

OSTRE SCHORZENIA JAMY BRZUSZNEJ

Ostry Brzuch – TO NIE JEDNOSTKA CHOROBY, to zespół objawów związanych z chorobami jamy brzusznej, pojawiających się nagle i szybko rozwijających, które mogą stanowić zagrożenie dla życia chorego i wymagających szybkiej interwencji chirurgicznej

Choroby narządów jamy brzusznej które cechuje:

- nagły początek (*w stanie pełnego zdrowia*)
- szybki rozwój (*wywiad 24-48 h*)
- burzliwy przebieg
- zagrożenie życia: hipowolemia, sepsa, zab. wodno-elektrolit.

Wymagają:

- pilnej diagnostyki
- pilnej terapii
- pilnego leczenia chirurgicznego

Roczna liczba zachorowań: 280 / 100 tys ludności

„ZESPÓŁ OSTREGO BRZUCHA”

- Niedrożność (mechaniczna, porażenna)
- Zapalenie otrzewnej
- Krwawienie do światła przewodu pokarmowego

**Wymagają szybkiej interwencji chirurgicznej -
OPERACYJNEJ/ENDOSKOPOWEJ**

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA

- ból (stały/falowy)
- nudności i/lub wymioty
- zatrzymanie gazów i stolca

ZAPALENIE OTRZEWNEJ

- ból samoistny, silny, ciągły, wzmagający się przy zmianie pozycji ciała, łagodzony przez podkurczenie kończyn dolnych
- objaw kaszlowy
- zatrzymanie gazów i stolca
- oddech przyspieszony i płytki (tor piersiowy)
- wzrost temperatury ciała
- tachykardia
- w miarę rozwoju dochodzi do objawów wstrząsu (tzw. twarz Hipokratesa – *zaostrenie rysów twarzy, zapadnięcie policzków i gałek ocznych*)

KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO

(masywne)

- krwiste / fusowate wymioty
- krwiste / smoliste stolce
- oligowolemia / wstrząs

Ostre dolegliwości bólowe jamy brzusznej (acute abdominal pain)

Nagle powstały, wcześniej niediagnozowany ból, trwającego krócej niż 7 dni (najczęściej <48h). Przyczyną mogą być choroby narządów jamy brzusznej (*które najczęściej wymagają interwencji chirurgicznej*) lub narządów pozabrzusnych (*które najczęściej nie wymagają leczenia chirurgicznego*).

Ból brzucha, który utrzymuje się powyżej 6 godzin jest najczęściej spowodowany chorobami mogącymi wymagać interwencji chirurgicznej.

ALE !!! Prawie każdego człowieka kiedyś bardzo bolał brzuch.

Niecharakterystyczny ból brzucha

(NSAP – nonspecific abdominal pain)

- niegroźny ból brzucha ustępujący w ciągu paru dni bez leczenia

**Ponad połowa pacjentów z ostrymi dolegliwościami
bólowymi jamy brzusznej
NIE wymaga interwencji chirurgicznej!**

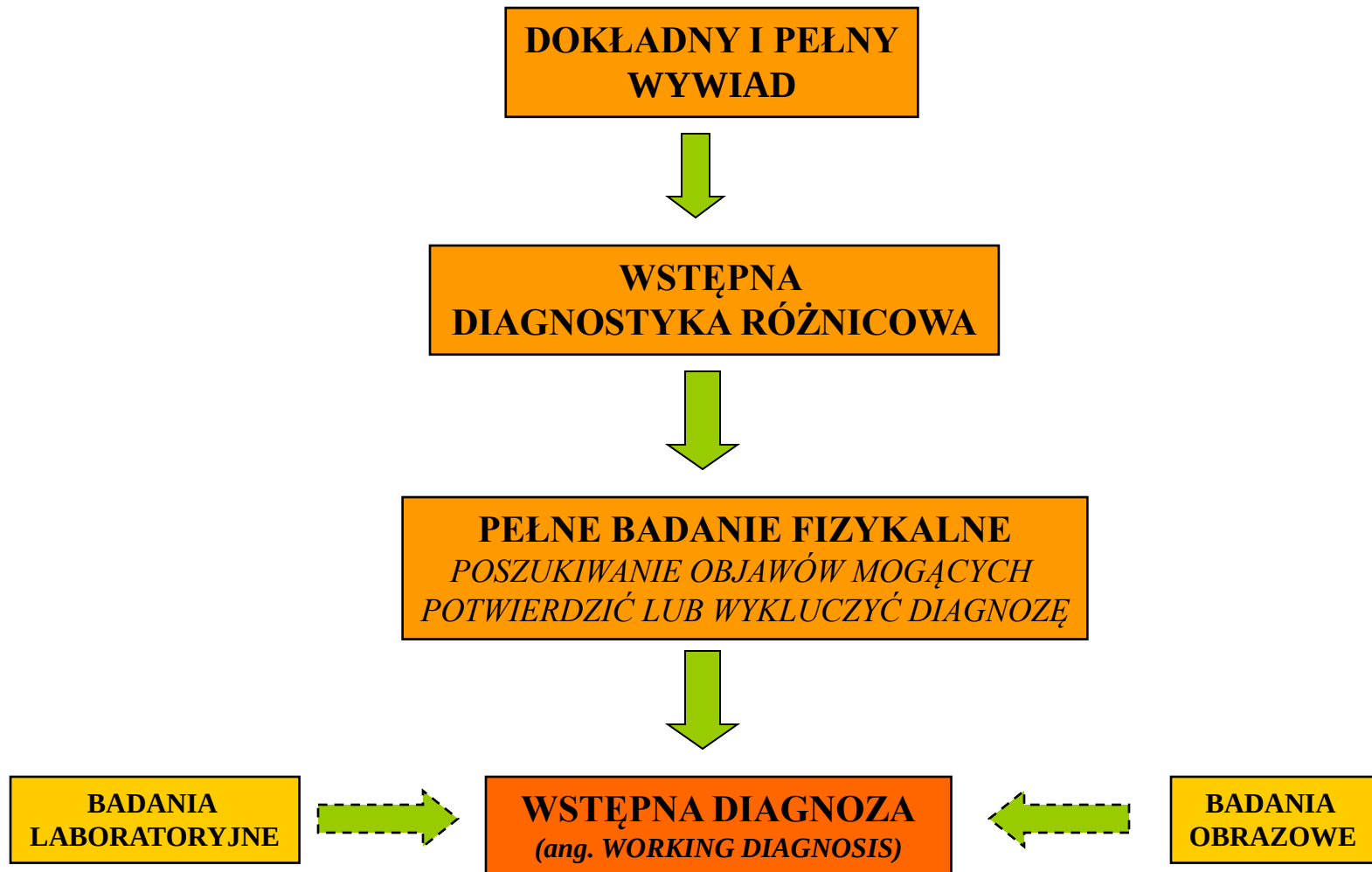
PRZYCZYNY NIECHIRURGICZNE

2/3 pacjentów z ostrymi
dolegliwościami bólowymi jamy
brzuszej **NIE** wymaga
interwencji chirurgicznej!

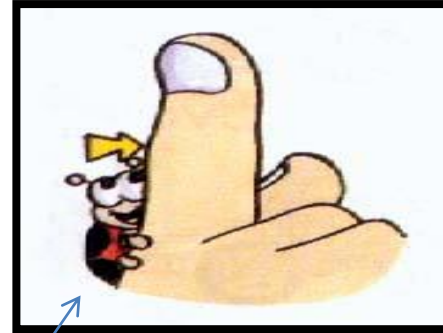
- ostry nieżyt żołądka i jelit (*bakteryjny, wirusowy, grzybiczny, pasożyty*)
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
- odmiedniczkowe zapalenie nerek, zapalenie pęcherza moczowego
- zapalenie ww. chłonnych krezkowych
- ostre zatrzymanie moczu
- ostre zapalenie przydatków
- ostre wirusowe zapalenie wątroby
- choroby serca (zawał ściany dolnej, ostre zap. osierdzia)
- choroby opłucnej
- ostre stany metaboliczne:
 - śpiączka cukrzycowa, mocznicowa
 - porfiria
 - przełom w chorobie Addisona
- wiał rdzenia
- krwiak mięśnia prostego brzucha



JAK UNIKNĄĆ PORAŻKI



JAK UNIKNĄĆ PORAŻKI



**PAMIETAJ, BADANIE
PER RECTUM JEST
NIEODŁĄCZNYM ELEMENTEM
BADANIA FIZYKALNEGO !!**

PEŁNE BADANIE FIZYKALNE
*POSZUKIWANIE OBJAWÓW MOGĄCYCH
POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ DIAGNOZĘ*



**BADANIA
LABORATORYJNE**



WSTĘPNA DIAGNOZA
(ang. WORKING DIAGNOSIS)



**BADANIA
OBRAZOWE**

Prawidłowo zebrany WYWIAD oraz PEŁNE BADANIE FIZYKALNE
decyduje o wyborze optymalnego postępowania

- **Charakterystyka dolegliwości bólowych**

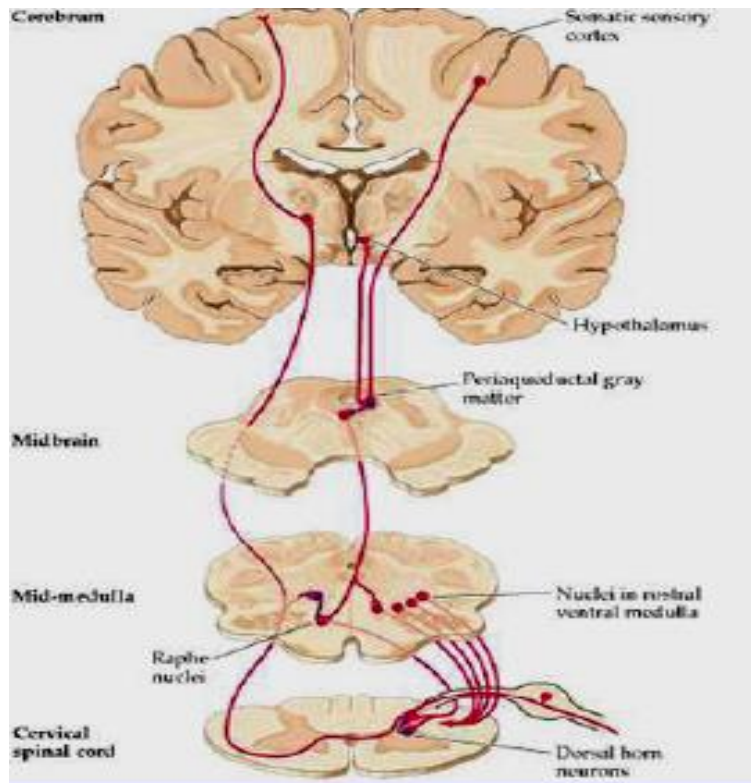
- początek, czas trwania, charakter, lokalizacja,
- promieniowanie
- chronologia
- czynniki nasilające i łagodzące

- **Objawy towarzyszące**

- gorączka, nudności / wymioty brak apetytu

BADANIE PODMIOTOWE

- **Defekacja**
 - (zatrzymanie gazów i stolca, biegunka, smolisty stolec, krew w stolcu)
- **Mikcja**
 - (makrohematuria)
- **Przebyte operacje**
 - (apendektomia, cholecystektomia)
- **Inne choroby**
 - (cukrzyca, porfiria, choroba wrzodowa)
- **Zażywane leki**
 - (leki p/krzepliwe)
- **Kobiety: ostatnia miesiączka**
 - (np.: ciąża pozamaciczna, „Mittelschmerz”)



Ból jest przekazywany przez układ przywspółczulny, współczulny i nerwy somatyczne unerwiające przeponę i ściany brzucha.

Ból brzucha może być następstwem choroby samego narządu => przewodzony drogami **układu autonomicznego** (chory określa ból jako głęboko umiejscowiony i często nie potrafi pokazać dokładnej lokalizacji)
Gdy zmiany zapalne obejmują otrzewną ścienną przewodzenie bólu odbywa się za pomocą **nerwów somatycznych**.

Przyczyną bólu trzewnego jest głównie **wzrost ciśnienia** w obrębie danego narządu, **pociąganie** za kreskę jelita, **niedokrwienie** i **podrażnienie otrzewnej ściennej**.

RÓŻNICOWANIE BÓLU A WSTĘPNE ROZPOZNANIE

Bardzo silny, nagle występujący ból brzucha: nagle podrażnienie jamy otrzewnej, najczęściej w wyniku przedziurawienia narządu/struktury posiadającej światło (**przewód pokarmowy, pęknięcie tętniaka aorty**), **pęknięcie ciąży pozamacicznej**.

Silny, nasilający się w czasie ból brzucha lokalizujący się w ciągu minut do 2 godzin w danym miejscu może sugerować: **ostre zapalenie pęcherzyka lub trzustki**

Bóle trudne do zlokalizowania, tępe, głębokie często w śródbrzuszu, z tendencją do precyzyjniejszej lokalizacji w miarę upływu czasu: początkowe stadium zapalenia z podrażnieniem nerwów trzewnych i bólami trzewnymi, po objęciu otrzewnej procesem zapalnym przyjmują charakter somatyczny (np. **ostre zapalenie wyrostka robaczkowego**)

Ból umiejscowiony, który rozszerza się następnie nad całą jamę brzuszną: wskazuje na przedziurawienie w wyniku stanu zapalnego narządu, np. **przedziurawienie zapalnie zmienionego wyrostka**

Bóle kurczowe brzucha związane z niedrożnością przewodu pokarmowego są silnymi bólami, ale „**do zniesienia**”. Natomiast bóle związane z niedrożnością przewodów żółciowych, moczowodu najczęściej mają **charakter stały** (brak „silnej” mięśniówki w ścianie) oraz „**nie do zniesienia**”

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

W diagnostyce różnicowej uwzględnić:

- najczęściej występujące schorzenia
- płeć
- wiek (>50rż. OZPŻ częstsze niż OZWR lub NSAP itp.)
- * położenie geograficzne

Najczęstsze przyczyny AAP (acute abdominal pain):

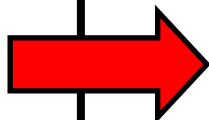
- niecharakterystyczny ból brzucha 34%
(NSAP – nonspecific abdominal pain) – NIE WYMAGA POSTĘPOWANIA CHIRURGICZNEGO
- **ostre zap. wyrostka robaczkowego 28%**
- **ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego 10%**
- **niedrożność jelita 4%**
- schorzenia ginekologiczne 4%
- ostre zap. trzustki 3%
- kolka nerkowa 3%
- perforacja wrzodu 3%
- choroba uchyłkowa 2%
- inne 6%

BADANIE PRZEDMIOTOWE



- **Poprawne badanie fizykalne**

- chory leży na plecach, płasko (możliwie w ciepłym pomieszczeniu), obie ręce wzdłuż ciała
- badanie całą powierzchnią dłoni, palce złączone
- początkowo badanie powierzchowne całego brzucha, a następnie poszczególnych organów
- pamiętaj o zachowaniu intymności pacjenta w trakcie badania (o ile to możliwe)



Palpacja od miejsca najmniejszej bolesności !

BADANIE PRZEDMIOTOWE



- **Ocena ogólna** (stan, pozycja chorego itp.)
 - Pozycja wymuszona z oszczędzaniem powłok brzucha=>zap. otrzewnej
 - Pacjent niespokojny, przewracający się z boku na bok => ból kolkowy
- **Podstawowe parametry życiowe:**
 - AS, CTK, temperatura ciała
 - Objawy wstrząsu w „ostrym brzuchu” przy braku przyczyn pozabrzuszných => laparotomia
- **Oglądanie** (przednia, tylna i boczne pow. jamy brzusznej)
 - blizny (zrosty?), przepukliny, wzdęcie stawianie jelit (niedrożność?), „wybrzuszony” pępek
- **Osluchiwanie** (perystaltyka zwolniona=>brak perystaltyki, metaliczne szmery)
 - ! W poważnych schorzeniach jamy brzusznej perystaltyka może być prawidłowa
- **Opukiwanie**
 - poszukiwanie stłumienia wypuku, obecności płynu, nadmiernej ilości gazu w jelitach
 - ocena wielkości narządów (wątroby, śledzony)
 - **!!! Opukiwanie 4 kwadrantów jest lepiej tolerowane przez pacjentów i bardziej dokładne niż obj. Blumberga.**
- **Palpacja** (obrona mięśniowa?, ograniczona, rozlana, uwidocznienie różnych objawów)
 - czy napięcie mięśniowe ma charakter obrony mięśniowej? → delikatna palpacja w czasie gdy pacjent nabiera długi i głęboki wdech (!!! **Słabo wykształcona muskulatura u starszych ludzi, brak współpracy ze strony pacjenta**)

BADANIA LABORATORYJNE



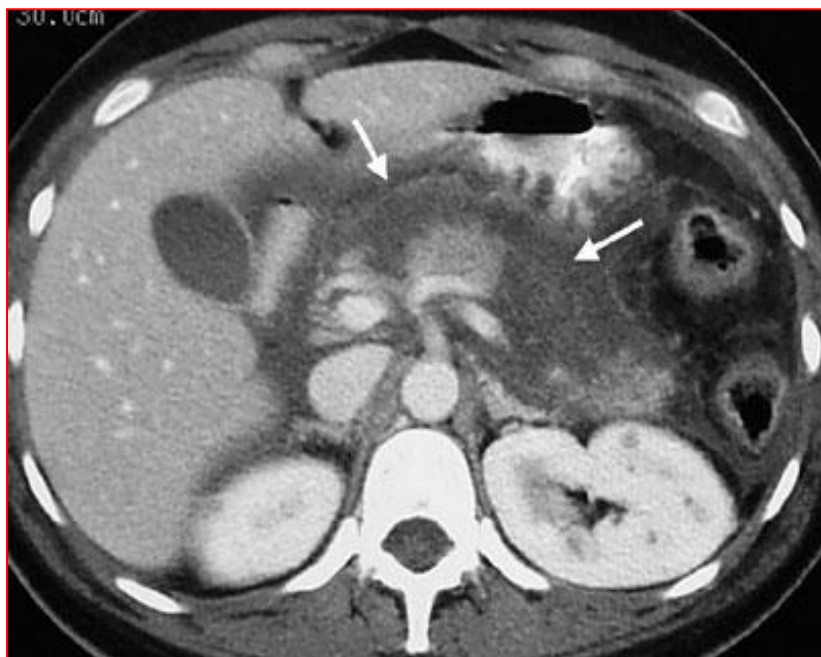
- Grupa krwi
- Morfologia (leukocytoza $> 15\,000/\text{ml}$, przesunięcie w lewo, limfopenia)
- Elektrolity (hypernatremia, hipokaliemia)
- Mocznik i kreatynina
- Enzymy wątrobowe (ASPAT, ALAT, AF, GGTP)
- Amylza ($\uparrow$: OZT, niedrożność, wrzód trawienny)
- Glukoza
- Układ krzepnięcia (APTT, INR)
- Badanie ogólne moczu
- CRP
- Gazometria
- * Test ciążowy

Nie determinują ostatecznej diagnozy, ale są przydatne w potwierdzaniu rozpoznania!

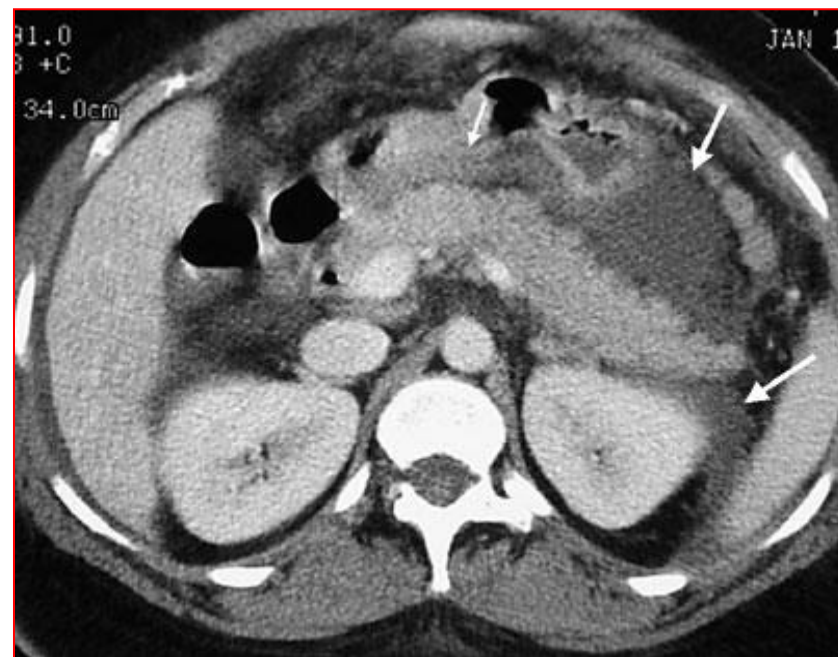
Badania wizualizacyjne

- 1. USG jamy brzusznej. Emergency ultrasound - point-of-care ultrasound (POCUS)**
- 2. Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy małej**
- 3. Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej w pozycji stojącej**

OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

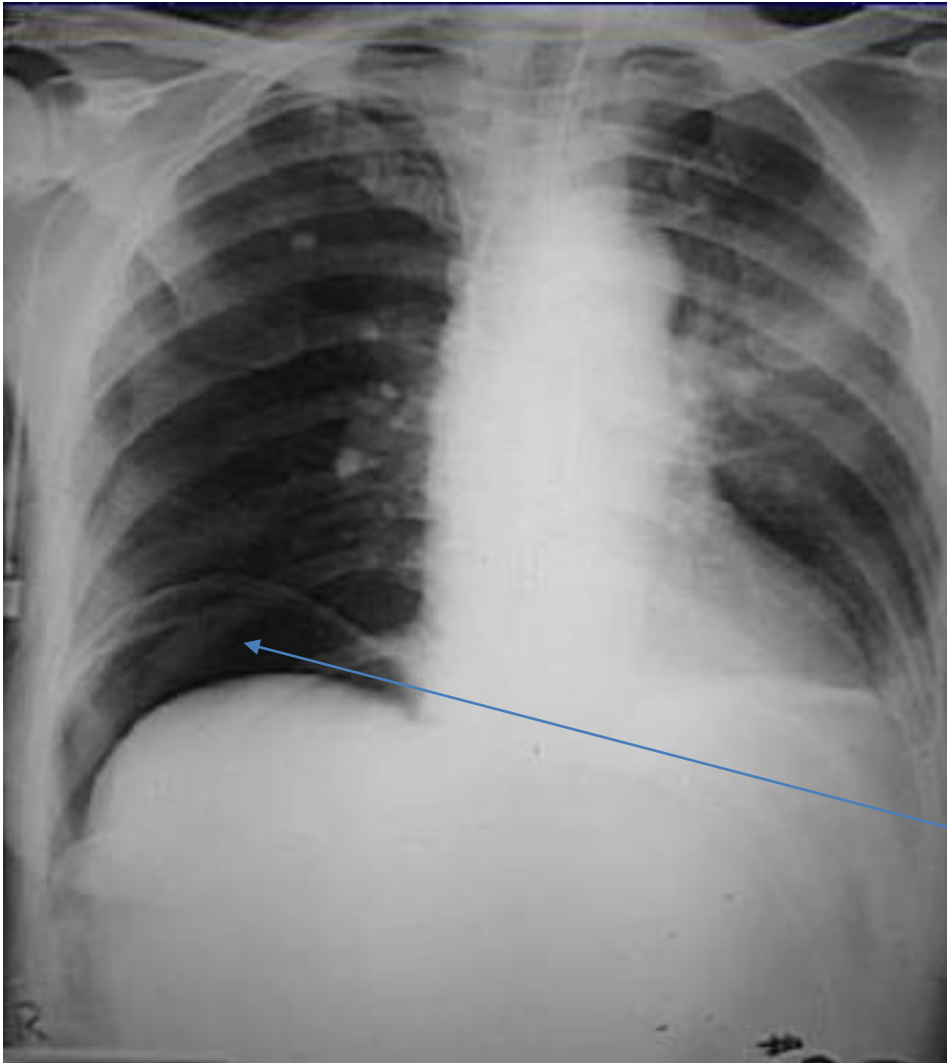


Obrzęk i martwica trzustki



**Obrzęk w okolicy okołotrzustkowej
i zaotrzewnowej**

PERFORACJA WRZODU DIAGNOSTYKA



**BRAK NIE WYKLUCZA
PERFORACJI**

**Rtg jamy brzusznej w
pozycji stojącej - sierp
powietrza pod kopułą
przepony**

Badania wizualizacyjne : TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Prospektywne badania udowodniły, że *„rutynowe wykorzystanie TK u pacjentów z „ostрым brzuchem” pozwala zidentyfikować nieprzewidziane, potencjalnie groźne dla zdrowia i życia czynniki, a tym samym skraca czas hospitalizacji oraz zmniejsza ogólną śmiertelność pacjentów z „ostрым brzuchem” o nieznanej etiologii.*

W porównaniu do USG jamy brzusznej:

- bardziej obiektywna
- obecność gazu nie utrudnia oceny
- * szybka ocena (całkowity skan brzucha i miednicy => poniżej 15min)

BADANIA DODATKOWE

- **EKG:**

- zawał mięśnia sercowego?

- **Gastroskopia:**

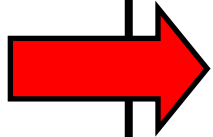
- krwawienie do przewodu pokarmowego

- **Kolonoskopia (diagnostyczna/interwencyjna) – krwawienia.**

- **Konsultacje:**

- ginekologiczna
- urologiczna
- internistyczna – kwalifikacja do zabiegu operacyjnego

PRZYCZYNY ZAGROŻENIA ŻYCIA



- zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej
- oligowolemia / wstrząs hipowolemiczny
- sepsa / wstrząs septyczny

ZAPALENIE OTRZEWNEJ

ZAPALENIE OTRZEWNEJ

Podział kliniczno-epidemiologiczny:

- Pierwotne
- Wtórne:
 - chemiczne
 - bakteryjne
- Trzeciorzędowe
- * Zap. otrzewnej w przebiegu dializoterapii otrzewnowej

W praktyce:

- Ograniczone (circumscripta)
- Rozlane (diffusa)

PIERWOTNE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

- Krwiopochodne, najczęściej u dzieci w wieku 5-10 lat
- W przebiegu chorób:
 - dróg oddechowych (pneumokokowe, paciorkowcowe zapalenie płuc)
 - wątroby (marskość z wodobrzuszem, infekcje wirusowe)
 - nerek (niewydolność nerek, zespół nerczycowy)
 - zapalnych tkanki łącznej (układowy toczeń trzewny)

WTÓRNE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

Zapalenie otrzewnej spowodowane perforacją:

- Przedziurawienie wrzodu XII-tnicy, żołądka
- Zapalenie pęcherzyka żółciowego / wyrostka robaczkowego
- Zgorzel jelit
- inne

Pooperacyjne zapalenie otrzewnej:

- Rozejście zespolenia
- Jatrogenne

Pourazowe zapalenie otrzewnej:

- Tępy uraz brzucha
- Urazowe rozerwanie cewy pokarmowej

TRZECIORZĘDOWE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

Występowanie objawów zap. otrzewnej po leczeniu wtórnego zapalenia otrzewnej.

- Zapalenie otrzewnej bez obecności patogenu
- Zapalenie otrzewnej o etiologii grzybiczej
- Zapalenie otrzewnej spowodowane florą bakteryjną o niskiej patogeniczności (Enterococcus)

Dostęp do jamy otrzewnej:

- *w trakcie operacji*
- *translokacja bakteryjna*
- *selekcja szczepów bakteryjnych (intensywna antybiotykoterapia)*

BAKTERYJNE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

Bakteryjne zapalenie otrzewnej:

Częściej niż chemiczne; przedostanie się treści z całego dalszego poza żołądkiem i XII odcinka przewodu pokarmowego do otrzewnej powodując zakażenie bakteryjne (tlenowcami jak i beztlenowcami).

Bakterie tlenowe:

- G - => E. Coli, Proteus, grupa Enterobacter, Klebsiella
- G+ => Enterococcus

Bakterie beztlenowe to:

- Bacteroides
- Clostridium
- Ziarenkowce beztlenowe

OGRANICZONE / ROZLANE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

**Ograniczone ZO: OBJAWY OTRZEWNOWE OGRANICZONE DO
OKREŚLONYCH KWADRANTÓW JAMY BRZUSZNEJ.
POZOSTAŁE BEZ OBJAWÓW .**

- niewielka ilość treści jelitowej w ograniczonej przestrzeni
- zdolność otrzewnej do wysięku włóknikowego, tworzenie zlepow pętli jelitowych i sieci większej powstaje naciek zapalny (okołopęcherzykowy, okołowyrostkowy)

Rozlane ZO: OBJAWY OTRZEWNOWE NAD CAŁĄ JAMĄ BRZUSZNĄ.

- proces toczący się w całej jamie otrzewnowej
- duża objętość treści rozlewa się w przestrzeni
- rozprzestrzenienie się pierwotnie ograniczonego ogniska zakażenia (rzadziej)

OBJAWY ZAPALENIA OTRZEWNEJ



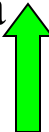
- **Ogólne:**

- ból samoistny, silny, ciągły, wzmagający się przy zmianie pozycji ciała, łagodzony przez podkurczenie kończyn dolnych (WYMUSZONA OSZCZĘDZAJĄCA POZYCJA CIAŁA)
- objaw kaszlowy
- oddech przyspieszony i płytki (tor piersiowy)
- wzrost temperatury ciała
- Tachykardia
- zatrzymanie gazów i stolca
- w miarę rozwoju dochodzi do objawów wstrząsu (tzw. twarz Hipokratesa – *zaostrenie rysów twarzy, zapadnięcie policzków i gałek ocznych*)

OBJAWY ZAPALENIA OTRZEWNEJ –BADANIE FIZYKALNE

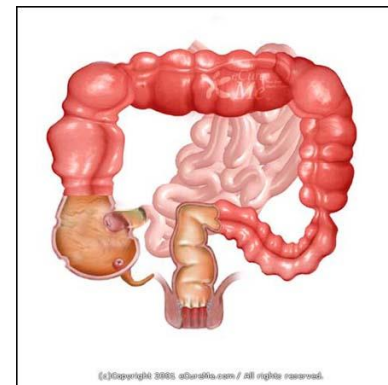
- **Miejscowe:**
 - bolesność uciskowa
 - obrona mięśniowa (odruchowe wzmożenie napięcia mięśni aż do „deskowatego” brzucha)
 - objaw Blumberga
 - cisza w brzuchu (niedrożność porażenna)

NAJCZĘSTRZE PRZYCZYNY ZAPALENIA OTRZEWNEJ

Mężczyźni	Kobiety
OZWR	OZWR
Przedziurawienie wrzodu trawiennego 	Stany zapalne narządu rodnego
Zap. trzustki i pęcherzyka żółciowego 	Zapalenie pęcherzyka żółciowego i trzustki

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO



93% zespołu „ostrego brzucha”

niedrożność
mechaniczna
13%

niedrożność
porażenna
80%

* Zespół Ogilviego

Odruchowa reakcja pochodząca z autonomicznego układu nerwowego jako odpowiedź na silny ból w obrębie jamy brzusznej.
Trwa tak długo jak długo działa bodziec bólowy.

PATOFIZJOLOGIA NIEDROŻNOŚCI JELIT

Zmniejszenie objętości płynu pozakomórkowego przez:

HIPOVOLEMIA

- utratę z wymiotami
- zaleganie płynu w uwięzłej pętli jelitowej, w ścianie jelita, w otrzewnej (w tzw. *trzeciej przestrzeni*)
- utrudnienie przepływu treści jelitowej → zatrzymanie wchłaniania zwrotnego płynów
- ograniczenie / brak podaży doustnej

Rozwój flory bakteryjnej w niedrożnych pętlach → stan septyczny

Następstwa odwodnienia:

AS ↑, CTK↓, OCZ↓, Ht↑, Diureza↓, K↓

Alkaloza metaboliczna, później kwasica metaboliczna

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA JELIT

z zadzierżgnięcia (80%)

80% - j. cienkie

- Zrosty i zlepy
- Uwięźła przepuklina
- Skręt jelita

Wgłobienie

z zatkania (20%)

80% - j. grube

- Rak jelita grubego
- Ucisk z zewnątrz
- Ciała obce
- Kamień żółciowy / kałowy
- Ucisk z zewnątrz

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA -OBJAWY

Objawy zależą od
wysokości niedrożności

- ból brzucha o charakterze falowym
 - zatrzymanie gazów i stolca
 - nudności i wymioty
 - wzdęcia (najczęściej dopiero w 2-giej dobie, w wysokiej niedrożności brak)
 - metaliczna perystaltyka
 - stawianie się pętli jelitowych
-
- * blizny pooperacyjne!
 - * zbadanie obu okolic pachwinowych!

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA -OBJAWY

W niedrożności z zatkania: ból trzewny (rozlany) o charakterze crescendo (narastająca intensywność i nagły koniec), bóle następują falami - zgodnie z pojawiającymi się falami perystaltycznymi próbującymi przesunąć zalegającą treść.

Objaw „PATRZE SŁUCHAM”

Osłuchowo słyszeć narastającą perystaltykę o charakterze metalicznym aż do maksymalnego natężenia później nagła cisza. Równolegle pojawia się nasilający się grymas bólu na twarzy - jest to tzw. objaw "patrzę - słucham.

Częstość występowania bólu: im wyższa niedrożność tym częściej (w jelicie cienkim: co 3-5 minut, w jelicie grubym - 10-30 minut).

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA

-OBJAWY

- W niedrożności z zadzierzgnięcia - ból ciągły, nagły, somatyczny (zlokalizowany), bardzo silny. Występuje bolesność uciskowa i objawy otrzewnowe

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA

-OBJAWY

Wzdęcie brzucha -im niższa niedrożność, tym większe wzdęcie. W wysokich niedrożnościach (np. zwężenie odźwiernika) może w ogóle nie występować.

Wymioty - im niższa niedrożność, tym później się pojawiają. Przy niskich niedrożnościach mogą mieć charakter kałowy.

Zatrzymanie gazów i stolca- im wyższa niedrożność, tym później się pojawia.

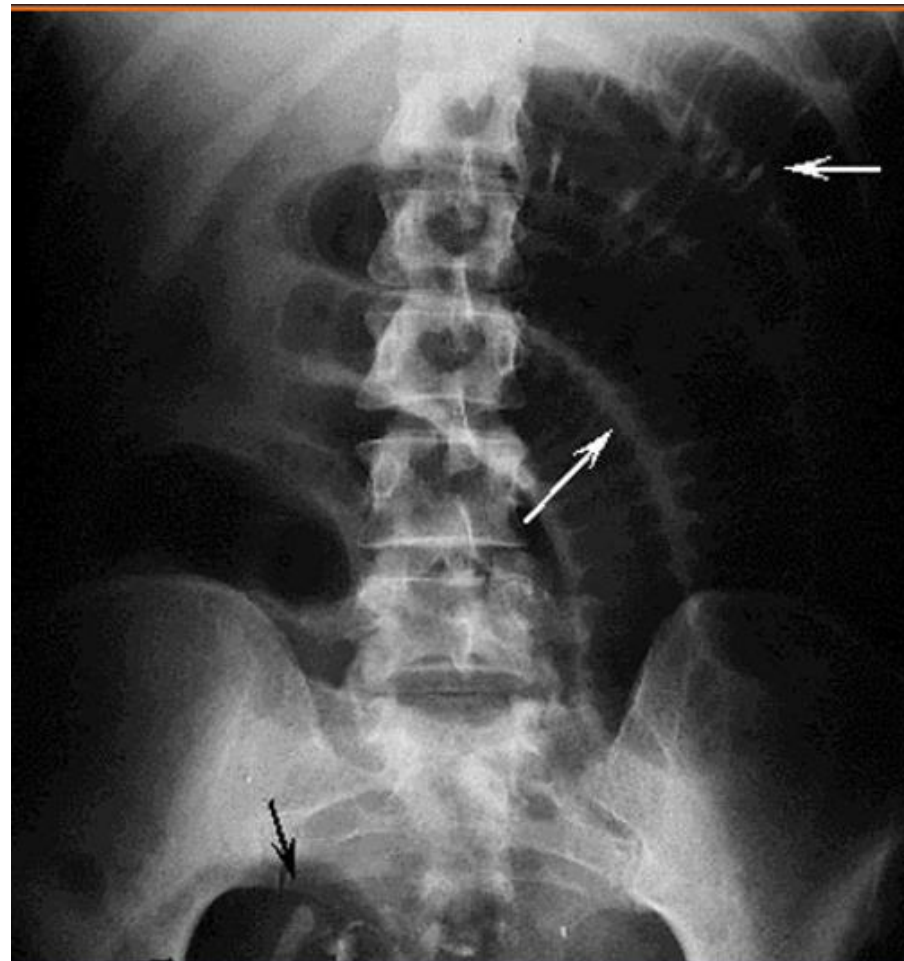
Zaburzenia perystaltyki - stawianie się jelit - przez powłoki widać jak jelito napręża się pod wpływem wzmożonej perystaltyki

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

Zdjęcie rtg przeglądowe jamy brzusznej na stojąco

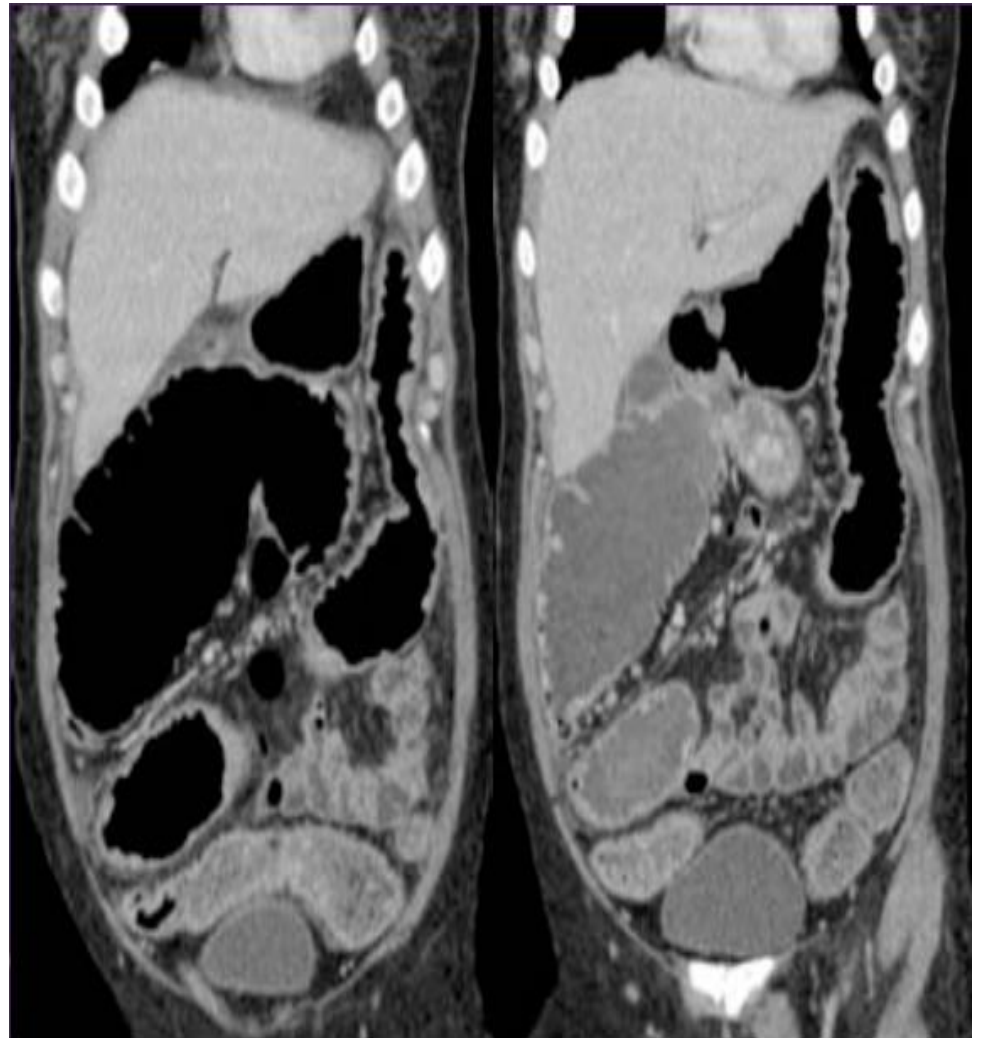


Niedrożność na poziomie jelita cienkiego –
poziomy płynów i gazu.

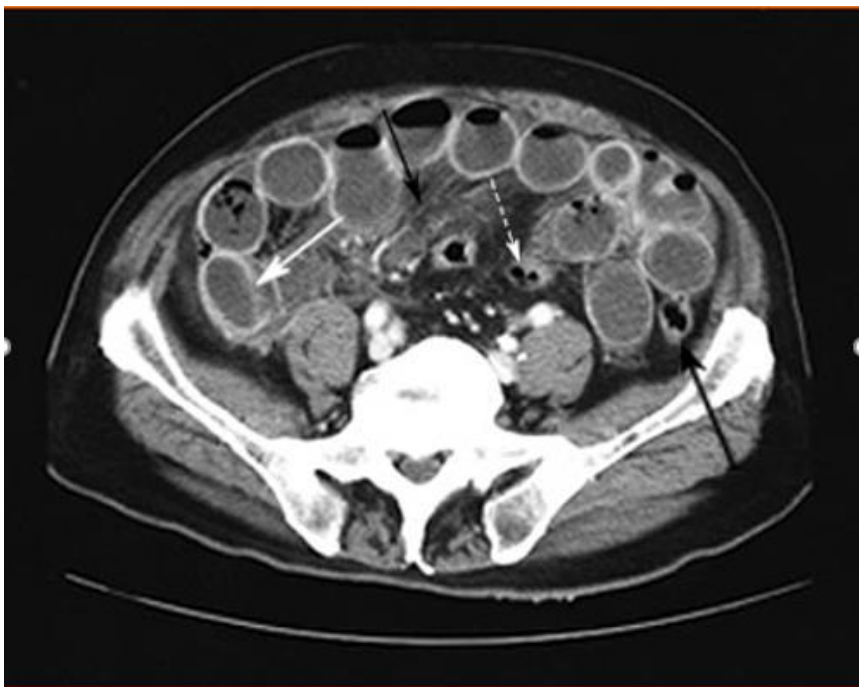


Niedrożność na poziomie jelita cienkiego

MEGACOLON TOXICUM



NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO – obraz tomografii komputerowej jamy brzusznej



Częściowa niedrożność na poziomie jelita cienkiego – widoczne poszerzone, przekrwione, wypełnione płynem i gazem pętle z obrzękniętą ścianą.



Częściowa niedrożność na poziomie jelita cienkiego z powodu zmiany guzowej w jelicie grubym – widoczne poszerzone pętle z obrzękniętą ścianą..

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

Leczenie chirurgiczne – cel – usunięcie przyczyny niedrożności lub gdy to nie jest możliwe udrożnienie pasażu jelitowego (stomia, zespolenia omijające)

-PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU-

- Odbarczenie przewodu pokarmowego – sonda / hegrary
- Wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych
- Antybiotyk o szerokim zakresie działania ???
- Inne leki i zabiegi wynikające ze stanu ogólnego chorego

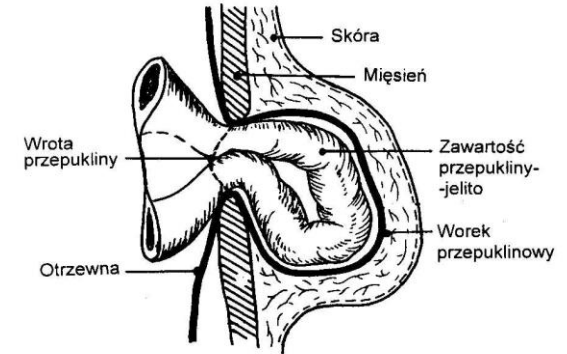
NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

-ZABIEG OPERACYJNY- Leczenie chirurgiczne – cel – usunięcie przyczyny niedrożności lub gdy to nie jest możliwe udrożnienie pasażu jelitowego (stomia, zespolenia omijające)

j.cienkie → zabieg jednoczasowy (usunięcie przyczyny niedrożności z resekcją jelita i zespoleniem)

j.grube → w zależności od lokalizacji przyczyny niedrożności zabieg jedno lub wieloetapowy
(*tendencja do zabiegów jednoczasowych*)

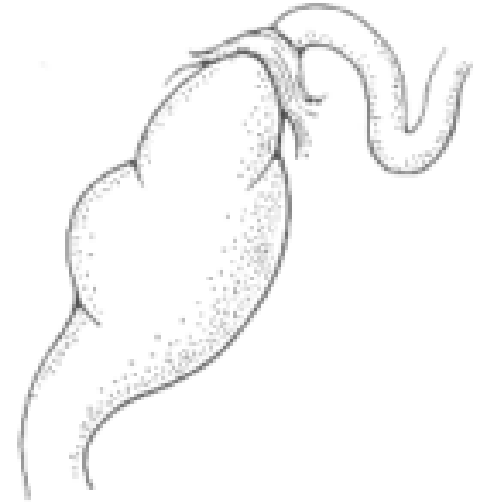
NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO -POSTĘPOWANIE OPERACYJNE-



Uwięźła przepuklina:

- ✓ próby ręcznego odprowadzenia przepukliny (obserwacja 1-2 dni)
- ✓ otwarcie worka przepuklinowego
- ✓ poszerzenie pierścienia i kontrola zawartości
- ✓ w przypadku martwicy jelita laparotomia z resekcją

**NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU
POKARMOWEGO
-POSTĘPOWANIE OPERACYJNE-**



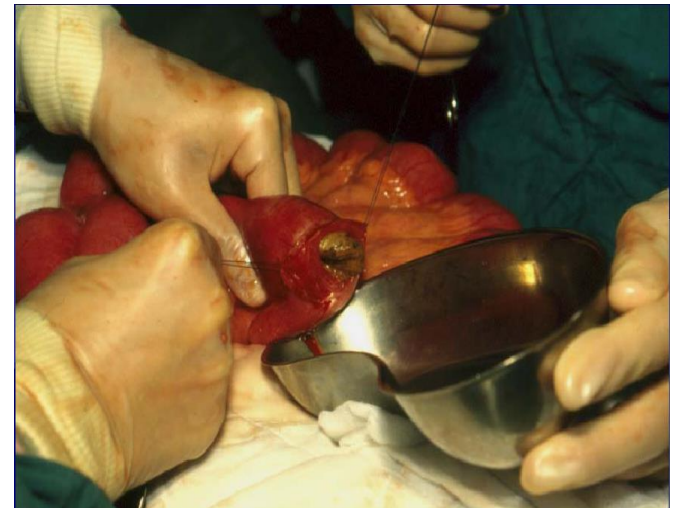
Zrosty:

- ✓ Laparoscopia/Laparotomia z uwolnieniem jelit ze zrostów
- ✓ W przypadku skrętu odkręcenie pętli
- ✓ Konieczna kontrola całego jelita
(możliwość niedrożności wielopoziomowej)
- ✓ W przypadku martwicy ewentualna resekcja jelita

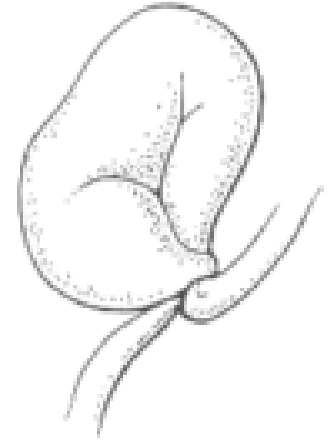
**NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU
POKARMOWEGO
-POSTĘPOWANIE OPERACYJNE-**

Niedrożność żółciowa:

- ✓ usunięcie kamienia przez ileotomię powyżej miejsca niedrożności
- ✓ cholecystektomia z jednoczasowym zamknięciem przetoki żółciowej



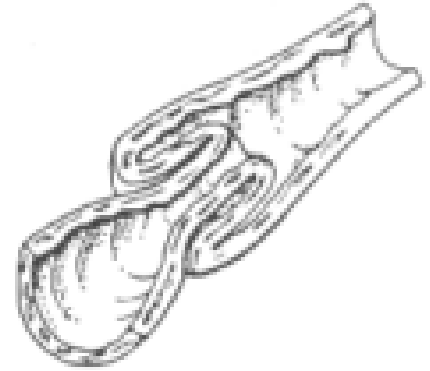
**NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU
POKARMOWEGO
-POSTĘPOWANIE OPERACYJNE-**



Skręt jelita:

- ✓ Odkręcenie jelita
- ✓ Resekcja martwiczo zmienionego odcinka jelita z zespoleniem koniec do końca
- ✓ Resekcja odcinka jeliat o wysokim ryzyku ponownego skrętu (esica)

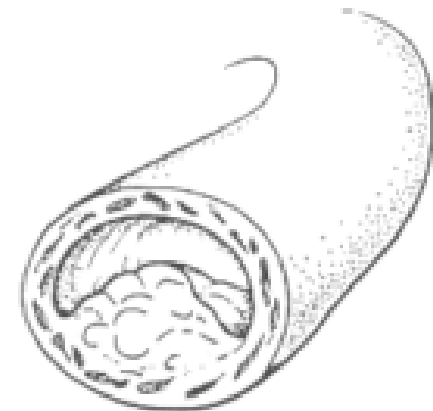
**NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU
POKARMOWEGO
-POSTĘPOWANIE OPERACYJNE-**



Wgłobienie:

- ✓ odgłobienie jelita
- ✓ ewentualnie hemikolektomia prawostronna przy zmianach martwiczych
- ✓ odkręcenie jelita i podszycie za tenię do ściany brzucha
- ✓ resekcja esicy z zespoleniem koniec do końca

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO



Niedrożność nowotworowa jelita grubego

prawa okrężnica → hemikolektomia prawostronna

poprzeczna → poszerzona hemikolektomia
prawostronna

lewa okrężnica → doraźne wycięcie sposobem Hartmana
→ doraźne wycięcie ze śródoperacyjnym
płukaniem jelita i doraźnym zespoleniem
okrężniczo – okrężniczy.

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

Niedrożność nowotworowa jelita grubego - Zmiana nieoperacyjna:

- resekcja paliatywna (jak wcześniej)
- zespolenie omijające
 - kolostomia
- laparotomia zwiadowcza w przypadku carcinosis peritonei

NIEDROŻNOŚĆ PORAŻENNA

- PRZYCZYNY -

- Zapalenie otrzewnej
- Inne przyczyny:
 - **kolka żółciowa** (najczęstsza), nerkowa
 - metaboliczne: kwasica cukrzycowa, mocznica, hipokaliemia, porfiria
 - rozwarstwiający / pęknięty tętniak aorty brzusznej
 - pochodzenia centralnego: urazy i zabiegi na CSN
 - pozabrzusne: zapalenie płuc (zwłaszcza dolnych płatów) i opłucnej, zawał mięśnia sercowego, zator t. płucnej
 - pooperacyjna

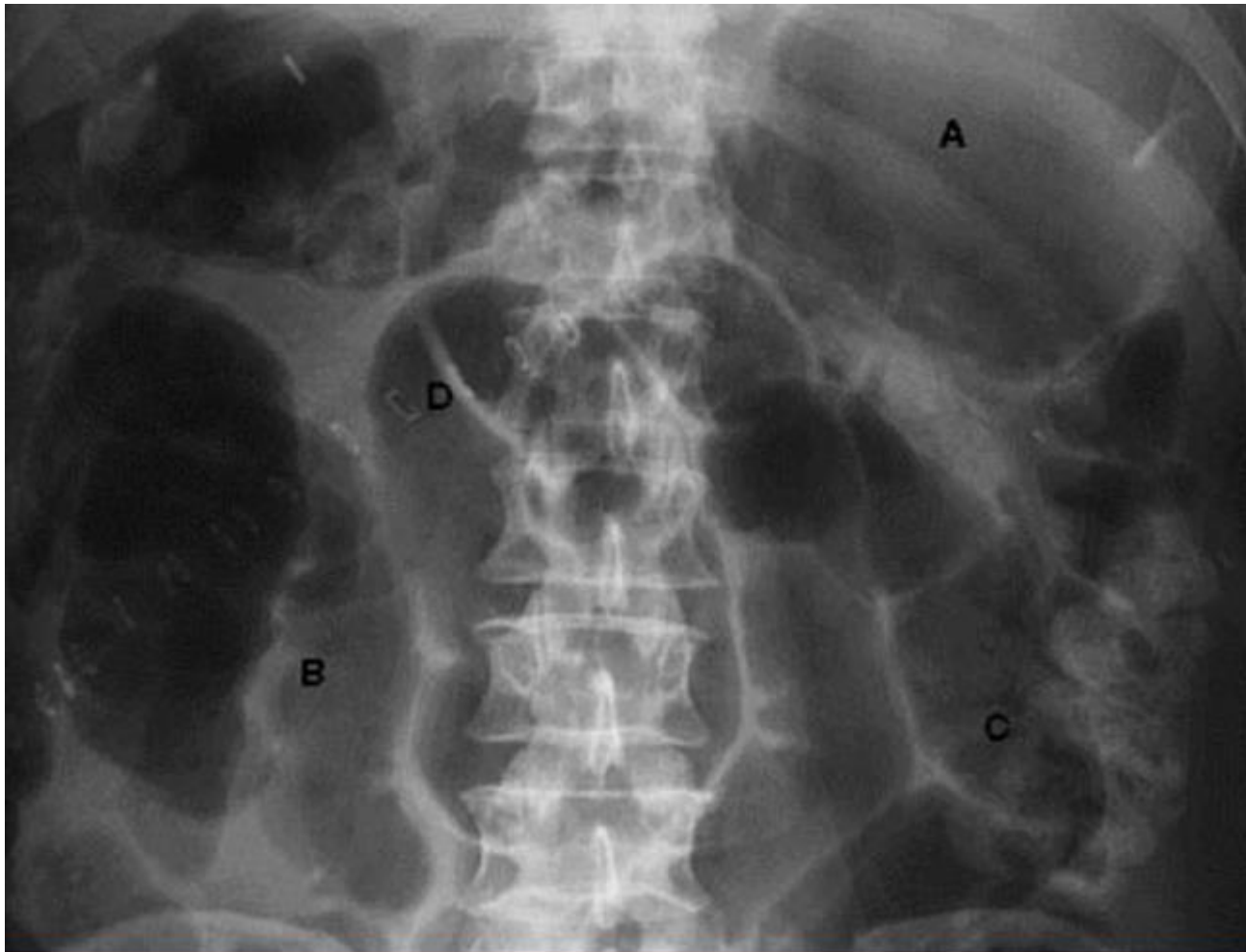
NIEDROŻNOŚĆ PORAŻENNA

- OBJAWY -

- **Wywiad:**
 - stały, silny ból
 - nudności i wymioty
 - zatrzymanie gazów i stolca
- **Badanie fizykalne:**
 - brak perystaltyki
 - objawy otrzewnowe obecne w przypadkach gdy niedrożność porażenna jest spowodowana zapaleniem otrzewnej



NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO



Niedrożność porażenna pooperacyjna

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO

	Mechaniczna	Porażenna	Pseudoniedroż.
Ból	+++	+/-	+
Perystaltyka	+++	-	+/-
RTG jamy brzuszej (rozdęcie pętli)	Do poziomu obturacyj	Głównie w jelicie cienkim	W jelicie cienkim i grubym
Czynniki predysponujące	Operacje Przepukliny RTG-terapia	Pooperacyjny przebieg, Zaburzenia elektrolitowe, leki	Cieężko chorzy, ciężkie obrażenia, w toku ciężkiego OZT

ZESPÓŁ OGLIVIEGO

ostra rzekoma niedrożność jelita grubego



- **Przyczyna:** nieznana
- **Objawy:**
 - bóle brzucha o charakterze falowym
 - nudności i/lub wymioty
 - zatrzymanie stolca, rzadziej częste oddawanie niewielkich ilości płynnego stolca
 - leukocytoza
 - podwyższona ciepłota ciała
- **RTG przeglądowe jamy brzusznej:** poszerzona prawa część okrężnicy
- **Leczenie:**
 - co 12-24h RTG w celu pomiaru kątnicy – średnica $> 12\text{cm}$ - istnieje zagrożenie martwicą ściany jelita i przedziurawieniem → leczenie operacyjne
 - odsysanie treści żołądkowej, wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, cyzapryd, erytromycyna, niepowodzenie metod zachowawczych => leczenie operacja: APENDIKOSTOMIA
Perforacja – resekcja kątnicy lub hemikolektomia prawostronna.