

*Соцков А.Ю.,*

*студент*

*ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, 6 курс*

*Россия, г. Пермь*

*Пономарев Д.Н.,*

*студент*

*ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, 6 курс*

*Россия, г. Пермь*

*Суслов Н.С.,*

*студент*

*ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, 6 курс*

*Россия, г. Пермь*

*Сахипов М.А.,*

*студент*

*ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, 6 курс*

*Россия, г. Пермь*

## **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ И ПЕРИТОНИТОМ**

*Аннотация: Острая мезентериальная ишемия (ОАМИ) – внезапная острая артериальная или венозная окклюзия или снижение кровотока в пределах мезентериального кровообращения. Поиск тактических решений при атеротромбозе и тромбоемболии верхней брыжеечной артерии (ВБА), возможностей стандартизации лечения ОАМИ при состоявшихся некробиотических изменениях в кишечной стенке, осложненной распространенным перитонитом и абдоминальным сепсисом, определяет непреходящий интерес к данной проблеме.*

**Ключевые слова:** острая мезентериальная ишемия, перитонит.

**Abstract:** Acute mesenteric ischemia (OAMI) is a sudden acute arterial or venous occlusion or decreased blood flow within the mesenteric circulation. The search for tactical solutions in atherothrombosis and thromboembolism of the superior mesenteric artery (SMA), the possibilities of standardizing the treatment of OAMI in the case of necrobiotic changes in the intestinal wall, complicated by widespread peritonitis and abdominal sepsis, determines the enduring interest in this problem.

**Key words:** acute mesenteric ischemia, peritonitis.

Разные авторы придерживаются своих методик лечения пациентов с острым артериальным мезентериальным тромбозом и перитонитом.

В работе А.Я. Коровиной пациенты были разделены на две группы. В первой группе после реваскуляризации и/или резекции кишечника накладывался первичный анастомоз, релапаротомии выполнялись «по требованию». Во второй группе в сочетании с реваскуляризационными и/или резекционными методиками применялись программные релапаротомии с отсроченным межкишечным анастомозом. Автором получены следующие выводы:

1. Тромбэмболэктомия из верхней брыжеечной артерии и обструктивная резекция кишечника во время первой операции при острой артериальной мезентериальной ишемии и распространенном перитоните позволяют снизить досуточную летальность с 43,6% до 41,3%.

2. Первая релапаротомия для визуальной оценки эффективности тромбэмболэктомии из ВБА и санации брюшной полости должна быть выполнена не позже 48 часов после первой операции, повторная оценка реперфузионных повреждений делает возможным снижение проксимальной границы резекции тонкой кишки и наложение отсроченного анастомоза.

3. Задача последующих программированных релапаротомий – контроль анастомоза, поздних реперфузионных изменений, течения перитонита, возникновения «каскадных» инфекционных интраабдоминальных осложнений, которые способствуют эскалации абдоминального сепсиса.

4. Программные релапаротомии на этапах лечения острой артериальной мезентериальной ишемии и распространенного перитонита обеспечивают достоверное снижение показателей тяжести состояния пациентов, причем во второй группе наблюдений динамика снижения показателей по интегральным шкалам оценки тяжести была более интенсивной.

5. Комплексная терапия острой артериальной мезентериальной ишемии и распространенного перитонита обеспечивается системным подходом к формату оперативного лечения.

Использование тактики реваскуляризации мезентериального русла и обструктивной резекции кишечника с отсроченным анастомозом и программными релапаротомиями позволило снизить госпитальную летальность во второй группе наблюдений на 2,7% [1].

В исследовании Лубянского В.Г. с соавт. продемонстрированы следующие результаты:

Из 34 больных с острым мезентериальным тромбозом умерло 19, составив общую летальность 55,9%. Из них в группе после первичных операций в ЦРБ с последующим специализированным лечением – 16 (66,7%), а в группе после первичного оперативного лечения в центре – 3 (30%). Также в группах имелось значимое различие в хирургической тактике за счет увеличения программированных санаций брюшной полости с оценкой жизнеспособности кишечной стенки у первичных (неоперированных) больных. Выполнение пациентам с острым мезентериальным тромбозом и некрозом кишечника обструктивных резекций без наложения анастомоза, особенно на этапе хирургического лечения в ЦРБ, позволяет профилировать несостоятельность соустья, программировать

последующую активную хирургическую тактику в условиях специализированного центра, контролировать возможное прогрессирование некроза кишки и выполнить отсроченное анастомозирование в условиях уменьшения явлений распространенного перитонита. Дополнительным критерием для наложения в соустьях при завершении этапа программированных санаций брюшной полости может служить стойкое улучшение мезентериального кровотока, регистрируемое при интраоперационном дуплексном сканировании [2].

В работе Д.В. Нарезкина отмечены следующие выводы по данной проблеме:

1. На данный момент не существует единого подхода к диагностике и лечению сосудистых заболеваний кишечника. Все известные способы диагностики неспецифичны и имеют свои показания и противопоказания.

2. У пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения имеет место неспецифическая клиническая картина, что существенно затрудняет диагностику данного заболевания.

3. Сотрудники скорой медицинской помощи имеют недостаточный уровень настороженности по отношению к сосудистым заболеваниям кишечника.

4. У больных острым нарушением мезентериального кровообращения, осложненного перитонитом, преимущественно имел место фибринозный перитонит, отмеченный в 61,22 % наблюдений.

5. Выраженные клинические проявления абдоминального перитонеального сепсиса выявлены у 27,55 % больных острым нарушением мезентериального кровообращения, осложненного перитонитом.

6. Только ранняя госпитализация и активная хирургическая тактика в условиях стационара может позволить уменьшить количество неудовлетворительных результатов в лечении острого нарушения мезентериального кровообращения.

7. Следует активно в амбулаторных условиях выявлять пациентов с высоким риском возможного развития острого нарушения мезентериального кровообращения и проводить комплексное профилактическое лечение, направленное на предотвращение развития такого жизнеугрожающего осложнения, каким является мезентериальный тромбоз [3].

В работе Каташевой Л.Ю. и др. определены следующие выводы:

1. Обструктивная резекция тонкой и толстой кишки при остром мезентериальном тромбозе в стадии инфаркта кишки и перитонита, релапаротомия «по программе» с созданием отсроченного анастомоза являются эффективным элементом в лечении больных с мезентериальным тромбозом.

2. Выполнение обструктивной резекции тонкой и толстой кишки с отсроченным наложением анастомоза больным с острым мезентериальным тромбозом в стадии инфаркта кишки и перитонита позволило снизить послеоперационную летальность с 90,0 до 21,3%.

3. Обструктивная резекция тонкой и толстой кишки с релапаротомией «по программе» позволяют сократить продолжительность оперативных вмешательств, проследить за жизнеспособностью кишечника, вовремя резецировать некротически измененные участки кишки, накладывать межкишечный анастомоз в условиях купированного перитонита [4].

Вывод: Таким образом, требуется комплексный подход к пациенту с острым артериальным мезентериальным тромбозом и перитонитом.

#### **Список литературы:**

1. Коровин А.Я., Андреева М.Б., Туркин Д.В., and Трифанов Н.А. "Комплексное лечение пациентов с острым артериальным мезентериальным тромбозом и перитонитом" *Новости хирургии*, vol. 26, no. 2, 2018, pp. 179-187.
2. Лубянский В.Г., Жариков А.Н., and Кантеева Ю.Л. "Хирургическое лечение больных острым мезентериальным тромбозом с

некрозом кишки и перитонитом" Кубанский научный медицинский вестник, no. 3, 2013, pp. 85-90.

3. Нарезкин Дмитрий Васильевич, Сухаруков Александр Сергеевич, Безалтынных Александр Александрович, and Сергеев Алексей Владимирович. "АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ, В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА" Актуальные проблемы медицины, vol. 44, no. 1, 2021, pp. 99-108.

4. Каташева Л.Ю., Баранов А.И., Ярощук С.А., Шурыгина Е.И. Обоснование обструктивной резекции тонкой и толстой кишки при мезентериальном тромбозе. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2019;22(2):62–70.