



димность. Выполнена релапаротомия, интубация и декомпрессия толстой кишки через анальное отверстие. В послеоперационный период перистальтика кишечника восстановилась полностью, послеоперационное течение гладкое.

На 10-е сутки у больного развилось массивное кровотечение из ран нижней челюсти (бассейн правой нижнечелюстной артерии). Костные отломки фиксированы шинами Васильева. Консервативной гемостатической терапией, повторной тампонадой полости рта достигнут устойчивый гемостаз.

На 15-е сутки консилиумом врачей больной признан трупотабельным и эвакуирован авиационным транспортом в главный госпиталь Тихоокеанского флота (г. Владивосток) для дальнейшего лечения и реабилитации. В соответствии с «Указаниями по военно-полевой хирургии» были оценены тяжесть состояния пострадавших по шкалам ВПХ-СП и ВПХ-СГ, тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П (МТ). Тяжесть состояния пострадавших на момент поступления в приемное от-

деление госпиталя составила 46 и 45 баллов соответственно. В течение всего периода лечения пострадавших в госпитале тяжесть состояния оценивалась от 35 до 43 балла. Тяжесть повреждения по шкале ВПХ-П (МТ) составила 1,9 и 16,8 балла соответственно.

Вышеописанные случаи считаем уникальными, т. к. имели место факты спасения жизни пострадавших, эффективного их интенсивного лечения, эвакуации в вышестоящие лечебные учреждения в ситуациях, признанных руководящими документами и по данным литературы абсолютно летальными. Уникальность данных клинических случаев подчеркивается еще и ограниченными лечебно-диагностическими возможностями гарнизонного госпиталя, малым ассортиментом медикаментозных средств, в т. ч. дорогостоящих, отсутствием табельных средств лечебной иммобилизации переломов костей таза, запасов препаратов крови и кровезаменителей, недостаточной укомплектованностью медицинскими специалистами узкого профиля.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.136.46/.5-005.6-073.75

В.Ф.Зубрицкий, М.В.Забелин, Е.В.Шадринова — Селективная ангиография верхней брыжеечной артерии в зоне межкишечных анастомозов тонкой кишки при лечении больных мезентериальным тромбозом.

Проведен анализ результатов обследования и лечения 36 больных с мезентериальным тромбозом. Их возраст варьировал от 52 до 91 года, средний возраст составил 73 года. Сопутствующие заболевания имелись у всех больных. В структуре сопутствующих заболеваний основное место занимала ишемическая болезнь сердца — у 31 (86,1%) пациента. В 34 (94,4%) случаях была выявлена патология двух органов и систем, у 12 (33,3%) — трех и более. С целью верификации диагноза всем больным было выполнено ангиографическое обследование, включавшее полипозиционную аортографию, селективную ангиографию чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. В дальнейшем проводилась селективная ангиография чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, ангиография в зоне межкишечных анастомозов на 3-и, 5-е, 7-е и 9-е сутки послеоперационного периода. Всем больным до и после оперативного вмешательства проводили комплексное лечение, включавшее ангиотропную, инфузионную, антибактериальную терапию и эпидуральную анестезию.

В 21 наблюдении абдоминальный ишемический синдром был связан с тромботическим поражением брыжеечных сосудов, заболевание носило острый характер и эндovasкулярное вмешательство выполнено после экстренной лапаротомии в сроки от

4 до 12 ч. В этих случаях эндovasкулярная реваскуляризация включала в себя механическую реканализацию зоны тромбоза и регионарный тромболитизис. В 4 случаях восстановление кровотока было достигнуто путем включения в кровоток коллатеральных бассейнов, в 6 случаях вмешательство успеха не имело и наступил летальный исход. В 18 наблюдениях при несостоятельности анастомозов установлен сегментарный тромбоз брыжеечных сосудов в зоне операции и выполнена резекция участка тонкой кишки длиной от 75 ± 20 см до 210 ± 25 см.

На 3-и, 5-е сутки послеоперационного периода у 14 больных на ангиограммах отмечено наличие признаков ишемии в зоне операции. В 12 наблюдениях, в связи с развитием клинической картины перитонита на 6–7-е сутки, при релапаротомии был установлен сегментарный тромбоз брыжеечных сосудов в зоне кишечного анастомоза и выполнена резекция тонкой кишки. В 7 случаях наступил летальный исход.

Таким образом, селективная ангиография области межкишечных анастомозов при подозрении на их несостоятельность позволяет своевременно и в адекватном объеме выполнить резекцию тонкой кишки с учетом особенностей кровоснабжения патологической зоны.