

Особенности диагностики и
лечения острых
хирургических заболеваний
брюшной полости у больных
пожилого и старческого
возраста.

**Доцент кафедры
госпит. хирургии**

Борисовичева И.В.

- Острое нарушение мезентериального кровоснабжения ТОНКОЙ КИШКИ.

Др. острые хирургические заболевания

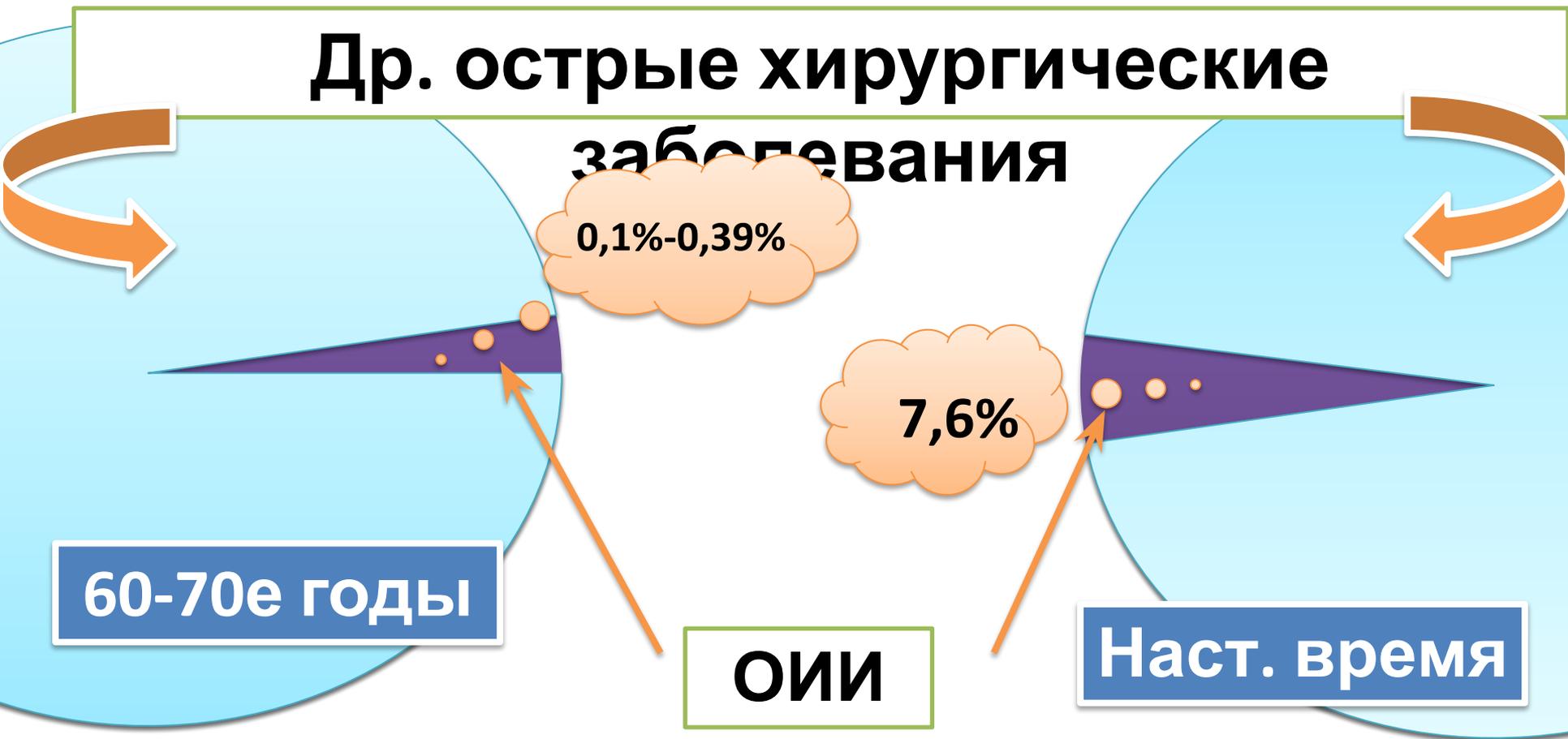
0,1%-0,39%

7,6%

60-70е годы

ОИИ

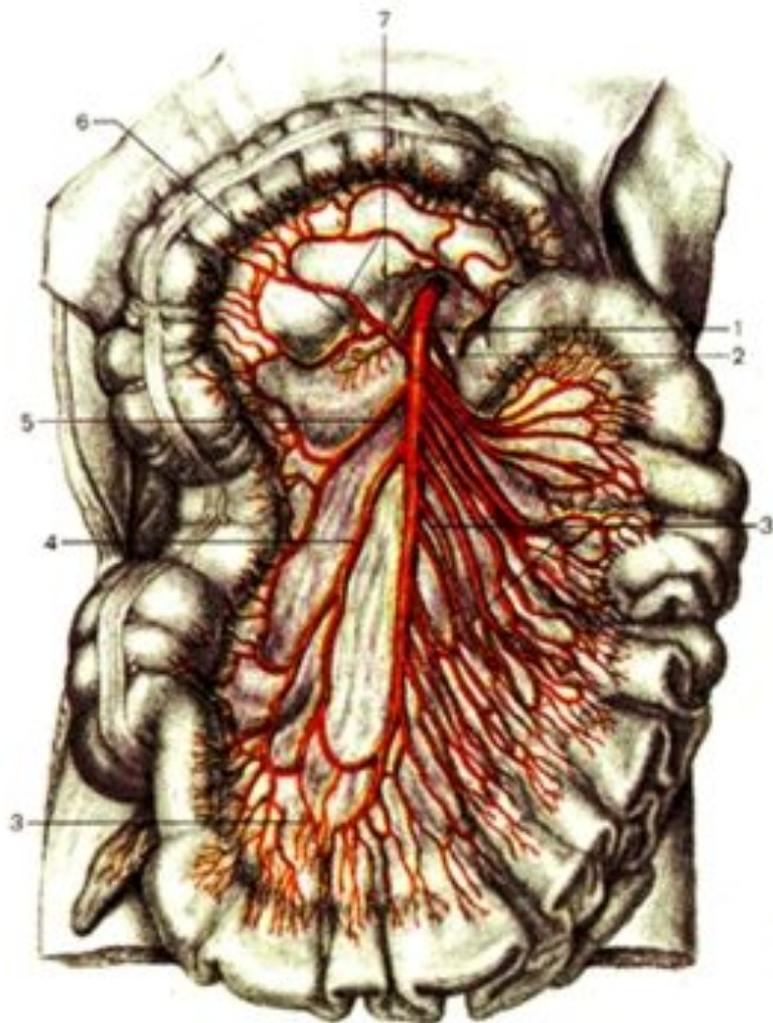
Наст. время



Острое
нарушение
мезентериальног
о
кровообращения -
одно из
тяжелейших по
течению и
прогнозу
патологических
состояний, с
которым
приходится
сталкиваться
хирургу в своей
практической
деятельности.



Рис. 58. Верхняя брыжеечная артерия и ее ветви.



- 1 - a. mesenterica superior;
- 2 - aa. jejunales;
- 3 - aa. ileales;
- 4 - a. iliocolica;
- 5 - a. colica dextra;
- 6 - a. pancreaticoduodenalis inferior;
- 7 - a. colica media.

FireAiD - все по
медицине.

Кровоснабжение кишечника

Кровоснабжение кишечника осуществляется верхней и нижней брыжеечной артериями. Верхняя брыжечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне XII грудного до III поясничного позвонка и отдает ветви к поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке, тонкой и правой половине толстой кишки.

Интестинальные ветви анастомозируют между собой, образуя аркады, от которых отходят прямые сосуды, отдающие тонкие ветви к серозным оболочкам. Эти ветви проникают в подслизистый слой, где образуют сосудистые сплетения. Венозные сосуды с подслизистого слоя образуют венозные сплетения, от которых кровь оттекает в мезентериальные вены

Актуальность проблемы ОИИ

Отсутствие патогномичных симптомов в первые часы заболевания

Малая информативности стандартных диагностических методов исследования

Морфологические и функциональные изменения в ТК протекают быстро.

Нарушение кровотока ВБА протекает под маской других заболеваний

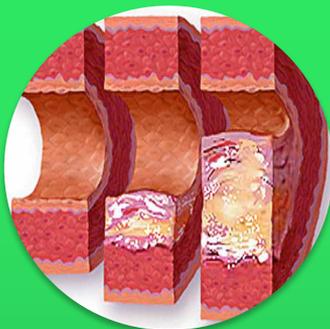
Не снижающаяся с годами смертность - от 70 до 90%,
сохранение высокой летальности - 67- 97%

Верный дооперационный диагноз устанавливается лишь в 18– 45% наблюдений

Наиболее частые причины ОИИ



Ишемическая
болезнь
кишечника



Атеросклероз
сердца и
сосудов



Ревматические
пороки сердца



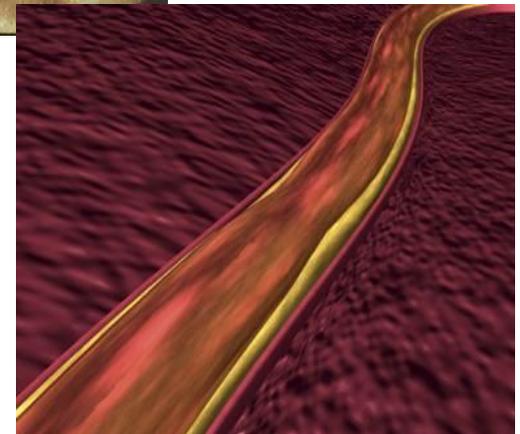
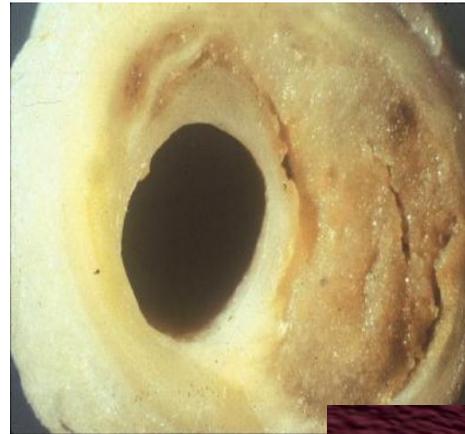
Гипертоническая
болезнь

- У большинства больных с ОИИ отмечены нарушения сердечного ритма.

Этиология и патогенез тромбообразования

Основными причинами
тромбообразования
являются 3 фактора:

- повреждения эндотелия
сосудистой стенки;
- замедление скорости
кровотока;
- изменение химического
состава крови (триада
Вирхова).



Классификация ОИИ



Особая клинико-патологическая форма острого мезентериального кровообращения тонкой кишки — воспалительное мезентериальное **(мезентериальный тромбофлебит)** или портальное **(пилефлебит)** веноокклюзионное поражение.

Некроз всей
тонкой и
правой
половины
ободочной
кишки

I сегмент
от устья
ВБА до
a.colica media

**II
сегмент**
от a.colica
media до a.
ileocolica

Поражается
преимущественно
тощая,
подвздошная и
слепая кишка

III сегмент
от a. ileocolica до
дистальных
ветвей.

поражается
подвздошная и слепая
кишка

Стадии течения абдоминальной ишемии.

Ишемия кишки

- 1
- Обратимая, характеризуется рефлекторными и гемодинамическими нарушениями

Инфаркт кишки

- 2
- Присоединение интоксикации и изменений в брюшной полости

Перитонит

- 3
- Выраженная интоксикация, гемодинамические расстройства и перитонеальные явления

Болевой синдром

Степень выраженности болевого синдрома зависит от уровня ВБА и протяженности поражения тонкой кишки.

Наиболее интенсивна боль при поражениях I сегмента ВБА

Из-за выраженных болей в животе наблюдается беспокойное поведение пациента: больной стонет, мечется в пределах постели, не находит удобного положения. Ишемическая фаза сопровождается интенсивными и острыми болями в животе, тошнотой, рвотой, жидким стулом (ишемическое опорожнение тонкой кишки).

у 50% больных двукратный, что приводит иногда к ошибочной госпитализации больных в инфекционное отделение.

Особенностью отличия болевого синдрома ОИИ - мягкий живот, отсутствует мышечное напряжение передней брюшной стенки (в начальной стадии).

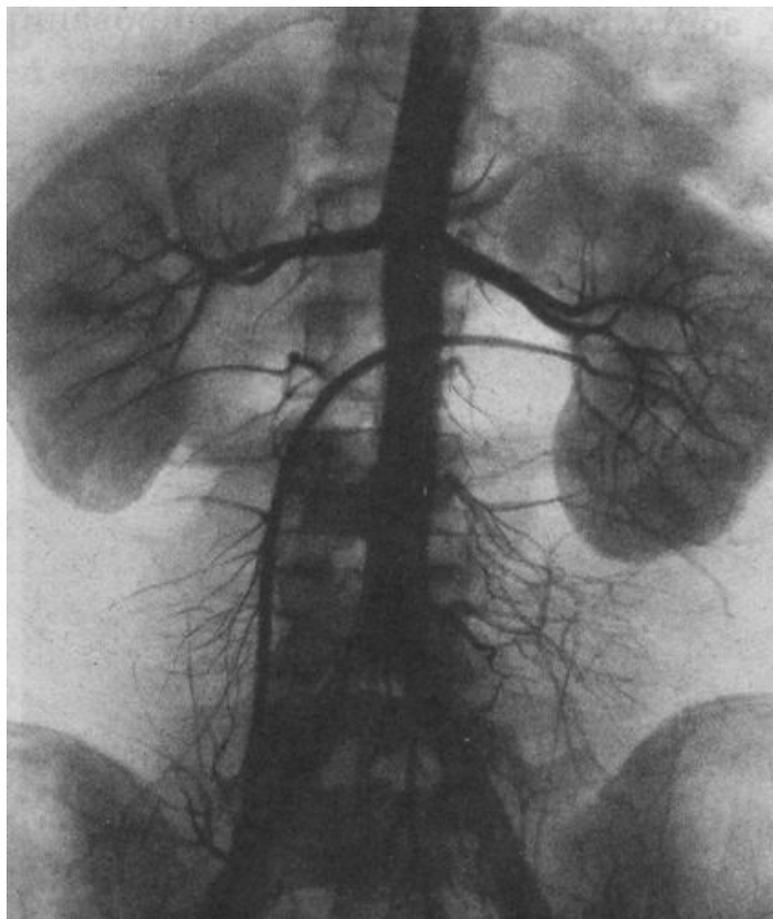
Клиника в зависимости от сегмента поражения

- При поражениях **I сегмента** ВБА боль обычно не имеет четкой локализации и распространяется по всему животу
- При поражении **II сегмента** в 75 % боли локализуются в эпи - и мезогастрии справа и в правой подвздошной области.
- При поражении **III сегмента** в большинстве случаев боли локализуются в правой подвздошной области. В анамнезе у этих больных обычно : атеросклероз , ревматический порок сердца, инфаркт миокарда , гипертоническая болезнь нарушения ритма и др.

Диагностика

- Основные задачи экстренной диагностики и экстренной помощи в хирургическом стационаре:
- **Общеклинические исследования:** определение ЧСС (частоты пульса), ЭКГ, АД, измерение температуры тела.
- **Лабораторная диагностика:** общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины), определение группы крови и Rh-фактора, длительность кровотечения, свертываемость, ПТИ (протромбин по Квику, АЧТВ, МНО), фибриноген, тромбоэластограмма.
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости; ЭКГ (всем пациентам), рентгенография грудной клетки, УЗИ и УЗДГ брюшной полости.
- **Ангиография, лапароскопия**

Селективная аортомезентерикография



Хирургическая тактика при ведении больных с острой интестинальной ишемией зависит:

- 1. от причины (вида) нарушения кровообращения в верхней брыжжеечной артерии и ее ветвях
- 2. от стадии заболевания: стадия ишемии кишки, стадия инфаркта кишки, стадия перитонита.

- **Оперативные вмешательства, применяемые при декомпенсации острого нарушения мезентериального кровообращения в системе верхней брыжеечной артерии делятся на четыре вида:**
 - 1) операции на сосудах; тромбэктомия.
 - 2) резекция кишки;
 - 3) сочетание операций на сосудах и резекции кишки;
 - 4) при распространенном перитоните-: резекция кишки, лапаростомия, формирование бесшовных энтеростом по методике Каншина, лапаростомия, программные санации брюшной полости.

Рис 1 –тромбоз брыжеечных сосудов, ишемия кишечника



Рис 2 –удаление тромбов

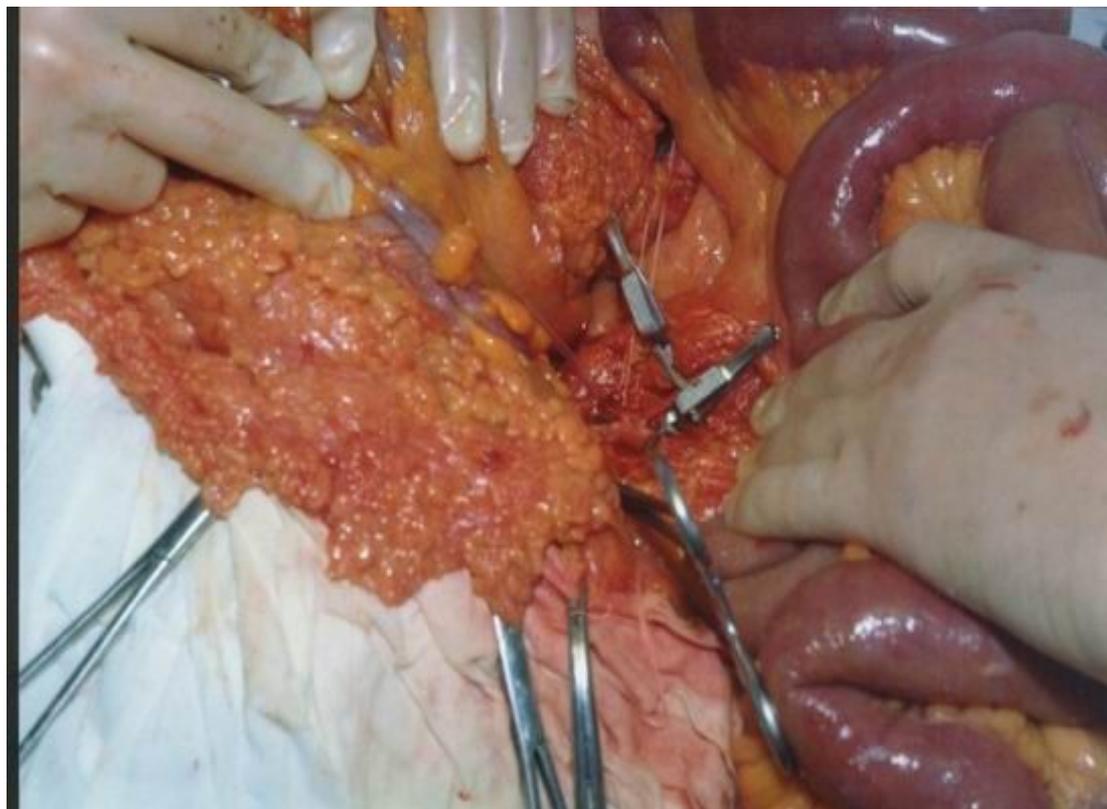


Рис 3 – кровообращение восстановлено



Рис 4 – удаленный тромб



Катетер для эмболэктомии типа «Фогарти»



Причины и особенности клинических проявлений острого аппендицита у пожилых больных.

- Особенности симптоматики острого аппендицита в пожилом возрасте, обусловлены сниженной реактивностью организма, несоответствием клинических проявлений и лабораторных показателей, что приводит к запоздалой диагностике и высокой послеоперационной летальности. Улучшение диагностических возможностей в этой группе больных — актуальная задача нашего времени.

Диагностика острого аппендицита у ПОЖИЛЫХ

- Известно , что у стариков часто отмечается «молчание симптомов» на фоне общей адинамии. Дряблость брюшной стенки и ожирение маскирует напряжение мышц. С возрастом притупляется тактильная, температурная и болевая чувствительность, что снижает диагностическую ценность многих СИМПТОМОВ

Диагностика острого аппендицита у ПОЖИЛЫХ.

В пожилом возрасте значительно чаще наблюдается осложнение острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом, примерно в 4 раза чаще, чем у молодых больных. Течение инфильтрата у стариков вялое, длительное и заставляет врачей проводить дифференциальную диагностику с опухолью слепой кишки.

Диагностика острого аппендицита у пожилых.

- В связи с трудностью диагностики у пожилых, большое значение имеет применение инструментальных методов исследования
- Ультразвуковое исследование брюшной полости, магнитно-резонансная томография, лапороскопия. Наличие жидкости в брюшной полости- косвенный признак воспаления.

Лечение.

- Основным принципом лечения острого аппендицита у пожилых больных является ранняя операция, после адекватной предоперационной подготовки. Операция в большинстве случаев проводится под эндотрахеальным наркозом, с применением мышечных релаксантов. В некоторых случаях требуется продленная вентиляция легких.

Причины осложнений во время операций и послеоперационном периоде

- Больные пожилого и старческого возраста отягощены большим количеством сопутствующих заболеваний, которые могут существенно влиять как на клиническую картину, так и давать тяжелые осложнения во время операции и послеоперационном периоде.

Особенности послеоперационного периода

- 1 Профилактика и лечение пареза кишечника(назогастральный зонд, перидуральная блокада)
- 2 Профилактика тромбозов и эмболии.
- 3Лечение хронических заболеваний, которые были выявлены до операции(сердечно –легочную, печеночно – почечную и другие виды патологий).

Особенности диагностики и лечения острого холецистита у пожилых больных.

- Острый холецистит по-прежнему остается актуальной проблемой неотложной помощи, так как этим заболеванием страдают в большинстве случаев лица пожилого и старческого возраста с массой сопутствующих заболеваний.

Как часто встречается острый холецистит?

- Острый холецистит- одна из самых частых патологий в отделении неотложной хирургии
- По абсолютному числу умерших острый холецистит превосходит острый аппендицит и другие острые заболевания брюшной полости, кроме острой кишечной непроходимости.

Особенности течения острого холецистита у пожилых больных

- Больным этой категории свойственно особенно раннее и быстрое развитие гнойно-некротических процессов в стенке пузыря, а клиническая картина заболевания не всегда позволяет верно оценить форму воспалительного процесса. Нет параллелизма между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями в стенке желчного пузыря.

Диагностика острого холецистита.

- В основе диагноза лежат клинические проявления заболевания. Однако, при не типичном развитии заболевания, большое значение имеют лабораторные и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование брюшной полости, магнитнорезонансная томография, лапороскопия.

Тактика при остром холецистите у пожилых больных.

- У больных пожилого и старческого возраста мы придерживаемся активной хирургической тактики лечения заболевания. С учетом быстроты развития деструктивных изменений в желчном пузыре и высокого риска операции у тяжелых соматических больных, лечение начинается с консервативных мероприятий: введения обезболивающих и спазмолитических препаратов.

Консервативная терапия



1. Инъекции М-холинолитиков периферического действия: Sol. Atropini 0,1%-1 ml в/м 1 р/д
2. Анальгетики: Sol. Promedoli 1%-1 ml в/м 1 р/д
3. Антигистаминные препараты:
Sol. Dimedroli 1%-1 ml в/м 1 р/д
4. Инфузионная терапия:
Sol. Glucosae 5%-400,0
Sol. Glucosae 10%-200,0
Sol. Insulini 6 Ed
Sol. Kalii chloridi 10%-30,0 в/в капельно 2 р/д
Sol. Trisamini 3,66%-500,0
Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 в/в капельно
5. Антибактериальная терапия:
Sol. Ciprofloxacini 0,2-100 ml в/в 1 р/д

Тактика лечения (продолжение)

- При положительном эффекте консервативного лечения и спокойной ультразвуковой картине больному продолжают проводить консервативное лечение и всестороннее обследование, на фоне чего уточняются показания к отсроченному или плановому оперативному лечению

Тактика лечения (продолжение)

- При наличии клинических и ультразвуковых признаков (большой напряженный желчный пузырь с утолщенными расслоенными стенками с наличием в полости камней или без таковых) деструктивного холецистита и неэффективности короткого консервативного лечения соматически неотягощенные больные моложе 60 лет срочно оперируются в первые 24-48 часов пребывания в отделении.

Тактика лечения(продолжение)

- При наличии тех же признаков у больных пожилого и старческого возраста, а также у более молодого, но соматически отягощенного контингента, выполняется в те же сроки срочная лапароскопия, позволяющая объективно визуально оценить состояние желчного пузыря и брюшной полости. При выявлении на лапароскопии признаков массивной сквозной деструкции стенки пузыря больные экстренно оперируются

Хирургическое лечение

- Операцией выбора в абсолютном большинстве случаев является холецистэктомия. Лишь в очень редких случаях, у наиболее тяжелых больных старческого возраста, с высоким операционно-анестезиологическим риском, в случае недостаточной эффективности пункционной декомпрессии желчного пузыря выполняется холецистомия под местным обезболиванием.

Техника холецистэктомии.



Лапароскопическая холецистэктомия

