

только в толстой кишке - у 5. Следовательно, тромбоз эмболия верхней брыжеечной артерии произошла у 38 (35,1 %) больных. Сопутствующие заболевания, как этиологический фактор тромбоземболий, выявлены у 96 (93,2 %) больных. ОНМК распознано при направлении только у 8 (7,8 %) больных. Преобладали диагнозы: острый панкреатит (33), острая кишечная непроходимость (18) и др. При госпитализации ОНМК установлены или заподозрены у 24 (23,3%) человек. От начала заболевания в сроки до 24 ч. обратилось 62 (60,2%) больных. ОНМК распознано с момента обращения до 3 ч. - у 49 (47,6%), всего до 24 ч. - у 84 (81,5 %) человек. Основным симптомом ОНМК была сильная постоянная боль в средних отделах живота. С прогрессированием заболевания на первый план выступают симптомы, которые следует считать патогномичными: а) отсутствие перистальтики кишечника ("тубовая" тишина); б) обнаружение при ректальном исследовании несвежей крови со слизью типа "малинового желе"; в) наличие геморрагического выпота, что обнаруживается при лапароцентезе - это уже финал катастрофы. Таким образом, ОНМК проявляется различными симптомами, во многом сходными с другими острыми заболеваниями брюшной полости, что затрудняет диагностику.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕЗЕНТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Конonenko Н.Г., Кашенко Л.Г.,
Шальков Е.Л., Неустроев В.Н., Никонов А.А.,
Кошуба И.И., Курочкин А.В., Золотарев Н.Н.
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Лечение больных с острым нарушением мезентериального кровообращения (ОНМК) хирургическое. Выбор методики вмешательства зависит, в основном, от срока заболевания и объема геморрагического ин-

фаркта кишечника.

Из наблюдавшихся за 1989 - 1995 г. 103 больных оперировано 86 (83%) человек. Не оперировано 17 в основном из-за крайне тяжелого и даже предагонального состояния.

Виды вмешательств: лапаротомия предпринята у 47 (45,6%), резекция различного объема - у 39 (37%). Сегментарные резекции выполнены - у 18, резекция тонкой кишки различной длины - у 8, субтотальная резекция тонкой кишки - у 1, резекция сегмента или 1/2 длины кишки или субтотальное удаление тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией - у 8, правосторонняя гемиколэктомия - у 1, резекция сигмовидной кишки - у 1, левосторонняя гемиколэктомия - у 2.

При обширном венозном тромбозе, когда стенка кишки утолщена, багрово-синюшного цвета, брыжейка отечная, пульсация сосудов едва определяется, а в брюшной полости уже может быть серозно-геморрагического характера выпот, во время лапаротомии в корень брыжейки вводили раствор новокаина с гепарином 10 - 15.000 ед., брюшную полость дренировали и после операции такие больные получали адекватную инфузионную терапию, антикоагулянты, спазмолитики, антибиотики.

Всего умерло 86 больных. Большинство больных умерло в ближайшие первые - вторые сутки и даже часы после операции или госпитализации от интоксикации, а также от послеоперационных осложнений.

Из 17 выписавшихся больных у 4 предпринята диагностическая лапаротомия по поводу венозного тромбоза. Сегментарная резекция (1/2) выполнена у 8, резекция 2/3 тонкой кишки - у 1, субтотальная резекция тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией - у 2, левосторонняя гемиколэктомия - у 1, резекции сигмовидной кишки - у 1.