые сутки составила 37,8% (59 из 165 больных), а в последующие 14 суток – 32,1% (53 из 165 больных).

В 76,9% случаев (127 из 165) ОМТ осложнился некрозом тонкого и толстого отделов кишечника, перитонит развился в 56,4% случаев (93 из 165), инфекционно-токсический шок – в 38,2% случаев (63 из 165) из общего числа обследованных больных. При этом хочется отметить, что при летальных исходах развитие перитонита и инфекционно-токсического шока развивалось в 3 раза чаще, по сравнению с выжившими пациентами.

На дальнейшем этапе нами был проведен анализ клинического развития ОМТ в зависимости от стадии заболевания.

Немаловажным фактором исхода патологии является период от начала патологии до момента госпитализации, а также от текущего этапа патологии и силы клинических проявлений, также стоит отметить влияние возраста и сопутствующих патологий, протекающих в данный момент.

По введенным стандартам по курации большинства лиц с данной патологией во всем мире было принято решение проведения лечения посредством хирургического вмешательства на мезентеральных сосудах, стоит отметить, что данное хирургическое вмешательство необходимо в

первые 6-12 часов с момента начала данной патологии. 18.8% больных (31 человек) были госпитализированы в срок до 12 часов с момента начала патологии, среди которой из главной группы было 17, а из контрольной 14. Оставшиеся 81.2% исследованных (134 человека) были доставлены в стационар по прошествии времени от 12 до 72 часов, что имело значительное влияние на результативность проведенного лечения.

Стоит отметить наличие острой последовательности в течении ОМТ: стадия гипоксии, стадия инфаркта, стадия перитонита.

У многих исследуемых данные стадии происходили в течении 3 суток с момента развития патологии (исключая летальные исходы на начальных этапах). Основываясь на данном факте наличие поэтапного течения данной патологии имеет важное значения.

В процессе госпитализации у 6.1% пациентов (10 человек) был выявлен этап кислородного голодания, в 37.6% случаев (62 пациента) была зафиксирована стадия инфаркта кишечника, стадия перитонита была зафиксирована у 93 исследуемых (56,4%).

Этап гипоксии имел свое начало непосредственно после развития обтурации артерии, длительность данной стадии в 77% случаев варьировалась от 6 до 9 часов от начала заболевания, в то время как в 23% случаев данная стадия имело протяженность до 72 часов.

Этап инфаркта кишечника у большинства исследуемых был более длительным, данное явление мы связываем с наличием артериальных спазмов и дальнейшей обтурацией данных сосудов. На этапе перитонита общее состояние больных было крайне тяжелым.

В стадии ишемии пациенты (10 больных) становились беспокойными в силу наличия сильных болевых ощущений. При обтурации ВБА отмечалось повышение АД на 60-80 мм рт.ст. (симптом Блинова), снижение ЧСС. Язык оставался влажным, живот все также учувствует в акте дыхания оставаясь мягким и без болевых симптомов, синдромы острого живота отсутствовали, перистальтика была снижена, стул жидкий.

В стадии инфаркта больные (62 пациента) немного успокаиваются в силу ослабления болевого синдрома, так же стоит отметить повышенную эйфорию на фоне интоксикации. ЧСС повышен. Поверхность языка сухая, живот вздут, рвота с наличие кровяных масс, живот остается мягким, отмечается болезненность при пальпации живота, стоит отметить, что болевая зона пальпации не идентична со спонтанными болями в животе. При наличии тромба в вене развивается синдром Мондора. Перистальтика снижена либо отсутствует. Стул остается жидким, но с примесью крови.

В стадии перитонита больные (93 пациента) принимали вынужденное положение на боку, ноги согнуты в коленных суставах и приведены к животу, боли усиливались при смене положения. Общий статус больного сильно ухудшается в силу интоксикации, сознание, спутанное либо отсутствует. Отмечается перебои в кровообращении. Язык сухой. Появляются синдромы системного воспалительного процесса такие как: лихорадка, повышение ЧД и ЧСС. Живот раздут, отмечалась болезненность при выполнении пальпации. Отличительной чертой перитонита при наличии ОМИ является замедленное проявление мышечного напряжения и симптома Щеткина-Блюмберга. В процессе аускультации перистальтика слабая либо ее нет.

При септическом шоке имеет место быть сниженное артериальное давление, не купирующая восполнением ОЦК, так же развивается тканевое и органное уменьшение перфузии. В данном состоянии диагностика затруднена: сознание нарушено или отсутствует, болевые признаки и классические проявления визуально не проявляются, определяется кишечная недостаточность, проявляющаяся вздутием живота, и остановкой перистальтики, также развивается пастозное состояние передней брюшной стенки.

Самыми распространенными методами хирургического вмешательства являются комбинированные операции- иссечение мертвой ткани кишечника с оптимизацией крупных сосудов ВБА и дальнейшим применением повторных лапаротомий или без них, данный вид манипуляции осуществлен в 36.4% случаях (60 человек). Изолированная РК с установкой энтеро-энтерального анастомоза проведена в 27.3% случаев (45 человек), изменения только ВБА было произведено лишь в 5% случаев (8 человек). Также стоит отметить, что в 31.5% случая (52 человека) была выраженная гибель тканей кишечника как толстого, так и тонкого, при данной ситуации была осуществлена эксплоративный вид вмешательства, который заключался лишь просмотрел органов брюшной полости.

Кроме ОКБА также в 13.3% случаев была выявлена параллельное образование тромбов в артериях соседний бассейнов таких как: обтурации магистральных артерий нижних конечностей была диагностирована в 9 случаях, образование тромба в артериях верхних конечностей была определена у 3х больных, оставшиеся 10 пациентов по ходу ангиографии, были выявлены тромбы в

других крупных сосудах брюшной полости: ЧС, артерия печени, селезенки и общая печеночная артерия.

Как итог увеличение встречаемости данной патологии связан с возрастанием числа патологий сердечно-сосудистой системы, в частности атеросклероза, увеличением среднего возраста населения, повышением сроков жизни, неточная диагностика на ранних этапах патологии, не обеспеченность медицинских учреждений необходимым оборудованием, позднее начало терапии и т.д.

Летальность при ОМТ составляет 67,9% среди пациентов с клиническими признаками ОМТ. Притом ведущими факторами развития летальности были возраст, развитие некроза и наличие сопутствующей патологии.

Заключение

1. В Хорезмском филиале и субфилиалах РНЦЭМП в период 2015 по 2021 года поступило 110000 хирургических больных, из которых в 0,15% (165 больных) был выставлен диагноз ОМТ.

2. Среди всех имеющихся патологий хирургического профиля среди исследованных 325 пациентов с первичными диагнозами острого живота, ОКН, пищевое отравление, кровотечение в ЖКТ в 51% случаев отмечается выявление ОМТ.

3. В регионах Приаралья в 2021 году летальные исходы тромбоза мезентеральных сосудов среди всех смертностей хирургических патологий составил 7.35%.

4. В 76,9% случаях ОМТ осложнился некрозом тонкого и толстого отделов кишечника, перитонит развился в 56,4% случаев, инфекционно-токсический шок – в 38,2% случаев. При летальных исходах развитие перитонита и инфекционно-токсического шока фиксировалось в 3 раза чаще, по сравнению с выжившими пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бабкова И.В., Мишукова Л.Б., Ларичева СЕ. Ультразвуковая диагностика нарушения внутрисстеночного кровотока при острой тонкокишечной непроходимости с помощью доплерографии // Медицинская визуализация. - 2010. - № 3. -С. 5-9.
2. Брейгель А.И., Ключевская Е.А., Андреев В.В. Лапароскопия при тромбозе мезентериальных сосудов // Материалы международного хирургического конгресса «Новые технологии в медицине». - Ростов-на Дону. -2005. - С. 378.
3. Гусева Т.В. Совершенствование алгоритма диагностики острого нарушения мезентериального кровообращения: / дис. ... канд. мед. наук - Москва, 2014. - 99 с.
4. Дроздова О.А. Возможности компьютерной томографии в ранней диагностике, определении тактики лечения острых нарушений мезентериального кровообращения: / дис. ... канд. мед. наук -СПб., 2015.-185 с.
5. Зубрицкий В.Ф. Синдром внутрибрюшной гипертензии у больных с деструктивными формами панкреатита // Хирургия. - 2007. -№1.-С. 29-32.
6. Прямыков А.Д. Острое нарушение мезентериального кровообращения: современный подход к диагностике и лечению: / дис. ... д-ра. мед. наук. - Москва, 2014. - 306 с.
7. Ступин В.А. Способ диагностирования жизнеспособности кишки при мезентериальном тромбозе // Свидетельство об изобретении №2002117356 от 01.07.2002 г.
8. Фирсова В.Г. Опыт применения ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике сложных случаев неотложной хирургии (мезентериального тромбоза и деструктивного панкреатита) // СМ. - 2021. - №4. С. 102 - 106.
9. Alhan E. A study on 107 patients with acute mesenteric ischemia over 30 years // International Journal of Surgery. - 2012. - Vol. 10. - № 9. -P. 510-513.
10. Bhawna S. Computed tomography diagnosis of malrotation with midgut volvulus and superior mesenteric vein thrombosis beyond infancy // Oncol. Gastroentero. Hepatol. -2013. -Vol. 2.-№2.-P. 57-59.
11. McMahon C. JAK2 V617F Mutation in patients with catastrophic intra-abdominal thrombosis // Am J Clin Pathol. - 2007. - Vol. 127. -P. 736-743.
12. Shah D. Superior mesenteric vein thrombosis following treatment of refractory immune thrombocytopenic purpura with romiplostim // The Open Atherosclerosis & Trombosis J. - 2011. - Vol. 4.-P. 16-18.

Поступила 09.08.2022