

Кишечная непроходимость

Определенный **симптомокомплекс**, связанный с частичным или полным нарушением прохождением кишечного содержимого по кишечному тракту.

Распространенность заболевания

- Среди всех острых заболеваний органов брюшной полости доля кишечной непроходимости колеблется от 3,5 % до 9,4 %
- Уровень послеоперационной летальности при кишечной непроходимости достигает 14 – 25 %

Классификация

По происхождению:

- Врожденная
- Приобретенная

По механизму возникновения:

- **Динамическая (функциональная):**
 - Спастическая
 - Паралитическая
- **Механическая:**
 - Обтурационная
 - Странгуляционная
 - Смешанная

Классификация

(продолжение)

По локализации:

- Высокая
- Низкая

По клиническому течению:

- Острая
- Подострая
- Хроническая

По степени выраженности:

- Полная
- Частичная

Этиология кишечной непроходимости

Этиология нарушения пассажа кишечного содержимого может состояться под влиянием множества причин:

- **одни из которых механически затрудняют движение**
- **другие приводят к этому в следствии расстройств иннервации кишечной трубки, нарушающих ее моторику.**

Патогенез кишечной непроходимости

В течении кишечной непроходимости выделяют три последовательно развивающиеся фазы:

I фаза - нарушение двигательной функции кишечника

II фаза - токсическая

III фаза - терминальная

* Предложено три основные теории объясняющие патогенез кишечной непроходимости:

- аутоинтоксикационная
- биохимических и гуморальных изменений
- нервнорефлекторная

Динамическая непроходимость

Динамическая кишечная непроходимость развивается в следствии функциональных или органических расстройств в иннервационном аппарате кишечной стенки, ведущих к утрате ее нормального мышечного тонуса, проявляющегося нарушением моторной функции кишечника.

Она делится на **СПАСТИЧЕСКУЮ** и **ПАРАЛИТИЧЕСКУЮ** формы

Спастическая кишечная непроходимость

Возникает под влиянием :

- Механических раздражителей
 - Со стороны просвета кишечника (каловые камни, глистная инвазия и т.д.)
 - С наружи кишечника (травма живота, кровоизлияния в брюшную стенку и забрюшинное пространство)
- Рефлекторного воздействия (почечно, печеночная колики, заболевания легких, сердца, плевры, забрюшинного пространства)
- Патологии ЦНС (неврозы, истерия)
- Интоксикации свинцом, ряда отравлений, инфекционных заболеваний

Лечение только консервативное: двухсторонняя паранефральная блокада, перидуральная анестезия, дача спазмолитиков, инфузионная терапия



Паралитическая кишечная непроходимость

- Многие факторы провоцирующие спастическую кишечную непроходимость способны вызвать паралитическую кишечную непроходимость
- Наиболее часто же паралитическая непроходимость развивается после операций на органах брюшной полости
- Иногда к ней приводит гипокалиемия, гипонатриемия, диабет

Паралитическая кишечная непроходимость (консервативное лечение)

Консервативная терапия складывается из:

- Декомпрессии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с помощью зондов.
- Введения газоотводной трубки.
- Двухсторонней паранефральной блокады.
- Фармакологической стимуляции моторики кишечника (прозерин, калемин, питуитрин, гипертонический раствор хлористого натрия).
- Гипертонических, сифонных клизм, клизм по Огневу.
- Инфузионными средствами устраняется гиповолемия с одновременной коррекцией водно-электролитных сдвигов, кислотно-основных нарушений, отклонений белкового баланса (переливание плазмы).
- Купирования болевого синдрома.

* **Признаками успешной ликвидации кишечной непроходимости являются: исчезновение жалоб больного, появление перистальтики с отхождением газов и стула, четко обозначившаяся тенденция в преодолении гиповолемии, гипоксии, нормализация водно-электролитного и кислотно-основного состояния крови.**

Паралитическая кишечная непроходимость (хирургическое лечение)

К оперативному лечению прибегают в исключительных случаях.

Оно показано:

- При прогрессировании заболевания несмотря на упорную консервативную терапию. Если послеоперационный или посттравматический парез кишечника не разрешается в течение 2-х суток, производится срочная операция для интубации определенных отделов кишечника с целью их пассивного дренажа. Существует несколько таких методик: методика кишечной интубации по Ю. М. Дедереру через гастростому; подвздошной кишки по Житнюку; начальной части толстой кишки через цеко- или аппендостому.
- Когда нет возможности полностью исключить механический вариант кишечной непроходимости.
- Когда динамическая непроходимость является симптомом ургентного заболевания органов брюшной полости: перитонита, аппендицита, тромбоза мезентериальных сосудов и т.д., требующих и без того экстренного хирургического вмешательства.

Механическая кишечная непроходимость

Механическая кишечная непроходимость является наиболее распространенной формой кишечной непроходимости.

- В тех случаях, когда механическое препятствие частично или полностью перекрывает на том или ином уровне кишечную трубку, оставляя интактной ее брыжейку, говорят об **обтурационной кишечной непроходимости**.
- При одновременном сдавлении брыжейки, ведущем к острому нарушению кровообращения в стенке кишечника, травматизации его нервного аппарата, говорят о **странгуляционной кишечной непроходимости**.
- **смешанная форма** где обтурация просвета кишечника сочетается со сдавлением брыжейки. Ее пример – инвагинация кишечника.

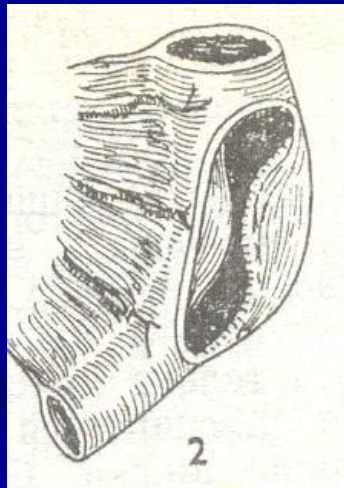
* Последние две формы протекают безусловно более тяжело. Однако, общим для всех форм механической кишечной непроходимости помимо болевого и диспептического симптомокомплексов является нарушение общей гемодинамики, расстройства водно-электролитного, белкового, углеводного обмена, возможное развитие перитонита.

Механическая кишечная непроходимость (обтурационная)



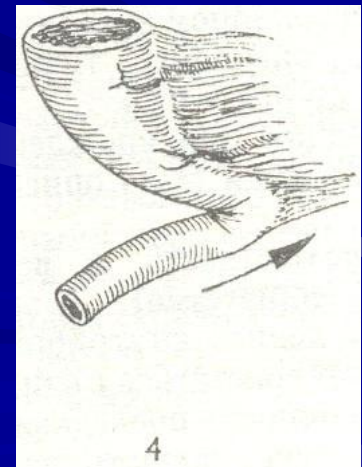
обтурация

констрикция



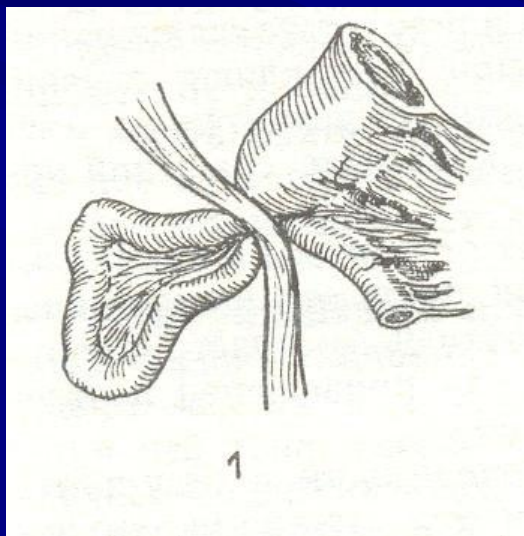
компрессия

ангуляция



Странгуляционная кишечная непроходимость

(варианты)



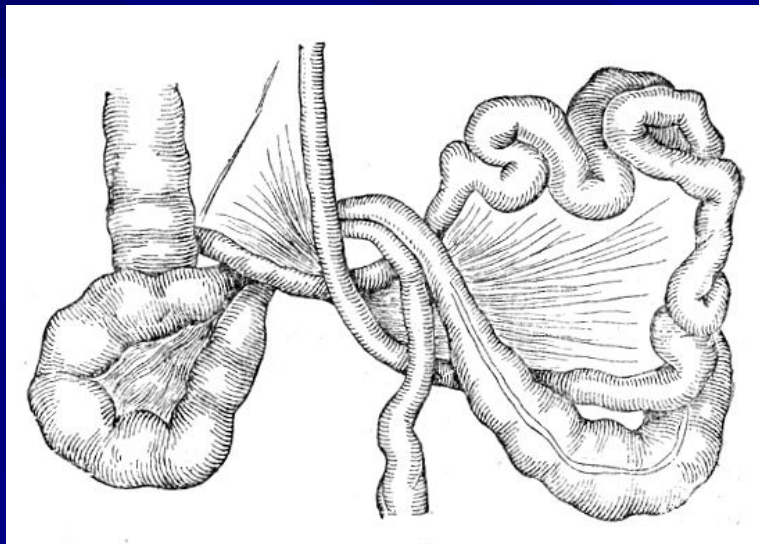
спаечная



скручивание

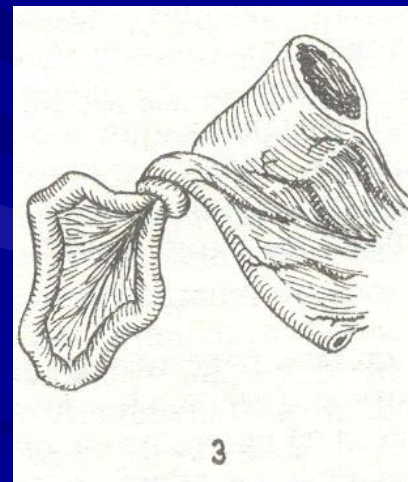
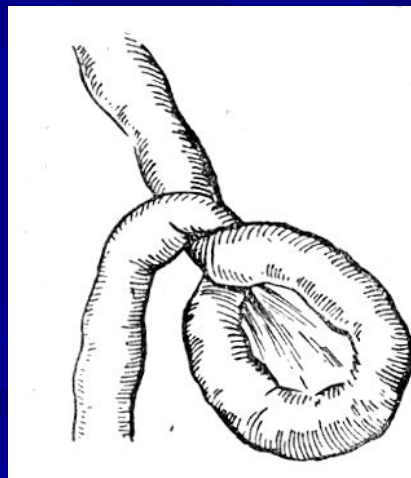


Варианты странгуляционной кишечной непроходимости (заворот и узлообразование)



Узел из кишечных петель

заворот

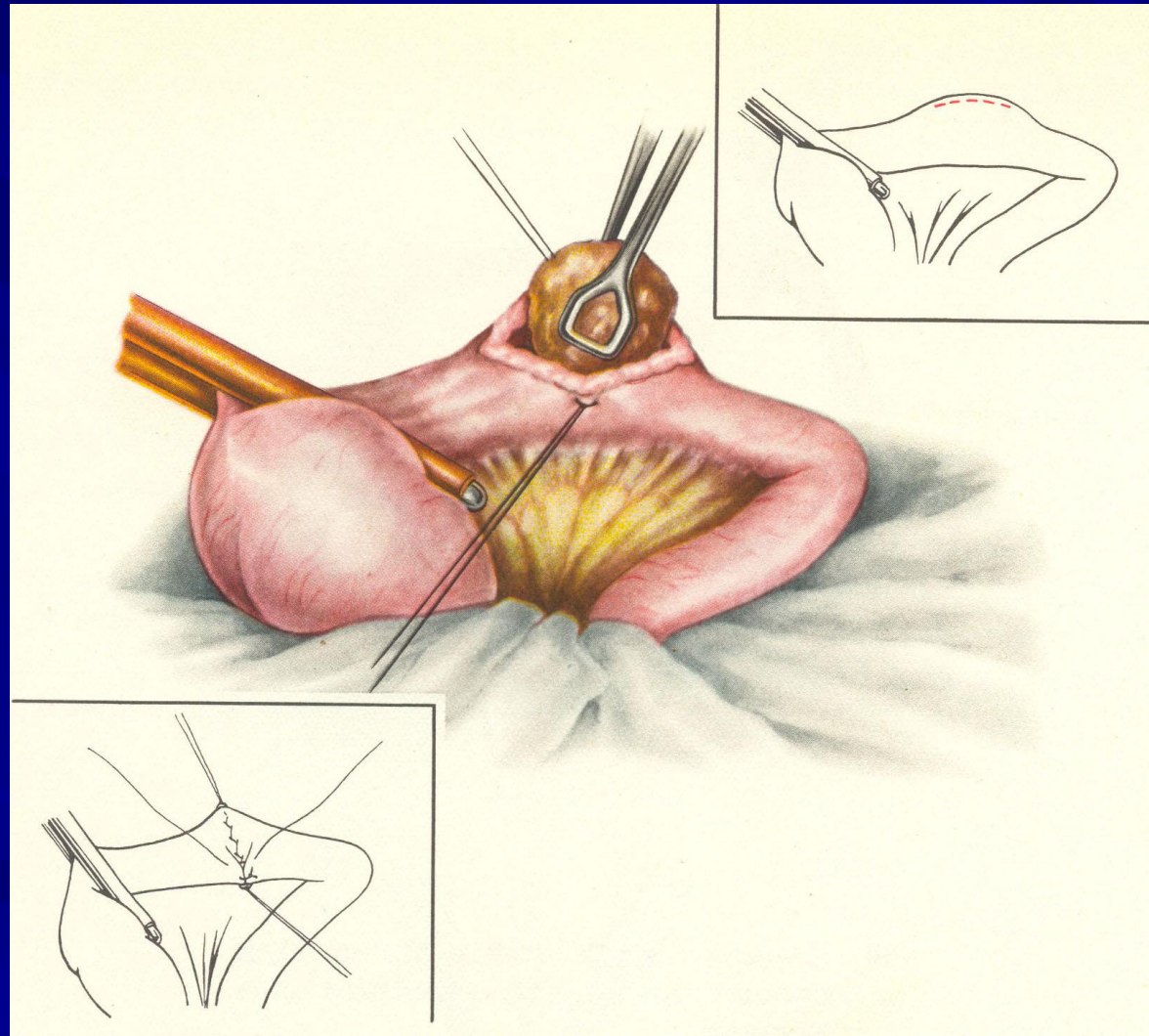


Смешанная кишечная непроходимость



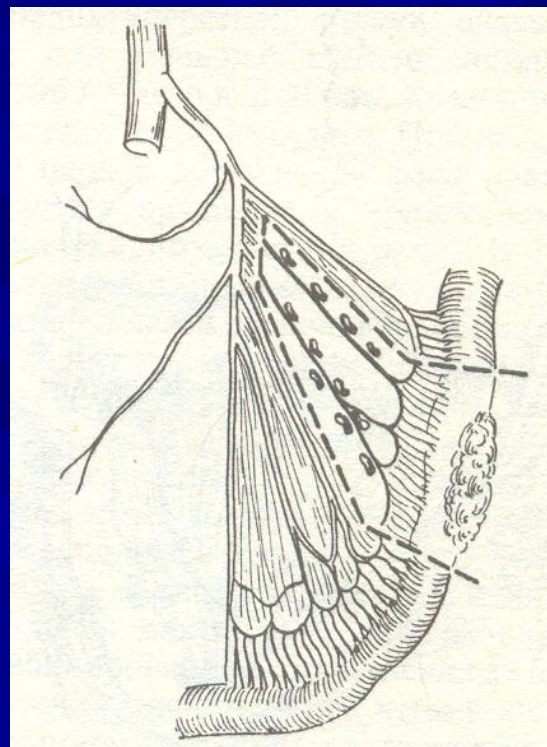
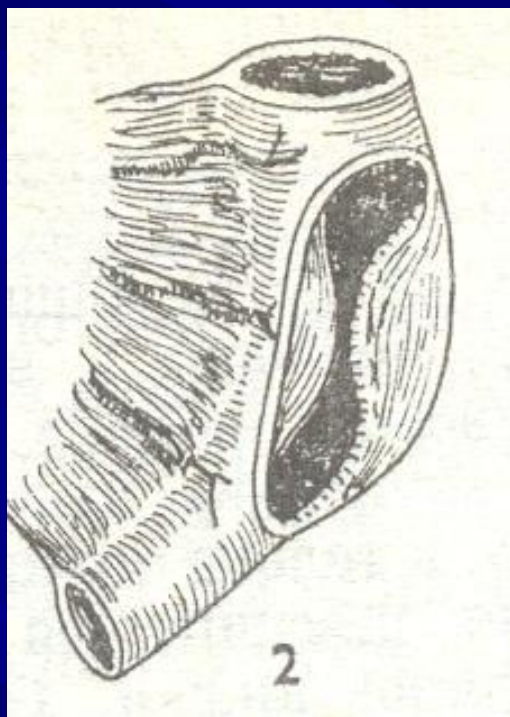
инвагинация

Хирургическая коррекция обтурационной кишечной непроходимости (инородное тело)



Резекция тонкой кишки при ее констрикции (обтурационная кишечная непроходимость)

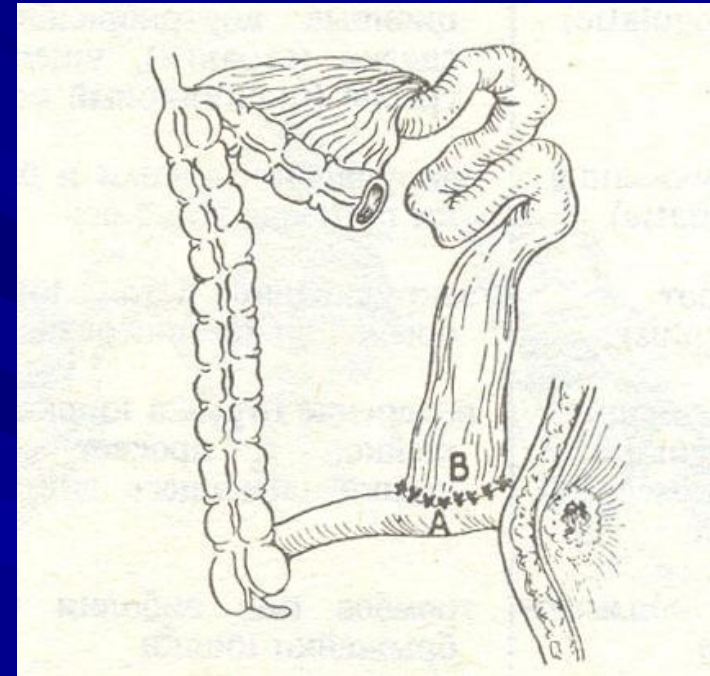
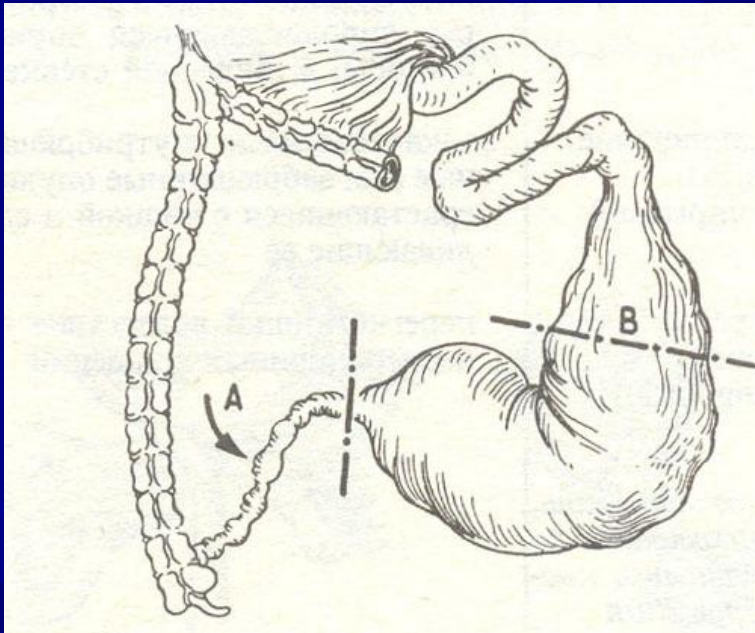
констрикция



резекция кишки

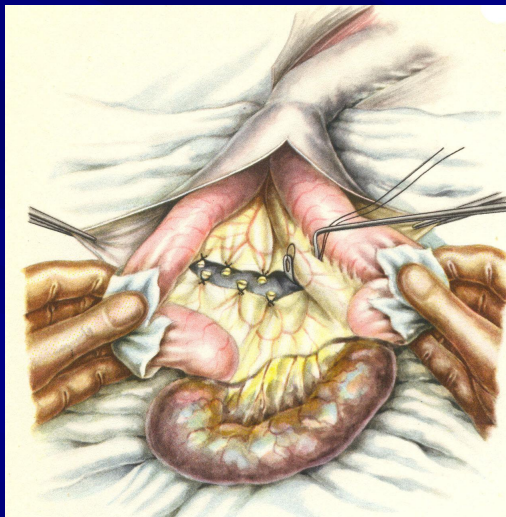
Резекция тонкой кишки при мекониальной непроходимости (обтурационная кишечная непроходимость)

каловая непроходимость



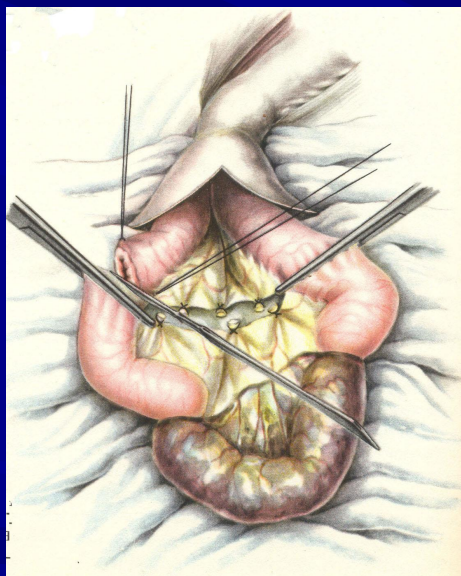
резекция пораженной части
кишечника

Вариант странгуляционной кишечной непроходимости (ущемленная грыжа)

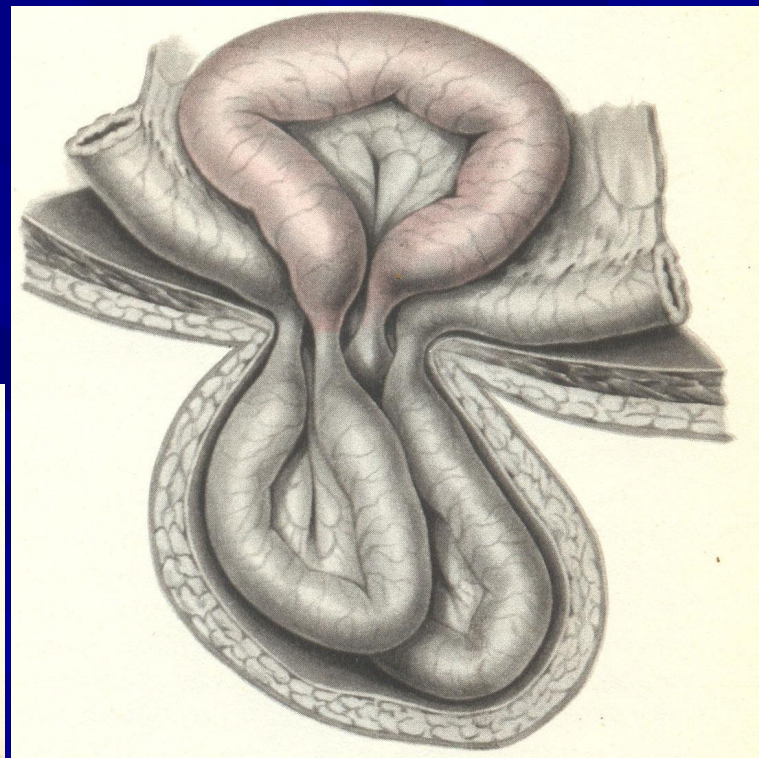


Перевязка брыжжейки

Резекция кишечной
петли в пределах
здоровой ткани

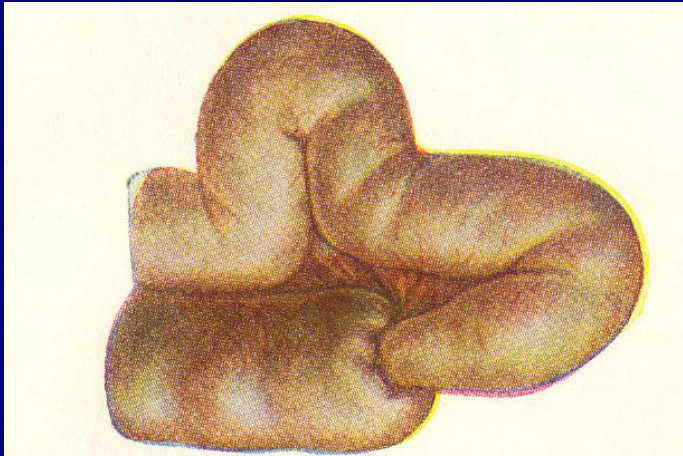


Операция при ущемленной паховой
грыже

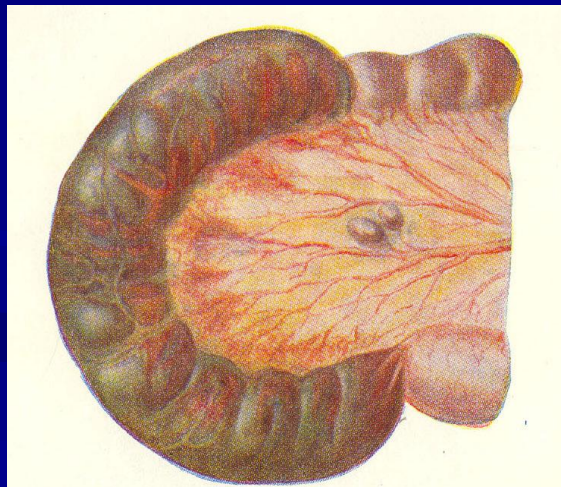


Ретроградное ущемление
Петля тонкой кишки располагается в
грыжевом мешке и брюшной
полости в виде буквы W

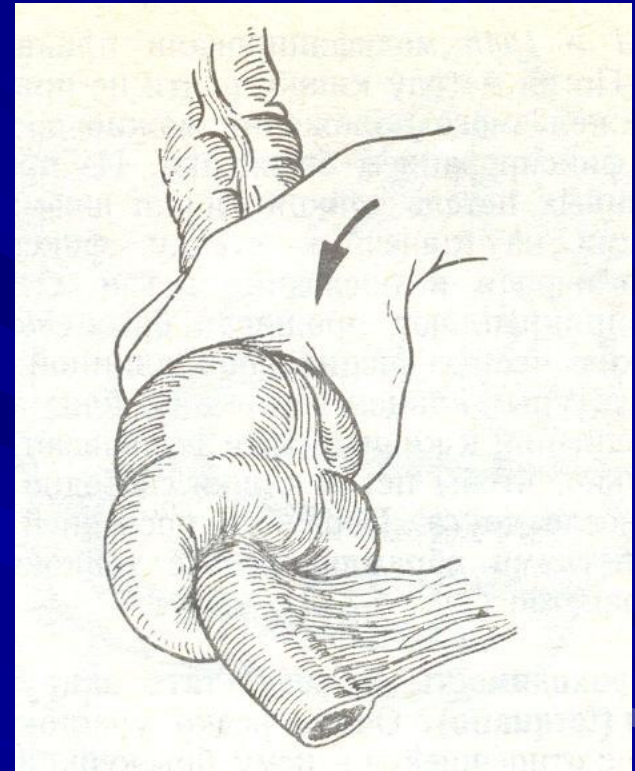
Хирургическое лечение смешанной кишечной непроходимости (инвагинация кишечника)



Инвагинация тонкой кишки



Гангрена
инвагинированной
части,
требующая резекции
кишечника



устранение инвагинации
(дезинвагинация)

Основные подходы к лечению механической кишечной непроходимости.

- Установление механической непроходимости, особенно странгуляционной ее формы требует неотложной операции, которой предшествует короткая интенсивная подготовка.
- Задержка с операцией оправдана лишь при обоснованных сомнениях в диагнозе вообще и в механической природе непроходимости в частности.
- При обтурационной и спаечной непроходимости допустимы попытки консервативного купирования приступа путем опорожнения проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта. Иногда уже этого приема бывает достаточно для ликвидации перерастяжения кишечных петель выше препятствия, восстановления микроциркуляторного и мышечного тонуса кишечной стенки.
- Отсутствие клинического эффекта от консервативной терапии и нарастание эндотоксикоза служат показанием к оперативному вмешательству.

Предоперационная подготовка

1. Опорожнение желудочно-кишечного тракта зондом
2. Опорожнение мочевого пузыря.
3. Проведение инфузионной терапии (1,5-2 часа) для уменьшения волюмических расстройств, тканевой гипогидратации.
4. Проведение кардиотонической терапии.
5. Начальная антибактериальная терапия.

Решение задач при оперативном пособии.

- Устранение непроходимости.
- Оценка жизнеспособности кишки в зоне препятствия.
- Определение показаний к резекции кишки и дренированию кишечной трубки.
- Ликвидация (по возможности) основного заболевания и устранения причин рецидива непроходимости.
- Санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.