Острая кишечная непроходимость

Определение

Острая кишечная непроходимость (ileus) — синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого кишечника вследствие механического препятствия или функционального нарушения моторики кишки.

По летальным исходам эта патология занимает одно из первых мест среди всех острых заболеваний органов брюшной полости.

Классификация

1. По морфофункциональным признакам:

- ***Динамическая (функциональная) кишечная непроходимость*** — нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого:

  Паралитическая кишечная непроходимость (в результате снижения тонуса миоцитов кишок);

  Спастическая кишечная непроходимость (в результате повышения тонуса);

- ***Механическая кишечная непроходимость*** — окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обусловливает нарушение кишечного транзита:

Странгуляционная кишечная непроходимость (лат. strangulatio — «удушение») — возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению питания. Классическими примерами странгуляционной кишечной непроходимости являются заворот, узлообразование и ущемление.

Обтурационная кишечная непроходимость (лат. obturatio — «закупорка») — возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого:

внутрикишечная без связи со стенкой кишки — причиной могут быть крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела;

внутрикишечная, исходящая из стенки кишки — опухоли, рубцовые стенозы;

внекишечная — опухоль, кисты;

Смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и обтурации):

инвагинационная кишечная непроходимость как результат инвагинации;

спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счёт сдавления кишечника спайками брюшной полости.

Классификация

2. По клиническому течению: острая и хроническая;

3. По уровню непроходимости: высокая (тонкокишечная,) и низкая (толстокишечная);

4. По пассажу химуса: полная и частичная;

5. По происхождению: врождённая и приобретённая.

Этиология

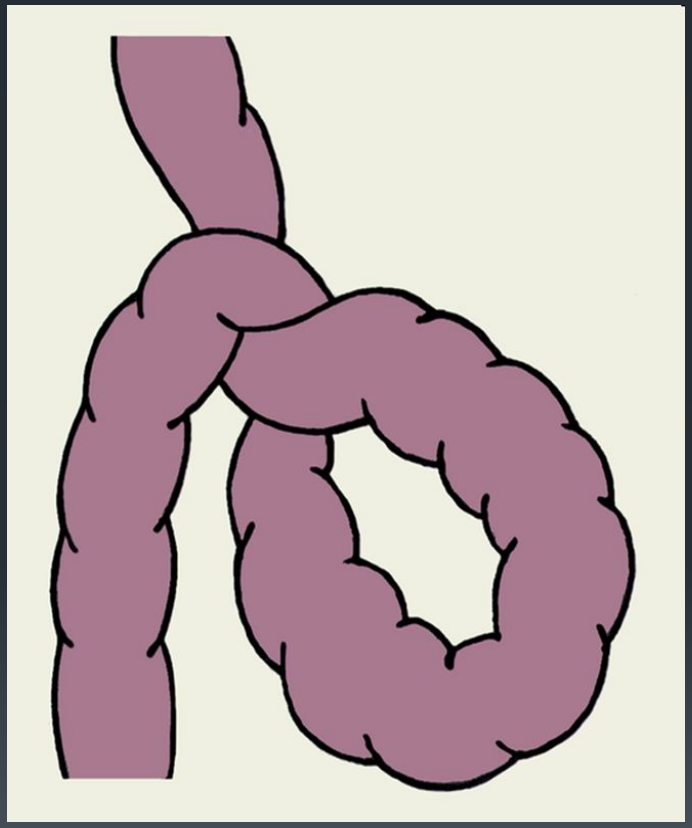
Динамическую (функциональную) непроходимость подразделяют на паралитическую и спастическую. Механическое препятствие продвижению кишечного содержимого при динамической кишечной непроходимости отсутствует. Паралитическая кишечная непроходимость возникает вследствие пареза кишечника, чаще в послеоперационном периоде, при интоксикации (например, при перитоните, уремии) и заболеваниях нервной системы. Парез кишечника сопровождается его вздутием, растяжением кишечной стенки, расстройством кровообращения в ней и развитием гипоксии тканей.

Спастическая непроходимость кишечника может быть следствием интоксикации, она наблюдается также при функциональных заболеваниях нервной системы, спазмофилии.

Этиология

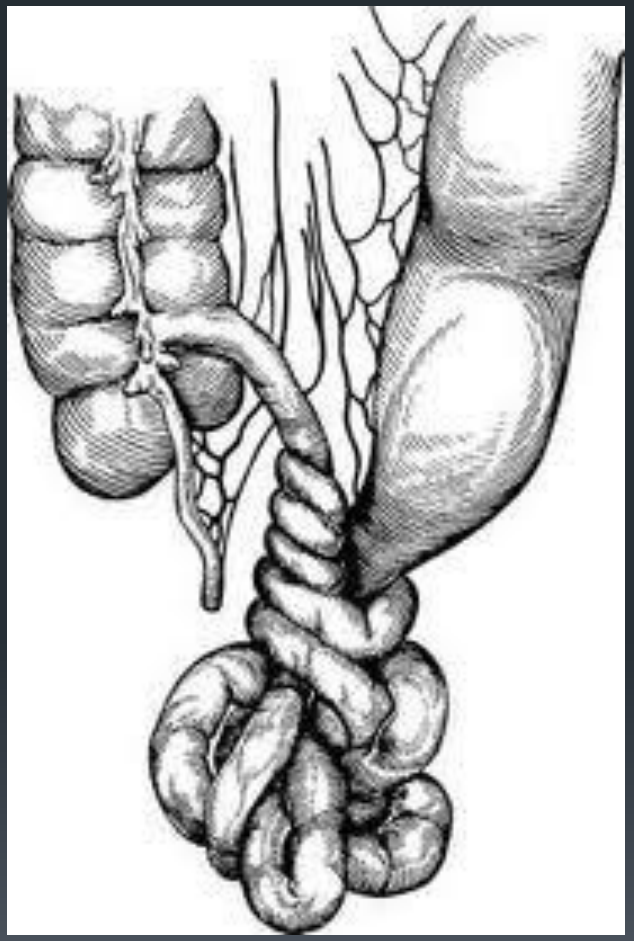
Механическую непроходимость подразделяют на странгуляционную, обтурационную и смешанную кишечную непроходимость.

Странгуляционная непроходимость возникает при завороте тонкой или толстой кишки, узлообразовании, ущемлении кишки в грыжевых воротах . При странгуляции сдавливается участок кишки с брыжейкой и нарушается кровообращение в стенке кишки, что ведет к ее некрозу. Заворот кишок возникает при повороте брыжейки и кишечных петель вокруг продольной оси брыжеечных сосудов на 180—720°, вследствие чего наступает их тромбоз, обусловливающий нарушение кровообращения в стенке кишки и ее некроз.



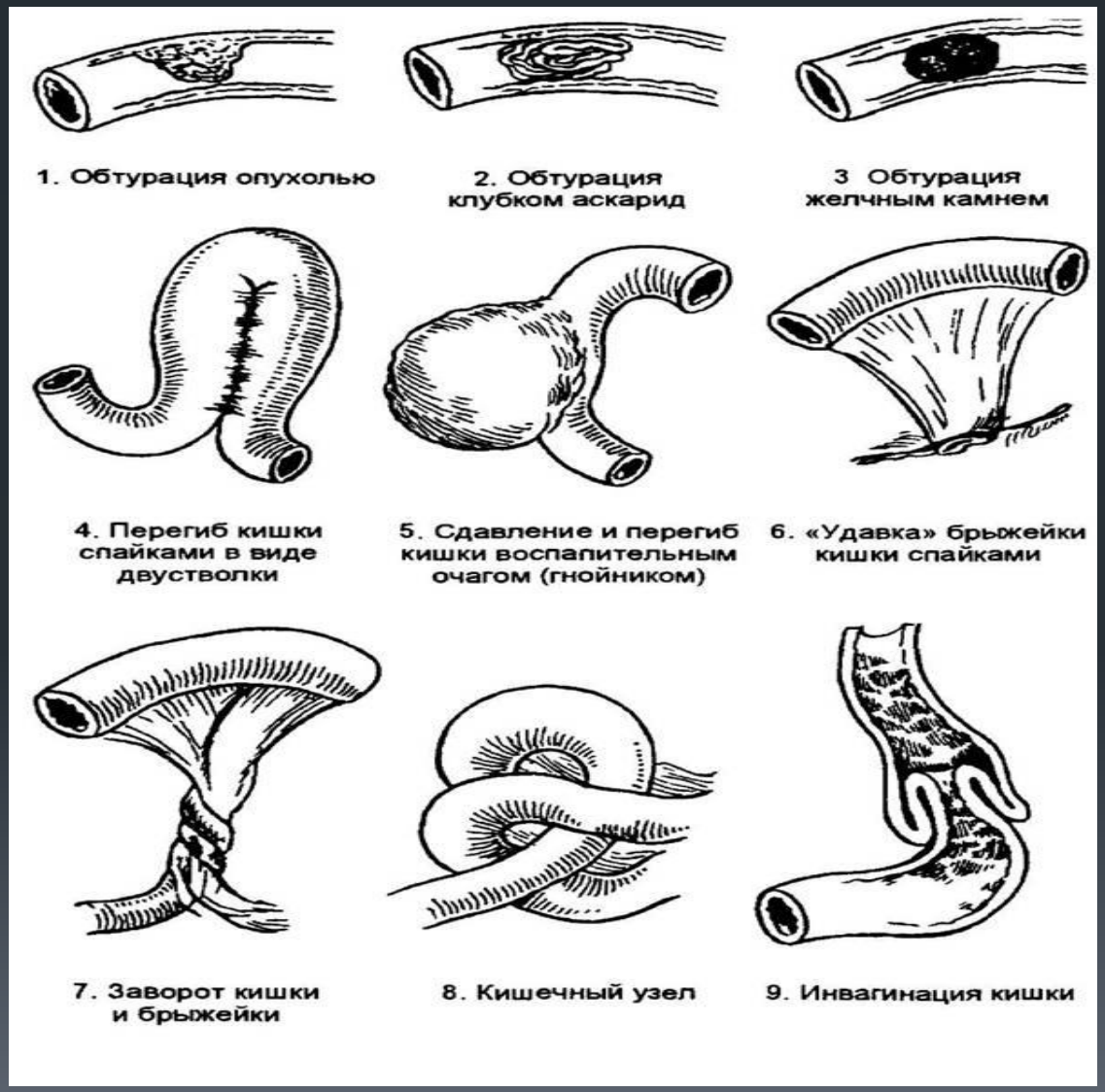
Этиология

Узлообразование происходит между кишечными петлями при длинной брыжейке. В результате перистальтики одна петля кишки (сдавливающая) перекидывается и закручивается вокруг другой (осевой) и ущемляет ее, следствием чего является расстройство кровообращения в обеих петлях и их некроз.



Этиология

Механическая непроходимость кишечника



Клиническая картина

- ***Боль в животе*** — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приёма пищи, в любое время суток, без предвестников; характер боли схваткообразный. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, истощения энергетических запасов мускулатуры кишечника, боль начинает носить постоянный характер. При странгуляционной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2-3-и сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми распирающими болями в животе;

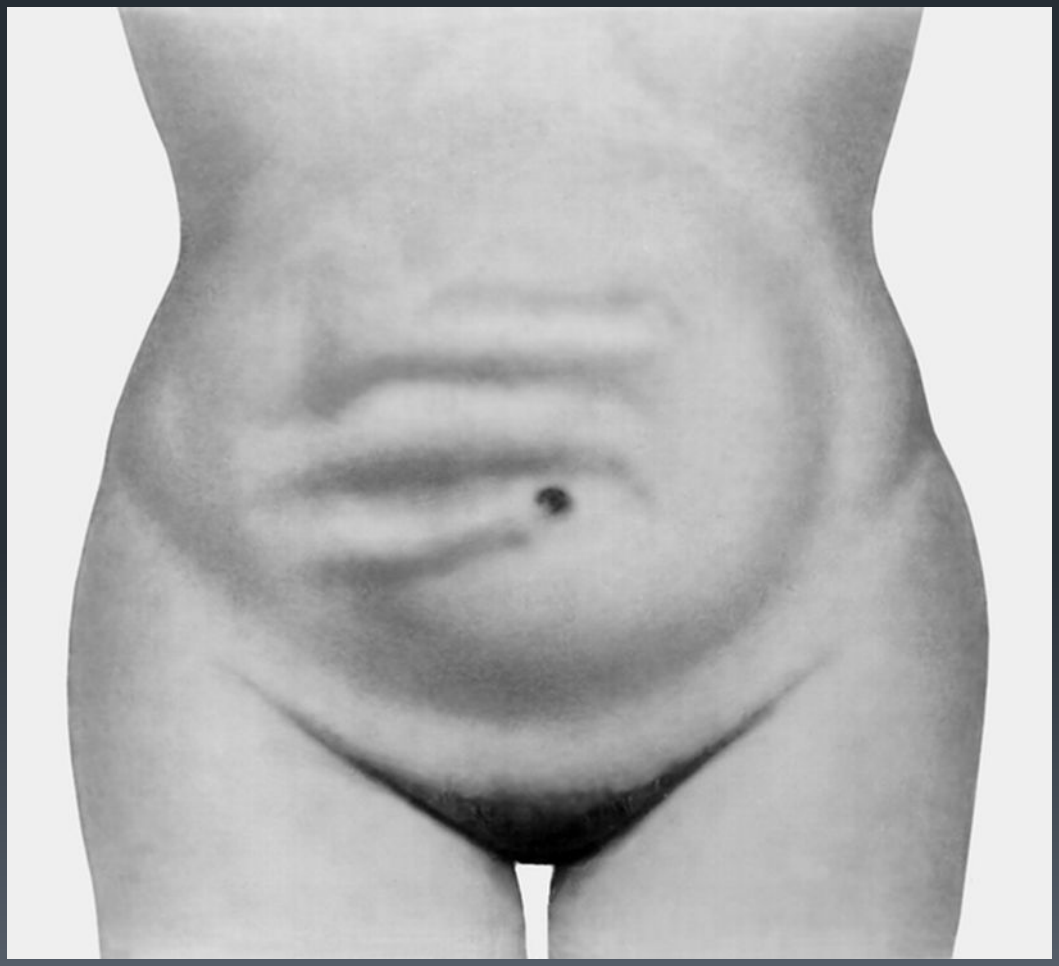
- ***Задержка стула и газов*** — патогномоничный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком её характере, в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул, иногда многократный за счёт опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При инвагинации из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения. Это может стать причиной диагностической ошибки, когда острую кишечную непроходимость принимают за дизентерию;

- ***Вздутие и асимметрия живота;***

- ***Рвота*** — после тошноты или самостоятельно, часто повторная рвота. Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем ранее возникает рвота и имеет более выраженный характер, многократная, неукротимая. Рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем центральный (интоксикация) характер

Клиническая картина

Живот больной с механической непроходимостью кишечника (заворот тонкой кишки): видны поперечно расположенные валы.



Клиническая картина

Стадии острой кишечной непроходимости:

- **Начальная** – от 2 до 12 ч, доминируют болевой синдром и местные симптомы со стороны живота.
- **Промежуточная** – стадия мнимого благополучия, от12 до 36 ч, боль теряет схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной, живот сильно вздут, перистальтика кишечника слабеет, выслушивается «шум плеска». Задержка стула и газов.
- **Поздняя** – стадия перитонита и тяжёлого абдоминального сепсиса, наступает через 36 ч. Возникновение полиорганной недостаточности, выраженные интоксикации и обезвоживание, а так же прогрессирующие расстройства гемодинамики. Признаки ПЕРИТОНИТА.

Специфические симптомы

- При осмотре живота:

Симптом Валя — относительно устойчивое неперемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь;

Симптом Шланге — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации;

- При аускультации:

Симптом Склярова — выслушивание «шума плеска» при сукуссии (лёгком сотрясении живота);

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

Симптом Спасокукоцкого-Вильмса — «шум падающей капли»;

«Мёртвая (могильная) тишина» — отсутствие звуков перистальтики; зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся;

- При перкуссии:

Симптом Кивуля — усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлёй кишки

Специфические симптомы

- При пальпации:

Симптом Шимана — при завороте сигмовидной кишки вздутие локализовано ближе к правому подреберью, тогда как в левой подвздошной области, то есть там, где она обычно пальпируется, отмечают западение живота;

Симптом Тевенара (при странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки) — резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень её брыжейки.

- При ректальном исследовании:

Симптом Обуховской больницы – атония анального жома и балонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки.

Симптом Цеге-Мантефейля – малая вместимость дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы (не более 500 мл)

Дифференциальная диагностика

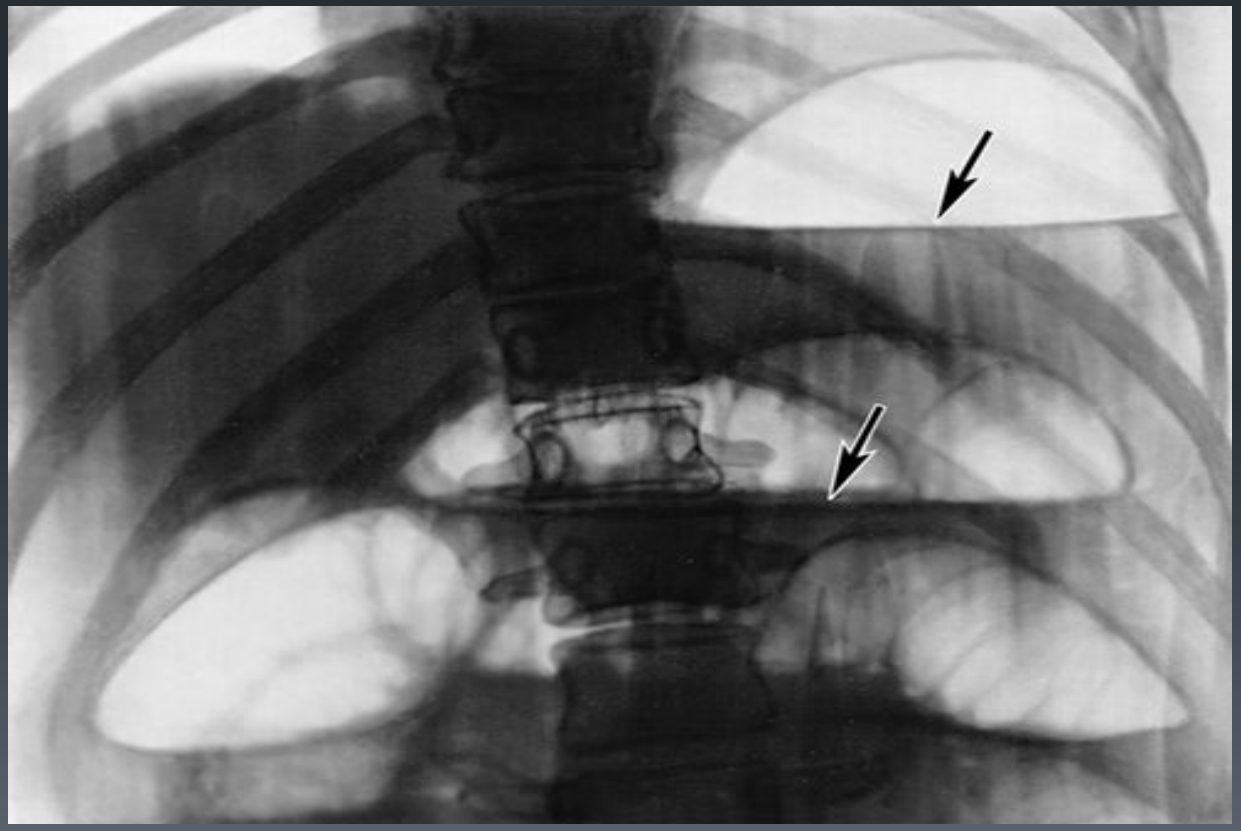
- острый панкреатит,
- острый аппендицит,
- острый холецистит,
- перитонит ,
- прободная язва,
- почечная колика
- внематочная беременность,
- плеврит,
- ишемическая болезнь сердца (острый инфаркт миокарда, стенокардия).

Инструментальные методы исследования

- Рентгенографическое исследование:
- Колоноскопия
- УЗИ

Инструментальные методы исследования

При тонкокишечной непроходимости: стрелками указаны горизонтальные уровни жидкости с газовыми пузырями над ними — чаши Клойбера.)



Лечение

Во всех случаях, когда диагноз острой механической кишечной непроходимости установлен или предполагается, больной должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар.

Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (2-4 часа) показано только при наличии перитонита, в остальных случаях лечение начинают с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтвержден) мероприятий. Мероприятия направлены на борьбу с болью, гиперперистальтикой, интоксикацией и нарушениями гомеостаза, освобождение верхних отделов пищеварительного тракта от застойного содержимого посредством постановки желудочного зонда, сифонные клизмы.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения показано оперативное лечение. Консервативное лечение эффективно лишь в случаях исчезновения боли в животе, вздутия живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и синдрома Валя, значительно уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования наряду с разрешением явлений копростаза на фоне проводимых клизм.

Презентацию подготовила
Альтенгоф Ирина