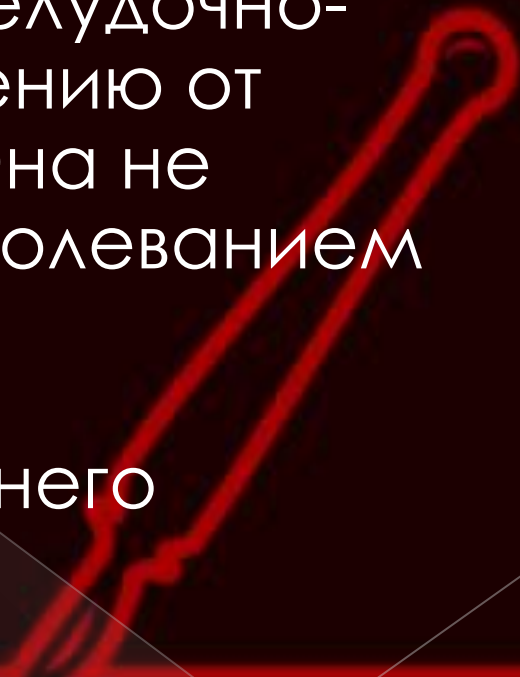


Острая кишечная непроходимость



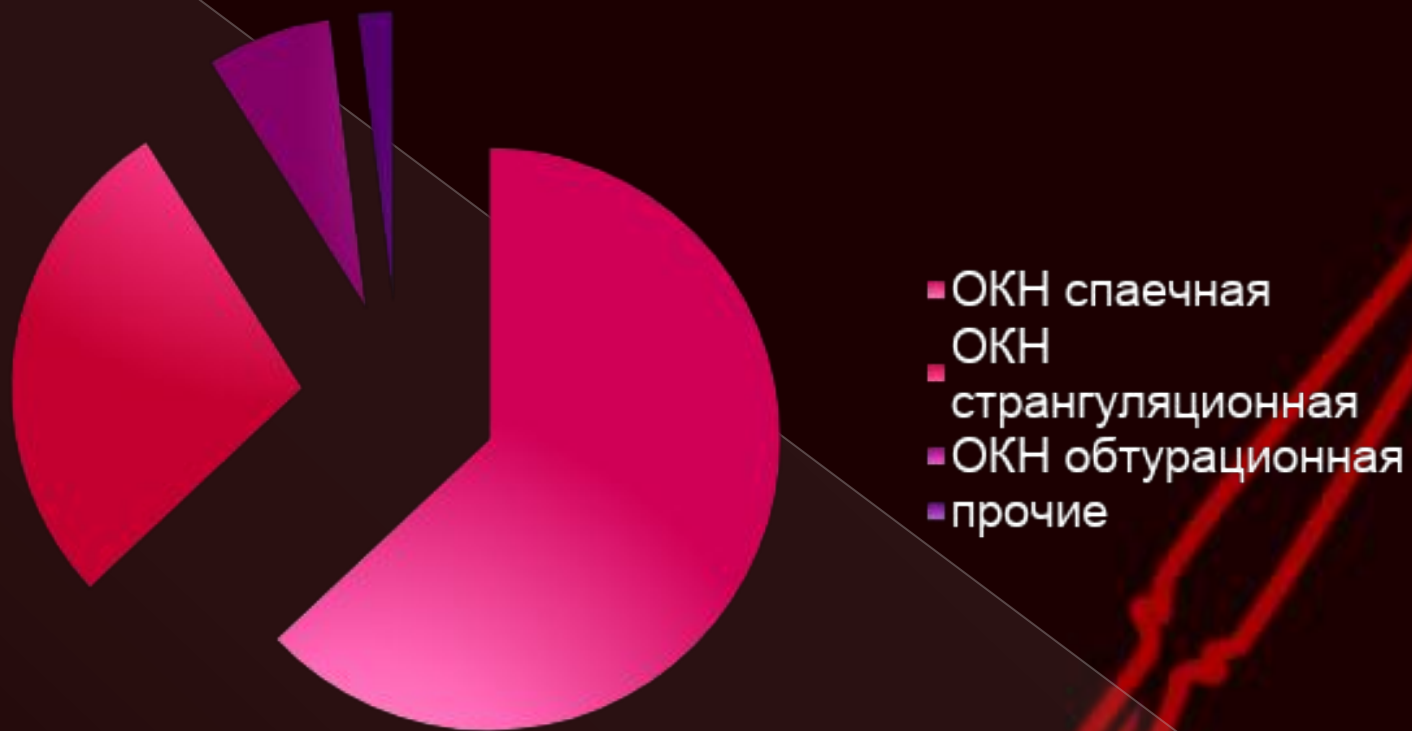
Острая кишечная непроходимость – это патологическое состояние, которое характеризуется нарушением прохождения содержимого желудочно-кишечного тракта по направлению от желудка к заднему проходу. Она не является самостоятельным заболеванием и бывает осложнением других заболеваний (онкологические заболевания кишки или соседнего органа, перитонит и др.).



Статистика

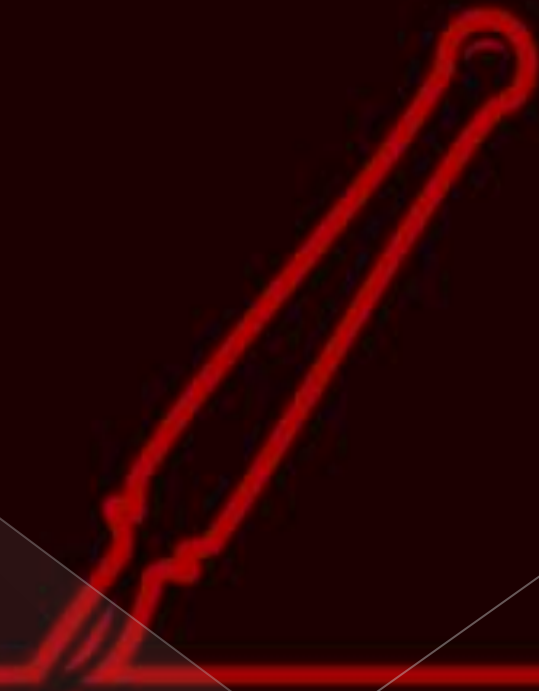
Кишечная непроходимость составляет 1,5–9,4 % от всех заболеваний органов брюшной полости и обуславливает 3–5 % поступлений в хирургические стационары. Летальность при кишечной непроходимости составляет 3–10 %, послеоперационная достигает 30 % и занимает по этому показателю одно из первых мест среди неотложных хирургических заболеваний. За последние годы количество пациентов с отдельными видами острой кишечной непроходимости (инвагинацией, заворотом, узлообразованием) уменьшилось в 2–3 раза. Так, инвагинация составляет 3–5 %, заворот и узлообразование — 4–6 % от всех форм кишечной непроходимости неопухолевого генеза. В то же время увеличилось число пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза (20–30 %) и спаечной болезнью брюшной полости (50–80 %).

Частота встречаемости ОКН по этиологии



Классификация

- Динамическая:
 - А) спастическая;
 - Б) паралитическая.
- Механическая:
 - А) странгуляционная;
 - Б) обтурационная;
 - В) смешанная.
- Сосудистая:
 - А) тромбоз брыжеечных вен;
 - Б) тромбоз или эмболия брыжеечных артерий.



ЭТИОЛОГИЯ

В развитии кишечной непроходимости играют роль многие факторы. Их обычно разделяют на предрасполагающие (как правило, механические изменения брюшной стенки, связочного аппарата брюшной полости, брыжейки или стенки кишки, инородные тела в просвете кишки) и производящие (чаще функциональные расстройства моторики).

Причины динамической кишечной непроходимости

- 1. Перитонит;
- 2. Травмы;
- 3. Внутри- и забрюшинные кровотечения;
- 4. Почечная колика;
- 5. Гнойно-воспалительные процессы
забрюшинного пространства;
- 6. Общесоматические заболевания;
- 7. Отравления;
- 8. Гипокалиемия любого генеза.

Причины механической кишечной непроходимости

- 1. Спаечная болезнь;
- 2. Опухоли;
- 3. Инородные тела;
- 4. Желчные и каловые камни;
- 5. Аномалии развития;
- 6. Ущемленные грыжи;
- 7. Гельминтозы.



Причины сосудистой кишечной непроходимости

- 1. тромб, который внезапно оторвался от клапана сердца или стенки аневризмы и с током крови попал в сосуды кишечника
- 2. К эмболу присоединяется увеличивающийся тромб, который ухудшает коллатеральное кровообращение в брыжейке, что приводит к тяжёлой ишемии и развитию некроза кишечника, а также к появлению острой боли в животе.

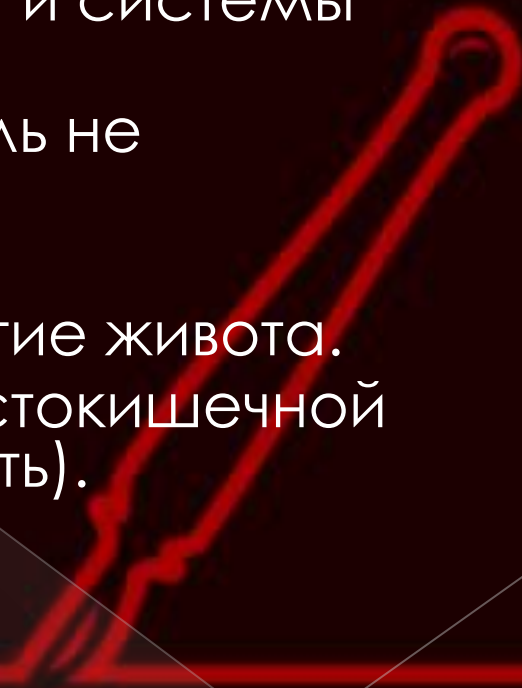
Патогенез

В зависимости от ведущего патофизиологического звена авторами предложено более 20 теорий патогенеза острой кишечной непроходимости, основными из которых являются интоксикационная, биохимическая, гемодинамическая, нервно-рефлекторная. Объемные и гемодинамические расстройства обусловлены уменьшением артериального притока и ухудшением венозного оттока в брыжеечных (при странгуляции) или интрамуральных сосудах (при всех формах кишечной непроходимости). В целом механизм патологических сдвигов в организме при нарушении пассажа по кишечнику универсален и носит название синдрома энтеральной недостаточности.

Общие симптомы

Симптоматика затрагивает как сам желудочно-кишечный тракт, так и другие органы и системы организма:

- Схваткообразные боли в животе (боль не «привязана» к приёму пищи).
- Запоры.
- Повышенное газообразование, вздутие живота.
- Рвота (часто, но не всегда – при толстокишечной непроходимости может отсутствовать).
- Частый пульс.
- Бледность кожных покровов.



Специфические симптомы

1. Симптомы тонкокишечной непроходимости:

- Триада Валя;
- Симптом Шланге;
- Симптом Кивуля;
- Симптом Склярлова;
- Симптом Спасокукоцкого;
- Симптом Кивуля.

2. Симптомы толстокишечной непроходимости:

- Симптом Обуховской больницы (Грекова);
- Проба Цеге-Мантейфеля;
- Симптом Мондора;
- «Мёртвая (могильная) тишина»;
- Симптом Шимана;
- Симптом Тевенара.



Диагностика

Объ
зате
льн
ья

1. Клиническое обследование: анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота; определение частоты пульса, измерение артериального давления, ректальное обследование.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня глюкозы крови.
3. Электрокардиограмма.
4. Обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении больного или в латеропозиции.
5. Биохимическое исследование крови.
6. Определение группы крови по системе АВ0 и Rh-фактора.
7. Пассаж бария или водорастворимого контраста по кишечнику при эффективности лечебно-диагностического приема.
8. Колоно- или ирригоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость.

Доп
олн
ите
льная

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.
2. Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости.
3. Контрастная энтерография.
4. Лапароскопия (на ранних стадиях кишечной непроходимости, при отсутствии выраженного вздутия кишечника, при достаточном опыте хирурга).
5. Исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
6. Консультации смежных специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, эндокринолога и др.).

Ложная кишечная непроходимость

Ложная кишечная непроходимость, (синдром Альвареца, синдром психогенного увеличения живота) — это вздутие живота, не связанное с газообразованием. Увеличение живота при этом синдроме обусловлено сокращением мышц задней и расслаблением мышц передней брюшной стенки. Образующийся чрезмерный поясничный лордоз, наряду с сокращением диафрагмы, способствует смещению содержимого брюшной полости вперед и несколько книзу (так называемый «живот в форме аккордеона»).

Консервативное лечение

Консервативная терапия показана при динамической и механической кишечной непроходимости при отсутствии показаний к экстренной операции (перитонита, странгуляции) и включает:

1. Восполнение дефицита жидкости, коррекцию реологических свойств крови, энергодефицита;
2. Эвакуацию содержимого желудка через зонд;
3. Новокаиновые паранефральные блокады (при отсутствии противопоказаний);
4. Введение спазмолитических лекарственных средств или проведение продленной эпидуральной анестезии;
5. Сифонную клизму, а также эндоскопическую деторсию в случае заворота сигмы (при отсутствии перитонита);
6. При получении положительного эффекта лечения — внутрикишечное введение водорастворимого контраста с контролем пассажа.

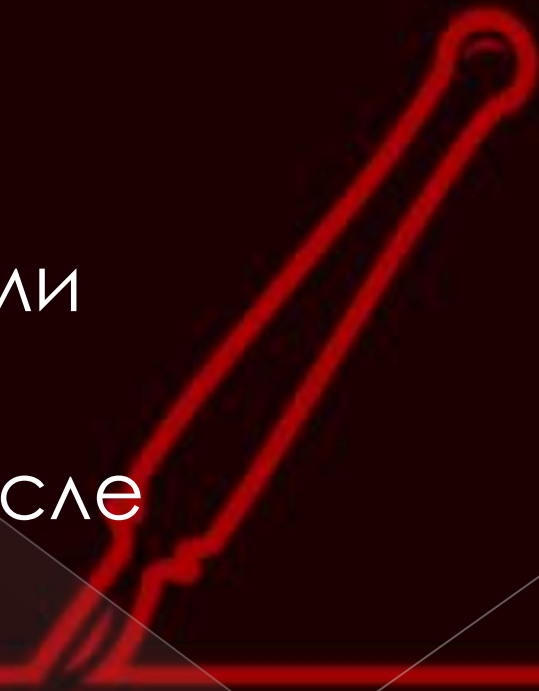
Хирургическое лечение

Хирургический доступ — срединная лапаротомия. В редких случаях, при отсутствии выраженного расширения петель кишечника (менее 4 см), некроза кишки и перитонита, при подозрении на спаечную тонкокишечную непроходимость выбор может склониться к лапароскопии.

Лапароскопический адгезиолизис в данном случае менее травматичен, ассоциируется с меньшим процентом послеоперационных осложнений и летальности, уменьшает риск повторного спайкообразования.

Осложнения

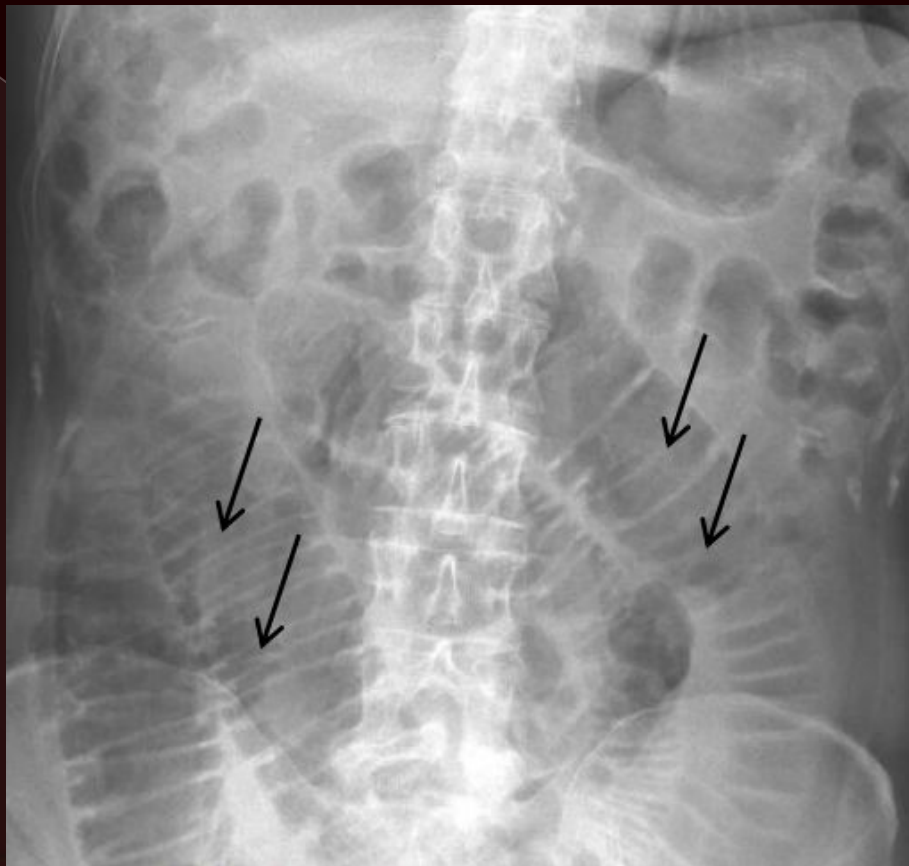
- Расстройства работы кишечника;
- Боль, дискомфорт;
- Воспаление швов с гнойными процессами;
- Сужение участка кишки (после анастомоза), спайки.



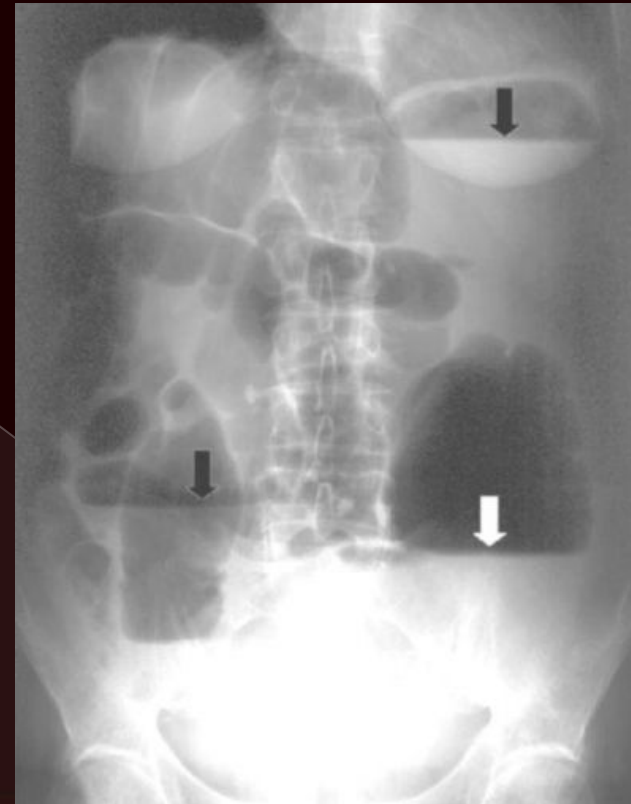
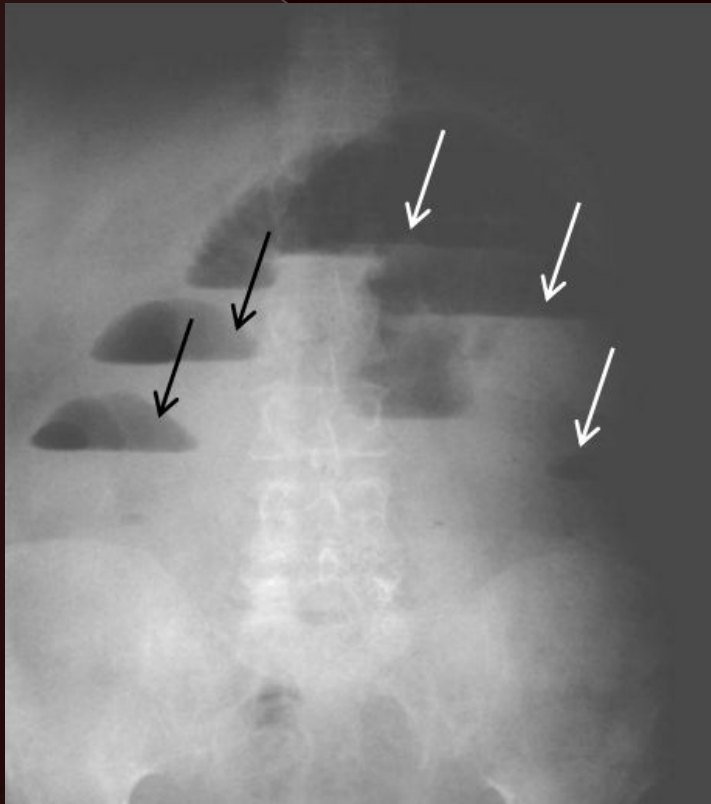
Прогноз

Чем раньше диагностирована кишечная непроходимость и начато лечение, тем благоприятнее исход и прогноз. При неоперабельных опухолях длительность жизни зависит от массивности распространения метастазов и правильно подобранной схемы химиотерапии. Необходимо отметить, что результаты лечения ОКН во многом зависят от сроков постановки диагноза и объема оказания неотложной помощи. Послеоперационная летальность колеблется от 4,6 до 40 % в зависимости от длительности заболевания. Основными причинами высокой летальности являются сложность ранней диагностики, поздняя обращаемость больных, несвоевременное оказание лечебной помощи, а также стертость и атипичность клинической картины заболевания при беременности.

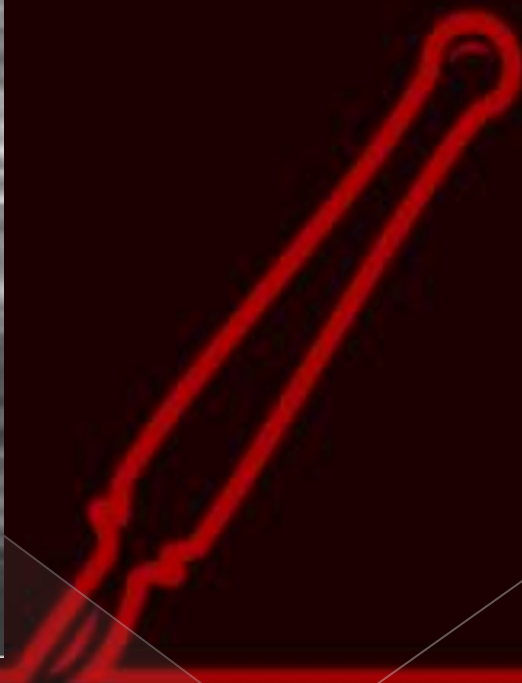
Симптом Кейси



Чаши Клойбера (тонко- и толстокишечная)



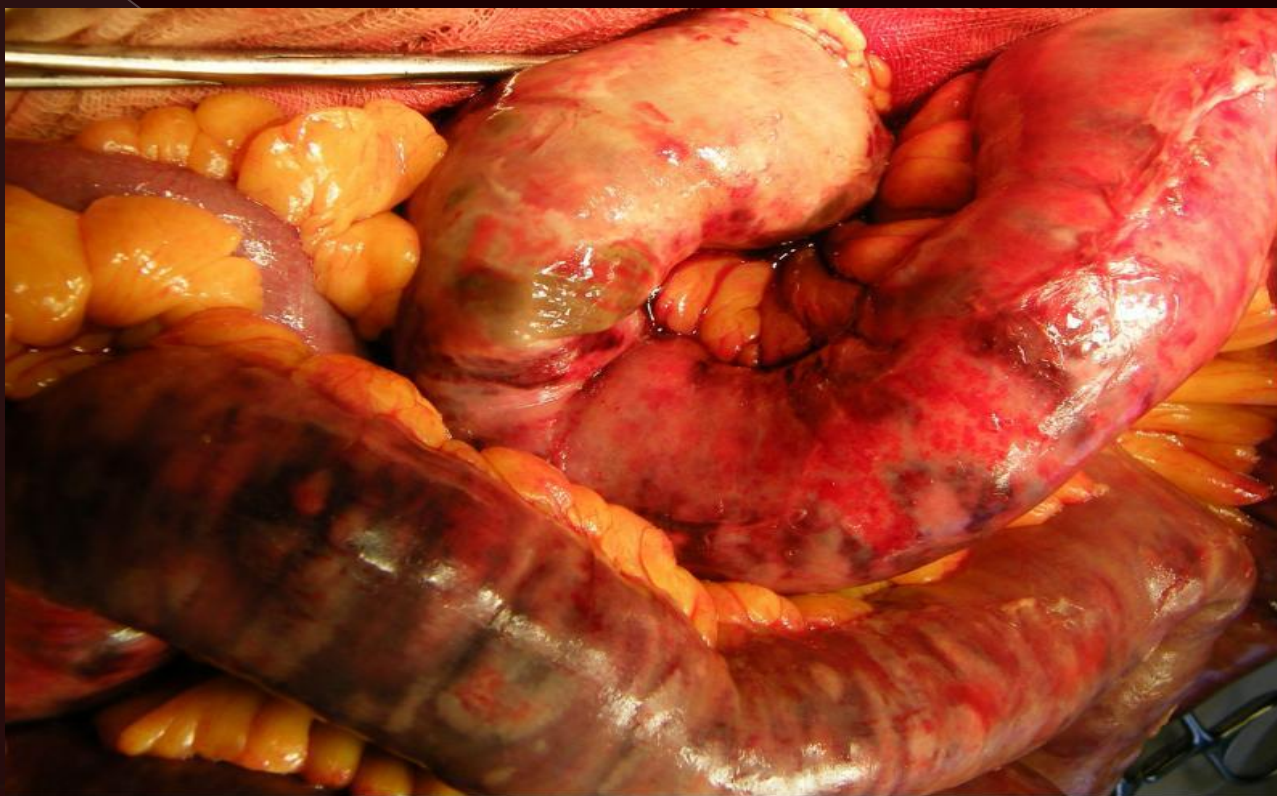
Симптом «бычьего глаза»



Симптом псевдопочки



Сосудистая непроходимость



Спаечная кишечная непроходимость



Механическая кишечная непроходимость



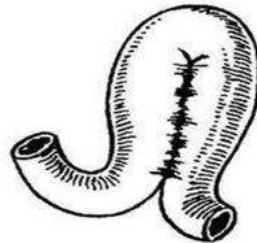
1. Обтурация опухолью



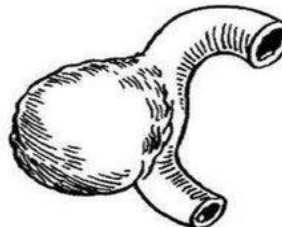
2. Обтурация клубком аскарид



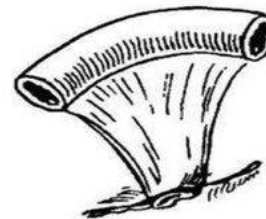
3. Обтурация желчным камнем



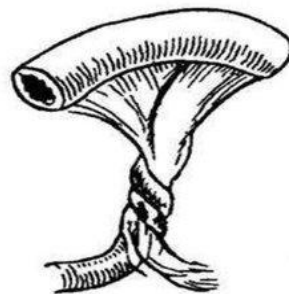
4. Перегиб кишки спайками в виде дуэволки



5. Сдавление и перегиб кишки воспалительным очагом (гнойником)



6. «Удавка» брыжейки кишки спайками



7. Заворот кишки и брыжейки

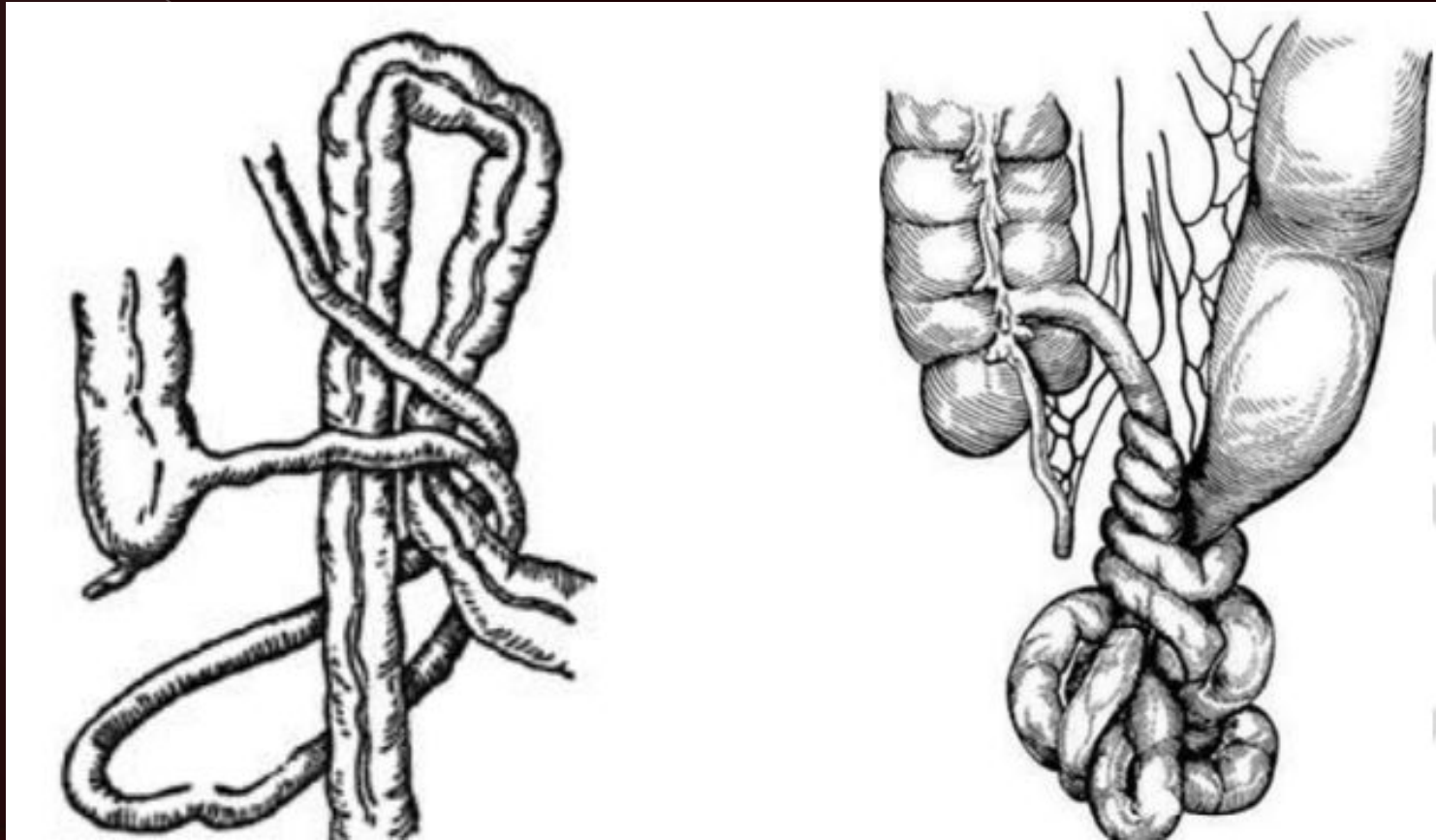


8. Кишечный узел

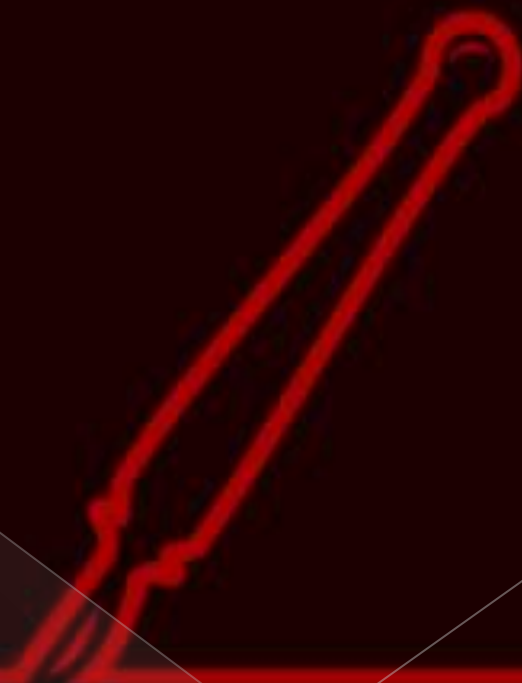


9. Инвагинация кишки

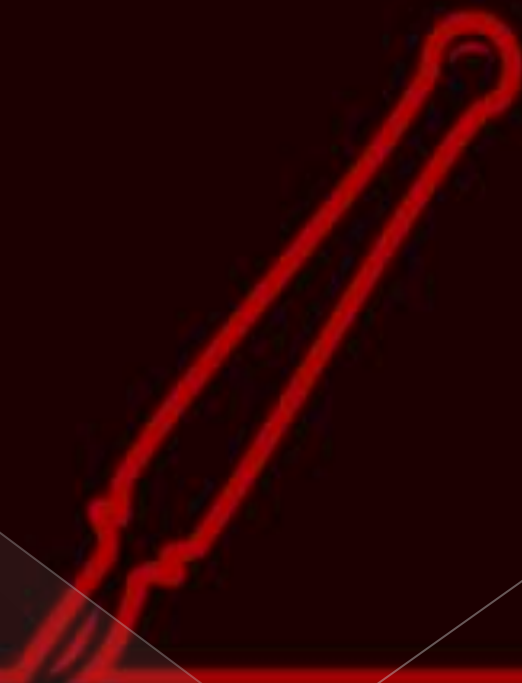
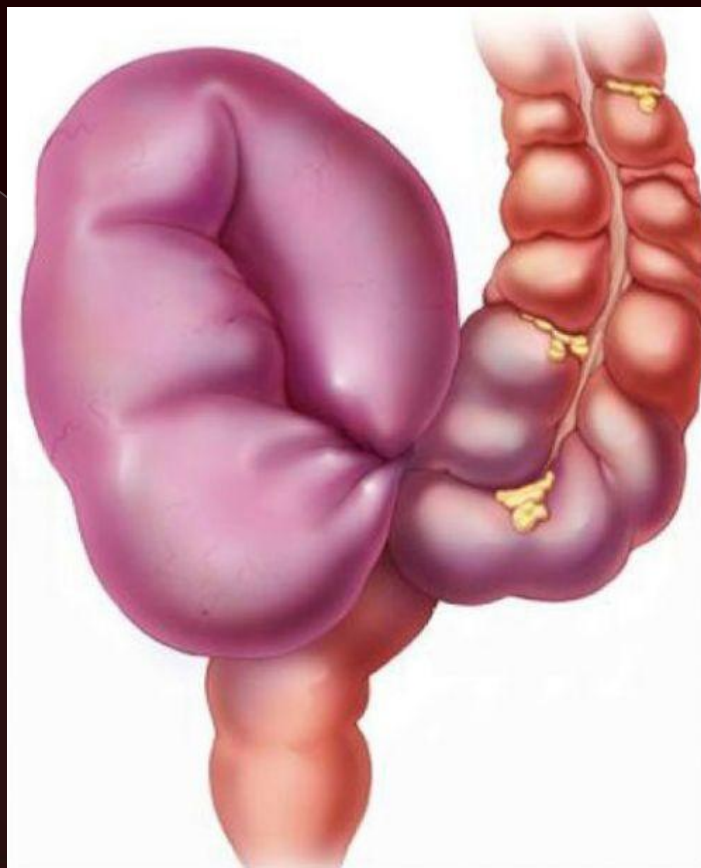
Узлообразование



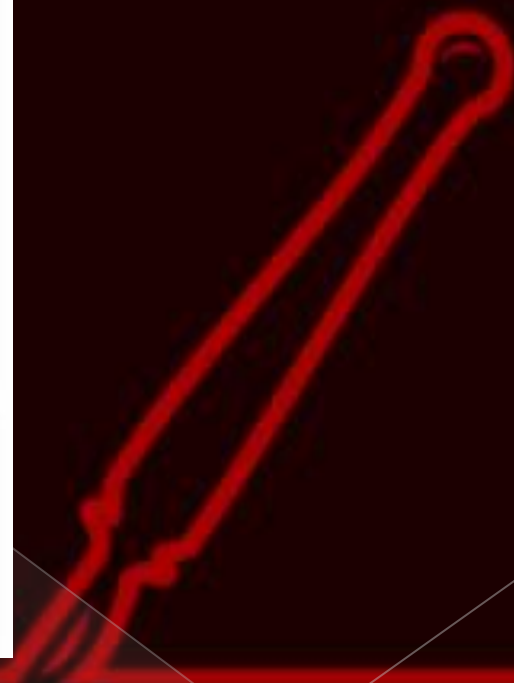
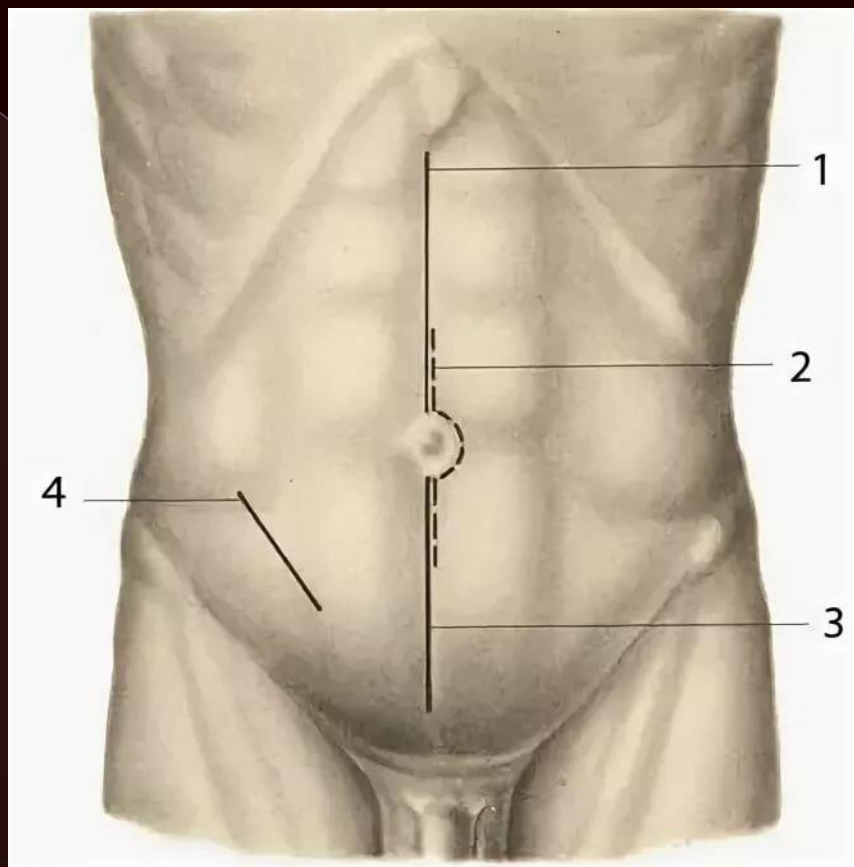
Устранение узлообразования



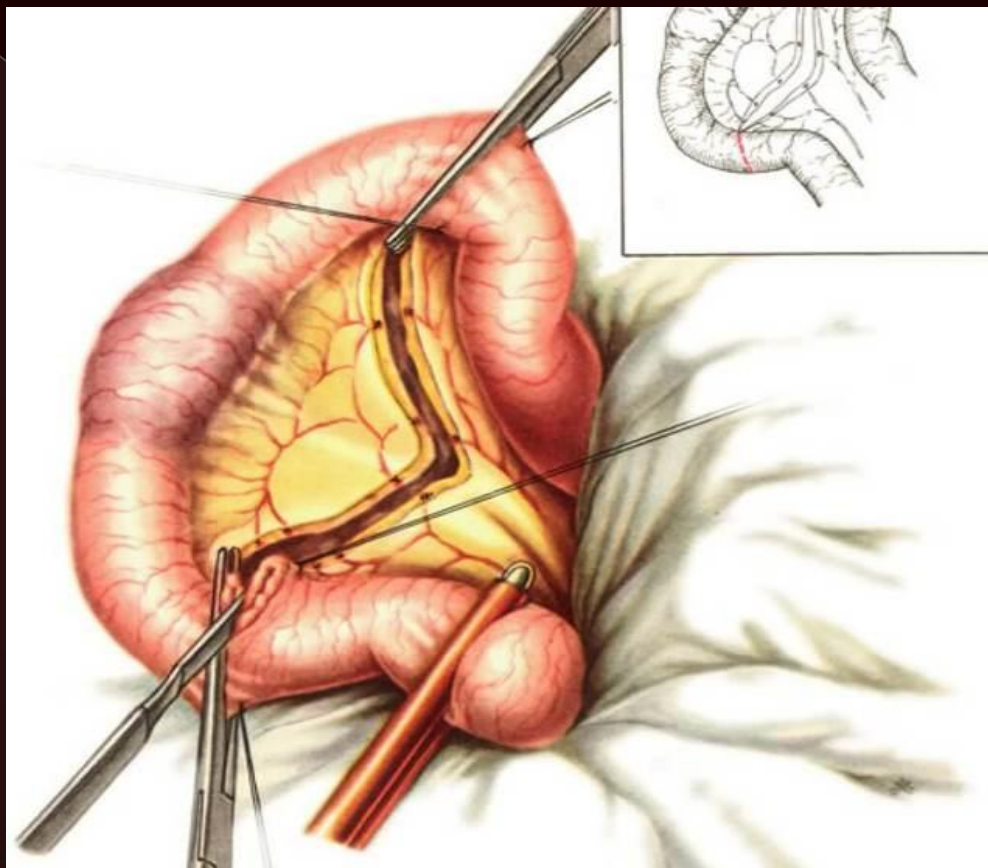
Заворот кишки



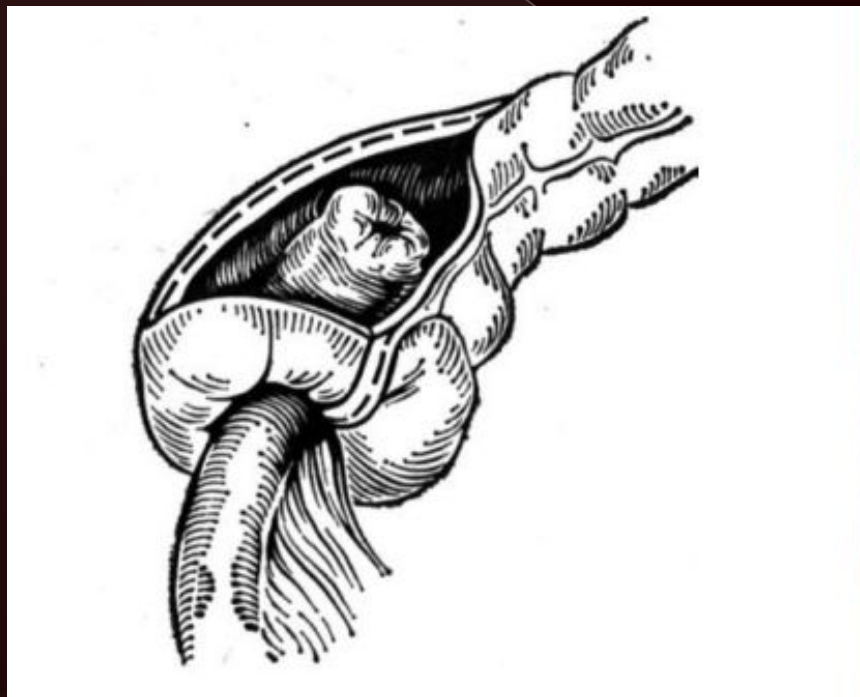
Хирургические доступы



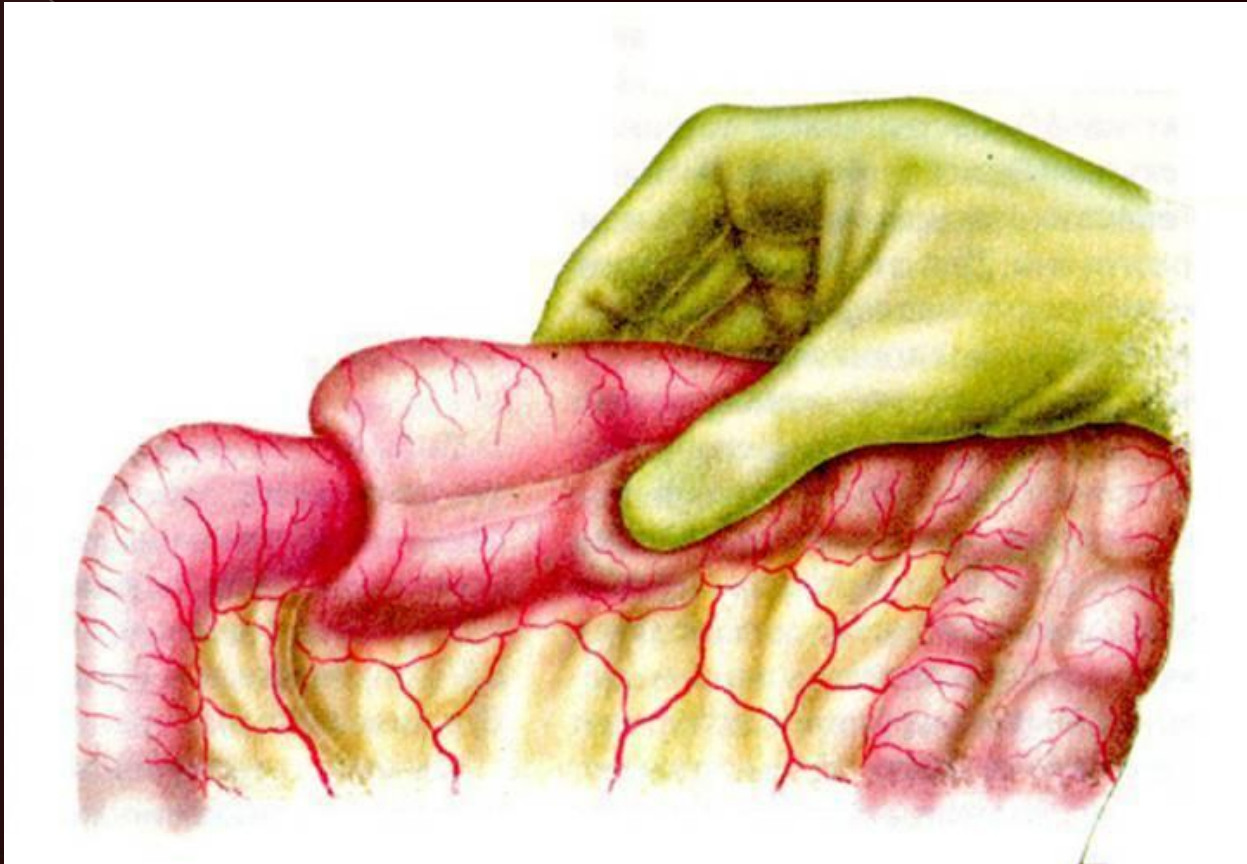
Резекция тонкой кишки



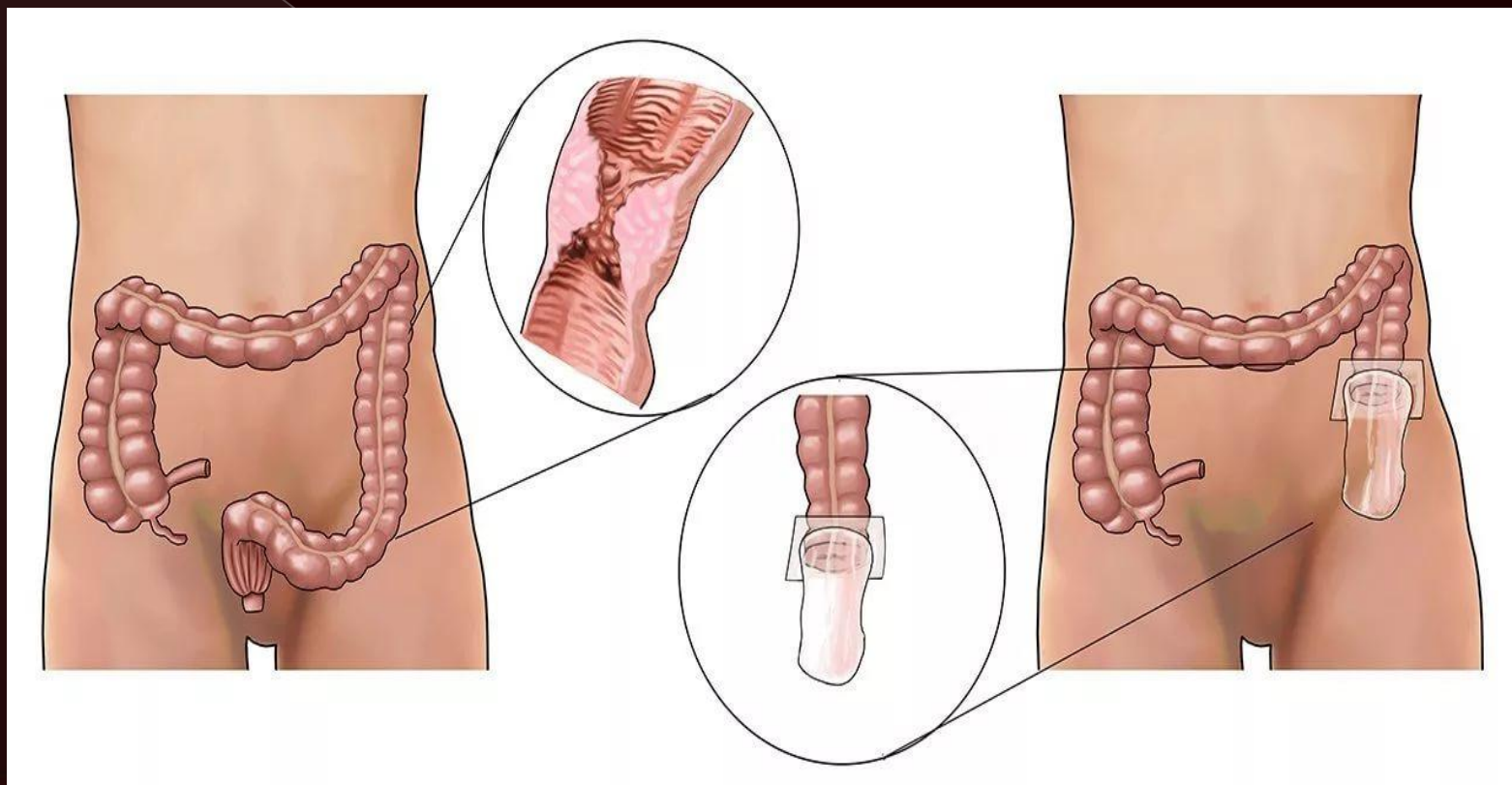
ИНВАГИНАЦИЯ



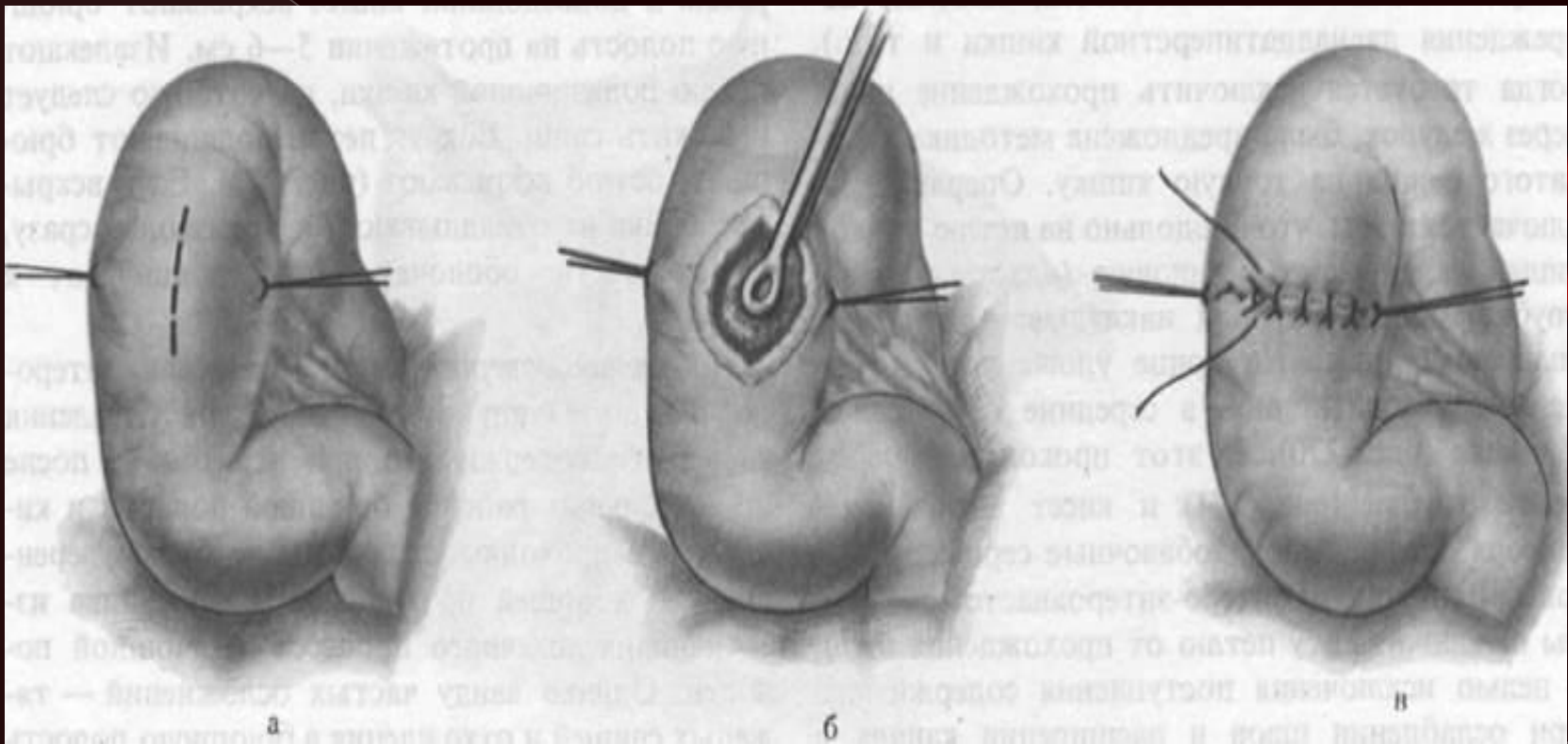
Дезинвагинация




КОЛОСТОМИЯ

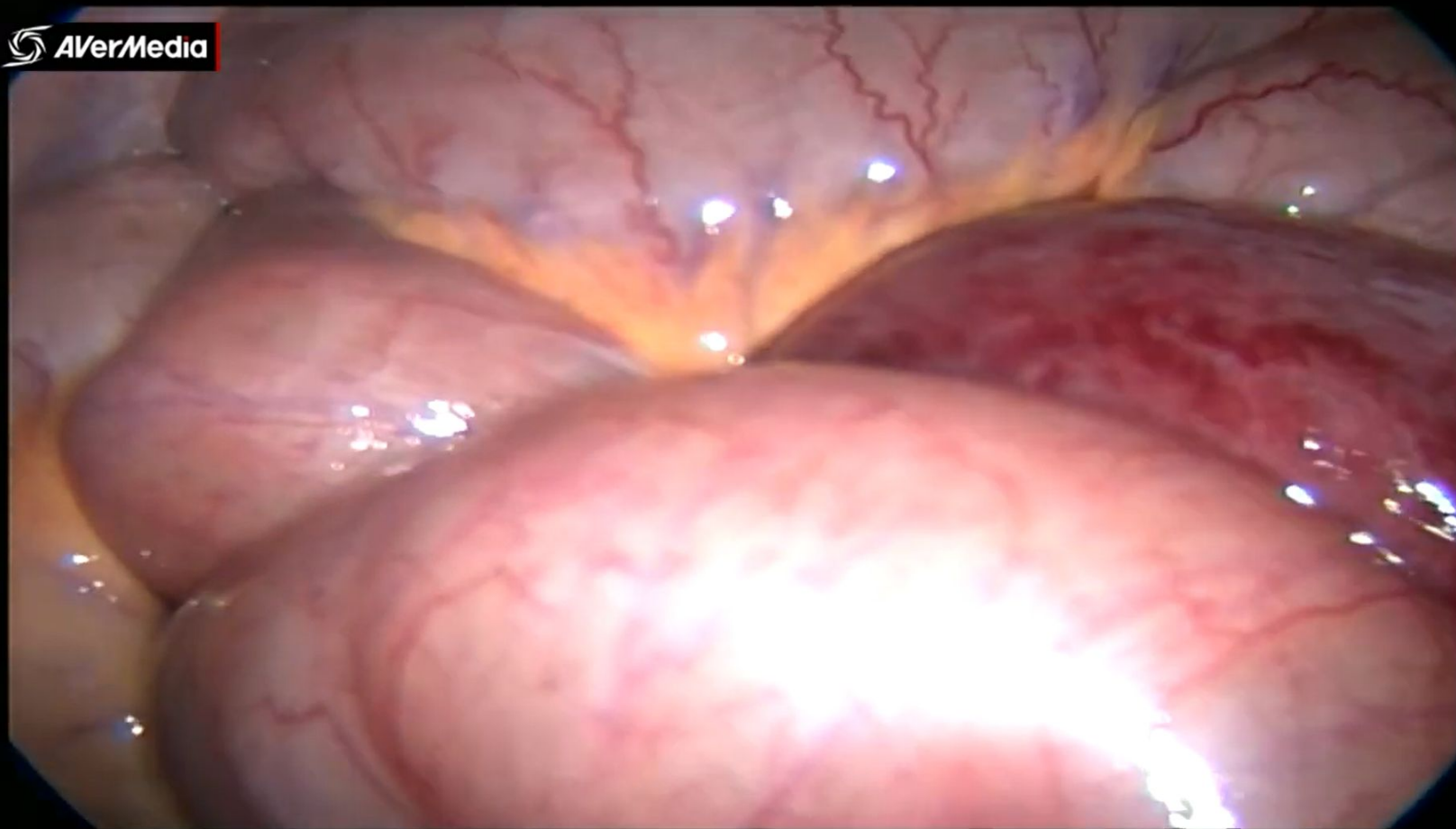


Энтеротомия




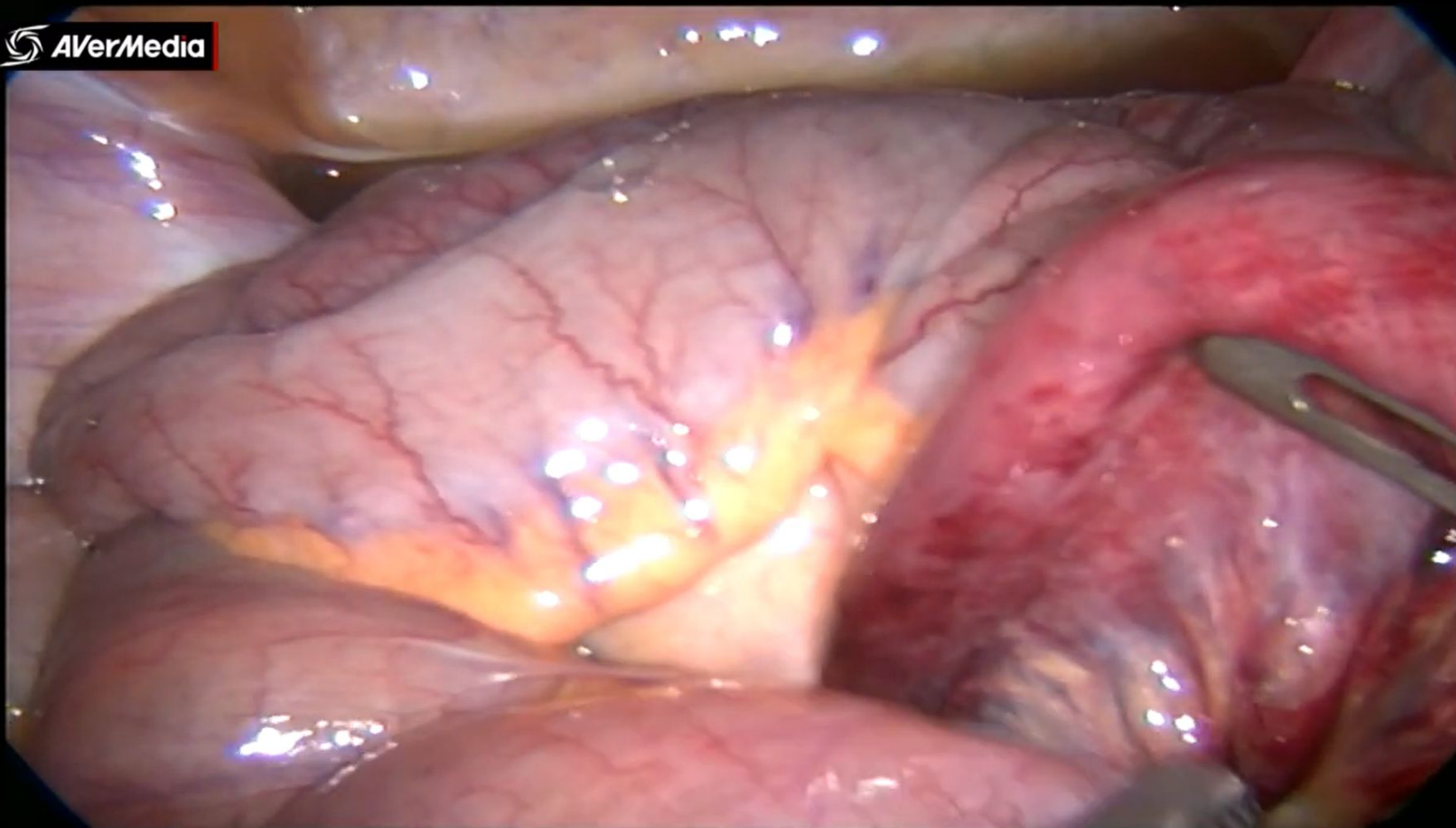
Ход операции

 AVerMedia




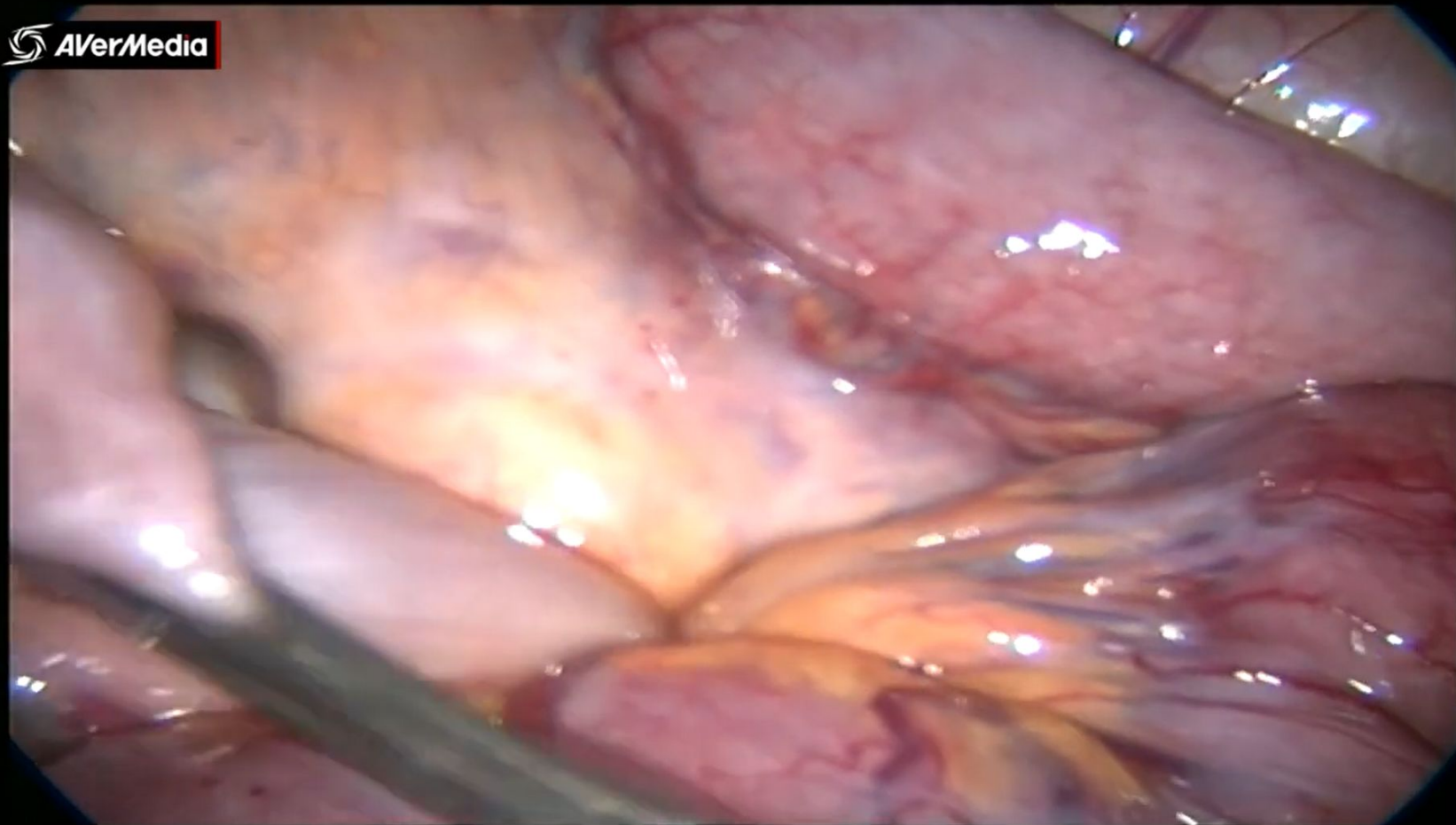
Ход операции

 AVerMedia




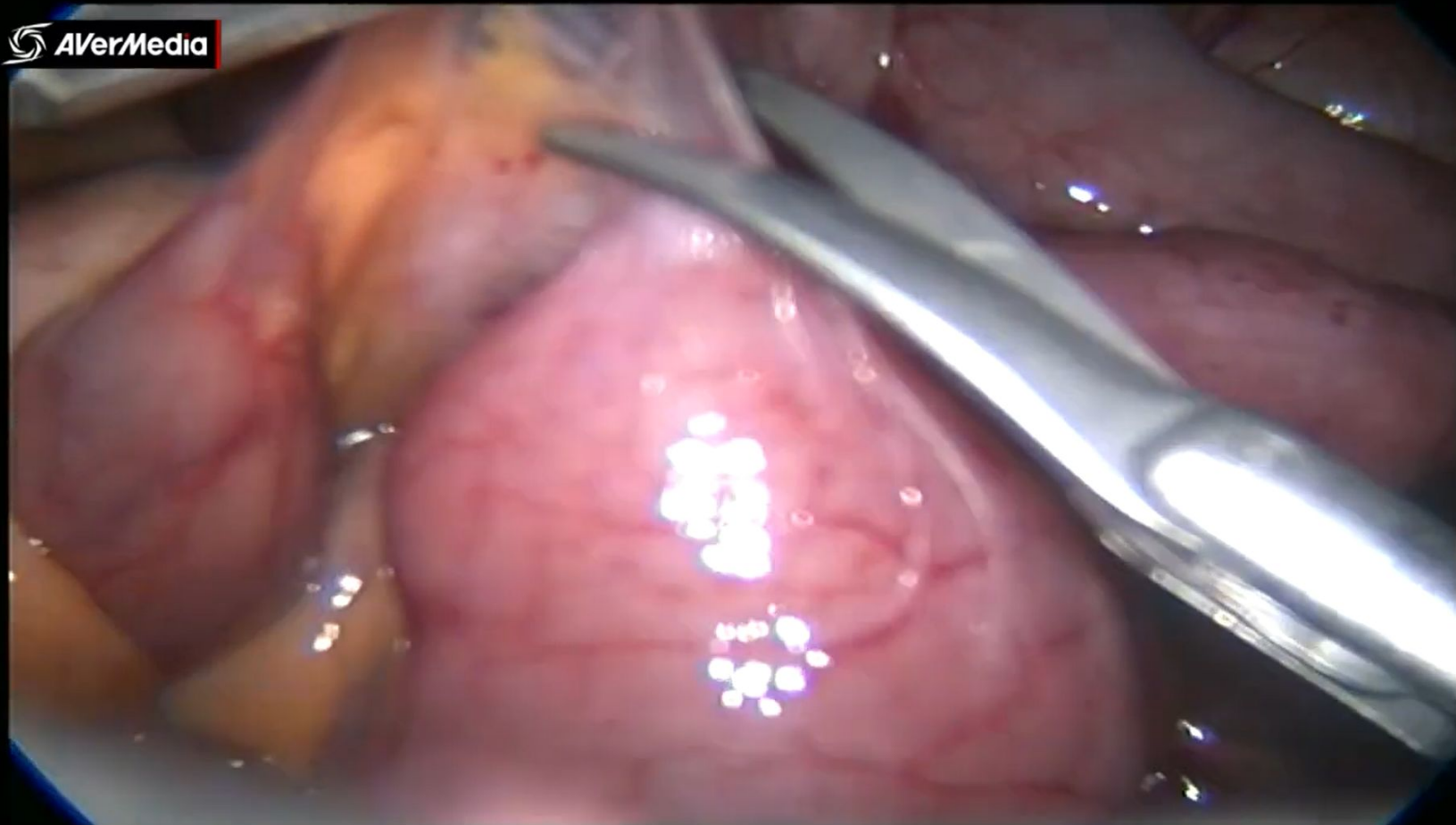
Ход операции

 AVerMedia




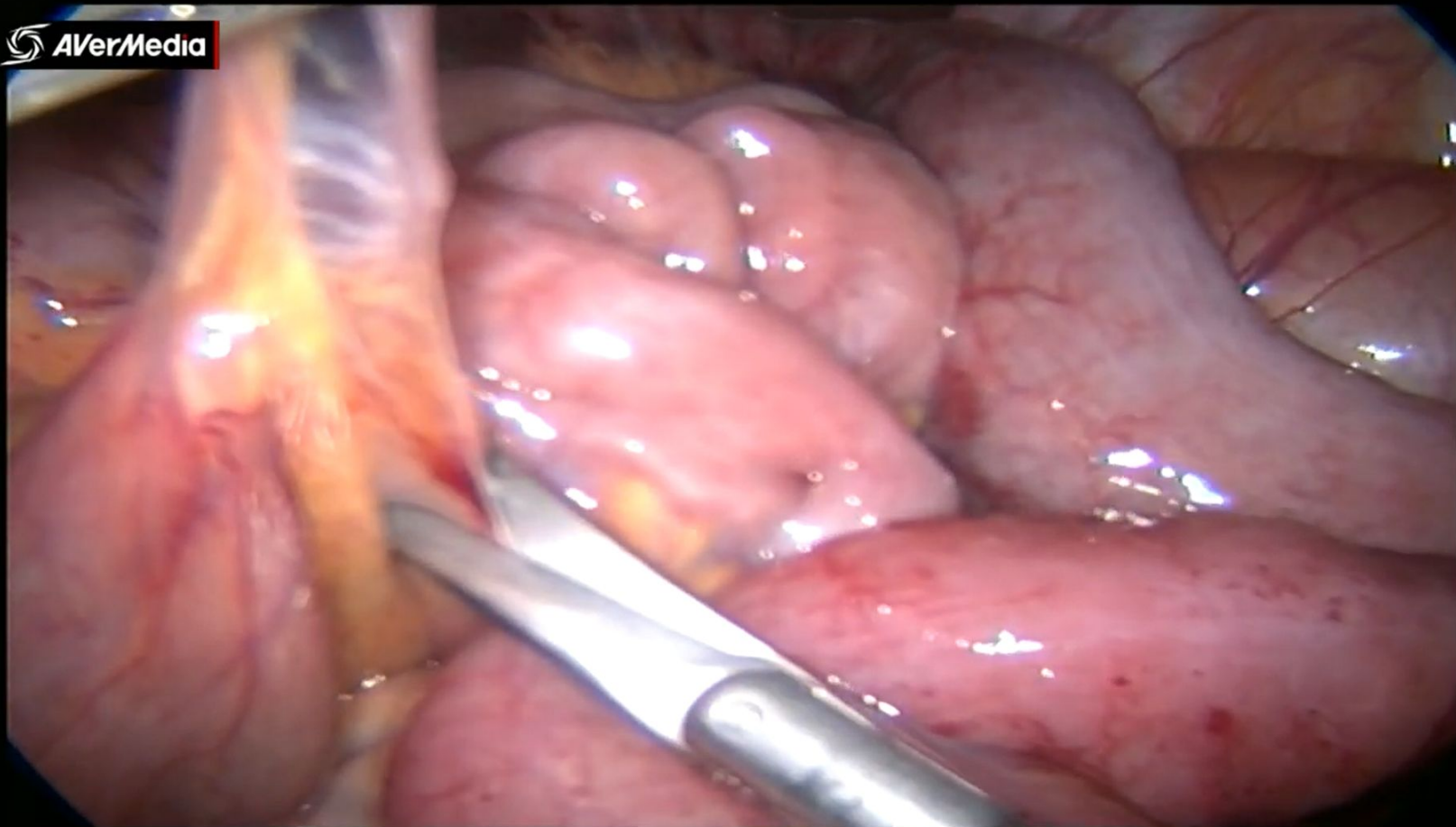
Ход операции

 AVerMedia




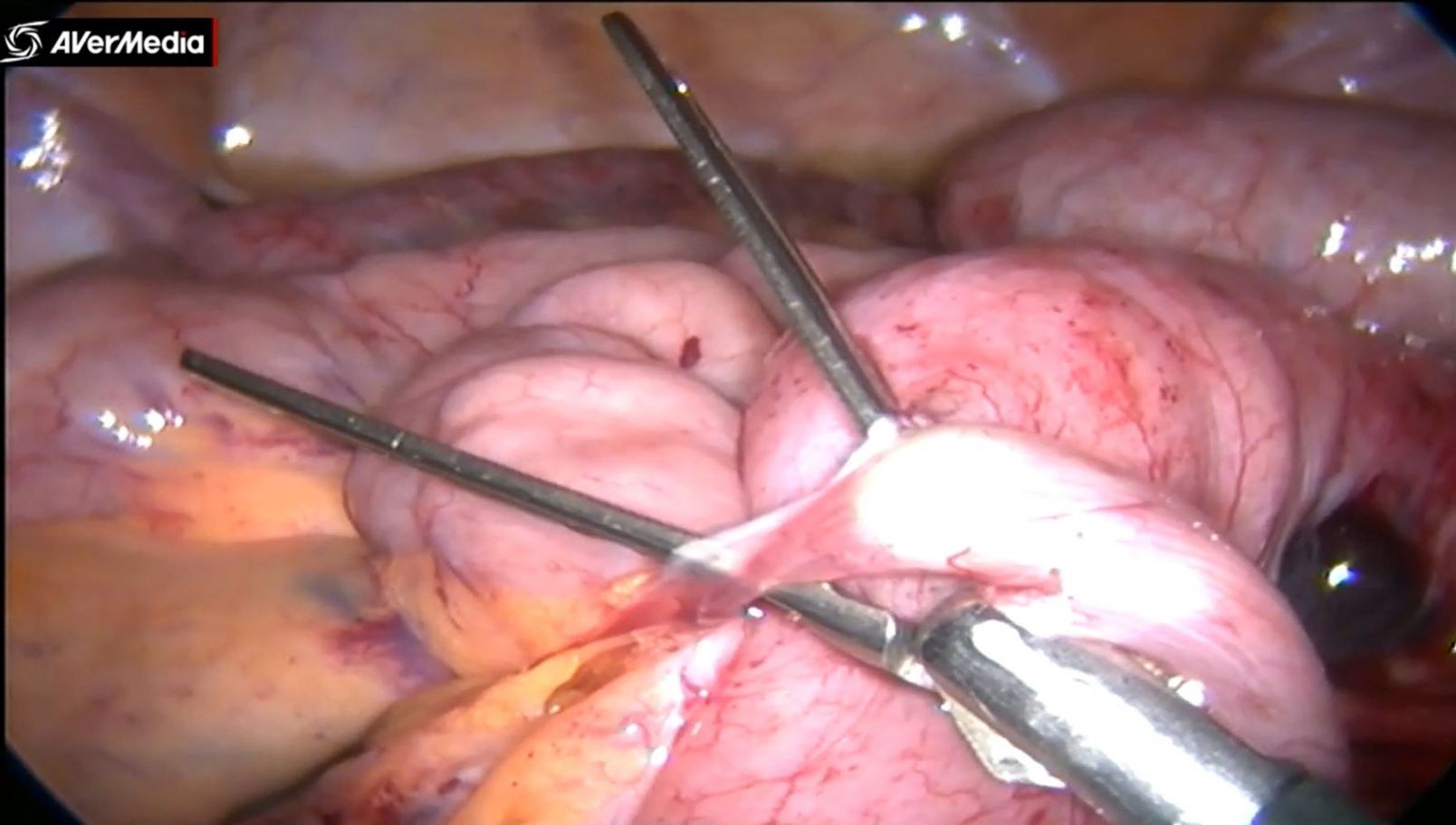
Ход операции

 AVerMedia



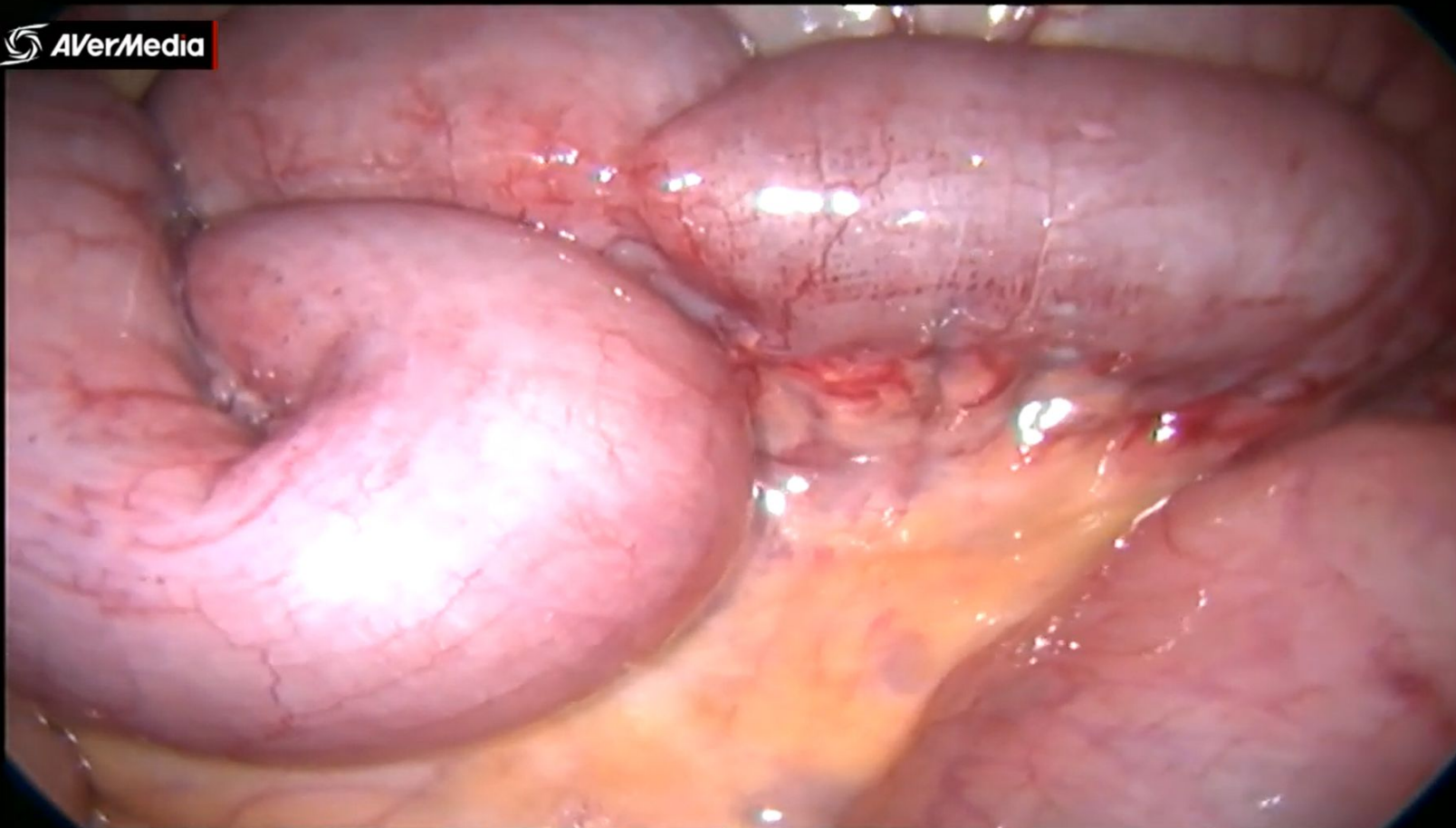
Ход операции

 AVerMedia




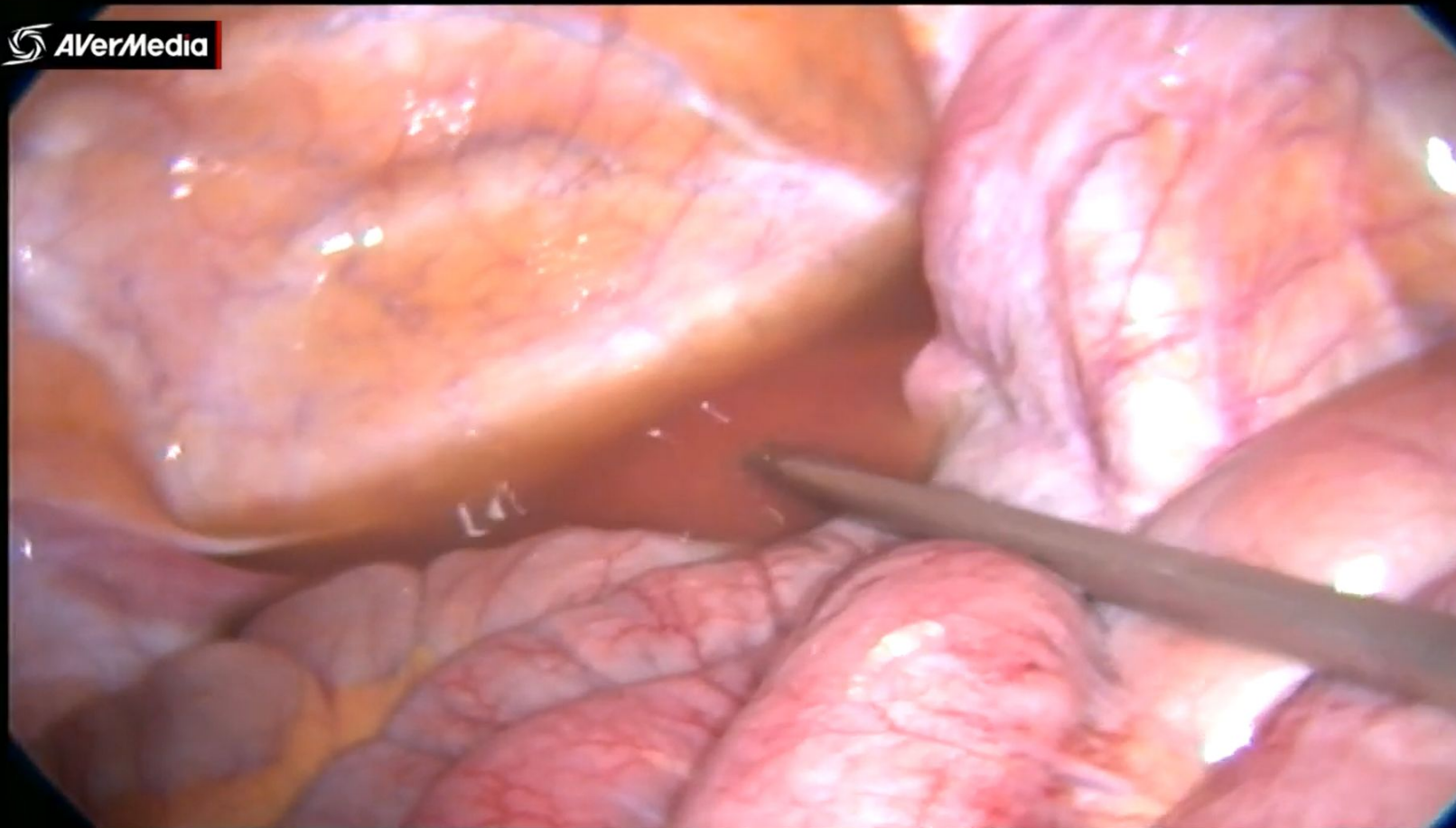
Ход операции

 AVerMedia




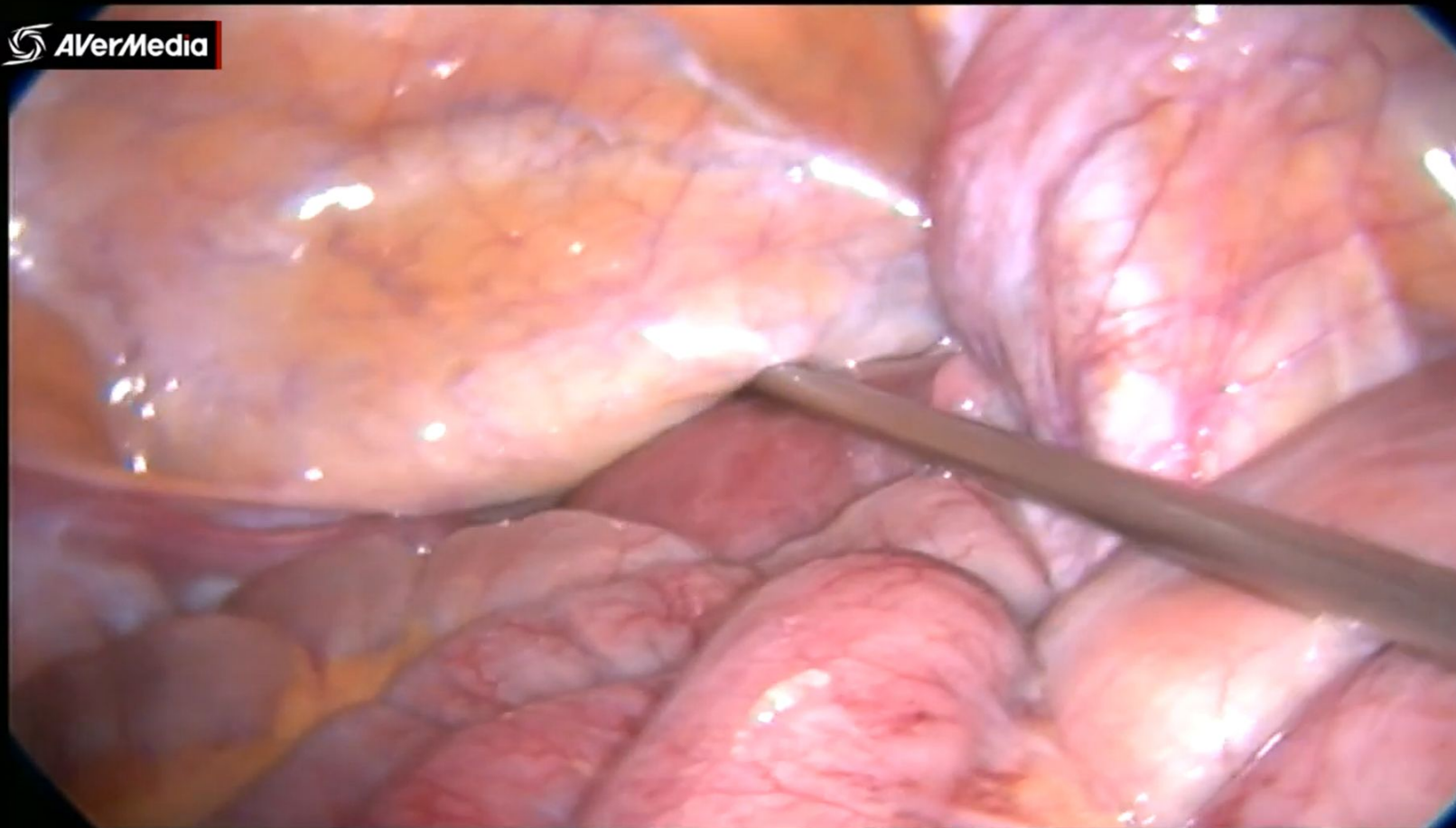
Ход операции

 AVerMedia



Ход операции

 AVerMedia



Спасибо за внимание!

