



Спаечная кишечная непроходимость

Выполнила студентка 5 курса, пед. ф-та,
Кондратьева О.Ю.
ОП-509

Определение

- Спаечная кишечная непроходимость – это патологическое состояние, связанное с образованием спаек в брюшной полости после различных острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости, в т. ч. в после оперативного вмешательства.

Классификация

- Ранняя СКН – обтурационная, развивающаяся в первые 3-4 недели после операции (перегибы петель и сдавление их спайками).
- Поздняя СКН – стронгуляционная, - возникающая через месяцы и годы после хирургического вмешательства.

Ранняя СКН. Формы течения

- На 3-4 день после операции СКН возникает на фоне тяжелого пареза кишечника **ранняя спаечно-паретическая форма** (как правило, после хирургического вмешательства по поводу гнойного перитонита).
- На 5-13-й день послеоперационного периода, в результате перегибов и сдавлений кишечных петель спайками. Возникает наиболее типичная, **простая форма** СКН. В этот период также может развиваться СН, вызванная воспалительным инфильтратом.
- На 3-4 неделе после операции – отсроченная форма (явления обтурации и стронгуляции).

Клиника

- Ранняя спаечно-паретическая форма СКН:
тяжелое общее состояние, в связи с чем симптомы основного заболевания недостаточно выражены и развиваются постепенно. Жалобы на периодически усиливающиеся постоянные боли в животе. Постепенно боль становится схваткообразной, рвота – более частой и обильной. Вздутие живота приобретает асимметрию. Иногда – вялая перистальтика. Аускультативно – периодические слабые кишечные шумы. Пальпация живота болезненна. Самостоятельного стула нет.

Клиника

- *Рентгенологическое исследование* подтверждает диагноз. На обзорных снимках брюшной полости видны множественные горизонтальные уровни и газовые пузыри в растянутых кишечных петлях.

Клиника

- Простая форма ранней СКН развивается в период стихания перитонеальных явлений и улучшения общего состояния ребенка (5-13 день после операции). Внезапно возникают приступообразные боли в животе, постепенно их интенсивность увеличивается. Появляется рвота, вначале пищевыми массами, затем с примесью желчи. Асимметрия живота. Периодическая видимая перистальтика. Аускультативно – звонкие кишечные шумы. Перкуторно над участками вздутия – тимпанит. Пальпация может усиливать перистальтику и болевые приступы. В промежутках между приступами живот мягкий. Газы периодически отходят, стул вначале может быть самостоятельным.

- Характерно нарастание симптомов. Через несколько часов общее состояние ухудшается, рвота становится частой. Болевые приступы учащаются. Появляются признаки обезвоживания. Язык сухой, с налетом. Пульс частый. Газы и самостоятельный стул отсутствуют.
- Рентгенологически – неравномерные по величине горизонтальные уровни, без характерной локализации.

- Для ранней СКН, вызванной воспалительным инфильтратом, характерно также постепенное начало. Но явления непроходимости обычно предшествуют ухудшение общего состояния ребенка, повышение температуры. Пальпируется болезненный плотный инфильтрат. В ОАК – признаки гнойного процесса.

- Ранняя отсроченная СКН возникает на 3-4 неделе послеоперационного периода, обычно осложняет длительно текущие перитониты. Клиника чаще характерная для простой ранней СКН – постепенное развитие, периодическое усиление. Может быть и у ребенка, хорошо перенесшего операцию. В этом случае непроходимость обычно протекает бурно.

Лечение ранней СКН

- Консервативное лечение начинают с момента выявления самых ранних признаков СКН. Отменяют энтеральное питание, проводят комплекс мероприятий, усиливающих перистальтику кишечника, предупреждающих интоксикацию и обезвоживание, а также поднимающих реактивные силы организма.

Тактика консервативного лечения (прозериновый комплекс)

- Промывание желудка 2% содовым раствором;
- Ганглионарная блокада
- Внутривенная стимуляция кишечника
 - 10 % раствор хлорида натрия по 2 мл на 1 год жизни;
 - 0,05 % раствор неостигмина метилсульфата (прозерина) по 0,1 мл на 1 год жизни.
- Сифонная клизма

- У 1/3 детей после проведения 2-3 курсов консервативной терапии явления непроходимости стихают, в таких случаях эти мероприятия продолжают до 18-24 часов, и они могут полностью ликвидировать патологии.
- Если в течении первых 5-6 часов облегчения нет, то показана релапаротомия.

- При тяжелом парезе кишечника консервативное лечение проводят не менее 10-12 часов. Если за это время улучшений нет, то назначают операцию.

- При появлении непроходимости на 3-4 неделе после операции возможен странгуляционный характер илеуса. В связи с этим допускается кратковременная и интенсивная консервативная терапия. Как правило, улучшения нет и ребенка направляют на операцию.

Оперативное лечение при ранней СКН

- Наиболее правильное хирургическое вмешательство – это образование временной энтеростомы с расчетом на рассасывание спаек и самопроизвольное восстановление нормального пассажа кишечного содержимого. Проводят под эндотрахеальным наркозом и защитным переливанием крови.

Оперативный доступ

- Оперативный доступ выбирают с учетом локализации разреза брюшной стенки, произведенного при первой лапаротомии. Чаще всего пользуются парамедианным доступом. При необходимости этот разрез расширяют.

Техника операции

■ *Ранняя спаечно-паретическая непроходимость*

Брюшную полость вскрывают левым парамедианным разрезом (5-6 см) на уровне пупка.

Если видно раздутые и спавшиеся, «склеенные» спайками кишечные петли, то необходимо освободить наиболее раздутую петлю тонкой кишки и создать энтеростому.

Техника энтеростомии

- Петлю кишки подводят к ране и подшивают отдельными тонкими шелковыми швами атравматической иглой к брюшине и апоневрозу. Затем кишку фиксируют редкими швами к коже, образуя внебрюшинную площадку. Окружность раны покрывают стерильной цинковой пастой, электроножом крестообразно вскрывают просвет кишки и отсасывают содержимое.

- Если в брюшной полости значительное количество гнойного выпота и видны раздутые, без спаек кишечные петли, то для выяснения причины рану расширяют и производят ревизию брюшной полости. Отсасывают электроотсосом выпот. В брыжейку вводят раствор новокаина и устанавливают локализацию спаечного процесса. Находят наиболее дистальный приводящий отдел свободной кишки и намечают место создания энтеростомы.

- Производят добавочный разрез в боковом отделе брюшной стенки и подшивают стенку кишки для создания свища. Брюшную полость зашивают наглухо. После этого электроножом вскрывают просвет выведенной тонкой кишки.

- ***Простая форма ранней СКН.*** Брюшную полость вскрывают в нижнебоковом отделе (противоположном стороне первой операции). Обнаружив спаечный процесс, ревизию брюшной полости не производят и накладывают энтеростому на раздутую газом петлю.

- Если при вскрытии выявляют свободные от спаек кишечные петли и наличие экссудата, то необходимо вскрыть брюшную полость отдельным срединным разрезом для широкой ревизии.
- При наличии плоскостных спаек, создают обычный тонкокишечный свищ.
- Шнуровидные и плоские спайки – их рассекают, ликвидируют перегибы кишки, убеждаются в жизнеспособности кишки и вводят в брюшную полость гидрокортизон в р-ре новокаина в расчете на 1 кг массы ребенка вместе с антибиотиками. Раны брюшной стенки зашивают послойно, наглухо.

- **Непроходимость, вызванная воспалительным инфильтратом.** Срединная лапаротомия выше инфильтрата. Осматривают свободную часть брюшной полости, не разделяя спайки. В случае наличия значительного инфильтрата и относительно короткого приводящего отрезка свободной тощей кишки, проводят двухмоментную операцию временного отключения отделов кишечника с выведением отводящей петли на переднюю брюшную стенку для последующего введения питательных растворов и тренировки кишки.

- В случае ранней отсроченной спаечной непроходимости проводят срединную лапаротомию и тщательно ревизуют. Спайки рассекают, брыжейку инфильтрируют р-ром новокаина и брюшную полость закрывают наглухо после введения гидрокортизона.

Послеоперационное лечение

- Всем детям проводят продленную перидуральную анестезию 4 – 5 дней. Продолжают интенсивное лечение основного заболевания. Со 2-го дня назначают противовоспалительную физиотерапию. Парентеральное питание путем капельных вливаний в п/к вену.
- При наличии энтеростомы несколько раз в день производят туалет раны и обрабатывают кожу цинковой пастой. На свищ – стерильные салфетки, которые периодически меняют. Когда появится нормальный стул, свищ прикрывают жировыми повязками и забинтовывают. Чаще энтеростомы закрывается сама.

Поздняя СКН

- Развивается через несколько мес или лет после операции среди поного здоровья.
- Клиника: внезапно появляются сильные схваткообразные боли в животе. Вскоре присоединяется рвота. Приступы учащаются. Стула нет, газы не отходят. Живот асимметричен. Отчетливая перистальтика. При пальцевом ректальном исследовании отмечается некоторое расслабление сфинктера заднего прохода и пустая ампула. Общее состояние быстро ухудшается.

- Рентгенологически видны горизонтальные уровни и малое количество газа в нижних отделах.
- Лечение оперативное.
- Предоперационная подготовка:
 - Если больной поступил в первые 24 часа и общее состояние удовлетворительное, проводят прозериновый комплекс. Если в течении 2-3 часов состояние не улучшится, то проводят операцию.

- При позднем поступлении состояние тяжелое. Назначают интенсивное лечение. Проводят биохимическое, клиническое исследование. Промывание желудка, сифонная клизма. после улучшения общего состояния, можно приступать к операции.

Техника операции

- Брюшную полость вскрывают срединным разрезом и устанавливают причину непроходимости. в брыжейку вводят р-р новокаина. Плотные спайки рассекают, выравнивая деформированные петли кишечника. Оценивают жизнеспособность кишки в месте странгуляции. В конце операции в брюшную полость вводят гидрокортизон и АБ.

Послеоперационное лечение

- Перидуральная анестезия в течении 3-5 дней, гормоны, антибиотики и сердечные средства. Парентеральное питание в случаях тяжелого пареза или резекции кишечника в течении 3-4 дней.
- Физиотерапия со 2-го дня.
- Со 2-го дня разрешается пить и назначается жидкий стол.

Спасибо за внимание!!!