

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі
С.ДАСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ Ұлттық медицина университеті



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.ДАСФЕНДИЯРОВА

Показания к резекции отделов кишки.

Правила определения жизнеспособности кишки .



Выполнил: Ермек А.К.

Группа: 601-2

Проверил: д.м.н профессор Рахметов
Н.Р.

Алматы
2017

Основными показаниями к резекции какого-либо из отделов кишечника является:

- Странгуляционная непроходимость («заворот»);
- Инвагинация (внедрение одного отдела кишечника в другой);
- Узлообразование между петлями кишечника;
- Рак толстой или тонкой кишки (прямой или подвздошной);
- Некроз отделов кишки.
- Массивное ранение кишки и брыжейки.
- Мезентериальный тромбоз
При мезентериальном тромбозе приблизительно в **90%** случаев поражению подвержена **верхняя брыжеечная артерия**, кровоснабжающая большую часть кишечника (всю тонкую кишку, слепую, восходящую ободочную, на 2/3 поперечно-ободочную и печеночный угол), На долю поражений **нижней брыжеечной артерии**, обеспечивающей кровью 1/3 поперечной ободочной кишки (левую), нисходящую ободочную и сигмовидную, приходится около **10%**.
- Болезнь Крона
- Воспаление дивертикула Меккеля.



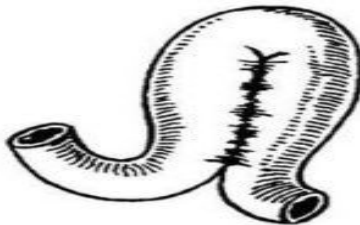
1. Обтурация опухолью



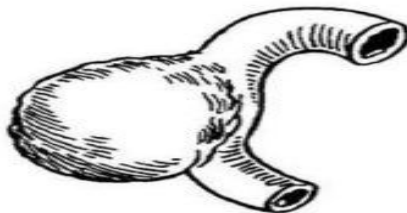
2. Обтурация клубком аскарид



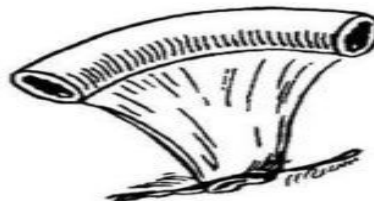
3. Обтурация желчным камнем



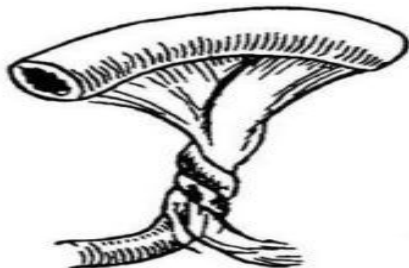
4. Перегиб кишки спайками в виде дуэустволки



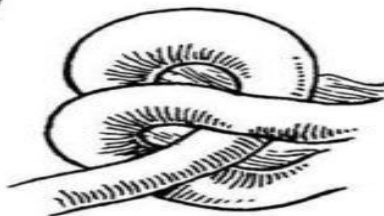
5. Сдавление и перегиб кишки воспалительным очагом (гнойником)



6. «Удавка» брыжейки кишки спайками



7. Заворот кишки и брыжейки



8. Кишечный узел



9. Инвагинация кишки



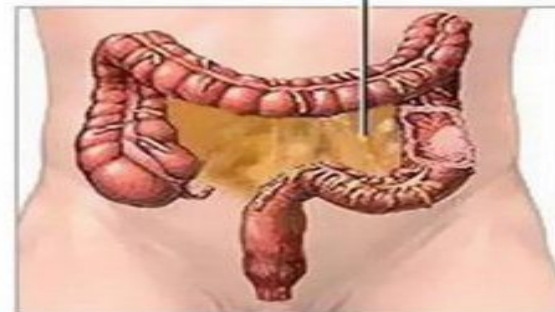
РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ



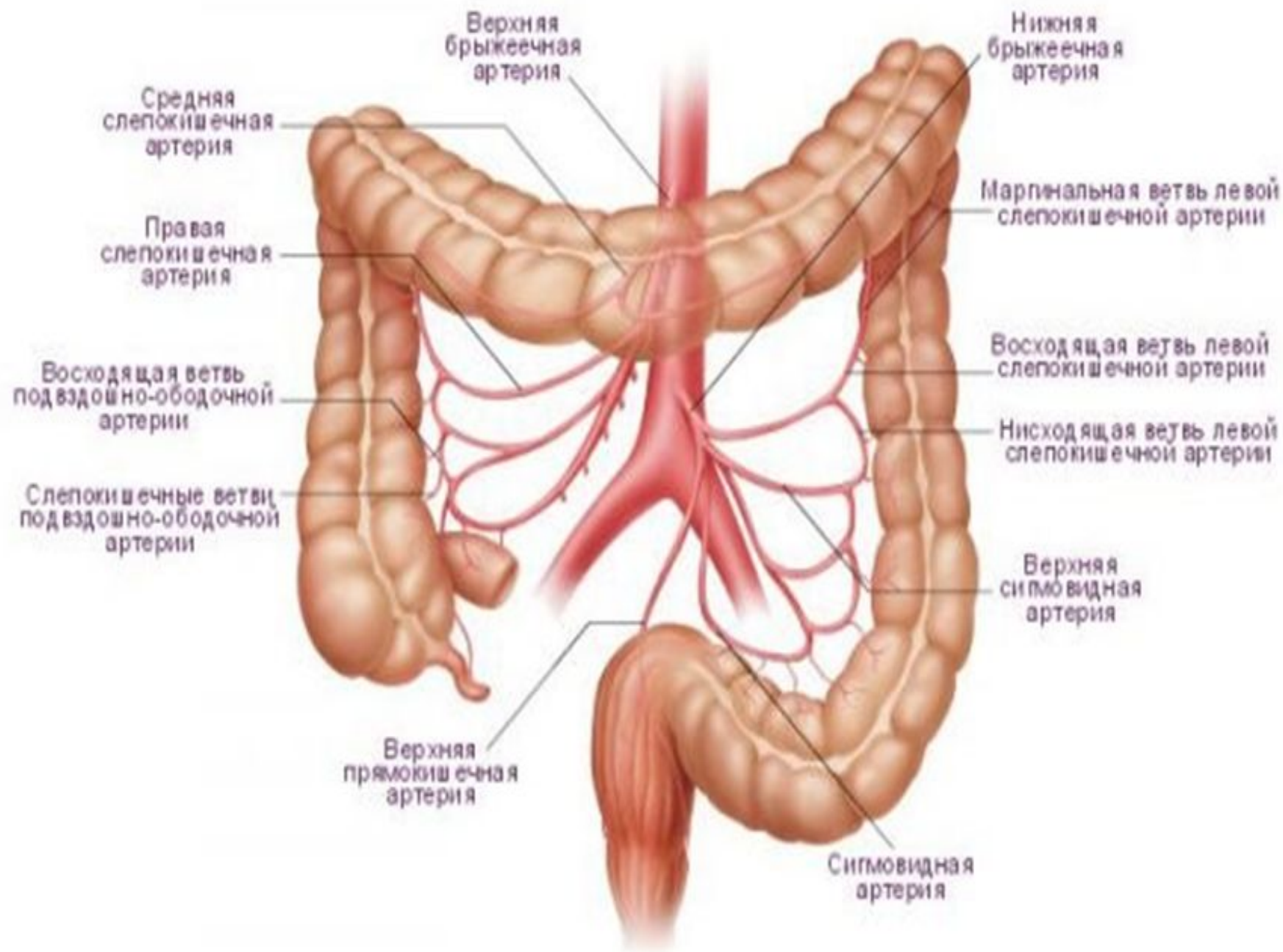
СТАДИЯ I



СТАДИЯ II



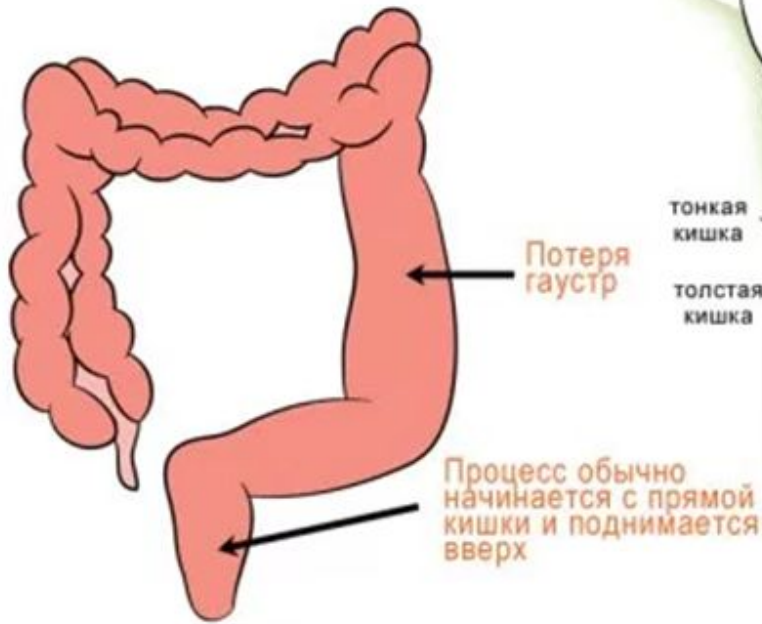
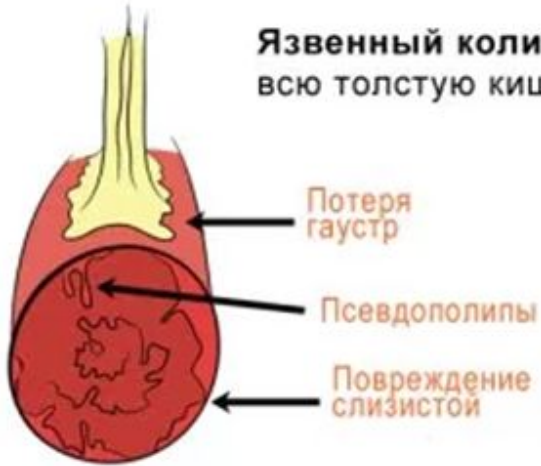
СТАДИЯ III



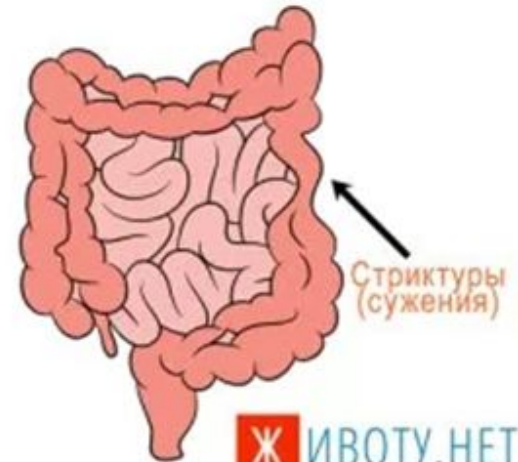
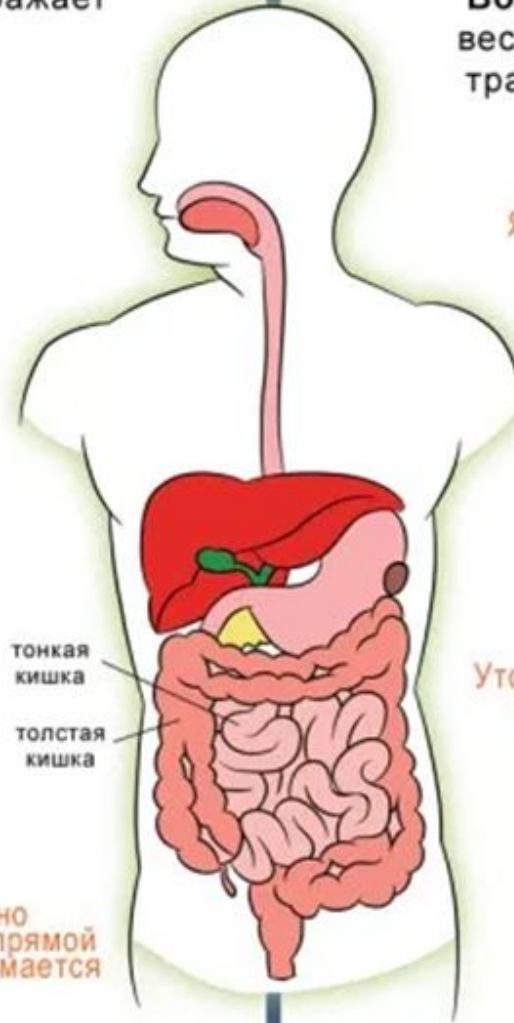
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Язвенный колит поражает всю толстую кишку



Болезнь Крона поражает весь желудочно-кишечный тракт от рта до анального отверстия



Правила определения жизнеспособности кишки

Для оценки жизнеспособности кишечника применяются методы клинической и функциональной оценки сохранения адекватного кровотока.

- ◆ Цвет кишки
- ◆ Состояние серозной оболочки кишки
- ◆ Состояние перистальтики.
- ◆ Пульсация артерий брыжейки

Правила определения жизнеспособности кишки универсальны:

После согревания кишки салфетками, смоченными в «горячем» изотоническом растворе натрия хлорида, в течение 10-15 мин, а также после введения 20-40 мл теплого 0,25 % раствора новокаина в брыжейку:

проверяем динамику этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика

Трансиллюминационная АНГИОСКОПИЯ.



Трансиллюминационная ангиоскопия. Этот метод, разработанный **М. З. Сигалом**, позволяет определить жизнеспособность кишки как до, так и после сосудистой операции. Принцип ангиоскопии основан на осмотре сосудов кишечной стенки в лучах проходящего света от источника, помещенного позади кишки. При просвечивании обнаруживается детальный рисунок интрамуральных сосудистых сетей, включающий сосуды субсерозного, мышечного, подслизистого слоев и слизистой оболочки.

Для оценки состояния кровотока исследуемый участок кишки растягивают над трансиллюминатором так, что сдавлением прерывается ток крови в сосудах. При этом исчезает теневое изображение артерий и вен. Сохранение изображения свидетельствует об их тромбозе. Затем сдавление постепенно ослабляют. При полноценном кровообращении в артериях появляется пульсирующая струя крови в виде колеблющейся тени. Дальнейшее ослабление давления ведет к восстановлению непрерывного изображения артерии, пульсации ее уже не наблюдается.

Редуцированный кровоток в сосуде выявляется следующим образом. По мере ослабления давления артерии и вены заполняются с обоих концов исследуемого отрезка без видимых пульсирующих точек. Такое пассивное кровенаполнение

Термометри

Я.


Как метод определения жизнеспособности кишки термометрия основана на том, что охлаждение участка с нарушенным кровообращением наступает значительно быстрее, чем нормального при тех же условиях.

По вскрытии брюшной полости замеряют температуру заведомо здорового (t_1) и исследуемого (T_1) участков кишки. Через 5 – 10 мин производят повторное измерение температуры в тех же точках (t_2 и T_2).

По формуле определяю $I_v = \frac{t_1 - t_2}{T_1 - T_2}$ «index vitae» (I).

При значениях <1 имеет место нарушение кровообращения, >1 – воспалительный процесс (М. Ю. Розенгартен, 1968).

Вопрос о границах резекции



При решении вопроса о границах резекции следует отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки :

- сторону приводящего отдела на 35-40 см;
- в сторону отводящего отдела 20-25 см .