

ЛЕЧЕНИЕ

Тактика хирурга построена на выборе метода лечения больных в зависимости от форм течения и стадий заболевания (табл. 1).

Форма течения и стадия заболевания	Лечение
При компенсации мезентериального кровообращения	Консервативное (спазмолитики, антикоагулянты и т. д.)
При субкомпенсации мезентериального кровообращения	Консервативное. В последующем консервативное или оперативное в зависимости от клинической формы (брюшная жаба, ишемический энтероколит, стенозы кишки и т.д.)
При декомпенсации мезентериального кровообращения:	Только оперативное
– в стадии ишемии, – в стадии инфаркта, – в стадии перитонита.	Сосудистые операции Сосудистые операции + резекции кишечника. Резекции кишечника. Профилактика перитонита. Резекции кишечника + сосудистые операции. Резекции кишечника. Лечение перитонита.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

- * *Комплекс лечебных мероприятий включает применение следующих медикаментозных средств*
- * спазмолитики
- * антикоагулянты
- * тромболитики
- * сердечные средства и дезинтоксикационные мероприятия
- * антибиотики

Спазмолитики

- * Для расширения сосудов
- * Дротаверин или Но-шпа
- * по 2-4мл препарата (40-80мг дротаверина) 1-3 раза в сутки
- * Папаверина гидрохлорид (0,02-0,04 г (1-2 мл 2 % раствора))



Антикоагулянтная терапия

- * 1) предупреждением нарастания тромбоза мезентериальных сосудов выше и ниже расположения эмбола;
- * 2) снятием спазма кишечных артериол, обусловленного действием тромбоцитарных биологических активных веществ — серотонин и гистамин.

Гепарин в количестве **5000 ЕД** необходимо **ввести внутривенно** больному **как только заподозрена** **тромбоэмболия мезентериальных сосудов!**

**поддержание стабильного уровня
гипокоагуляции!**

(в 1,5—2 раза по сравнению с нормой)

Суточная доза гепарина составляет 400—450
ЕД/кг.



Тромболитическая терапия

- * Тромболитические средства обладают непосредственным литическим действием (**фибринолизин, аспергиллин**) или активируют эндогенный фибринолиз (**стрептаза, урокиназа, никотиновая кислота**).
- * **Фибринолизин** необходимо применять в виде постоянной инфузии в течение 2 суток (суточная доза составляет 80 000—100 000 ЕД).
- * **Стрептазу** применяют в течение 1—2 суток в поддерживающих дозах 75 000 ЕД в час.
- * **Урокиназу** вводят в дозе 750 ЕД/кг массы тела каждый час в течение 8—12 часов.
- * **Раствор никотиновой кислоты (2—2,5 мг/кг),**
- * Длительность лечения 5 дней с последующей дробной гепаринизацией и антикоагулянтов непрямого типа действия.

Реологическая терапия

- * 10-15 суток вводят внутривенно капельно:
- * 1. Реополиглюкин 400-800 мл.
- 2. Пентоксифиллин 10-15 мл
- 3. Никотиновую кислоту 4—6 мл

**Симптоматическую
и
дезинтоксикационн
ую терапию
назначают по
общепринятым
правилам.**



Антибиотикотерапия

амоксцицилин	взрослым и детям старше 10 лет (массой тела более 40 кг) —	2-3 раза в сутки	Внутрь, в/м, в/в	5-10 дней	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра
	внутрь, по 500 мг 3 раза в сутки (до 0,75–1 г 3 раза в сутки при				
цефуроксим или	по 0,5–2 г	2-3 раза в сутки	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 2-го поколения
цефтазидим или	по 0,5–2 г	2-3 раза в сутки	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3-го поколения
цефтриаксон или	средняя суточная доза 1–2 г. 1 раз в сутки или 0,5–1 г каждые 12 ч.	1-2 раза	в/м, в/в	7-14 (зависит от течения заболевания)	Цефалоспорины 3-го поколения

Оперативное лечение

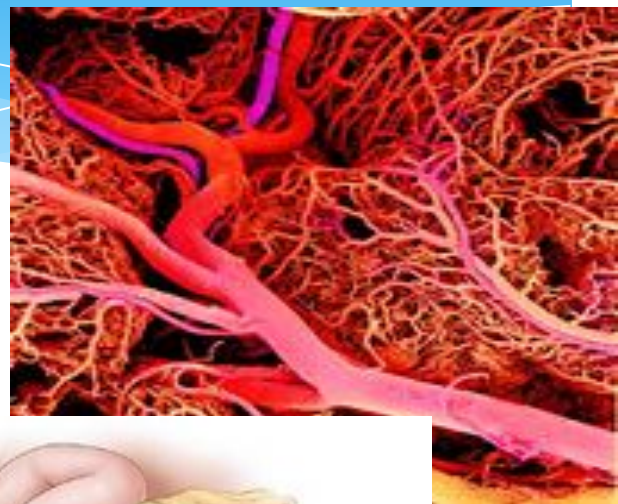


Цели оперативного вмешательства

- * Коррекция мезентериального кровообращения;
- * удаление нежизнеспособных участков кишечника;
- * Борьба с перитонитом.

Виды оперативных вмешательств

* Сосудистые операции;



* Резекции кишечника;



* Комбинированные
вмешательства.

Предоперационная подготовка

- * Восстановление эффективного ОЦК;
- * Нормализация сердечной деятельности;
- * **Коррекция реологических св-в крови;**
- * Коррекция метаболических нарушений;
- * Уменьшение интоксикации.

Основные этапы оперативного вмешательства

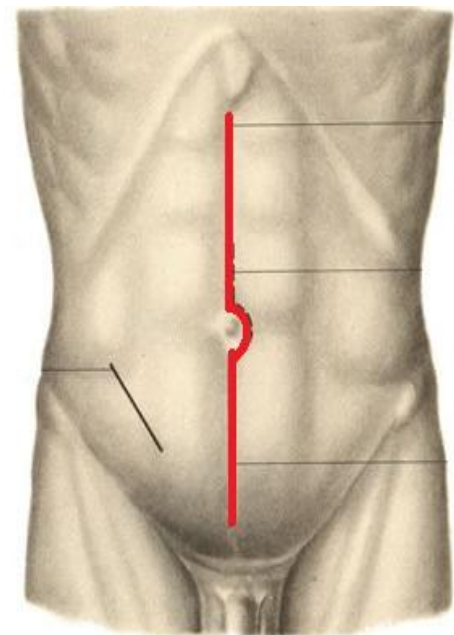
включают:

1. хирургический доступ;
2. ревизию кишечника и оценку его жизнеспособности;
3. ревизию магистральных мезентериальных сосудов;
4. восстановление мезентериального кровотока;
5. резекцию кишечника по показаниям;
6. решение вопроса о сроках наложения анастомоза; санацию и дренирование брюшной полости.

хирургический доступ

должен обеспечивать возможность ревизии всего кишечника, магистральных сосудов брыжейки, санации всех отделов брюшной полости.

Оптимальной представляется широкая срединная



Ревизия кишечника

обязательно

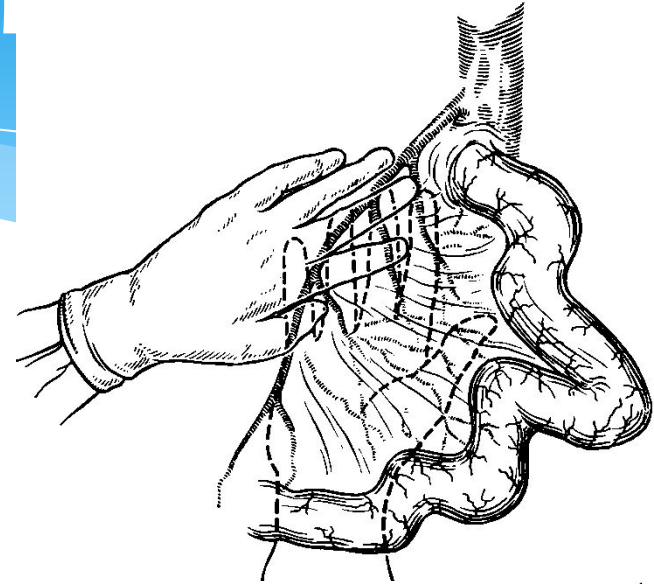
предшествует активным
хирургическим действиям!

Оценка жизнеспособности кишечника

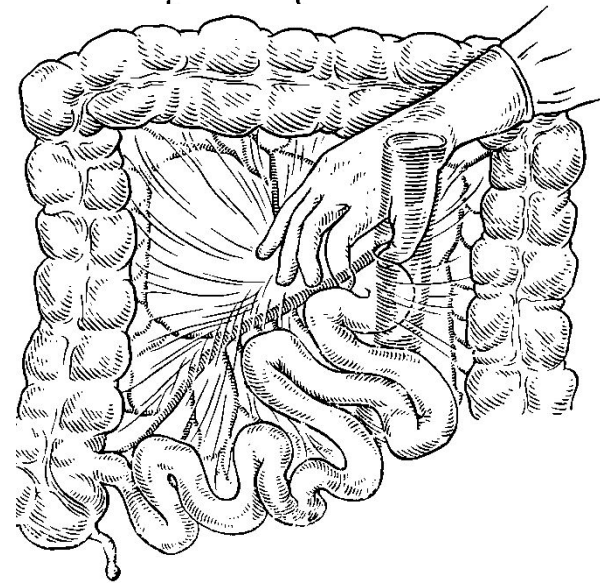
1. окраска кишечной стенки
2. определение перистальтики
3. пульсация артерий брыжейки

Ревизия магистральных мезентериальных сосудов

Начинают с осмотра и
пальпации сосудов вблизи
кишки.



При нарушениях
мезентериального кровотока
пульсация по краю кишки
исчезает или становится
слабой.



Обнаружить её также
мешает развивающийся отёк
брыжейки и стенки кишки.

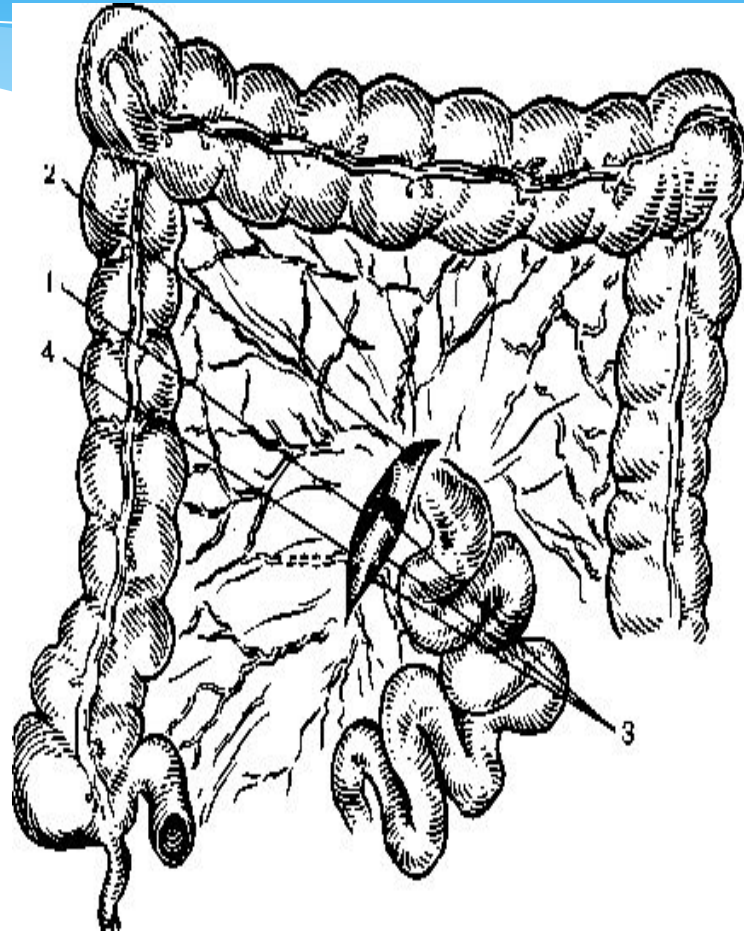
В сомнительных случаях

(при отёке брыжейки, системной гипотензии,
резком ожирении)

**целесообразно
выделить стволы брыжеечных
артерий и провести их ревизию**

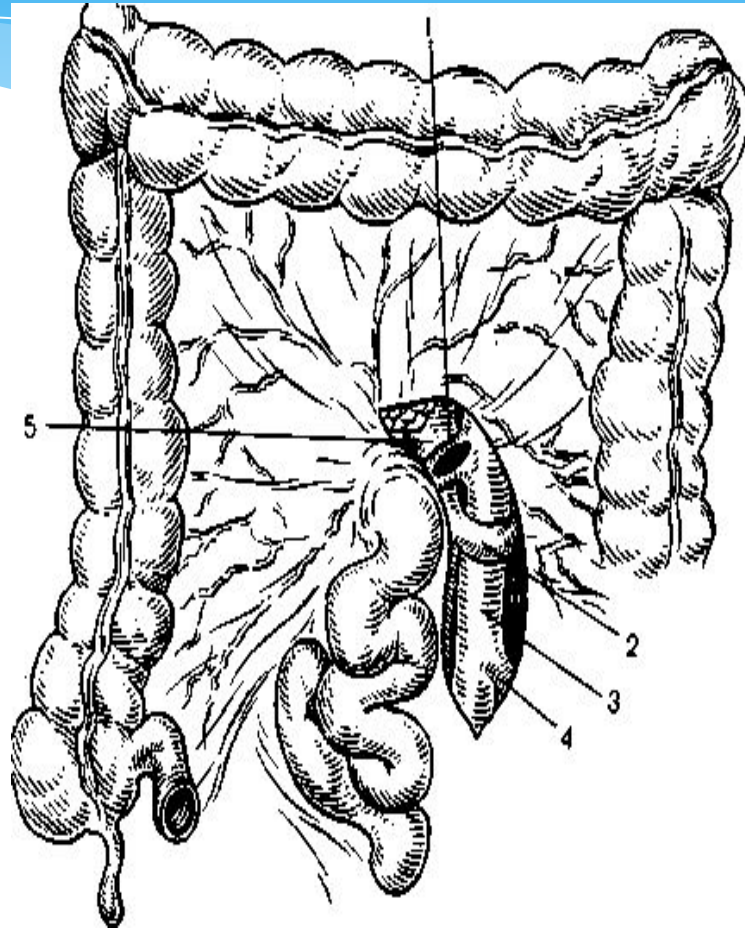
Передний доступ к верхней брыжеечной артерии.

- * 1 — ствол верхней брыжеечной артерии;
- * 2 — средняя ободочная артерия;
- * 3 — интестинальные артерии;
- * 4 — подвздошная ободочная артерия.



Задний доступ к верхней бры- брыжеечной артерии.

- * 1 — верхняя брыжеечная артерия;
- * 2 — левая почечная вена;
- * 3 — аорта;
- * 4 — нижняя бры-жеечная артерия;
- * 5 — нижняя полая вена.



**Эмболэктомию из
верхней брыжеечной
артерии обычно
выполняют из
переднего доступа**

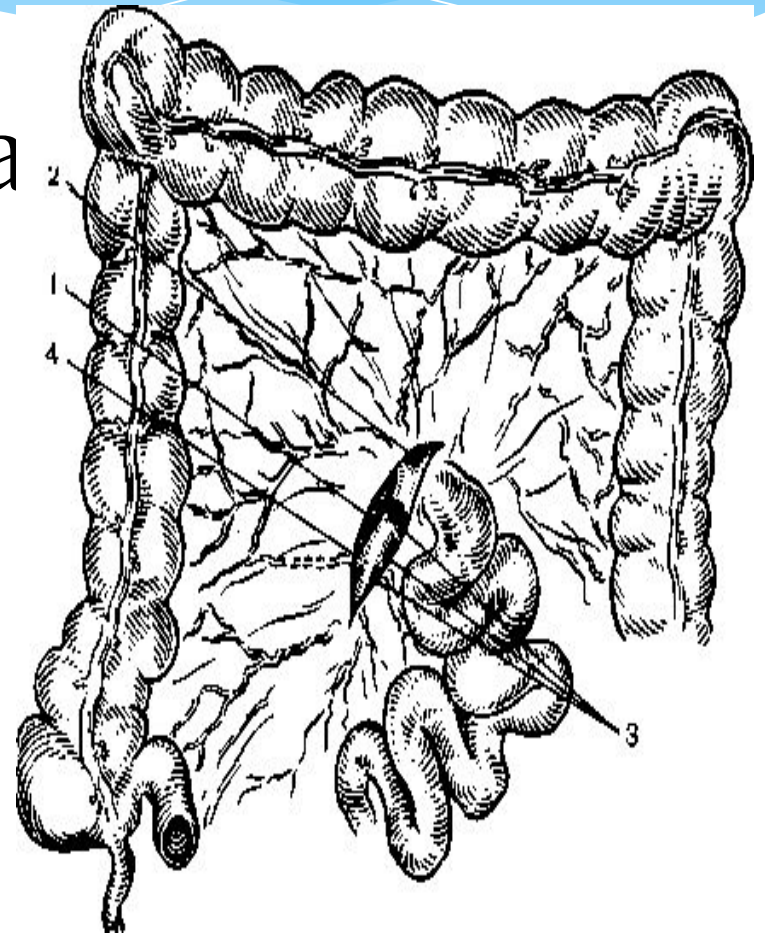
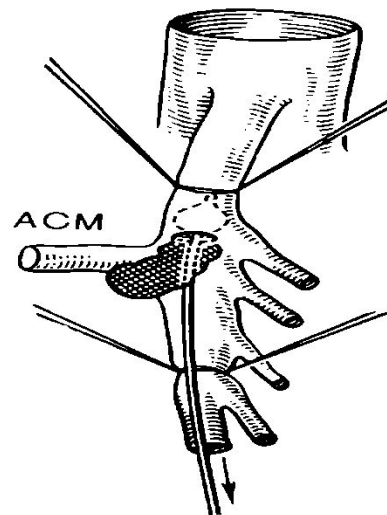
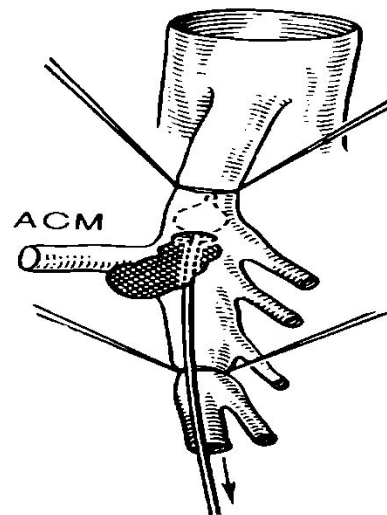
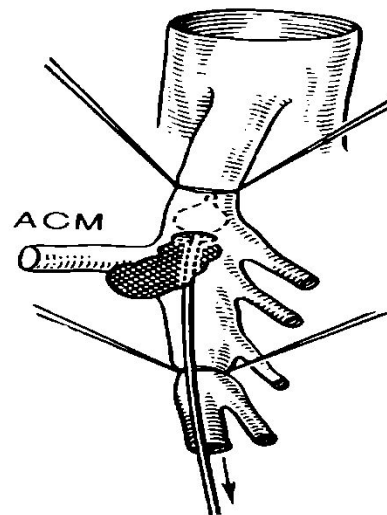
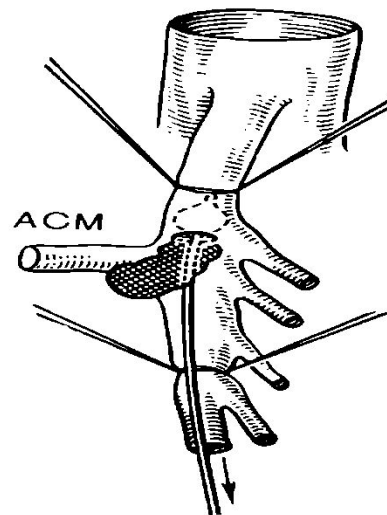
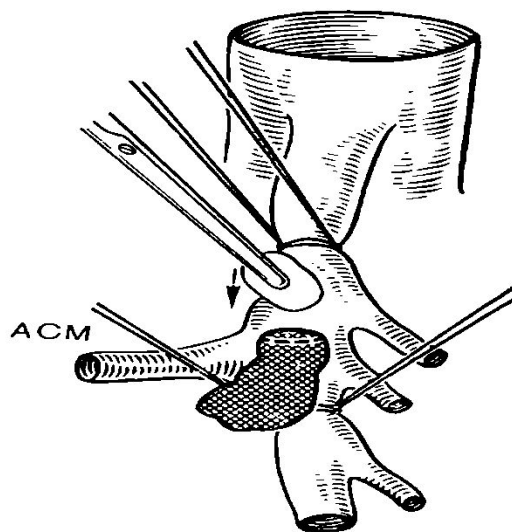
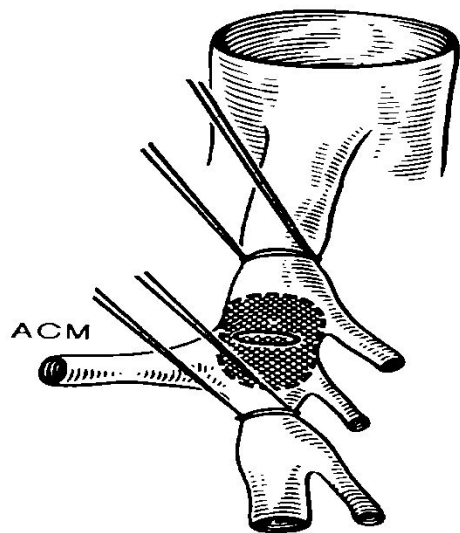
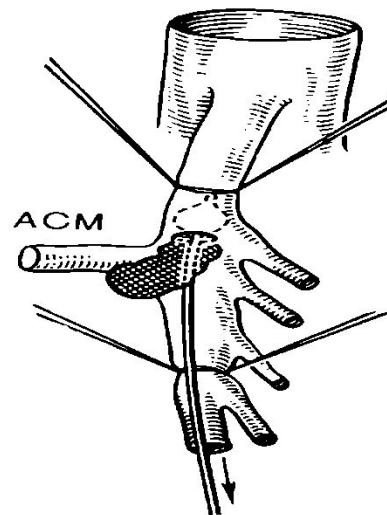
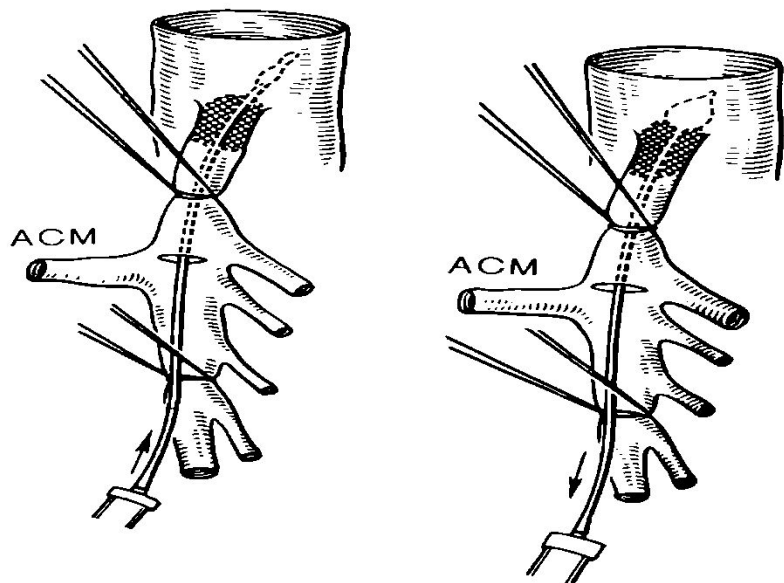


Рис. 52. Непрямая эмболектомия из I сегмента ствола верхней брыжеечной артерии.

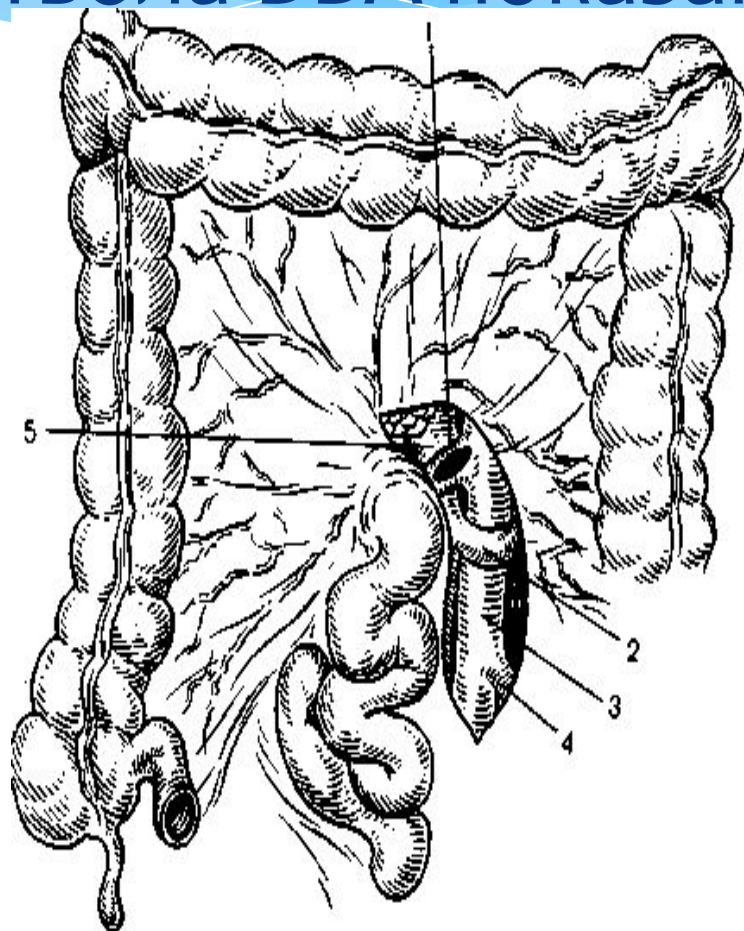
Рис. 53. Прямая эмболектомия из I сегмента ствола верхней брыжеечной артерии.



При артериальном тромбозе в связи с преимущественной локализацией тромбоза в I сегменте ствола ВБА показан задний доступ к сосуду.

В зависимости от клинической ситуации выполняют **тромбинтимиэктомию** с последующим

- вшиванием аутовенозной или синтетической заплаты,
- обходное шунтирование,
- реимплантацию артерии в аорту,
- протезирование верхней брыжеечной артерии.



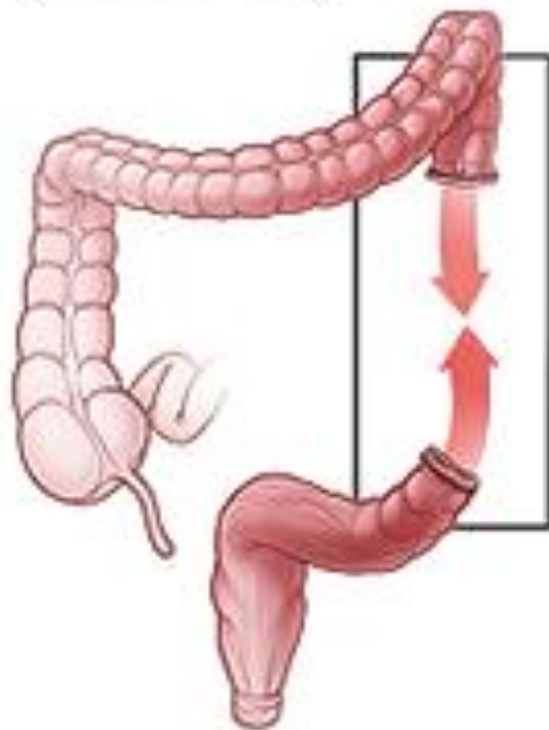
Резекция кишечника

при нарушениях мезентериального кровообращения может применяться как самостоятельное вмешательство, так и в сочетании с сосудистыми операциями.



Резекция и анастомоз кишечника

Резекция - поврежденный участок удаляется и концы сшиваются (анастомоз)



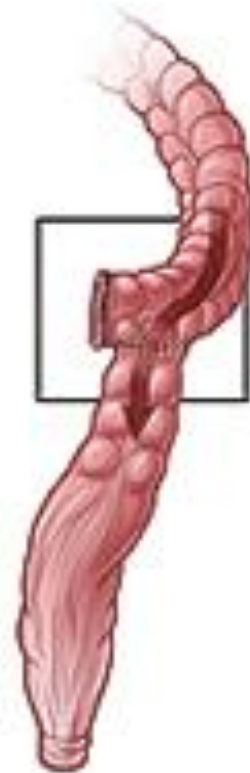
Анастомоз
конец в
конец



Анастомоз
бок в бок



Анастомоз
конец в бок



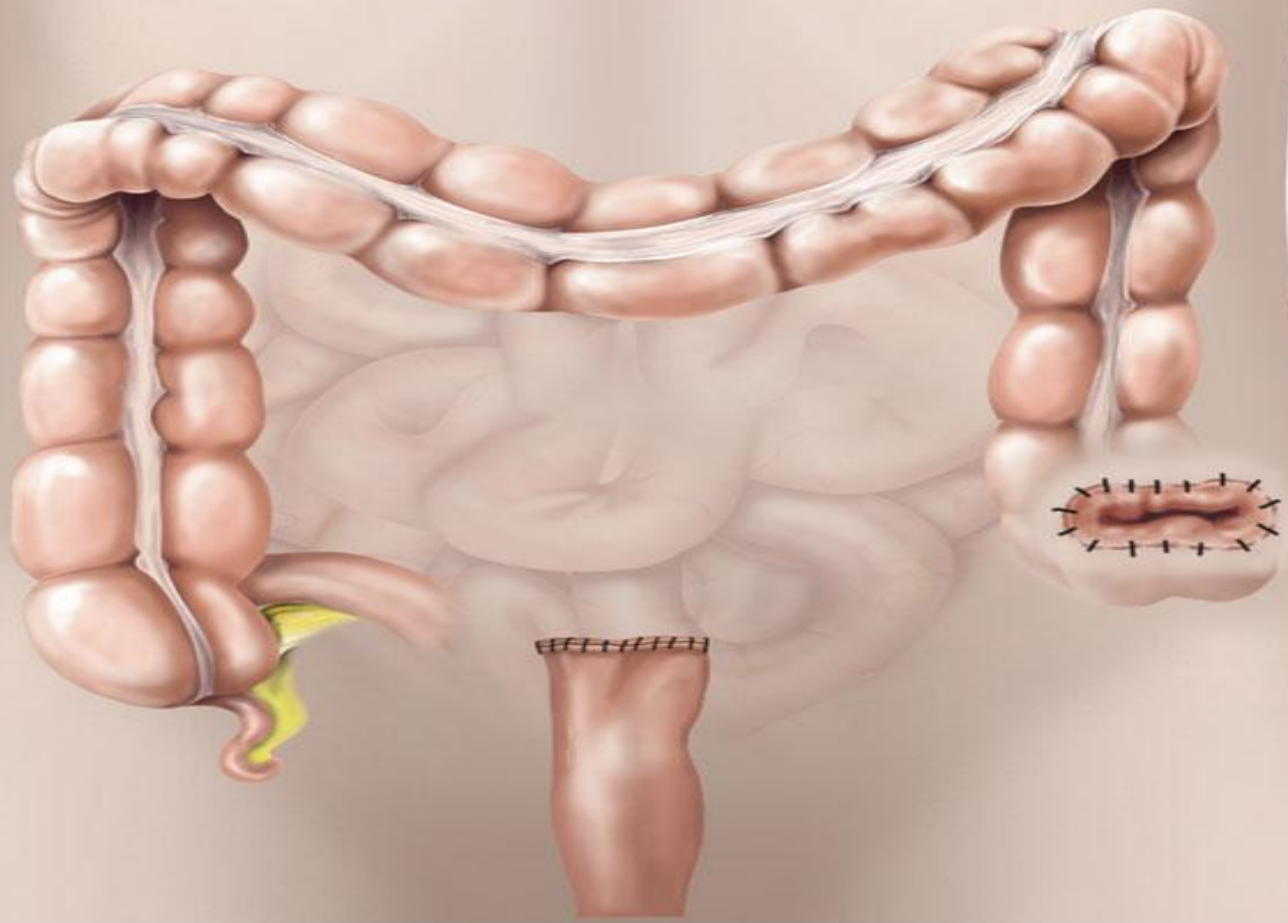
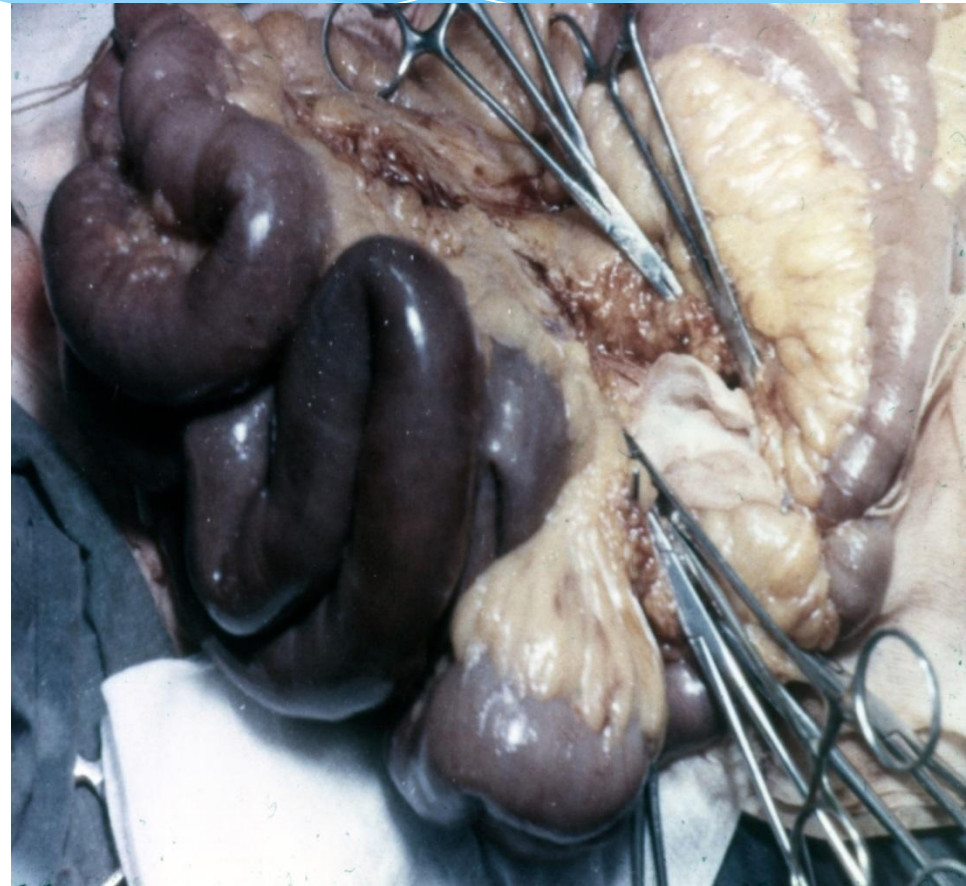


Figure 1
A Hartmann's procedure

При наличии гангрены кишечника и выявлении окклюзии крупного брыжеечного сосуда :

- * резекцию гангренозных петель кишечника с экономным иссечением брыжейки.
- * Культы резецированной кишки прошивают аппаратами и укладывают в БП.
- * Можно окончательно оценить жизнеспособность остающихся петель кишечника.



- * при тотальном поражении
- инфильтрация брыжейки
0,25% новокаином
- * с 25 - 30 тыс. гепарина
- * **или введение гепарина в
основной ствол и ветви
брыжеечной артерии.**
Общая летальность при
мезентвриальных
тромбозах в клинике
Савельева составляет 93%.

У больных с продолжающейся гангреной кишки отмечают:

- * стойкий лейкоцитоз
- * повышается СОЭ.
- * Развитие гипербилирубинемии и - прогрессирующее накопление в крови продуктов азотистого обмена свидетельствует о глубоком токсическом поражении паренхимы печени и почек.
- * Мочеотделение прогрессивно снижается вплоть до анурии, несмотря на большое количество вводимой жидкости и значительные дозы диуретиков.
- * Исследование мочи обнаруживает развитие токсического нефроза, проявляющегося в стойкой и нарастающей протеинурии, цилиндрурии и микрогематурии.

Ранняя целенаправленная (программируемая) релаксация

Показана ч/з 12—24 ч
для оценки состояния
кишечника.

Ведение послеоперационного периода.

- * Коррекция расстройств гемодинамики;
- * Нормализация газообмена;
- * Коррекция водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния;
- * Восполнение энергетических потребностей; (х2)
- * Профилактика и лечение полиорганной недостаточности;
- * Лечение пареза кишечника;
- * Рациональная антибиотикотерапия.