Острая кишечная непроходимость

Актуальность

- Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость относится к наиболее трудным для диагностики, отличается тяжелым клиническим течением, дает высокую летальность среди оперированных больных по поводу «острого живота». Летальность колеблется от 4 – 25%.

Определение

- Острая кишечная непроходимость - это симптомокомплекс, в основе которого лежит нарушение прохождения (пассажа) содержимого по кишечнику, вызванный различными причинами.

Этиология

- Врожденный характер (атрезия кишечника, прямой кишки, и других отделов), болезнь Гиршпрунга: в стенке кишечника резко снижено количество ауэрбаховских сплетений, что ведет к нарушению перистальтики, общая брыжейка слепой и подвздошной кишки, долихосигма, дефекты в диафрагме и брюшине
- Приобретенный характер. Спайки, воспалительные инфильтраты, гематомы, опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни

Патогенез

- Расстройства водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, потеря белка;
- Эндотоксикоз;
- Кишечная недостаточность;
- Болевой синдром.

Гуморальные нарушения

- Жидкость теряется с рвотными массами;
- Депонируется в приводящем отделе кишечника;
- Скапливается в отечной кишечной стенке и брыжейке;
- Содержится в брюшной полости в виде экссудата.

Это ведет к гиповолемии и дегидратации тканей, гемоконцентрации, нарушениям микроциркуляции и тканевой гипоксии.

Эндотоксикоз

Застой кишечного содержимого способствует бурному росту и размножению микроорганизмов. Выделение экзо- и эндотоксинов, нарушение барьерной функции кишечной стенки приводят к транслокации бактерий в портальный кровоток, лимфу и перитонеальный экссудат. Эти процессы лежат в основе системной воспалительной реакции и абдоминального хирургического сепсиса.

Нарушения моторной и секреторно-резорбтивной функций кишечника

- В ранней стадии – перистальтика усиливается. На этом этапе перистальтика укорачивается по протяженности, но становится чаще.
- Затем в результате гипертонуса симпатической нервной системы развивается фаза угнетения моторной функции.

Классификация кишечной непроходимости

- Динамическая
  - спастическая
  - паралитическая
- Механическая
  - обтурационная
  - странгуляционная
  - сочетанная (к которой относится спаечная непроходимость)

Классификация

- По происхождению
  - врожденная
  - приобретенная
- По уровню непроходимости
  - высокая (тонкокишечная)
  - низкая (толстокишечная)
- По клиническому течению
  - полная
  - частичная
  - острая
  - хроническая

Паралитическая кишечная непроходимость

- Возникает при парезе или параличе кишечника. Наиболее частыми причинами этого вида непроходимости являются перитонит, операционная травма (при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости), излившиеся в брюшную полость кровь, моча или желчь.

Спастическая кишечная непроходимость

- Наступает при спазме кишечника и может быть вызвана различными факторами при:
- раздражении кишечника со стороны его просвета;
- механическом раздражении кишечника;
- при рефлекторном раздражении;
- функциональном и органическом поражении нервной системы;
- спазм сосудов кишечника, дизентерия;
- отравление морфином, свинцом, никотином.

Странгуляционная кишечная непроходимость

- Непроходимость кишечника с нарушением кровообращения в брыжеечных и внутристеночных сосудах за счет их пережатия, что обуславливает быстрое и бурное развитие патологического процесса и раннее наступление некробиологических изменений в ущемленной кишке.

Обтурационная кишечная непроходимость

- Развивается в результате обтурации или наружного сдавления просвета кишечной трубки. Брыжейка не вовлекается. Наиболее частой причиной является рак. Обтурационная КН, как правило, толстокишечная непроходимость. Могут обтурировать камни желчного пузыря, что наблюдается при запущенной ЖКБ - при образовании свищей.

Смешанная форма кишечной непроходимости

- инвагинация;
- спаечная непроходимость.

Механизм развития

- При инвагинации обтурация сочетается со странгуляцией в результате вхождения участка кишки вместе с ее брыжейкой в просвет расположенной ниже или выше кишечной трубки.
- Спайки могут обтурировать просвет кишки за счет перегибов в зоне «двустволок», могут создавать в брюшной полости «окна», обуславливающие странгуляцию отдельных петель кишечника.

Клиническая картина

острой кишечной непроходимости

Боль в животе

- Боли обычно возникают внезапно, носят приступообразный, схваткообразный характер, связанный с периодами гиперперистальтики, без четкой локализации.

Рвота

- Многократная, сначала содержимым желудка, потом содержимым двенадцатиперстной кишки (отметим, что рвота желчью идет из ДПК), затем появляется рвота с неприятным запахом.

Вздутие живота, асимметрия живота

- В начальном периоде кишечной непроходимости в первую очередь растягивается петля кишки, ближайшая к месту обтурации. Перкуторно в этом месте живота прослушивается высокий тимпанит. При множественных перетяжках петель кишечника, бывают заметны резко выступающие растянутые петли, дающие асимметрию живота.

Задержка стула и газов

- В начале заболевания кишечный стаз может зависеть от рефлекторных явлений из места обтурации кишечника, в результате чего наступает паралич кишечника. Иногда при полной кишечной непроходимости может быть акт дефекации вследствие перистальтики отводящего отдела кишечника ниже препятствия, иногда даже повторный.

Симптомы

- Валя – баллонообразная раздутая приводящая кишка,тимпанит.
- Матье-Склярова - шум плеска в переполненной жидкостью и газом кишечной петле.
- Спасокукоцкого – шум падающей капли.
- Байяра - притупление в отлогих местах.
- Шимана-Дайеса - пустота в подвздошной области (т.е.западение, наблюдаемое в случае заворота слепой кишки).

Симптомы

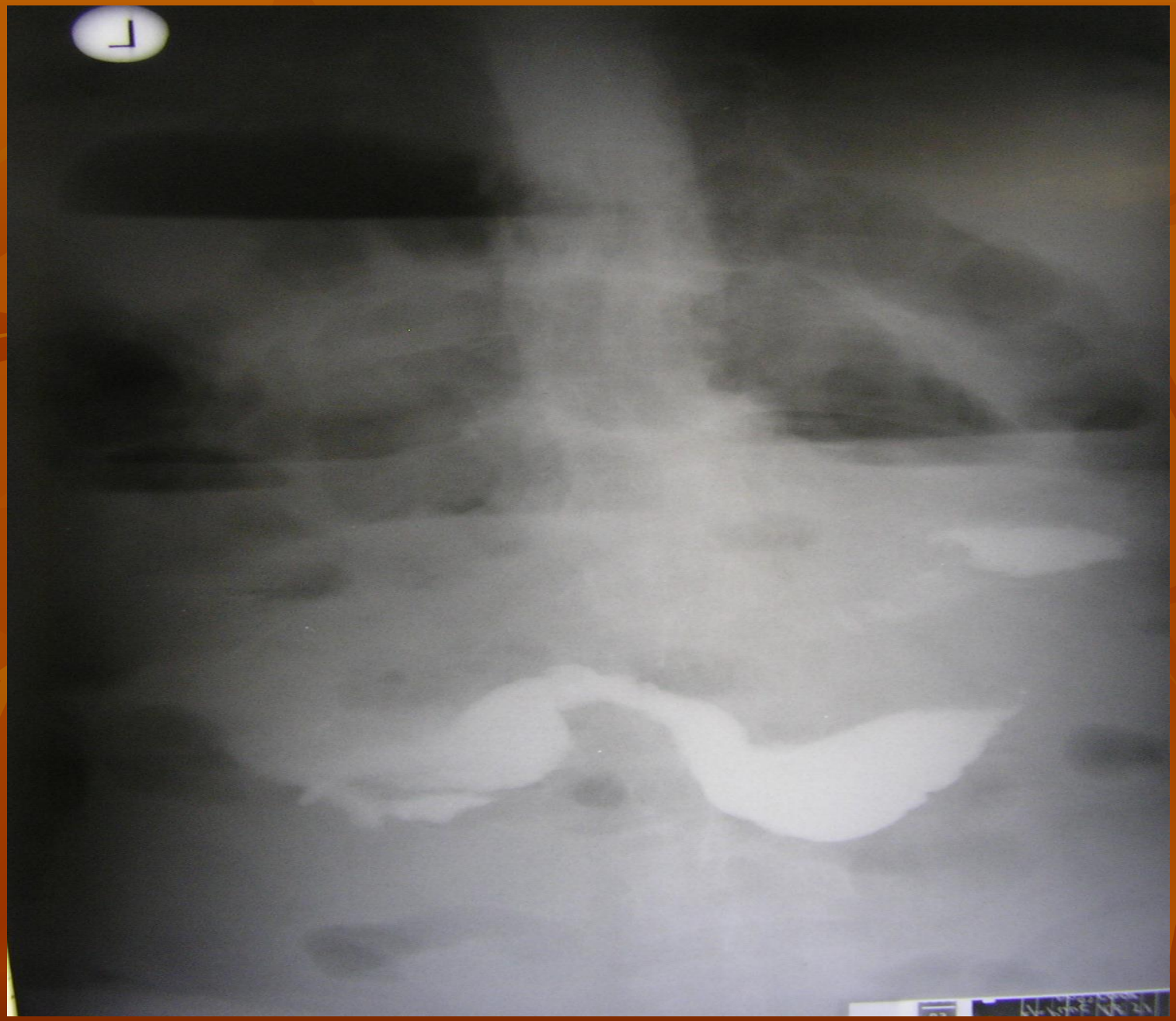
- Обуховской б-цы (зияющий анус) – баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки;
- Гольда – при бимануальном ректальном или влагалищном исследовании на передней стенке прощупываются раздутые петли кишечника.
- Бейля – тоны сердца проводятся на переднюю брюшную стенку.
- Гевенера - болезненная точка при пальпации на 4 см ниже пупка.

Диагностика

- Рентгенография брюшной полости.
  - чаши Клойбера
  - горизонтальные уровни жидкости
  - складки слизистой оболочки (складки Керкринга)
  - кишечные «арки»
  - толстокишечные «гаустры» (при толстокишечной непроходимости)
- В диагностически сложных случаях – контрастное исследование кишечника (пассаж бария)

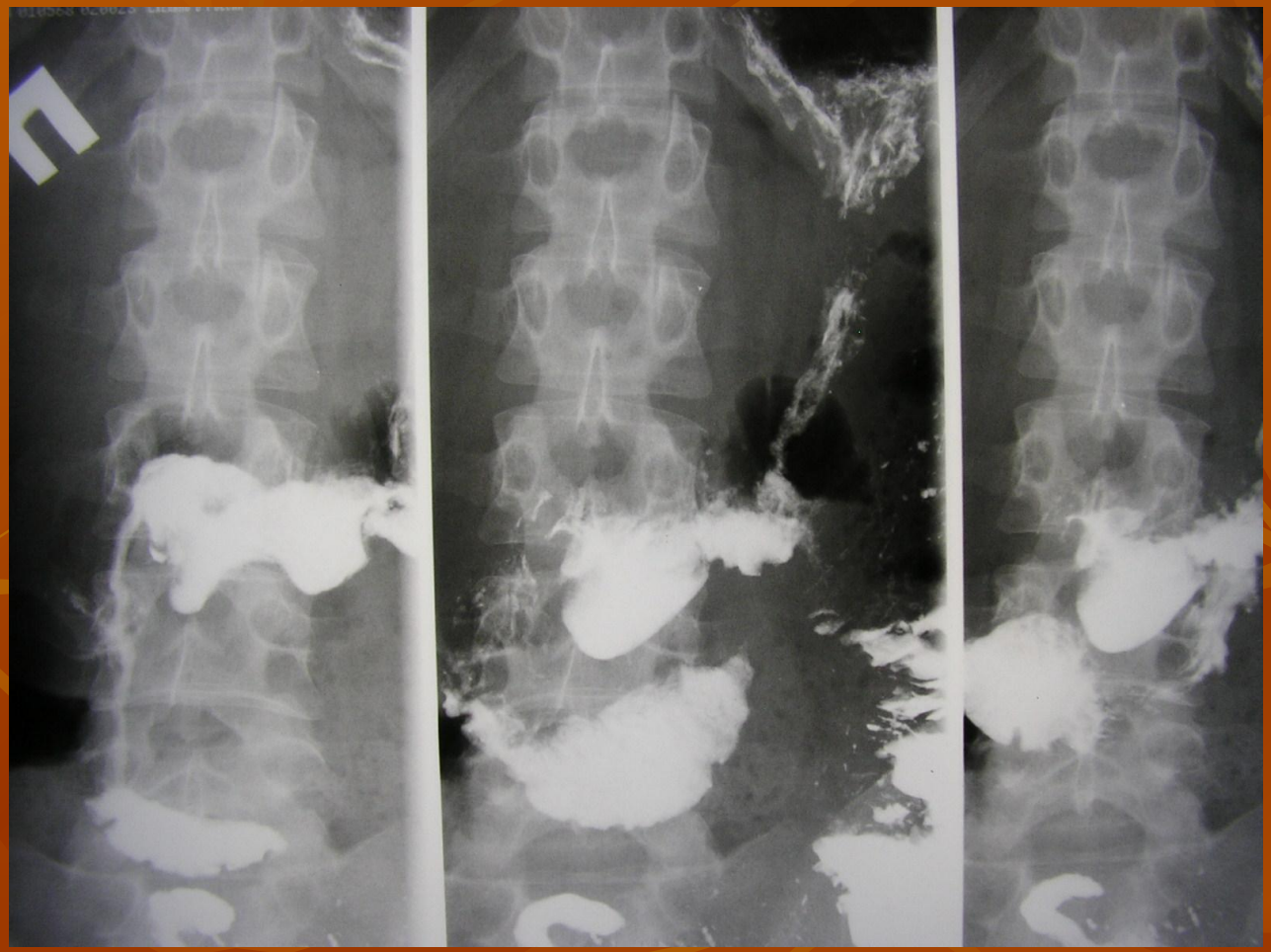
Равномерное вздутие кишечника, хаотичное расположение различных по размеру и высоте пологих тонкокишечных арок, преобладание газа над жидкостью и отсутствие классических чаш Клойбера свидетельствуют о функциональной природе кишечной непроходимости.

Вздутие же отделов кишечника, расположенных проксимальнее препятствия, последовательное ступенеобразное расположение "крутых", небольших по размерам тонкокишечных арок, преобладание жидкости над газом, наличие классических уровней жидкости говорит о высокой вероятности механической кишечной непроходимости.



5 10 2006

Рентгенконтрастные методы исследования



Ультразвуковое исследование

К ультразвуковым признакам механической кишечной непроходимости относятся: синдром внутрипросветного депонирования жидкости, увеличение диаметра тонкой кишки более 3 см, утолщение стенки кишки от 3 до 7 мм, усиление перистальтики, ее маятникообразный характер, наличие жидкости в брюшной полости (Буянов В. М. и др. 1993; Di-Mizio R. a.o., 1995).

Точность выявления странгуляции кишки с помощью УЗИ брюшной полости достигает 93%. Основным ультразвуковым признаком странгуляции является наличие резко расширенной неподвижной петли тонкой кишки.

Дифференциальная диагностика по типу кишечной непроходимости

	Динамическая К.Н.	Механическая К.Н.
Боль	постоянная	схваткообразная
Рвота	в позднем периоде	одновременно с болью
Стул	задержка стула и газов	задержка стула и газов
Форма живота	равномерно вздут	вздутие ассиметричное
Пальпация	малоболезненная	умеренно болезненная
Перистальтика	отсутствует	вначале активная
R-исследование	пневмотизатия кишечника	чаша Клойбера
Ректальн.исслед.	без особенностей	симптом Обуховской больницы
Леч.-диагн.прием	эффективен	без эффекта

(атропин п/к 0,1%, новок.блокада, аспирация желудочного содержимого, сифонная клизма)

Дифференциальная диагностика по типу кишечной непроходимости

	Паралитическая	Спастическая
Боль	постоянная, ноющая	приступообразная
Рвота	в позднем периоде	крайне редко
Стул	задержка стула и газов	задержка стула и газов
Форма живота	равномерно вздут	втянут
Пальпация	малоболезненная	защитное напряжение
Перистальтика	малоболезненная	ослаблена
Ректальн.иссл.	без особенностей	плотная
R-исслед.	пневматизация кишечника	без особенностей
Леч.-диагност. прием	эффективен	без эффекта

Дифференциальная диагностика по типу кишечной непроходимости

	Обтурационная	Странгуляционная
Боль	схваткообразная	сильная, постоянная
Рвота	часто, без облегчения	возникает вместе с болью
Стул	отсутствует	задержка
Форма живота	симметрично вздут	симптом Валя, ассиметричен
Пальпация	малоболезненная	болезненная, симптом Склярова
Перистальтика	увел., позднее умен.	бурная, позднее умен.
Перитонизация	положительна	резко положительна
Ректальн.исслед.	без изменений	симптом Обуховской больницы
R-исследование	симптом чаши Клойбера	стоп-симптом чаши Клойбера
Лапароскопия	уровень непроходимости, опухоль	

Лечебная тактика

- Дренирование желудка, очистительная (сифонная при необходимости) клизма, спазмолитики, паранефральная блокада. Все мероприятия должны занимать не более 2 часов с момента поступления больного.
- В случае разрешения кишечной непроходимости после проведения консервативной терапии больной подлежит клиническому обследованию для выяснения причины непроходимости.
- При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана экстренная операция.

Показания к операции

- При непроходимости с признаками перитонита;
- При непроходимости с клиническими признаками интоксикации и дегидратации (то есть, при второй фазе течения ОКН);
- В случаях, когда на основании клинической картины складывается впечатление о наличии странгуляционной формы ОКН.

Консервативная терапия

Если экстренная операция не показана, а также при неясном диагнозе консервативное лечение ОКН должно включать следующие элементы:

- Декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
- Заместительную терапию;
- Лечение энтеральной недостаточности;
- Лечение эндотоксикоза.

Объем операции

Зависит от формы непроходимости, однако существуют общие закономерности и следующие задачи:

- Устранить непроходимость;
- Удалить некротизированные участки кишки;
- Опорожнить приводящую кишку;
- При необходимости обеспечить продленную декомпрессию кишечника;
- Санировать и дренировать брюшную полость при перитоните.

Устранение непроходимости

- При спаечной ОКН устранение непроходимости, как правило, будет заключаться в рассечении спаек.
- В случае заворотов и узлообразований для устранения странгуляции необходимо развернуть перекрученные петли кишки.
- Обтурационная непроходимость, вызванная инородным телом, фитобезоаром, желчным камнем и т.д. может потребовать энтеротомии для удаления обтурирующего объекта.
- Сложнее выбор тактики при толстокишечной непроходимости, особенно, опухолевого характера. Общее правило таково: **чем тяжелее состояние больного, тем меньше допустимый объем операции**.

Удаление некротизированных участков кишечника

Показанием к резекции кишки при ОКН обычно является ее некроз. Критерии жизнеспособности:

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

Опорожнение приводящих участков кишки

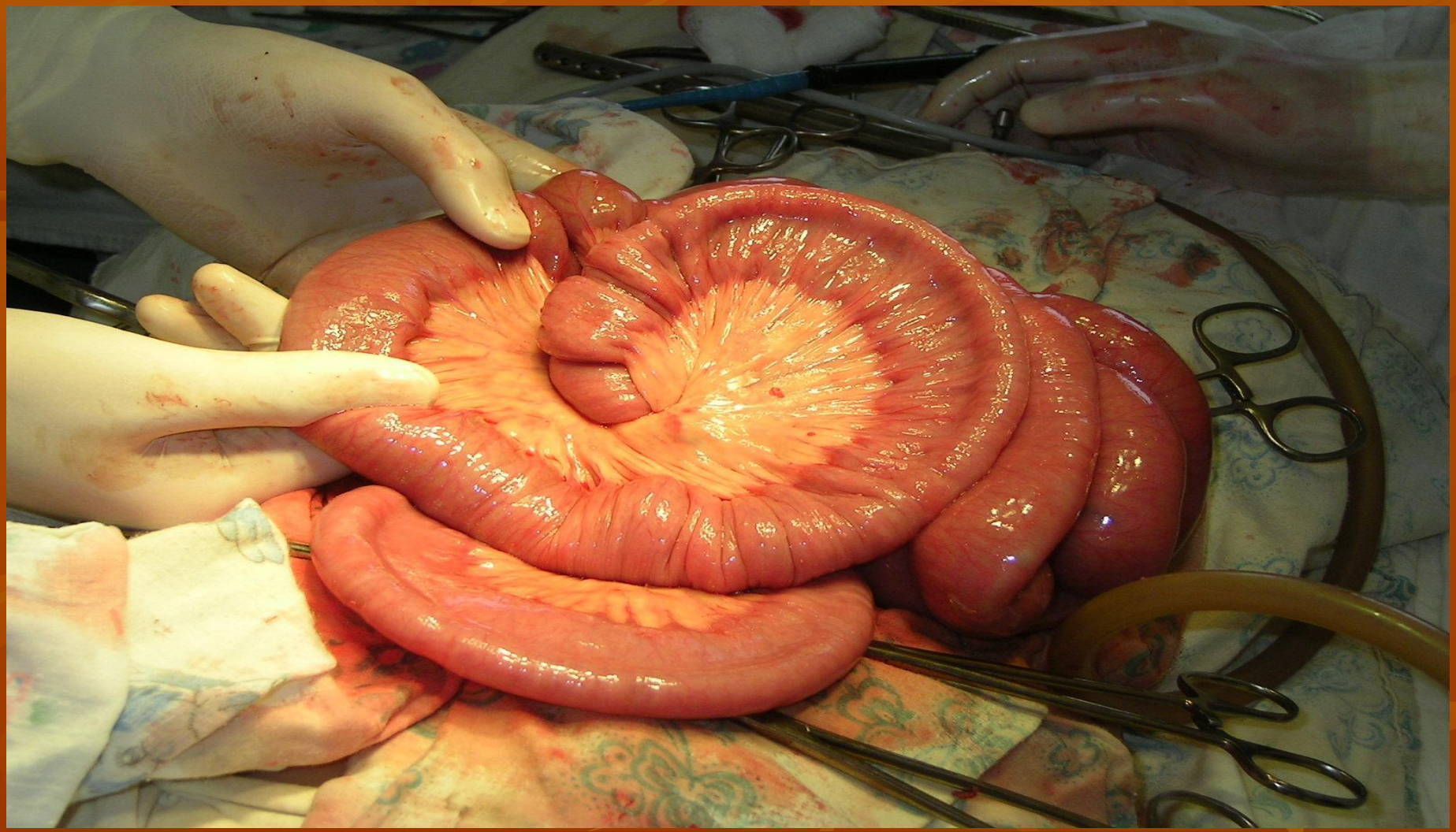
- Обеспечивает декомпрессию кишки, интраоперационное устранение из ее просвета токсических субстанций (детоксикационный эффект) и улучшает условия манипуляций - резекций, ушивания кишки, наложения анастомозов.
- Показано в случаях, когда **кишка значительно растянута жидкостью и газом**. Длинный зонд, проведенный через нос в тонкую кишку, дренирует ее на всем протяжении. После удаления кишечного содержимого зонд может быть оставлен для продленной декомпрессии.

Продленная декомпрессия ЖКТ

Назоинтестинальное дренирование тонкой кишки по Вангенштину.

- Удаление из просвета кишки токсичного содержимого;
- Проведение внутрикишечной детоксикационной терапии;
- Воздействие на слизистую оболочку кишки для восстановления ее барьерной и функциональной состоятельности;
- Раннее энтеральное питание больного.

Назоинтестинальная интубация



Дренирование тонкой кишки – ответственный и сложный этап хирургического вмешательства. Проведение кишечных зондов по просвету кишки во всех случаях осуществляется ручным способом, что неизбежно ведет к травматизации ее стенки. Даже щадящие манипуляции при проведении энтеростомической трубки через паретически измененную кишку влекут за собой дистрофические и некротические изменения слизистой оболочки. При грубых воздействиях могут возникать надрывы слизистой с повреждением сосудов подслизистого слоя и геморрагическим пропитыванием стенки кишки. Однако, дренирование тонкой кишки должно стать составной частью комплекса патогенетической терапии кишечной непроходимости и разлитого перитонита.

Послеоперационный период

В послеоперационном периоде больным назначают следующее лечение:

- Антибиотики широкого спектра действия. После бактериологического исследования экссудата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам – по результатам исследования.
- Адекватная анальгезия, включающая в себя наркотические и ненаркотические обезболивающие средства.

Послеоперационный период

- Коррекция водно-электролитного, кислотно-щелочного, белкового баланса.
- Энтеросорбция и энтеральное питание через назоинтестинальный зонд.
- Препараты, стимулирующие моторику кишечника (прозерин, убретид, церукал, глюкозо-калиевую смесь), а также физиотерапевтические процедуры (токи Бернара), очистительные клизмы.
- Скорейшая активизация больных – в 1-е сутки усаживание в постели, перкуссионный массаж, дыхательная гимнастика, на 2 – 3-е сутки вставание с постели, ходьба.

Спасибо за внимание!