

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ. Министерство
здравоохранения Российской Федерации.
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 3

«ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ»

*УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ, СЛУШАТЕЛЕЙ ЦИКЛОВ*

ВЛАДИКАВКАЗ

2024

Составители:

Зав. кафедрой хирургических болезней №3, д.м.н., профессор А.А. Кульчиев
к.м.н., доцент А.А. Морозов
ассистент Э.А. Перисаева к.м.н.,
доцент А.М. Карсанов д.м.н.,
профессор А.К. Хестанов к.м.н.,
ассистент Д.А. Хубулова

Рецензенты:

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1
ФГБОУ ВО СОГМА, к.м.н., доцент
Заведующий кафедрой хирургических болезней № 2
ФГБОУ ВО СОГМА, д.м.н., профессор

Беслекоев У.С.

Тотиков В.З.

Цель изучения темы – выработать навыки всестороннего клинического обследования с острой кишечной непроходимостью, уметь обобщить полученные данные для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики, определить тактику лечения, назначить консервативное лечение, оценить его эффективность и своевременно определить показания к хирургическому лечению, усвоить принципы предоперационной подготовки больного, оперативного лечения и ведения больного в послеоперационном периоде.

После изучения данной темы обучающийся должен

знать:

1. Классификацию острой кишечной непроходимости.
2. Значение различных факторов в этиологии острой кишечной непроходимости.
3. Общие характерные симптомы острой кишечной непроходимости.
4. Клинические признаки отдельных форм острой кишечной непроходимости.
5. Диагностические возможности рентгенологического обследования при острой кишечной непроходимости.
6. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости.
7. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости.
8. Принципы хирургического лечения острой кишечной непроходимости.
9. Принципы послеоперационного ведения больных с острой кишечной непроходимостью.

уметь:

1. Интерпретировать жалобы, присущие острой кишечной непроходимости.
2. Выявить на рентгенограмме типичные рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости.
3. Провести дифференциальный диагноз с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

4. Назначить консервативное лечение в полном объёме.
5. Определить показания к экстренному оперативному лечению острой кишечной непроходимости.
6. Определить показания к резекции кишки при острой кишечной непроходимости.

Вопросы для обсуждения.

1. Хирургическая анатомия кишечника.
2. Классификация острой кишечной непроходимости.
3. Патофизиологические изменения при острой кишечной непроходимости.
4. Клиническая картина отдельных видов острой кишечной непроходимости.
5. Дифференциальный диагноз острой кишечной непроходимости.
6. Тактика хирурга при острой кишечной непроходимости, (её отдельных видах)
7. Принципы хирургического лечения острой кишечной непроходимости.
8. Послеоперационный период.

Непроходимость кишечника – это синдром, характеризующийся нарушением продвижения кишечного содержимого по ЖКТ от желудка до анального отверстия. Часто именуется илеусом (ileus – от слова ileos – заворотки кишечника по-гречески), хотя это относится только к частному виду непроходимости – завороту. Заболевание это известно врачам глубокой древности, описано Гиппократом и до сих пор привлекает пристальное внимание хирургов, являясь программным вопросом ряда съездов и конференций. Miserere – название непроходимости кишечника в древности – от начальных слов предсмертной молитвы у католиков "miserere Mei" – прими меня Господь – подчеркивает тяжесть этого заболевания.

Патогенез непроходимости кишечника не до конца изучен, а лечение не всегда эффективно, процент летальности остается высоким – 12- 20%, при тяжелых формах

до 30 – 40 и даже 93% при гемостатической форме непроходимости. Летальность от ОКН в абсолютных цифрах равна летальности от всех остальных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости вместе взятых (Кузин, Шкроб). По частоте – составляет 9,4% больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Чаще встречается у мужчин – в 66,4% случаев; в 4 раза чаще у лиц старше 60 лет.

Может развиваться как самостоятельное заболевание, иногда возникает вторично, но по тяжести течения превалирует, выступает на первый план. Существует много разных классификаций НК – Пирогова, Валя, Оппеля, Мельникова, Чухриненко и др. Принято различать:

- 1) по происхождению – врожденную и приобретенную;
- 2) по состоянию пассажа кишечного содержимого – полную и частичную;
- 3) по клиническому течению – острая и хроническая;
- 4) по уровню непроходимости – высокая (тонкокишечная) и низкая (толстокишечная);
- 5) по причинному фактору – механическая и динамическая (см. табл.).

А. Механическая непроходимость – наиболее тяжелая форма, является чаще всего самостоятельным заболеванием. К ней относятся странгуляционная и обтурационная непроходимость.

1) Странгуляционная (от strangulatio – удушение, сдавление) – сопровождается нарушением кровоснабжения стенки кишки за счет вовлечения в процесс брыжейки – самая тяжелая форма механической непроходимости, дающая очень высокий процент летальности. Включает в себя:

а) заворот – составляет 15 – 30% всех видов механической непроходимости; чаще всего наблюдается заворот тонкого кишечника, затем – сигмы (составляет 81% всех заворотов толстого кишечника), реже слепой кишки (при saecum mobile) и поперечной ободочной кишки. Различают полный заворот – при повороте от 270 – 360 до 540 и 720 и неполный – при повороте на 180. течение заболевания бурное, сопровождается резкими болями, тяжелым общим состоянием, быстро наступает некроз.

б) Узлообразование – еще более тяжелый, но к счастью редкий (2 – 5%) вид странгуляционной непроходимости. Узел чаще всего, в 90% случаев, образуется между тонкой кишкой и сигмой, реже между петлями тонкого кишечника, еще реже – между тонкой и поперечной или слепой. В узлообразовании могут принимать участие червеобразный отросток и дивертикул Меккеля. Узел, благодаря усиленной перистальтике и нарастающему отеку, часто не удается развязать не только на операции, но и на секции, Приходится прибегать к обширным резекциям одновременно толстого и тонкого кишечника. Дает очень высокий процент летальности.

в) Ущемление кишки – чаще всего в наружных и внутренних грыжевых воротах – ущемленные грыжи – бедренные, паховые, реже пупочные и послеоперационные. Наиболее трудно диагностируются внутренние ущемления – под шейцевой связкой, в винсловом отверстии, отверстиях диафрагмы при диафрагмальных грыжах. Это самый распространенный вид странгуляционной непроходимости. Ущемляется чаще всего тонкая кишка (в 95% случаев), в диафрагме – толстая кишка или желудок.

2) Обтурационная непроходимость (от *obturation* – закупорка) – закрытие просвета кишки без участия брыжейки и нарушения кровообращения и питания кишечной стенки/ Может происходить за счёт:

а) сдавления кишки извне – увеличенным, смещенным или воспалительно измененным органом брюшной полости, опухолью или кистой, иногда спайками.

б) Закупорка или сужение изнутри – вне связи со стенкой кишки (каловые камни, желчные камни, инородные тела, клубки аскарид) или в связи со стенкой кишки (опухоли кишечника, рубцовые стенозы, кисты). Этот вид непроходимости начинается чаще постепенно, может, по началу, протекать как хроническая, частичная непроходимость, которая может перерасти и в полную.

Протекает значительно более легко, чем странгуляционная. Наиболее частыми причинами обтурационной непроходимости являются Я опухоли толстой кишки, особенно левой половины, и копростаз. Закупорка желчными камнями

происходит редко – в 1-2% случаев. Непроходимость в этих случаях является высокой, с трудом диагностируется.

На границе между этими двумя формами – странгуляционной и обтурационной непроходимостью стоят инвагинация и спаечная непроходимость кишечника, которые могут начинаться как обтурационная и переходить затем в странгуляционную.

3. Инвагинация – внедрение одного участка кишки в другой – вначале протекает по типу обтурационной, при вовлечении в процесс брыжейки по мере увеличения внедрения принимает характер странгуляционной. Инвагинация бывает простой (трехцилиндровой) и двух и трех – этапной, когда образуется 5 – 7 цилиндров. Чаще всего внедряется подвздошная кишка в слепую – илеоцекальная инвагинация, реже – тонкая в тонкую – тонкокишечная, самая редкая форма – толстокишечная – при внедрении толстой кишки в толстую, изредка наблюдается внедрение тонкой кишки в желудок в области гастроэнтероанастомоза. Инвагинация встречается чаще у детей; она составляет 40 – 30% всех случаев непроходимости у них. Наблюдается в возрасте 8-10 месяцев. Предрасполагающими моментами являются дизентерия, аденовирусная инфекция, вообще все то, что ведет к усиленной перистальтике и образованию спазмов. Может принимать хроническое, рецидивирующее течение. Особенно часто инвагинация встречается в Англии, Дании, Австрии, где этот вид непроходимости составляет до 30-40%.

Спаечная непроходимость кишечника – сдавление тяжами и сращениями – тоже стоит на грани странгуляции и обтурации, может протекать как та и другая. В последние годы этот вид непроходимости встречается особенно часто (от 35 до 87 % по данным института им. Склифосовского). Учащение связывают с нарастанием количества полостных операций. Чаще всего возникает после аппендэктомий (51%), поскольку это самая частая из применяющихся операций, затем следуют гинекологические операции, операции по поводу непроходимости кишечника и др. Большую роль в возникновении спаечной непроходимости, как этиологический фактор, играет перитонит. Протекает как странгуляционная в 75% случаев, как

обтурационная – в 25%. Если спаечная непроходимость повторно рецидивирует это рассматривается как "спаечная болезнь".

Б. Динамическая непроходимость – связана только с нарушениями перистальтики при отсутствии механического препятствия к продвижению содержимого. Составляет около 12% , часто бывает вторичной. Различают:

1) спастическую непроходимость – сокращение кишечной стенки на ограниченном протяжении. Встречается редко, является следствием спазмофилий или интоксикации (свинцом – "свинцовые колики" – болезнь печатников, глистными токсинами, некоторыми ядами). Иногда может быть результатом рефлекторного воздействия при инородных телах, не закрывающих просвета кишечника, заболевании ЦНС. Может присоединяться к обтурации.

2) паралитическая непроходимость – является результатом отсутствия перистальтики, чаще бывает вторичной. Возникает при:

а) травмах живота, в том числе операционной – послеоперационный парез кишечника;

б) травматических повреждениях забрюшинного пространства, особенно с гематомами;

в) перитонита, когда могут преобладать симптомы непроходимости;

г) болевого воздействия – все виды колик;

д) метаболических нарушениях.

В. Сосудистая непроходимость – при тромбозе и эмболии мезентериальных сосудов с закупоркой их – гемостатическая (по В.А.Оппелю). Стоит на грани между механической и динамической, так как сопровождается нарушением питания и некрозом кишечной стенки, но механического препятствия к продвижению кишечного содержимого нет, в этом смысле она является паралитической.

Развивается на почве атеросклероза, гипертонической болезни, портальной гипертензии; часто наблюдается в послеоперационном периоде у пожилых лиц. Составляет от 0,6 до 4% всех видов непроходимости; даже в лучших клиниках страны дает более 90% летальности (у В.С. Савельева – 93 %). Некроз развивается

чаще всего при эмболии верхней брыжеечной артерии, реже – нижней, поэтому поражается в основном весь тонкий кишечник.

Возможны сочетания разных форм непроходимости – механической с динамической, спастической с обтурационной, спаечной с заворотом и т.д. и перехода одной формы в другую.

Этиология – видна из классификации.

Предрасполагающие моменты: а) анатомические особенности – врожденные аномалии (подвижная слепая кишка, длинная сигмовидная-мега- и долихо-. сигма), дивертикул Меккеля, внутренние грыжи; приобретенные – наружные грыжи, спайки. При артерио – мезентериальной непроходимости – ущемление начала ДПК между основной ветвью верхней брыжеечной артерии на месте ее бифуркации.

б) функциональные – переедание после голода ("болезнь голодного человека по Спассокукоцкому), колиты, дизентерия, все моменты, сопровождающиеся усиленной перистальтикой.

Патанатомия и патогенез

Местно – изменения в кишке даже при обтурационной непроходимости связаны с нарушениями кровоснабжения: венозный стаз, застой в слизистой оболочке, мелкие экстравазаты – ишемический некроз, точечные изъязвления. Эти изменения происходят как в слизистой, так и в толще стенки кишки вплоть до серозы. Отек стенки влечет за собой расслоение ее, лейкоцитарную инфильтрацию, атрофию и дистрофию нервных элементов. При усилении отека он переходит на брыжейку, увеличивая застой. Наступает пропотевание жидкости как в просвет кишки, так и в свободную брюшную полость. При сливании некротических участков происходит некроз стенки кишки, перфорация (микро и макро) и инфицирование выпота – перитонит.

При странгуляции все эти явления значительно более выражены, так как нарушений кровообращения особенно велики. Присоединяется тромбоз в сосудах и инфаркты в стенке кишки, особенно в местах странгуляции и выключенном отрезке кишки. Некроз со стороны слизистой превосходит по величине некротические участки серозы (поскольку сосуды расположены в подслизистом слое).

При динамической непроходимости – растяжение кишечной стенки газами в результате вздутия опять-таки приводит к явлениям застоя нарушениям кровотока в стенку кишки и брыжейки, появляется выпот в брюшной полости и просвете кишки. В брюшной полости выпот сначала имеет характер серозного, затем геморрагического, затем становится гнойным, т.к. застой в слизистой стенки кишки приводит к изъязвлениям, мелкоочаговым некрозам с последующей возможной перфорацией.

Общие явления;

1) нервно-рефлекторные – боли, рвота, шок и их последствия – дегидратация.

2) аутоинтоксикация продуктами неполного обмена веществ (Сельцовский), неполного окисления. Аутоинтоксикация происходит как за счет бактериальной флоры, так и продуктов распада белка, ферментов бактерий и пищеварительных соков химических соединений токсического характера – (гистамин, аммиак, и др.),

3) Гуморальные нарушения: падение содержания хлоридов, белковая недостаточность, обезвоживание – дегидратация с преобладанием обезвоживания внеклеточных пространств, при "сокопотере" со рвотой теряются все пищеварительные соки (Самарин), исчезает гликоген из печени.

4) При странгуляции – обильное просачивание крови в просвет кишечника – внутреннее кровотечение – до 50% крови (Красносельский).

5) Инфекция – перитонит, который в конечном счете является причиной смерти в 49% случаев (Стручков).

6) В результате рефлекторного перераспределения крови во внутренние органы – анемия головного мозга, которая приводит к нарушениям со стороны паренхиматозных органов (печень, почки, поджелудочная железа), сердечно-сосудистой системы (макро и микроциркуляции), гипофизо-адреналовой системы – синдром полиорганной недостаточности

Таким образом, нарушение общего состояния связано со сложным комплексом факторов еще не до конца изученных и не полностью устраняющихся с устранением самой непроходимости. В основе этих нарушений лежит болевой шок,

аутоинтоксикация, гуморальные нарушения. Картина тем тяжелее, чем выше непроходимость.

Клиническая картина

Начало заболевания чаще острое, внезапное (в течение минут, часов) иногда имеются предвестники – явления частичной непроходимости (при обтурации опухолью),

В анамнезе – операции на брюшной полости, аналогичные явления раньше (при спайках, мегаколоне, подвижной слепой кишке), перенесенный перитонит.

1) Боли в 100% наблюдений, часто схваткообразные, сопровождающиеся "илеусным стоном", напоминающим стон роженицы. При странгуляционных формах боли могут быть постоянными (очень сильными, до шока) ослабевают в терминальной стадии. Локализация болей – чаще по всему животу, с иррадиацией в спину; при инвагинации – в области инвагината.

2) Задержка стула и газов – патогномоничны. В 15% случаев возможно наличие стула из нижерасположенного отрезка кишки, но это не вызывает чувства опорожнения, облегчения.

При инвагинации, а также сосудистой непроходимости характерно выделения из прямой кишки содержимого со слизью и кровью, стул в виде "малинового желе" – симптом Мондора. Важно пальцевое исследование.

3) Рвота (в 70-75% случаев) – вначале рефлекторная, пищей, затем желчью, затем застойным кишечным содержимым – "каловая рвота", Рано проявляется при странгуляционной и высокой непроходимости, поздно – при обтурационной и низкой. При сосудистой может наблюдаться рвота "кофейной гущей".

4) Жажда и икота часто сопутствуют рвоте.

Со стороны живота:

1) при осмотре:

а) вздутие (за исключением высокой непроходимости и инвагинации в ее начале). Часто наблюдается асимметрия живота "косой живот", "косопузие" – при механических формах; симптом Данце – западения правой подвздошной области при завороте слепой кишки, симптом Валя – вздутие приводящей петли.

Равномерное вздутие живота наблюдается при паралитической непроходимости или низкой непроходимости;

б) рубцы после перенесенных операций, повреждений;

в) грыжевые выпячивания – обязательный осмотр области возможного выхода грыж;

г) видимая на глаз перистальтика.

2) При пальпации:

а) брюшная стенка натянута в связи со вздутием, но напряжений мышц нет;

б) симптом Тевенера – болезненность при надавливании на 2-3 см ниже пупка – на корень брыжейки тонкой кишки – положителен при завороте ее;

в) с-м Валя – пальпаторное определение раздутой приводящей петли;

г) пальпация инвагината (в виде колбасовидного образования, чаще в области илеоцекального угла); иногда пальпируемая опухоль (сигмы);

д) с-м Склярова – "шум плеска" при сотрясении рукой брюшной стенки.

3) При перкуссии:

а) высокий тимпанит, металлический оттенок звука – с-м Кивуля (симптом баллона);

б) притупление в отлогах местах.

При аускультации: а) бурные перистальтические шумы, усиленная перистальтика вначале, затем истощается (быстро при странгуляции, позднее при обтурации), в запущенных случаях, при перитоните – отсутствие перистальтики – "гробовая тишина";

б) патологические шумы – шум "падающей капли" при падении капли экссудата в содержащую жидкость и воздух у петлю кишки, "шум лопающихся пузырьков" – при прохождении газов через резко суженный просвет кишки;

в) "шум плеска" (с-м Склярова) – особенно хорошо слышен с помощью фонендоскопа.

При ректальном исследовании – с-м Обуховской больницы (Грекова) – зияние ануса, расширение ампулы при отсутствии содержимого в ней – при заворотесигмы. Симптом Цейге-Мантейфеля – при клизме не входит более 0,5 -1 литра при

завороте сигмы. Может быть использован для установления уровня толстокишечной непроходимости (селезеночный угол 1-1,5 л, печеночный угол и восходящая кишка 1,5 – 2 литра). При пальцевом исследовании может быть обнаружена опухоль прямой кишки, кал в виде "малинового желе" – симптом Мондора.

Общее состояние страдает особенно при странгуляционных формах; высокой непроходимости, мезентериальном тромбозе. Больные часто занимают вынужденное положение с притянутыми к животу ногами. Лицо страдальческое, бледность, цианоз, холодный пот. Язык сух, при повторной рвоте окрашен желчью, иногда отмечается каловый запах изо рта. Температура нормальная или ниже нормы, пульс учащен ("ножницы"!); АД снижено (ниже 100 является плохим прогностическим признаком).

Лабораторные исследования: общий анализ крови: кол-во эритроцитов, повышение гематокрита, в связи с уменьшением объема циркулирующей крови (ОЦК), в последующем – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

При биохимических исследованиях – падение содержания хлоридов, белка, кальция; нарастание – остаточного азота, мочевины, индикана, сахара крови, протромбинового индекса (при мезентериальном тромбозе). КЩР – сначала алкалоз, затем ацидоз. Нарушение электролитного баланса – калия, натрия.

Рентгенологическое исследование (полипозиционное) – стоя, лежа, на спине и на боку.

а) Обзорное (до клизмы!) – чаши Клойбера – горизонтальные уровни жидкости с газовым пузырем над ним. При тонкокишечной – ширина уровня более высоты газового пузыря, чаш много; при толстокишечной – чаш меньше, они располагаются по ходу толстого кишечника. Картина развивается через 3 – 4 часа от начала заболевания. При мезентериальном тромбозе – газ в толще кишечной стенки,

3) С контрастированием – для исследования тонкого кишечника бариевая взвесь вводится через рот, требуется наблюдение за пассажем в течение 3 – 4 часов; более, может применяться только при неполной или хронической непроходимости. Для исследования толстого кишечника барий вводится через

прямую кишку -рег clismat -для выявления уровня непроходимости и ее характера – опухоль, заворот, инвагинат. Может применяться по скорой помощи.

Ректороманоскопия и колоноскопия могут применяться при толстокишечной непроходимости. Лапароскопия применяется редко ввиду вздутия кишечника, иногда показана в целях дифференциальной диагностики для исключения мезентермального тромбоза. В течении непроходимости кишечника различают 3 периода, стадии (Стручков):

1) начальная (первые 12 часов) – боль, шок, чаш Клойбера может не быть;

2) промежуточная (12-36 часов) – гемодинамические сдвиги, интоксикация все основные симптомы непроходимости,

3) поздняя (после 36 часов) – терминальная – превалируют явления перитонита, лицо Гиппократово, каловая рвота, отсутствие перистальтики, через брюшную стенку прослушиваются дыхательные и сердечные шумы.

Дифференциальный диагноз проводится с острым панкреатитом, перфоративной язвой, холециститом, острым аппендицитом, перекрученной кистой яичника, внематочной беременностью, а также со стено-кардией, инфарктом миокарда, тяжелой пищевой токсикоинфекцией.

Профилактика – своевременная операция при грыжах, профилактика спаек (бережное отношение к тканям во время операции, тщательный гемостаз, своевременная операция при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, борьба с перитонитом). У больных, склонных к образованию спаек (при спаечной болезни) – введение новокаина, тромболизина, фибринолизина, гепарина, преднизолона во время операции и в дренажи, ионофорез с лидазой, парафинотерапия в послеоперационном периоде.

Лечение

Начинают с применения лечебно-диагностического комплекса, который в некоторых случаях бывает достаточным (у 50-60% больных при динамической, некоторых видах спаечной непроходимости и пр.), в остальных случаях является предоперационной подготовкой. Комплекс включает в себя: 1) атропин подкожно, 2) двусторонняя поясничная новокаиновая блокада, 3) зонд в желудок, 4) сифонная

клизма, иногда повторно через 1 – 2 часа. Комплекс имеет и некоторое диагностически-прогностическое значение: наличие кишечного содержимого в желудке свидетельствует о тяжести процесса, количество вводимой жидкости при сифонной клизме может давать представление об уровне толстокишечной непроходимости.

При инвагинации, завороте сигмы в некоторых случаях дает эффект ректороманоскопия с введением воздуха под давлением, не превышающим 25 – 30 мм водяного столба в первые часы. При динамической непроходимости иногда применяется перидуральная блокада, а также стимуляция кишечника (гипертонический р-р хлорида натрия, прозерин, церукал).

При мезентериальном тромбозе показано введение гепарина, фибринолизина; клизмы противопоказаны.

Параллельно при наличии общих явлений, проводится дезинтоксикационная терапия, коррекция белковых и электролитных нарушений, применяются сердечно-сосудистые средства (вплоть до норадреналина и других гормональных препаратов).

Оперативное лечение показано при безуспешности консервативной терапии в течение 2 – 3 часов, при тяжелых формах и раньше. За 30 минут до операции рекомендуется внутривенное капельное введение метронидозола (500 мг) + шприцом кефзол, цефализин или гентамицин. Обезболивание – интубационный наркоз, при ущемленных грыжах возможно местное обезболивание, при достаточно высоком артериальном давлении – перидуральная анестезия. Перед операцией обязательно введение зонда в желудок (опасность регургитации!). и толстой дренажной трубки (желудочного зонда) в прямую кишку. Доступ – широкий, срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости при наличии выпота он берется на посев, вводится новокаин к корню брыжейки.

Сущность операции:

1) осмотр кишечника с ревизией его а/ от илеоцекального угла до Трейцевой связки и до прямой кишки (пальпаторно определяется в ней предварительно введенный зонд) или б) от Трейцевой связки до прямой кишки. Выше места препятствия петли кишечника раздуты, ниже – спавшиеся; если раздуты только

тонкие кишки – непроходимость высокая, если и толстые – низкая. При очень высокой непроходимости (например – при закупорке желчным камнем ДПК) вздутие кишечника может отсутствовать.

2) Устранение непроходимости – деторзия, дезинвагинация, пересечение спаек, рассечение грыжевых ворот.

3) Оценка жизнеспособности кишки – нормальный цвет, блеск серозы, наличие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки.

4) Резекция измененной части кишки в пределах 40 см приводящей кишки и 10 – 15 отводящей с последующим наложением анастомозов (конец в конец, конец вбок, бок в бок).

5) При тяжелом состоянии больного в некоторых случаях производится выведение конца резецированной кишки или даже всей пораженной кишки без ее резекции.

6) При перерастянутых петлях – разгрузочные мероприятия – декомпрессия кишечника – назогастральная интубация тонкого кишечника специальными зондами, дренирование тонкого кишечника через подвесную энтеростому по Юдину или цекостому, гастростому; толстого кишечника через введенный до операции толстый зонд, который во время операции проводится выше имевшего места препятствия (Характер оперативных вмешательств, применяющихся при опухолевой непроходимости будет представлен в лекции, посвященной заболеваниям толстого кишечника).

При мезентериальных тромбозах и эмболиях в случаях ранней операции показана тромбинтимэктомия, но это редко удается. При ограниченном некрозе – резекция, при тотальном поражении – инфильтрация брыжейки 0,25% новокаином с 25 – 30 тыс. гепарина или введение гепарина в основной ствол и ветви брыжеечной артерии. Общая летальность при мезентериальных тромбозах в клинике Савельева составляет 93%. При артерио – мезентериальной непроходимости показана дуоденоюностомия бок в бок.

Ведение послеоперационного периода очень важно и во многом определяет исход.

1) Коррекция метаболических нарушений, борьба с дегидратацией и дезинтоксикационная терапия под постоянным контролем всех показателей.

2) Борьба с инфекцией – антибиотики широкого спектра действия, в течение первых 3-х дней, метронидазол (для борьбы с анаэробной инфекцией),

3) Борьба с паралитической непроходимостью: аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд, паранефральные блокады, газоотводные трубки, сифонные и очистительные клизмы, стимуляция кишечника (прозерин, церукал, питуитрин, гипертонический р-р хлорида натрия, электростимуляция).

4) Сердечные средства (при необходимости с включением гормональных препаратов – кортикостероидов).

5) Профилактика легочных осложнений – оксигенотерапия, горчичники, банки, легочная гимнастика, массаж.

6) Общеукрепляющая и симптоматическая терапия – витамины, иммуностимуляторы, ЛФК.

7) При мезентериальных тромбозах – гепарин (по 5 тыс. ед. через 4 – 6 часов), фибринолизин (25 – 30 тыс. ед. в сутки капельно) с последующим переходом на антикоагулянты непрямого действия. (Дикумарин, неодикумарин, синкумар и др.) под контролем скорости свертывания, протромбинового индекса, коагулограммы. Исходы при непроходимости кишечника во многом зависят от своевременности операции и правильного лечения. Вместе с тем правильный диагноз на догоспитальном этапе ставится редко (в 16,8% случаев), в приемном отделении не всегда (еще в 50%), уточняется на операционном столе у остальных (33,2%)(Москва, 1973 г.). По данным Макоха врачебные ошибки являются причиной летальных исходов у 63% больных. Летальность зависит также от возраста больных: (у пожилых она достигает 30-40 и даже 56%); от вида непроходимости она значительно выше при странгуляционных формах, а при сосудистой – более 90%. В среднем до сих пор колеблется между 15 – 20%. В Воронеже за 1991 г. – 9,9%. Отдаленные результаты хорошие у 51,3%, удовлетворительные у 29,2%, плохие – грыжи, спайки, нарушения пищеварения у 19,5%.

Хроническая непроходимость

Обычно является обтурационной – при опухолях, спайках; в некоторых случаях это хроническая илеоцекальная инвагинация. Выражается периодически возникающими болями, метеоризмом, запорами. Может переходить из частичной в полную, острую. Требуется тщательное обследование. При выявлении опухоли – хирургическое лечение, при спайках предпочтительное консервативное, операция при безуспешности его.

При спаечной болезни – при повторных операциях по поводу спаечной непроходимости (у лиц с патологической склонностью к образованию спаек) может применяться операция Нобля: фиксирование с помощью швов змеевидно уложенных петель тонкого кишечника, что также не гарантирует рецидива.

Литература:

1. Норенберг-Чарквиани А. Е., «Острая кишечная непроходимость», М, 1969.
2. Савельев В. С., «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М, 1980.

Тесты к теме «острая кишечная непроходимость»

- I. При какой форме кишечной непроходимости в процесс вовлечена брыжейка с нарушением кровообращения кишки?
 - Обтурационной
 - Странгуляционной
 - Паралитической
- II. Какая форма кишечной непроходимости протекает тяжелее?
 - Обтурационная
 - Странгуляционная
 - Паралитическая

III. Какие признаки, выявляемые рентгенологически характерны для кишечной непроходимости?

- Раздутые петли кишечника, содержащие газ и жидкость.
- Свободный газ под куполом диафрагмы.

IV. В каком из перечисленных отделов желудочно-кишечного тракта чаще всего наблюдается заворот кишечника?

- В тонкой кишке
- В слепой кишке
- В сигмовидной кишке
- В поперечно-ободочной кишке

V. Укажите правильно выбранный доступ при диагнозе острая кишечная непроходимость.

- Доступ Ленандера
- Верхнесрединная лапаротомия
- Нижнесрединная лапаротомия
- Широкая срединная лапаротомия

VI. Укажите наиболее оптимальный способ декомпрессии кишечника при его непроходимости.

- Энтеростома по Житнюку
- Энтеростома по Юдину
- Цекостома
- Назоинтестинальная интубация

VII. В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости?

- Заворот
- Узлообразование
- Спастическая непроходимость

VIII. Операция Гоген-Тарна применяется при:

- Завороте тонкой кишки
- Завороте илеоцекального угла
- Завороте сигмы

IX. При каком виде острой кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из прямой кишки

- Паралитической
- Спастической
- Инвагинации

X. Если при завороте сигмовидной кишки она оказалась жизнеспособной, какой объём операции следует выполнить?

- Резекция слепой и восходящей ободочной кишки
- Цекостома
- Операция Джонсона-Матера

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ковалев А.И. Школа неотложной хирургической практики / А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний.- 2010.- 743с.
2. Госпитальная хирургия: руководство для врачей-интернов / под ред. Л.Н. Бисенкова, В.М. Трофимова.- СПб.: Издательство "Лань". - 2005.- 896с.
3. Клиническая хирургия. Национальное руководство / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2009.- Т.2.- 832с