**Эмболия и тромбоз мезентериальных сосудов**

Острое нарушение кровообращения в брыжеечных сосудах развивается вследствие эмболии артерий или тромбоза брыжеечных артерий и вен. Наи­более часто поражается верхняя (90 %), реже — нижняя брыжеечная арте­рия (10 %).

*Этиология.*

Основной причиной эмболии являются заболевания сердца, осложненные образованием тромбов (ревматические пороки, нарушения ритма, инфаркт миокарда, кардиосклероз, эндокардит). Источником эмбо­лии могут быть атеросклеротические бляшки аорты, а также тромботиче­ские массы аневризматического мешка. К возникновению тромбоза брыже­ечных артерий предрасполагают изменения сосудистой стенки (атероскле­роз или артериит). Развитие тромбоза мезентериальных вен возможно при наличии гнойных процессов в брюшной полости портальной гипертензии, сопровождающейся застоем крови в воротной вене, при сеп­сисе, травмах, сдавлении сосудов новообразованиями. Заболевание, одина­ково, часто встречается у мужчин и женщин, развивается преимущественно в среднем и пожилом возрасте.

*Патологоанатомическая картина.*

Вследствие нарушения мезентериального кровообращения наступает ишемия стенки кишки, в которой развива­ются тяжелые деструктивно-некротические изменения, варьирующие от ишемического до геморрагического инфаркта. При окклюзии небольшой артериальной ветви страдает лишь ограниченный участок кишки, при заку­порке основного ствола омертвевают все петли кишечника в зоне нарушен­ного кровоснабжения.

*Клиническая картина и диагностика.*

Тромбозы и эмболии мезентериаль­ных сосудов имеют сходные клинические симптомы. Заболевание, как пра­вило, начинается внезапно с приступа интенсивных болей в животе, лока­лизация которых зависит от уровня окклюзии сосуда. При поражении ос­новного ствола верхней брыжеечной артерии боли локализуются в эпигастральной или околопупочной области либо распространяются по всему жи­воту. При эмболии подвздошно-ободочной артерии, участвующей в крово­снабжении терминального отдела подвздошной кишки и илеоцекального угла, боли нередко возникают в правой подвздошной области, симулируя картину острого аппендицита. Для тромбозов и эмболии нижней брыжееч­ной артерии характерно появление болей в левом нижнем квадранте живо­та.

Боли чаще постоянные, иногда схваткообразные, напоминают таковые при кишечной непроходимости. Из-за боязни их усиления больные стараются лежать неподвижно, на спине, согнув ноги в коленных и тазобедрен­ных суставах.

Тошнота и рвота наблюдаются уже впервые часы заболевания у 50 % больных. Впоследствии эти симптомы становятся постоянными. Частый жидкий стул появляется у 20 % больных, нередко в испражнениях имеется примесь неизмененной крови. В начале заболевания пульс обычно учащен, язык влажный, живот, как правило, мягкий, не вздут, малоболезненный.

По мере прогрессирования заболевания развивается картина паралити­ческой кишечной непроходимости, характеризующейся вздутием живота, отсутствием перистальтики, задержкой стула и газов, частой рвотой. Язык становится сухим, живот болезненным, отмечается напряжение мышц брюшной стенки. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке иногда обнаруживают следы крови. Финалом заболевания является пери­тонит.

Для острых нарушений мезентериального кровообращения характерен выраженный лейкоцитоз, редко встречающийся при других острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Рентгенологическое исследование брюшной полости дает определен­ную информацию лишь в последней стадии патологического процесса, когда имеется паралитическая кишечная непроходимость. Селективная ангиография имеет наибольшую диагностическую цен­ность.

*Дифференциальная диагностика.*

Острое нарушение мезентериального кровообращения следует дифференцировать от острых хирургических забо­леваний органов брюшной полости, в частности от механической непрохо­димости кишечника, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной киш­ки, острого панкреатита, острого холецистита и острого аппендицита. Иногда сходная с острой непроходимостью мезентериальных сосудов клиническая картина наблюдается при инфаркте миокарда с атипичной ло­кализацией болей.

*Лечение.*

Эффективно только хирургическое лечение, позволяющее спасти жизнь больного

*Прогноз.*

Послеоперационная летальность достигает почти 80 %, что обу­словлено не только трудностями диагностики и тяжестью операции, но и наличием основного заболевания, приведшего к острому нарушению мезентериального кровообращения.

 Помощь на догоспитальном этапе с данной патологией заключается в экстренной госпитализации.