

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Оренбургская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Учебное пособие

Оренбург, 2012

УДК 616.34-007.272-036.11 (075.8)

ББК 54.574.653-32 я73

Н 88

О.Б.Нузова

Острая кишечная непроходимость. Учебное пособие. – Оренбург, 2012. – 73 с.

В пособии освещены вопросы этиологии, патогенеза, классификации, современные методы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия».

Рецензенты:

Бордуновский В.Н. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Пушкарев В.П. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Заслуженный работник здравоохранения УР.

Учебное пособие рассмотрено и рекомендовано к печати РИС ОрГМА.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	5
КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	6
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	10
ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	12
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	20
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	23
МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	29
ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	52
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ	55
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	55
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	59
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ	67
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ	67
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	72

ВВЕДЕНИЕ

Кишечная непроходимость представляет собой синдром, осложняющий течение ряда заболеваний и патологических состояний, ведущим патофизиологическим звеном которого является полное или частичное прекращение пассажа химуса по кишечной трубке, как вследствие механического препятствия, так и в результате нарушения двигательной функции кишечника. Наблюдается в большинстве случаев в возрасте 30 – 60 лет. У женщин наблюдается в 1,5 – 2 раза реже, чем у мужчин, за исключением спаечной непроходимости, которой чаще страдают женщины. Наиболее часто диагностируется спаечная непроходимость кишечника (более 50% всех случаев), несколько реже – обтурационная.

Острая кишечная непроходимость вызывает серьезные нарушения в организме, которые могут привести к необратимым изменениям в органах и системах. Летальность при острой кишечной непроходимости остается стабильно высокой и достигает 14,2 – 25%. Одной из основных причин смерти больных при непроходимости является перитонит. Проблема диагностики и лечения острой кишечной непроходимости остается актуальной на протяжении многих десятилетий.

Цель изучаемой темы

Студент должен научиться оценивать общее состояние больного острой кишечной непроходимостью, уметь распознать заболевание и провести дифференциальную диагностику динамической и механической форм непроходимости кишечника. Студент должен знать и уметь определять показания для соответствующего вида лечения в каждом конкретном случае непроходимости кишечника.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

О заболевании организма, сопровождающемся вздутием живота, нарушением отхождения газов и кала, было известно в древности. Гиппократ, Гален и их последователи к непроходимости кишечника относили все заболевания органов брюшной полости, сопровождающиеся болями, вздутием живота, рвотой, задержкой газов и запором. В 1654 г. датский анатом Bartolin на секции обнаружил желчнокаменную кишечную непроходимость. Hunter (1797) впервые описал спаечный процесс в брюшной полости после огнестрельного ранения живота. Русский хирург Викентий Добровольский опубликовал в 1838 г. монографию «О болезни, именуемой ileus». Важной работой XIX в., появившейся в России и посвященной острой непроходимости кишечника, была статья Н. И. Пирогова, напечатанная в журнале «Записки по части врачебных наук» в 1849 г. В этой работе Н. И. Пирогов подробно излагал вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения острой непроходимости кишечника. В 1906 г. Becler впервые продемонстрировал рентгенологическое изображение газовых пузырей брюшной полости, расположенных как органнe трубы. Schwarz в 1911г. первым предложил контрастное исследование толстой кишки для выявления механической непроходимости. Kloiber в 1919 г. описал горизонтальные уровни жидкости и скопления газа над ними при острой кишечной непроходимости. Westermann в 1910 г. для лечения пареза желудочно–кишечного тракта впервые использовал длительную зондовую аспирацию желудочного содержимого. Большой вклад в изучение острой кишечной непроходимости внесли отечественные хирурги: С.И. Спасокукоцкий (1928), Н.Н. Самарин (1940), В.И. Стручков (1956), А.С. Альтшуль (1961) и многие другие.

КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Все виды непроходимости кишечника подразделяют на следующие основные группы.

I. По происхождению: врожденная (обусловлена пороками развития – атрезией кишечника; атрезией заднепроходного отверстия) и приобретенная.

II. По механизму возникновения:

1. Механическая непроходимость:

- 1) обтурационная;
- 2) странгуляционная;
- 3) смешанная (инвагинационная, спаечная).

2. Динамическая (функциональная) непроходимость:

- 1) паралитическая;
- 2) спастическая.

При механической непроходимости возникает окклюзия кишечной трубки. При странгуляционной непроходимости первично страдает кровообращение вовлеченного в патологический процесс участка кишки. При обтурационной кишечной непроходимости кровообращение расположенного выше препятствия (приводящего) участка кишки нарушается вторично в связи с ее перерастяжением кишечным содержимым. Поэтому возможен некроз кишки, но для его развития необходимо не несколько часов, а несколько суток. К смешанным формам относят инвагинацию, при которой в инвагинат вовлечена брыжейка кишечника, и спаечную непроходимость, которая может протекать как по странгуляционному типу (сдавление штрангом кишки вместе с брыжейкой), так и по типу обтурации (перегиб кишки в виде «двустволки»).

При динамической кишечной непроходимости нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого.

III. По уровню препятствия различают высокую (тонкокишечную) и низкую (толстокишечную) непроходимость.

IV. По степени закрытия просвета кишки выделяют полную и частичную непроходимость.

V. По клиническому течению: острая, подострая и хроническая.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В этиологии острой непроходимости кишечника выделяют две группы факторов: предрасполагающие и провоцирующие.

Предрасполагающие факторы: врожденные и приобретенные анатомические изменения в брюшной полости, нарушения двигательной функции кишечника.

К врожденным анатомо-морфологическим изменениям относят различные пороки развития или аномалии: долихосигма, общая брыжейка слепой и подвздошной кишки, дефекты в диафрагме и брюшине, способствующие образованию карманов и щелей в брюшной полости.

Приобретенными патологоанатомическими изменениями являются рубцовые тяжи, спайки, сращения в результате предшествовавшего воспалительного процесса или травмы; опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни; воспалительные инфильтраты, гематомы, исходящие из стенки кишки и окружающих органов.

При наличии указанных факторов непроходимость возникает под влиянием провоцирующих факторов. К таким факторам относят внезапное повышение внутрибрюшного давления, в результате чего происходит перемещение кишечных петель. В качестве провоцирующих факторов выступают также изменения моторики кишечника, связанные с изменением пищевого рациона:

- употребление большого количества овощей и фруктов в летнее – осенний период;

- обильный прием пищи на фоне длительного голодания;
- переход с грудного вскармливания на искусственное у детей первого года жизни.

Прекращение или резкое замедление пассажа кишечного химуса при всех формах острой непроходимости кишечника приводит к переполнению приводящей петли поступающими пищеварительными соками, воздухом, проникающим в желудок и кишечник при глотательных движениях. В результате жизнедеятельности микроорганизмов и реакции органических кислот в кишке накапливаются газы. Всасывание жидкости и газов в измененной стенке кишки прекращается, давление в кишке возрастает, резко увеличивается ее диаметр. Сосуды стенки кишки сдавливаются, в капиллярах образуются тромбы. Раздутая приводящая петля становится отечной, приобретает багровую окраску, перистальтика замедляется, а затем прекращается. В просвет кишки и в полость брюшины начинает выделяться значительное количество отечной жидкости. На слизистой оболочке выше препятствия появляются кровоизлияния, а затем очаги некроза, нарушается защитный слизистый барьер. Главным фактором патогенеза эндогенной интоксикации является микробный. При острой кишечной непроходимости нарушается нормальная микробиологическая экосистема за счет застоя содержимого, что способствует росту и размножению микроорганизмов, а также в связи с миграцией микрофлоры, характерной для дистальных отделов кишечника, в проксимальные (колонизация тонкой кишки толстокишечной микрофлорой). Выделение экзо – и эндотоксинов, нарушение барьерной функции кишечной стенки приводят к транслокации бактерий в порталный кровоток, лимфу и перитонеальный экссудат. Эти процессы лежат в основе системной воспалительной реакции и абдоминального хирургического сепсиса, характерных для острой кишечной непроходимости. Некроз кишки и гнойный перитонит – второй источник эндотоксикоза. Для заключительной стадии острой кишечной непроходимости характерно развитие полиорганной недостаточности.

На фоне гиповолемии и дегидратации потеря жидкости достигает 10% массы тела больного, возникает гемоконцентрация, относительное увеличение содержания гемоглобина и увеличение гематокрита. Минутный и ударный объемы сердца уменьшаются. Развивается централизация кровообращения, дальнейшее ухудшение микроциркуляции в жизненно важных органах и во всех тканях организма, гипоксия тканей с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гиповолемический шок.

В ответ на гиповолемию и дегидратацию в организме усиливается выработка антидиуретического гормона и альдостерона. Это приводит к сокращению диуреза, реабсорбции натрия и неконтрольному выделению калия с мочой и рвотными массами. Возникают гипокалиемия и связанные с ней нарушения тонуса мышц, сократительной способности миокарда, кишечной перистальтики, перераспределение калия между клеткой и внеклеточной жидкостью. Место ионов калия в клетке занимают ионы натрия и водорода — развивается внутриклеточный ацидоз и внеклеточный алкалоз. По мере нарастания олигурии выведение калия замедляется, и в связи с гибелью клеток и распадом белков концентрация его в крови начинает быстро возрастать, гипокалиемия сменяется гиперкалиемией, алкалозом и метаболическим ацидозом. Деятельность сердца, легких, печени, почек, ЦНС нарушается в еще большей степени.

Патофизиологические изменения в организме быстрее возникают при высокой (тощая и подвздошная кишка) тонкокишечной непроходимости. При низкой толстокишечной непроходимости развитие указанных выше процессов замедлено. При странгуляции наступает более значительное уменьшение объема циркулирующей крови. Вследствие сдавления и повреждения брыжеечных сосудов в просвете ущемленной кишки, в ее стенках и в брюшной полости может скопиться более 38% всей циркулирующей в сосудах крови. В патогенезе общих расстройств имеют значение ответные реакции на болевое раздражение, обусловленное сдавлением или перекрутом нервных сплетений брыжейки кишки, а также некробиотические изменения в стенке кишки с последующим перитонитом и интоксикацией.

Патологические изменения в кишке зависят от вида непроходимости. При обтурационной непроходимости они развиваются не так быстро, как при странгуляционной, при которой сдавление брыжейки вызывает нарушение кровоснабжения в ущемленной петле, приводящее к некрозу. Приводящая и ущемленная петли бывают багрово – синюшными, отечными, стенки их утолщены. В местах локализации странгуляционных борозд уже в ранние сроки наступает некроз, а позднее – гангрена всей ущемленной петли. Некроз или изъязвление слизистой оболочки в приводящем отделе кишки при странгуляционной и обтурационной непроходимости распространяется на 40 – 60 см, а в отводящем – не более чем на 10 см.

В брюшной полости в поздней стадии развития острой кишечной непроходимости обнаруживается серозный или серозно-фибринозный экссудат, имеющий при странгуляции кишки розоватый оттенок. Parietalная и висцеральная брюшина тусклая, местами мезотелий брюшины слущен, на некоторых участках видны наложения фибрина и грануляции. Изменения во внутренних органах неспецифичны, связаны с проявлениями гиповолемического шока, метаболическими расстройствами и перитонитом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ведущими симптомами острой кишечной непроходимости являются схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов, рвота, усиленная перистальтика в первые часы и отсутствие ее при истощении сократительной способности мышечной оболочки.

Боли, появляющиеся в момент возникновения перистальтической волны, – самый ранний и постоянный симптом острой непроходимости кишечника. Они начинаются внезапно, при обтурационной непроходимости имеют схваткообразный характер. Между схватками они утихают и на короткое время могут полностью исчезать. При странгуляционной непроходимости боли бывают

чрезвычайно интенсивными, постоянными, усиливаются до "нестерпимых" в период перистальтики.

Рвота возникает у большинства больных, при высокой непроходимости она бывает многократной, не приносит облегчения. При низкой кишечной непроходимости рвота возникает редко и в раннем периоде заболевания может отсутствовать. В позднем периоде рвотные массы приобретают фекалоидный запах.

Задержка стула и газов – важный, но не абсолютно достоверный симптом непроходимости кишечника. В первые часы заболевания при высокой непроходимости стул может быть самостоятельным, могут частично отходить газы, что объясняется либо неполным закрытием просвета кишки, либо опорожнением от содержимого тех отделов кишечника, которые находятся ниже места препятствия. При низкой непроходимости кишечника (сигмовидная ободочная кишка) стула обычно не бывает.

Общее состояние у большинства больных тяжелое, они беспокойны. Температура тела в начале заболевания нормальная или субнормальная (35,5 – 35,8°C), при осложнении (перитонит) температура тела повышается до 38 – 40°C. Появляются характерные признаки синдрома системной реакции на воспаление. Отмечается снижение артериального давления. Дисфункция органов имеет тенденцию к переходу в полиорганную недостаточность. Язык при выраженной клинической картине сухой, покрыт желтым налетом. В терминальных стадиях заболевания появляются трещины слизистой оболочки, афты, что указывает на тяжелую интоксикацию, обезвоживание и наличие перитонита.

Клинические проявления непроходимости зависят не только от ее вида и уровня окклюзии кишечной трубки, но и от фазы (стадии) течения этого патологического процесса. Выделяют три стадии острой кишечной непроходимости.

1. Начальная – стадия местных проявлений острого нарушения кишечного пассажа продолжительностью от 2 до 12 часов, в зависимости от формы

непроходимости. В этом периоде доминируют болевой синдром и местные симптомы со стороны живота.

2. Промежуточная – стадия мнимого благополучия, характеризующаяся развитием острой кишечной недостаточности, водно – электролитных расстройств и эндотоксемии. Она обычно продолжается от 12 до 36 часов. В этой фазе боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот сильно вздут, перистальтика кишечника ослабевает, выслушивается «шум плеска». Задержка стула и газов полная.
3. Поздняя – стадия перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса, часто ее называют терминальной стадией. Она наступает спустя 36 часов от начала заболевания. Для этого периода характерны проявления тяжелой системной воспалительной реакции, возникновение полиорганной дисфункции и недостаточности, выраженная интоксикация и обезвоживание, а также прогрессирующие расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается, определяется перитонеальная симптоматика.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Анамнез имеет важное значение в диагностике острой кишечной непроходимости. Перенесенные операции на органах брюшной полости, открытые и закрытые травмы живота, воспалительные заболевания нередко являются предпосылкой возникновения спаечной кишечной непроходимости. Указание на периодические боли в животе, его вздутие, урчание, расстройства стула, особенно чередование запоров с поносами, могут помочь в постановке диагноза опухолевой обтурационной непроходимости.

Осмотр живота больного с подозрением на кишечную непроходимость необходимо начинать с обследования всех возможных мест выхода грыж,

чтобы исключить их ущемление как причину возникновения этого опасного синдрома. Послеоперационные рубцы могут указать на спаечный характер непроходимости кишечника.

К постоянным признакам непроходимости относят вздутие живота. При высокой непроходимости оно может быть незначительным и часто асимметричным: чем ниже уровень препятствия, тем больше выражен этот симптом. Диффузный метеоризм характерен для паралитической и обтурационной толстокишечной непроходимости. Неправильная конфигурация живота и его асимметрия присущи странгуляционной кишечной непроходимости. При заворотах сигмовидной ободочной кишки отмечается вздутие верхних отделов правой или левой половины живота ("перекошенный живот"). При динамической паралитической непроходимости наблюдается равномерное вздутие живота. При механической непроходимости иногда прослеживается видимая на глаз перистальтика кишечника.

Брюшная стенка при поверхностной пальпации обычно не напряжена. При глубокой пальпации иногда определяется резкая болезненность в месте расположения кишечных петель, подвергшихся странгуляции. Иногда удается прощупать фиксированную и растянутую в виде баллона петлю кишки, над кишкой слышен при перкуссии тимпанический звук с металлическим оттенком. В поздние сроки заболевания при сильном растяжении кишечника и вздутии живота определяется характерная ригидность брюшной стенки, которая при пальпации напоминает консистенцию надутого мяча. Толчкообразными движениями руки над растянутыми кишечными петлями можно вызвать и услышать шум плеска (симптом Матье – Склярова), что свидетельствует о скоплении в приводящей петле жидкости и газа.

При перкуссии живота над растянутыми кишечными петлями определяют высокий тимпанит.

При аускультации живота перистальтические шумы в первые часы заболевания усилены, нередко слышны на расстоянии (урчание, переливание, бульканье, симптом падающей капли). Бурная перистальтика более характерна для

обтурации. При странгуляции усиление перистальтических шумов наблюдают в начале заболевания. В дальнейшем вследствие некроза кишки и перитонита перистальтические шумы ослабевают и полностью исчезают (симптом "гробовой тишины").

Выделяют следующие специфические симптомы при кишечной непроходимости:

- Синдром Валя – видимая асимметрия живота, видимая перистальтика кишечника, прощупываемая кишечная выпуклость, высокий тимпанит при перкуссии;
- Симптом Шланге – видимая перистальтика кишечника, усиливающаяся после пальпации;
- Симптом Матье – Склярова – выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника при сотрясении брюшной стенки;
- Симптом Кивуля – перкуторно определяется тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлей кишки;
- Симптом Бейля – проведение сердечных тонов на брюшную стенку;
- Симптом Спасокукоцкого – Вильмса – при аускультации можно определить усиленную перистальтику «шум падающей капли»;
- Симптом Обуховской больницы – баллонообразное расширение ампулы прямой кишки и зияние заднепроходного отверстия;
- Симптом Цеге – Мантейфеля – признак низкой толстокишечной непроходимости: малая вместимость (не более 500 – 700 мл воды) дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы;
- Симптом Мондора – усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики (шум вначале, тишина в конце);
- Симптом «мёртвой (могильной) тишины» – отсутствие звуков перистальтики, зловещий признак непроходимости кишечника;

- Симптом Шимана – Данса – при завороте слепой кишки отмечают западение правой подвздошной области;
- Симптом Тевенара (при странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки) – резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень её брыжейки.

При пальцевом ректальном исследовании этом можно определить «каловый завал», опухоль прямой кишки, головку инвагината и следы крови. Ценным диагностическим признаком при низкой толстокишечной непроходимости является определение симптомов Обуховской больницы и Цеге – Мантейфеля.

Лабораторное исследование включает:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение группы крови по системе АВ0 и резус – фактору;
- биохимический анализ крови с оценкой уровня общего белка, мочевины, креатинина, сахара, общего билирубина, прямого билирубина, непрямого билирубина, АЛАТ, АСАТ, электролитов: определение калия, натрия и хлора; показателей коагулограммы.

При исследовании крови в связи с дегидратацией и гемоконцентрацией обнаруживают увеличение количества эритроцитов, повышение содержания гемоглобина, высокий уровень гематокрита. Наблюдаются снижение содержания калия и хлоридов крови, гипопропротеинемия, азотемия и изменение кислотно-основного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза (в зависимости от стадии заболевания). В более поздних стадиях, при развитии воспалительных изменений, определяется лейкоцитоз (до $10 - 20 \cdot 10^9/\text{л}$ и более), увеличение СОЭ.

Особое значение при острой непроходимости кишечника имеет рентгенологическое исследование, которое должно быть проведено тотчас, как только возникнет подозрение на непроходимость. Сначала выполняют обзорную рентгеноскопию (рентгенографию) брюшной полости.

Рентгенологическое исследование живота проводят в вертикальном и горизонтальном положении больного. При этом выявляются петли кишечника, заполненные жидкостью и газом. В норме газ имеется лишь в ободочной кишке. Наличие газа в тонкой кишке – признак непроходимости кишечника. Скопление газа над горизонтальными уровнями жидкости имеет характерный вид перевернутых чаш – чаши Клойбера (рис.1). Петли тонкой кишки, раздутые газом и частично заполненные жидкостью, имеют вид аркад или вертикально расположенных труб с уровнем жидкости (симптом "органых труб"). Они появляются при странгуляциях через 1 – 2 ч от начала заболевания, при обтурации – через 3 – 5 ч. По виду раздутых кишечных петель и размерам чаш Клойбера, их форме и локализации можно судить об уровне непроходимости кишечника.

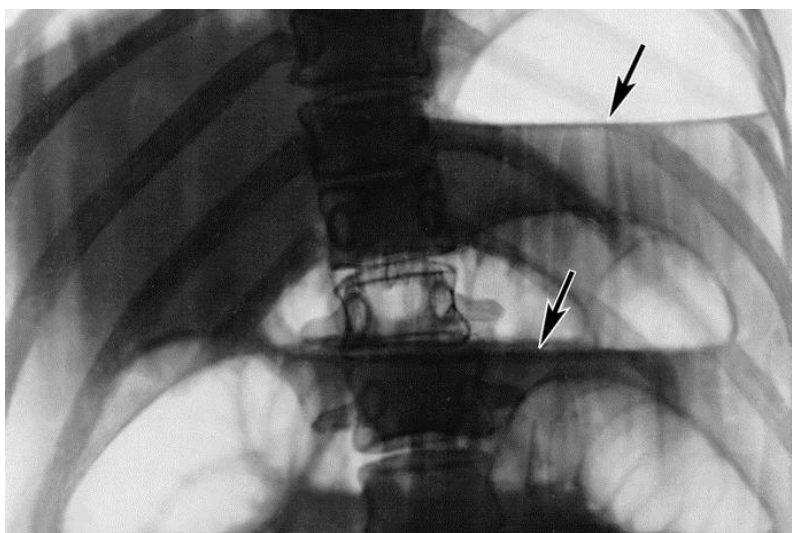


Рис.1. Чаши Клойбера на рентгенологическом снимке брюшной полости

В случае тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера имеют небольшие размеры, ширина горизонтального уровня жидкости больше, чем высота столба газа над ним. Горизонтальные уровни жидкости ровные. На фоне газа видны складки слизистой оболочки (складки Керкринга), имеющие форму растянутаго спирали. При непроходимости тощей кишки горизонтальные уровни жидкости локализуются в левом подреберье и эпигастральной области. При не-

проходимости в терминальном отделе подвздошной кишки уровни жидкости расположены в области мезогастрия.

В случае толстокишечной непроходимости горизонтальные уровни жидкости расположены по периферии брюшной полости, в боковых отделах живота. Количество их меньше, чем при тонкокишечной непроходимости. Высота чаш Клойбера преобладают над шириной. На фоне газа видны полулунные складки слизистой оболочки (гаустры). Уровни жидкости не имеют ровной поверхности ("зеркала"), что обусловлено наличием в толстой кишке плотных кусочков кала, плавающих на поверхности жидкого кишечного содержимого.

При динамической паралитической непроходимости (в отличие от механической) горизонтальные уровни жидкости наблюдаются одновременно в тонкой и ободочной кишке.

Обязательным является рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. В зависимости от предполагаемого уровня окклюзии кишечника взвесь сульфата бария либо дают принять внутрь (при высокой непроходимости), либо вводят с помощью клизмы (при низкой непроходимости). Использование рентгеноконтрастного препарата (в объеме около 50 мл) предполагает повторное (динамическое) исследование пассажа взвеси сульфата бария. Первое контрольное исследование выполняется через 3 – 4 ч с момента дачи больному бария. В норме за это время контрастная масса появляется в толстом отделе кишечника.

Отсутствие контраста в слепой кишке с одновременным депонированием его в тонкой кишке дает возможность заподозрить острую кишечную непроходимость. В сочетании с положительным симптомом Матье – Склярва является показанием к выполнению экстренного хирургического вмешательства.

Если симптом Матье – Склярва отрицательный, то второе контрольное исследование выполняется через 6 ч с момента дачи больному бария. В норме за это время контрастная масса преодолевает значительный участок толстого кишечника и достигает его терминальных отделов (сигмовидная и прямая кишка). «Обрыв» контрастной массы на снимке говорит в пользу развившейся тол-

стокишечной непроходимости, и указывает на необходимость выполнения операции.

При непроходимости толстой кишки с целью уточнения диагноза рекомендуется произвести экстренную ирригоскопию или колоноскопию. Эти исследования помогают установить уровень и причину непроходимости.

При применении экстренной ирригоскопии возможно выявить obturацию толстой кишки опухолью. При этом на рентгенограммах можно обнаружить сужение просвета кишки и дефекты наполнения, обусловленные опухолью. Сужение дистального отдела раздутой сигмовидной кишки в виде клюва наблюдается при ее заворотах. Дефекты наполнения в виде полулуния, двузубца характерно для илеоцекальной инвагинации.

Колоноскопия играет важную роль в своевременной диагностики и лечении опухолевой толстокишечной непроходимости. После использования с лечебной целью клизм, дистальный (отводящий) участок кишки очищают от остатков каловых масс, что позволяет выполнить эндоскопическое исследование. Его проведение делает возможным не только определить патологический процесс, но и выполнить интубацию суженной части кишки, разрешить проявления острой кишечной непроходимости и выполнить оперативное вмешательство по поводу онкологического заболевания в более благоприятных условиях.

Полезную информацию может дать УЗИ и компьютерная томография. Большинство исследователей при проведении традиционного ультразвукового исследования пациентам с подозрением на острую кишечную непроходимость ориентируются на следующие основные эхопризнаки, указывающие на данную патологию:

- 1) увеличение диаметра кишечных петель (петли кишечника визуализируются как цилиндрические при продольном и округлые при поперечном сканировании эхоструктуры, их диаметр измеряется по наружному контуру);

- 2) происходит изменение характера кишечного содержимого (визуализируемое кишечное содержимое часто достаточно однородно, преимущественно эконегативное, со взвесью или плотными включениями, или эхопозитивное мелкозернистой структуры);
- 3) видимость складчатости слизистой оболочки кишки – признак, выраженность которого связана с диаметром кишечных петель;
- 4) утолщение стенки кишки, напрямую связанное с выраженностью отека стенки, растяжением кишки, что позволяет судить о состоянии кровоснабжения кишки, также иногда дает возможность заподозрить этиологию кишечной непроходимости;
- 5) маятникообразный характер перистальтики, являясь характерным симптомом, наблюдается часто при острой непроходимости при всех ее видах;
- 6) фиксация и несмещаемость петель кишечника;
- 7) свободная жидкость в брюшной полости, определяемая наиболее часто в полости малого таза, между петлями кишечника, у правого края печени, связана с нарушением кровоснабжения кишечной стенки и зависит от длительности кишечной непроходимости.

Для диагностики и лечения отдельных видов непроходимости может быть применена лапароскопия, позволяющая в трудных случаях не только выявить причину непроходимости, но и провести некоторые манипуляции, например, рассечение спаек, деторсию кишки. Спайки в брюшной полости долгое время считались противопоказанием к лапароскопии, хотя гинекологи уже многие годы пользовались этим методом для диагностики и лечения заболеваний органов малого таза. Н.Л. Куш в 1974 г. применил лапароскопию у 29 детей с подозрением на острую кишечную непроходимость, в том числе у 5 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. По мере накопления опыта лапароскопических исследований спайки в брюшной полости переставали быть абсолютным противопоказанием к этому вмешательству. В связи с широким внедрением лапароскопических вмешательств в практику стал накапливаться опыт лапароскопического адгезиолизиса при спаечной болезни брюшной поло-

сти. В 1998 г. в Риме проходил 6 – й Всемирный конгресс по эндоскопической хирургии. На нем обсуждались вопросы показаний, техники выполнения и отдаленные результаты лапароскопического адгезиолизиса при механической кишечной непроходимости. Главными опасностями при выполнении лапароскопического адгезиолизиса являются повреждения стенки кишечника и внутрибрюшное кровотечение. Наилучшими кандидатами для лапароскопического вмешательства являются больные на начальных стадиях болезни, перенесшие ранее одну не слишком тяжелую полостную операцию. Риск осложнений резко повышается при распространенном спаечном процессе (повторные абдоминальные вмешательства, разлитой гнойный перитонит в анамнезе), а также в запущенных стадиях механической кишечной непроходимости с выраженным парезом кишечника и тяжелым эндотоксикозом. Опыт лапароскопического адгезиолизиса у многих авторов невелик, и метод в нашей стране не нашел еще широкого применения. Авторы признают, что лапароскопическое лечение больных с непроходимостью кишечника представляет наибольшие трудности в неотложной хирургии. Не выработано общепризнанных показаний и противопоказаний к лапароскопическому вмешательству, решаются вопросы техники разделения спаек, профилактики осложнений, оценки отдаленных результатов. Однако возможность снизить риск развития спаечной болезни брюшной полости при более широком использовании лапароскопических вмешательств вызывает большой интерес.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Важное практическое значение имеет проведение дифференциального диагноза между механической и динамической непроходимостью кишечника. В отличие от механической непроходимости кишечника при динамической паралитической непроходимости боли в животе носят постоянный характер, схваткообразное их усиление не выражено. Определяются симптомы основного

заболевания, вызвавшего динамический илеус. При паралитической непроходимости живот вздут равномерно, мягкий, перистальтика с самого начала ослаблена или отсутствует. При спастической непроходимости боли схваткообразного характера, живот не вздут, а иногда бывает втянутым.

Острую кишечную непроходимость следует дифференцировать с острым панкреатитом, острым аппендицитом, острым тромбозом брыжеечных сосудов, перфоративной язвой желудка и 12 – перстной кишки, почечной коликой.

При кишечной непроходимости боли схваткообразного характера, в то время, как при остром панкреатите нестерпимые, опоясывающие боли в эпигастрии. Общим симптомом является вздутие живота. Однако если при панкреатите наблюдается вздутие в верхнем отделе живота, то при кишечной непроходимости вздутие возникает в различных отделах, в зависимости от уровня и вида препятствия, наблюдается асимметрия живота. При остром панкреатите рвота мучительная, часто с примесью желчи, а при кишечной непроходимости она в первые часы обильная, приносящая кратковременное облегчение, а затем приобретает каловый запах. При остром панкреатите определяются положительные симптомы: Мейо – Робсона, Керте, Воскресенского и отсутствуют симптомы: Матье – Склярова, Валя, Шланге, Кивуля. Отмечается повышение уровня амилазы крови, диастазы мочи, что не характерно для острой кишечной непроходимости. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости находят снижение экскурсии диафрагмы, дуоденостаз и развернутую подкову 12 – перстной кишки, в отличие от чаш Клойбера, характерных для кишечной непроходимости. УЗИ выявляет нарушение эхогенности структуры поджелудочной железы, изменение ее размеров, наличие жидкости в сальниковой сумке, брюшной полости.

При остром аппендиците, как и при кишечной непроходимости, начало острое. Общий симптом – боль в животе. Однако, при аппендиците боль постоянная, характернее симптом ее миграции (симптом Кохера – Волковича), а при кишечной непроходимости боль схваткообразная и соответствует месту возникновения препятствия в кишке. При остром аппендиците в начале заболевания

отсутствует вздутие живота, могу отходить газы и стул, в то время как при кишечной непроходимости эти симптомы являются ведущими признаками заболевания. При остром аппендиците выявляются положительные симптомы Ровзинга, Караваевой, Образцова, Ситковского, Воскресенского, Бартомье – Михельсона, которые будут отсутствовать при кишечной непроходимости. Рентгенологически при остром аппендиците не будут выявлены чаши Клойбера, характерные для острой кишечной непроходимости.

При остром тромбозе мезентериальных сосудов тоже возникают сильная, острая боль, вздутие живота, рвота. Боль носит постоянный, коликообразный характер без четкой локализации. Острый тромбоз мезентериальных сосудов чаще возникает у больных пожилого и старческого возраста, страдающих нарушениями ритма сердца, атеросклерозом, пороками сердца. Отмечается жидкий стул с примесью крови, тогда как при острой кишечной непроходимости стул и газы задержаны. Рвота бывает редко, иногда с примесью «кофейной гущи», а при кишечной непроходимости рвота многократная, с каловым запахом. Аускультативно при остром мезентериальном тромбозе отмечается угнетение перистальтики, тогда как при кишечной непроходимости в начальной стадии перистальтика усилена. Рентгенологически при обзорном исследовании брюшной полости при тромбозе брыжеечных сосудов отмечается вздутие кишечных петель, свободная жидкость в отлогах местах брюшной полости, а при острой кишечной непроходимости чаши Клойбера, «арки». При УЗИ и лапароскопии определяется жидкость в свободной брюшной полости.

Для перфоративной язвы желудка и 12– перстной кишки характерно резкое, внезапное начало, «кинжального» характера боли, распространяющиеся сразу по всему животу, передняя брюшная стенка резко напряжена – «доскообразный живот». Часто у больных имеется язвенный анамнез. Подобных болей в начальном периоде кишечной непроходимости не бывает. Рвота при перфоративной язве бывает редко, возникает рефлекторно, не имеет калового запаха, как при острой кишечной непроходимости. В первые минуты и часы перфорации у больного состояние шока, отмечается бледность кожного покрова, хо-

лодный пот, брадикардия. Живот втянут за счет реактивного напряжения мышц, а при кишечной непроходимости, наоборот, имеется вздутие живота. Передняя брюшная стенка при перфоративной язве резко напряжена – «доскообразная», при перкуссии отмечается исчезновение печеночной тупости (симптом Спигарного), положительный симптом Щеткина – Блюмберга, что не характерно для острой кишечной непроходимости. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости при перфоративной язве определяется свободный газ под правым куполом диафрагмы. А для кишечной непроходимости характерно наличие чаш Клойбера, кишечных «арок».

Почечная колика начинается внезапно сильными приступами боли. При этом возникает напряжение мышц передней брюшной стенки, иногда – симптомы ложного перитонита, умеренное вздутие живота, рвота, что является сходным признаком с острой кишечной непроходимостью. Но при почечной колике боль постоянная, иррадирует в паховую область, бедро, мошонку, снимается введением спазмолитиков, а при кишечной непроходимости боль носит схваткообразный характер, не отходят газы, нет стула. При почечной колике выявляется положительный симптом Пастернацкого, при острой кишечной непроходимости симптомы Валя, Шланге, Кивуля, Склярова. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости у больных с почечной коликой в животе патологии не выявляется, при острой кишечной непроходимости – множественные чаши Клойбера, «арки». В анализе мочи у больных с почечной коликой свежие эритроциты, лейкоциты, цилиндры, при кишечной непроходимости данных изменений нет. При УЗИ почек признаки пиелэктазии, наличие конкрементов в чашечно – лоханочной системе, гидронефроз, что свидетельствует в пользу урологической патологии.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Принципы лечебных мероприятий при этом патологическом состоянии следующие:

1. Срочная госпитализация в хирургический стационар всех больных с кишечной непроходимостью.
2. При всех видах странгуляционной кишечной непроходимости, как и при любых видах обтурации кишечника, осложненных перитонитом, необходимо неотложное хирургическое вмешательство. Интенсивная предоперационная подготовка длится до 2 часов.
3. Динамическая кишечная непроходимость подлежит консервативному лечению, так как хирургическое вмешательство само по себе приводит к возникновению или усугублению пареза кишечника.
4. Сомнения в диагнозе механической кишечной непроходимости указывают на необходимость консервативного лечения.
5. Консервативное лечение не должно служить оправданием необоснованной задержки хирургического вмешательства, если необходимость его проведения уже назрела.
6. Хирургическое лечение механической кишечной непроходимости предполагает настойчивую послеоперационную терапию водно-электролитных расстройств, эндогенной интоксикации и пареза желудочно-кишечного тракта, которые могут привести больного к гибели даже после устранения препятствия для пассажа кишечного содержимого.

Принципы консервативного лечения заключаются в следующем. Необходимо обеспечить декомпрессию проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный (установленный во время оперативного вмешательства) зонд. Постановка очистительной и сифонной клизмы при их эффективности позволяет опорожнить толстую кишку, расположенную выше препятствия и, в ряде случаев, разрешить непроходимость. При опухолевой толстокишечной непрохо-

димости желательна интубация суженного участка кишки для разгрузки приводящего отдела. Коррекция водно – электролитных нарушений и ликвидация гиповолемии. Объем инфузионной терапии, проводимой под контролем ЦВД и диуреза (желательна катетеризация одной из центральных вен и наличие катетера в мочевом пузыре), должен составлять не менее 3 – 4 литров. Для устранения расстройств гемодинамики помимо адекватной регидратации надлежит использовать реологически активные средства – реополиглюкин, пентоксифиллин и др. Нормализация белкового баланса с помощью переливания белковых гидролизатов, смеси аминокислот, альбумина, протеина, а в тяжелых случаях – плазмы крови. Следует воздействовать на перистальтическую активность кишечника: при усиленной перистальтике и схваткообразных болях в животе назначают спазмолитики (атропин, платифиллин, но-шпу), при парезе – средства стимулирующие моторно-эвакуационную способность кишечной трубки: внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия, ганглиоблокаторы, прозерин, убретид, многоатомные спирты, например, сорбитол. Кроме этого, необходимы мероприятия, обеспечивающие детоксикацию и профилактику гнойно-септических осложнений. С этой целью помимо переливания значительных количества жидкости, нужно использовать инфузию низкомолекулярных соединений (гемодез, сорбитол, маннитол и др.) и антибактериальные средства.

Консервативная терапия, как правило, купирует динамическую непроходимость (возможно разрешение некоторых видов механической непроходимости). В этом заключается ее роль диагностического и лечебного средства. Если явления непроходимости не разрешаются, проведенная терапия служит мерой предоперационной подготовки.

Оперативное лечение острой кишечной непроходимости предполагает хирургическое решение следующих лечебных задач:

1. Устранение препятствия для пассажа кишечного содержимого;
2. Ликвидация (по возможности) заболевания, приведшего к развитию этого патологического состояния;

3. Выполнение резекции кишечника при его нежизнеспособности;
4. Предупреждение нарастания эндотоксикоза в послеоперационном периоде;
5. Предотвращение рецидива непроходимости.

Оперативное лечение острой кишечной непроходимости предполагает интубационный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. Осуществляют широкую срединную лапаротомию. После эвакуации выпота (по его характеру можно ориентировочно судить о тяжести патологического процесса: серозный экссудат характерен для начального периода непроходимости, геморрагический свидетельствует о нарушениях кровообращения в кишечной стенке, грязно – бурый – о некрозе кишки) производят новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой и поперечно – ободочной кишки. Ревизия брюшной полости должна выявить точную локализацию непроходимости кишечника и ее причину. Ориентировочно о расположении этой зоны судят по состоянию кишечника: выше препятствия приводящая кишка раздута, переполнена газом и жидким содержимым, стенка ее обычно истончена и по цвету отличается от других отделов, отводящая кишка находится в спавшемся состоянии, стенки ее при отсутствии перитонита не изменены. Препятствие, обусловившее развитие непроходимости, может находиться в нескольких местах на разных уровнях, поэтому необходим осмотр всего кишечника: от привратника до прямой кишки. В процессе ревизии кишки следует перемещать очень осторожно, окутывая их полотенцем, смоченным в горячем физиологическом растворе. Следует предостеречь от попыток вправления их обратно в брюшную полость, поскольку это может привести к разрыву истонченной кишечной стенки. В таких случаях в первую очередь опорожнить приводящие отделы кишечника от газов и жидкого содержимого. Методом выбора следует считать интубацию кишечника через носовые ходы, глотку, пищевод и желудок с помощью двухпросветного зонда Миллера – Эббота, по мере продвижения которого осуществляют отсасывание кишечного содержимого; с помощью гастростомы, цекостомы или через задний проход. Назоинтестинальная интубация позволяет осуществить адекватную ревизию

брюшной полости, обеспечивает опорожнение кишечника на операционном столе и в послеоперационном периоде. После выполнения назоинтестинальной интубации и обнаружения препятствия приступают к его устранению.

Методы устранения непроходимости разнообразны и определяются этиологией заболевания, степенью патоморфологических изменений в ущемленном отделе кишечника, общим состоянием больного. Выполняются расправление (деторсия) при завороте; дезинвагинация при инвагинации; рассечение спаек при спаечной непроходимости; вскрытие кишки с удалением из нее обтурирующего желчного камня при желчнокаменной непроходимости; ликвидация странгуляционной непроходимости на почве ущемления наружной брюшной грыжи путем грыжесечения с последующей пластикой грыжевых ворот. Резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью в связи с низкой обтурационной непроходимостью, вместе с тем подобное радикальное вмешательство осуществимо далеко не всегда в связи с тяжестью состояния больных и характером изменений кишечника. Во время операции помимо ликвидации непроходимости оценивается состояние кишечника, некроз которого может наблюдаться как при странгуляционном, так и обтурационном характере этого патологического состояния. Степень выраженности изменений пораженного участка определяют после ликвидации непроходимости и декомпрессии кишки. Основными признаками жизнеспособности кишки являются сохраненный розовый цвет, наличие перистальтики и пульсации краевых сосудов брыжейки. При отсутствии указанных признаков, за исключением случаев явной гангрены, в брыжейку тонкой кишки вводят 150 – 200 мл 0,25 % раствора новокаина, ее обкладывают салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором. Через 5–10 минут повторно осматривают подозрительный участок. Исчезновение синюшной окраски кишечной стенки, появление отчетливой пульсации краевых сосудов брыжейки и возобновление активной перистальтики позволяют считать его жизнеспособным. Если эта процедура не приводит к изменению цвета кишки, появлению перистальтики и пульсации сосудов, то кишку следует рассматривать как нежизнеспособную, подлежащую удалению. Линия пересечения

кишки в проксимальном направлении должна быть проведена на расстоянии не менее 40 – 60 см от места препятствия, а в дистальном – на расстоянии 15 – 20 см от него. После резекции тонкой кишки операцию заканчивают наложением межкишечного анастомоза. Это правило не относится к толстокишечной непроходимости, в хирургическом лечении которой одномоментное наложение межкишечного анастомоза часто приводит к недостаточности швов и развитию перитонита. Некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало изменены при обширном некрозе слизистой кишечника. Если сомнения относятся к обширному отделу кишечника, резекцию которого пациент может не перенести, можно ограничиться удалением явно некротизированной части кишки, анастомоз не накладывать, приводящий и отводящий концы кишки ушить наглухо. Кишечное содержимое в послеоперационном периоде эвакуируют по назоинтестинальному зонду. Через 24 часа после стабилизации состояния больного на фоне интенсивной терапии выполняют релапаротомию для повторной ревизии сомнительного участка. Убедившись в его жизнеспособности, анастомозируют проксимальный и дистальный концы кишечника.

Завершая оперативное вмешательство, хирург должен подумать о том, угрожает ли пациенту рецидив непроходимости. Если это весьма вероятно, он должен предпринять меры по предотвращению такой возможности.

Операцию заканчивают тщательным промыванием и осушением брюшной полости. При значительном количестве экссудата и некротическом поражении кишечника (после его резекции) следует дренировать через контрапертуры полость малого таза и зону максимально выраженных изменений. Учитывая сохранение пареза кишечника в ближайшем послеоперационном периоде и повышенную опасность эвентрации, рану передней брюшной стенки ушивают особенно тщательно, послойно.

Особенностью ближайшего послеоперационного периода при острой кишечной непроходимости является сохранение пареза кишечника, водно-электролитных расстройств, нарушений кислотно – основного состояния, тяже-

лой интоксикации. Все мероприятия, направленные на устранение этих патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время хирургического вмешательства, в обязательном порядке должны быть продолжены и после операции. Большое значение в профилактике и лечении пареза кишечника принадлежит его декомпрессии. Это эффективно достигается длительной аспирацией кишечного содержимого через зонд Миллера – Эббота и, в меньшей степени – аспирацией желудочного содержимого. Аспирацию, сочетающуюся с промыванием и средствами селективной деконтаминации кишечника осуществляют в течение 3 – 4 суток, до уменьшения интоксикации и появления активной перистальтики кишечника. В течение этого времени больной находится на парентеральном питании. Суточный объем инфузионных средств составляет не менее 3 – 4л. Восстановлению функции кишечника способствует коррекция водно–электролитных расстройств. Для стимуляции моторной функции кишечника используют антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), ганглиоблокаторы (диколилин, димеколилин), гипертонический раствор хлористого натрия, токи Бернара, очистительные и сифонные клизмы. Более 75% всех осложнений, развивающихся в послеоперационном периоде у больных, перенесших операцию по поводу острой кишечной непроходимости, связаны с инфекцией (перитонит, нагноение раны, пневмония). Поэтому обязательно проведение антибактериального лечения.

МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Обтурационная кишечная непроходимость может быть вызвана закрытием просвета кишки изнутри предметами, не связанными с ее стенкой (собственно обтурация плотными каловыми "камнями", безоарами, крупными желчными камнями, инородными телами).

Обтурация кишки может возникнуть при сдавлении ее снаружи: кистами, большими опухолями, исходящими из других органов, фиброзными тяжами и

спайками. Просвет кишки может быть закрыт патологическими образованиями, исходящими из стенки кишки (опухоли и крупные полипы кишечника, рубцовая стриктура кишки).

Обтурация кишечника опухолью составляет 9 – 10% всех форм острой непроходимости кишечника, причинами ее бывают в основном злокачественные опухоли, локализующиеся в толстой кишке, реже — опухоли тонкой кишки.

Симптомы непроходимости кишечника развиваются постепенно, подостро, обычно сочетаясь с симптомами злокачественной опухоли (истощение, анемия, интоксикация).

Заболевание может протекать по типу как высокой, так и низкой непроходимости. Резкое вздутие ободочной кишки при опухоли, обтурирующей сигмовидную ободочную кишку, приводит к резким нарушениям микроциркуляции в стенке кишечника, изъязвлению и перфорации.

Применяют хирургическое лечение. При опухоли тонкой кишки производят резекцию кишки с первичным межкишечным анастомозом (рис.2, 3).

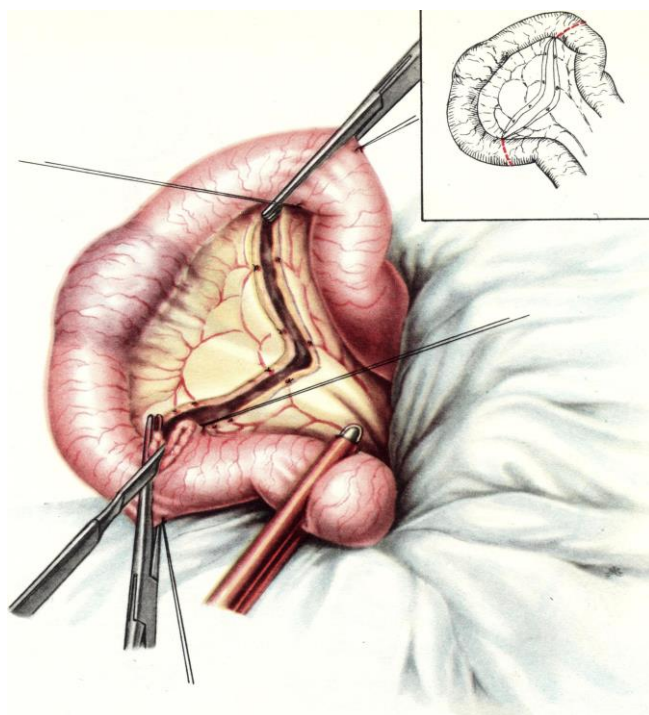


Рис. 2. Резекция тонкой кишки. Пересечение кишки

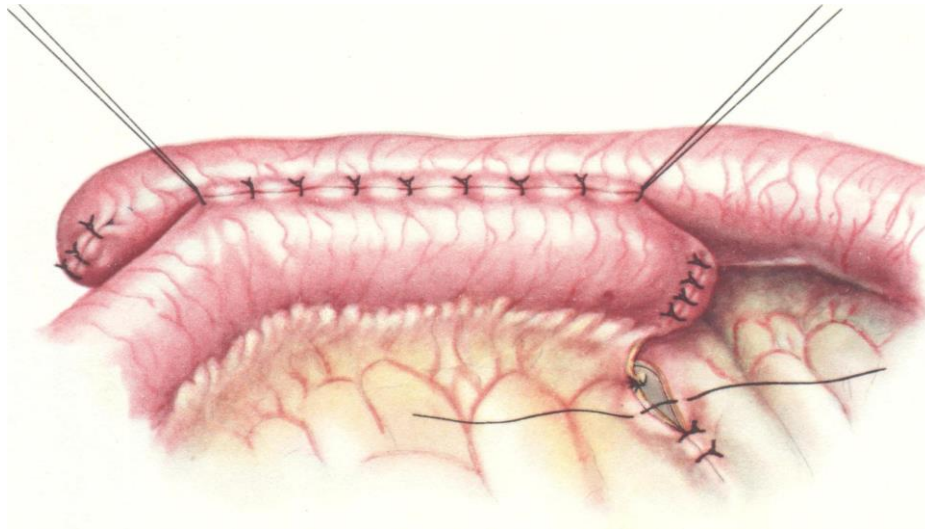


Рис. 3. Резекция тонкой кишки. Общий вид наложенного анастомоза по типу бок в бок

Лечение рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью, представляет большие трудности, которые обусловлены разнообразием клинических проявлений, поздней диагностики, тяжестью состояния большинства больных, особенностью локализации, и другими факторами. Однако при сочетании злокачественной опухоли и острой кишечной непроходимости непосредственной угрозой для жизни больного в этих случаях является все же кишечная непроходимость. Лечебные мероприятия должны быть направлены в первую очередь на устранение этого осложнения опухолевого процесса и его последствий.

У половины больных с опухолевой непроходимостью ее возможно разрешить консервативными мероприятиями. Ликвидации этого патологического состояния способствует интубация опухоли и приводящий кишки во время колоноскопии. Купирование явлений непроходимости позволяет подготовить больного к радикальной плановой операции по поводу опухоли. Экстренное оперативное вмешательство показано при неэффективности консервативного лечения.

Выбор наиболее рационального оперативного вмешательства зависит от:

- 1) состояния больного;
- 2) распространенности опухолевого процесса;

- 3) наличия или отсутствия перитонита и асцита;
- 4) состояния тонкой кишки при участии ее в анастомозе;
- 5) квалификации хирурга.

Основной задачей оперативного вмешательства при острой толстокишечной непроходимости на первом этапе является опорожнение кишечника от содержимого и устранение непроходимости. Эта задача может быть решена двумя путями: наложением свища для отведения кишечного содержимого наружу или анастомоза для отведения его внутрь.

При острой кишечной непроходимостью, обусловленной опухолью правой половины толстой кишки, а также правой и средней трети поперечной ободочной кишки, могут быть проведены следующие оперативные вмешательства:

- 1) правосторонняя гемиколэктомия;
- 2) наложение обходного анастомоза между подвздошной и поперечной ободочной кишкой (илеотрансверзоанастомоз);
- 3) наложение двуствольной илеостомы;
- 4) наложение свища на слепую кишку (цекостома).

Одномоментная гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза (рис.4,5,6) при острой обтурационной толстокишечной непроходимости, являясь радикальной операцией, показана только при общем удовлетворительном состоянии больного, хорошем состоянии подвздошной кишки и в отсутствие перитонита или асцита.

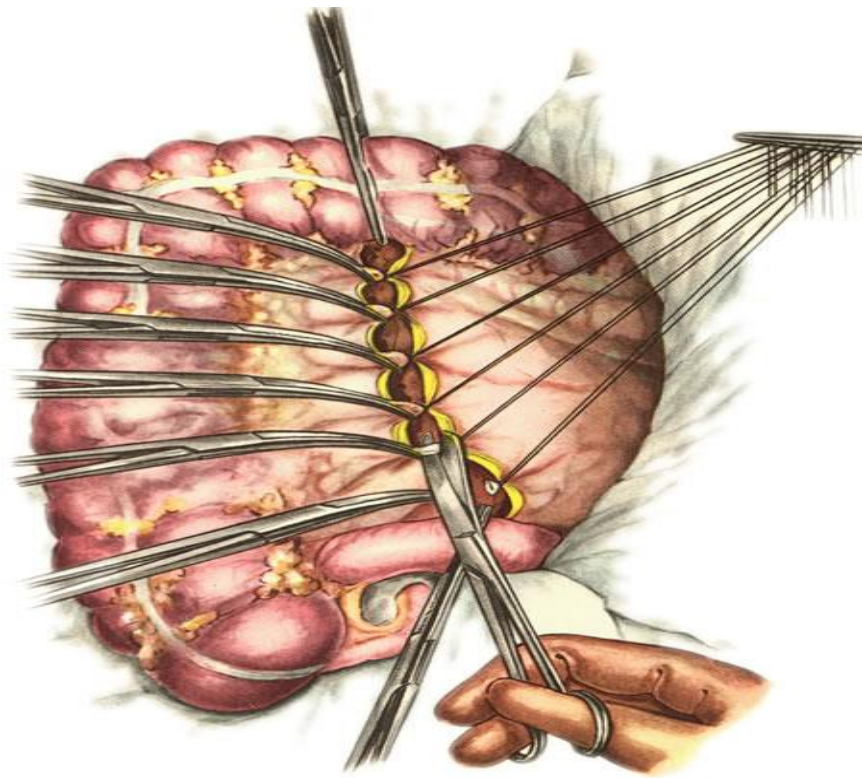


Рис. 4. Резекция правой половины толстой кишки.

Мобилизация слепой и восходящей ободочной кишок.

Пересечение перевязанной „брыжейки" восходящей ободочной кишки

При выполнении правосторонней гемиколэктомии следует иметь в виду, что проксимальной границей резекции кишки является уровень пересечения подвздошной кишки на расстоянии 20 – 25 см от слепой кишки при любой локализации опухоли. При опухолях слепой и восходящего отдела ободочной кишки дистальная граница резекции определяется между правой и средней третью поперечной ободочной кишки.

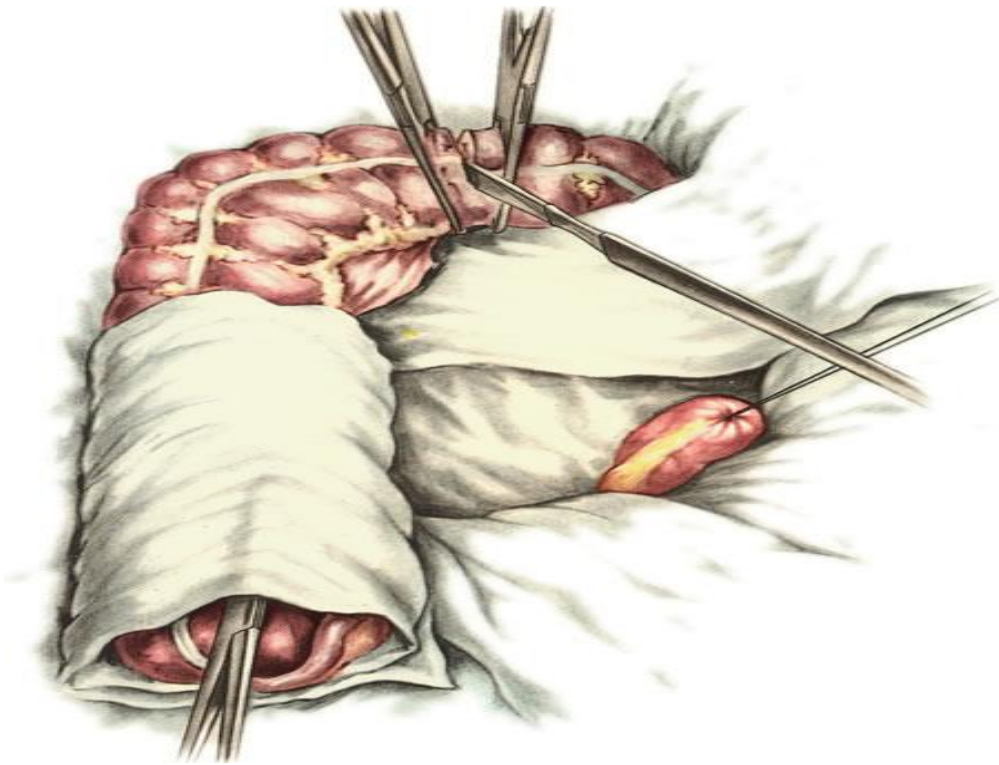


Рис.5. Резекция правой половины толстой кишки. Пересечение поперечной ободочной кишки

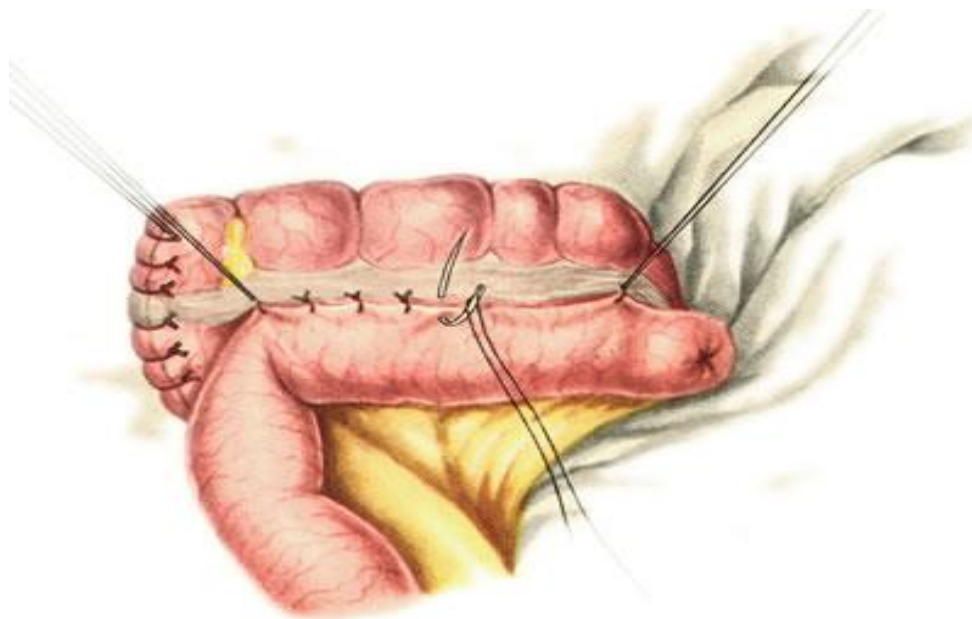


Рис. 6. Резекция правой половины толстой кишки. Анастомоз по типу бок в бок между подвздошной и поперечной ободочной кишкой. Наложение первого ряда узловых швов на заднюю стенку анастомоза

При опухолях правого изгиба и правой трети поперечной ободочной кишки дистальная граница проходит между средней и левой третью ободочной

кишки. При раке средней трети поперечной ободочной кишки дистальной границей является левая треть поперечной ободочной кишки.

Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза в случае острой правосторонней обтурационной толстокишечной непроходимости при наличии неудаляемой опухоли и отдаленных метастазов может быть обоснованным только при общем удовлетворительном состоянии больного, в отсутствие явлений перитонита и асцита.

Больным с острой правосторонней обтурационной непроходимостью, находящимся в тяжелом состоянии, а также больным с асцитом или явлениями перитонита при локализации опухоли в слепой и восходящей ободочной кишках показано наложение двухствольной илеостомы. Кроме того, показаниями к наложению двухствольной илеостомы при любых условиях являются множественные опухоли толстой кишки или дистрофические изменения подвздошной кишки. При множественных опухолях толстой кишки наложение двухствольной илеостомы может оказаться окончательным оперативным вмешательством.

В отдельных случаях при расположении обтурирующей опухоли в дистальных участках правой половины толстой кишки и крайне тяжелом состоянии больного, когда любое оперативное вмешательство сопряжено с большим риском и время операции необходимо сократить до минимума, нужно ограничиться наложением цекостомы.

При острой кишечной непроходимости, обусловленной раком левой половины толстой кишки, в основном применяют два вида оперативного вмешательства:

- 1) резекция пораженного опухолью участка толстой кишки с наложением проксимальной колостомы;
- 2) наложение только колостомы.

У больных с опухолью левой половины ободочной кишки в случае операбельности производят резекцию сигмовидной кишки или левостороннюю гемиколэктомию, в зависимости от локализации и распространенности онкологического процесса. В условиях острой кишечной непроходимости операцию вы-

полняют в два или даже три этапа, что связано с чрезвычайно высоким риском несостоятельности швов первичного анастомоза. В первом случае после удаления опухоли накладывают одностольную колостому (операция Гартмана - рис.7), вторым этапом выполняют восстановительную операцию.

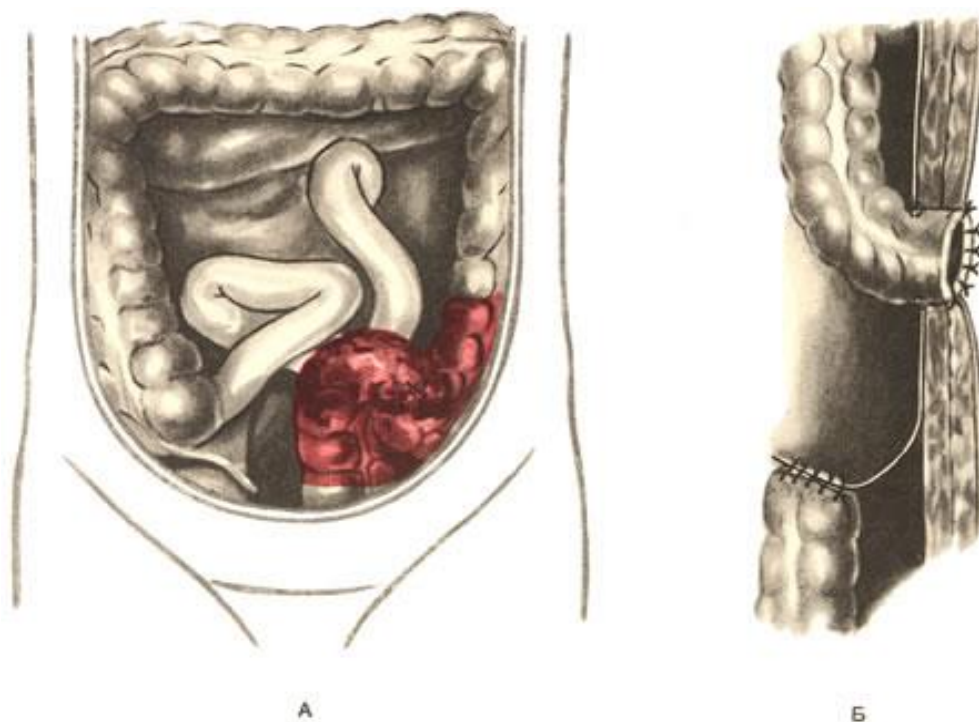


Рис. 7. Операцию Гартмана

А – участок кишки, подлежащий резекции, окрашен в красный цвет;
Б – после произведенной резекции кишки приводящий конец вшит в переднюю брюшную стенку по типу одностольного anusa, отводящий - закрыт наглухо

На первом этапе радикально удаляют опухоль – источник интоксикации и метастазирования, устраняют непроходимость кишечника и обеспечивают свободное отведение содержимого толстой кишки наружу. В этих условиях удастся более эффективно бороться с послеоперационным парезом кишечника, и, кроме того, исключены опасности, связанные с наложением анастомоза. В то же время сохранение дистальной части толстой кишки позволяет в дальнейшем восстановить непрерывность кишечного тракта. При выполнении операции ти-

па Гартмана объем удаляемого органа должен соответствовать онкологическим принципам. Иссечение брыжейки пораженного участка кишки необходимо производить с перевязкой основного ствола нижней брыжеечной артерии или только ее основных ветвей. При этом одновременно иссекают регионарные лимфатические узлы в пределах пересечения сигмовидных сосудов, сохраняя в целостности левую ободочную артерию. Вторым этапом выполняют восстановительную операцию.

Трехмоментная операция типа Цейдлера – Шлоффера выполняют в тех случаях, когда имеются явления перитонита, или состояние больного тяжелое (рис.8).

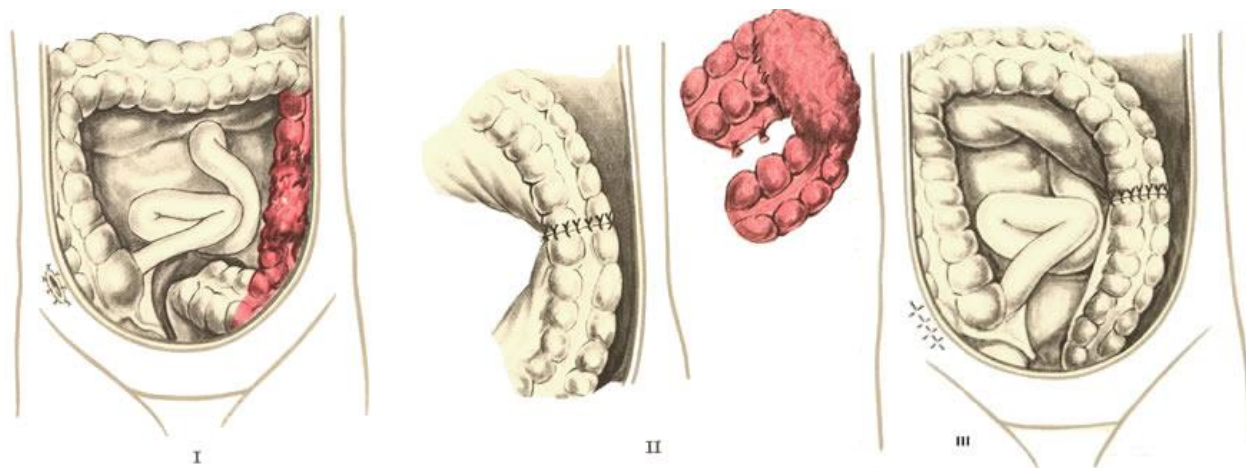


Рис. 8. Трехмоментная резекция левой половины толстой кишки. Способ Цейдлера—Шлоффера

Первый этап — на слепую кишку наложен свищ. Второй этап—левая половина толстой кишки резецирована; между приводящим и отводящим отделом кишки наложен анастомоз по типу конец в конец. Третий этап — свищ слепой кишки закрыт

Первый этап состоит в наложении разгрузочной колостомы проксимальнее опухоли, например на слепую, поперечную ободочную или сигмовидную кишку. После нормализации состояния пациента, водно-электролитного и белкового баланса (на это может уйти 2 – 3 недели) приступают ко второму этапу.

Второй этап заключается в резекции участка ободочной кишки с опухолью и наложение межкишечного анастомоза. На третьем этапе операции, обычно через 2 – 3 месяца производят закрытие колостомы. В ряде случаев оперативное вмешательство ограничивается наложением только проксимального по отношению к опухоли свища на толстую кишку (колостома) или подвздошную (илеостома) кишку. Под колостомой понимают искусственный задний проход, наложенный оперативным путем на одном из участков толстой кишки с целью постоянного или временного отведения содержимого из дистального отдела этой кишки.

Чаще всего колостому накладывают на поперечную ободочную и сигмовидную кишки, на те отделы толстой кишки, которые имеют длинную брыжейку. Различают следующие типы колостом: пристеночную, петлевую, раздельную двуствольную и одноствольную концевую. Чаще прибегают к оперативному вмешательству в виде формирования петлевой колостомы. Операция малотравматична, чаще всего петлевую колостому накладывают на сигмовидную или поперечную ободочную кишку. Показанием к этой операции является острая обтурационная левосторонняя толстокишечная непроходимость при невозможности удаления опухоли. У больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, когда любое оперативное вмешательство связано с высокой степенью риска операция ограничивается наложением пристеночной колостомы – цекостомы – независимо от локализации опухоли.

Артериомезентериальная непроходимость кишечника обусловлена сдавлением нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией, отходящей в некоторых случаях от аорты под острым углом. Желудочное содержимое, поступающее в тощую кишку, оттягивает ее вместе с верхней брыжеечной артерией книзу. Это приводит к сдавлению двенадцатиперстной кишки между позвоночником сзади и натянутой как струна верхней брыжеечной артерией и брыжейкой тонкой кишки спереди.

Характерны резкие боли в верхней половине живота и обильная рвота с примесью желчи. Состояние больного довольно быстро улучшается в коленно–

локтевом положении, при котором степень сдавления двенадцатиперстной кишки значительно уменьшается. Рентгенологически выявляют значительное расширение желудка и двенадцатиперстной кишки. При контрастном исследовании отмечают задержку эвакуации контрастного вещества из двенадцатиперстной кишки при вертикальном положении больного и улучшение эвакуации — в коленно – локтевом. Возможны варианты хронического течения заболевания.

Вначале применяют консервативное лечение: частое дробное питание, отдых после еды в горизонтальном положении, лучше на правом боку. При неэффективности консервативных мероприятий показано хирургическое вмешательство — наложение дуоденоюноанастомоза.

Обтурация желчными конкрементами составляет 0,5 – 2% всех случаев кишечной непроходимости. При хроническом калькулезном холецистите вследствие деструктивных изменений в желчном пузыре (пролежень нижней стенки пузыря) происходит спаяние его стенки с двенадцатиперстной или толстой кишкой. При увеличении пролежня образуется пузырно-дуоденальный или пузырно-толстокишечный свищ, по которому конкремент из желчного пузыря проваливается в просвет кишечника. Обтурация возникает при конкрементах диаметром 3 – 4 см и более. Развитию острой непроходимости при этом способствует вторичный спазм кишки. Наиболее часто обтурация желчными конкрементами происходит на уровне терминального отрезка подвздошной кишки.

Явления непроходимости возникают остро и протекают со схваткообразными болями, многократной рвотой. При обзорной рентгеноскопии живота обнаруживают раздутые газом петли тонкой кишки с характерным "спиралевидным" рисунком складок слизистой оболочки. Нередко выявляют газ в желчевыводящих протоках.

Лечение только хирургическое. Производят декомпрессию кишечника, энтеротомию дистальнее конкремента (рис.9), удаление его. В дальнейшем по показаниям выполняют холецистэктомию.

Закупорка каловыми "конкрементами" происходит преимущественно в толстой кишке. Наблюдается у пожилых людей, страдающих хроническим колитом, длительным запором. Предрасполагающими факторами часто бывают аномалии развития (мегаколон, мегасигма, врожденные мембраны слизистой оболочки и др.).

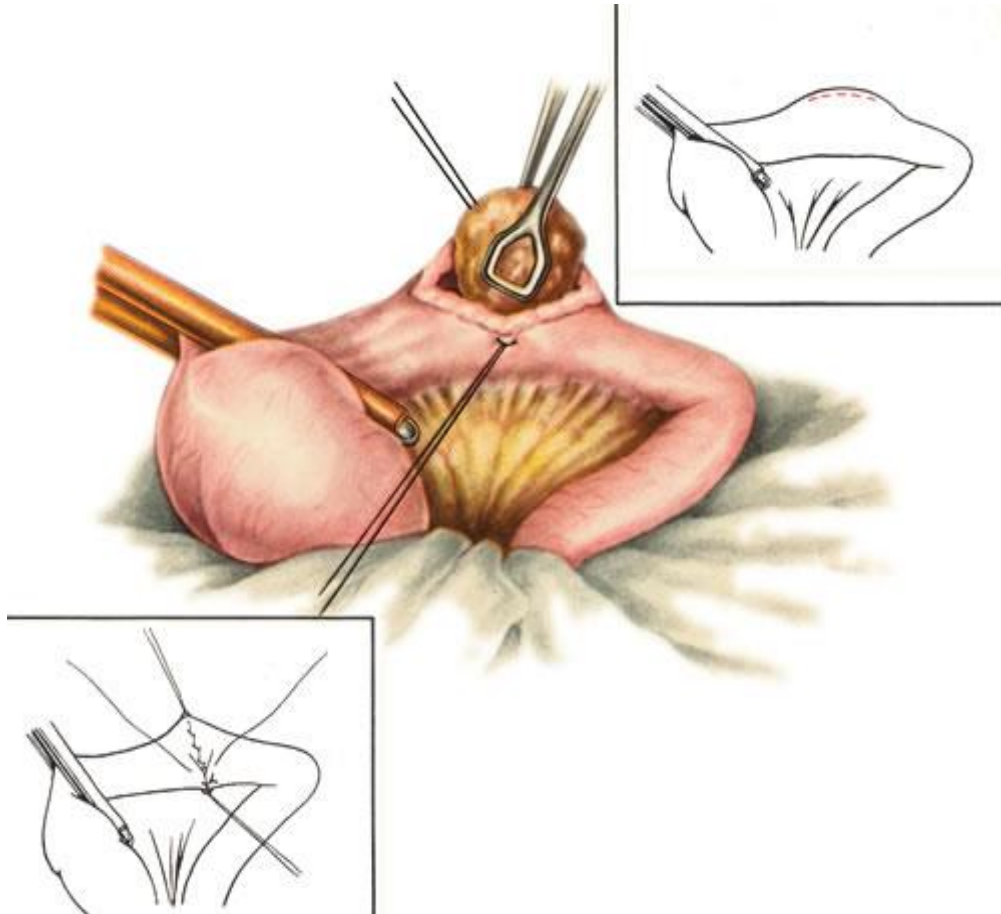


Рис. 9. Энтеротомия

Каловые конкременты могут самостоятельно отходить со стулом. В ряде случаев они приводят к развитию пролежней стенки кишки и каловому перитониту. Конкременты могут вызывать острую непроходимость толстой кишки, симптомы и клиническое течение которой характерны для низкой непроходимости кишечника: схваткообразные боли, задержка стула и газов, усиленная, длительно сохраняющаяся перистальтика, резкое вздутие ободочной кишки, принимающей форму раздутой автомобильной шины, пустая, раздутая баллонообразно ампула прямой кишки.

При обтурации каловыми конкрементами операция показана в тех редких случаях, когда консервативные методы лечения (сифонные и масляные клизмы, попытка пальцевого или эндоскопического размельчения и удаления конкрементов через прямую кишку) не дают эффекта. Хирургическое лечение заключается в колотомии, удалении конкрементов и наложении временной колостомы.

Странгуляционная кишечная непроходимость возникает в результате заворота кишечной петли вокруг своей оси, образования узла между несколькими петлями кишки, ущемления кишечных петель в грыжевых воротах при наружных и внутренних грыжах, сдавления кишки с брыжейкой спайками. При странгуляционной непроходимости происходит сдавление сосудов и нервов в ущемленной петле кишки, нарушается кровоснабжение, что и отличает этот вид непроходимости от обтурационной.

Завороты (volvulus) представляют собой закручивание кишки с ее брыжейкой вокруг продольной оси. Они составляют 4 – 5% всех видов непроходимости кишечника. Различают завороты тонкой, сигмовидной ободочной и слепой кишки. Среди причин заворотов кишки выделяют предрасполагающие и производящие факторы.

К предрасполагающим причинам относят:

- чрезмерно длинную брыжейку кишки, незавершенный поворот кишечника;
- рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера;
- резкое похудание.

К производящим причинам относят:

- внезапное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к резкому перемещению кишечных петель;
- алиментарные факторы: нерегулярное питание, длительное голодание с последующей перегрузкой кишки большим количеством грубой пищи.

Заворот тонкой кишки (рис.10). В нормальных условиях петли кишечника совершают значительные по объему движения и нередко делают повороты до 90° , не вызывая каких-либо патологических нарушений. При повороте кишки более чем на 180° происходит перекрытие ее просвета и сдавление сосудов брыжейки. В заворот могут вовлекаться несколько петель, а иногда весь кишечник.



Рис.10. Заворот тонкой кишки

Завороты тонкой кишки начинаются остро. Заболевание протекает с тяжелыми общими и местными клиническими симптомами, характерными для острой высокой странгуляционной непроходимости.

В первые часы заболевания на фоне постоянной боли периодически возникают схваткообразные боли, интенсивность которых нарастает синхронно с перистальтикой, достигая характера нестерпимых. Часто больные становятся беспокойными, кричат от боли, принимают вынужденное положение с приведенными к животу ногами. С самого начала заболевания возникает многократная рвота, не приносящая облегчения, вначале – неизменным желудочным содержимым и желчью, а затем она становится фекалоидной. Задержка стула и

газов является непостоянным симптомом заболевания: часто вначале бывает однократный стул за счет опорожнения нижних отделов кишечника, не приносящий облегчения.

Общее состояние больного тяжелое. Быстро появляются и нарастают нарушения водно-солевого, белкового и углеводного обменов, микроциркуляторные и гемодинамические расстройства, интоксикация, снижение диуреза. Живот умеренно вздут, иногда вздутие проявляется лишь сглаженностью подреберных областей. Нередко обнаруживают положительный синдром Валя.

При обзорной рентгеноскопии живота обнаруживают чаши Клойбера, которые появляются через 1 – 2 ч от начала заболевания и локализуются в левой половине эпигастральной области и в мезогастральной области.

Лечение хирургическое. Оно заключается в расправлении завернувшихся петель кишки (деторсии) и опорожнении кишки от содержимого (декомпрессия). При не вызывающей сомнения жизнеспособности кишки ограничиваются деторсией. При некрозе кишки производят резекцию в пределах здоровых тканей с анастомозом «бок в бок». Линия пересечения кишки должна быть на 40 – 60 см выше препятствия и на 15 – 20 ниже него.

Заворот слепой кишки возможен, когда она имеет собственную брыжейку или общую с тонкой кишкой. При этом симптомы выражены так же остро, как и при заворотах тонкой кишки. Боли (как постоянные, так и схваткообразные) локализуются в правой половине живота и в околопупочной области. Обычно наблюдается рвота. У большинства больных имеется задержка стула и газов.

При осмотре выявляют асимметрию живота за счет вздутия в околопупочной области. Одновременно происходит западение правой подвздошной области. При пальпации живота часто обнаруживают положительный симптом Шимана—Данса (ощущение "пустоты" при пальпации в правой подвздошной области) и ригидность мышц брюшной стенки.

При аускультации живота отмечают характерные звонкие, с металлическим оттенком перистальтические шумы. В дальнейшем, по мере развития перитонита, перистальтические шумы ослабевают.

На обзорной рентгенограмме живота выявляют шаровидно раздутую слепую кишку, которая локализуется в правой половине живота или смещена кнутри и кверху. В зоне проекции кишки виден большой (длиной до 20 см) горизонтальный уровень жидкости.

При завороте слепой кишки показана экстренная операция. Хирургическое лечение заключается в расправлении завернувшихся петель кишки (деторсия) и опорожнении кишки от содержимого (декомпрессия). При некрозе кишки показана ее резекция. С целью профилактики рецидива заболевания необходима ее фиксация к брюшной стенке.

Заворот сигмовидной кишки возникает чаще у пожилых людей, длительно страдающих запорами. Помимо значительной длины брыжейки, завороту способствует рубцовое сморщивание брыжейки сигмовидной ободочной кишки при мезосигмоидите. Следствием этого является сближение приводящего и отводящего участков кишки, которые располагаются почти параллельно (по типу "двустволки"). При усилении перистальтических сокращений или переполнения плотным и газообразным содержимым кишка легко закручивается вокруг своей оси, что приводит к непроходимости.

Боли возникают внезапно, бывают интенсивными, локализуются обычно в нижних отделах живота и в области крестца, сопровождаются одно – и двукратной рвотой. Фекалоидная рвота, как правило, возникает только при развитии перитонита и паралитической непроходимости. Ведущий симптом заворота сигмовидной ободочной кишки – задержка стула и газов. Живот резко вздут. Отмечается его асимметрия – выбухание верхних отделов правой половины вследствие перемещения сигмовидной кишки вверх и вправо. При этом живот приобретает характерный "перекошенный" вид.

Вследствие сильного вздутия ободочной кишки все внутренние органы и диафрагма оттесняются кверху. Это ведет к затруднению дыхания и нарушению сердечной деятельности.

При рентгеноскопии выявляют резко раздутую газами ободочную кишку (восходящую, поперечную, нисходящую), которая занимает почти всю брюш-

ную полость (характерный симптом "светлого" живота), на фоне которой видны 1—2 чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости.

При заворотах сигмовидной кишки применяют хирургическое лечение. Хирургическое лечение преследует две цели: устранение кишечной непроходимости и предупреждение ее рецидива. После ликвидации заворота и освобождения кишки от содержимого с помощью зонда, введенного через прямую кишку, определяют ее жизнеспособность. Если кишка нежизнеспособна, ее резецируют. В этом случае операцию завершают одноствольной сигмостомией, дистальный конец ушивают наглухо. Когда некроза нет возможны следующие варианты завершения операции. Во-первых, если в анамнезе присутствуют признаки повторного заворота и состояние больного позволяет, выполняют первичную резекцию жизнеспособной сигмовидной кишки с наложением анастомоза (радикальная операция). Если тяжесть состояния больного исключает подобную возможность, проводят мезосигмопликацию по Гаген – Торну (рис.11).

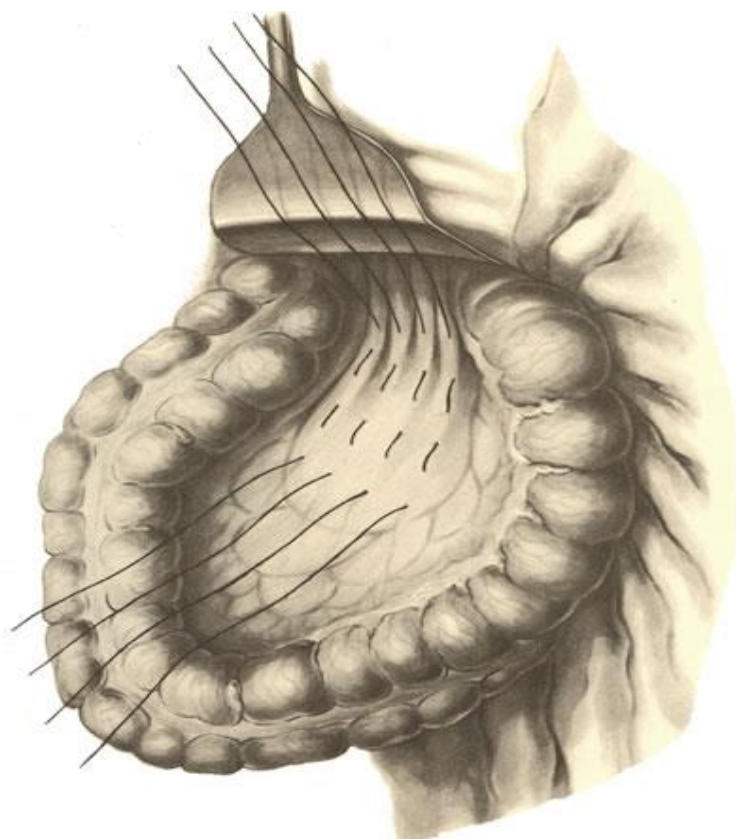


Рис.11. Мезосигмопликация по И.Э. Гаген – Торну

После рассечения рубцовых сращений на передний и задний листки удлинённой брыжейки накладывают 3 – 4 параллельных сборчатых шва перпендикулярно к оси кишечной трубки. При их затягивании брыжейка укорачивается. Это уменьшает опасность повторного заворота. Некоторые хирурги в ряде случаев прибегают к другой паллиативной операции – сигмопексии, во время которой кишечную стенку узловыми швами фиксируют к париетальной брюшине.

Узлообразование кишок (nodulus intestini) – редкая, но тяжёлая форма странгуляционной кишечной непроходимости. Протекает с тяжёлыми нарушениями кровообращения в сосудах брыжейки и ранним некрозом значительных участков тонкой и толстой кишки (рис.12).



Рис.12. Узлообразование

В узлообразовании принимают участие не менее двух кишечных петель. Одна из них, сложенная в виде "двустволки" вместе со своей брыжейкой, образует ось, вокруг которой вторая петля кишки также вместе с ее брыжейкой закручивается на один или несколько оборотов, сдавливает первую петлю и сама подвергается странгуляции. В результате образования узла просвет кишечника оказывается перекрытым не менее чем на двух уровнях.

В узлообразовании обычно принимают участие тонкая кишка и подвижные, имеющие собственную брыжейку отделы толстой кишки. Наиболее частыми видами межкишечных узлов являются узлы между тонкой кишкой и сигмовидной ободочной или тонкой кишкой и подвижной слепой, имеющей собственную брыжейку.

Узлообразование между петлями тонкой кишки наблюдается редко. Кровоснабжение в сосудах брыжеек ущемляемой и ущемляющей кишки в начальных стадиях заболевания нарушается в различной степени (обычно в большей степени страдает кровоснабжение в ущемляемой петле). Затем быстро нарушается кровоснабжение обеих петель, в которых развивается некроз. Предполагать узлообразование кишки надо в тех случаях, когда клинические и рентгенологические признаки странгуляции тонкой кишки сочетаются с признаками непроходимости толстой кишки ("баллонообразная" ампула прямой кишки при ректальном исследовании, горизонтальные уровни жидкости в левых отделах толстой кишки наряду с уровнями жидкости в тонкой кишке).

Лечение только хирургическое. В ранней стадии заболевания производят "развязывание" узла. Узел ликвидируют после опорожнения толстой кишки с помощью зонда, предварительно введенного через задний проход. Узел, образованный нежизнеспособными петлями, подлежит резекции. Резекцию тонкой кишки заканчивают восстановлением проходимости кишечника путем наложения анастомоза. При резекции толстой кишки необходимо вывести одноствольную колостому. В плановом порядке восстанавливают пассаж по толстой кишке.

Смешанная кишечная непроходимость

К смешанной кишечной непроходимости относят спаечную непроходимость и инвагинацию.

Спаечная кишечная непроходимость – наиболее частая форма кишечной непроходимости. При выделении спаечной непроходимости кишечника подчеркивается только этиологический момент возникновения непроходимости – наличие спаек в брюшной полости, которые могут быть результатом хирурги-

ческих вмешательств или воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Она может протекать по обтурационному или странгуляционному типу. Спайки могут располагаться между кишечными петлями, фиксировать их к другим органам брюшной полости или к париетальной брюшине. Кроме predisposing фактора, для возникновения кишечной непроходимости необходимы еще и производящие факторы – нарушение режима питания, прием больших доз слабительных, физическое напряжение, способствующие нарушению двигательной функции кишечника.

Клинические проявления зависят от вида спаечной непроходимости. При странгуляционном ее характере состояние больного тяжелое, отмечают повторную рвоту, резкие боли и вздутие живота, задержку стула и газов. При обтурации кишечника течение заболевания не столь тяжелое, симптомы непроходимости нарастают постепенно. Важную информацию может дать исследование пассажа взвеси сульфата бария по тонкой кишке.

Спаечную кишечную непроходимость, развивающуюся без странгуляции, часто возможно ликвидировать консервативными мерами. Больным вводят спазмолитики, аспирируют желудочное содержимое, ставят сифонную клизму, проводят инфузионное лечение. Странгуляционная спаечная кишечная непроходимость подлежит экстренному оперативному лечению. Объем операции зависит от характера изменений в брюшной полости и состояния кишки. Ущемляющие спайки пересекают. При множественных сращениях и рубцовых стенозах кишки может быть выполнен обходной межкишечный анастомоз. Рекомендуется проведение длительной (7 – 9 сут) назоинтестинальной интубации с тщательной предварительной укладкой (шинированием) кишечных петель, что обеспечивает их фиксацию в желаемом порядке и снижает опасность рецидива непроходимости.

В настоящее время широкое распространение получило эндоскопическое лечение спаечной тонкокишечной непроходимости. Преимущество данного метода лечения – минимальная травматичность, что значительно снижает вероятность рецидивирования спаечного процесса в брюшной полости. Однако нельзя

не отметить определенные трудности, нередко возникающие при введении троакара в брюшную полость.

Для исключения ятрогенных осложнений придерживаются определенных зон пункции брюшной полости, которые зависят от вида предыдущего оперативного вмешательства и локализации рубца на передней брюшной стенке.

Инвагинация кишки возможно в любом возрасте, но чаще возникает у детей до 5 лет (75%). Происходит внедрение одного из отделов кишечника в другой. В результате образуется цилиндр (инвагинат), состоящий из трех кишечных трубок, переходящих одна в другую. Наружная трубка цилиндра называется воспринимающей или влагалищем. Средняя и внутренняя трубки цилиндра называются образующими. Участок, где средний цилиндр переходит во внутренний, называют головкой инвагината, место перехода наружного цилиндра в средний – шейкой. В редких случаях инвагинат состоит из 5 – 7 слоев. Внедрение одной кишки в другую происходит на различную глубину. Закрытие просвета кишки инвагинатом ведет к обтурационной непроходимости. Вместе с кишкой внедряется и ее брыжейка, что приводит к сдавлению сосудов (странгуляция), расстройству кровообращения и некрозу внутреннего и среднего цилиндра кишки. Наружный цилиндр инвагината, как правило, не подвергается некрозу.

Наиболее часто бывает инвагинация подвздошной кишки в слепую (илеоцекальная инвагинация) или подвздошной и слепой кишки в восходящую ободочную (рис.13)



Рис.13. Инвагинация подвздошной кишки в толстую

Основной причиной инвагинации являются опухоли на "ножке", гематома, воспалительный инфильтрат и др., которые в результате перистальтических сокращений продвигаются в дистальном направлении, увлекая за собой стенку кишки. Причиной инвагинации может стать стойкий спазм стенки кишки, в результате которого спазмированный участок кишки перистальтическими сокращениями внедряется в другой отрезок кишки, находящийся в состоянии пареза.

У детей чаще бывают острые формы заболевания, у взрослых преобладают подострые и хронические формы. При острой форме заболевание начинается внезапно, иногда на фоне энтерита или после приема слабительного средства.

Ведущим симптомом являются резкие, схваткообразные боли, которые нарастают по своей интенсивности до нестерпимых при перистальтических сокращениях кишечника и затем постепенно стихают. Со временем интервалы между схватками укорачиваются, боли становятся постоянными, сопровождаются неоднократной рвотой. Вместе с тем отхождение кишечного содержимого из нижележащих отделов сохраняется. В испражнениях обнаруживают примесь крови и слизи. У ряда больных наблюдают кровавый стул и тенезмы. Кровянистые выделения нередко имеют вид "малинового желе".

При осмотре живота выявляют видимую на глаз перистальтику. Живот при пальпации мягкий. При глубокой пальпации обычно удается определить болезненное, малоподвижное, цилиндрической формы образование, располагающееся при илеоцекальной инвагинации в правой подвздошной области, правом подреберье или поперечно над пупком (при глубокой инвагинации). При ректальном исследовании находят расширенную пустую ампулу прямой кишки, а при глубокой инвагинации у детей иногда и головку спустившегося в прямую кишку инвагината. Как правило, в просвете прямой кишки обнаруживают кровянистые выделения.

Диагноз основывается на характерной триаде симптомов – схваткообразные боли в животе, пальпируемое цилиндрической формы образование в правой половине брюшной полости, кровянистые выделения из прямой кишки. Важна дифференциальная диагностика инвагинации и аппендикулярного инфильтрата. Правильному распознаванию способствуют большая интенсивность болей при инвагинации, их схваткообразный характер, отсутствие присущих аппендициту симптомов. В сомнительных случаях диагноз уточняет обзорная рентгеноскопия живота, при которой выявляют горизонтальные уровни жидкости в тонкой кишке, и ирригоскопия, при которой обнаруживается дефект наполнения в слепой или восходящей ободочной кишке с четкими контурами, имеющий форму полулуния или двузубца.

Необходима экстренная операция. Консервативные мероприятия (сифонные клизмы, введение газа в ободочную кишку, назначение спазмолитиков) редко бывают эффективными даже в первые часы заболевания.

Во время операции, произведенной в ранние сроки, путем осторожного и нежного выдавливания удается произвести дезинвагинацию. Если дезинвагинация удалась, то определяют жизнеспособность кишки и стараются найти причину развития данного вида непроходимости (внутрипросветная опухоль, дивертикул Меккеля). Обнаруженные аномалии устраняют хирургическим путем. Если расправить инвагинат не удастся или дезинвагинированная кишка оказывается нежизнеспособной, производят резекцию кишечных петель с со-

блюдением всех правил резекции кишечника в условиях острой непроходимости.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Динамическая непроходимость кишечника характеризуется стойким парезом или параличом кишечника или стойким спазмом. Функциональные расстройства, ведущие к паралитической динамической непроходимости, бывают обусловлены острыми воспалительными процессами в брюшной полости и забрюшинной клетчатке, травмами и травматичными операциями, интоксикацией, острыми нарушениями кровообращения в органах брюшной полости. Спастическую кишечную непроходимость вызывают поражения головного или спинного мозга (метастазы злокачественных опухолей, спинная сухотка и др.), отравление солями тяжелых металлов, истерия.

Паралитическая непроходимость кишечника обусловлена значительным угнетением или даже полным прекращением перистальтической активности кишечника, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки. Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обуславливает застой содержимого в кишечнике. Наиболее часто паралитический илеус наблюдается у больных с перитонитом. Основной причиной является воспаление, ишемия стенки кишки, нарушение функции ауэрбахова и мейснерова нервных сплетений в стенке кишки.

Основными симптомами являются тупые, распирающие боли, рвота, стойкая задержка стула и отхождения газов, вздутие живота. Боли, как правило, постоянные, не имеют четкой локализации и иррадиации, схваткообразный компонент обычно отсутствует. По сравнению с механической кишечной непроходимостью рвота при динамической непроходимости наблюдается реже, хотя при развитии перитонита она может быть многократной.

Живот равномерно вздут, пальпаторно определяют резистентность брюшной стенки. При аускультации перистальтические шумы ослаблены или отсутствуют.

Если паралитическая непроходимость не сочетается с перитонитом, то в первые часы заболевания общее состояние больного остается удовлетворительным. В последующем, при отсутствии патогенетической терапии, состояние ухудшается, нарастают симптомы эндогенной интоксикации, гиповолемии, выраженных расстройств водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, возникает полиорганная недостаточность жизненно важных органов.

Отдельную тяжелую группу составляют те виды паралитической непроходимости, которые возникают в связи с острыми нарушениями кровообращения в мезентериальных сосудах (тромбозы и эмболии верхнебрыжеечной артерии).

При обзорной рентгеноскопии живота наблюдается равномерное вздутие всех отделов кишечника, преобладание в раздутой кишке газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости как в тонкой, так и в толстой кишке одновременно.

Лечение. В первую очередь необходимо устранить патологический процесс, приведший к развитию паралитической непроходимости кишечника.

Для восстановления моторной функции кишечника и устранения его пареза применяют аминазин, снижающий угнетающее действие на перистальтику симпатической нервной системы, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), активирующие перистальтику путем усиления функции парасимпатической нервной системы.

Вначале вводят аминазин или аналогичные ему лекарственные средства, через 45 – 50 мин – прозерин, затем назначают очистительную клизму. Эффективна также электростимуляция кишечника. В последние годы появились новые препараты – прокинетики (цисаприд и его производные), применяемые для стимуляции моторной деятельности кишечника.

Больным проводят постоянную декомпрессию желудка и кишечника путем аспирации с помощью назоеюнального зонда, устанавливаемого в просвет тощей кишки с помощью эндоскопа. Нарушения гомеостаза корректируют по общим принципам лечения больных с выраженными метаболическими нарушениями при различных этиологических факторах.

Хирургическое лечение при паралитической непроходимости кишечника показано лишь в случаях возникновения ее на фоне перитонита, тромбоза или эмболии брыжеечных сосудов.

Спастическая непроходимость кишечника – сравнительно редкий вид динамической непроходимости. Затруднение или полное прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки. Длительность спазма может быть различной – от нескольких минут до нескольких часов.

Ведущим симптомом являются сильные схваткообразные висцеральные боли без определенной локализации. В период схваток больной мечется по кровати, кричит.

Диспепсические расстройства нехарактерны. Задержка стула и газов наблюдается не у всех больных, она редко бывает стойкой. Общее состояние больного нарушается незначительно. Живот имеет чаще обычную конфигурацию, если же брюшная стенка втянута, то он принимает ладьевидную форму.

При обзорной рентгеноскопии живота выявляют спастически атоническое состояние кишечника. Иногда по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой по ходу брыжейки тонкой кишки. При контрастном исследовании пищеварительного тракта с барием определяют замедленный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке, четкообразные участки вздутия кишечника.

Лечение консервативное. Больным назначают спазмолитические средства, физиотерапевтические процедуры, тепло на живот, проводят лечение основного заболевания.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Определение кишечной непроходимости.
2. Этиологические причины и современное представление о патогенезе кишечной непроходимости.
3. Классификация кишечной непроходимости.
4. Клиническая картина острой кишечной непроходимости.
5. Методы лабораторной и инструментальной диагностики непроходимости кишечника.
6. Провести дифференциальную диагностику острой кишечной непроходимости с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
7. Тактика хирурга при механической и динамической непроходимости кишечника.
8. Общие принципы и методы лечения в зависимости от формы кишечной непроходимости.
9. Виды операций при механической непроходимости кишечника.
10. Особенности предоперационной подготовки и ведение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу кишечной непроходимости.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) постоянные боли в животе
 - 2) схваткообразные боли в животе
 - 3) рвота цвета «кофейной гущи»
 - 4) вздутие живота
 - 5) мелена

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инородные тела
- 2) желчные камни
- 3) доброкачественные опухоли
- 4) злокачественные опухоли
- 5) спайки брюшной полости

3. КАЛ В ВИДЕ МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) желудочного кровотечения
- 2) инвагинации
- 3) спастического колита
- 4) дивертикулита
- 5) свинцового отравления

4. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- 2) исследование пассажа бария по кишечнику
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) лапароскопия
- 5) биохимический анализ крови

5. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ

- 1) завороте
- 2) узлообразовании
- 3) обтурационной кишечной непроходимости
- 4) динамической непроходимости

6. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ НЕКРОЗА КИШКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) обтурации подвздошной кишки

- 2) обтурации толстой кишки опухолью
- 3) обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
- 4) узлообразовании
- 5) обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

7. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЫЯВЛЯЮТ СИМПТОМЫ

- 1) Валя
- 2) Воскресенского
- 3) Склярова
- 4) Кивуля
- 5) «Обуховской больницы»

8. ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) оперативное лечение
- 2) холинэргетики
- 3) назоинтестинальную интубацию
- 4) новокаиновую блокаду
- 5) все средства стимуляции кишечника

9. ДЛЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) неукротимая рвота
- 2) схваткообразные боли
- 3) быстрое обезвоживание
- 4) вздутие живота в первые часы заболевания
- 5) быстрое снижение ОЦК

10. ПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ

- 1) слабость мышц живота
- 2) злоупотребление алкоголем

- 3) употребление жирной и острой пищи
- 4) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- 5) психотравма

11.ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) интенсивные боли в животе
- 2) резкое усиление перистальтики
- 3) стойкая задержка стула и газов
- 4) асимметрия живота
- 5) напряжение мышц живота

12.ПРИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) резекция приводящей петли, отступя 20 см от некроза
- 2) резекция кишки в пределах видимой границы некроза
- 3) наложение обходного анастомоза
- 4) выведение кишки
- 5) резекция отводящей петли, отступя 15 – 20 см от некроза

13.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) перитонит
- 2) свинцовое отравление
- 3) острый панкреатит
- 4) забрюшинная гематома
- 5) расстройства мезентериального кровообращения

14.ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) схваткообразные боли в животе
- 2) вздутие живота

- 3) постепенное развитие перитонита
- 4) постоянные боли в животе
- 5) задержка стула и газов

15. РАЗВИТИЮ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

- 1) длинная узкая брыжейка
- 2) спайки брюшной полости
- 3) внезапное повышение внутрибрюшного давления
- 4) переедание после длительного голодания
- 5) длительное голодание

16. ДЛЯ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) постепенного нарастания симптомов
- 2) вздутия живота
- 3) появления чаш Клойбера
- 4) задержки стула
- 5) быстрого (в течение суток) обезвоживания

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Женщина 43 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную обильную рвоту с примесью желчи. Боли появились постепенно, три дня тому назад, перенесла холецистэктомию 5 лет назад по поводу острого калькулезного холецистита. Состояние больной средней тяжести. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот асимметричен, болезненный при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет, определяется “шум плеска”.

ЭКСТРЕННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ?

Задача № 2

Больная, 75 лет, поступила в поздние сроки заболевания с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки.

ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ?

Задача № 3

Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ? ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА?

Задача № 4

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брю-

шины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Задача № 5

Больная 28 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотноэластическое образование 6×8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотноэластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Задача № 6

Больной 52 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

ДИАГНОЗ? ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

Задача № 7

Больная 56 лет оперируется в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Тяжёлой сопутствующей патологии в дооперационном периоде не выявлено. До операции подозревалась острая спаечная кишечная непроходимость, но во время ревизии органов брюшной полости выяснилось, что непроходимость вызвана опухолью сигмовидной кишки. Опухоль размерами 5,0×4,0×4,0 см циркулярно суживает просвет кишки, прорастает серозную оболочку, подвижна, не связана с окружающими органами. Ниже её кишка спавшаяся. Тонкая и ободочная кишка до опухоли переполнены газом и содержимым.

ДИАГНОЗ? НА ЧТО НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ХИРУРГУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕВИЗИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ? ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ?

Задача № 8

Больной К., 24 лет, поступил с жалобами на сильные постоянные боли в области пупка, тошноту, рвоту. Указанные жалобы появились остро 3 ч назад. С момента появления болей перестали отходить газы.

Объективно: больной пониженного питания, бледен, беспокоен, все время стремится изменить положение. Язык обложен, влажный. Пульс 100 в минуту, температура 36,9⁰С. Живот не вздут, мягкий. Пальпируются спастически сократившиеся петли кишечника. В правой половине живота, приблизительно на уровне пупка, определяется плотное продолговатое образование. По данным УЗИ, в правой подвздошной области определяется инфильтрат диаметром 4-5 см. Выше этого участка кишка спазмирована на протяжении 8-10 см, а выше спазмированного участка кишка расширена, определяется ее маятникообразная перистальтика. Дежурным хирургом поставлен диагноз: «илеоцекальная инвагинация». Введение спазмолитиков средств с последующими сифонными клиз-

мами эффекта не дало. Больному произведена лапаротомия. В терминальном отделе спастически сокращенной подвздошной кишки обнаружено образование диаметром около 5 см. На серозной оболочке кишки в этом месте имеются небольшие кровоизлияния. Образование плотной консистенции с неровной поверхностью. Создается впечатление, что оно находится в просвете кишки и не связано с ее стенкой.

ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНОГО? ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ?

Задача № 9

Больной 52 лет оперирован по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние больной средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10X8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами.

КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ПОКАЗАНО В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

Задача №10

Больной 64 лет поступил в стационар с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Никогда не болел, сопутствующих заболеваний не найдено. Общее состояние больного средней степени тяжести. В связи с безуспешностью консервативного лечения взят на операцию, на которой обнаружена опухоль сигмовидной кишки, обтурирующая просвет кишки. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка забита каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация.

КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ В ТАКОЙ СИТУАЦИИ?

Задача № 11

В приемное отделение доставлена больная 30 лет с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе. Из анамнеза выяснено, что 3 года назад ей была произведена операция по поводу перитонита, обусловленного прорывом гнойного аднексита в брюшную полость. Операция закончилась ампутацией матки и дренированием брюшной полости. После операции периодически, 1-2 раза в год, возникают приступы острой спаечной кишечной непроходимости, которые купировались консервативными мероприятиями. В этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих. Объективно: общее состояние больной тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 100 уд/мин. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется неперистальтирующая петля кишки.

ПОЧЕМУ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕПРОХОДИМОСТИ НА ЭТОТ РАЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ПРИСТУПОВ? КАКОЙ ТАКТИКИ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ?

Задача № 12

Больной М., 42 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, частую рвоту, неотхождение газов и отсутствие стула. Из анамнеза выяснено, что внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера около часа назад, вскоре присоединилась частая рвота. Объективно: состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 уд./минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жид-

кость. Выше и слева от пупка определяется овальной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

ДИАГНОЗ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Задача № 13

Больной Р., 39 лет, доставлен через час после начала заболевания и был госпитализирован в хирургический стационар. Из анамнеза выяснилось, что ночью он проснулся от внезапных жестоких болей в животе постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Объективно: состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Больной беспокоен, все время меняет положение тела. Пульс слабого наполнения, 112 уд./минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Температура нормальная. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот ассиметричен, слева определяется эластическое образование.

ДИАГНОЗ И ТАКТИКА?

Задача № 14

В хирургическом отделении находится больная К., 46 лет, которой произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1. На 4-е сутки у больной усилились боли в животе, появился метеоризм, была однократная рвота, газы не отходили. Температура, первые дни бывшая субфебрильной, поднялась до 38,5°C. Пульс 108 уд./минуту. Язык суховат. Живот резко и равномерно вздут, умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно и по УЗИ в брюшной полости определяется жидкость. Печеночная тупость не определяется. Перистальтика отсутствует. ЧТО ПРОИЗОШЛО С БОЛЬНОЙ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Задача № 15

Больная В., 26 лет, оперирована по поводу острого флегмонозного аппендицита, произведена аппендэктомия. На 5 сутки после операции у неё появились боли внизу живота, вначале возникавшие периодически, а затем принявшие постоянный характер. У больной появилось вздутие живота, прекратилось отхождение газов и кала, в то время как накануне после клизмы у нее был стул и отошли газы. Появилась рвота. Общее состояние больной заметно ухудшилось, она стала вялой, адинамичной, черты лица заострились. Язык суховат, живот вздут больше в правой половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтические шумы не выслушиваются. Пульс 112 уд./минуту. Температура нормальная. При пальцевом ректальном исследовании патологии не установлено. Попытки разрешить парез энергичным применением средств, стимулирующих кишечник, к успеху не привели. Состояние больной продолжает ухудшаться.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО К БОЛЬНОЙ? ЧТО СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ?

Задача № 16

Больной Р., 40 лет, работающий на аккумуляторном заводе, поступил с жалобами на нарастающую слабость, раздражительность, плохой аппетит, тошноту, бессонницу, головокружение, резкие боли в животе. Боли в животе появились накануне, внезапно, резкие, схваткообразного характера. Отмечает задержку стула и газов. Объективно: больной бледен, беспокоен, кричит, меняет положение тела. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 68 уд./минуту. Артериальное давление 170/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот втянут, при пальпации мягкий, слегка болезненный в нижних отделах.

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ У БОЛЬНОГО?
 ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?
 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1–2	9–1,2,3,5
2–5	10–4
3–2	11–3
4–1	12–5
5 – 4	13–1,3,4,5
6–4	14–1,2,3,5
7–1,3,4,5	15–1,2,3,4
8–5	16–1,2,3,4

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача № 1	Необходимо промыть желудок, назначить внутривенную инфузионную терапию, вести спазмолитики.
Задача № 2	Необходимо выполнить операцию Гартмана.
Задача № 3	Острая кишечная непроходимость на фоне опухоли. Лапаротомия, ревизия, резекция с выведением кишки.
Задача № 4	Острая высокая механическая непроходимость кишечника (узел, заворот и т.д.). Необходима операция. Хирургическое лечение в зависимости от вида непроходимости (рассечение спаек, резекция кишки).
Задача № 5	Гельминтоз. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Механическое деление конгломерата без вскрытия кишки. Если это невозможно — смещение конгломерата в дистальном

	направлении, энтеротомия, удаление инородного тела, ушивание энтеротомной раны.
Задача № 6	Острая тонкокишечная непроходимость. Экстренная лапаротомия, устранение непроходимости, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.
Задача № 7	Рак сигмовидной кишки. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Необходимо провести ревизию органов брюшной полости на наличие метастазов. Обструктивная резекция сигмовидной кишки.
Задача № 8	У больного обтурационная непроходимость кишечника на почве обтурации его просвета клубком аскарид. В пользу этой причины указывает резкий сопутствующий спазм кишечника. В брыжейку тонкого кишечника нужно ввести 80 –100 мл 0,25% раствора новокаина, положить на подвздошную кишку салфетку, смоченную теплым раствором папаверина, внутривенно ввести ганглиоблокирующие средства. Если под влиянием этих мероприятий спазм кишки уменьшится, то, учитывая, что клубок аскарид находится в терминальном отделе тонкого кишечника, следует попытаться осторожно размять клубок и перевести его в толстую кишку. При неудаче, а также в случае более высокого расположения клубка глистов, его следует удалить путем энтеротомии.
Задача № 9	У больного возможно планировать два варианта операции. В случае, если состояние больной позволяет, лучше провести правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом. При тяжелом состоянии больной или наличии тяжелой сопутствующей патологии целесообразно вначале провести минимальную операцию – обходной илеотрансверзоанастомоз.

Задача № 10	Поскольку видимых метастазов нет, операция может быть радикальной. Поскольку, имеется участок кишки с возможностью перфорации, то следует произвести резекцию сигмовидной кишки по Гартману. Операция заключается в резекции кишки, ушивании дистального отдела кишки и погружения его в брюшную полость, и выведении проксимального участка на кожу в виде одноствольного ануса. В дальнейшем возможно восстановление непрерывности кишечника.
Задача №11	У больной спаечная непроходимость протекает по типу странгуляционной, в то время как во время предыдущих приступов она, по-видимому, была обтурационного характера. Больной однозначно показано оперативное лечение, так как странгуляционная непроходимость рано вызывает некроз ущемленной петли кишки. Если с момента странгуляции времени прошло немного, следует в период предоперационной подготовки попытаться ликвидировать непроходимость с помощью консервативных мероприятий. При отсутствии успеха в консервативной терапии нужно прооперировать больную.
Задача № 12	У больного имеется клиническая картина заворота тонкого кишечника. Необходима немедленная операция. Консервативные мероприятия в виде сифонных клизм при высоких заворотах неэффективны и при ясном диагнозе на них не следует тратить время.
Задача № 13	Клинически у больного узлообразование, так как одновременно имеются признаки высокой и низкой непроходимости кишечника, состояние больного быстро и катастрофически ухудшается. Больного необходимо оперировать, не теряя ни минуты. Выведение из шока и тщательное анестезиологическое обеспечение осуществляется уже по ходу наркоза и операции.

Задача № 14	<p>У больной имеется либо паралитическая кишечная непроходимость, развившаяся вследствие перитонита на почве недостаточности швов анастомоза, либо просто послеоперационный парез кишечника. Во-первых, парез развился на 4-е сутки после операции, в то время как послеоперационный парез проявляется обычно к концу первых или на вторые сутки. Во-вторых, развитию пареза предшествовало усиление болей в животе, в то время как при послеоперационном парезе усиление болей происходит уже после вздутия живота. В – третьих, для перитонита характерно повышение температуры и учащение пульса – признаки, не типичные для послеоперационного пареза. В сомнительных случаях могут помочь УЗИ, контрастная рентгеноскопия и гастродуоденофиброскопия. Тактика при послеоперационном перитоните должна быть хирургическая, а при послеоперационном парезе – только консервативная. Если, несмотря на все проведенные исследования, причина пареза остается невыясненной, больную следует оперировать.</p>
Задача № 15	<p>Заболевание следует дифференцировать между перитонитом и ранней острой спаечной кишечной непроходимостью. Обычный послеоперационный парез кишечника в данном случае может быть исключен: во-первых, он обычно появляется в 1-2-е сутки после операции, во-вторых, энергичное лечение пареза оказалось неэффективным. Против перитонита, как причины непроходимости у данной больной, здесь будут говорить такие признаки, как периодический характер болей в начале заболевания, нормальная температура тела, отсутствие симптома Щеткина-Блюмберга, отсутствие выраженного лейкоцитоза, отрицательные данные ректального исследования. Имеющаяся у больной клиническая картина заболевания типична для ранней по-</p>

	<p>слеоперационной механической непроходимости кишечника. Больную следует экстренно оперировать. Если в послеоперационной ране нет признаков гнойного воспаления, то ревизию можно осуществить через нее. В противном случае доступ будет путем нижней или средней срединной лапаротомии.</p>
Задача № 16	<p>По-видимому, у больного возникла острая спастическая непроходимость кишечника на почве хронического свинцового отравления. Для уточнения диагноза следует провести дополнительное обследование: осмотреть десны (нет ли серой каймы по их краям), определить наличие иктеричности нёба и склер, исследовать кровь на билирубин. Для свинцового отравления характерно наличие базофильной зернистости эритроцитов, в моче имеется повышенное содержание гематопорфирина, поэтому она окрашивается в красноватые тона. Лечение больного только консервативное. Для снятия спазма кишечника применяется двусторонняя поясничная новокаиновая блокада, спазмолитические препараты, горячая ванна, диатермия и другие тепловые процедуры на живот. После снятия острых явлений делают очистительную клизму. В дальнейшем больного следует лечить от хронического свинцового отравления в отделении профессиональной патологии.</p>

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. М: «Медицина», 2002. – С.610 – 625.
2. Хирургические болезни: учебник 2-х т/ под ред. В.С. Савельев – М.: ГЭОСТАР–Медиа. – 2008. Т.1. – 608 с.; Т.2. – 400с.

Дополнительная

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов н / Д: Феникс, 2001. – 414с.
2. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. – М.: Москва, 1965. – 606 с.
3. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т.II – С. 229–257.
4. Частная хирургия: учебник для медицинских ВУЗов: ч. I – II. / под ред. Ю.Л. Шевченко – 1998. – 478с.
5. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. // Кишечная непроходимость. – СПб.: Питер, 1999. – 443с.
6. Плечев В.В., Пашков С.А., Латыпов Р.З. и др. Острая спаечная кишечная непроходимость (проблемы, решения). – Уфа: Башбиомед, 2004. – 280с.
7. Чернов В.Н., Белик Б.М. Острая непроходимость кишечника (патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение). Руководство для врачей. М.: Медицина, 2008. – 512с.
8. Алиев С. А. Особенности диагностики и хирургической тактики при спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 1994. –№ 2. –С.13 – 17.
9. Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И., Юсуфов О. Г. и др. Энтеросорбция при синдроме кишечной непроходимости // Анестезиология и реаниматология. – 1997. – № 3 – С. 34 – 37.
- 10.Иванова М. Н., Коновалов А. К., Сергеев А. В. и др. Профилактика и хи-

- рургическое лечение спаечного процесса брюшной полости у детей // Хирургия. – 1996. – № 4 – С. 67 – 69.
11. Куш Н.Л. Лапароскопия в диагностике кишечной непроходимости // Материалы 3-й Всесоюзной конференции детских хирургов. – Алма-Ата; 1974– С. 317—318.
12. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости. – М.: Медицина, 1986. – 192с.
13. Султанов Г. А., Алиев С. А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненной непроходимостью // Хирургия. – 1998. – № 2. – С.17 –19.
14. Ступин В.А., Мударисов Р.Р., Хабши В.А. Оценка результатов лапароскопического лечения рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости. //Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №11 – С.136—138.
15. Федоров В. Д., Воробьев Г. И. и др. Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994. – С. 40 – 41.

В пособии использованы рисунки из атласа операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. – М.: Москва, 1965. – 606 с. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М.