



КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Подготовил: Куралбаев Д.Б.

6055 группа

Проверила: Кобжанова Г.С.

Караганда 2015 г.





Острое нарушение кровообращения в брыжеечных сосудах развивается вследствие эмболии артерий или тромбозов брыжеечных артерий и вен.

- Верхняя брыжеечная артерия - 90 %
 - Нижняя брыжеечная артерия - 10 %
(компенсация кровотока в левой половине ободочной кишки вследствие хороших коллатеральных связей сосудов с системами верхней брыжеечной и внутренних подвздошных артерий)
- 

Классификация :

- Окклюзионные нарушения:
 - 1) эмболия мезентериальных артерий;
 - 2) тромбоз артерий;
 - 3) тромбоз вен;
 - 4) прикрытие устьев артерий со стороны аорты вследствие ее атеросклероза и тромбоза;
 - 5) окклюзия артерий в результате расслоения стенок аорты;
 - 6) сдавление (прораствание) сосудов опухолями;
 - 7) перевязка сосудов.

- 
- Неокклюзионные нарушения:
 - 1) неполной окклюзии артерий;
 - 2) ангиоспазма;
 - 3) падения сердечного выброса и централизации гемодинамики

Этиология

- 1) Эмболия брыжеечных артерий
- - атеросклероз (внутрисердечные тромботические массы, которые у больных с атеросклерозом чаще находятся в левом желудочке сердца или аорте)
- - инфаркт миокарда(в левом ушке, левом предсердии, на створках митрального клапана)
- - ревматические пороки сердца
- - гипертоническая болезнь.



Реже : - узелковый периартериит

- - васкулиты
- - эндартерииты
- - рак

Крайне редко: - тромбированная аневризма брюшной аорты

- -тромбоз легочных вен
- - флеботромбозы различной локализации.

* Мобилизация тромбов происходит при повышении силы сердечных сокращений, перепадах артериального давления, частичном лизисе и фрагментации тромботических масс, особенно на фоне гипокоагуляции крови.

- 2) Тромбоз брыжеечных вен

-воспалительные / гнойные процессы в брюшной полости(абсцесс, острый панкреатит, некроз поджелудочной железы, перитонит, сепсис)

Факторы риска

- - цирроз печени
- - портальная гипертензия
- - болезнь Крона / неспецифический язвенный колит
- - травмы брюшной полости
- - недавно перенесенные оперативные вмешательства
- - злокачественные новообразования
(гиперкоагуляционный синдром+ обезвоживание организма+ химиотерапия+ повреждение сосудов метастазами+ экстравазальное компрессионное сдавление опухолью)
- - Лекарственные препараты (сердечные гликозиды, вазопрессоры, диуретикм, химиотерапия, оральные контрацептивы, эстроген содержащие препараты)
- - беременные женщины
- - курильщики с длительным стажем

Стадии болезни

1. **Ишемии** (геморрагического пропитывания при венозном тромбозе) *обратимо*
2. **Инфаркта кишечника** (ишемия кишечной стенки > 3х часов)
3. **Перитонита**

Классификация по течению заболевания

- 1) С компенсацией мезентариального кровотока - наблюдается полное восстановление функции кишечника.
- 2) С субкомпенсацией мезентариального кровотока - жизнеспособность кишечника поддерживается за счёт коллатералей.
- 3) С декомпенсацией мезентариального кровотока - происходит инфаркт кишечника.

Клиника

БОЛЬ :

- очень интенсивная
- схваткообразный характер
- плохо купируется наркотическими анальгетиками.
- неопределенной локализации
- иррадиирует во все отделы живота (реже больные могут указать на боль в эпигастрии, околопупочной области.)

ТОШНОТА, РВОТА :

В начале - однократная рефлекторная рвота желудочным содержимым.

Далее рвота становится постоянной, цвета кофейной гущи с неприятным гнилостным запахом

СИМПТОМ ИШЕМИЧЕСКОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА(В. С. Савельев и И. В. Спиридонов, 1979 г.):

В начале 1-2-кратный жидкий стул,
тенезмы.

- *При развитии инфаркта кишечника:
кровь в кале по типу «малинового
желе» /кровяные сгустки.

- 
- - СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ
 - - вынужденное положение больного
 - - влажный кожный покров
 - - Язык и внутренняя поверхность щек быстро становятся сухими(в стадии перитонита на них появляется грязно-серый налет с буроватым оттенком. Возникает тягостное чувство жажды.)
 - -температура тела до 38–39°C.
 - - учащенный пульс, слабые сердечные тоны

Физикальное исследование:

- **абдоминальная пальпация** : живот почти всегда мягкий, малоболезненный, принимает участие в акте дыхания, что не соответствует жалобам пациентов на сильную абдоминальную боль.
- **Аускультация живота**: ослабление кишечных шумов/полное отсутствие перистальтики. *Иногда выслушивается систолический шум в эпигастральной области, обусловленный сужением верхней брыжеечной артерии.
- На фоне перитонита появляются вздутие живота, симптомы мышечного напряжения и симптома Щеткина–Блюмберга.
- При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке нередко обнаруживают кровь.

Окклюзия I сегмента верхней брыжеечной артерии:

- тотальное ишемическое поражение тонкой кишки+ слепая /вся правую половину толстой кишки (50% случаев).
- * Кровообращение сохраняется лишь в небольшом отрезке тощей кишки у связки Трейтца*
- Наиболее глубокие деструктивные изменения развиваются в терминальном отделе тонкой и в слепой кишках.

Окклюзия II сегмента ствола верхней брыжеечной артерии

Ишемия терминальной части тощей и всей подвздошной кишки.

Редко развивается некроз слепой и восходящей толстой кишки.

Жизнеспособным остается участок тощей кишки длиной около 1-2 м, что вполне достаточно для функции пищеварения.

Окклюзия III сегмента артерии

Кровообращение в кишечнике склонно к компенсации и в случае развития инфаркта поражается только подвздошная кишка.

- Сочетание острой окклюзии I сегмента верхней брыжеечной артерии с облитерацией устья нижней брыжеечной артерии приводит к развитию тотального поражения тонкого и толстого кишечника

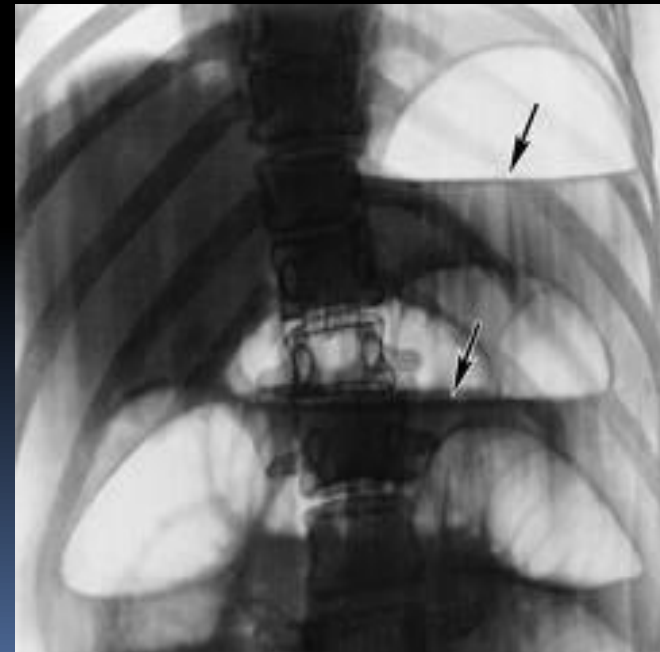


Дифференциальная диагностика:

- механическая кишечная непроходимость
 - прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
 - острый панкреатит
 - острый холецистит
 - острый аппендицит
- 

Диагностика

- **Рентген:** раздутые петли кишечника с горизонтальным уровнем жидкости (признаки кишечной непроходимости). Рентгенография распознаёт кишечную непроходимость
- УЗИ
- КТ



- 
- 
- **УЗИ** - выявляет признаки кишечной непроходимости, свободную жидкость в брюшной полости.
 - Главное назначение - это исключить другую патологию брюшной полости.

- **Ангиография.** Самый точный метод диагностики. необходимо проводить обязательно при подозрении на ОНМК.
- для выявления больных с неокклюзионной мезентариальной ишемией, поскольку им не показана операция (они нуждаются в лечении вазодилататорами).



Лапароскопия

К ранним лапароскопическим признакам относятся:

- А) бледность серозной оболочки пораженного сегмента кишки с сероватым оттенком;
 - Б) отсутствие пульсации сосудов брыжейки и/или пристеночных сосудов;
 - В) наличие симптома «четок» при обычном цвете брюшины и отсутствии выпота или незначительном количестве серозного выпота в брюшной полости;
- 

Постановка диагноза

- Сочетание характерных клинических признаков:
выраженный болевой синдром+ отсутствие мышечного напряжения передней брюшной стенки на стадии ишемии
- изменение лабораторных показателей (выраженный лейкоцитоз, повышение уровня ферментов (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, КФК-МВ))
- наличие признаков ишемии, выявленных при лапароскопии, являются показанием к последующей лапаротомии и ревизии верхней брыжеечной артерии.

Лечение:

Эффективно только хирургическое лечение!

задачи:

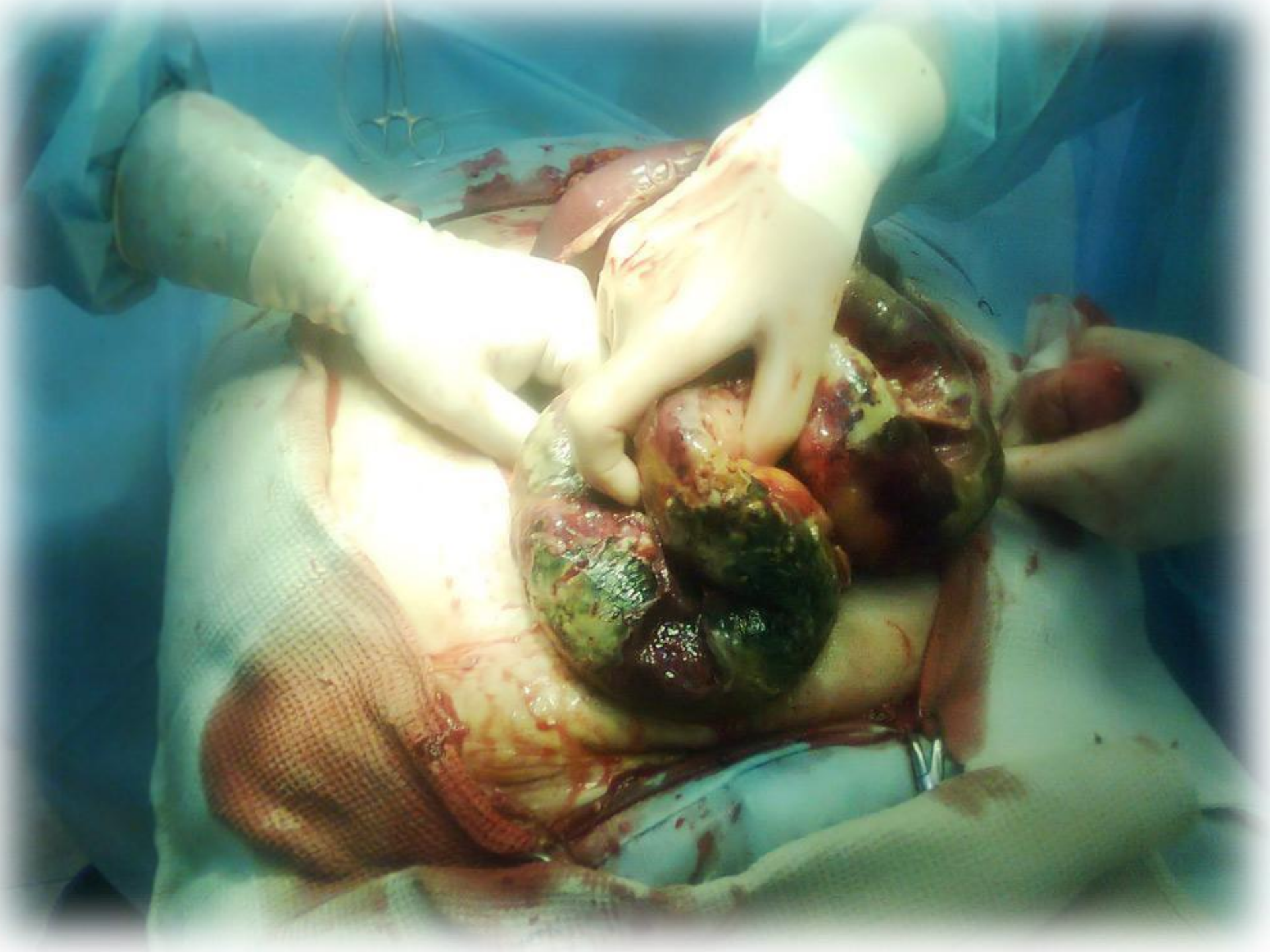
- 1) восстановление мезентериального кровотока;
- 2) удаление участков кишки, подвергшихся некрозу;
- 3) борьба с перитонитом



этапы оперативного вмешательства

- 1)хирургический доступ
 - 2)ревизию кишечника и оценку его жизнеспособности
 - 3)ревизию магистральных брыжеечных сосудов
 - 4)восстановление мезентериального кровотока
 - 5)резекцию кишечника по показаниям
 - 6)дренирование и санацию брюшной полости.
- 

- 
- 
- оценка жизнеспособности кишки:
 - окраска кишечной стенки
 - определение перистальтики и пульсации сосудов брыжейки
 - Для нарушений мезентериального кровообращения характерна «мозаичность» ишемических расстройств: соседние участки кишки могут находиться в разных условиях кровообращения.



- 
- 
- Ревизия магистральных брыжеечных сосудов: определение пульсации сосудов у корня брыжейки
 - Эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии
 - Тромбэктомия при тромботической окклюзии воротной вены/ окклюзия ее ствола
 - Резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей.



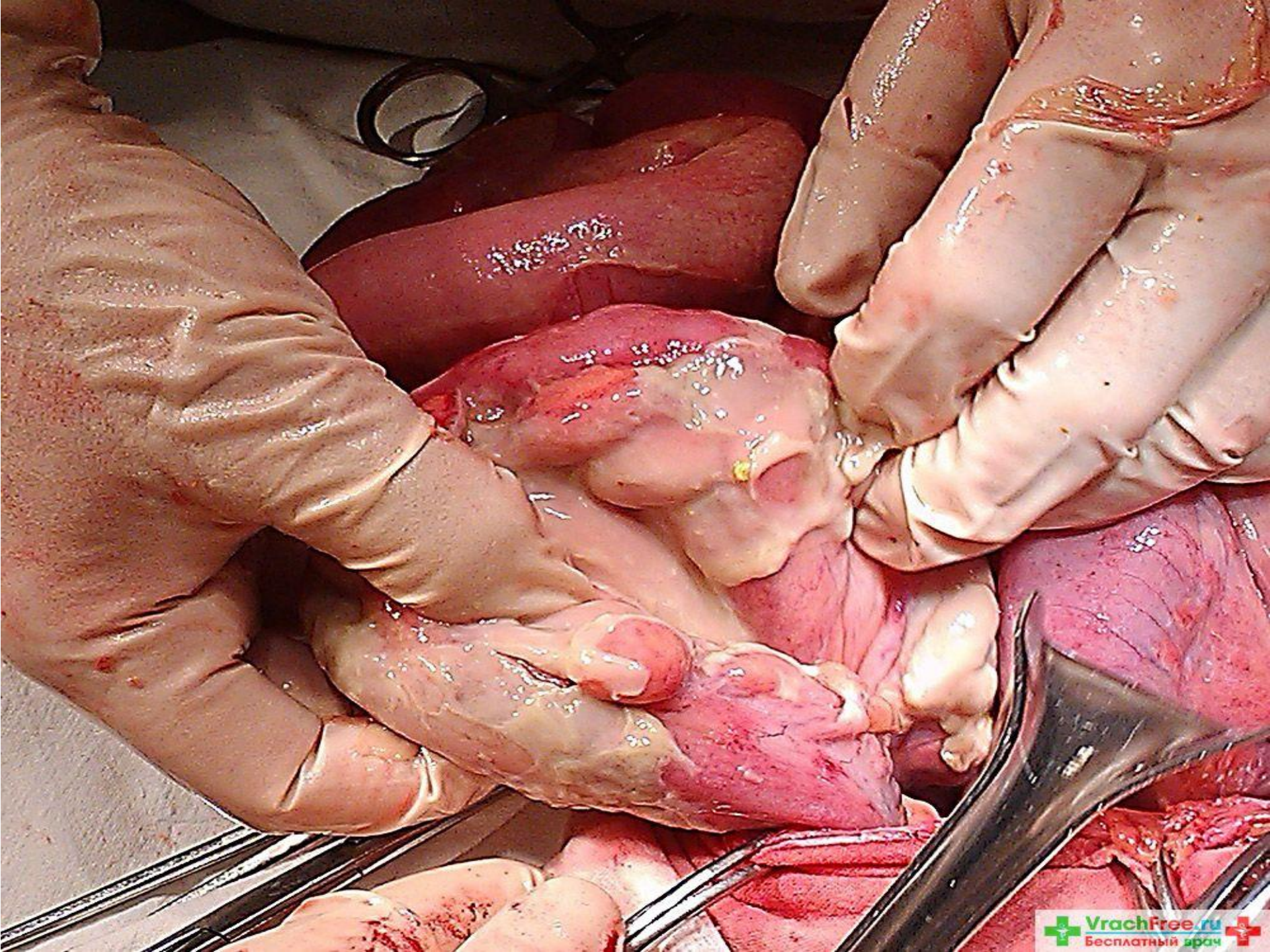


Основные направления терапии в послеоперационном периоде

- 1. Коррекция расстройств
 - 2. Нормализация газообмена и обеспечение адекватной оксигенации,
 - 3. Устранение сдвигов водно-электролитного и КОС
 - 4. Восполнение энергетических и метаболических потребностей организма
 - 5. Профилактика и лечение острой почечной и печеночной недостаточности
 - 6. Лечение пареза кишечника
 - 7. Рациональное применение антибактериальных препаратов
- 







Резекция кишечника

