

Острый живот

– собирательное понятие, которое отражает клиническую ситуацию, связанную с острыми хирургическими заболеваниями, имеющими разную этиологию, патогенез, локализацию или травмами органов брюшной полости, которые носят характер внутрибрюшной катастрофы и требуют единой тактики срочного оперативного вмешательства.

“Острый живот” – термин, включающий симптомокомплекс:

- боль в животе;
- напряжение мышц брюшной стенки.
- симптомы раздражения брюшины;
- тошнота и рвота;
- нарушение отхождения газов и стула;

“Острый живот” – показание к госпитализации. Тактика на госпитальном этапе: запрещают прием пищи и воды, введение обезболивающих, клизм и слабительных, не назначают антибиотики; можно пузырь со льдом на живот. Транспортируют лежа.

Повреждения живота:

- изолированные;
- множественные;
- комбинированные (+ термический ожог или перелом);
- сочетанные (разрыв печени и селезенки);
- открытые (ранения проникающие и непроникающие);
- закрытые (разрывы полых или паренхиматозных органов).

Повреждение полых органов (желудок, кишечник): симптомы перитонизма или раздражения брюшины , из-за излияния химуса, жел. сока, желчи, кал, а затем + симптомы перитонита – следствие воспаления брюшины – интоксикация, увеличени е P_s , t^o , появляется сухость языка. При физикальном исследовании перкуторно определяют воздух в брюшной полости по отсутствию печеночной тупости. (воздух попадает из просвета полого органа).

У мужчин появляется грудной тип дыхания с одновременно неподвижной брюшной стенкой, а также прекращается перистальтика.

При рентгеновском исследовании – появляется симптом “серпа”, когда свободный воздух при вертикальном положении П определяется в виде тонкой полоски между диафрагмой и печенью. Обнаружить наличие воздуха можно с помощью УЗИ.

Повреждения паренхиматозного органа:

- без нарушения капсулы;
- с нарушением капсулы (трещины, разрывы, надрывы).

Могут быть двухмоментные разрывы (селезенка) – появляется гематома которая нарастает и когда лопается капсула, появляется клиника в/брюшного кровотечения.

Симптомы внутрибрюшного кровотечения: общие (см. I семестр) + местные: вздутие живота, притупление перкуторного звука в отлогих местах – боковые фланги живота, если П лежит на спине.

Объективные данные – снижение АД, учащение ЧСС.

Лабораторное подтверждение: понижение Hb, Eг, при массивном – повышение лейкоцитов, если поджелудочная - амилаза крови и мочи.

Для подтверждения – пункция брюшной полости, которая может быть модифицирована в метод шарящего катетера: аспирация крови, мочи, каловых масс или желчи означает повреждение внутренних органов. Если патологическое содержимое в аспирате отсутствует, взрослым больным водят в брюшную полость 1 литр физ р-ра., затем через трубку самотеком собирают в бутылку и отправляют в лабораторию. При знаки повреждения: содержание эритроцитов превышает 100 тыс в 1 мл; лейкоцитов – 500 в 1 мл, повышена активность амилазы; обнаружены бактерии и растительные волокна при окраске мазка по Граму.

– лапароскопия;

– УЗИ.

Помощь на догоспитальном этапе: уложить, холод на живот, быстрее госпитализируем, при наличии раны на животе – уложить на спину с согнутыми в коленях ногами, асептическая повязка; при наличии выпавших органов – их не вправляют, вокруг накладывают ватно-марлевый валик, края – антисептиком, влажная повязка на органы, поверх циркуляторную повязку на живот. При открытой травме – когда операция неизбежна – анальгетики допускаются, но после осмотра врачом. Полые – ушивают, паренхиматозные – ушивают, резецируют (печень), удаляют (селезенка)

Реинфузия: излившуюся кровь при разрыве реинфузируют. если нет инфицирования кишечным содержимым и прошло меньше 6 часов от момента травмы.

Аппендицит

Характерный симптомокомплекс.: ноющая боль, которая начинается в эпигастрии и постепенно перемещается в правую подвздошную область (симптом Кохера), мышечное напряжение (дефанс) и симптом Щеткина – Блумберга. могут быть также тошнота, рвота, задержка стула, газов, увеличение температуры или жидкий стул, иррадиация боли влево или вверх (варианты расположения). Могут быть положительными с-мы Ровзинга, Ситковского, Бартомье, псоус-симптом .

У детей – гипеоэргическая реакция

У взрослых – гипеоэргическая реакция

} Особенности
клинических проявлений

Аппендицит у беременных

Во время беременности увеличивается в объеме матка, постепенно перемещается и заполняет почти всю брюшную полость. Поэтому внутренние органы смещаются и сдавливаются – эти условия создают расстройство кровообращения и застойные явления в кишечнике. Нарушения пассажа, инфекция, со смещением слепой кишки нарушается свободная локализация процесса, исчезают точки болезненности, кроме того происходит смещение сальника.

Беременная матка создает препятствие для скопления и осумкования гноя в дугласовом пространстве, потом гной стекает в малый таз и скапливается.

Распознать аппендицит нелегко как в ранние, так и в поздние сроки, так как имеются симптомы, характерные и для беременности. В I-й половине беременности А. дифференцируют с внематочной беременностью, перекрутом кисты яичника, аднекситом. Во II половине – с пиелонефритом, холециститом. При сохраняющемся подозрении на А. должно настораживать необъяснимое проявление: многократная рвота, лейкоцитоз со сдвигом влево, тахикардия, повышение температуры, озноб, появление болезненности, гипертонуса матки, боли при ее смещении, боль, которая усиливается при движении правого бедра.

Выжидание классической триады – опасно, особенно у беременных, УЗИ, апроскопия, если подтверждают – операцию делать при любом сроке, при возникновении сложных ситуаций прежде всего сохраняют жизнь женщине.

Аппендэктомия – единственное лечение:

I способ: лигатурный

II способ: кисетный (отросток удаляют + кисетный шов);

III способ: инвагинационный;

IV способ: лапароскопический.

Осложнения: - инфильтрат (тактика);

Абсцесс (тактика);

Перитонит.

Перитонит

– воспаление брюшины (S=S кожных покровов).

Брюшина поглощает большое количество жидкости, 2,5 л/час за счет осмоса, диффузии, фильтрации. По мере повышения отделов всасывание увеличивается.

По фазам течения:

– реактивная;

– токсическая;

– терминальная. (внешне - землистый цвет лица)

По распространенности:

– местный (ограниченный; неограниченный); [Вследствие разности потенциалов происходит притягивание тканей к очагу воспаления (петли кишечника, сальник, стенки поврежденного органа, брюшная стенка)].

– распространенный : диффузный (1 этаж брюшной полости), разлитой (почти вся полость); общий (тотальный).

По течению:

- острый;
- хронический.

По экссудату:

- серозный;
- фиброзный;
- гнойный;
- геморрагический.

Перитонит:

- первичный;
- вторичный.

По причинам возникновения:

- воспалительный процесс;
- прободение;
- повреждение;
- расстройство кровообращения;
- гематогенный – криптогенный.

Основной синдром перитонита – синдром интоксикации, очень выражен и увеличивается быстро: нарушение электролитного баланса, сердечная патология, признаки острого живота (см. выше). Кроме того, из-за угнетения перистальтики нарастает метеоризм и в просвете секвестрируется большое количество жидкости, т.к. кишечные соки (8-10 л/сут) не всасываются. Развивается гиповолемия (гемоконцентрация, жажда, сухой язык, “лицо гиппократата”). Перитонит сразу не оперируют, чем тяжелее П, тем дольше предоперационная подготовка (3-4 часа), которая заключается в инфузионной (дезинтоксикационной) терапии, сердечно-сосудистые ЛС, антибиотики ШСД, цефалоспорины. Дезэскалация – принцип антибактериальной терапии, при котором стартовыми являются наиболее сильные антибиотики (применяется при септических состояниях); эскалация – когда начинают со слабых и наращивают мощность при неэффективности лечения. Назначают препараты, действующие на анаэробные микробы.

Вводят назогастральный зонд. Правило 3-х катетеров: вена, подключичный, назогастральный зонд (для декомпрессии и промывания).

.

Лечение:

1. Операция начинается широкой лапоротомией
2. санация брюшной полости (удаление источника, промывание брюшной полости - фурацилин, физ. р-р, Рингер- всего до 10 л; фракционное, р-р подогреть до t° тела, сначала отсасываем, затем заливаем р-р;
3. дренирование: (трубчатые, резиново-марлевые дренажи).

Послеоперационное промывание проточное: трубки в правое и левое подреберье и в малый таз через подвздошную область.

В полусидячем положении, через верхние трубочки, а через нижние – в банку.

Возможно проточное и фракционное промывание. Для мониторинга состояния брюшной полости проводят анализ оттекающей лаважной жидкости – изучают соотношение лейкоцитов и эритроцитов. (В норме Л/Эр крови = 1:740). После плановых “чистых” операциях это соотношение 1:658 (почти как в крови), а при перитоните 1:7

Лапаростомия – брюшная стенка не зашивается, надевается пленка целлофановая перфорированная + салфетки с антисептиком.

На следующий день наркоз, еще раз в операционную, если лучше, то на 2-й день зашивают.

Комплексная консервативная терапия:

- эффективное обезболивание;
- стабилизация гемодинамики;
- антибактериальная терапия;
- коррекция в-э нарушений;
- снижение в/брюшного давления;
- восстановление моторной функции ЖКТ;
- коррекция метаболизма.

Острый холецистит

– воспаление желчного пузыря, заболевание связано с этиологическими факторами и наличие всех 3 может привести к клиническим проявлениям.

1. Инфекция, которая может проникнуть гематогенным, лимфогенным, восходящим энтерогенным путем.

2. Нарушение биохимизма желчи (что есть нарушения обмена веществ).

3. Нарушение оттока желчи в следствии наличия камней или стенозов.

Провоцирующий фактор – жирная, жареная, острая пища.

Главный симптом – появление внезапной боли, часто после еды в правом подреберье с иррадиацией в эпигастрий, правое плечо, лопатку, надключичную область, в область сердца, симулируя приступ стенокардии. Боли связаны с реакцией стенки пузыря на растяжение в результате нарушения оттока при воспалении, отеке, перегибе, закупорке пузырного протока. Боль увеличивается при физическом напряжении (разговор, дыхание, кашель) Кроме этого повышается температура, сухой обложенный язык, часто рвота, не приносящая облегчения. Постепенно появляется желтуха, П ведут себя беспокойно. При физикальном обследовании: резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, кроме этого могут быть симптомы:

Симптом Орнтера – болезненность при поколачивании по правой реберной дуге.

Френикус – симптом – раздражение Френикус-нерва в пр. надключичной области, надавливание – боль.

Симптом Мерфи – усиление болезненности и определение дна желчного пузыря при пальпации при вдохе.

Симптом Щеткина – Блюмберга – болезненность брюшной стенки, которая возникает после резкого отнятия надавливающей руки.

При лабораторном обследовании: изменение лейкоцитоза сдвиг влево, увеличение V_i , УЗИ, если отсутствуют признаки раздражения брюшины, то проводят консервативное лечение, если они имеются – предоперационная подготовка.

Консервативная терапия: постельный режим, голод, холод, пузырь со льдом на подреберье, если частая рвота – назогастральный зонд-промывание желудка.

Атропин, спазмолитик (но-шпа, платефилин, папаверин).

Инфузионная терапия, антибиотики, сердечно-сосудистые ЛС, обезболивание по назначению врача, амнопон и морфин не показаны, так как вызывают спазм Оддисфинктера, сами нарушают отток. Тюбаш.

Осложнения: холецистопанкреатит, холонгит (воспаление внутривенно-желчного протока).

После операции – швы снимают на 10-ые сутки, поднимают на 3-ьи сутки + бандаж в течение 2 месяцев, ограничить физическую нагрузку, БЛ на 1, 2 месяца + диета 6 месяцев.

Острый панкреатит

– воспаление поджелудочной железы, которая находится под левой диафрагмой на задней стенке: головка, тело, хвост. Она выделяет секрет через вирсунгов проток, который очень часто соединяется с устьем общего желчного протока, они объединяются общей ампулой и открываются в просвет 12-перстной кишки и Сфинктер Одди тоже там.

Панкреас – железа с внутренней и внешней секреторной активностью.

При внешней – выделяется до 2 л. панкреатического сока в сутки, который содержит ферменты: амилаза, липаза, нуклеаза, трипсин, химотрипсин.

При внутренней – глюкагон, инсулин, липокаин. (в островках Лангерганса.)

Инсулин и глюкагон – антагонисты.

Панкреатит – полиэтиологическое заболевание, 3 группы причин:

– механические факторы – процессы, вызывающие внутрипротоковую гипертензию (воспаления, опухоли, стенозы), рефлюкс-заброс (желчь и кишечное содержимое, которое вызывает реактивный отек);

– нейрогуморальные;

– токсикоаллергические (инфекции, иммунные нарушения, влияние ЛС, первичное повреждение ацинозных клеток);

– провоцирующие (алкоголь, жирное питание).

В патогенезе: активация ферментов при недостатке их ингибиторов, самоперерывания паренхимы железы за счет уменьшения ферментов:

- интерстициальный (отечный);
- геморрагический панкреонекроз;
- жировой панкреонекроз;
- хр. панкреатит.

Болеют чаще женщины.

Клиника:

– абдоминальный синдром – мучительная боль, опоясывающая в верхней половине живота с иррадиацией в поясницу, лопатку, плечо, рвота непрерывная и мучительная, динамическая (паретическая кишечная непроходимость), которая развивается в результате отека брыжейки толстой кишки, задержка стула, сухость во рту, икота, отрыжка – от раздражения диафрагмального нерва; желтушность из-за нарушения оттока;

– панкреатокардиоваскулярный синдром: общий цианоз с проливным потом, холодными конечностями, нитевидным пульсом, понижение АД, часто загрудинные боли, при этом на ЭКГ – гипоксия миокарда.

– панкреатоплевральный синдром – затрудняется экскурсия диафрагмы, дыхания, одышка, и возможен выпот в плевральную полость;

– панкреаторенальный – поражение почек, олигурия, уменьшение плотности, увеличение Ег из-за отравления ферментами;

– панкреатоцеребральный синдром – нарушение сознания, энцефалопатия.

Лабораторные исследования: амилаза мочи, крови (НО-64 ЕД), сахар крови (увеличивается), трансаминазы; УЗИ, ФГС, томография, лапароскопия.

Лечение:

1) борьба с болью, в реанимации наркотические (морфин нельзя, сокращает сфинктер Одди), паранефральная блокада, перидуральная блокада, блокада круглой связки печени, введение новокаина;

2) создание физ. покоя – голод, холод, покой. Атропин, назогастральный зонд в желудок или аспирация или промывание, проводится противошоковая терапия (реополиглюкин, полиглюкин),

3) противoferментная терапия: ингибирование клеток, которые продуцируют ферменты с помощью антимаболитов и цитостатиков (5-фторурацил, Сандостатин, Октреотид, аминокaproновая кислота) и инактивация уже выделившихся в кровоток ферментов с помощью ингибитора протеолиза (контрикал, гордокс, трасилол – в/в и эндолимфатически;

4) инсулин;

5) нитроглицерин;

6) дезинтоксикационная терапия: физ. р-р, но и экстракорпоральные методы (гемосорбция, лимфосорбция, плазмоферез) – раздел плазмы от ферментных элементов при центрафузирования; форсированный диурез; перетонеальный диализ (заливают и выливают жидкость); гормоны; антибиотики. Если процесс прогрессирует и появляются признаки панкреонекроза ⇒ пок к операции. Операция – не удаление, а

дренирование сальниковой сумки, после операции голодают 3-4 дня, потом соблюдать диету, дробное питание, малыми порциями, каши, слизистые супы.

Осложнения ЯБЖ и 12-перстной кишки

1. Кровотечение из язвы: общие симптомы: бледность, слабость, головокружение, мушки, шум в ушах; объективные: снижение АД, тахикардия; местные: рвота – кофейной гущей (цвет обусловлен солянокислым гематином, который образуется в результате взаимодействия Hb и HCl), мелена (дегтеобразный стул) – при кровоотечении из верхних отделов НСКТ, из нижних отделов – кровь в виде сгустков или свежая в стуле) полипы, геморрой, трещины заднего прохода, дивертикулы (в этих выпуклостях дистопирована чужеродная ткань -клетки желудка или поджелудочной железы;проявляются осложнением (кровоотечением, перфорацией). Рвота может быть и кровью (зависит от калибра поврежденного сосуда). Когда появляется кровоотечение -, боли уменьшаются. При скудном кровоотечении исследуют кал на скрытую кровь – р-ция Грегерсена.

Догоспитальная помощь:

- Уложить.
- Не поить, не кормить!
- Холод на эпигастрий.
- Госпитализировать.

В стационаре: 1. Зондирование желудка с промыванием ледяным р-ром (аминокапроновая кислота или физ.р-р + хим. методы гемостаза. 2. Гемостатики – $CaCl_2$, викасол, дицинон, аминокапроновая к-та, плазма. 3. На высоте кровоотечения ФГС. Выполняется сразу при поступлении, не имеет противопоказаний. Ранняя эндоскопия при желудочном кровоотечении тем более необходима, что при разных его причинах лечебная тактика неоднозначна (рак, вены пищевода и т.д.), я ЯБЖ в структуре причин кровоотечения составляет только 50%. Для эндоскопической остановки кровоотечения применяют орошение кровотокащей язвы гемостатическими и сосудосуживающими препаратами (АКК, мезатон, норадреналин). Эффективнее обкалывание источника кровоотечения этанолом (гидрофильные свойства способствуют быстрому отеку тканей, которые сдавливают сосуд и вызывает их тромбирование) или этоксисклероном, диатермокоагуляция или лазерная коагуляция. Перспективный метод – клипирование сосуда в язве. Эффективность эндоскопического гемостаза – 90-98%.

При наличии обширных эрозированных поверхностей – можно промыть желудок 0,1% р-ром $AgNO_3$.

В последнее время показания к неотложной операции расширяют. Операция:

- лапаротомия, гастротомия, прошивание кровотокащего сосуда на дне язвы, но не ушивание ее.
- Резекция желудка.
- Ваготомия (стволовая или селективная с дренированием желудка)

После гемостаза на 2-й день – очистительная клизма (мелена всасывается – интоксикация, повышение t^0). Кормить при остановившемся кровотечении – дробно холодную, жидкую или протертую обволакивающую пищу (кефир, кисель, каши).

2. Прободение язвы. В 10 раз больше у мужчин. У людей с длительным язвенным анамнезом под действием переедания, физ. напряжения, поднятия тяжестей, травм живота, употребления алкоголя.

Клиника:

– период шока – “кинжальная боль” в момент перфорации, доскообразное напряжение мышц живота.

– период мнимого благополучия;

– перитонит (химус, который вытекает из желудка, никуда не девается).

При обследовании: перкуторно печеночной тупости нет. В отлогих местах возможно притупление перкуторного звука. Объективное исследование : Rg “симптом серпа”.

Госпитализация лежа, назогастральный зонд чем раньше, тем лучше. Экстренно оперировать. Ушивание перфорационного отверстия. А если у П длительный язвенный анамнез и позволяет его состояние, – резекция желудка – 2/3 или ваготомия селективная проксимальная + ушивание язвы. Удаление желудка не всегда приводит к выздоровлению. Худые, желчные, слабые. Качество жизни снижается.

3. Стеноз привратника. Если язва там, то рубцовые процессы приводят к сужению просвета привратника. Нарушается эвакуация из желудка, отрыжка тухлым, рвота, чаще обильно – объем всей пищи в течение дня. Худеют, обезвоживаются, теряют жидкость, электролиты. Лечение – хирургическое.

4. Превращение язв в рак (малигнизация).

5. Пенетрация – прорастание язвы в соседние органы и ткани.

Кишечная непроходимость (ОКН)

- динамическая (функциональная): спастическая, паралитическая (в постоперационном периоде и при воздействии следующих факторов:

Заболевания брюшины и органов брюшной полости

Воспаление, инфекция (аппендицит, холецистит, панкреатит) Перитонит: бактериальный (перфорация кишечника), асептический (желчь, сок поджелудочной железы, желудочный сок) Расхождение операционной раны Эмболия брыжеечной артерии Тромбоз брыжеечной вены или артерии Ишемия кишечника: шок, сердечная недостаточность, применение сосудосуживающих средств Тупая травма живота Острое расширение желудка Болезнь Гиршпрунга Аортоартериит (болезнь Такаюсу) с поражением брыжеечных артерий

Заболевания органов забрюшинного пространства и малого таза

Инфекции: пиелонефрит, паранефрит
Камень мочеточника, обструкция мочеточника
Забрюшинная гематома: травма, гемофилия, антикоагулянтная терапия
Опухоль: первичная (саркома, лимфома) или метастаза
Задержка мочи
Ущемление семенного канатика, перекрут яичка
Перелом таза

Заболевания ЦНС

Перелом позвоночника: поясничного или грудного отдела Травма, опухоль головного или спинного мозга Менингит

Заболевания легких и сердечно-сосудистой системы

Эмболия легочной артерии Пневмония, особенно нижнедолевая Эмпиема плевры Эмфизема легких

Интоксикация и метаболические нарушения

Дефицит калия
Дефицит натрия
Лекарственные средства: ганглиоблокаторы, антихолинергические средства
Уремия
Диабетический кетоацидоз, диабетическая нейропатия
Отравление свинцом
Порфирия
Сепсис

- механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная (инвагинция).

О – просвет кишки закупоривается опухолью, непереваренной пищей, клубком аскарид, меконием, каловым камнем,

Стр. – перекрытие просвета спайкой или др. кишкой снаружи. При этом сдавливается не только кишка, но и сосуды ее питающие (в постоперационный период). Заворот кишок, спайки, грыжи живота (внутренние и наружные), сдавление кишки извне (опухоль, сосуд,

Смешанная – инвагинация – прерогатива детского возраста, с 1,5 лет – 3-4 г. Внедрение одного участка кишки в др., чаще подвздошная в слепую.

по степени проходимости: по уровню расположения

- полная – высокая
- частичная – низкая

В-препятствие выше связки Трейца

Н – ниже.

В последние десятилетия продолжается рост числа больных со спаечной болезнью, острой спаечной кишечной непроходимостью, что обусловлено увеличением количества плановых и экстренно проводимых операций на органах брюшной полости. Частота возникновения спаечного процесса после оперативных вмешательств на

органах брюшной полости колеблется в пределах 20—80% [1—8].

По мере того как появлялись новые научные данные о формировании соединительной ткани и патофизиологии ее чрезмерного развития, менялись взгляды на патогенез спаек брюшной полости, разрабатывались способы профилактики спаечных сращений петель кишечника.

Этиологические факторы образования спаек многочисленны:

- механический — травмирование брюшины при рассечении, захватывание ее инструментами, промокание и протирание сухими марлевыми салфетками, иссечение участков брюшины при выполнении хирургического вмешательства;
- физический — высушивание брюшины воздухом, воздействие высокой температуры (ожоги) при использовании во время операции электроножа, лазерного излучения, плазменного скальпеля, горячих растворов;
- инфекционный — проникновение инфекции в брюшную полость эндогенным (воспаление органа брюшной полости с развитием местного и общего воспаления брюшины) и экзогенным (при ранении, прободении, вскрытии полого органа) путем;
- имплантационный — асептическое воспаление брюшины в результате оставления в брюшной полости тампонов, дренажных трубок, нерассасывающегося или длительно рассасывающегося шовного материала, кусочков марли, талька с перчаток, кровоизлияний и гематом брюшины в результате использования тупых и не атравматических игл;
- химический — попадание или использование во время операции веществ, вызывающих химический ожог и асептическое воспаление брюшины (йод, спирт, концентрированные растворы антибиотиков, фурацилина и др.).

Все перечисленные выше этиологические факторы в отдельности, а чаще в совокупности являются пусковым механизмом в развитии воспалительного процесса, приводящего к образованию спаек в брюшной полости. Так как спаечные сращения изначально связаны с воспалительным процессом, их часто называют перивисцеритом. До последнего времени оставалось неясным, почему при одинаковых условиях у одних больных после операции или воспаления органов брюшной полости развивается выраженный спаечный перивисцерит, а у других он незначительный или вообще отсутствует. Повышенная склонность к развитию спаек в брюшной полости связана с конституциональными особенностями организма.

Таким образом, причиной повышенной склонности к спайкообразованию является ацетилирующая активность организма; спаечный перивисцерит органов брюшной полости является самостоятельным заболеванием, генетически детерминированным конституциональным ферментом N-ацетилтрансферазой и ключевая роль в аномальном развитии соединительной ткани в брюшной полости принадлежит этому ферменту.

Клиника: провоцирующие факторы – предшествующие операции – резкое поднятие тяжести, обильная еда. Начало острое и постепенное. Боль схваткообразная, выраженная, вызывается увеличением перистальтики петель кишечника выше препятствия. При тяжелой страгуляционной непроходимости – боль становится постоянной, тошнота, рвота не приносящая облегчения, задержка стула и газов, вздутие живота.

При физикальном обследовании – асимметрия живота за счет взбухания одной из 1/2, взбухание одной петли кишечника (раздутой), которая контурируется под брюшной стенкой – симптом Валя. Заметная на глаз перестальтика кишечника.

Симптом Склярова – шум плеска над раздутой петлей из-за скопления в ней большого количества жидкостей и газов.

При аускультации живота – увеличение перестальтики. У П с подозрением на кишечную непроходимость – инвагинальное и ректальное исследование (опухоль, инвагинат).

При пальцевом ректальном исследовании – баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки – симптом Обуховской больницы. Rg обзорная брюшной полости в вертикальном положении **до клизмы**. Чаши Клойбера – множественные или единичные (полостные образования с уровнем жидкости и воздухом над ними). 2 уровня непроходимости ⇒ высокая, почти наверняка. При множественных ч. к. – непроходимость низкая.

УЗИ – пневмоколонография – Rg при заполнении воздухом толстой кишки, через задний проход нагнетается воздух в N – в тонкой кишке. Если у П – только раздутая толстая, воздух в тонкую кишку не попадает.

Если увеличить давление – метод становится лечебным и инвагинат выдавливается в тонкую кишку – пневмоколонокомпрессия. Колоноскопия.

Предоперационная подготовка включает:

начинают с консервативной терапии. Если не приносит успеха, то является предоперационной подготовкой.

При рвоте и наличии жидкости в просвете обтурированного отдела П теряет много жидкости ” потеря электролитов, обезвоживание. Появляются клинические и лаб. признаки большой вязкости и сгущения крови. Большое повышение Eг, нарушение гемоциркуляции.

1. Зондирование желудка с промыванием.

2. Гипертоническая или сифонная клизма.

3. Инфузии – глюкозо-новокаиновая смесь, солевые р-ры, спазмолитики – атропин (при всех, кроме паралитической). Прозерин – при паралитической. Если нет успеха, клиника сохраняется – показания к операции. Раскручивание заворота, рассечение спайки Штранта, резекция кишки при ее нежизнеспособности.

Непроходимость кишечника и беременность

Беременность или послеродовая матка не может являться причиной непроходимости, однако 3 критических периода для развития ОКН.

I период – выход матки из полости малого таза (3-4 мес.).

II период – опущение головки в конце беременности.

III период – внезапное уменьшение матки после родов.

Матка – препятствие для петель кишечника, она сдавливает их. → кишка может перекрутиться вокруг своей оси, но могут быть банальные причины – наличие спаек, кист, опухолей.

Развитие ОКН способствует увеличению моторной функции кишечника при беременности.

Клиника: острые внезапные схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, снижение общего состояния, запоры. Для дифференцировки Ds может помочь: пальпация матки для выявления ее сокращения, а также влагалищное исследование для выявления р-ции ш/м.

Лечение – консервативная терапия, предоперационная подготовка. Прерывание беременности – на любом сроке, интерес матери. Терапия сама может вызвать преждевременные роды.

Лечение: рассечение.

Грыжа (выпячивание)

– наружные;
– внутренние (диафрагменные, через дефект диафрагмы жидкость попадает в плевральную полость).

Синдром внутригрудного увеличения, острая дыхательная недостаточность, внутренняя грыжа – внутри полости, задняя поверхность брюшины образует складки, в которые могут попадать петли кишечника ⇒ их ущемление.

Грыжи: паховые, бедренные, пупочные, белая линия живота, послеоперационные – наружные.

Строение грыжи: – ворота, – мешок, – содержимое (сальник).

Имеется ли мешок: – истинные (если покрыты брюшной) и ложные.

Неущемленные грыжи – наличие опухолевого образования, малоболезненно, которое легко вправляется при надавливании.

Ущемленная – опухолевое образование увеличивается, резко болезненно, плотной эластичной консистенции, не вправляется, при длительной – становится гиперемированной, сопровождается рвотой.

1. Нарушение трофики стенки кишки или пряди сальника – в результате сдавления ее в воротах.

2. Развитие кишечной непроходимости.

Лечение: если неущемленная – операция в плановом порядке, исключение – дети с пупочной грыжей до 3-х лет проводят массаж, гимнастику, пупочное кольцо не будет выходить, если до 3-х лет не исчезло.

Ущемленная – срочно оперировать не больше, чем 1 час., положить под таз подушку, положить тепло на грыжу, ввести спазмолитики, анальгетики. Самим не вправлять. Но это не касается девочек и женщин, так как содержимым грыжи у них могут быть придатки, в которых очень быстро могут развиваться необратимые изменения и если они будут вправлены – будет пельвиоперитонит. Вправлять грыжу может только врач!!!

Профилактика: устранение причин, повышение внутрибрюшного давления – запоры, кашель, крик у детей, затрудненное мочеиспускание, частая рвота, тяжелые роды, игра на духовых инструментах, работа свеклодувов. Устранение причин,

ослабляющих брюшную стенку, болезни заставляющие вынужденное похудение и травмы брюшной стенки и операция.

Хирургическое лечение в т.ч эндоскопические операции и имплантация синтетической сетки.