

# 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

амоксцил- лин	взрослым и детям старше 10 лет (массой тела более 40 кг) — внутри, по 500 мг 3 раза в сутки (до 0,75–1 г 3 раза в сутки при	2-3 раза в сутки	Внутри, в/м, в/в	5-10 дней	Антибиот ик группы пенициллинов широкого спектра
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 заболевани я)	Цефалоспорины 3-го поколения

# Оперативное лечение

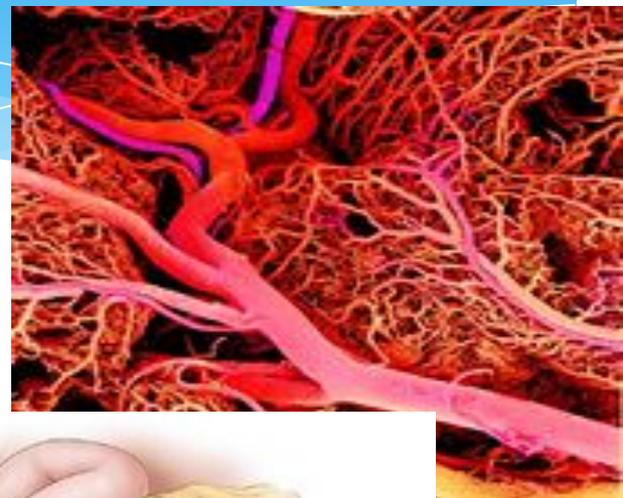


# Цели оперативного вмешательства

- \* 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

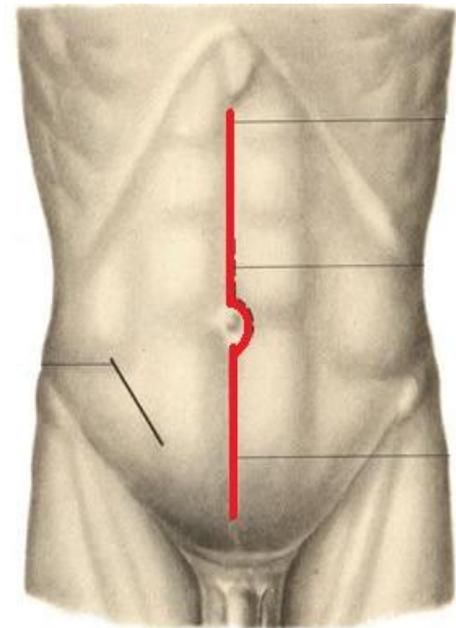
## включают:

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

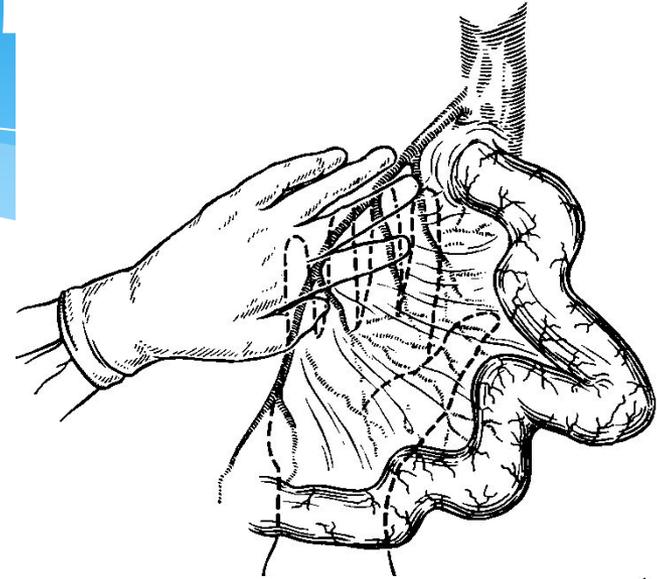
предшествует активным  
хирургическим действиям!

## Оценка жизнеспособности кишечника

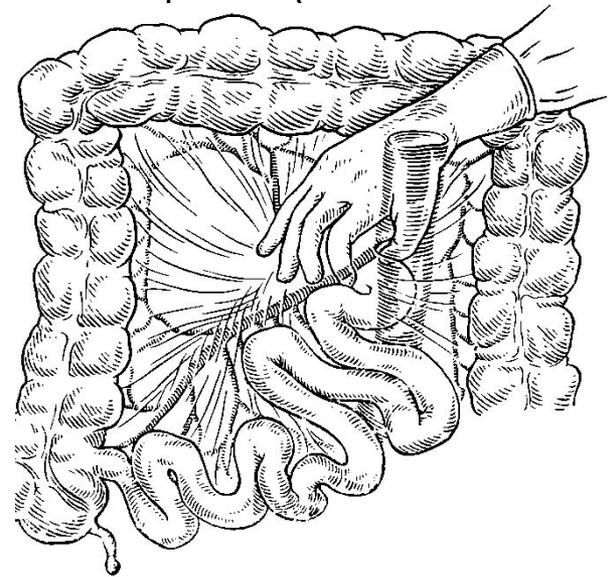
1. окраска кишечной стенки
2. определение перистальтики
3. пульсация артерий брыжейки

# 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.

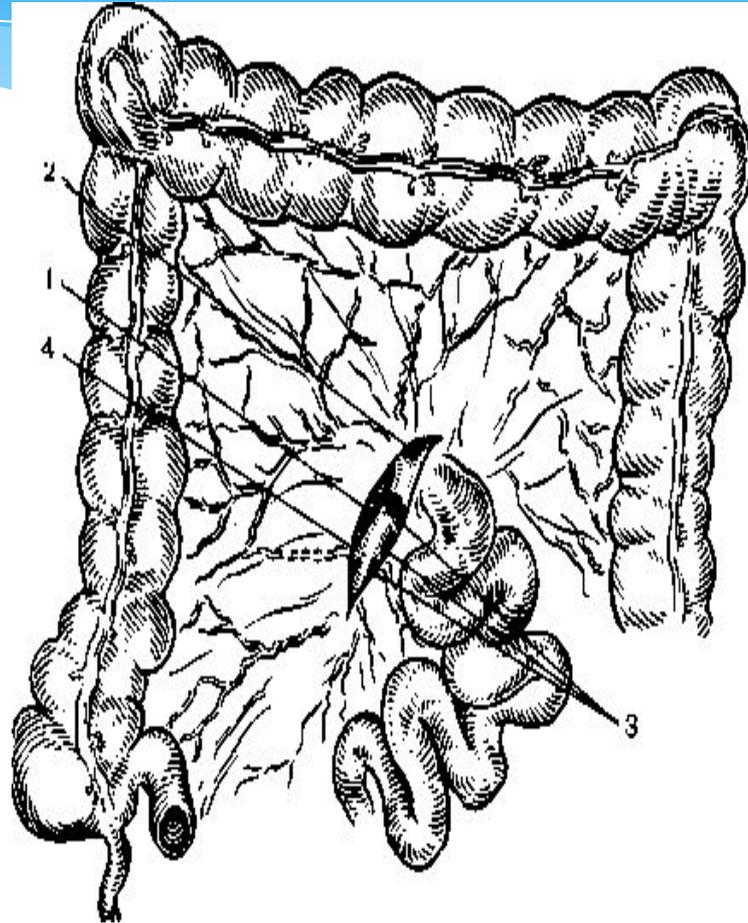
# В сомнительных случаях

(при отёке брыжейки, системной гипотензии,  
резком ожирении)

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

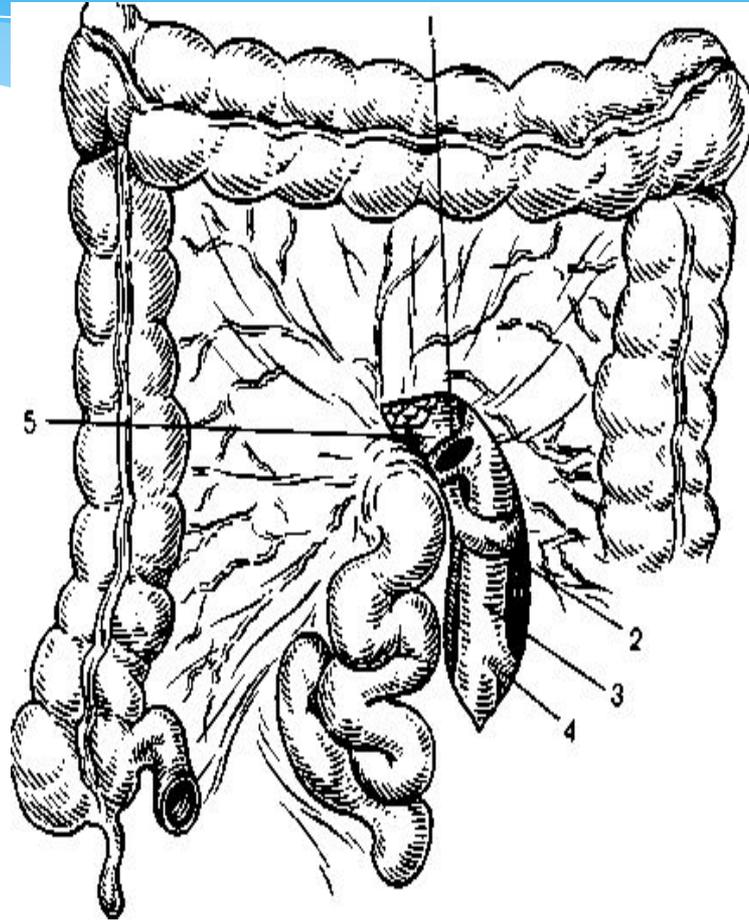
# Передний доступ к верхней брыжеечной артерии.

- \* 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**

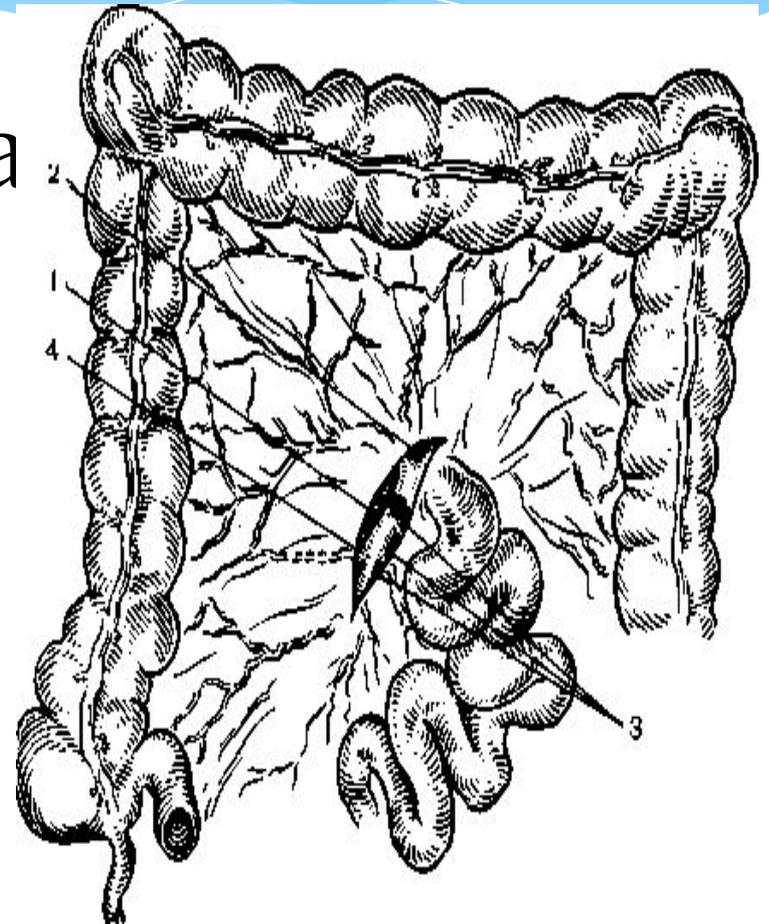
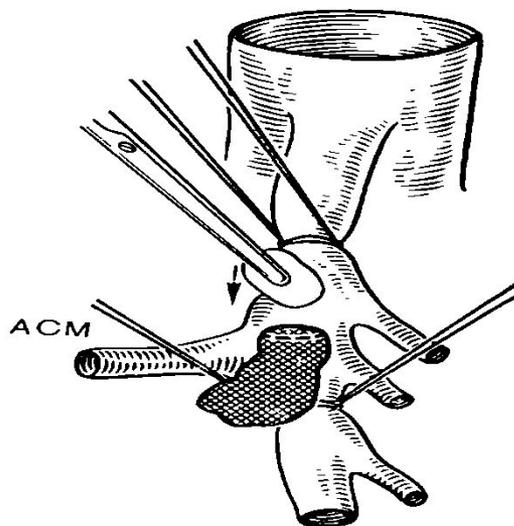
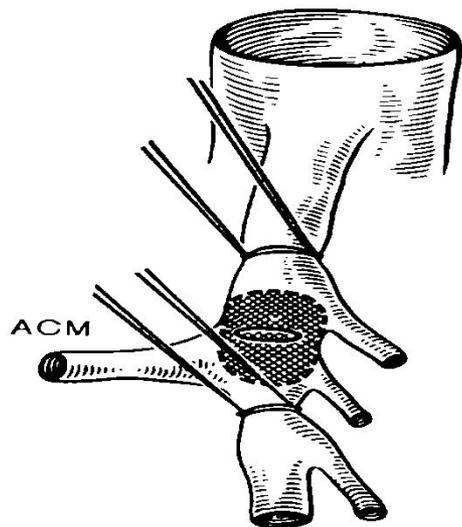
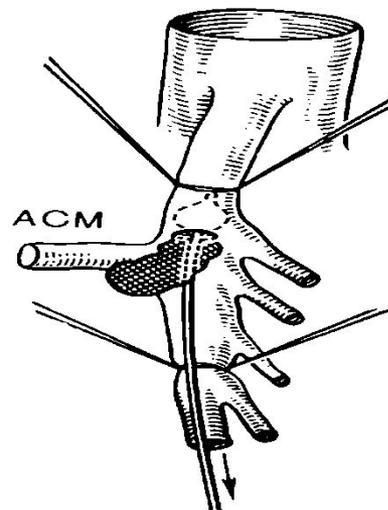
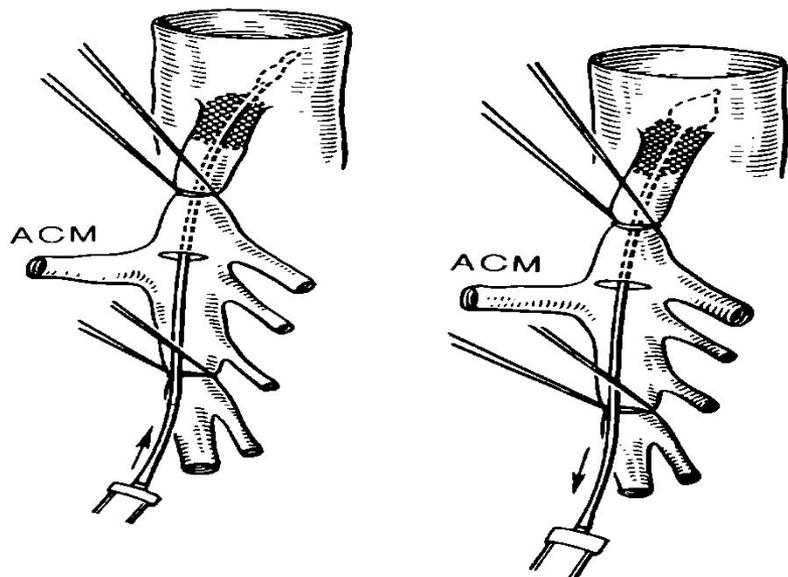


Рис. 52. Непрямая эмболектомия из I сегмента ствола верхней брыжеечной артерии.

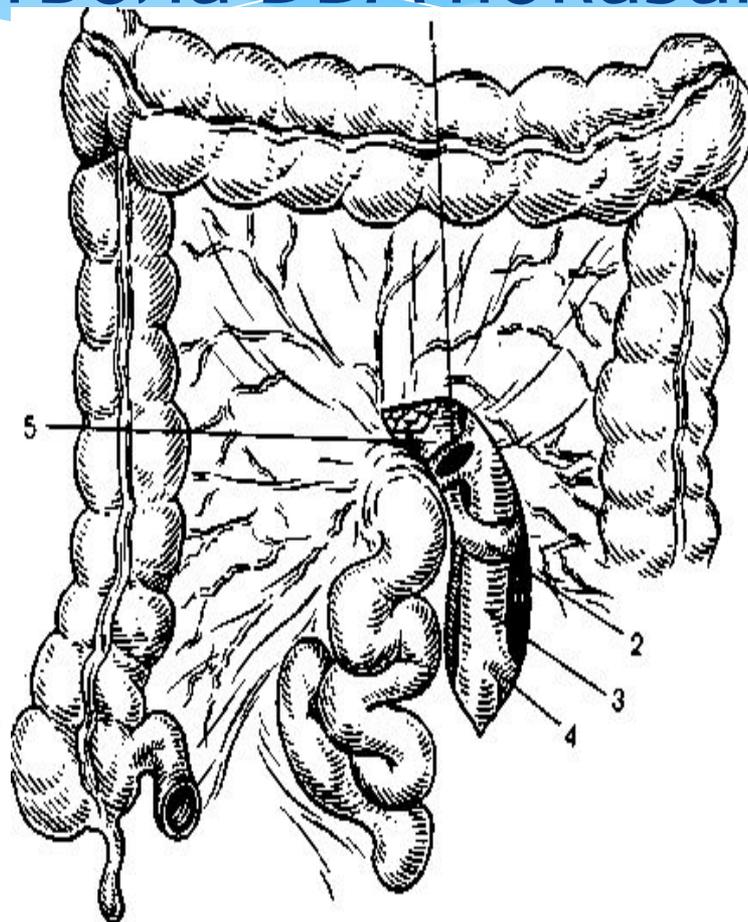
Рис. 53. Прямая эмболектомия из I сегмента ствола верхней брыжеечной артерии.



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

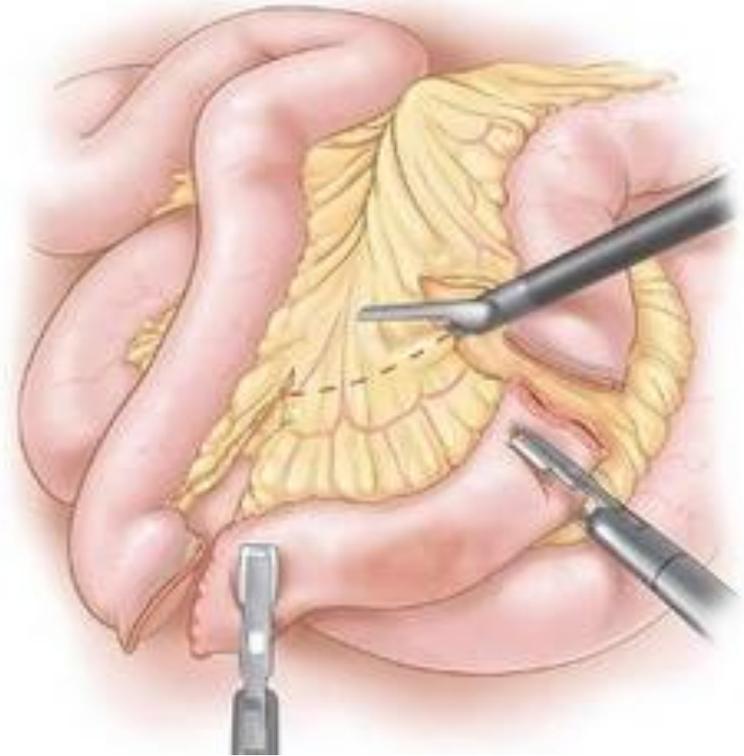
В зависимости от клинической ситуации выполняют **тромбинтимиэктомию** с последующим

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



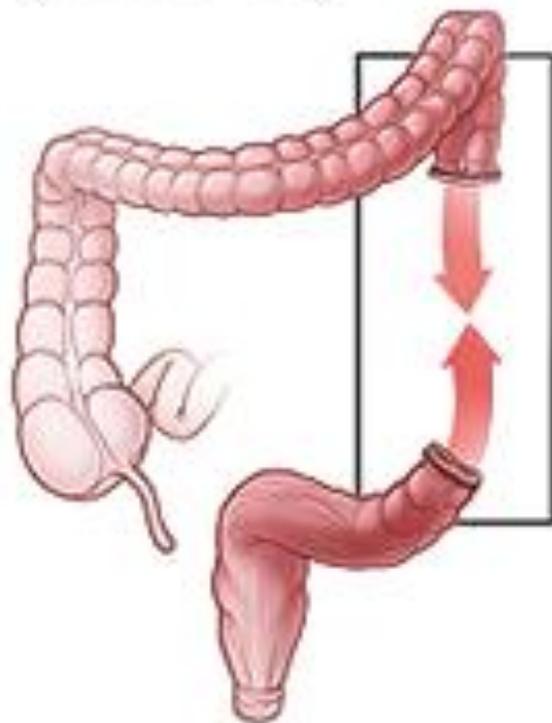
# Резекция кишечника

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

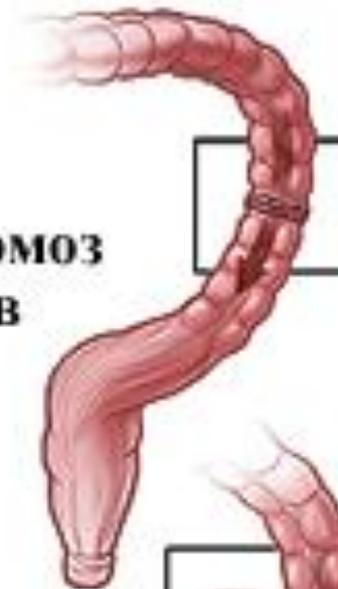


# Резекция и анастомоз кишечника

Резекция - поврежденный участок удаляется и концы сшиваются (анастомоз)



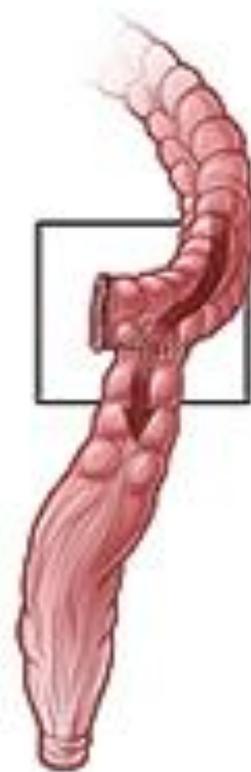
Анастомоз  
конец в  
конец



Анастомоз  
бок в бок



Анастомоз  
конец в бок



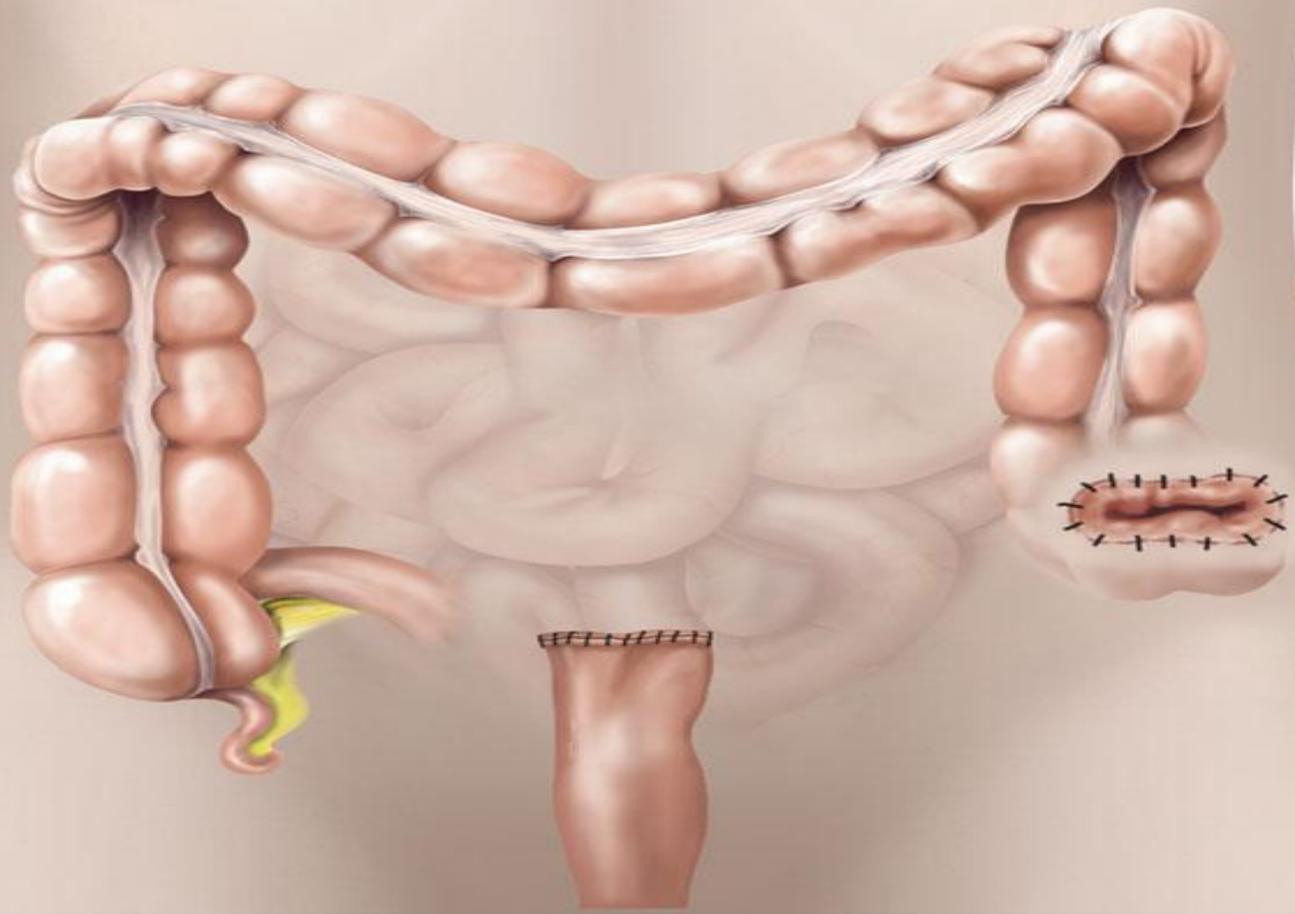
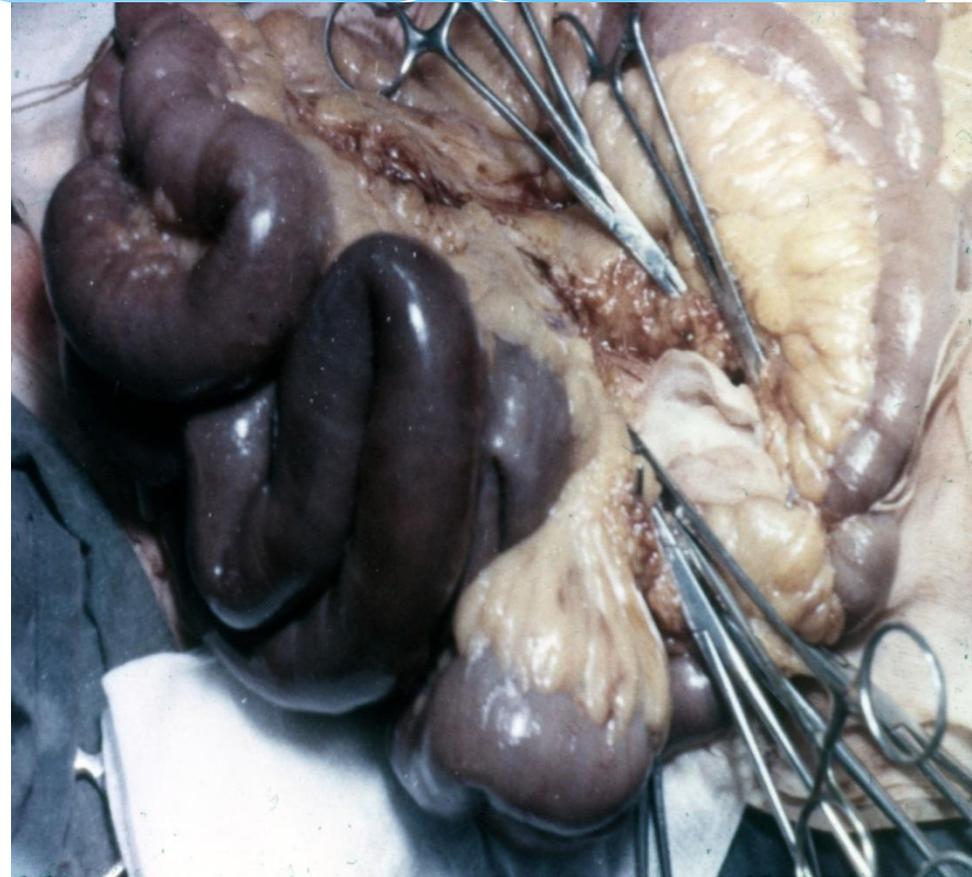


Figure 1  
A Hartmann's procedure

# 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.