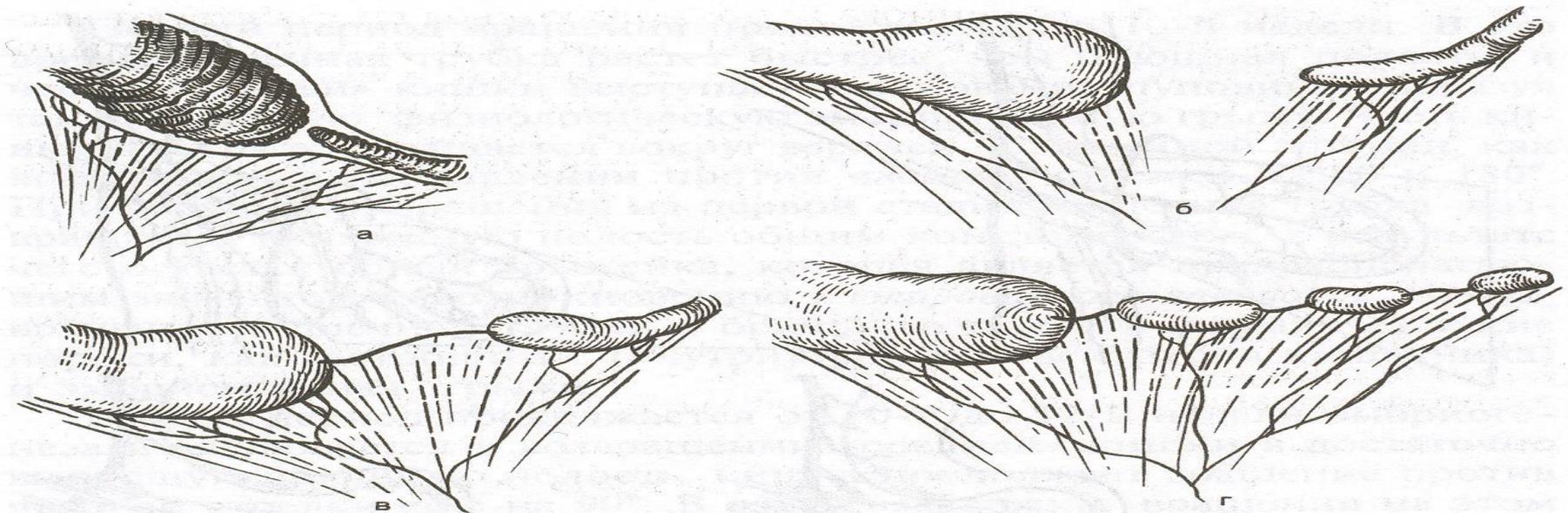


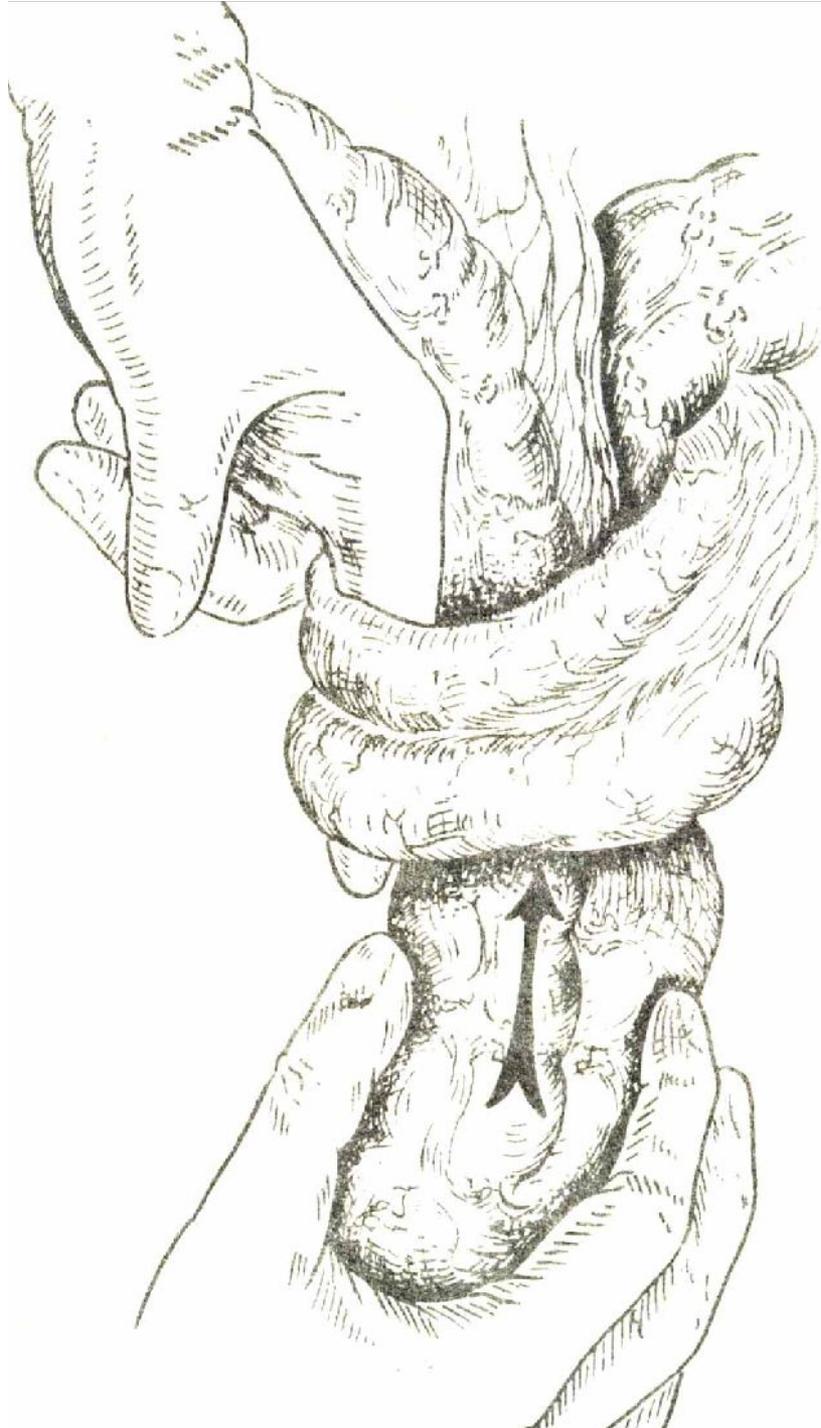
Непроходимость кишечника – это синдром, характеризующийся нарушением продвижения кишечного содержимого по ЖКТ от желудка до анального отверстия. Часто именуется илеусом (ileus – от слова ileos – заворот кишечника по-гречески), хотя это относится только к частному виду непроходимости – завороту. Заболевание 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.

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





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 *caecum 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 трийцевой 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.

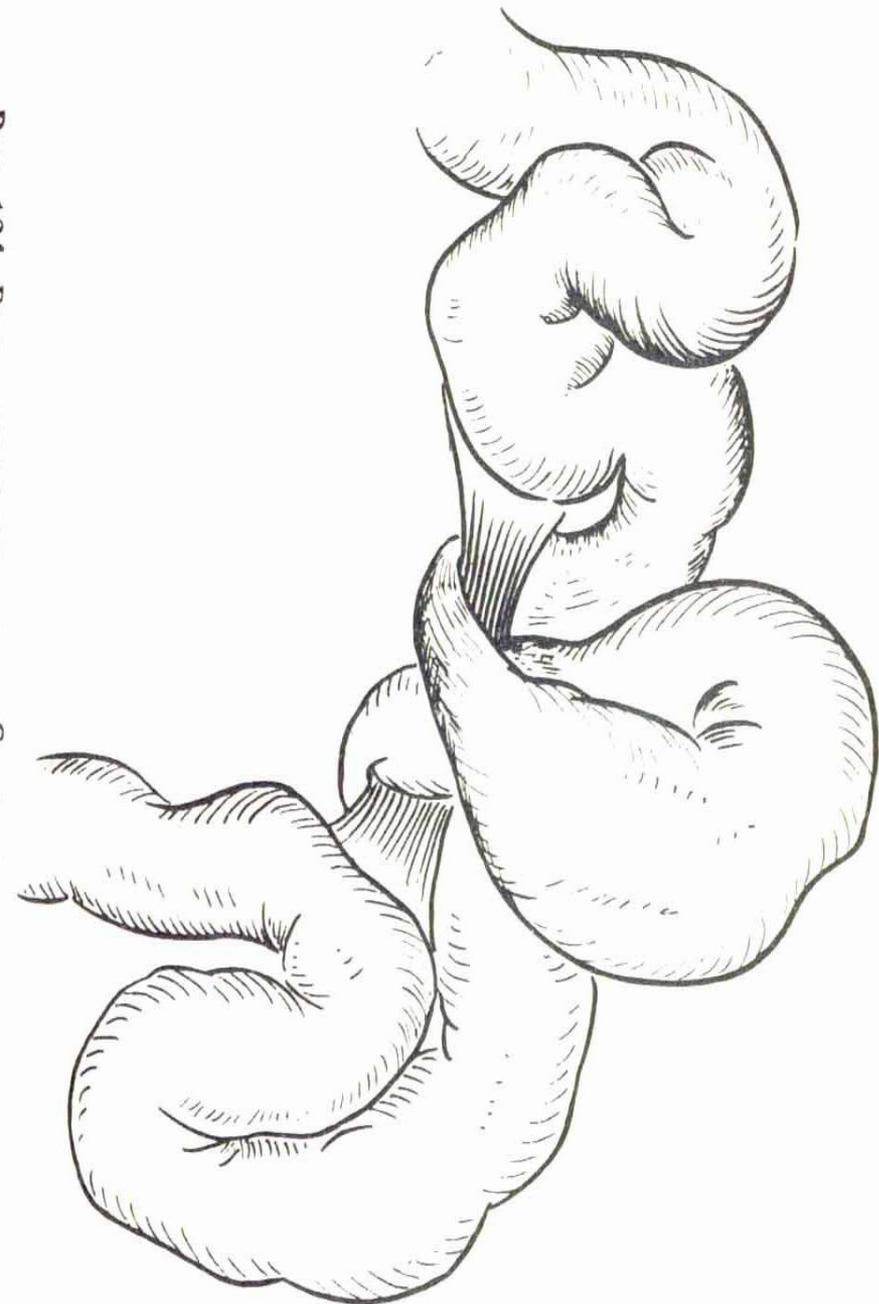
2/ Обтурационная непроходимость (от obturatio – закупорка) – закрытие просвета кишки без участия брыжейки и нарушения кровообращения и питания кишечной стенки/ Может происходить за счёт:

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.



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

~~при парадинаэтической непроходимости~~
2/ парадинаэтическую 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.

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, мегаколон, подвижной слепой кишке), чересквартный болевой синдром, сопровождающиеся "илеусным стоном", напоминающим стон рожениц. 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.
 - 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.
 - 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".
 - 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 2-3см 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 отлогих 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 завороте сигмы.

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).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ проводится с:

- **ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ,**
- **ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ,**
- **ХОЛЕЦИСТИТОМ,**
- **ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ,**
- **ПЕРЕКРУЧЕННОЙ КИСТОЙ ЯИЧНИКА,**
- **ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ,**
- **СТЕНОКАРДИЕЙ,**
- **ИНФАРКТОМ МИОКАРДА,**
- **ТЯЖЕЛОЙ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИЕЙ.**

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 в бок, 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 подвешную энтеростому по Юдину или цекостому, гастростому; толстого кишечника через введенный до операции толстый зонд, который во время операции проводится выше имевшего места препятствия.