

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ILEUS)

Кишечная непроходимость - это частичное или полное нарушение пассажа содержимого по кишечнику.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

ДИНАМИЧЕСКАЯ

МЕХАНИЧЕСКАЯ

- ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ
- СПАСТИЧЕСКАЯ

- ОБТУРАЦИОННАЯ
- СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ
- СМЕШАННАЯ

ПРОИСХОЖДЕНИЕ

ВРОЖДЕННАЯ, ПРИОБРЕТЕННАЯ

ТЕЧЕНИЕ

ОСТРОЕ, ХРОНИЧЕСКОЕ

СТЕПЕНЬ

ПОЛНАЯ, ЧАСТИЧНАЯ

СТАДИЯ

НАЧАЛЬНАЯ, КОМПЕНСАЦИЯ, ТЕРМИНАЛЬНАЯ

В клиническом течении выделяют три фазы (О.С. Кочнев 1984):

1. Фаза «илеусного крика». Происходит острое нарушение кишечного пассажа, т.е. стадия местных проявлений – имеет продолжительность 2-12 часов (до 14 часов). В этом периоде доминирующим симптомом является боль и местные симптомы со стороны живота.
2. Фаза интоксикации (промежуточная, стадия кажущегося благополучия), происходит нарушение внутристеночной кишечной гемоциркуляции – продолжается от 12 до 36 часов. В этот период боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот вздут, часто асимметричен. Перистальтика кишечника ослабевает, звуковые феномены менее выражены, выслушивается «шум падающей капли». Полная задержка стула и газов. Появляются признаки обезвоживания организма.
3. Фаза перитонита (поздняя, терминальная стадия) – наступает спустя 36 часов после начала заболевания. Для этого периода характерны резкие функциональные расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается. Развивается перитонит.

ОКН составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости. При возрасте старше 60 лет причиной ОКН в 53% является рак толстого кишечника.

Частота встречаемости ОКН по уровню препятствия:

- тонкокишечная 60-70%
- толстокишечная 30-40%

Частота встречаемости ОКН по этиологии:

- при острой тонкокишечной непроходимости:
 - спаечная в 63%
 - странгуляционная в 28%
 - обтурационная неопухолевого генеза в 7%
 - прочее в 2%
- при острой толстокишечной непроходимости:
 - опухолевая непроходимость в 93%
 - заворот толстой кишки в 4 %
 - прочее в 3%

Причины динамической острой кишечной непроходимости

1. Нейрогенные факторы:

✓ Центральные механизмы:

Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Уремия. Кетоацидоз. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинальные травмы.

✓ Рефлекторные механизмы:

Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы. Плеврит. Острый инфаркт миокарда. Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства. Нефролитиаз и почечная колика. Глистная инвазия. Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), фитобезоары, каловые камни.

2. Гуморальные и метаболические факторы:

Эндотоксикоз различного происхождения, в том числе, и при острых хирургических заболеваниях. Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза.

Гипопротеинемия вследствие острого хирургического заболевания, раневых потерь, нефротического синдрома и т.д.

3. Экзогенная интоксикация:

Отравление солями тяжелых металлов. Пищевые интоксикации. Кишечные инфекции (брюшной тиф).

4. Дисциркуляторные нарушения:

✓ На уровне магистральных сосудов:

Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Васкулиты мезентериальных сосудов. Артериальная гипертензия.

✓ На уровне микроциркуляции:

Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости.

Причины механической острой кишечной непроходимости

1. Патология брюшины, органов брюшной полости и стенок живота

Спайки

Грыжи живота (наружные и внутренние)

Заворот (тонкой, сигмовидной и слепой кишки)

Врожденные тяжи брюшины

Сдавление кишки снаружи (опухоль, абсцесс, гематома, сосудистая аномалия, эндометриоз)

2. Патология кишечника

Опухоли (доброкачественная, злокачественная метастазы)

Воспалительные заболевания (болезнь Крона, дивертикулит, лучевой энтерит)

Пороки развития (атрезия, стеноз, аплазия)

Инвагинация

Травма (гематома двенадцатиперстной кишки, особенно на фоне введения антикоагулянтов при гемофилии)

3. Обтурация кишки

Инородные тела

Безоары

Желчные камни

Каловые камни

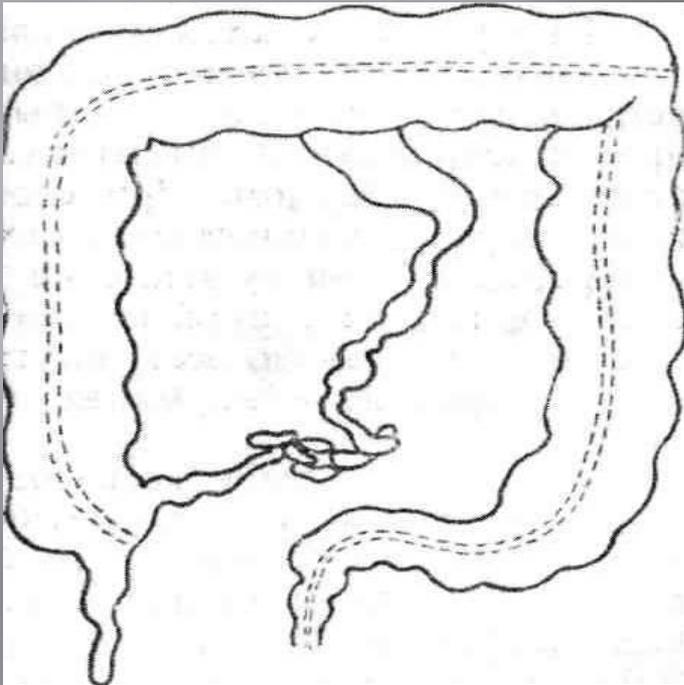
Меконий

Бариевая взвесь

Гельминтоз (клубок аскарид)

ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

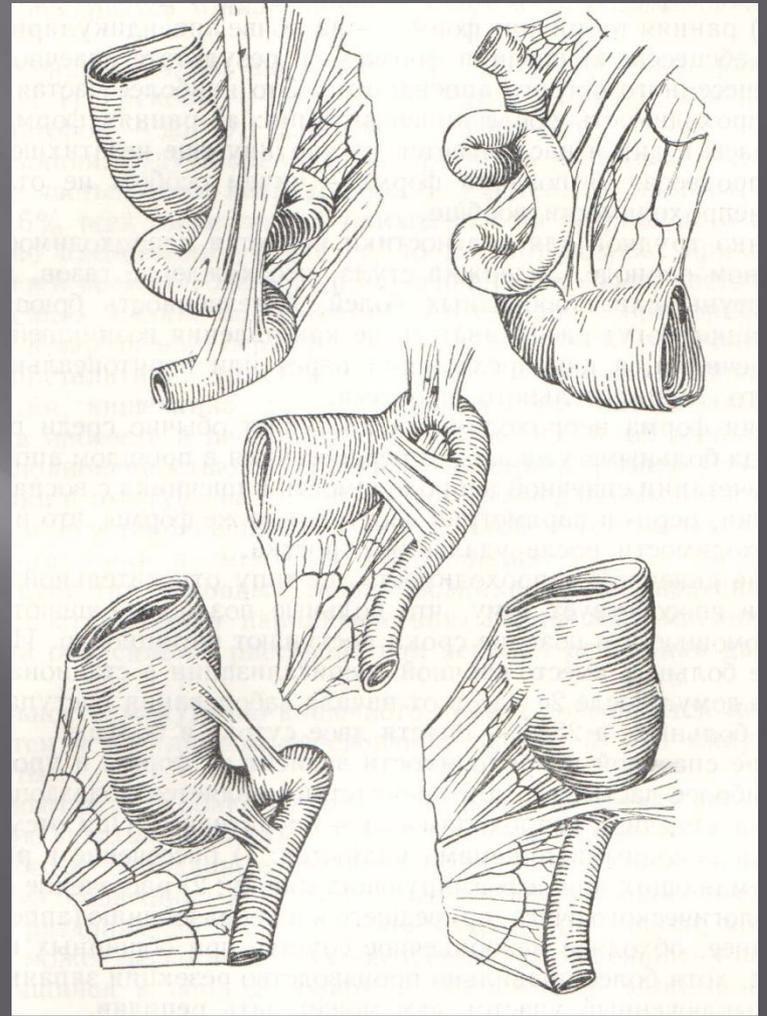
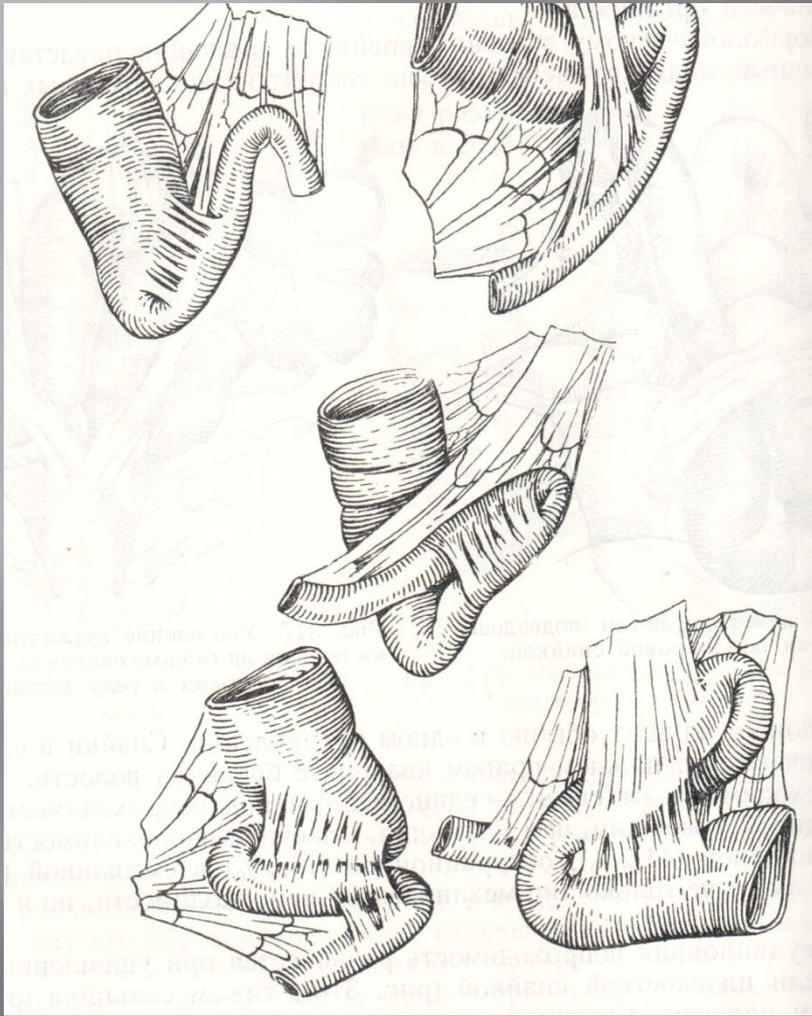
ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



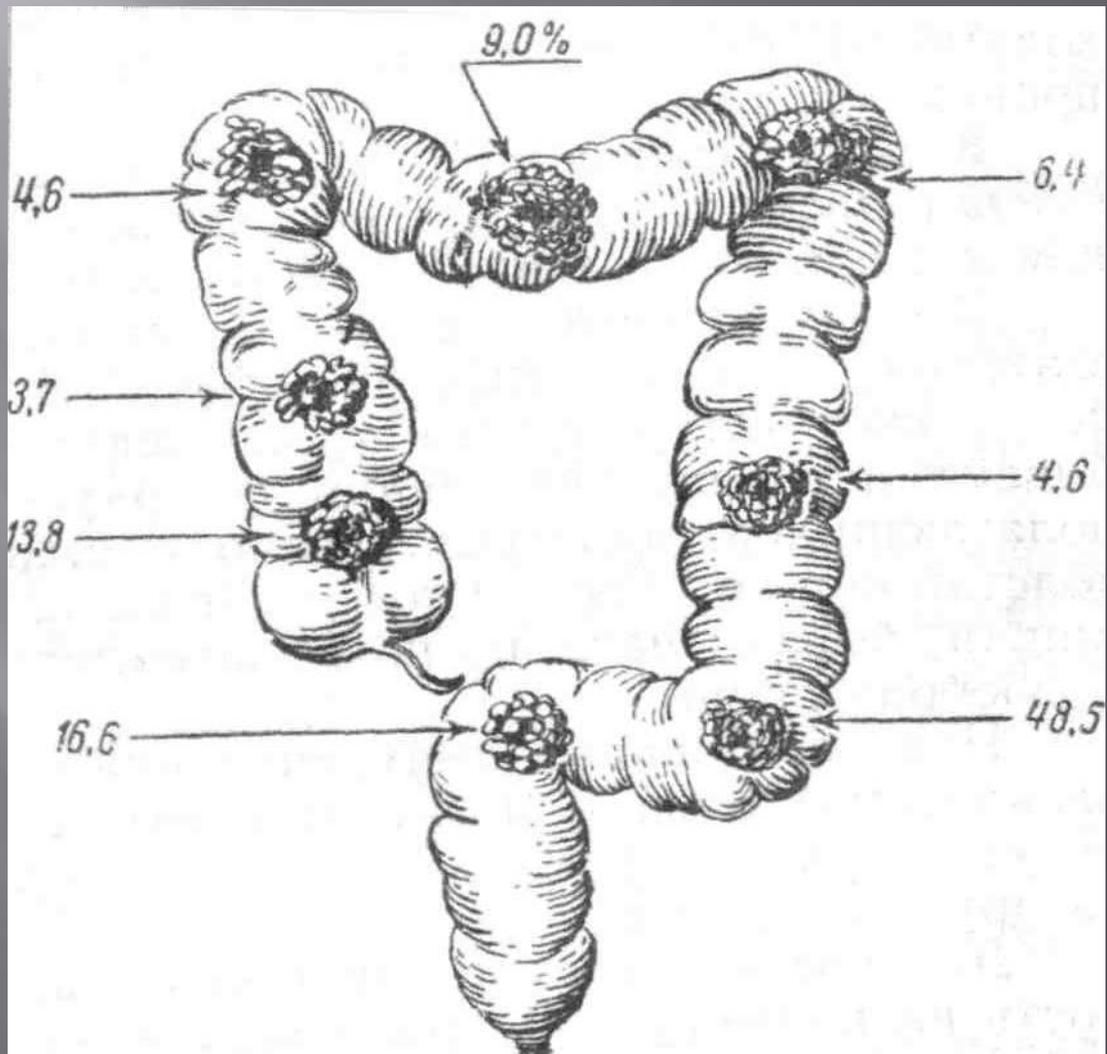
Множественные сужения и сращения тонкой кишки

Болезнь Гиршпрунга

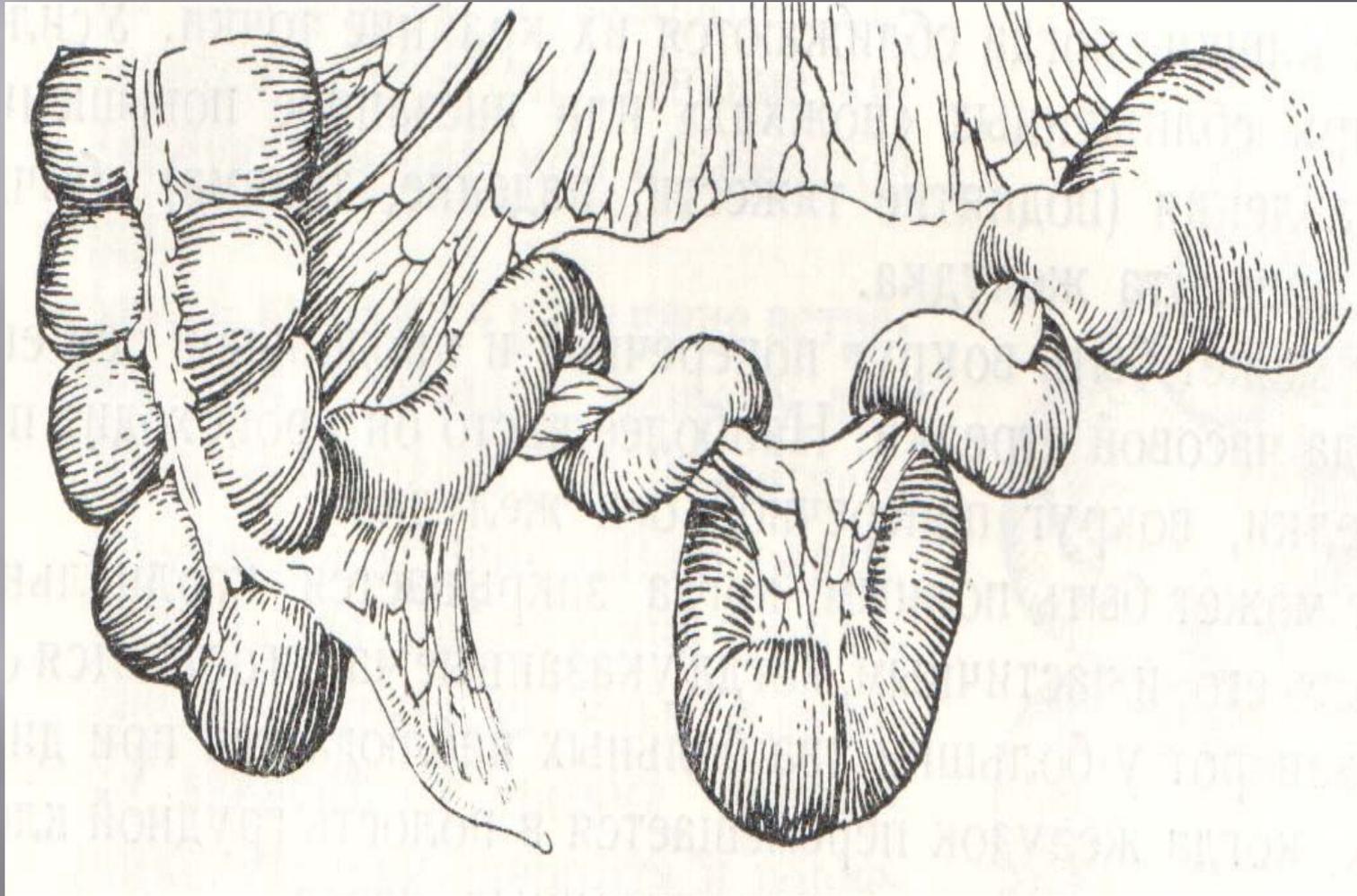




ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



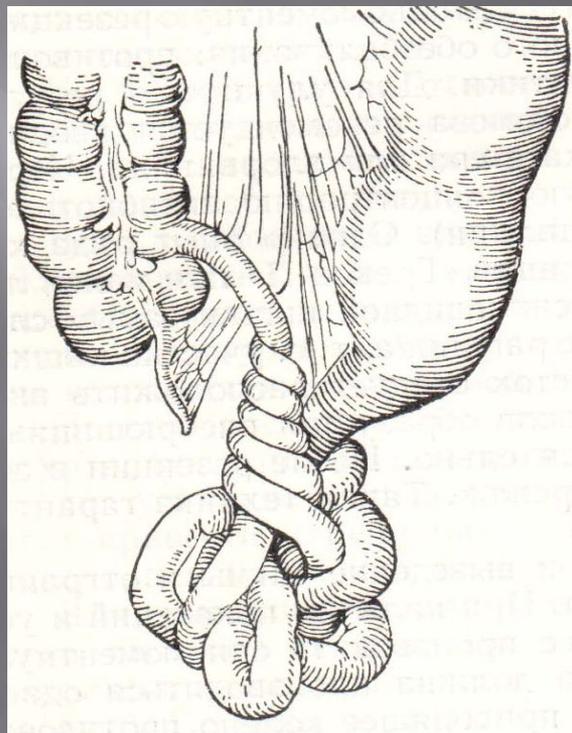
СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



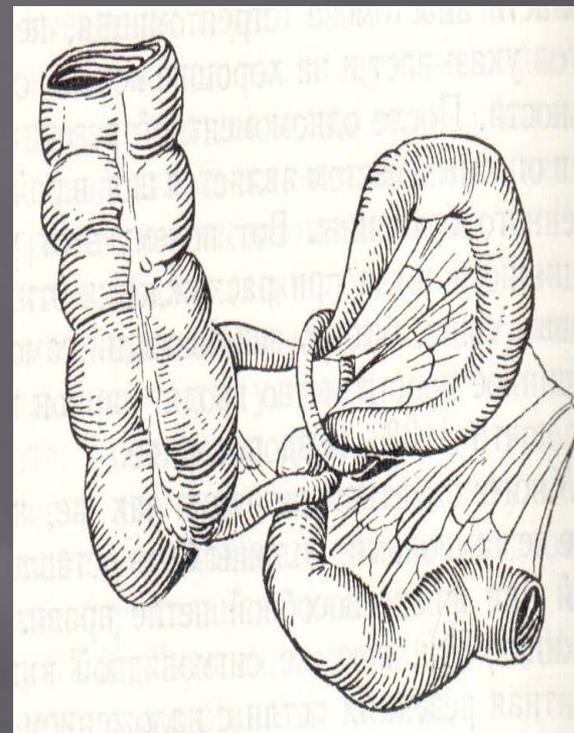
Двойное перекручивание петли подвздошной кишки через горизонтально расположенную травматического происхождения брыжеечную щель

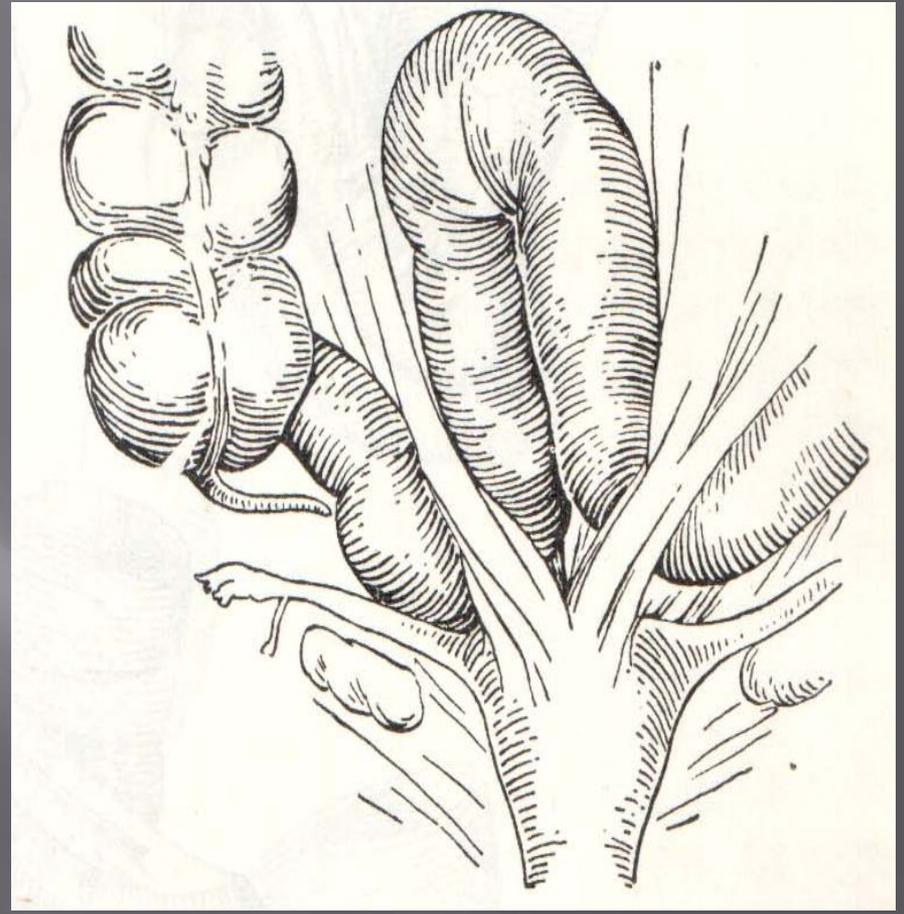
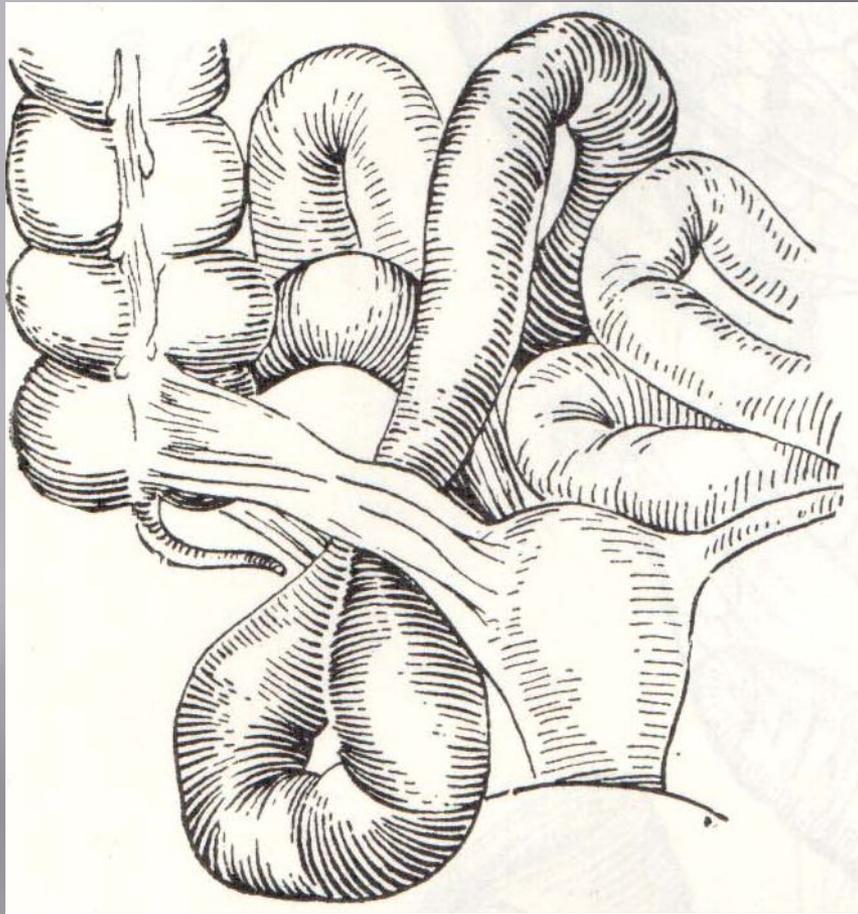


**ЗАВОРОТ
ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО
УГЛА**

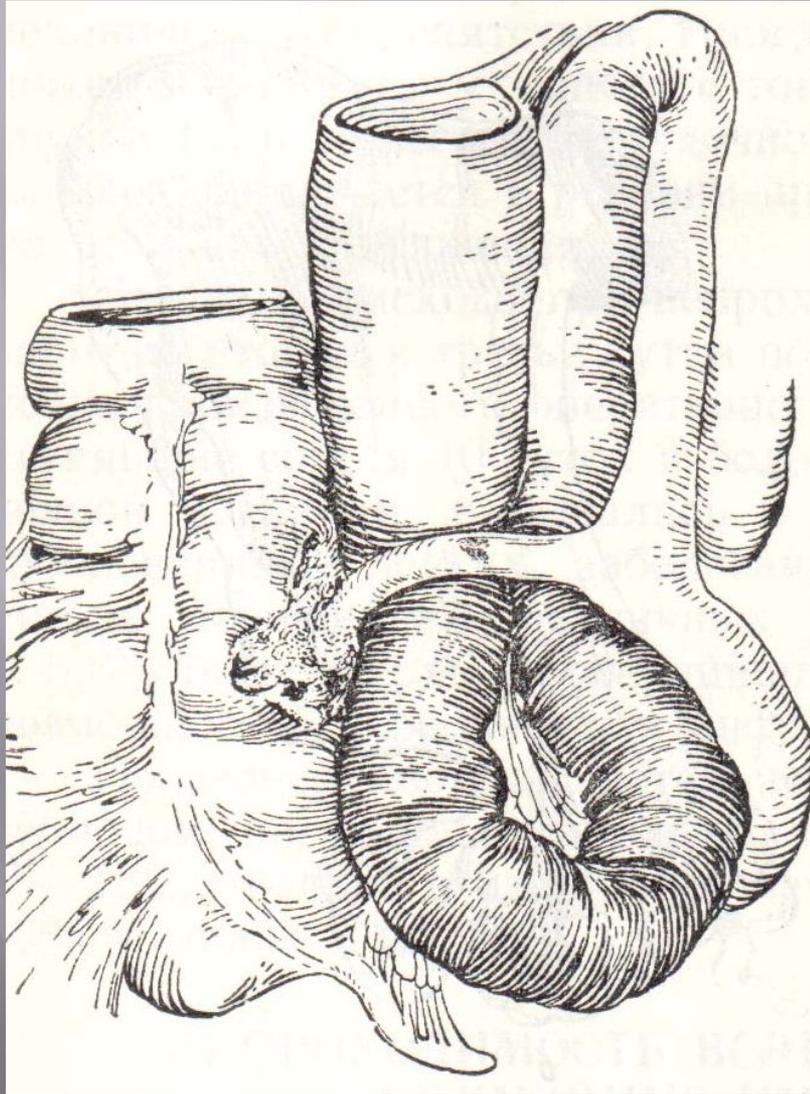


УЗЛООБРАЗОВАНИЕ



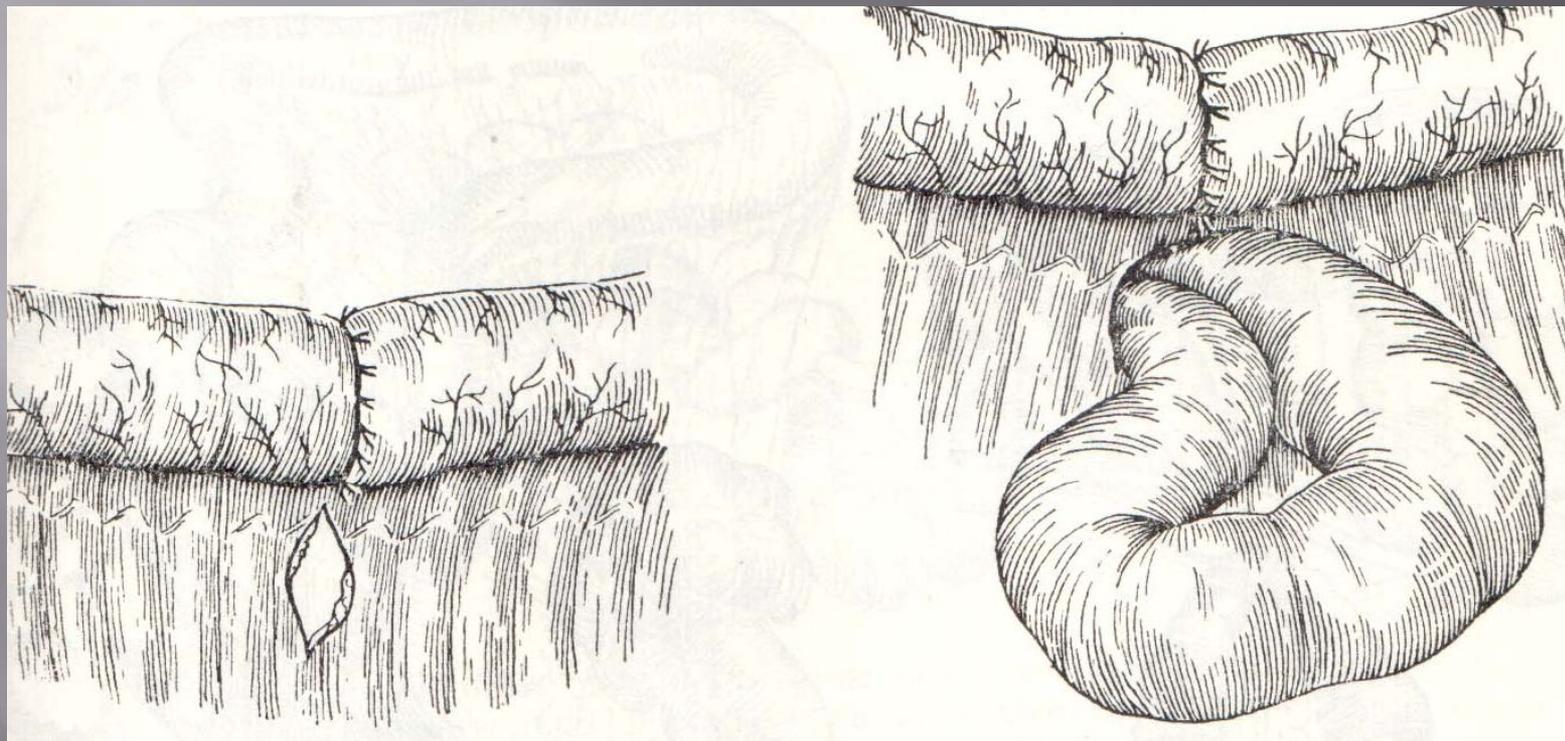


УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ СПАЙКОЙ

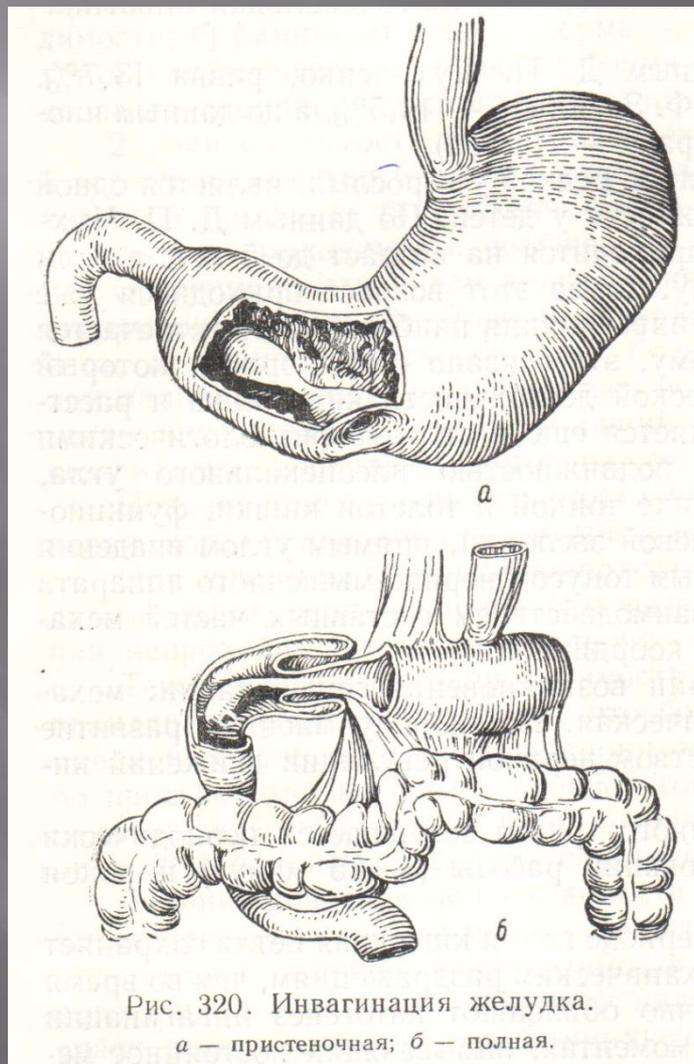


**Ущемление кишки в илиоцекальном
кольце образованном сращением
дивертикула Меккеля и слепой
кишкой**

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



ИНВАГИНАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

БОЛЬ В ЖИВОТЕ — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи (или через 1-2 часа от приема пищи) в любое время суток, без предвестников; характер боли схваткообразный.

РВОТА — после тошноты или самостоятельно, часто повторная рвота. Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем ранее возникает рвота и имеет более выраженный характер;

ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ — иногда (в начале заболевания) при кишечной непроходимости наблюдается «остаточный стул»;

ЖАЖДА — более выражена при высокой кишечной непроходимости

ВЗДУТИЕ И АСИММЕТРИЯ ЖИВОТА (лучше видно при низкой кишечной непроходимости)

СИМПТОМЫ

Симптом Валя — через брюшную стенку контурируется четко отграниченная растянутая кишечная петля;

Видимая перистальтика кишок;

«Косой живот»;

Симптом Кивуля — над растянутой петлей кишки появляется усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком;

Симптом Склярера — выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника;

Симптом Спасокукоцкого — шум падающей капли;

Симптом Мондора — усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»).

«Мертвая тишина» — отсутствие кишечных шумов над паретическим кишечником;

Симптом Шланге — появление перистальтики кишечника при пальпации живота:

Симптом Лотейссена — при аускультации живота хорошо слышны дыхательные и сердечные шумы;

Симптом Обуховской больницы — баллоннообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса.

ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В обязательном порядке по *cito* !:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, группа крови и резус принадлежность, per rectum (сниженный тонус сфинктера и пустая ампула; возможны каловые камни (как причина непроходимости) и слизь с кровью при инвагинации, обтурации опухолью), ЭКГ, рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении.

По показаниям:

Общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, электролиты; УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, пассаж бария по кишечнику, ирригография, ректороманоскопия, колоноскопия, консультация терапевта.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОКН

А. Сбор анамнеза.

Б. Объективный осмотр больного:

1.Общий осмотр:

Нервно-психический статус. Рs и АД. Осмотр кожи и слизистых.

2. Объективный осмотр живота:

Вздутие живота, возможная асимметрия, участие в дыхании. смотр грыжевых колец. Выявление локального или распространенного защитного напряжения мышц передней брюшной стенки. Определить патологические образования брюшной полости, пропальпировать внутренние органы, определить локальную болезненность. Выявления тимпанита и притупления. При аускультации живота: оценка неспровоцированной моторной активности кишечника: металлический оттенок или бульканье, в поздней стадии – шум падающей капли, ослабленная перистальтика, симптом Склярова (шум плеска), прослушивание сердечных тонов. Выявить наличие или отсутствие симптомов свойственных ОКН. Обследование per rectum.

В. Лабораторные исследования.

Г. Инструментальные исследования:

Рентгенологические обследования. УЗИ. RRS. Колоноскопия (диагностическая и лечебная). Ирригоскопия. Лапароскопия (диагностическая и лечебная). Компьютерная диагностика (КТ, МРТ, программы).

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

является основным специальным методом диагностики ОКН!

При этом выявляются следующие признаки:

- **ЧАША КЛОЙБЕРА** – горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним, что имеет вид перевернутой вверх дном чаши.
Пневматоз тонкой кишки является начальным симптомом, в норме газ содержится только в ободочной кишке.
При странгуляционной непроходимости чаши могут проявляться уже через 1 час, а при обтурационной непроходимости - через 3-5 часов с момента заболевания. Количество чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться одна на другую в виде ступенчатой лестницы.
- !!! **ВЫСОКИЕ И УЗКИЕ ЧАШИ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ, НИЗКИЕ И ШИРОКИЕ - В ТОНКОЙ; НЕ МЕНЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ - ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОКН, МЕНЯЮЩИЕ - ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ.**
- **КИШЕЧНЫЕ АРКАДЫ** Получаются, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости.
- **СИМПТОМ ПЕРИСТОСТИ – СКЛАДКИ КЕРКРИНГА** (поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

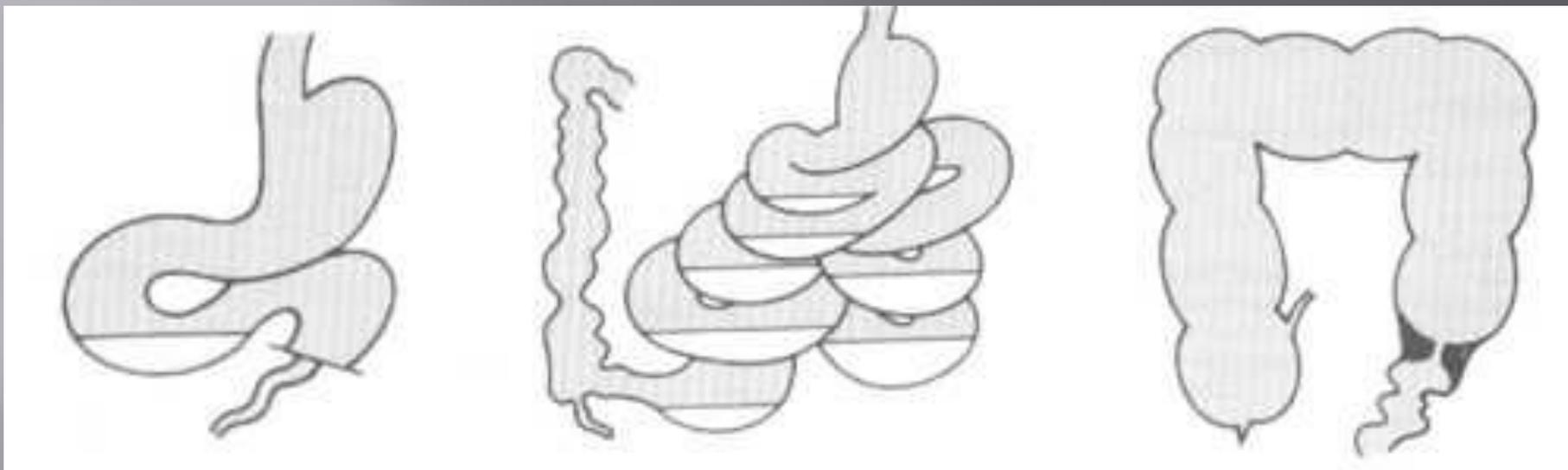
Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта применяется при затруднениях в диагностике кишечной непроходимости.

Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария.

Запаздывание прохождения бария в слепую кишку более 6 часов на фоне средств, стимулирующих перистальтику - свидетельство непроходимости (в норме барий поступает в цекум через 4-6 часов без стимуляции).

Динамическое наблюдение за продвижением контрастной массы необходимо сочетать с клиническим наблюдением, в ходе которого фиксируются изменения местных физикальных данных и изменения в общем состоянии больного. В случае усугубления местных признаков непроходимости или появления признаков эндотоксикоза вопрос о неотложном оперативном пособии должен обсуждаться независимо от рентгенологических данных, характеризующих продвижение контраста по кишечнику.

Рентгенологическое исследование



А. Высокая тонкокишечная непроходимость. Возможно наличие единичных горизонтальных уровней жидкости и газа. Наличие газа в толстой кишке не характерно.

Б. Низкая тонкокишечная непроходимость. Обычно видны множественные горизонтальные уровни жидкости и газа (чаши Клойбера). Наличие газа в толстой кишке не характерно.

В. Странгуляционная кишечная непроходимость. Могут быть как единичные, так и множественные горизонтальные уровни жидкости и газа. Наличие газа в толстой кишке не характерно.











КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Все больные с выставленным диагнозом ОКН оперируются после предоперационной подготовки (которая должна длиться не более 3 часов), а если выставлена странгуляционная КН, тогда больной подается после проведения min объема обследования сразу в операционную, где предоперационную подготовку проводит анестезиолог совместно с хирургом (в течение не более 2 часов с момента поступления).

Комплекс лечебно-диагностических мероприятий и предоперационная подготовка включают в себя:

- ✓ Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада.
- ✓ Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный зонд и сифонную клизму.
- ✓ Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию, лечение энтеральной недостаточности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При любой локализации непроходимости доступ - **срединная лапаротомия**, при необходимости – с иссечением рубцов и осторожным рассечением спаек при входе в брюшную полость.

Хирургическая тактика предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины и уровня непроходимости;
- перед манипуляциями с кишечником обязательно проведение новокаиновой блокады брыжейки (если нет онкологической патологии);
- устранение морфологического субстрата ОКН;
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний к дренированию кишечной трубки и выбор метода дренирования;
- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

Устранение непроходимости представляет собой ключевой и наиболее сложный компонент вмешательства. Оно осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов: рассечения множественных спаек; резекции измененной кишки; устранения заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКН ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

- ✓ Возмещение ОЦК, коррекция электролитного и белкового состава крови;
- ✓ Лечение эндотоксикоза, в том числе, обязательная антибактериальная терапия;
- ✓ Восстановление моторной, секреторной и всасывательной функций кишки, то есть лечение энтеральной недостаточности.

**Спасибо за
внимание!**