




ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ << >>

Выполнила : студентка 3-го курса
15 группы

Стоматологического ф-та.
Накатова Сания Булатовна.



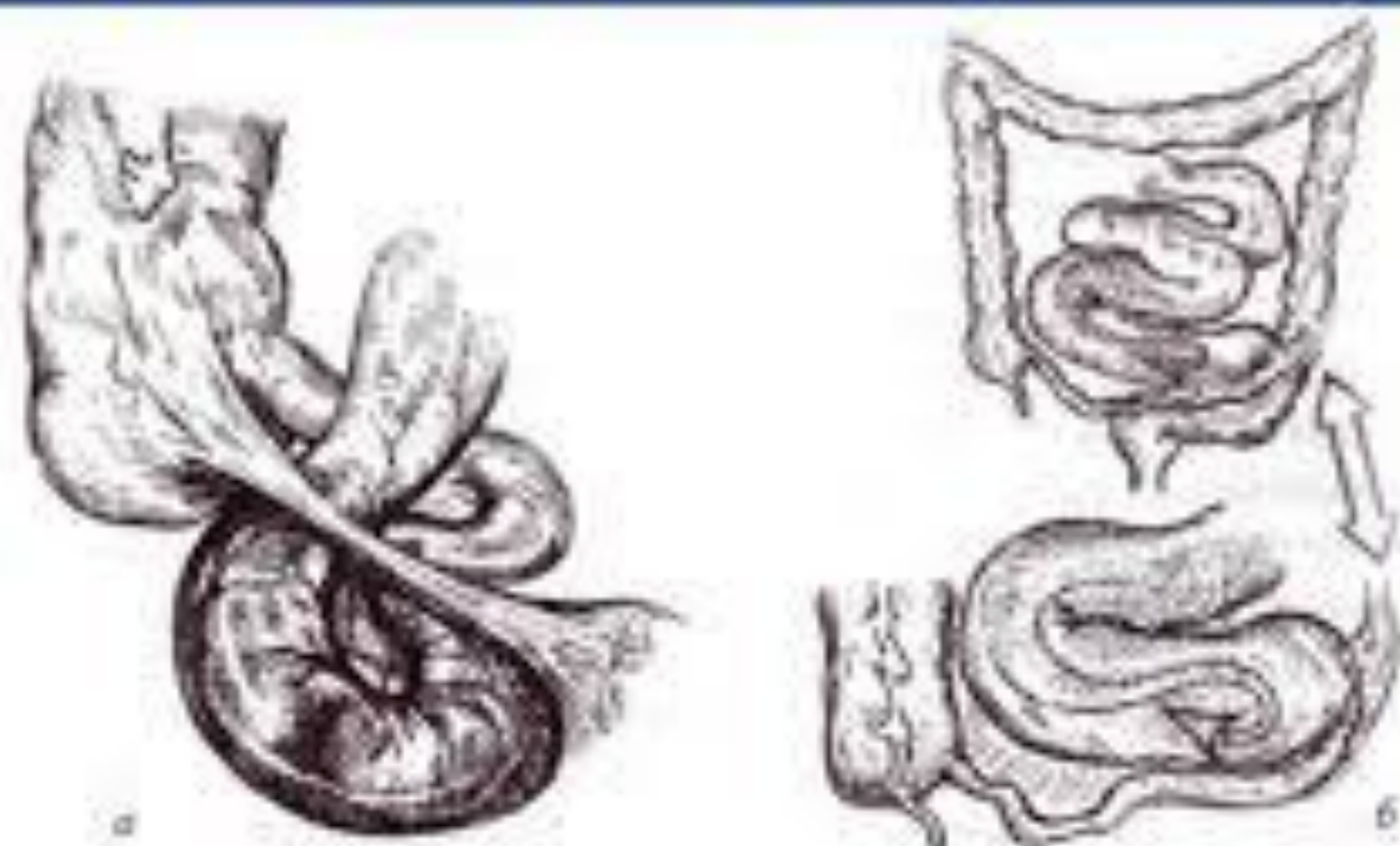
Определение

- Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний.

- Классификация острой кишечной непроходимости:
- 1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.
- 2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).




Острая кишечная непроходимость



Спаечная кишечная непроходимость: а — с ущемлением петель кишки фиброзным тянущим (с первичным острым нарушением кровообращения); б — с перегибом тонкой кишки и образованием «ласточки» (без первичного нарушения кровообращения).

- Острая кишечная непроходимость может быть вызвана многочисленными причинами, которые принято делить на предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим причинам относят анатомо-морфологические изменения в желудочно-кишечном тракте – спайки, сращения способствующие патологическому положению кишечника, сужение и удлинение брыжейки, приводящие к чрезмерной подвижности кишечника, различные образования, исходящие из стенки кишки, соседних органов или находящиеся в просвете кишечника, карманы брюшины и отверстия в брыжейке. К предрасполагающим причинам относят и нарушение функционального состояния кишечника в результате длительного голодания. В таких случаях прием грубой пищи может вызвать бурную перистальтику и кишечную непроходимость. С. И. Спасокукоцкий заметил эту особенность и назвал острую кишечную непроходимость «болезнью голодного человека».


- Ведущими симптомами ОКН являются боли в животе, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота. Перечисленные симптомы наблюдаются почти при всех формах ОКН, но имеют различную степень выраженности в зависимости от вида, уровня и времени, прошедшего от начала заболевания.
- Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников. Для кишечной непроходимости наиболее характерны схваткообразные боли, что связано с перистальтикой кишечника. Четкой локализации болей в каком-либо отделе брюшной полости не отмечается. При обтурационной кишечной непроходимости боли вне схваткообразного приступа обычно исчезают. В случае странгуляционной кишечной непроходимости боли бывают стойкими, резко усиливающимися во время приступа. Стихают боли лишь на 2-3 сутки, когда наступает истощение перистальтики кишечника. Прекращение болей при наличии кишечной непроходимости служит плохим прогностическим признаком. При паралитической кишечной непроходимости боли постоянные, распирающие, умеренной интенсивности.

- 
- Дифференциальный диагноз:
 - ОКН имеет ряд признаков, которые наблюдаются и при других заболеваниях, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики между ОКН и заболеваниями, имеющими сходные клинические признаки.

- **Лечение острой кишечной непроходимости.**
- Лечение ОКН может быть консервативным и оперативным и зависит от вида кишечной непроходимости. Консервативное лечение показано при динамической кишечной непроходимости. Механическая непроходимость в большинстве случаев требует хирургического вмешательства. Однако в первые часы заболевания дифференциальная диагностика механической и динамической непроходимости не всегда возможна, поэтому прибегать к экстренной операции не следует, за исключением случаев бесспорно доказанной странгуляции или наличия перитонита. Кроме того, консервативные мероприятия могут ликвидировать и некоторые формы механической обтурационной непроходимости – копростаз, спаечные формы непроходимости, обтурацию кишки опухолью



- Послеоперационное ведение больных.

- Особенностью послеоперационного периода при ОКН является наличие пареза кишечника, водно-электролитных расстройств, тяжелой интоксикации, обезвоживание организма, нарушений кислотно-щелочного состояния. Поэтому мероприятия, направленные на устранение этих патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время операции, должны продолжаться и после операции.
 - раствор хлористого натрия, токи Бернара, очистительные клизмы.
 - Тяжелым больным назначают кортикостероиды для профилактики и лечения адренкортикальной недостаточности, возникающей благодаря шоку и интоксикации. После операции всем больным назначают антибиотики. Антибиотиками систематически промывают брюшную полость, если проводилось ее дренирование. Также показана антикоагулянтная терапия под контролем коагулограммы, чтобы предотвратить последствия сосудистых нарушений при ОКН.
- 

Спасибо за внимание!

