Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов   
  
Основные вопросы темы.   
  
• Частота заболевания.   
  
• Причины тромбозов и эмболий брыжеечных сосудов.   
  
• Клиника и патоморфология мезентериальных артериальных и венозных тромбозов, эмболий и тромбоэмболий.   
  
• Изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови, других показателей гомеостаза.   
  
• Методы диагностики.   
  
• Основные принципы лечения мезентериальных тромбозов и эмболий.   
  
• Антикоагулянтная и дезагрегантная терапия.   
  
  
  
**Вопросы контроля исходного уровня.**  
  
• Мезентериальное кровообращение.   
  
• Система гемостаза. Гиперкоагуляция. ДВС – синдром.   
  
  
**• Актуальность проблемы и частота заболевания.**   
  
Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов одно из наиболее грозных заболеваний в ургентной хирургии, дающее весьма высокую летальность (до 80%).   
  
Встречаются тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов сравнительно редко – 1 больной на 1500-2000 больных, поступивших в больницу по срочным показаниям. Тромбоз мезентериальных сосудов встречается в 5 раз чаще, чем эмболия, причем тромбоз может быть в форме тромбоза артерий или вен, а также сочетанного тромбоза артерий и вен. Это заболевание протекает довольно тяжело. Важно иметь ввиду, что среди заболеваний, на фоне которых возникает тромбоэмболия мезентериальных сосудов, по частоте на первом месте находится атеросклероз, на втором – рак и на третьем – пороки сердца, инфаркт миокарда, тромбоваскулярные поражения печени и портальной системы. Эмболии и тромбозы брыжеечных сосудов не являются печальной привилегией пожилого возраста, часто заболевают люди среднего возраста. Многообразие различных видов нарушения кровообращения кишечника предопределяет и многообразие клинических форм тромбоэмболий мезентериальных сосудов, поэтому диагностика тромбоэмболии мезентериальных сосудов приобретает особое значение.   
  
 **• Жалобы больного и анамнез.**  
  
На боли в животе, рвоту, понос, отрыжку. В анамнезе этих больных удается установить перенесенные заболевания сердца и сосудов, связанные с атеросклерозом (76,6%), тромбозы магистральных сосудов нижних конечностей (12%), пороки сердца (11%), гипертоническую болезнь (8%).   
 **• Характер и локализация болей.**  
  
Боли при тромбозе мезентериальных сосудов, по выражению французских авторов, называют «Началом в два темпа». При тромбозе и эмболиях тонких ветвей вслед за закупоркой сосуда появляются острые боли, которые стихают. При разрастании тромбоза или попадании в другой сосуд нового эмбола боли вновь повторяются, но уже более интенсивные и более распространенные. Боли у этих больных локализуются по всему животу (50%), у остальных больных локализация самая неопределенная.   
  
У ряда больных до заболевания возникали кратковременные боли в животе со вздутием живота, бесследно проходившие (брюшная жаба), которые быстро снимаются приемом нитроглицерина. Важно, что аналогичные кратковременные боли в животе повторялись и спустя некоторое время проходили, чтобы вновь через определенный промежуток времени повториться. В зависимости от локализации окклюзии, локализация болей изменяется. Боли в подложечной области возникают при локализации непроходимости сосуда в верхней брыжеечной артерии, в правой подвздошной области – при поражении a . ileocolica , в нижнем квадрате живота – при поражении нижней брыжеечной артерии. Иногда боли носят схваткообразный характер.   
  
  
**• Диспепсические расстройства.**   
  
Рвота наблюдается почти постоянно. В начале рвотные массы состоят из остатков пищи, затем они приобретают характер калоподобный и реже (10%) бывают окрашенными кровью. Вначале может быть понос, причем у 20% больных сравнительно рано определяется стул с примесью крови. С развитием перитонита удается выявить клиническую картину острого перитонита. Большинство авторов различают две формы, протекающие с явлениями диареи или явлениями непроходимости, хотя известны другие формы (симулирующие острый аппендицит, перфорации язв кишечника). Язык обычно сухой, потрескавшийся, покрытый налетом.   
  
  
**• Температура и пульс.**   
  
Вначале нормальная, по мере развития деструктивных изменений в кишках и прогрессирования перитонита температура приобретает характер как при гнойном перитоните. Пульс слабый, частый, редко замедленный, на частоту пульса оказывает влияние характер основного сердечно-сосудистого заболевания и воспалительных изменений в брюшной полости.   
  
**• Изменения со стороны крови.**  
  
Как правило, уже в начальных стадиях заболевания лейкоцитоз высокий, до 30000 и выше со сдвигом формулы влево, у отдельных больных гипохлоремия. В свертывающей системе – гиперкоагуляция.   
  
  
**• Изменения в моче.**   
  
При закупорке верхней брыжеечной артерии – глюкозурия. В дальнейшем по мере прогрессирования воспалительных изменений со стороны брюшины в моче появляются изменения, характерные для интоксикации.   
  
  
**• Объективные данные.**  
  
Состояние тяжелое. Выражен гипостаз, особенно в области живота. В начальной стадии заболевания живот обычно запавший, болезненный при пальпации, но ригидности мышц брюшной стенки нет. При ощупывании живота определяется тестообразной консистенции припухлость за счет инфильтрированной или пропитанной кровью петли кишки. В этих случаях создается впечатление о наличии внутрибрюшного инфильтрата. Перкуторно соответственно этому «инфильтрату» определяется притупление, а в остальных отделах – тимпанит. Перистальтика не определяется. может быть вздутие живота, особенно при венозном тромбозе. • Рентгенологическое исследование.   
  
Обзорные снимки брюшной полости или рентгеноскопические данные дают картину непроходимости (чаши Клойбера). Эмболии и тромбозы брыжеечных сосудов по своему течению напоминают кишечную непроходимость, панкреонекроз, инфаркт миокарда.   
  
С целью дифференциальной диагностики может быть применен лапароцентез с шарящим катетером», показана экстренная лапароскопия. Следует сделать ЭКГ, исследовать мочу на диастазу.

**• Лечение больных тромбоэмболией брыжеечных сосудов.**

Если состояние больного позволяет, показана срочная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. Объем вмешательства зависит от тяжести поражения. При ограниченном некрозе или субтотальном поражении, что характерно для артериальной окклюзии, показана резекция кишок в пределах здоровых тканей, при тотальном – пробная лапаротомия.   
  
При венозном тромбозе с массивным поражением кишок показано введение антикоагулянтов и фибринолизирующих средств (гепарин, фибринолизин, стрептаза и пр.) непосредственно в брыжеечные вены, путем катетеризации одной из вен с предварительной (по возможности) тромбоэктомией. В крайнем случае, катетер может быть введен в корень брыжейки куда и осуществляется введение антикоагулянтных средств.   
  
Назначается и парентеральная (в периферические вены) антикоагулянтная и фибринолизирующая терапия. В ранних стадиях заболевания до развития тотального флеботромбоза это дает положительный эффект.   
  
Антикоагулянтная терапия должна проводиться и при сегментарных поражениях, вследствие артериальных или венозных тромбоэмболий, после резекции нежизнеспособных кишок.   
  
В брыжейку вводят катетер и через него гепарин по 10-15-20 тыс. ед. (2-4мл) на 0,25% растворе новокаина 100-150 мл х 2 раза одновременно с антибиотиками. При этом достигается не только эффект новокаиновой блокады брыжеечного нервного сплетения, но и более длительное и более эффективное воздействие гепарина, попадающего, благодаря своей лимфотропности, в лимфатическую систему. Подобная тактика, как показывает наш опыт, наиболее эффективна при венозном тромбозе, может быть применена и после резекции кишечника при любой локализации тромбоокклюзий, т.к. способствует восстановлению микроциркуляции в мезентериальном бассейне, в зоне операции. Одновременное лимфотропное введение антибиотиков предупреждает развитие или прогрессирование перитонеальной инфекции. Внутривенно, наряду с гепарином, назначают препараты дезагрегантного действия (трентал, реополиглюкин, гемодез и пр.). Гепаринотерапия под контролем состояния свертывающей системы крови (свертывание крови по Ли Уайту и протромбиновый индекс). При передозировке гепарина и возникновении кровотечения вводится его ингибитор – протаминсульфат.   
  
  
**Задачи врача общей практики:**• Медикаментозная профилактика у больных групп риска.   
  
• При возникновении болей в животе пациента направить в хирургический стационар.   
  
• Предупредить родственников пациента о возможности подобных осложнений и необходимости срочного вызова врача в этих случаях.