

ТЕМА ЛЕКЦИИ:

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

-
- Острая кишечная непроходимость является одной из наиболее тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости, сопровождающихся высокой послеоперационной летальностью: от 15 до 20%.

ГЛАВНЫЕ ПРИЧИНЫ:

- Несвоевременная диагностика
- Неадекватная хирургическая тактика
- Неполная предоперационная подготовка
- Дефекты операции и послеоперационном лечении больного.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- ОКН как заболевание известна с времен древности. Сообщают, что Гиппократ писал: "кишка высыхает и запирается от воспаления так, что не пропускает ни газов ни пищи. Живот делается твердым, между тем рвота сначала выпитым, потом желчью и, наконец, калом. Причиной болезни является проникновение воздуха в брюшную полость, от которого зависит высыхание кишок, таких больных нужно лечить клизмами и вдуванием воздуха" (цит. по П.А. Маценко).

КЛАССИФИКАЦИЯ (ЧУХРИЕНКО Ф.И.)

ОКН

```
graph TD; A[ОКН] --> B[МЕХАНИЧЕСКАЯ]; A --> C[ДИНАМИЧЕСКАЯ]
```

МЕХАНИЧЕСКАЯ

ДИНАМИЧЕСКАЯ

МЕХАНИЧЕСКАЯ

- **обтурационная** (интраорганный, интрамуральный, экстраорганный).
- **странгуляционная** (узлообразование, заворот, ущемление грыжи)
- **смешанная** (инвагинация, спаечная непроходимость).

ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

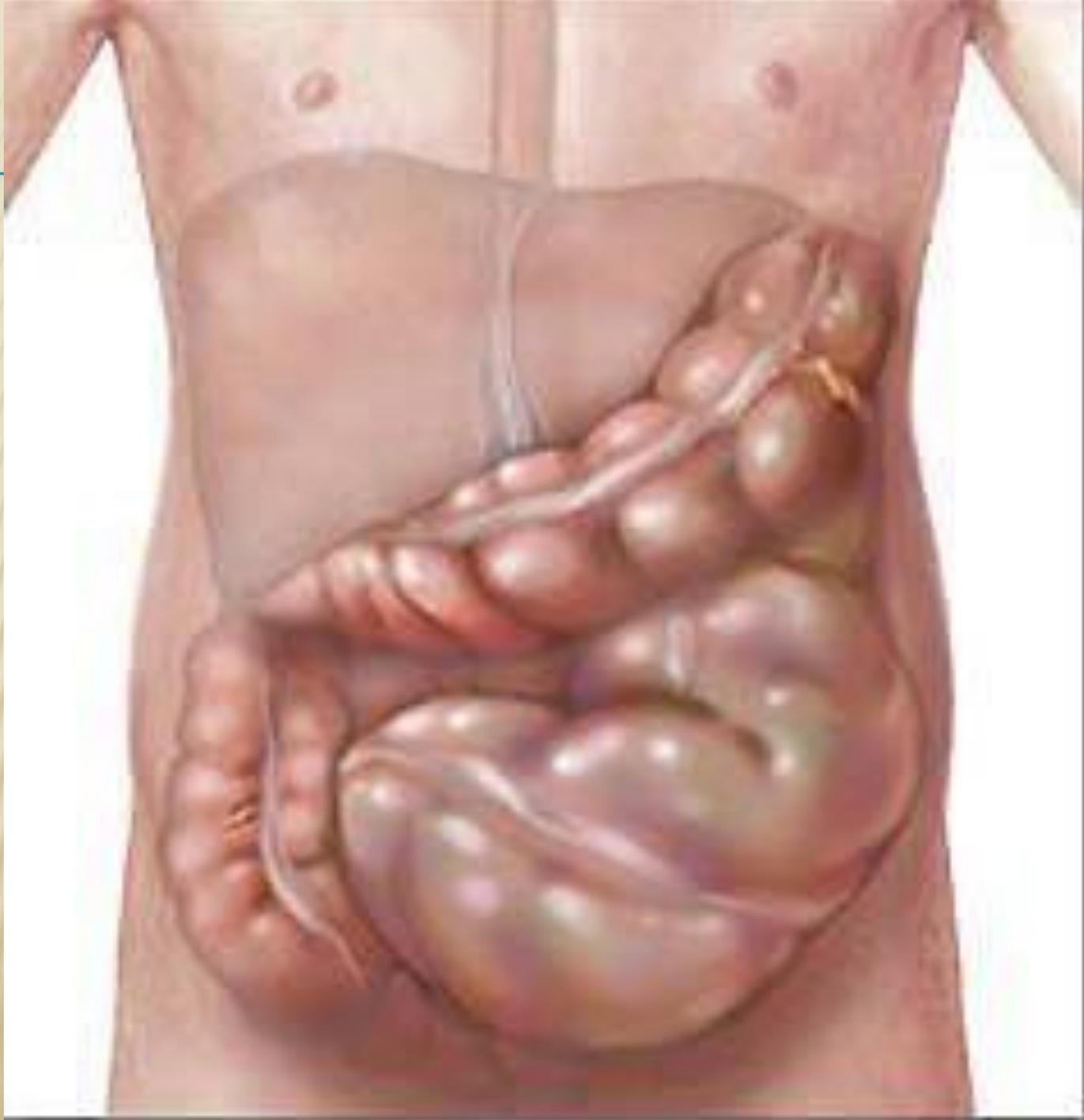
- спастическая
- паралитическая

-
- **3. По происхождению** (врожденная, приобретенная).
 - **4. По уровню** (высокая, низкая).
 - **5. По клиническому течению** (острая, хроническая, полная, частичная)

МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

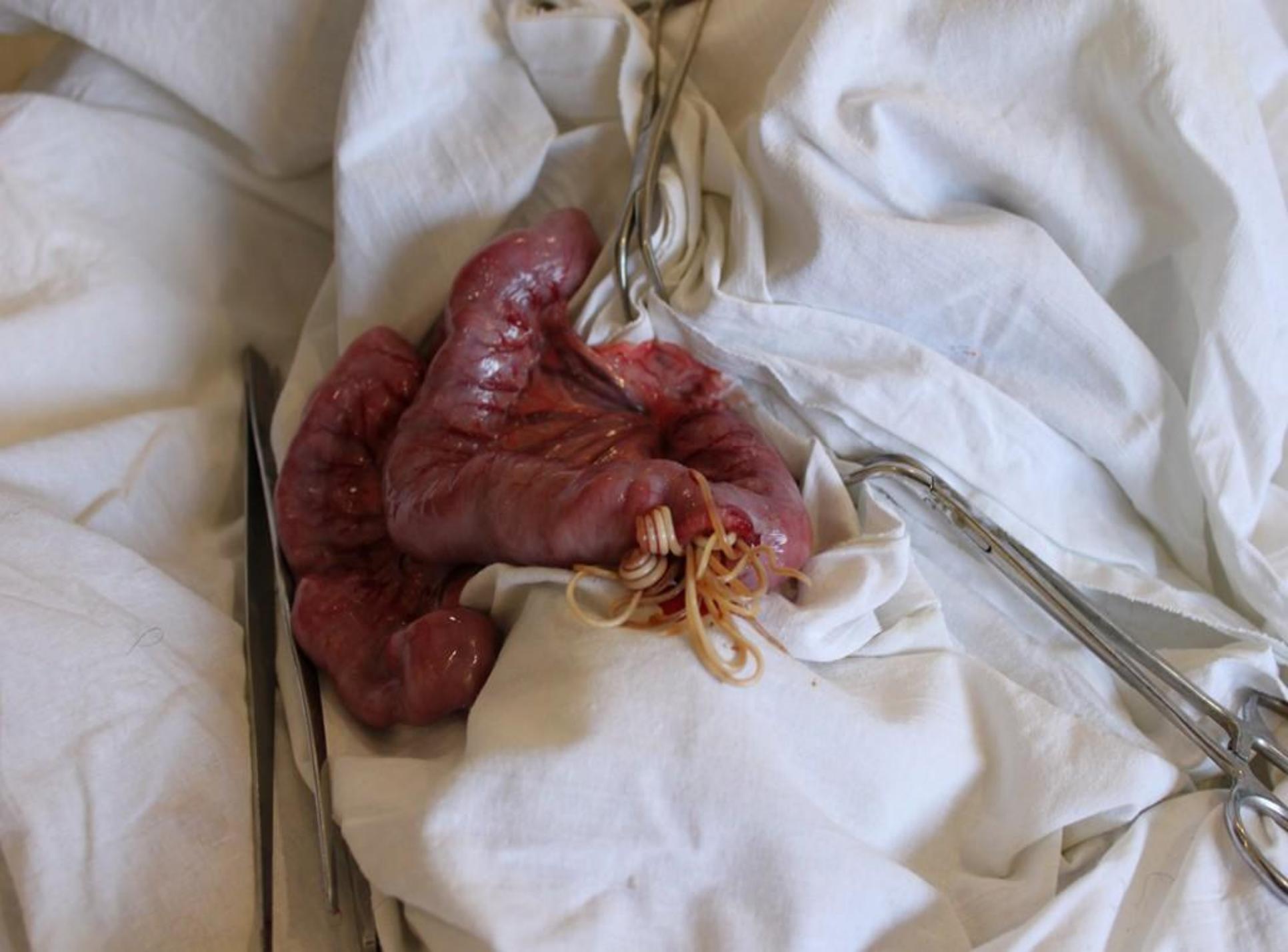
Обтурационная кишечная непроходимость - не происходит сдавление брыжейки кишки с ее сосудисто-нервным аппаратом,

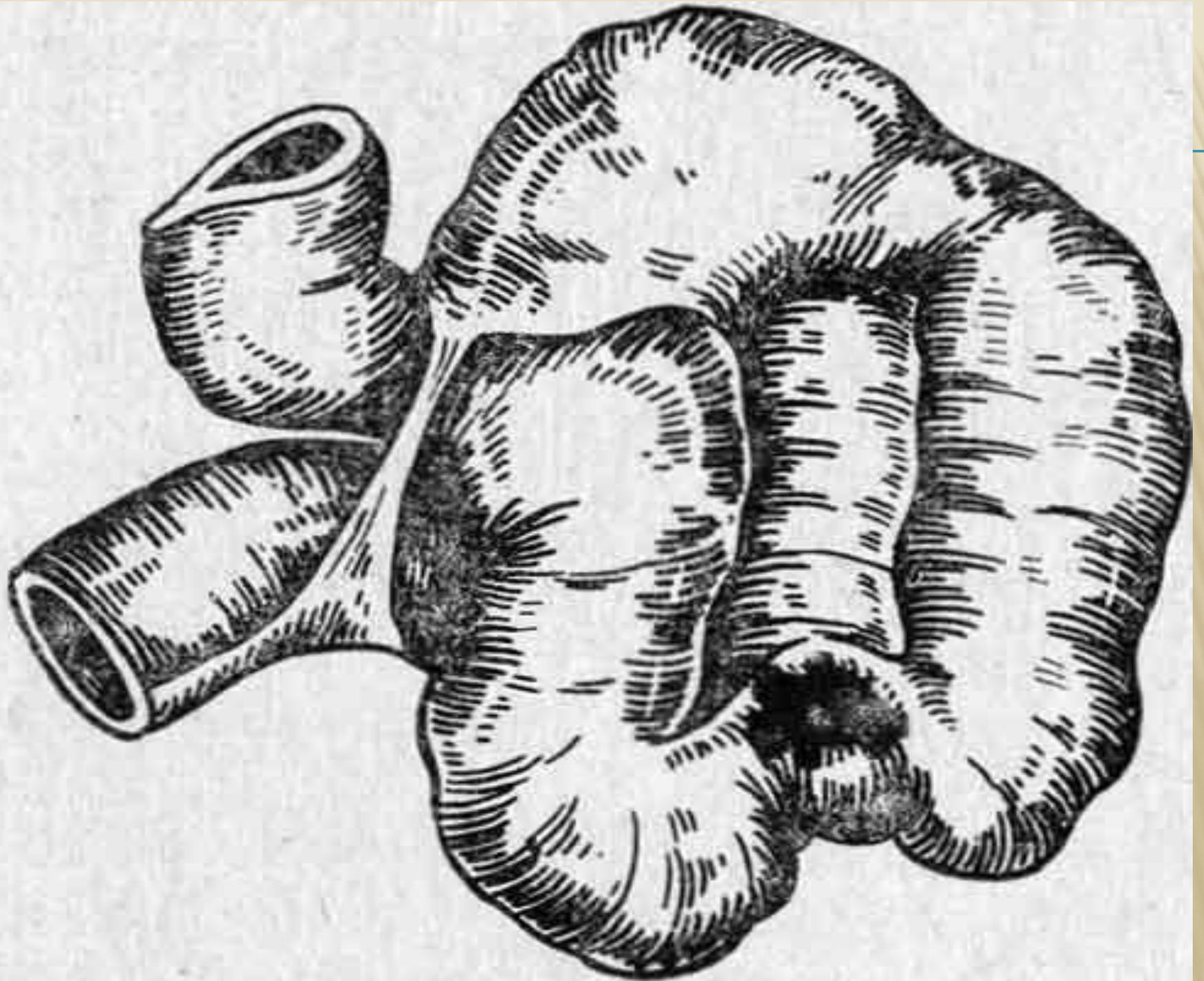
- кровоснабжение кишки в месте обтурации в начале заболевания почти не нарушается.
- В более поздний срок в приводящем отделе возникает венозный стаз,
- перерастяжение этого отдела кишечника,
- повышается проницаемость капилляров,
- цианоз и отек стенки кишки.



ПРИЧИНАМИ ОБТУРАЦИОННОГО ИЛЕУСА МОГУТ БЫТЬ:

- опухоль других органов брюшной полости, когда воспалительные инфильтраты, сдавливают кишечник извне;
- опухоли, вызывающие закупорку просвета кишки, клубки аскарид, каловые и желчные камни;
- спайки и тяжи, вызывающие перегиб петель кишечника;
- рубцовые стенозы как следствие язвенных процессов в кишечнике





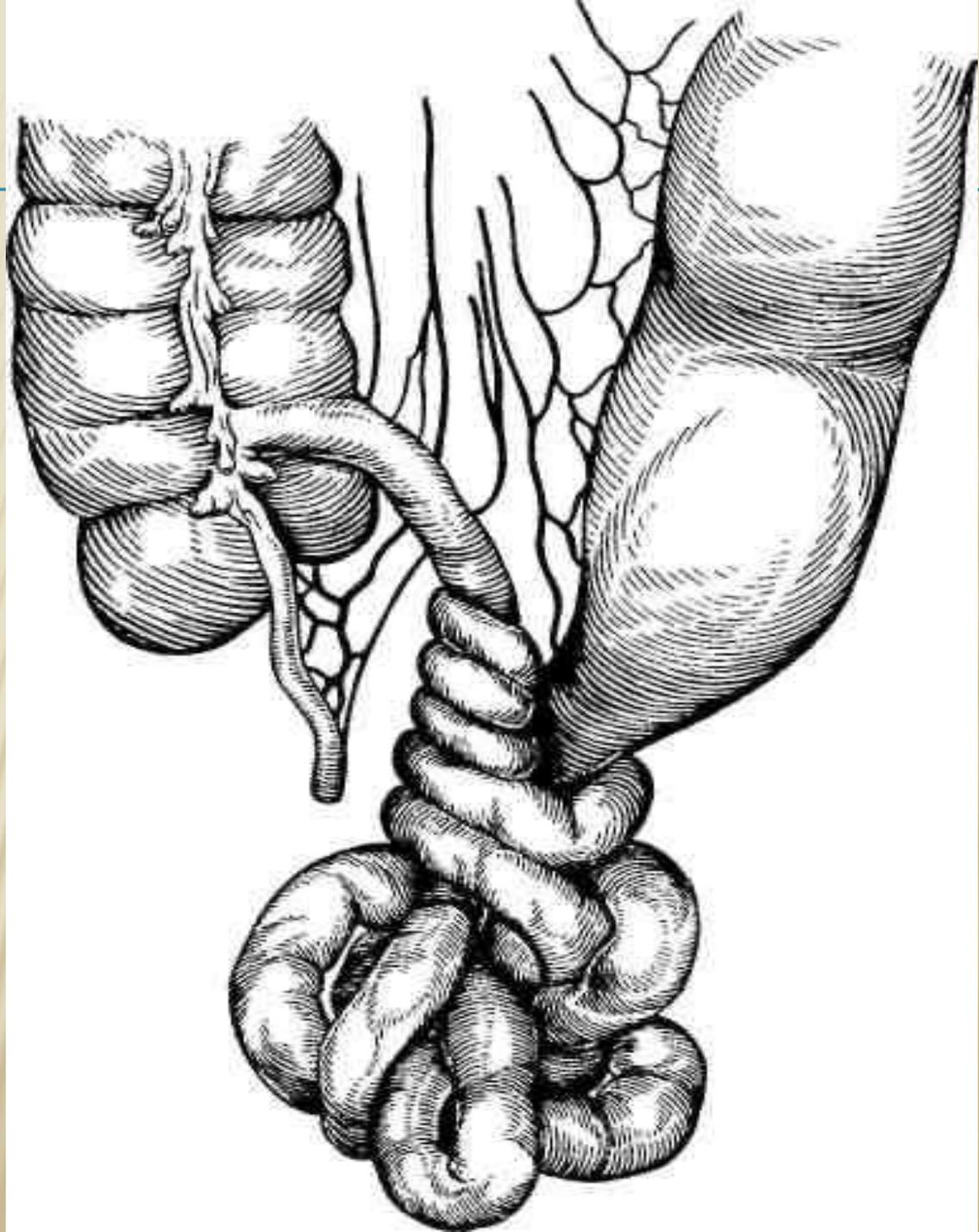


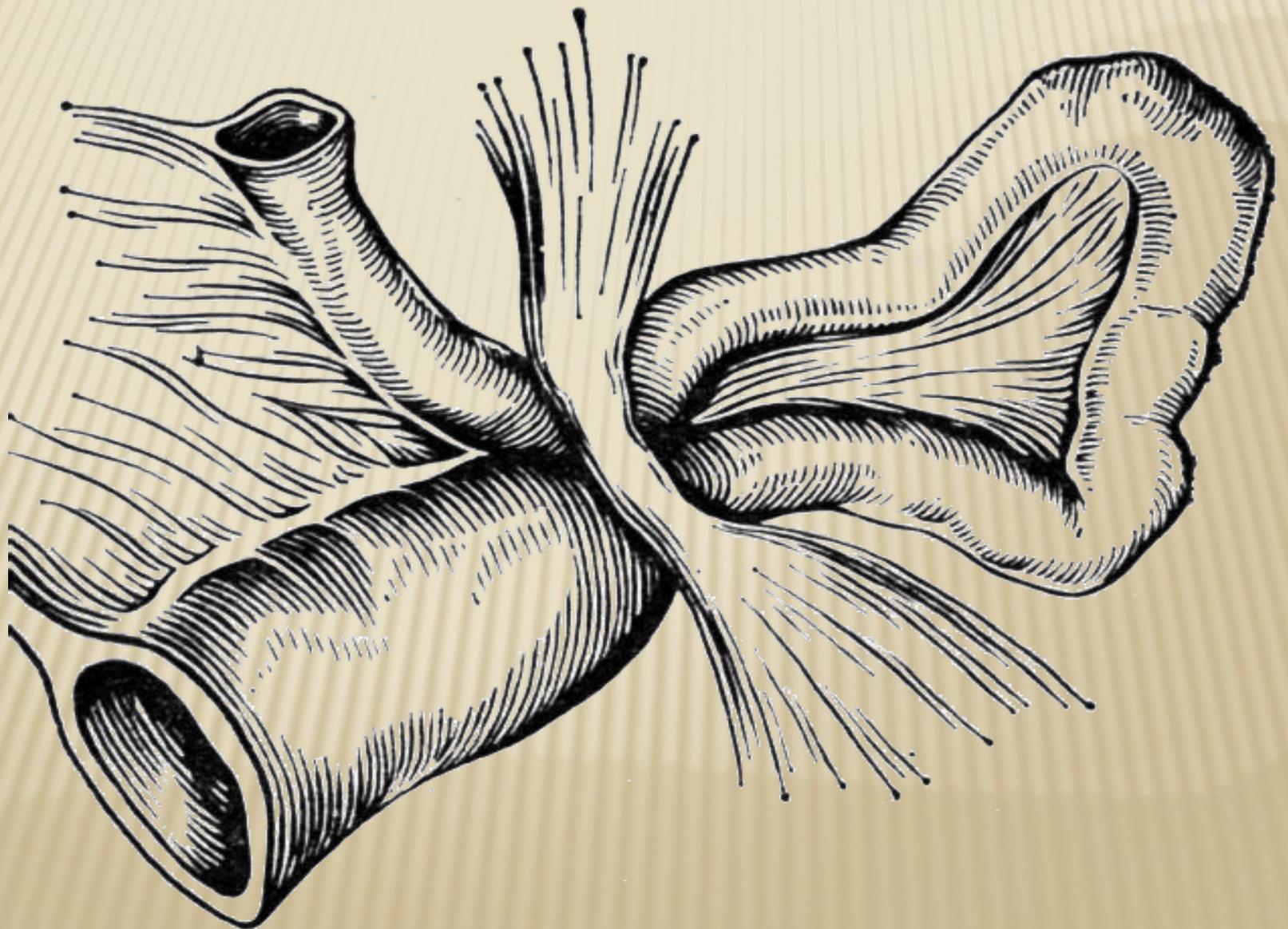
СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

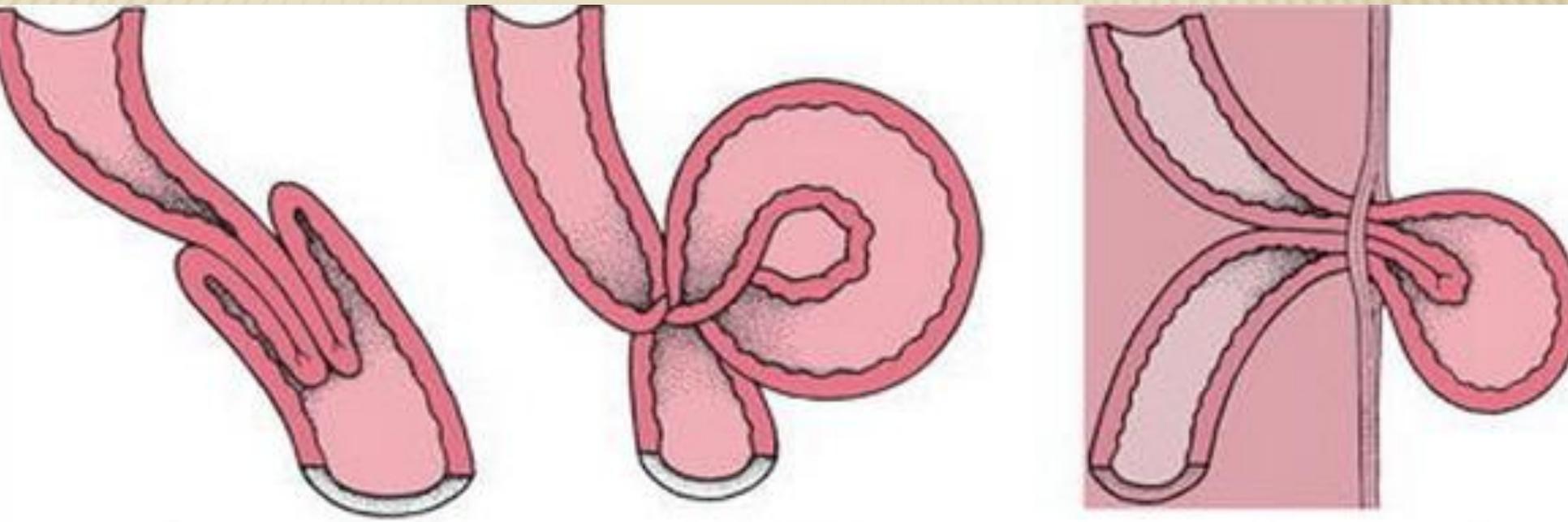
Заворот, узлообразование, ущемленная грыжа

- происходит ущемление или давление брыжейки кишки, что ведет к резкому нарушению кровообращения.
- характер расстройства кровообращения зависит от степени ущемления или сдавления сосудов ,
- от состояния кровеносных сосудов до начала заболевания.





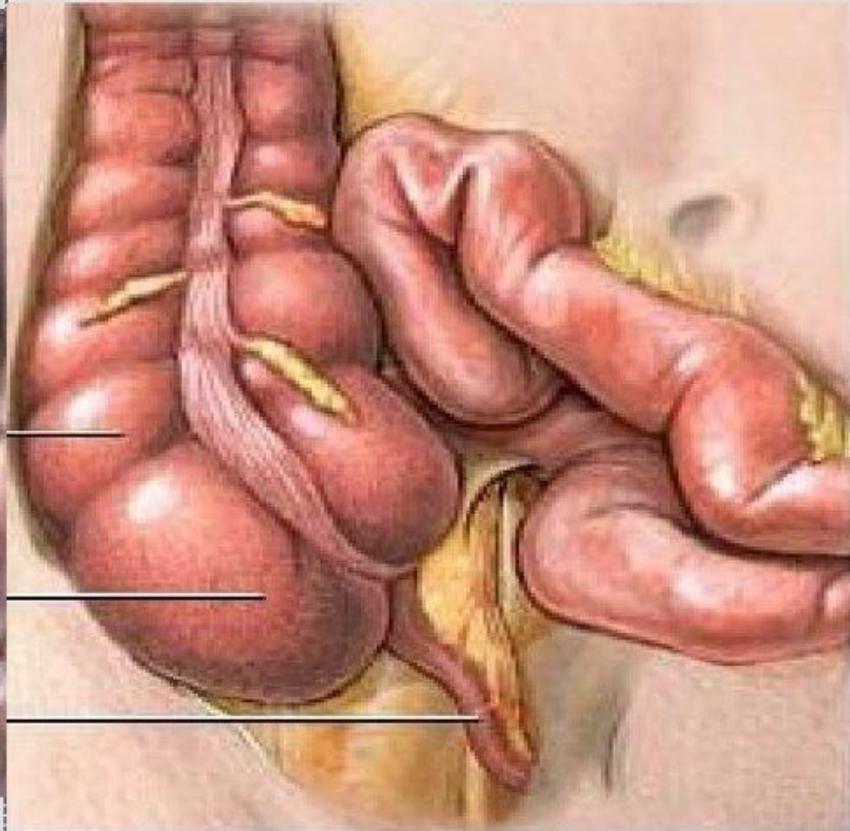


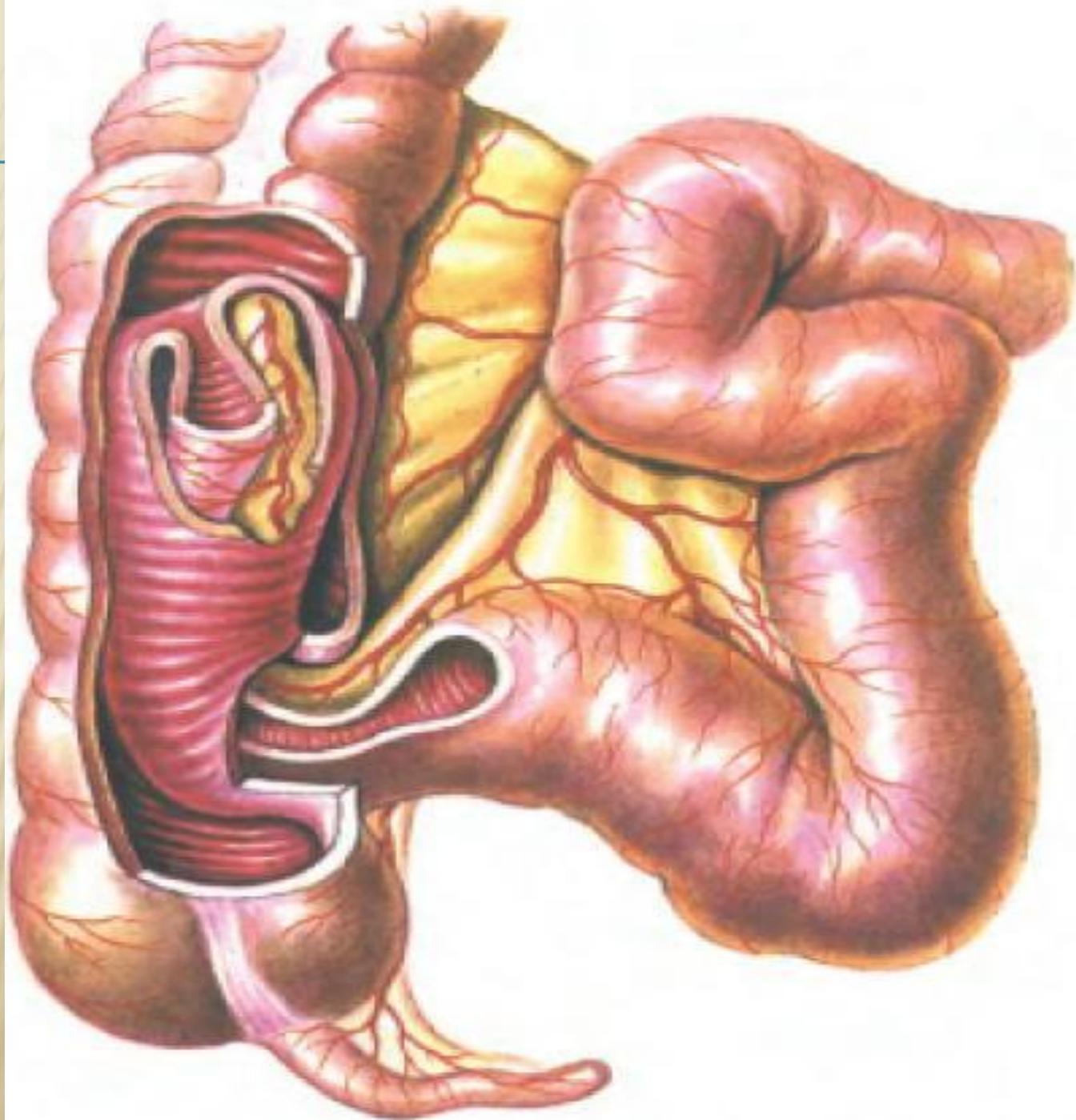


СМЕШАННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- **инвагинация спаечная непроходимость**
инвагинация - внедрение одной кишки в другую. (обтурация и странгуляция).
- спаечная кишечная непроходимость может также протекать по обтурационному или странгуляционному типу.

Врожденная кишечная непроходимость





ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

СПАСТИЧЕСКАЯ И ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ

- Динамическая кишечная непроходимость наступает в результате нарушения мышечного тонуса кишки на почве функциональных или органических поражений его иннервационных механизмов.

СПАСТИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

наступает при спазме кишечника и может быть вызвана различными факторами:

- глистными инвазиями,
- каловыми камнями,
- инородными телами,
- ушибами живота,
- кровоизлияниями в брюшную полость,
- гематомами.

-
- нагноительными процессами забрюшинной клетчатки,
 - почечной и печеночной коликами,
 - пневмониями,
 - гемо- и пневмотораксами,
 - функциональными и органическими поражениями нервной системы;
 - спазмом сосудов кишечника,
 - дизентерией.

ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- возникает при парезе или параличе кишечника.
- причины непроходимости:
 - перитонит,
 - операционная травма (при операциях на органах брюшной полости),
 - излившиеся в брюшную полость кровь, моча или желчь.

СОСУДИСТАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ИНФАРКТ КИШЕЧНИКА)

- а) тромбоз брыжеечных вен,
- б) тромбоз и эмболия брыжеечных артерий



ЭТИОЛОГИЯ ОКН

- причины, приводящие к развитию ОКН состоят из **предрасполагающих и производящих факторов.**
- **К предрасполагающим** относятся:
 - врожденные аномалии развития желудочно-кишечной трубки (сужение, наличие перегибов, перепонок),
 - длинные брыжейки,
 - наличие опухолей,
 - паразитов (глисты),
 - перенесенные ранее операции (спайки),
 - наружные и внутренние грыжи.

ПРОИЗВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ

- не регулярное питание, влекущее за собой гиперперистальтику,
- поносы или запоры, (инвагинацию), подъем тяжестей (завороты, ущемления).

ПАТОГЕНЕЗ ОКН

- Значительные изменения водно-электролитного обмена.
- Интоксикация.
- Перерастяжение кишечника выше уровня препятствия.
- В просвет ее пропотевают жидкая часть крови, затем и форменные элементы.
- Развиваются процессы брожения и гноения.
- Происходит сгущение крови. (часть ее скапливается в сосудах брюшной полости, часть пропотевают в просвет кишечника выше препятствия, часть жидкости вместе с пищеварительными соками, извергаются во внешнюю среду с рвотой).
- Нарушается проницаемость кишечной стенки.
- В брюшной полости скапливается экссудат, который вскоре нагнаивается

ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

- Происходят те же процессы, но значительно быстрее наступают расстройства кровообращения в стенке кишки.
- Сдавление нервов брюшечки ведет к шоку.

.



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- Ведущие симптомы ОКН: схваткообразные боли (появляются в момент перистальтической волны, рвота, гиперперистальтика, вздутие живота, задержка стула и газов.
- Указанные симптомы наблюдаются при всех формах непроходимости кишечника, но степень их выраженности бывает различной и зависит от вида и характера непроходимости, уровня и сроков прошедших с начала заболевания.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ

- наиболее ранний и постоянный симптом острой непроходимости кишечника.
- Боли начинаются внезапно, часто без видимых причин.
- При обтурационной непроходимости боли носят схваткообразной характер (усиление перистальтики).
- Между периодами схваток боли утихают и на короткое время (2-3 мин) могут полностью исчезнуть.
- При странгуляционной непроходимости боли бывают чрезвычайно интенсивными, и носят постоянный характер.

РВОТА

- Присутствует у большинства больных (70%).
- При высокой кишечной непроходимости рвота многократная и не приносит облегчения.
- При низкой - редкая и в раннем периоде иногда может отсутствовать.
- При далеко зашедших формах кишечной непроходимости рвотные массы имеют "фекалоидный" характер вследствие гнилостного разложения содержимого приводящего отдела кишечника.
- Мондор (1937) писал, что фекалоидная рвота - это симптом не болезни, а близкой смерти.

ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ

- Важный, но не абсолютно достоверный симптом заболевания.
- В первые часы стул может быть самостоятельным, (неполным закрытием просвета кишки, либо опорожнением от содержимого ниже места препятствия.
- При низких формах толстокишечной непроходимости (сигмовидная кишка) стула обычно не бывает.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

- Тяжелое.
- Больные принимают вынужденное положение, беспокойны.
- Гипертермия до 38-40*С.
- Выраженная тахикардия.
- Низкие показатели АД указывают на гиповолемический и септический шок.

ВЗДУТИЕ ЖИВОТА

- один из характерных признаков острой непроходимости кишечника.
- При высокой непроходимости вздутие может отсутствовать.
- При толстокишечной – выражена, отмечается асимметрия.
- При заворотах сигмовидной кишки живот принимает характерный "перекошенный" вид.
- Симптом видимой перистальтики бывает при обтурационной илеусе.
- При динамической паралитической непроходимости вздутие живота равномерное.

ПАЛЬПАЦИЯ

- При глубокой пальпации болезненность в месте расположения кишечных петель.
- У ряда больных можно прощупать фиксированную и растянутую в виде баллона петлю кишки (**симптом Валя**).
- При перкуссии слышен тимпанический звук с металлическим оттенком (положительный симптом **Кивуля**).
- Болезненность в области пупка (**с-м Тевенара**).
- "**Шум плеска**" – важный симптом ОКН, появляется уже спустя 6 часов от начала заболевания .
- В поздние сроки заболевания при сильном растяжении кишечника определяется характерная ригидность брюшной стенки (положительный **симптом Мондора**), которая при пальпации напоминает консистенцию надутого мяча.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

- Перистальтические шумы в первые часы заболевания усилены, нередко слышны на расстоянии.
- При аускультации можно определить усиленную перистальтику (урчание, переливание, бульканье, шум падающей капли).
- Бурная перистальтика более характерна для обтурации.
- При странгуляции усиление перистальтических шумов наблюдают в начале заболевания.
- В дальнейшем вследствие некроза кишки и перитонита перистальтические шумы ослабевают и исчезают (**симптом "гробовой" тишины**).
- При аускультации живота хорошо слышны дыхательные и сердечные шумы (положительный симптом (**Лотейссена**), з
- вук падающей капли в зоне перекрученной петли (**с-м Склярова**).

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА

- Над растянутыми кишечными петлями определяют высокий тимпанический звук.
- В отлогих местах констатируется притупление из-за наличия воспалительного экссудата в брюшной полости

ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- иногда можно определить причину непроходимости: опухоль, каловый камень, инородное тело.
- При инвагинации - кровь или кровянистое содержимое.
- При заворотах сигмовидной кишки нередко наблюдается баллонообразное расширение ампулы прямой кишки и зияние ануса (с-м Обуховской больницы).

В ТЕЧЕНИЕ ОКН РАЗЛИЧАЮТ

- 1. Первый период (начальный) - от 2 до 12 часов, доминирующим симптомом является схваткообразная боль.
- Интоксикация выражена слабо.
- Рвота носит рефлекторный характер.

ВТОРОЙ ПЕРИОД (ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ)

(12 - 36 Ч.)

- Постоянная боль,
- частая рвота,
- расстройства кровообращения в кишечнике,
- нарушение его моторики,
- расстройство водно-солевого и белкового обменов .
- При этом состояние больного носит обратимый характер.
- При своевременной коррекции их и хирургическом вмешательстве удастся спасти больного.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД (ТЕРМИНАЛЬНЫЙ)

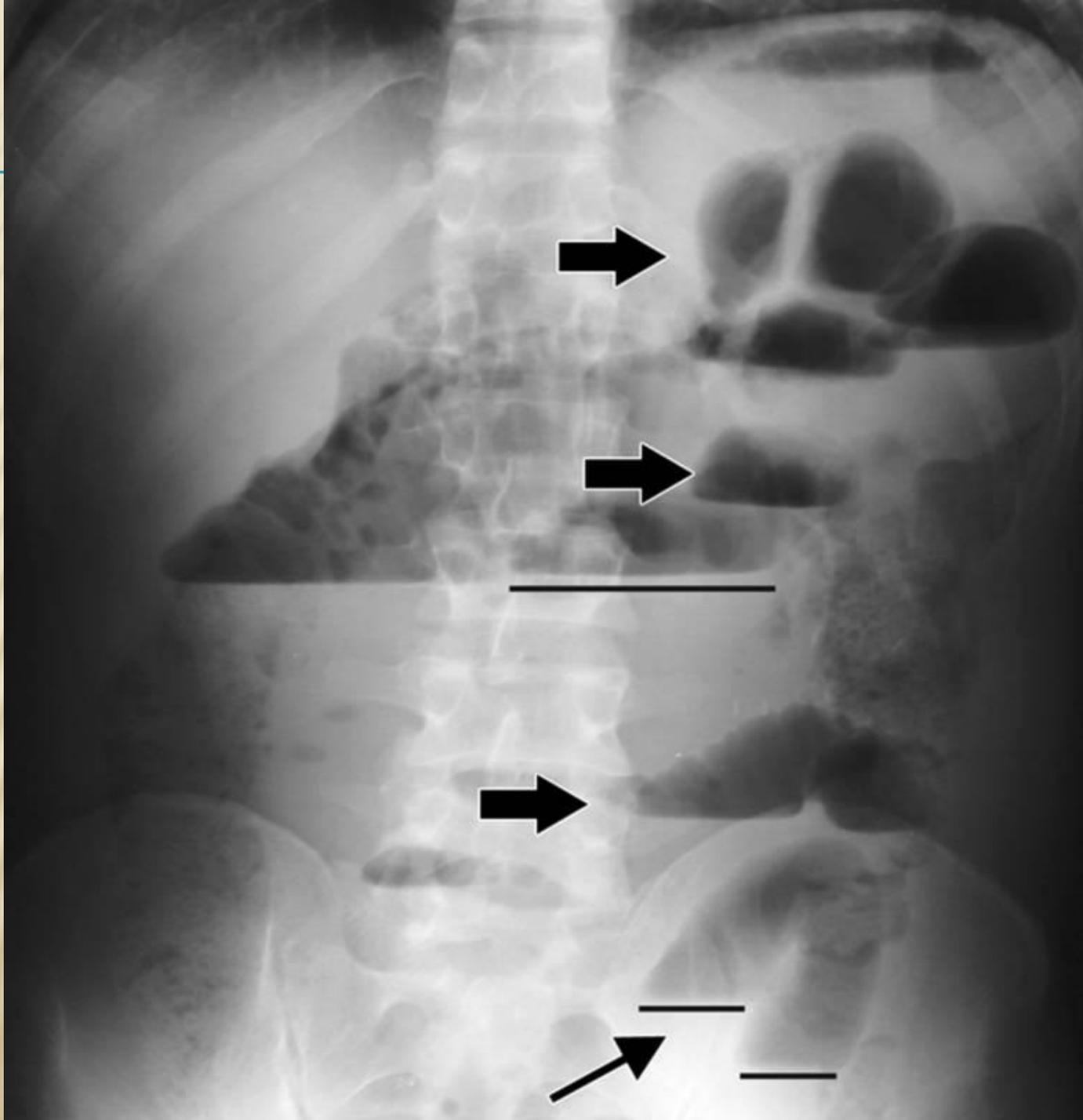
>36ч.

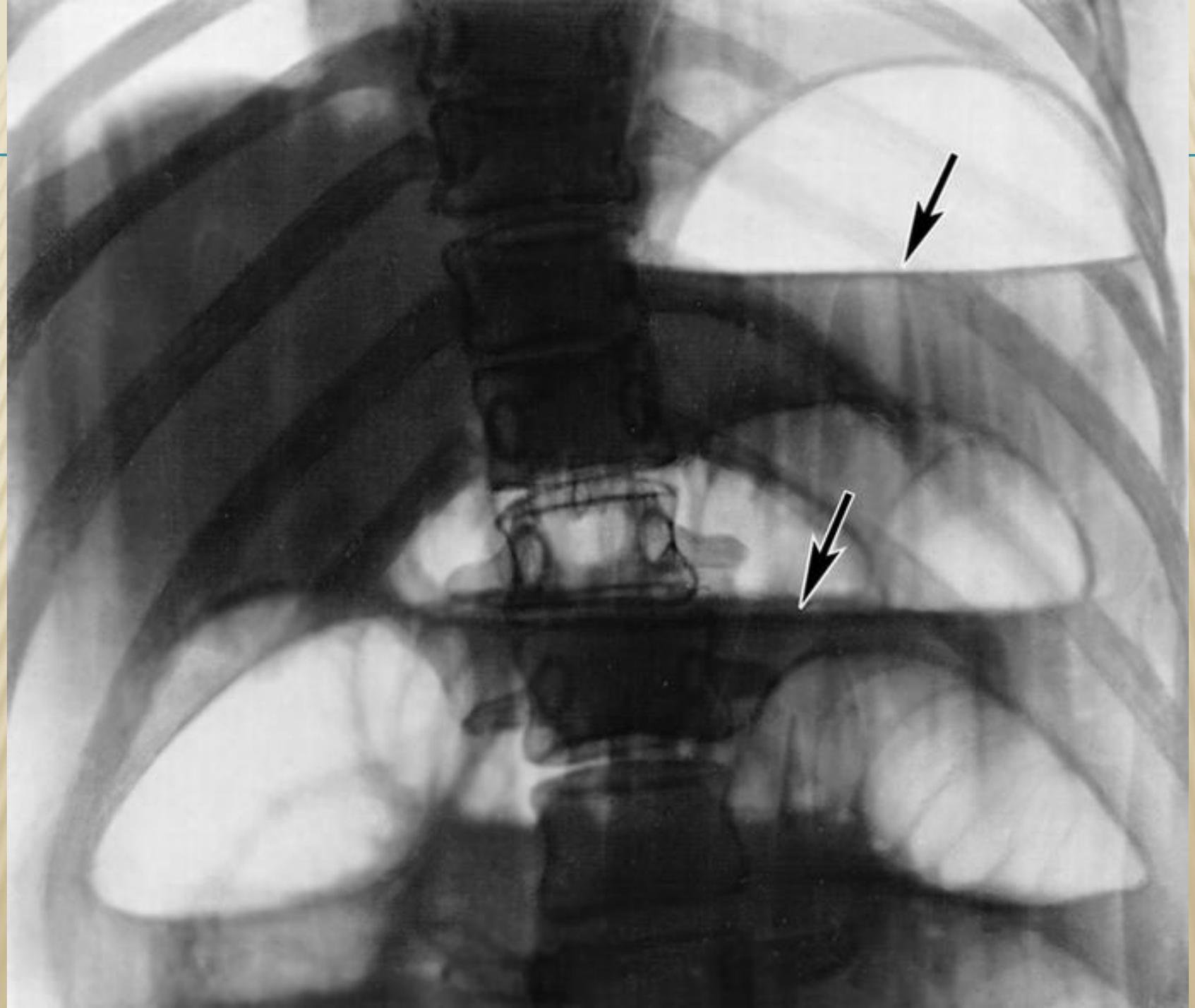
- Период перитонита и тяжелого токсикоза.
- Состояние больных крайне тяжелое.
- «Каловая рвота».
- Резкие гемодинамические сдвиги.
- Живот вздут, перистальтики совершенно нет.
- Тяжелые нарушения всех жизненно важных функций организма.

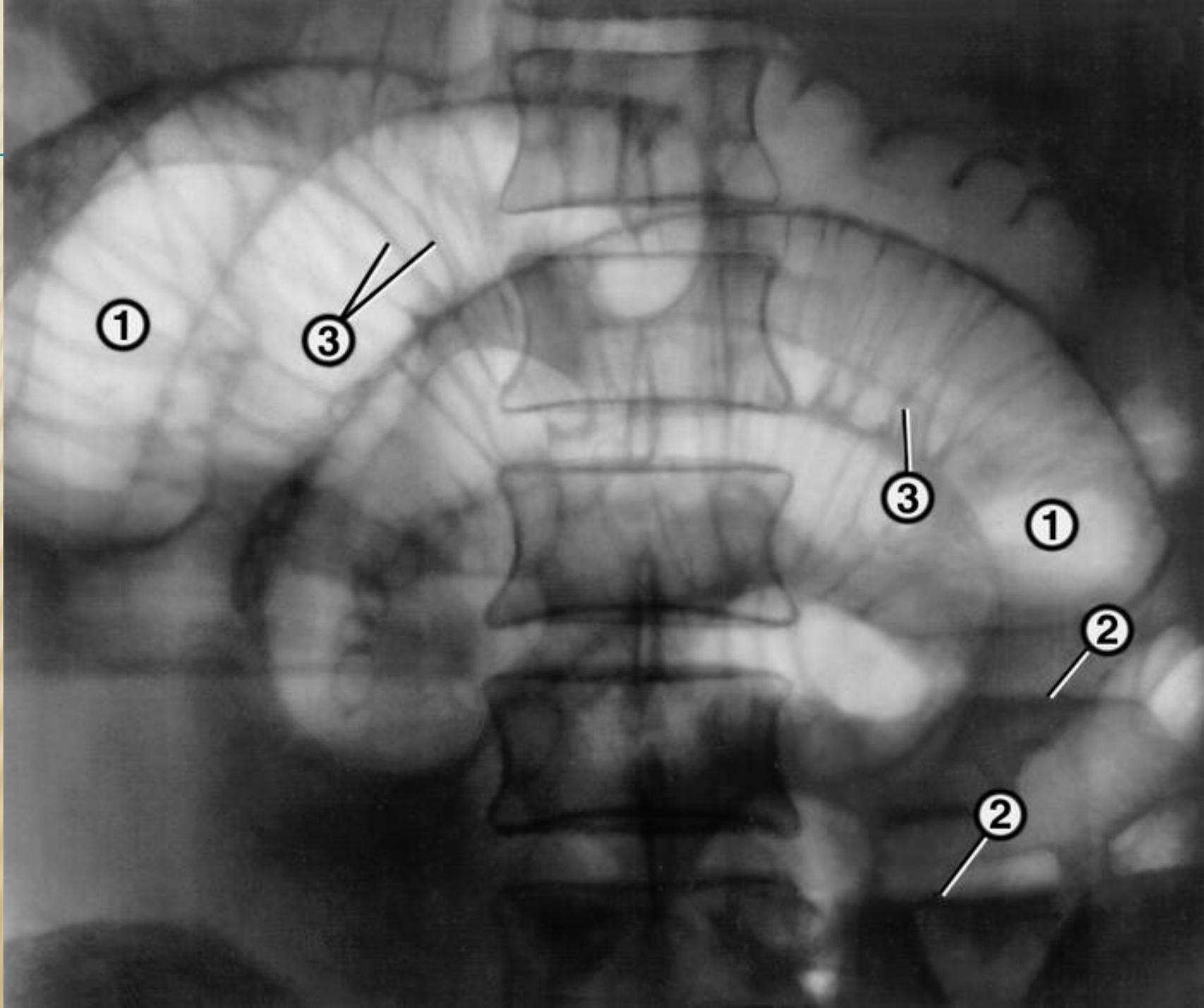
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

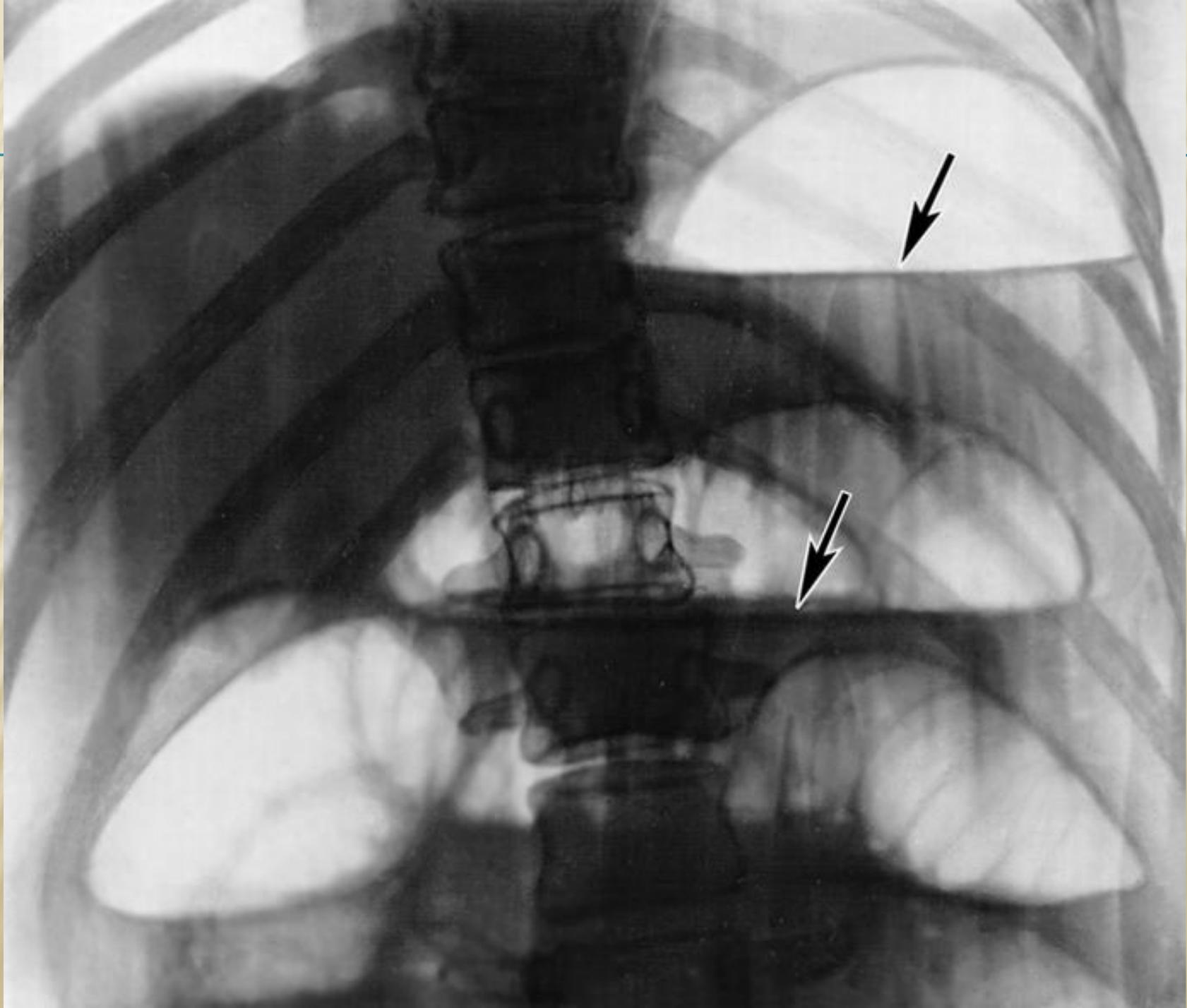
- **Обзорная рентгенография брюшной полости**
-Скопление газа над горизонтальными уровнями (чаши Клойбера)
- В норме газ имеется лишь в ободочной кишке.
- Появление газа в тонкой кишке указывает на непроходимость.
- Они появляются при странгуляциях через 1-2 часа от начала заболевания.
- При обтурации через 3-5 часов.











ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Чаши Клойбера небольших размеров, ширина горизонтального уровня жидкости больше, чем высота столба газа над ним.
- На фоне газа хорошо видны складки слизистой оболочки (складки Керкрина), принимающие форму растянутой спирали.
- При непроходимости тощей кишки горизонтальные уровни жидкости локализируются в левом подреберье и эпигастральной области. При непроходимости в терминальном отделе подвздошной кишки уровни жидкости расположены в области мезогастрия.
- При тонкокишечной непроходимости, кроме чаш Клойбера, на рентгенограммах видны растянутые газом кишечные петли, принимающие форму "аркад" или "труб".

ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- горизонтальные уровни расположены по периферии, в боковых отделах живота.
- Количество их меньше, чем при тонкокишечной непроходимости.
- Высота чаш Клойбера преобладает над шириной.
- На фоне газа видны полулунные складки слизистой оболочки "гаустры".

ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- в отличие от механической горизонтальные уровни жидкости наблюдаются одновременно как в тонкой, так и в ободочной кишке.
- В диагностических сложных случаях применяют контрастное исследование тонкой и толстой кишки.

-
- **Интестиноскопия** – выполняется при тонкокишечной непроходимости.
 - **Ирригоскопия** –контрастная клизма, помогает установить уровень и причину толстокишечной непроходимости.
 - На рентгенограммах можно обнаружить сужения и дефекты наполнения..
 - **Ректо- и колоноскопия** применяют с целью ранней диагностики непроходимости.

-
- **Проба Шварца** – исследование пассажа бария по кишечнику.
 - **Метод Ю.Л.Шалькова** – контрастные метки

ЛЕЧЕНИЕ

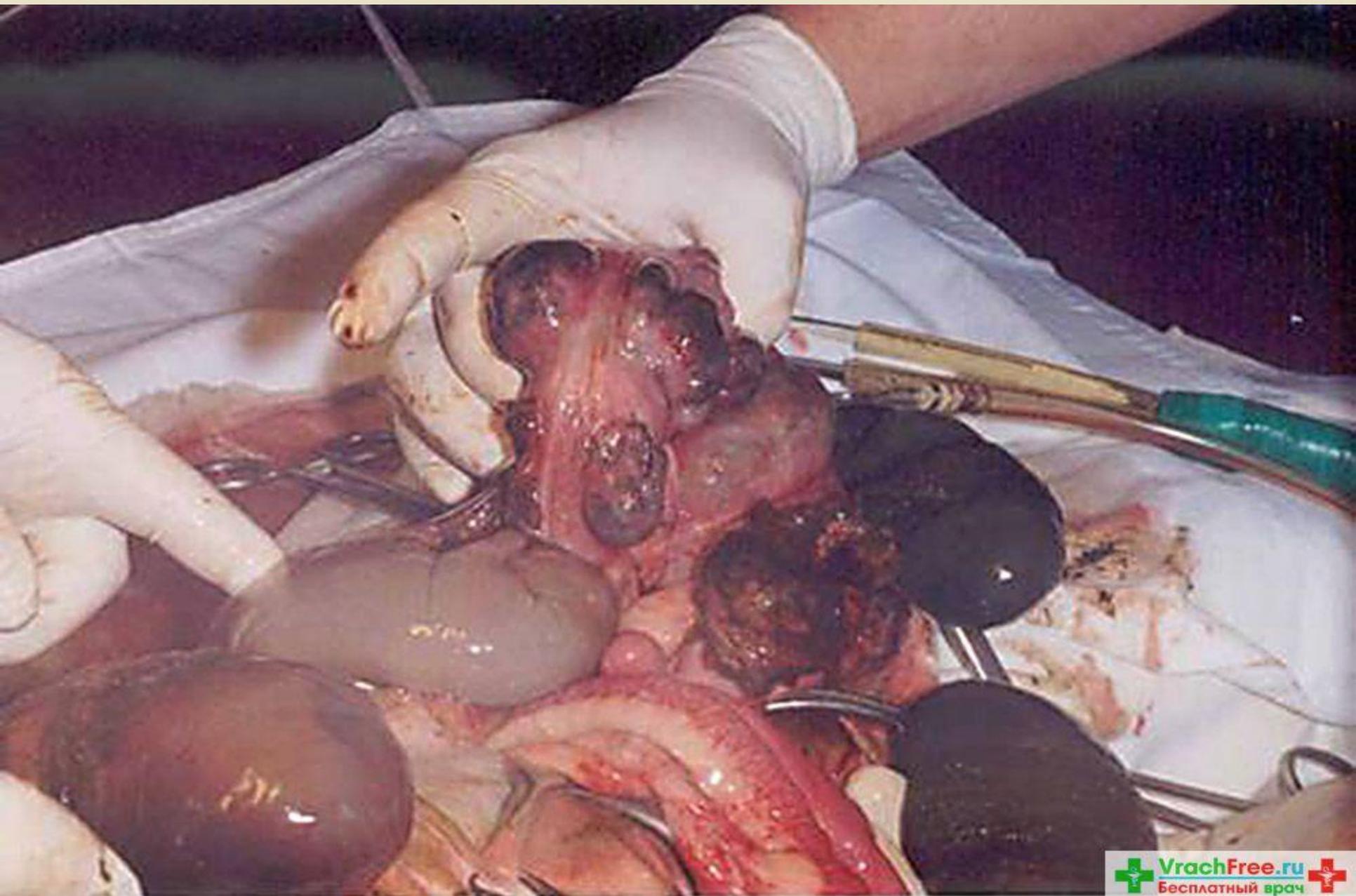
- Консервативная терапия должна быть направлена на нормализацию гемодинамики, гиповолемии, декомпрессию ЖКТ, нормализацию расстройств минерального обмена и борьбу с интоксикацией печечно-почечной недостаточностью. Эта терапия не только может ликвидировать у ряда больных явления ОКН, но и служить надежной предоперационной подготовкой.

-
- Назогастральный зонд.
 - 2-х сторонняя паранефральная блокада по Вишневскому (80-120мл). Отсутствие эффекта от блокады свидетельствует обычно о механическом характере непроходимости .
 - Восстановить моторику удастся путем введение 10% р-ра NaCl -20-60,0 мл в/в. Обязательным является назначение препаратов усиливающих передачу нервного импульса на мышечное волокно - подкожные инъекции 0.05% прозерин по 1 мл 2 раза через 1-2 ч., через 10 мин.
(антихолинэстеразные препараты)
 - Сифонные клизмы.

-
- Борьба с интоксикацией -5-10% р-р глюкозы по 500,0- 100,0мл, с добавлением инсулина (из расчета 1 ЕД на 4 г сухого в-ва глюкозы).
 - Восстановление микроциркуляции в стенке кишки - одно из условий успешной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

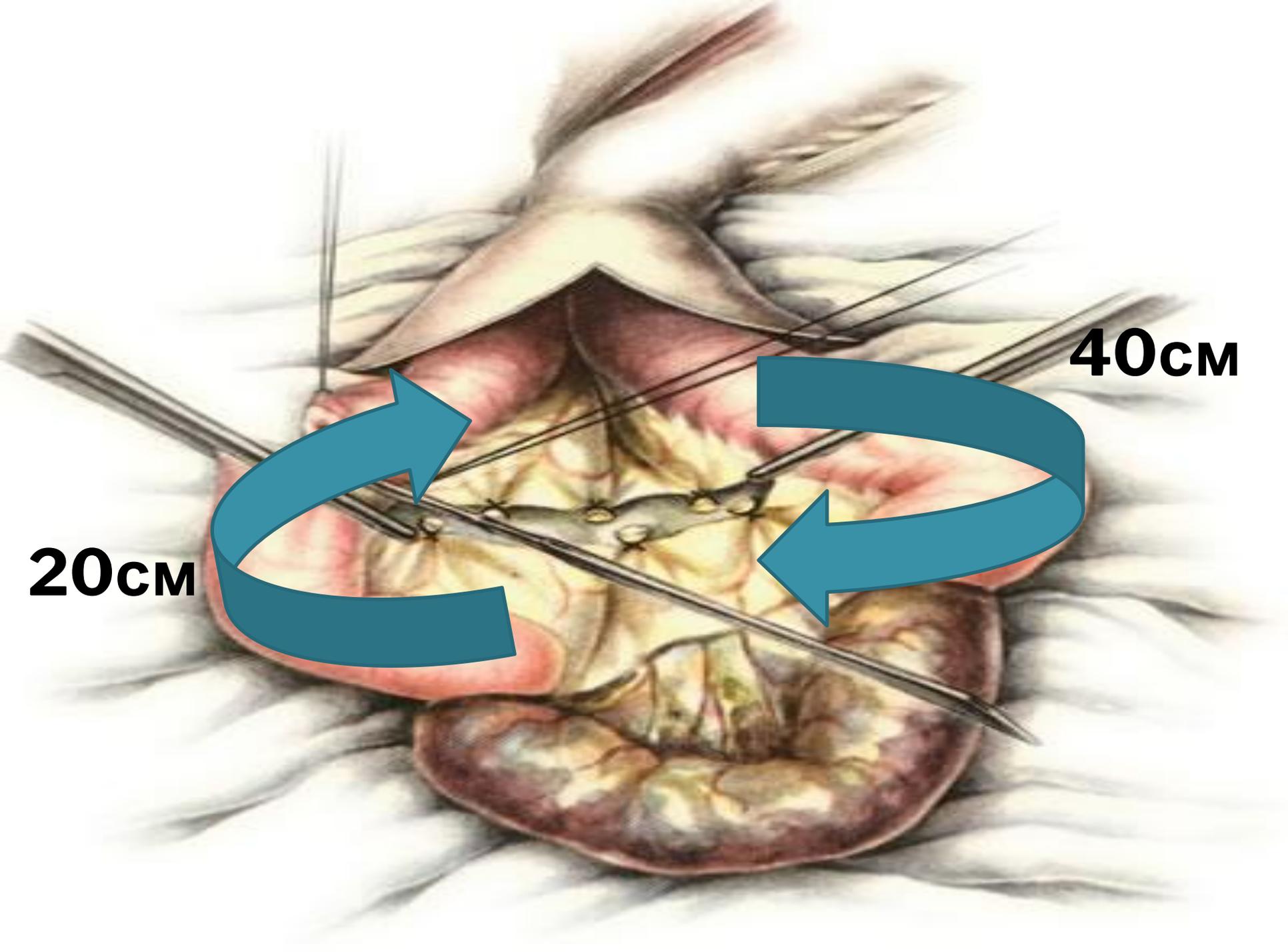
- Объем оперативного вмешательства предусматривает:
- Восстановление проходимости кишечника и по возможности устранение препятствия.
- Освобождение кишечника от застойного содержимого (интубация кишки).
- Санация и дренирование брюшной полости.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ

- Введение в брыжейку 1,0 мл 0,005% карбохолина или 5,0мл 0,25% р-ра. ацетилхолина. В ответ на это жизнеспособная кишка через 2-3 мин. ответит усиленной перистальтикой.
- Видимая на глаз перистальтика.
- Пульсация сосудов брыжейки.
- Введение новокаина в брыжейку.
- Согревание кишки салфетками.

-
- **Резекция кишки-** технически считается выполненной правильно при удалении 40-50 см. выше места обтурации и 20,0 см ниже его.
 - Резекция кишки в пределах здоровых тканей является залогом заживления анастомоза.



20cm

40cm

**Спасибо за
внимание!**