

УДК 616-005.4-616.136

**ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ****П. И. Какенова, Д. К. Шайпранова, С. Ж. Мантыкова****Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей,  
Павлодарская городская больница №1, ВА Каратомар****Резюме**

Улучшение результатов лечения непроходимости брыжеечных сосудов, снижение летальности зависит от своевременной диагностики, интенсивного консервативного лечения, реконструктивных, радикальных сосудистых операций.

**Тұжырым****Созылмалы абдоминалдык ишемия**

Асқазан-ішек жолының ишемиясы - ішперде аортасының, жұптық емес висцералдық қантамыры бойынша ас қорыту түтігінің қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуымен байланысты. Ерте уақыттылы диагностика, радикалды емдеу өлім жағдайларын төмендетеді.

**Summary****Chronic abdominal ischemia**

Ischemia of the gastrointestinal tract associated with loss of blood supply to the digestive tube unpaired visceral vessels of the abdominal aorta. Mortality can be reduced with early diagnosis and radical treatment.

Ишемия органов брюшной полости связана с нарушением проходимости непарных висцеральных сосудов брюшной аорты.

Согласно концепции Ашоффа тромбозболия кишечных сосудов развивается у людей имеющих повышенную свертываемость крови, заболевания сосудистой стенки, замедление тока крови [1].

Нарушение кровообращения бывает в артериях, венах, смешанные (в артериях и венах).

Клиническое течение и исход зависит от постепенной или острой закупорки, от поражения артерии или вены. Нарушения кровообращения бывают неокклюзионные и окклюзионные. Окклюзионные возникают вследствие закупорки магистральных сосудов эмболом, тромбом, сдавление. Неокклюзионные возникают первично, в результате ангиоспазма и падения перфузионного давления вследствие сердечной слабости, слабости кровотока. На современном периоде имеется склонность увеличения сердечно-сосудистой патологии. Трудность диагностики заключается в том, что мезентеральные сосуды остаются длительно проходимыми вплоть до некроза. Такие больные продолжительный период под маской хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта наблюдаются у врачей в поликлинике и лечатся в терапевтических стационарах. С течением времени неокклюзионные нарушения завершаются закупоркой сосудов, некрозом кишки. больная М., в течении 5-6 лет страдала болями в животе. Многократно лечилась в поликлинике, стационаре. Осмотрена всеми специалистами. Диагностировали: хр.гастрит, хр.язвенную болезнь, хр.холецистит, панкреатит, 2-х сторонний пиелонефрит, симптоматическую гипертензию, ангиопатию, ретинопатию, ангиоспазм. Умерла в 24 года после операции. DS: Тромбоз мезентеральных сосудов. Гангрена кишки. Разлитой перитонит.

И так, течение заболевания зависит от темпа, пространственности развития патологического процесса. Предшествующие боли в животе могут наблюдаться задолго до появления клиники закупорки мезентериальных сосудов. В практике своевременная диагностика нарушений мезентериального кровообращения в стадии ишемии не всегда возможна. При хронической абдоминальной ишемии закупорка сосудов, длительно не осложняется инфарктом кишки.

У больных с нарушением гемоциркуляции в анамнезе хронический гастрит, хроническая язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический энтероколит, от которых они длительно безуспешно лечатся [4]. Специфические симптомы отсутствуют. Для хронической недостаточности кровоснабжения органов пищеварения характерен синдром "абдоминальной ангины" (брюшная жаба). В основе синдрома лежит стенозирование всех трех непарных ветвей брюшной аорты, чаще одной верхней брыжеечной. Приступ боли начинается на высоте пищеварения спустя 30-35 минут после приема пищи, физической нагрузки и стихает самостоятельно. При ишемии кишки характерны сильные, не локализованные боли в животе устойчивые к наркотическим, обезболивающим. При поражении венозной системы боль может отсутствовать или быть незначительной. Пальцевое исследование прямой кишки выявляет наличие кровянистого выделения, что является одним из важных признаков для диагностики. Следующим признаком хронической непроходимости брыжеечных сосудов является синдром кишечной дисфункции, которая проявляется чувством переедания, тяжести, распирания в животе, тошнотой, рвотой, урчанием, вздутием живота, чередованием запоров и паносов. Частые боли в животе, нарушение секреторной, абсорбционной функции желудочно-кишечного тракта способствуют потере веса вплоть до истощения. У таких больных слабость, утомляемость, беспокойное поведение, чувство подавленности, безвыходности, страха, канцерофобии, снижение работоспособности. Объективно: умеренно вздутая конфигурация живота, участие в акте дыхания, мягкость и малая болезненность при пальпации. Часто таких больных госпитализируют в гастроэнтерологическое отделение. Если возникают острые боли в животе, а в анамнезе порок сердца, гипертония, эндокардит, атеросклероз, то можно думать об артерио-мезентериальной непроходимости. Мучительный болевой синдром, примесь крови в рвотной массе, испорачиваниях, несоответствие резкого ухудшения состояния с мало выраженными физикальными симптомами являются характерными признаками ишемии кишки.

Важное диагностическое значение имеют брюшная аорто-ангиография, мультиспиральная компьютерная томография. Если на ангиограмме в подтверждение

клинических данных находят неокклюзирующую мезентериальную ишемию, то консервативное лечение надо направить на улучшение функции сердца. Необходимо провести диетотерапию, инфузионную с включением спазмолитиков, антикоагулянтов, антисклеротических препаратов, средств улучшающих реологию крови. При прогрессировании процесса показано хирургическое лечение.

Высокую летальность 86,7% - 100% [2, 3] при непроходимости сосудов брыжейки можно объяснить запоздалой диагностикой. В большинстве случаев поражение сосудов течет асимптомно, атипично.

Ошибки врачей из различных лечебных учреждений можно объяснить трудностью, сложностью, выявления длительно, медленно, хронически текущей (годами) патологии сосудов брыжейки.

Таким образом, при наличии вегетососудистой дистонии, ангиопатии, ретинопатии, ангиоспазма сетчатки глаз, поражения сосудов почек, длительного неэффективного лечения болевого синдрома по поводу гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистита, панкреатита у врачей всех специальностей должна возникнуть мысль о поражении сосудов органов брюшной полости.

#### Литература:

1. Норенберг - Чарквиани А.Е. Тромбозы и эмболия брыжеечных сосудов. М., 1967г.
2. Савельев В.С. и др. Флебология М., 2001г.
3. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости Киев., 1986г.
4. Lericre R. Ihromboses arterielles, physiologie pathologique et traitement chirurgical Paris, 1946.

УДК 612.1-083.98(075.8)

## ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

#### Резюме

В статье дана характеристика основным и наиболее частым осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты. Данные осложнения в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции.

#### Тұжырым

#### Химиотерапиялар қарын - ішекті кедергілер

Мақалада дана мінездеме негізгі және қатерлі ісіктерде химиотерапияда тараптармен қарын - ішекті тракттың өте жиі кедергілерге – (сирек тиектер) анорексия, құсық, локсық, диарея мукозиты,. Түбегейлі дәрежеде осы кедергілер ауру күй салмақ салып жатыр және должной қарқынмен ем жалғасы үшін бөгеуілмен жиі қызмет көрсетіп жатыр, түзеулер талап етіп.

#### Summary

#### Gastrointestinal complications chemotherapy

The paper presents the main characteristics and the most frequent complications of the gastro-intestinal tract during chemotherapy of malignant tumors - anorexia, vomiting, nausea, diarrhea (sometimes constipation), mucositis. These complications are largely vitiate the status of patients and often serve as a barrier to continuing treatment with the proper intensity, requiring correction.

Основные и наиболее частые осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при химиотерапии злокачественных опухолей – анорексия, рвота, тошнота, диарея (реже запоры), мукозиты, которые в значительной степени отягощают состояние больных и часто служат препятствием для продолжения лечения с должной интенсивностью, требуя коррекции. Особенно опасным представляется сочетание этих побочных эффектов между собой с однонаправленностью в сторону нарушений водно-электролитного и энергетического баланса, всасывания в кишечнике, как следствие ведущих к потере веса, кахексии, снижению иммунной защиты, риску серьезных инфекций и ослаблению ответа на химиотерапию. Ближайшие механизмы упомянутых осложнений могут быть различны, отражая, в той или иной степени, особенности токсического действия отдельных групп цитостатиков, что обуславливает необходимость раздельного подхода к их предупреждению и коррекции.

Одним из наиболее ранних проявлений диспепсического синдрома, осложняющего применение цитостатиков, является возникающая в течение 24 часов от начала химиотерапии острая рвота и тошнота, которые нередко

приобретают отсроченный характер и продолжаются в течение нескольких дней, несмотря на прекращение лечения. В настоящее время гораздо более сильными антиэметиками из числа блокаторов рецепторов серотонина 3-го типа - антагонистов 5-НТЗ рецепторов, являются трописетрон (навобан), ондансетрон (зофран, латран, эмесет-4 и 8), гранисетрон (китрил) в лекарственных формах для инъекций и приема внутрь (ондансетрон - еще и в суппозиториях), а также не нашедший широкого применения в отечественной практике доласетрон меси-лат (анземет). Навобан, зофран и китрил обладают близкой антиэметической активностью при условии применения в разных дозах и режимах (у 80-90% больных при умеренно эметогенной и 49-72% - в случае высоко эметогенной химиотерапии цисплатином).

Последние сравнительные исследования в условиях умеренно эметогенной химиотерапии позволили зарегистрировать полный контроль острой рвоты зофраном, навобаном и китрилом, соответственно, у 38,8%, 58,8% и 73,7% больных и отсроченной - в 38,8%, 52,9% и 73,7% наблюдений. В суммах показателей полного и частичного