

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДО МАНИФЕСТАЦИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

*Сухаруков А.С., Нарезкин Д.В., Безалтынных А.А., Сергеев А.В.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения по-прежнему считается самой тяжелой формой сосудистой патологии, и основной причиной некроза кишечника. Частота встречаемости данного заболевания по литературным данным составляет от 0,05% до 7,6%. [1] Диагностика мезентериального тромбоза на уровне приемного отделения в общехирургическом стационаре составляет 18,6 % [2].

Цель. Провести ретроспективный анализ амбулаторного лечения и наблюдения пациентов, поступивших в экстренном порядке в клинику госпитальной хирургии Смоленского государственного медицинского университета, за период 2013 - 2020 гг., по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 279 (100%). Гендерная составляющая распределилась следующим образом: мужчин было - 99 (35,48%), женщин - 180 (64,52%).

Результаты. Анализируя семейный анамнез, было отмечено, что (22,58%) пациента имели отягощенный анамнез по наличию острого нарушения мезентериального кровообращения у близких родственников.

По поводу различной хирургической и онкологической патологии 143 (51,25%) пациентам было проведено оперативное лечение. Из общего количества больных, 208 (74,55%) были консультированы хирургом и травматологом. При осмотре пациенты предъявляли жалобы на перемежающую хромоту, похолодание нижних конечностей, бледность стоп и онемение пальцев, чувство «ползания мурашек». Специалисты указывали на наличие признаков нарушения периферического кровообращения, в виде снижения пульсации или отсутствия пульса при пальпации на уровне бедра, подколенной ямки или стопе. Установлено, 31 (17,42%) пациент, были осмотрены сосудистым хирургом амбулаторно. Больным было выполнено дуплексное ангиосканирование сосудов нижних конечностей, при котором у всех выявлены нарушения кровотока (наличие атеросклеротических бляшек, снижение скорости кровотока) различной степени тяжести. Рекомендации по наблюдению у кардиолога, эндокринолога связаны с необходимостью коррекции сопутствующей патологии. Так, все больные из этой группы страдали сахарным диабетом (7 человек сахарным диабетом I типа, а остальные 24 сахарным диабетом II типа). Средний уровень глюкозы крови у данной группы больных составил $8,2 \pm 1,6$ ммоль/литр (от 6,8 до 9,8 ммоль/литр).

Анализируя сопутствующую патологию, установлено, все больные (100%) страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, проявляющиеся ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, а также различными нарушениями сердечного ритма и следует отметить, что как правило, патология носила сочетанный характер в виде комбинации нескольких заболеваний. Было установлено, что 192 (68,82%) пациента имели в анамнезе абдоминальную симптоматику (периодически возникающие боли в животе, периодически возникающее вздутие живота, тошноту, «тяжесть в животе»). Характер болей был «тупой», ноющих. Боли в животе возникали после приема пищи. Причем 17 (6,09%) больных субъективно отмечали более сильные боли после приема жирной или жареной пищи. Локализация болей была разной. Таким образом, у 129 (67,19%) больных боли локализовались в мезогастррии, при том у 69 (24,73%) боли отмечены по левому флангу живота. Амбулаторно 194 (69,6%) больным выполнялась ФКС, по результатам которой был выставлен диагноз: «Ишемический колит» (выраженная гиперемия слизистой оболочки, синюшность, отек. В некоторых случаях выявлялись язвы с ровным контуром, дно которых покрыто грануляционной тканью). У пациентов, у которых отмечено наличие абдоминальной симптоматики, с момента появления симптоматики до госпитализации по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения прошло $4 \pm 0,7$ года (от 3 до 4,5 лет). Это довольно длительный срок.

Выводы. 1. Все больные страдали выраженной сердечно-сосудистой патологией с выраженными клиническими проявлениями.

2. Манифестация в виде острого нарушение мезентериального кровообращения возникало через 3-4,5 года с момента обращения за амбулаторной помощью.

3. К сожалению, целенаправленного обследования мезентериального сосудистого русла выполнено не было, что на наш взгляд, является недостатком.

Литература.

1. Битюков С.Л., Демиденко В.В. Результаты лечения острого мезентериального тромбоза в условиях общехирургического стационара. 2019; 17(1):3–6.

2. Сухаруков А.С., Нарезкин Д.В., Нерешенные вопросы диагностики острых нарушений мезентериального кровообращения. 2020. № 1 (25). С.40-42