ОСТРАЯ ОККЛЮЗИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

**Причины:** эмболия (пороки сердца, мерцательная аритмия, аневризма брюшной аорты, инфаркт миокарда, аневризма сердца), тромбоз (на фоне атеросклеротического поражения, после реконструктивных операций на аорте, раковые заболевания), расслаивающая аневризма брюшной аорты, травма. Некроз кишечника может возникнуть и при снижении сердечного выброса ниже критического уровня без окклюзии мезентериальных сосудов. В 90% случаев возникает окклюзия верхней брыжеечной артерии, в 10%-нижней. При тромбозе чаще возникает окклюзия основного ствола верхней брыжеечной артерии, что осложняется некрозом всей тонкой и ободочной кишки до селезеночного угла. При эмболии возникает окклюзия более дистальных отделов сосуда, зона некроза при этом меньше.

Диагноз эмболии сосудов кишечника при возникновении описанной выше клинической картины облегчается, если симптомы заболевания появляются на фоне патологического процесса, сопровождающегося внутрисердечным тромбозом или тромбозом аорты (инфаркт миокарда, атеросклероз, пороки сердца, эндокардит и т.д.).

Как правило, предположить МТ позволяет триада - возраст больного больше 50 лет, наличие острого болевого абдоминального синдрома, наличие сопутствующей поражения сердца или сосудов.

**Симптомы, течение**.

Заболевание в большинстве случаев начинается внезапное появления резкой (чаще постоянного характера) боли в животе. Особенностью боли (например, в отличие от боли, связанной с перфорацией язвы желудка) во многих случаях является ее неопределенная локализация, схваткообразный характер и возможность перемещения. Весьма показательно поведение больных: они кричат, не находят себе места, подтягивают ноги к животу, принимают коленно-локтевое положение. Появляется тошнота, рвота, при которой рвотные массы приобретают характер кофейной гущи. Более чем у половины больных появляется неоднократный жидкий стул с примесью крови. Живот в начальном периоде (первые 2 ч болезни) бывает обычно мягким; при пальпации живота в соответствии с зонами инфаркта кишечника появляется важный симптом - локальная болезненность. **Несоответствие между тяжестью состояния больного, выраженного абдоминального болевого синдрома и отсутствием признаков раздражения брюшины достаточно характерно для МТ.** При ректальном исследовании можно обнаружить кровь.

В первый период болезни возможно возникновение тестовидной опухоли, пальпируемой между пупком и лобком. В стадии перитонита состояние больных ухудшается в связи с усилением интоксикации, обезвоживанием, нарушением электролитного баланса, ацидоза тканей. Особенностью перитонита при острых нарушениях мезентериального кровообращения является более позднее по сравнению с гнойными перитонитами появление симптомов мышечного напряжения и симптома Щеткина-Блюмберга. Перитонит, как правило, начинает развиваться снизу.

Клиническая картина заболевания зависит от времени, прошедшего с его начала. Выделяют 3 стадии: I - начальная стадия. В клинической картине превалирует триада симптомов: боль в животе, шок и понос. Характерно расхождение между тяжелым общим состоянием больного и относительно небольшими изменениями, выявляемыми при осмотре живота: вздутие его и умеренная болезненность без симптомов раздражения брюшины. При аускультации - ослабление перистальтики кишечника. Картина крови не изменена. При рентгенологическом исследовании определяется пневматизация и утолщение стенки тонкой кишки. Длительность стадии 1-6 ч. II стадия (7-12ч): выраженная боль в животе, при пальпации отмечается нарастание болезненности, однако перитонеальных симптомов нет, состояние больного постепенно ухудшается. При пальцевом исследовании прямой кишки могут быть кровянистые выделения. В крови - нарастание лейкоцитоза, рентгенологические изменения прежние; III стадия - стадия некроза кишки (после 12ч). Симптоматика разлитого перитонита и паралитической кишечной непроходимости, в крови - высокий лейкоцитоз, при рентгенологическом исследовании органов брюшной полости - множественные уровни жидкости.

**Диагностика** основывается на данных анамнеза, поиске источника эмболии (мерцательная аритмия, ревматический порок сердца), клинических проявлениях шока, пареза кишечника. Лабораторная диагностика - лейкоцитоз. Рентген - газ в петлях тонкого кишечника. Лапароскопия - признаки инфаркта кишечника. Ангиографическое исследование - окклюзия мезентериальных сосудов.

**Лечение** только оперативное. Позднее оперативное вмешательство обусловливает развитие тяжелых осложнений. В 3-й стадии заболевания к артериальной окклюзии присоединяется мезентериальный венозный тромбоз.

В I стадии производят реваскуляризацию кишечника путем удаления тромба или тромбинтимэктомии; во II стадии при наличии очаговых некрозов стенки кишки реваскуляризацию дополняют резекцией кишечника; в III стадии - только массивная резекция кишки может спасти жизнь больного. Как правило, оперативное вмешательство производят во II-III стадиях заболевания; послеоперационная летальность составляет 90%.