

АО «Медицинский университет Астана»

**«Оказание первичной
медицинской помощи при
острой кишечной
непроходимости на уровне
ПМСП»**

Мухамеджанова А.М.
740 гр. АиГ

Острая кишечная

непроходимость является одним из наиболее тяжелых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Она сопровождается высокой послеоперационной летальностью (15-20 %) и составляет 2-3 % от числа всех острых хирургических заболеваний.

Заболеваемость составляет 1,6 на 10 000 населения.

**Непроходимость
кишечника** подразделяют на
механическую и динамическую.
Различают острую странгуляционную,
острую обтурационную механическую
непроходимость



При странгуляционной кишечной непроходимости отмечается сдавление сосудов брыжейки. К этой форме механической кишечной непроходимости относят: завороты, узлообразование, внутренние ущемления, сдавления и ущемления спайками, дивертикулом подвздошной кишки и воспалительными тяжами.

При обтурационной кишечной непроходимости сосуды брыжейки не сдавлены. Обтурация может быть вызвана желчными и каловыми камнями, инородными телами, аскаридами, доброкачественными и злокачественными опухолями, рубцовыми и воспалительными стенозами.

К сочетанным формам острой кишечной непроходимости относят инвагинации и отдельные формы спаечной кишечной непроходимости, при которых наряду с обтурацией имеются и нарушения кровоснабжения.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОКН)

Первая медицинская помощь больному с острой кишечной непроходимостью (ОКН) на догоспитальном этапе состоит в следующем:

- введение спазмолитиков внутримышечно (папаверин, платифиллин) и антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин);
- введение зонда в желудок для постоянной аспирации содержимого;
- при признаках шока - введение противошоковых и плазмозамещающих растворов на месте происшествия и по ходу эвакуации;
- экстренная госпитализация в хирургическое отделение дежурной больницы;
- транспортировка больного производится на носилках.

Диагноз ОКН определяет абсолютное показание к экстренной операции. Предоперационный период обычно продолжается в течение времени, необходимого для разгрузки желудка, предварительной коррекции расстройств гомеостаза и нарушений в системах жизнеобеспечения, что следует проводить параллельно с обследованием больного. Особенности анестезии и объем операции зависят от причины, вида и уровня ОКН, анатомических изменений в кишечнике, наличия перитонита и состояния жизненно важных функций больного.

Раннее оперативное вмешательство (в первые 3 ч) обычно завершается органосохраняющим вмешательством (устранение заворота, рассечение спаек, дезинвагинация и др.). Ранняя операция позволяет получить наиболее благоприятные результаты, а летальность после таких операций не превышает 5%.



При оперативном лечении в поздние сроки ОКН приходится выполнять обширные резекции кишки, производить длительную интенсивную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных нарушений, лечение перитонита. Летальность при поздних оперативных вмешательствах достигает 14 - 25% и находится в прямой зависимости от сроков госпитализации больного и времени вмешательства.

Результаты лечения ОКН зависят от строгого выполнения всех положений медицинской доктрины в неотложной хирургии. Снижение летальности при ОКН может быть достигнуто сокращением сроков обращения населения за медицинской помощью и госпитализации больных, совершенствованием диагностики на догоспитальном этапе, в приемном отделении и в стационаре, применением рациональной инфузионной терапии до операции, правильным выполнением оперативного вмешательства и проведением патогенетически обоснованного послеоперационного лечения.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**