

Государственный Медицинский Университет г. Семей

Дисциплина: Детская хирургия

СРС

Спаечная и динамическая
кишечная непроходимость

Подготовил: Смагулова Асем 419 группа ОМ

Проверил: Аликенов К. К.

Семей-2016

План:

1. Введение
 2. Спаечная кишечная непроходимость
 3. Динамическая кишечная непроходимость
 4. Список использованной литературы
-

Введение:

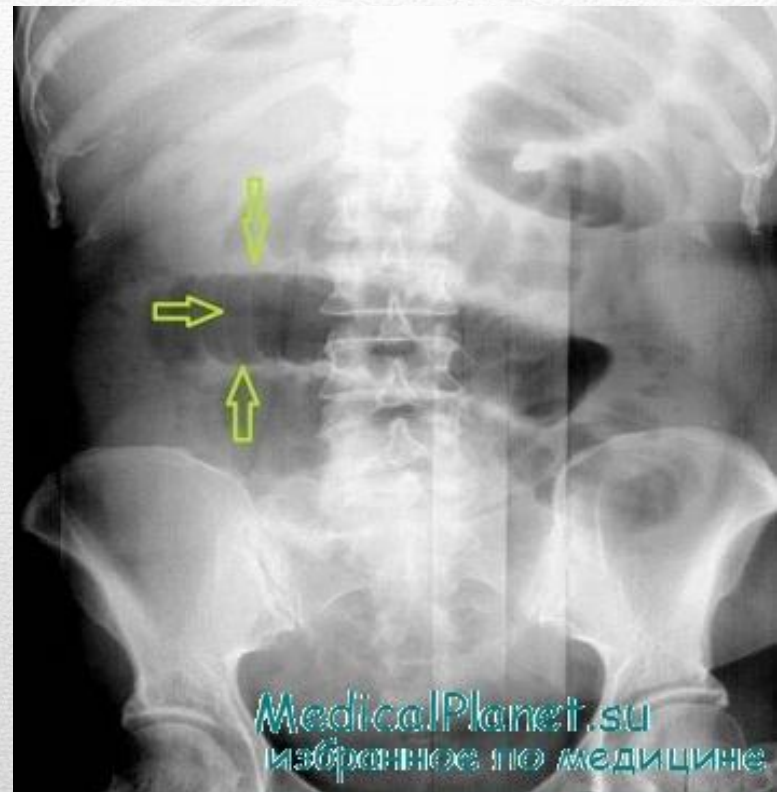
Спаечная кишечная непроходимость это нарушение пассажа по кишечнику, вызванное спаечным процессом в брюшной полости. Это наиболее распространенная форма непроходимости кишечника.



Причины спаечной кишечной непроходимости и патогенез.

Наиболее часто спайки образуются после операций на брюшной полости, в ходе которых происходит механическое травмирование и высушивание брюшины (прежде всего по поводу острого аппендицита, острой кишечной непроходимости, заболеваний гениталий); кровоизлияний в брюшную полость; воспалительных процессов в брюшной полости (аппендикулярный инфильтрат, воспаление придатков матки, исход перитонита) послеоперационного пареза кишечника; при наличии инородных тел в брюшной полости; при хронических воспалительных заболеваниях органов брюшной полости; при местной ишемии тканей. Известны и врожденные формы спаечной непроходимости кишечника.

Ведущим моментом патогенеза спаечной болезни является воспалительный процесс брюшины, сопровождающийся нарушением местного тканевого обмена, повреждением мезотелия и выпадением фибрина, что и приводит к склеиванию серозных оболочек. Образование спаек чаще объясняется способностью поврежденного мезотелия брюшины в ответ на травму продуцировать экссудат, обладающий склеивающими свойствами. В норме из экссудата быстро образуются эластические и коллагеновые волокна. Затем они покрываются слоем мезотелиальных клеток, а фибрин, выпавший на поверхности дефекта, лишенных серозного покрова, быстро рассасывается, таким образом дефект в брюшине мезотелизируется. Если под влиянием внутренних или внешних факторов фибрин не рассасывается, то между его нитями прорастают коллагеновые эластические волокна.



Вследствие происходящего процесса в брюшной полости формируются спайки. Одновременно существует мнение и о том, что спаечная болезнь является гиперергической реакцией соединительной ткани на внешнее воздействие в результате сенсбилизации, близкой по природе к коллагенозам.



кишечной непроходимости.

Спаечная кишечная непроходимость имеет три формы: обтурации, странгуляции и динамической непроходимости кишечника. При обтурационной форме спайки, сдавливая кишку, не вызывают нарушения ее кровоснабжения и иннервации. У лиц со странгуляцией происходит сдавление брыжейки кишки, что часто осложняется некрозом кишечника. При динамической форме непроходимости обширный спаечный процесс в брюшной полости приводит к замедлению моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Диагностика спаечной кишечной непроходимости.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости у лиц с низкой спаечной кишечной непроходимостью выявляются интенсивные чаши Клойбера, тонкокишечные аркады, которые в отличие от других видов непроходимости кишечника фиксированы. Определяются утолщения складок Керкрина, растяжение кишечных петель выше препятствия (локальный метеорит). При высоком перекрытии просвета кишечника чаши Клойбера, аркады единичные, но в нижних отделах живота обнаруживают затемнение.

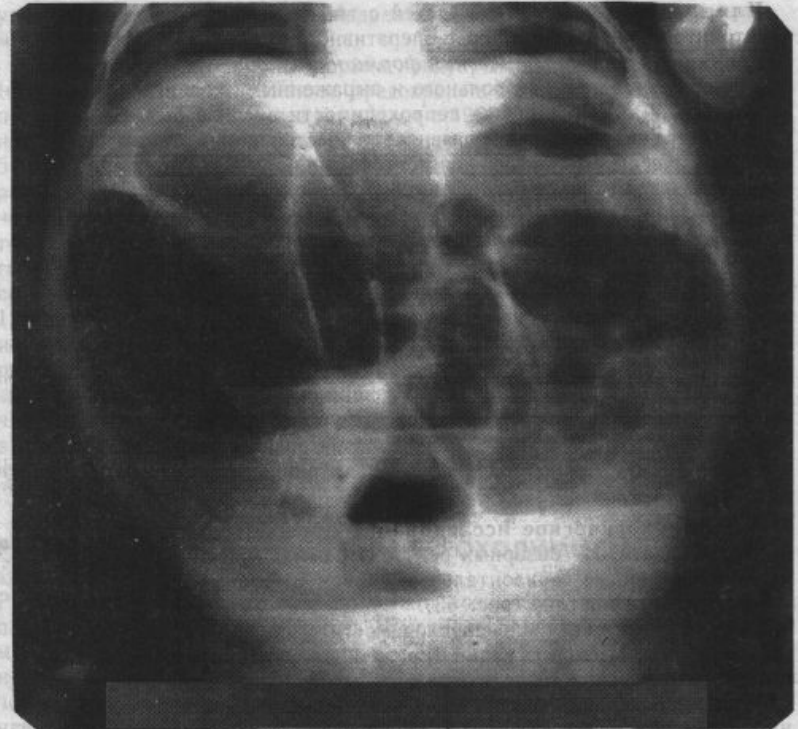


Рис. 53. Рентгенологическое обследование ребенка с ранней спаечной непроходимостью. Видны раздутые газом петли кишечника и множественные горизонтальные уровни.

При изучении пассажа водной взвеси бария сульфата по кишечнику к признакам спаечной кишечной непроходимости относят: появление горизонтальных уровней жидкости при отсутствии арок (симптом «горизонтальных уровней»), создающих впечатление «объемности» изображения (симптом «растянутой пружины»); задержку бариевой взвеси в отдельных тонкокишечных петлях, симптом «провисания» кишечных петель, который проявляется опусканием терминальных петель подвздошной кишки в нижние отделы брюшной полости и даже в полость малого таза. Симптом «горизонтальных уровней» образуют разные контрастные среды, но не как обычно — воздух (арка) — жидкость, а только жидкость, нижний уровень которой состоит из более тяжелой бариевой взвеси, верхний — из жидкости, появившейся в результате экссудации. Уровень жидкости без газа появляется на 2-4 ч раньше, указывая на уже наступившие микроциркуляторные нарушения.

Основной симптом спаечной кишечной непроходимости при рентгеноконтрастном исследовании — задержка водной взвеси бария сульфата в тонкой кишке дольше 4-5 ч. Однако при введении бариевой взвеси в двенадцатиперстную кишку через зонд патологической считается задержка контраста в кишечнике свыше 1,5-2 ч.

У больных со спаечной болезнью наблюдается задержка водной взвеси бария сульфата лишь в отдельных кишечных петлях свыше 9-12 ч (симптом «локального депо») при своевременном ее попадании в слепую кишку. В последние годы в диагностике спаечной кишечной непроходимости находит широкое применение лапароскопия.

Лечение спаечной кишечной непроходимости

Все больные с подозрением на спаечную кишечную непроходимость обязательно должны быть направлены в хирургическое отделение.

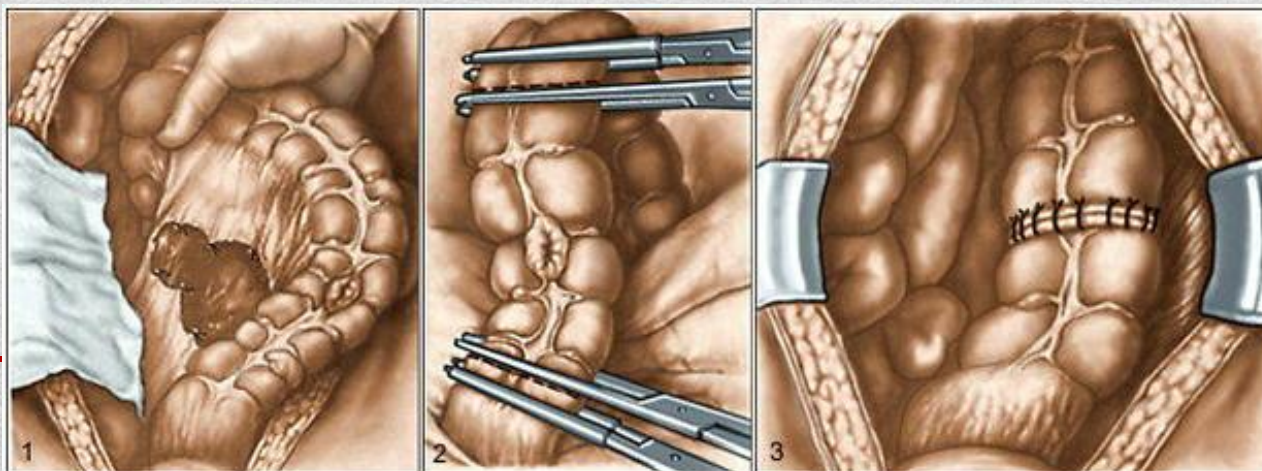
Сразу после поступления в стационар больному проводят двустороннюю паранефральную блокаду. Если у него исчезают боли, отходят газы, стул самостоятельный, то это говорит о частичной спаечной непроходимости, где превалируют функциональные, динамические компоненты. Операция в таком случае не показана. Если паранефральная новокаиновая блокада не дает эффекта, то вводят промывают желудок, делают сифонную клизму.

В случае неэффективности всех этих мероприятий показана операция.

Характер оперативного вмешательства при спаечной болезни следующий:

- разъединение спаек и тяжей
- удаление пораженного кишечника
- обходной анастомоз (соединение) между приводящей и отводящей петлями кишечника
- кишечный свищ на раздутую петлю

Больные со спаечной болезнью после выписки из хирургического стационара нуждаются в длительном диспансерном наблюдении, физиотерапевтическом лечении и лечении на грязевых курортах в целях профилактики рецидивов спаечной непроходимости.



Динамическая кишечная непроходимость

Динамическая кишечная непроходимость является отдельным подвидом данного заболевания и составляет от 9 до 11% случаев все форм проявления недуга. Чаще всего врачи рассматривают болезнь лишь в том случае, когда возникает необходимость исключения механической непроходимости, которая, как известно, требует немедленного хирургического вмешательства.



Динамическая непроходимость у детей чаще всего представляет собой заболевание, протекающее в паралитической форме. Может возникнуть как вследствие ранее перенесенных хирургических операций, так и после тяжелых инфекционных болезней, пневмонии и кишечной дисфункции. Симптоматика заболевания у детей обычно начинается с резкой и сильной боли в желудочно-кишечном тракте и сопровождается обильной рвотой. Через некоторое время остатки пищи и других кишечных масс попадают в желудок, вызывая жжение и неприятный запах изо рта. У ребенка начинается повышенное газообразование, запор и вздутие. Живот приобретает ненормальную на вид форму, теряет свою упругость и эластичность. При детальном обследовании в медицинском учреждении врач находит и другие симптомы: аритмию, высокий уровень сердечно-сосудистых сокращений, наличие увеличенных петель кишечника, резкое повышение температуры тела и т.д.



Причины заболевания

Причины, приводящие к появлению и развитию динамической кишечной непроходимости, до сих пор не выяснены. Однако большинство опытных специалистов придерживается мнения, что в основе заболевания лежит полное либо частичное нарушение кровообращения в региональной части брыжейки, а также кардинальное изменение возбудимости как центрального, так и периферического нервных аппаратов. Такие процессы, в свою очередь, могут являться следствием наличия воспалительного процесса любого из функциональных органов пациента или дегидратации, а также перерастяжения стенок кишечника. На основе имеющегося воспаления начинает развиваться повреждение нервных сосудов, приводящее к все более и более сильному уменьшению восприимчивости мышц кишечника. Организм пациента перестает воспринимать действие естественных медиаторов регуляторной и моторной функций, а уровень возбудимости нервного аппарата снижается даже при патологии обмена электролитами.

Клиника

Клиника динамичной кишечной непроходимости начинается с ухудшения общего состояния пациента. Распирающие и резкие боли в животе носят разлитой характер и по ощущениям больше похожи на схватки. Периодически учащаясь, они дополняются постоянной рвотой с ярко-зеленой примесью, токсикозом, эксикозом и сильной тошнотой. Пациент ощущает сердечную слабость, вздутие, чрезмерную сухость во рту, раздражение всей брюшной полости, боли в спине и пояснице. Если паритонеальные последствия непроходимости отсутствуют, то живот больного относительно мягок. Пациент редко ходит в туалет, у него наблюдается запор и застой в мочеиспускании. Газообразование, повышение температуры тела и слабость – такие признаки также могут помочь диагностировать динамическую непроходимость кишечника.

Лечение

Лечение заболевания направлено на устранение первопричины его появления (пневмонии, наличия инфекционных заболеваний, перитонита и т.д.). Если имеет место токсичные либо рефлекторные последствия, применяются консервативные методы лечения, заключающиеся в лекарственной блокаде всех негативных импульсов, приводящих к приостановлению нормальной перистальтики кишечной среды. Такая лекарственная блокада может происходить при помощи введения в организм пациента раствора натрия хлорида и глюкозы. Далее необходимо провести промывание кишечника и поставить клизму, при необходимости – провести введение желудочного зонда.

В том случае, когда вышеперечисленные методы не помогают, а болезнь продолжает эволюционировать, больному назначают экстренное хирургическое вмешательство. Если на данном этапе не произвести все необходимые меры, то существует большая вероятность того, что у пациента начнет не только снижаться уровень ОЦК и гипоксии, но и развиваться нервный шок. Хирургическое вмешательство представляет собой лапаротомию с интубацией всей области тонкой кишки и восстановлением функционирования важных обменных процессов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.** Исаков Ю.Ф. Хирургические заболевания детского возраста. М. Медицина, 1983/2005.
 - 2.** Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. Детская хирургия. С-П. 1996-1998
 - 3.** Г.А. Баиров «Срочная хирургия детей». Л. 1997.
 - 4.** Умешов А.У. Врожденная кишечная непроходимость: вопросы эмбриогенеза и пути снижения летальности (Методические рекомендации для врачей: педиатров, неонатологов и детских хирургов). Астана. 2001.
 - 5.** <http://www.medkrug.ru/>
 - 6.** <http://surgeryzone.net/>
 - 7.** <http://okishechnike.com/>
-