МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Семенов Дмитрий Николаевич
канд. мед. наук, доцент
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный
федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Игнатьев Виктор Георгиевич
д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный
федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Михайлова Валентина Михайловна
канд. мед. наук, заведующая отделением
ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2 –
Центр экстренной медицинской помощи»

г. Якутск, Республика Саха (Якутия)

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА

***Аннотация**: в статье рассматривается экстренная патология органов брюшной полости – острый тромбоз мезентериальных сосудов, который встречается у 0,2% больных общехирургического профиля. Авторами анализируются истории болезни 21 больного с верифицированным диагнозом тромбоз мезентериальных сосудов, отмечается, что высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлена тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии.*

***Ключевые слова**: острое нарушение мезентериального кровообращения, тромбоз, ишемия кишечника.*

С нарушениями кровоснабжения пищеварительного тракта приходится встречаться клиницистам различного профиля. Внедрение рентгенконтрастных

методов исследования и углубление знаний анатомии и физиологии висцерального кровоснабжения позволили установить ангиогенный генез многих заболеваний, причина которых ранее была не ясна. Диагностика и результаты лечения сосудистых поражений желудочно-кишечного тракта таких, как острая окклюзия мезентериальных сосудов, устранение которой возможно лишь хирургическим методами, так и к различным видам хронической недостаточности кишечного кровоснабжения с которой приходится встречаться терапевтам и врачам других специальностей, остается по сей день не полностью раскрытой [1, 4].

Острая закупорка мезентериальных сосудов, обусловленная тромбозом или тромбоэмболией, приводит к обширному инфаркту кишечника и дает до 90–100% летальности. Диагноз большей частью до операции не устанавливается. В ряде случаев тромбоз может возникнуть у человека, не предъявляющего никаких жалоб. В то же время даже своевременное установление правильного диагноза не решает всех проблем, связанных с улучшением результатов лечения. Удельный вес нераспознанных инфарктов кишечника среди заболеваний, протекающих синдромом «острый живот», остается самым значительным, поскольку ранние симптомы заболевания и механизм возникновения изучены недостаточно. Вынужденная задержка с операцией из-за диагностических затруднений приводит к запущенности патологического процесса, что в большей мере определяет высокий процент летальности [2, 4].

Цель исследования: Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с острым ишемическим колитом и острым тромбозом мезентериальных сосудов за период 2008–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ историй болезни за период с 2008 по 2013 гг. больных, прошедших лечение с диагнозом острый тромбоз мезентеральных артерий в отделении колопроктологии «ГБУ РБ№2 –Центра экстренной медицинской помощи». Всего пролечены 21 больной по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Преобладали мужчины – 12 (57,1%), возраст больных колебался от 46 до

85 лет. Женщин – 9 (42,9%) возрастом от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, из них: по СМП доставлено – 17 человек (80%), двое пациентов переведены из других лечебных учреждений (11%) и двое – по самообращению (11%). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с осложнением в виде перитонита. Все больные были с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования.

Результаты и обсуждение

Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть состояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний в среднем в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводились в условиях реанимационного отделения.

Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от питающей артерии. В 71,4% случаев (15 больных) отмечается тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии; 14,3% – сочетанный тромбоз ветвей верхней и нижней брыжеечной артерии; 9,5% (2 пациента) – тромбоз подвздошно-ободочной артерии (a. ileocolica); 4,7% – тромбоз ветвей нижней брыжеечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника в зависимости от локализации тромбированного сосуда. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки с выведением концевой еюностомы – 28,6%; субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюностомы – 19%; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением

дуоденотрансверзоанастомоза и выполнением тромбэктомии – 4,7%; гемиколэктомия слева – 4,7%; гемиколэктомия справа – 4,7%; диагностическая лапаротомия проведена в 33,3% случаев. Выбор такой тактики определялся распространенностью процесса на фоне крайне тяжелого состояния больного.

Все больные после оперативного лечения переведены в колопроктологическое отделение. Лечение тромбоза мезентериальных сосудов до сих пор дает неутешительные результаты. Летальность составила 83%. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжеечных сосудов не обращают на себя особого внимания ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей полиорганной недостаточности, несовместимой с жизнью.

Вопрос лечения тромбозов и эмболий брыжеечных сосудов до настоящего времени остается проблематичным и актуальным. Быстрое развитие некротических процессов в пораженном кишечнике и связанные с этим тяжелые нарушения во всем организме, а также сложность диагностики заболевания порождают большие трудности при разработке способов лечения интестинальных инфарктов.

Таким образом, высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлена тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии. Поздняя обращаемость обусловлена сложностью дифференциальной диагностики, особенно на первичном звене или при первом обращении к хирургу. Только при ранней правильной диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления развившегося перитонита, бактериального шока и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах. Необходима разработка новых инструментальных методов диагностики на амбулаторном этапе, когда у пациентов появляются первые жалобы. Также необходим новый алгоритм диагностических мероприятий.

Список литературы

1. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. – М: Медицина, 1989. – 303 с.

2. Давыдов Ю.А. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. – М: Медицина,1997. – 158 с.

3. Кузнецов М.Р. и др. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клинические варианты и тактика лечения // Грудн. сердеч.-сосуд., хирургия. – 1999. – №4. – С. 35–39.

4. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М. Медицина. – 2001. – Т.2. – С. 129.