



---

**Original Article: FATTORI CHIAVE E CONDIZIONI PER IL CORSO E RISULTATI IN  
MALATTIA ACUTA MESENTERICA**

**Citation**

Barchatov I.V., Barchatova N.A. Fattori chiave e condizioni per il corso e risultati in malattia acuta mesenterica. *Italian Science Review*. 2014; 7(16). PP. 5-8.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/july/Barchatov2.pdf>

**Authors**

I.V. Barchatov, Chelyabinsk Regional Clinical Hospital # 3, Russia.

N.A.Barchatova, South Ural State University, Russia.

Submitted: June 24, 2014; Accepted: July 10, 2014; Published: July 11, 2014

Sindrome di insufficienza acuta mesenterica nella struttura di patologie chirurgiche acute addominali è 0,4-1,7%, ma è associata ad alta mortalità, raggiungendo 95-100% [3]. Lo sviluppo di questa sindrome può essere dovuto a trombosi o embolia delle arterie o vene mesenteriche, che rappresentano il 88-97%, rispettivamente, e 2-15% dei casi [1]. Con la sconfitta dei vasi viscerali su uno sfondo aterosclerosi ipercoagulabilità o endocardite può sviluppare transitoria ischemia addominale acuta. Inoltre, questa sindrome può verificarsi quando uno shock o insufficienza cardiaca intossicazione quando i disturbi della microcircolazione mucosa si manifestano come ulcere ed erosioni acute del tratto gastrointestinale [2]. Varietà di fattori eziologici, varianti cliniche e un alto rischio di morte nei acuta mesenterica insufficienza determinare la rilevanza di studiare questa malattia, trovare metodi di diagnosi precoce e il trattamento ottimale.

Lo scopo dello studio - per determinare la frequenza di occorrenza di diverse varianti di insufficienza acuta mesenterica, caratteristiche di manifestazioni cliniche e di laboratorio e le strategie di trattamento

che hanno un impatto significativo sul decorso e l'esito della malattia.

Materiali e Metodi. Condotta continuo studio prospettico dei risultati del trattamento e 144 pazienti con insufficienza acuta mesenterica che sono stati trattati in MBUZ CHGKB numero 1 a Chelyabinsk nel periodo 2004-2013. Gruppo di studio comprendeva 28 pazienti con esito favorevole, e nel gruppo di controllo includeva 116 pazienti con esito fatale. Lo studio fornisce un'analisi comparata delle diverse manifestazioni cliniche e di laboratorio, il confronto di ricovero, tattiche trattamento di intervento chirurgico e outcome in acuta mesenterica fallimento varie realizzazioni. Nella formulazione delle diagnosi cliniche e post-mortem terminologia adottata nel ICD-10 usati. Elaborazione dati statistica è stata effettuata calcolando criteri: Kruskal - Wallis prova e  $\chi^2$ , con un livello di significatività inferiore al 5%.

Risultati. Nell'analisi primaria di casi clinici di trombosi mesenterica acuta prima di dividere i pazienti in confronto, abbiamo effettuato una serie di studi e confronti preliminari, che ha consentito per un look diverso al problema della insufficienza acuta mesenterica. A differenza di altri

addome acuto chirurgico, trombosi mesenterica e ischemia addominale acuto non è solo difficile da diagnosticare, ma non ha chiara e accettata da tutti il trattamento chirurgico. Ciò è dovuto al fatto che l'eliminazione delle cause della malattia viscerale acuta non è sempre possibile e spesso inefficaci. Quando i vasi viscerali occlusive, di solito senza possibilità di fermarsi per un processo patologico, e il trattamento è quello di rimuovere l'intestino necrotico all'interno del tessuto vitale. In questa fase del funzionamento in ischemia non definisce chiaramente i confini di tessuti vitali, e in un tempo necrosi successiva della parete intestinale conduce rapidamente alla traslocazione della microflora intestinale, peritonite secondaria, aumento dell'endotossemia e insufficienza d'organo multipla, che aumenta il rischio di mortalità postoperatoria. Per questi motivi, attualmente, nella maggior parte dei casi la presenza di cliniche acute trombosi mesenterica preferisce gestione di attesa o trattamento delle operazioni diagnostici limitati.

Analisi delle tattiche primarie di trattamento in 144 pazienti del gruppo di studio ha mostrato che la tattica chirurgica e intestino resezione più attivo è stato eseguito il 54,6% dei pazienti con insufficienza clinica acuta mesenterica durante le prime 6 ore. Nei pazienti con persistenti sintomi di ischemia addominale per 7-48 ore 56,3-69% delle operazioni di diagnostica limitate a 17,2-25% di resezione intestinale è stata eseguita, e al 13,8-25% dei pazienti ha usato il trattamento con vigile attesa. Al contrario, nei pazienti con ischemia viscerale ospedalieri più di 48 ore, chirurgia radicale utilizzato in 31,6% dei casi, e nel 68,4% dei casi, l'uso diagnostico o funzionamento sintomatico.

Per valutare l'efficacia della terapia è stata effettuata un'analisi comparativa tra le tattiche di trattamento e dei risultati in 144 pazienti con insufficienza acuta mesenterica. I risultati hanno mostrato è stato osservato il basso tasso di mortalità

del 59,6% quando la resezione delle aree ischemiche e necrotiche dell'intestino ( $p < 0,05$ ). Il tasso di mortalità più basso è stato osservato nei pazienti ricoverati e operati nelle prime 7-12 ore (11,1%) e 12-24 ore (20%). Mortalità postoperatoria nei pazienti ospedalizzati nelle prime 6 ore, 79,2%, mantenendo la ischemia addominale clinica mortalità più di 24 ore è stata 66,7-83,3% dei casi.

Nell'analisi della mortalità e della sopravvivenza di 97 pazienti che hanno sullo sfondo di ischemia addominale acuto Ospedale eseguito un intervento chirurgico o uso diagnostico di gestione di attesa nel 61,1% dei casi ( $n = 88$ ) ha riportato l'insorgenza di morte, e nel 6,3% dei casi ( $n = 9$ ) completato il recupero del trattamento. Tra i sopravvissuti, 5 pazienti sono stati ricoverati nelle prime 24 ore dall'insorgenza e durante le operazioni diagnostiche hanno notato i primi segni di ischemia intestinale. In 4 pazienti ricoverati entro 24 ore dalla comparsa della malattia, la diagnosi di insufficienza acuta mesenterica è stata fondata da dati clinici e terapia intensiva è stata accompagnata da coppa clinica esistente. Alla successiva ultrasuoni complesso tutti i pazienti sopravvissuti avevano segni di lesioni aterosclerotiche dell'aorta e dei suoi rami.

Per un'analisi dettagliata dei fattori che influenzano il risultato della malattia nella fase successiva della ricerca tutti 144 pazienti sono stati divisi in gruppo principale ( $n = 28$ ) con esito favorevole e un gruppo di controllo ( $n = 116$ ) con esito fatale. Quando si confrontano entrambi i gruppi erano donne, la cui quota nel gruppo di studio era 69,6%, mentre nel gruppo di confronto - 57,3% ( $p < 0,05$ ). L'età media dei pazienti nel gruppo di studio era  $68,7 \pm 2,1$  anni, e nel gruppo di confronto -  $75,7 \pm 3,7$  anni ( $p < 0,05$ ). Quando si confrontano la durata del ricovero del 65,4% dei pazienti e il 54,3% dei pazienti è stato ricoverato gruppo di confronto sotto ischemia ( $< 12$  ore) ( $p > 0,05$ ). Sotto infarto intestinale (12-24 h) sono stati ricoverati 19,2% dei pazienti e il 20,7% dei pazienti del gruppo

di confronto ( $p > 0,05$ ). Entro 24 ore dalla insorgenza della malattia sono stati ricoverati 15,4% dei pazienti e il 25% dei pazienti del gruppo di controllo ( $p < 0,05$ ). Tra i pazienti ricoverati in ospedale 24 ore dopo, i sopravvissuti avevano mesenterica posto trombosi venosa ( $n = 2$ ) o segmentale trombosi dell'arteria mesenterica superiore ( $n = 2$ ), e nel gruppo con un esito fatale nel 72,7% dei pazienti hanno notato clinica di trombosi mesenterica con diffusa peritonite.

Analisi dei dati ha mostrato che il 55,6% di tutti i pazienti ( $n = 80$ ) ammessi alla fase ischemia addominale solo 21,3% ( $n = 17$ ) dei casi osservati recupero, e in 78,8% dei casi ( $n = 63$ ) venuta morte. Il tasso di mortalità in trombosi acuta è stata 80,6% ( $n = 116$ ). Le ragioni per l'alta mortalità acuta mesenterica insufficienza, possono essere attribuiti soprattutto Pathomorphology sue varianti cliniche. Tra i sopravvissuti prevalso segmentale trombosi dell'arteria mesenterica superiore (57,1%), trombosi venosa mesenterica (14,3%) e ischemia acuta addominale (14,3%). Nel 80,2% dei pazienti con la variante mortale rilevato trombosi occlusiva o embolia dell'arteria mesenterica superiore nel 68,8% dei pazienti hanno notato una diffusa o peritonite diffusa, nel 48,7% dei casi c'è stata una sindrome di insufficienza multipla degli organi, e il 5,9% dei pazienti polmonite acquisita in comunità è stata diagnosticata la localizzazione diversa.

Ricerca criteri di laboratorio prognostici per mesenterica acuta insufficienza ha mostrato che i pazienti con fatale notato Chali-segnato leucocitosi ( $15,8 \times 10^9 / l$ ), neutrofilia stab (20,4%) e monocitosi assoluto ( $1,6 \times 10^9 / l$ ) e iperkaliemia (5,2 mmol / L), iperglicemia (10,5 mmol / l), ipoproteinemia (53,5 g / l), aumento dei livelli di urea (20,3 mmol / l), la creatinina (259,8  $\mu$ mol / l), bilirubina (48,6 mmol / l) e amilasi (231,6 U / L) Livello ( $p < 0,05$ ). Aumento della creatinofosfochinasi (740 unità), lattato deidrogenasi (1004,5 pz.) In mesenterica acuta insufficienza indicato mionecrosi

disponibile e ha permesso l'utilizzo di questi indicatori per la diagnosi precoce di infarto intestinale preoperatoria e determinare il rischio di morte ( $p < 0,05$ ).

Influenza sul decorso e sull'esito della mesenterica acuta insufficienza di tempo di rendering, la natura e il volume delle transazioni. Pertanto, le operazioni di diagnosi, come l'unico metodo di chirurgia è stato utilizzato in 17,8% dei pazienti e 55,2% dei pazienti del gruppo di confronto. Segmentale o la resezione subtotale del piccolo intestino, emicolectomia destra o sinistra, lato combinato con il drenaggio della cavità addominale sono stati eseguiti 67,9% dei pazienti e il 24,1% dei pazienti del gruppo di controllo ( $p < 0,05$ ). Positivo effetto clinico della chirurgia nel gruppo di studio è stato associato con i precedenti ( $1,3 \pm 0,1$  giorni) rispetto al gruppo di confronto ( $4,6 \pm 0,3$  giorni) termini prima operazione, oltre a mantenere la stabilità emodinamica e rapida compensazione di disfunzione multiorgano durante il trattamento ( $p < 0,05$ ). Alle successive fasi di attuazione di un intervento chirurgico radicale aumentato il rischio di esito negativo maggiore incidenza di sepsi grave addominale con insufficienza d'organo multipla scompenso causa di ischemia prolungata, endotossemia e la traslocazione della microflora intestinale.

Conclusioni: 1. Nel acuta insufficienza mesenterica e utilizzato per il progresso della malattia dipende in gran parte il livello e il tipo di occlusione vascolare, presenza di complicanze, durata della malattia e la tempistica del trattamento appropriato.

2. Presenza di trombosi acuta o embolia dell'arteria mesenterica superiore in combinazione con peritonite, polmonite acquisita in comunità, o insufficienza d'organo multipla, insieme al ritardo diagnosi di queste condizioni, determinare l'elevatissimo rischio di morte.

3. I predittori di laboratorio di esito avverso in acuta mesenterica insufficienza includono: leucocitosi sopra  $10 \times 10^9 / l$ , un nucleari bastoni neutrofilie oltre il 15%,

monocitosi, combinato con iperkaliemia, iperglicemia, amilazemiya, elevati livelli di creatin-chinasi, lattato deidrogenasi e sintomi di sindrome ipercoagulazione.

4. L'uso di tattiche chirurgiche attive e la terapia etiopatogenetiche-ray nelle prime 12-24 ore dall'insorgenza della malattia ridurre il rischio di morte, e l'operazione in termini di peritonite, determina lo sviluppo

di irreversibile dell'organo fallimento scompenso e fatale.

**References:**

1. G.I. Sinenchenko, A.A. Kurygina, S.F. Bagnenko. 2007. Acute abdominal surgery. 512p.
2. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A. 2012. Abdominal pain. 110p.
3. V.S. Saveliev. 2004. Guidelines for emergency abdominal surgery. 640p.