

Острая кишечная непроходимость

Острая непроходимость кишечника (ОНК) является распространенным заболеванием, наблюдается у 5 человек на 100 тыс. населения, в 5% наблюдений в ургентной группе больных; возникает по причине образования механического препятствия или нарушения моторной функции. Острая кишечная непроходимость непосредственно угрожает жизни больного, ее исход в большей степени зависит от раннего распознавания и правильной тактики хирурга. Поэтому умение диагностировать заболевание, знание методов лечения, принципов предоперационной подготовки (непродолжительной по времени) и послеоперационного ведения являются необходимыми для врачей всех специальностей.

Этиология

В этиологии ОНК значительная роль предрасполагающих факторов врожденного характера, таких как долихосигма, подвижная слепая кишка, складки брюшины. Чаще эти факторы носят приобретенный характер: спаечный процесс брюшной полости, удлинение сигмы, утрата тонуса кишечника, образование колен в пределах ободочной кишки в старческом возрасте, наличие внутренних и наружных грыжевых ворот в брюшной стенке, диафрагме.

Этиология

Наибольшее значение имеют изолированные межкишечные, кишечно-шинные, а также паритально-сальниковые сращения и спайки, образование грубых тяжей, «окон», что может явиться причиной странгуляционной НК (внутреннее ущемление подвижных сегментов кишечника). Конгломераты спаек способствуют развитию обтурационной непроходимости, тяжи странгуляционного илеуса. Имеет отношение к развитию этой патологии функциональные перегрузки кишечника.

Обтурационная непроходимость возникает также вследствие сдавления просвета кишечника опухолями извне, инородными телами изнутри и по причине воспалительно-инфильтративных изменений самой стенки кишечника.

К производящим факторам может быть отнесено повышение внутрибрюшного давления, связанное с изменениями пищеварительного режима: употреблением в большом количестве овощей и фруктов, обильный прием пищи после длительного голодания и др.

Динамическая непроходимость развивается после травм, операций на брюшной полости, метаболических расстройств (гипокалиемия), в связи с перитонитом. Снижению перистальтики кишечника способствуют также гиподинамия, нарушения функций спинного и головного мозга, соблюдение диетотерапевтических мероприятий, стрессовые состояния.

Патогенез

ОНК вызывает патофизиологические нарушения в организме, которые наиболее стремительно развиваются при высокой странгуляционной непроходимости. В основе лежат нарушения нервной регуляции, гемоциркуляции, переваривающей, всасывающей, моторной и других функций кишечника. У хирургов получили признание следующие теории, отражающие расстройства в организме больного: нейрорефлекторная, дегидратационная, интоксикационная, нарушение сокооборота, надпочечниковой недостаточности и др. Ведущими в патогенезе ОКН являются: нарушения водно-электролитного обмена, гиповолемия, интоксикация. Нарушение пассажа и процессов всасывания при ОКН ведет к большой потере жидкости, «секрестрации» в ее кишечной трубке, а также перемещению жидкости из кровяного русла через отечную слизистую оболочку кишечника в его просвет и брюшную полость. Дефицит водного баланса усугубляется многократной рвотой. Развивающиеся вне- и внутриклеточная дегидратация нарушают гемодинамику (снижается скорость кровотока, развиваются стаз и агрегация форменных элементов крови). Потеря электролитов за короткое время ведет к абсолютному дефициту и перераспределению их в средах организма, усугубляющих метаболизм в тканях.

Патогенез

Значительное снижение содержания хлоридов крови, натрия и калия в плазме ведет к мышечной слабости и коме, потере пищеварительных соков и ферментов, к резкой гипопроотеинемии, от которой в первую очередь страдает нервная система. Поступление в организм больного продуктов брожения, гнилостного разложения из просвета кишечника, его стенок, нарастающая дегидратация, гипоксия, ацидоз, проникновение и распространение инфекции в брюшную полость обуславливает общие расстройства в организме больного и определяют тяжесть его состояния.

Классификация кишечной непроходимости

1. По происхождению:
 - Врожденная
 - Приобретенная
2. По состоянию пассажа кишечного содержимого:
 - Полная
 - Частичная
3. По клиническому течению:
 - Острая
 - Хроническая
4. По уровню непроходимости:
 - Высокая (тонкокишечная)
 - Низкая (толстокишечная)
5. По причинному фактору:
 - Динамическая:
 - ❖ Спастическая
 - ❖ Паралитическая
 - Механическая
 - ❖ Странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление в грыжевых воротах)
 - ❖ Обтурационная (сдавление извне и изнутри)
 - ❖ Смешанная кишечная непроходимость (инвагинация)

Симптомы

- **Валя** (метеоризм, видимая перистальтика, выраженный тимпанит, гиперперистальтика)
- **Кивуля** (перкуторно тимпанит с металлическим оттенком)
- **Мондора** (при тромбозах брыжеечных сосудов в период развития паралитической кишечной непроходимости пальпируется «опухоль» тестоватой консистенции, представляющая собой раздутую отечную кишку)
- **Склярлова** (шум плеска в кишке при легком ее сотрясении)
- **Спасокукоцкого** (выслушивание шума «падающей капли» на фоне ослабленной перистальтики кишечника при аускультации)
- **Цеге-Мантейфеля** (при завороте сигмы, низких обтурациях невозможно ввести в прямую кишку свыше 500 мл жидкости, так как большее количество выливается наружу мимо трубки)
- **Грекова** (баллонообразное вздутие прямой кишки)

При странгуляционной непроходимости кишечника нет «светлых» промежутков, гримаса страдания, крайне беспокойное поведение

Внеклеточная дегидратация

1. Тошнота, рвота (жажда отсутствует!)
2. Апатия, гипотонус мышц, в тяжелых случаях кома
3. Сухость кожи, языка, слизистых оболочек
4. Гипотония, тахикардия (пульс малого наполнения)
5. Вены на конечностях набухшие, не спадаются
6. Олигурия (гипостенурия)
7. Повышенный уровень гематокрита при осмотической гипотонии
8. Повышение азотистых шлаков

Клеточная дегидратация или гипертоническая дегидратация

(дефицит воды, увеличение солей)

1. Мучительная жажда
2. Лицо осунувшееся с глубоко запавшими глазами
3. Отсутствует сухость кожи
4. Нет рвоты
5. Апатия, сонливость попеременно с беспокойством
6. Психоз и галлюцинации
7. Мышечные подергивания
8. Гипертермия
9. Гипокалиемиия

Признаки гипокалиемии

- Мышечная гиподинамия
- Ослабление рефлексов
- Сердечно-сосудистые расстройства (нарушение ритма, систолический шум)

Сгущение крови

- Эритроцитоз
- Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- Эозинопения, лимфопения
- Альбуминурия, олигоурия
- Гипохлоремия, азотемия

Рентгенологические признаки

- ❖ Чаши Клойбера
- ❖ Симптом Кивуля (аркады)
- ❖ Проба Шварца
- ❖ Пневматоз петель кишечника



57-82-1075 57-82-1075

57-82-1075
57-82-1075
57-82-1075





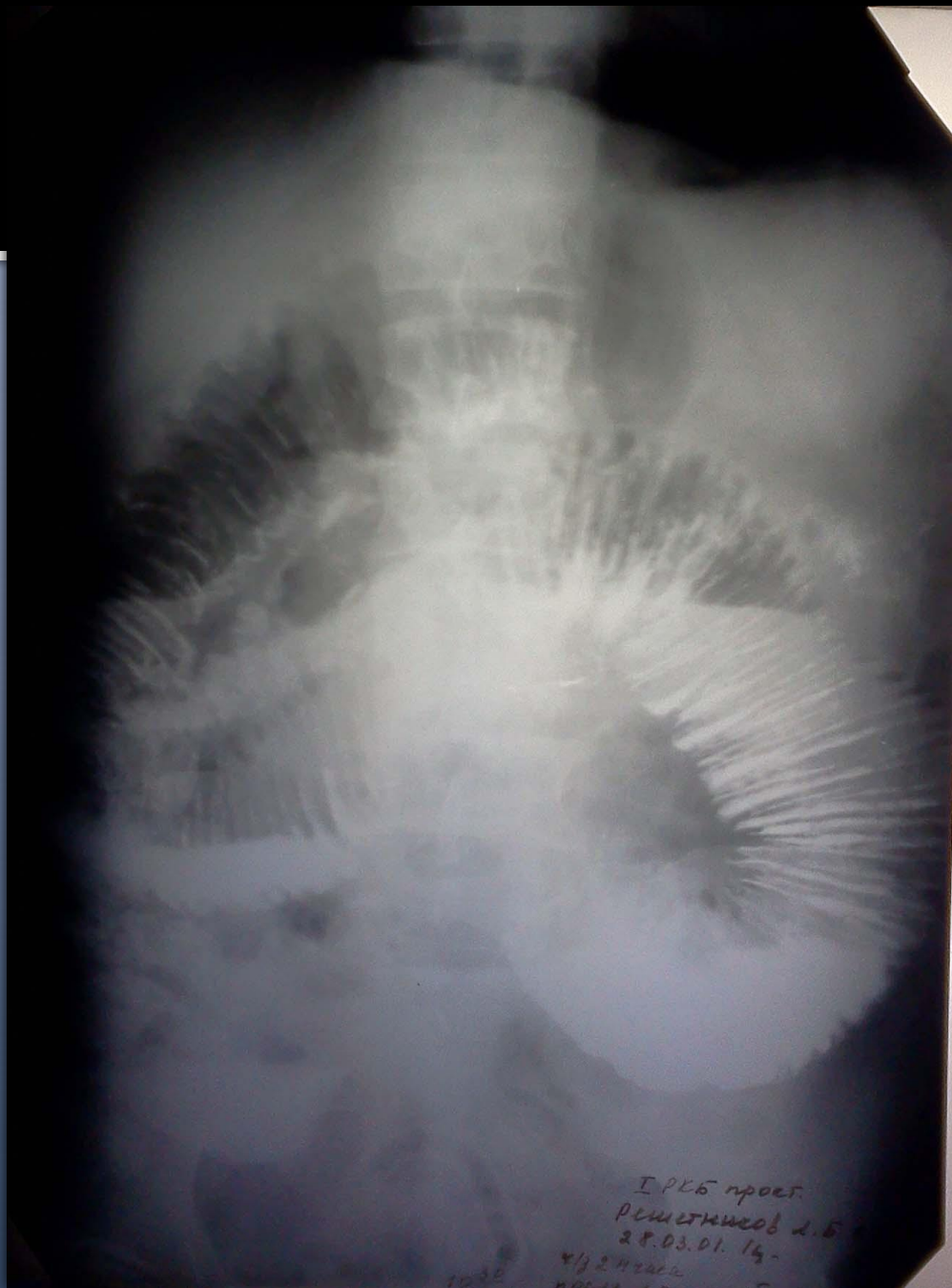
1200

1015 22up

Ubangwa AH

27.04.07 AM

1015
1015 22up
27.04.07 AM



ГРКБ проект
Решетников Л.Б.
28.03.01. 19-
4/3 24 часа
ГРКБ

1028



Г. П. ТАКБ стр. 7.03.07,
Курортная ст. 4750 - 700
Пассажиры багет 2/8 157
Уд-на восточн. 22





Handwritten text in the bottom left corner, likely patient information or clinical notes. The text is partially obscured and difficult to read, but appears to include a name and a date.



156 град.
2 / 18²⁰
РКБ Курло
Семеников Н. Е.
19.07.1987, Вост- 522



ПР 1025 ккр
13.10.20.
Зубовский А.И. 300
Лосов 82



L5, out
L5, out
L5, out
24.04.07





Тр-5 34/0 2/1/1958
Манчестер 4.10

Предоперационная подготовка

1. Назо-гастральная интубация,
промывание желудка
2. Инфузионная терапия (5% раствор
глюкозы, рео- и полиглюкины)
3. Сердечные препараты

Интраоперационная диагностика и методы лечения ОНК

1. Выявление причины, уровня, поражения (врожденная, приобретенная)
2. Разрешение непроходимости путем рассечения спаек, сращений, развороты кишки при завороте, дезинвагинация и разущемление
3. Оценка жизнеспособности петли кишечника, определение показаний для резекции кишечника включая гемиколэктомию в 1 и 2 этапа по Гартману; наложения обходного анастомоза и колостомы;
4. Профилактика рецидивов заворота кишки и спаечной болезни