

**ОСТРАЯ  
АБДОМИНАЛЬНАЯ  
ИШЕМИЯ**

○ Г.Мондор в 1960г. в своем трактате по вопросам неотложной хирургии писал: «Врач-терапевт, говоря о почечной колике, обещает пациенту выздоровление при помощи 2 сантиграммов морфина; хирург, утверждающий, что это случай аппендицита и рекомендуя хирургическое вмешательство – в случае, когда имеется инфаркт кишечника – оба они глубоко неправы, и ошибочный диагноз зачастую сопровождается ошибочным прогнозом (...), больной для которого лечебные воздействия были торжественно провозглашены, неизбежно умирает спустя 24, 36, 48 часов...

# История вопроса

- В 1834 г. Деспре опубликовал в бюллетене Парижского анатомического общества случай гангрены кишечника с предшествующими упорными запорами (тромбоз)
- В 1843 г. Тидман дал первое клиническое описание инфаркта кишечника
- В 1847 г. Вирхов создал первое патолого-анатомическое описание

# История вопроса

- В 1847 г. – первое экспериментальное воспроизведение Литтеном инфаркта кишечника путем перевязки верхней брыжеечной артерии
- В 1885 г. – Дрейфус описывает 4 случая венозного инфаркта кишечника
- В 1862 г. – Ополцер описывает эмболический инфаркт кишечника

# Терминология

- Инфаркт, гангрена кишечника
- Висцеральная апоплексия
- Мезентериальные тромбоз, эмболия
- Кишечная ишемия с некрозом

# Этиопатогенетическая классификация

- Артериальный инфаркт кишечника (тромбоз, эмболия, травма)
- Венозный инфаркт кишечника
- Вторичный инфаркт кишечника (аллергический, белый, анемический, шоковый,
- Смешанный инфаркт кишечника

**Тромбоз** – прижизненное образование кровяного сгустка (тромба, коагулята) в просвете сосуда.

Венозный, застойный или красный тромб состоит из фибринового каркаса, наполненного форменными элементами крови (эритроциты, лейкоциты и тромбоциты) без особого распределения. Это отличает его от артериального, белого тромба.

# ЭТИОЛОГИЯ

- Моноэтиопатогенетической концепции на настоящий момент не существует
- Остается актуальной триада Вирхова:
  - > Альтерация сосудистой стенки
  - > Снижение линейной скорости кровотока
  - > Системная или регионарная гиперкоагуляция

# Клиническая картина острого инфаркта кишечника

- Болевой синдром (резко выражен, не соответствует вначале общему удовлетворительному состоянию)
- Нарушение пассажа кишечного содержимого в сочетании с кровавым поносом и рвотой
- Лихорадка до развития перитонита минимальна

# Клиническая картина острого инфаркта кишечника

- Нечетко выраженный мышечный дефанс
- Притупление перкуторного звука в отлогих местах (выпот – постоянный и ранний признак)
- Аускультативно – резкое ослабление кишечной моторики вплоть до «гробовой тишины»

# Ключевые дополнительные методы обследования

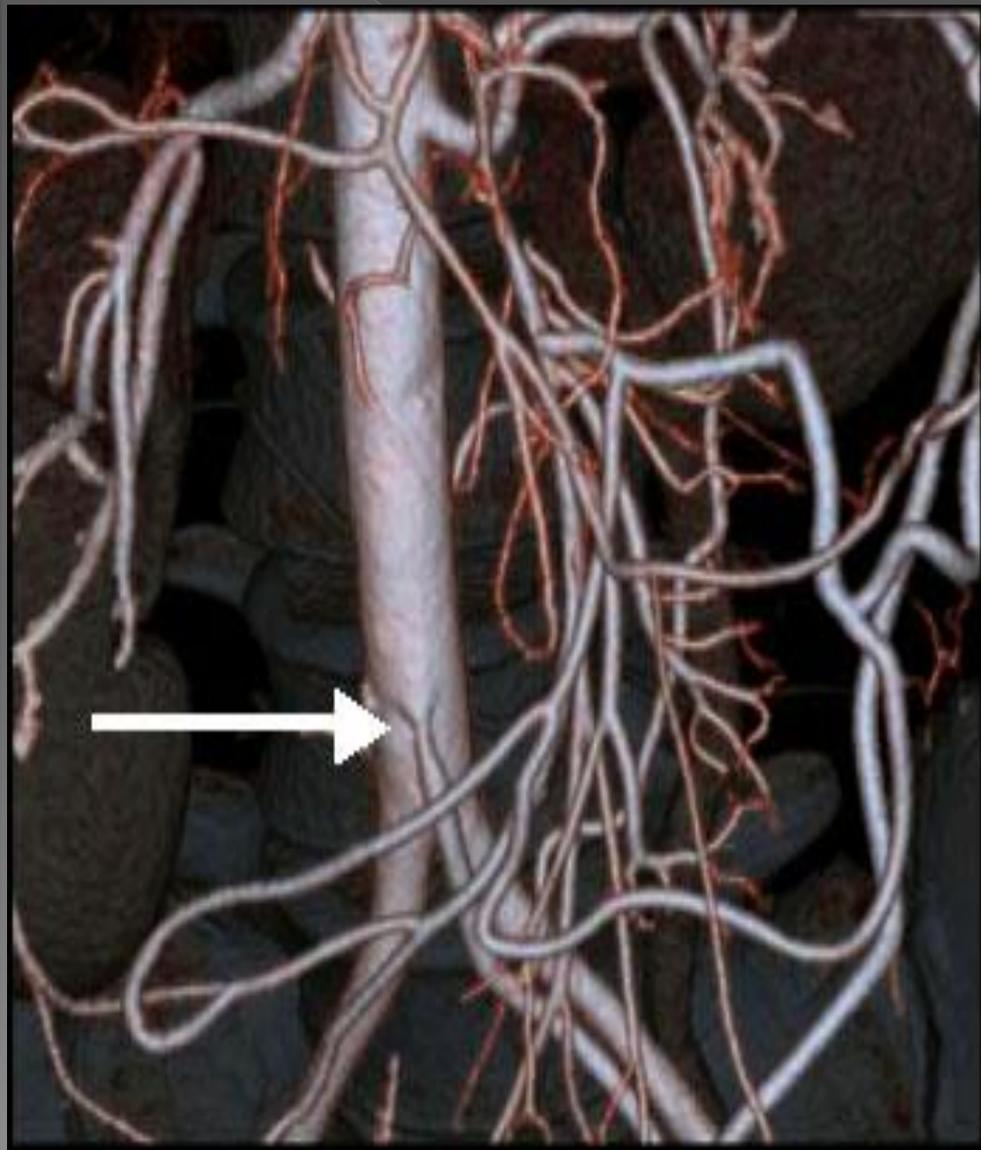
- Обзорная рентгенография брюшной полости, при подостром течении с барием – перераздутые газом петли тощей и подвздошной кишок, неподвижность, статичность картины, укрупненный рельеф слизистой, симптом Лорелля (внутрибрюшинное стекание затемнение в нижних отделах при боковой экспозиции и лентовидные затемнения между петлями при фронтальной).





# Ключевые дополнительные методы обследования

- Контрастная рентгеновская аортография
- Компьютерная рентгеновская аортоартериография с дигитальным внутривенным контрастированием
- Изотопная сцинтиграфия с применением фибриногена, меченного  $^{131}\text{I}$ .
- Лапароцентез, лапароскопия, диагностическая лапаротомия



# Анамнестические данные, помогающие в постановке диагноза

- Кардиомиопатии, аневризма сердца, эмбологенные аритмии
- Хроническая абдоминальная ишемия
- Инфаркт миокарда, злокачественная артериальная гипертензия
- Перенесенный недавно венозный тромбоз
- Недавно выполненная лапаротомия
- Тромбофилии

# Хирургическое лечение

- Интраоперационное уточнение диагноза
  1. Оценка глубины, обратимости и распространенности поражения кишечника
  2. Определение границ инфаркта
  3. Оценка состояния артерий и вен

# Гангрена кишечника



# Хирургическое лечение

- Новокаиновая блокада брыжейки
- Реваскуляризация кишечника (эмболэктомия, тромбэктомия, эндартерэктомия, реимплантация верхней брыжеечной артерии в аорту, аорто-мезентериальное шунтирование (аутовенозное, аутоартериальное, с использованием синтетических протезов)

# Хирургическое лечение

- Весь необратимо пораженный участок кишки должен быть удален.
- Резекция проводится на открытой кишке без применения зажимов
- В сомнительных случаях, даже после успешной реваскуляризации – программная релапаротомия

# Хирургическое лечение

Использование малоинвазивных катетерных методов реваскуляризации ограничено необходимостью визуальной оценки состояния кишечника, однако перспективными представляются гибридные операции, включающими в себя ангиографию, ангиопластику или стентирование, лапаротомию с возможной резекцией пораженного участка кишки

# Хирургическое лечение

- Под термином «реваскуляризация» обычно подразумевается восстановление артериального притока, однако еще в 1969 г. Фонтену удалось успешно выполнить тромбэктомию о вен брыжейки, но этот тип вмешательства в настоящее время не нашел широкого применения.

# Синдром короткого кишечника

- I стадия (3-4 недели) характеризуется изнурительными поносами и выраженными водно-электролитными расстройствами, требующими коррекции, снижение массы тела
- II стадия (реконвалесценции, до 6 месяцев) - поносы урежаются, сохраняется стеаторея
- III стадия – компенсации, характеризуется удовлетворительным качеством жизни, компенсаторные возможности и толерантность к инфекциям снижены

# Синдром короткого кишечника

- Поносы
- Стеаторея
- Анемия (чаще В12-дефицитная)
- Нервные и психические расстройства
- Потеря массы тела, кахексия
- Гипокальциемическая тетания

# Консервативное лечение

- Эвакуация желудочного содержимого
- Коррекция водно-электролитных нарушений
- Парентеральное питание
- Антибактериальная терапия
- Антикоагулянтная и тромболитическая терапия
- Инфузия низкомолекулярных декстранов и других препаратов, улучшающих реологические свойства крови.