Острая стадия ишемической болезни кишечника. Локализация и протяжённость очагов ишемического поражения вариабельна, может быть поражён любой сегмент тонкой или толстой кишки, а также весь кишечник. Это зависит от анатомии и физиологии кровоснабжения кишечника в большей степени, чем от причин, вызвавших ишемическое повреждение. Кровоснабжение толстой кишки, особенно нисходящей, хуже, чем тонкой кишки. Особенно уязвима область селезёночного изгиба, находящегося в зоне смежного кровоснабжения бассейнов двух
брыжеечных артерий
. Именно здесь особенно часто (до 80%) развивается инфаркт стенки кишки. При острой окклюзии одного из трёх главных артериальных стволов (truncus coeliacus, aa. mesenterici superior et inferior) возникает инфаркт кишки протяжённостью несколько метров. Обтурация одного из кровеносных сосудов, благодаря развитым анастомозам, далеко не всегда приводит к инфаркту.
В зависимости от глубины поражения стенки кишки при острой ишемической болезни кишечника возможны три вида инфарктов:

инфаркт слизистой оболочки;

интрамуральный инфаркт;

трансмуральный инфаркт кишки.

В первом случае поражена только слизистая оболочка, остальные слои стенки сохранны. Снаружи кишка может быть нормального цвета, раздутой, иногда фиолетового цвета. На поверхности слизистой оболочки — **геморрагии** с поверхностными или глубокими язвами. Чаще кишка отёчна, утолщена, резиноподобной консистенции, сливового цвета. Глубокие мышечные слои по мере распространения некроза и развития гангрены разрушаются. Наружная поверхность имеет пурпурный или зеленоватый вид, ткани стенки кишки истончены. Слизистая покрыта пятнистым белым налетом. В брыжеечных венах могут быть пузырьки воздуха.

Микроскопическая картина. На ранних стадиях повреждение слизистой оболочки пятнистое, сохранные участки чередуются с поражёнными. В последних крипты некротизированы, видна неплотно прикреплённая плёнка из слизи, фибрина, некротических масс и форменных элементов крови . Очаги интактной нормальной слизистой приподняты за счёт подслизистого отёка и кровоизлияний. Это придаёт слизистой вид «булыжной мостовой», рентгенологически выявляется симптом «отпечатков пальцев».

С увеличением тяжести ишемии в более глубоких слоях стенки кишки происходят лизис

миоцитов, истончение волокон в связи с выраженным отёком и формирующимся воспалением. При инфаркте происходит кровоизлияние в стенку, внутрисосудистый тромбоз, изъязвление слизистой оболочки. В результате вторичного инфицирования кишечной флорой и последующего воспаления возможна гангрена, процесс со стенки кишки переходит на брыжейку и брыжеечные сосуды.

Интересные статьи:

1) Диапедез форменных элементов крови

2) Механизм уничтоения фагоцитированных веществ

3) Экссудативное и Фибринозное воспаление