

**ОСТРАЯ
КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМО
СТЬ**



ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- Острая кишечная непроходимость (ОКН) — синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному каналу и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:

А. По морфофункциональной природе:

- 1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.
- 2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В. По уровню препятствия:

- 1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.
- 2. Толстокишечная непроходимость.



ЭТИОЛОГИЯ:

- Спайки брюшной полости после травм, ранений, перенесенных операций и воспалительных заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Длинная брыжейка тонкой или толстой кишки, обуславливающая значительную подвижность их петель;
- Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства.
- заворот кишок, ущемление
- врожденные аномалии развития кишечной трубки
- алиментарный фактор: нерегулярные приемы пищи, употребление грубой пищи, чрезмерно обильное поглощение пищи
- резкое повышение внутрибрюшного давления, обусловленное физ.нагрузкой



МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ:

- При механической непроходимости имеет место нарушение проходимости кишечника в результате какого-либо механического препятствия.
- Симптоматология механической кишечной непроходимости складывается из болевого и диспепсического синдромов, нарушения гемодинамики и расстройств водно-солевого, белкового, углеводного обменов, из осложняющих факторов, связанных с развитием перитонита.
- Диагноз механической кишечной непроходимости выясняется при тщательном сборе анамнеза, объективном клиническом обследовании, рентгенологическом исследовании органов брюшной и грудной полостей, лабораторных исследованиях крови и мочи.
- В зависимости от степени нарушения кровоснабжения кишечника механическая непроходимость делится на обтурационную и странгуляционную.
- Клиническая картина механической кишечной непроходимости чрезвычайно многообразна и зависит от срока заболевания, уровня и вида непроходимости, индивидуальных особенностей больного (возраст, пол, общее состояние к моменту заболевания).
- Чем выше уровень непроходимости, тем тяжелее протекает это заболевание.



КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ:

- Фаза «илеусного крика». Происходит острое нарушение кишечного пассажа, т.е. стадия местных проявлений – имеет продолжительность 2-12 часов (до 14 часов). В этом периоде доминирующим симптомом является боль и местные симптомы со стороны живота.
- Фаза интоксикации (промежуточная, стадия кажущегося благополучия), происходит нарушение внутрисстеночной кишечной гемоциркуляции – продолжается от 12 до 36 часов. В этот период боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот вздут, часто асимметричен. Перистальтика кишечника ослабевает, звуковые феномены менее выражены, выслушивается «шум падающей капли». Полная задержка стула и газов. Появляются признаки обезвоживания организма.
- Фаза перитонита (поздняя, терминальная стадия) – наступает спустя 36 часов после начала заболевания. Для этого периода характерны резкие функциональные расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается. Развивается перитонит.



ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ:

- Боль в животе — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи (или через 1-2 часа от приема пищи) в любое время суток, без предвестников; характер боли схваткообразный. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, истощения энергетических запасов мускулатуры кишечника, боль начинает носить постоянный характер. При странгуляционной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики.
- Рвота — после тошноты или самостоятельно, часто повторная рвота. Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем ранее возникает рвота и имеет более выраженный характер, многократная, неукротимая. Рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем центральный (интоксикация) характер
- Задержка стула и газов — иногда (в начале заболевания) при кишечной непроходимости наблюдается «остаточный стул»;
- Жажда — более выражена при высокой кишечной непроходимости
- Вздутие и асимметрия живота (лучше видно при низкой кишечной непроходимости)
- Сухой, обложенный язык



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- Перфорация полого органа
- Острый аппендицит
- Острый панкреатит
- Перитонит
- Острый синдром приводящей петли (с резекцией желудка по Бильрот-2 в анамнезе)
- Почечная колика
- Пневмония (нижнедолевая)
- Плеврит
- Ишемическая болезнь сердца (острый инфаркт миокарда, стенокардия)



СИМПТОМЫ:

- Симптом Валя — через брюшную стенку контурируется четко отграниченная растянутая кишечная петля;
- Видимая перистальтика кишок;
- «Косой живот»;
- Симптом Склярова — выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника;
- Симптом Спасокукоцкого — шум падающей капли;
- Симптом Кивуля — над растянутой петлей кишки появляется усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком;
- Симптом Грекова, или симптом Обуховской больницы — баллоннообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса;
- Симптом Мондора — усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»). «Мертвая тишина» — отсутствие кишечных шумов над паретическим кишечником;
- Симптом Шланге — появление перистальтики кишечника при пальпации живота.



МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

▣ Рентгенография брюшной полости

- 1.определение газа и уровней жидкости в петлях кишок (чаш Клойбера)
- 2.поперечная исчерченность кишки (симптом керкринговых складок)
- 3.перистальтика кишечника (при рентгенографии в динамике)

▣ Ирригография

- 1.изучение пассажа рентгенконтрастных веществ (например, сульфата бария) по кишечнику (проба Шварца) — при сохранении проходимости кишки не отмечается депонирование бария, контрастная масса заполняет толстую кишку через 6 часов от начала исследования.

▣ Фиброколоноскопия

▣ УЗИ :

- 1.при механической кишечной непроходимости:

- а)расширение просвета кишки более 2см с наличием феномена «секвестрации жидкости» в просвет кишки;
- б)утолщение стенки тонкой кишки более 4мм;
- в)наличие возвратно-поступательных движений химуса по кишке;
- г)увеличение высоты керкринговых складок более 5мм;
- д)увеличение расстояния между керкринговыми складками более 5мм;
- е)гиперпневматизация кишечника в приводящем отделе

- 2.при динамической кишечной непроходимости:

- а)отсутствие возвратно-поступательных движений химуса по кишке;
- б)феномен секвестрации жидкости в просвет кишки;
- в)невывраженный рельеф керкринговых складок;
- г)гиперпневматизация кишечника во всех отделах

▣ Электрогастроэнтерография



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:

- Во всех случаях, когда диагноз острой механической кишечной непроходимости установлен или предполагается, больной должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар.
- Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (2-4 часа) показано только при наличии перитонита, в остальных случаях лечение начинают с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтвержден) мероприятий. Мероприятия направлены на борьбу с болью, гиперперистальтикой, интоксикацией и нарушениями гомеостаза, освобождение верхних отделов пищеварительного тракта от застойного содержимого посредством постановки желудочного зонда, сифонные клизмы.
- При отсутствии эффекта от консервативного лечения показано оперативное лечение. Консервативное лечение эффективно лишь в случаях исчезновения боли в животе, вздутие живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и синдрома Валя, значительно уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования наряду с разрешением явлений копростазы на фоне проводимых клизм.



ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ:

- После выполнения лапаротомии осуществляют ревизию брюшной полости, перед началом которой рекомендуется произвести новокаиновую блокаду брыжейки тонкой и толстой кишок. Ревизия начинается от дуоденоюнального перехода, постепенно приближаясь к илеоцекальному углу. Ориентирование производится по петлям кишечника, раздутых газом, которые располагаются выше места препятствия. При раздутии всего тонкого кишечника возникает предположение о локализации непроходимости в толстом кишечнике. При ревизии определяют жизнеспособность кишки, этиологию непроходимости. Особое внимание обращают на «типичные» места: угловые сегменты (печеночный и селезеночный углы ободочной кишки), места возникновения внутренних грыж (внутренние паховые и бедренные кольца, запираемые отверстия, карманы связки Трейца, Винслового отверстия, отверстия диафрагмы).

- Правила определения жизнеспособности кишки универсальны:
 1. После согревания кишки салфетками, смоченными в «горячем» изотоническом растворе натрия хлорида, в течение 10-15 мин, а также после введения 20-40 мл теплого 0,25 % раствора новокаина в брыжейку
 2. серозная оболочка кишки розового цвета, блестящая;
 3. сохраняется перистальтика данного участка кишки;
 4. определяется пульсация сосудов брыжейки



ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ:

- Главной задачей оперативного вмешательства является восстановление пассажа по кишечнику: рассечение спаек, расправление заворота, узлов петель, дезинвагинация, удаление опухоли). Имеется несколько правил:
- Чем тяжелее состояние больного и выраженнее интоксикация, тем менее радикальной должна быть операция. «Радикальность не в ущерб больному».
- Резекция кишки при непроходимости производится по универсальным принципам:
- 30-40см выше места препятствия, то есть приводящего отдела (обычно раздутого газами) и
- 15-20см ниже места препятствия, то есть отводящего отдела (обычно спавшиеся отделы кишки);
- Выполняют анастомоз «бок в бок» или «конец в конец» (последний тип применяется только при незначительных различиях в диаметре приводящего и отводящего отделов кишки, при отсутствии декомпенсированной непроходимости);
- При высокой вероятности развития несостоятельности швов анастомоза целесообразно выполнять операцию типа Майдля (даже если имеется возможность восстановления кишечной непроходимости);
- Если по какой-либо причине наложение первичного анастомоза невозможно, то необходимо приводящий и отводящий отрезки кишки сформировать на передней брюшной стенке в виде стомы («двухствольная стома»). Исключения составляют операции на сигмовидной кишке, когда отводящий отрезок кишки ушивают наглухо и погружают в брюшную полость — обструктивная резекция (часто называемая «операцией типа Гартманна»).



ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ:

Часто этапом операции при кишечной непроходимости, является декомпрессия желудочно-кишечного тракта (интубация кишечника) эластическим зондом (толщина 8-9мм) с многочисленными отверстиями (2-2,5мм диаметром). Цели декомпрессии:

- уменьшение интоксикации
 - стимуляция моторики кишечника
 - предупреждение развития несостоятельности анастомозов
 - каркасная функция
- Чаще употребляется назогастральная декомпрессия, реже — ретроградная (от аборального к оральному отделу кишечника), через гастростому, цекостому, аппендикостому и другие. Зонды удаляются обычно на 3-6 сутки (при выраженном спаечном процессе — на 7-10 сутки). Длительно пребывание зонда может predispose к развитию пролежней кишки.

Критерии удаления зонда:

- появление стойкой перистальтики кишечника;
 - уменьшение вздутия живота;
 - отхождение стула, газов;
 - изменение качественных характеристик кишечного отделяемого — оно приобретает светло-жёлтый или зеленоватый цвет, исчезает каловый запах.
 - Оперативное пособие дополняют санацией и дренированием брюшной полости — промывают антисептическими растворами, электроотсасывателями («атмосами»), осушают салфетками. Часто используют широкое дренирование брюшной полости, до 4-ех мест и более (например, в 2-х подвздошных областях и в 2-х подреберьях, спаренными дренажами и т.п.).
- 