

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ,
К.Б. САИДМУРОДОВ

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ

Методические рекомендации для резидентов
магистратуры, клинических ординаторов
и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов

Ташкент - 2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗ РУз

Исмаилов У.С.

« 25 » ноябрь 2014г.
протокол № 11



«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития
медицинского образования МЗ РУз

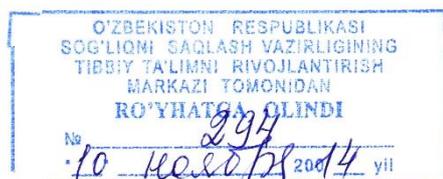
Алимова М.Х.

« 25 » ноябрь 2014г.
протокол № 11



ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Методические рекомендации для резидентов магистратуры,
клинических ординаторов и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов



Ташкент - 2014

Составители:

- Курбаниязов З.Б.** доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Давлатов С.С.** старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Саидмуродов К.Б.** ассистент кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Рецензенты:

- Касымов Ш.З.** д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.
- Карабаев Х.К.** д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 СамГосМИ.

Методические указания обсуждены и одобрены на заседании Центрального научно-методического Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 29 » август 2014 год, Протокол № 1

Методические указания утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 25 » октябрь 2014 год, Протокол № 2

Секретарь Ученого Совета



А.Т. Джурабекова

Аннотация. Отражены основные теоретические вопросы, касающиеся кишечной непроходимости. Подробно освещена анатомия брюшной полости, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика кишечной непроходимости. Представлены современные методы лечения. В конце имеются тестовые вопросы, ситуационные задачи и практические навыки по данной теме.

Методические рекомендации предназначены для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Продолжительность занятия – 6 часов

I. Хронология занятий

№	Этапы занятия	Место проведения	Время
1	Участие в утренней конференции врачей	Конференц - зал кафедры	40 мин
2	Организационные мероприятия	Учебная комната	10 мин
3	Проверка исходных знаний по теме	Учебная комната	30 мин
4	Курация больных	Палаты, перевязочная	60 мин
5	Разбор курируемых больных	Учебная комната	40 мин
6	Обсуждение темы занятия	Учебная комната	60 мин
7	Контроль усвоения материала	Учебная комната	30 мин
8	Тестовый контроль знаний	Учебная комната	20 мин
9	Решение ситуационных задач и практических навыков	Учебная комната	40 мин
10	Определение заданий к следующему занятию	Учебная комната	10 мин

Цель: Усвоить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику разных клинических форм острого кишечной непроходимости (ОКН). Научиться определять лечебную тактику, показания и противопоказания к консервативному и оперативному лечению, выбор метода обезболивания и оперативного вмешательства, принципы ведения до- и послеоперационного периода, проведения экспертизы нетрудоспособности и реабилитации после операций по поводу ОКН.

Профессиональная ориентация студентов. ОКН составляет до 3,5% среди больных хирургических стационаров и до 10% больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Летальность при ОКН по разным данным колеблется от 6 до 18-20%.

Методика выполнения практической работы

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентгенкабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномических симптомов, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью дифдиагностики, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия) или лечебных мероприятий (очистительная клизма, сифонная клизма) – помыть руки теплой водой, надеть печатки, подготовить инструментарий до исследования или лечебных мероприятий.

8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.
11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии в курированного больного.
12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем, а также тактику последующего лечения.
16. При условиях завершения хирургического лечения той или другой патологии выведением стомы информировать стомированных пациентов о возможностях последующей реабилитации, улучшения качества жизни.
17. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость является синдромом, который возникает при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта и проявляется нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции с морфологическими изменениями пораженной части кишки (рис 1).

Кишечная непроходимость наблюдается у 9% от всех больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Заболевание встречается в любом возрасте, однако чаще между 25-50 годами. Мужчины болеют чаще (66,4%), чем женщины (33,6%). Летальность составляет до 17% и является наибольшей среди острой хирургической патологии органов живота.



Рис. 1. Острая кишечная непроходимость (пневматоз кишечника).

Анатомо-физиологические данные.

Тонкая кишка – трубка, размещенная между пилорическим жомом и слепой кишкой, ее длина – возле $\frac{4}{5}$ всей длины желудочно-кишечного тракта (рис. 2). Общая длина тонкой кишки пропорциональна росту человека (примерно 160% от длины тела).

Тонкая кишка делится на 3 части:

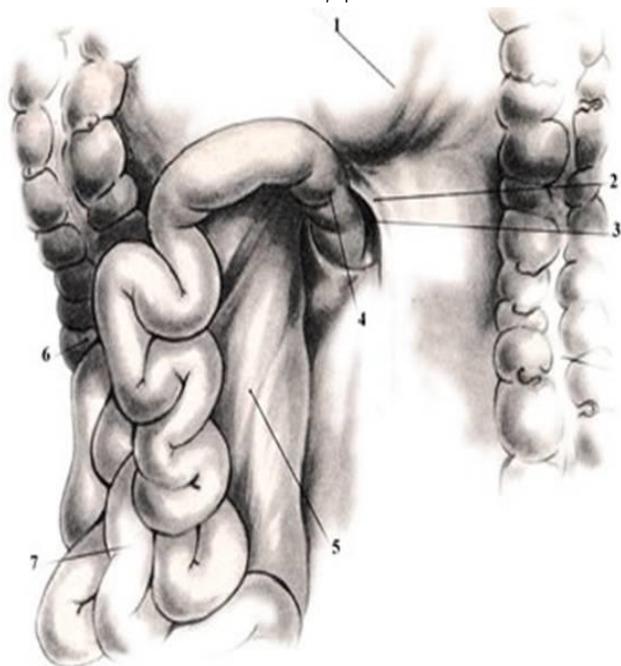


Рис. 2. Flexura duodenojejunalis. 1 - mesocolon; 2 - plica duodenojejunalis; 3 - recessus duodenojejunalis; 4 - flexura duodenojejunalis; 5 - colon descendens; 6 - mesenterium; 7 - петли тонкой кишки; 8 - colon ascendens.

а. Двенадцатиперстная кишка - нет брыжейки (анатомия изложена в разделе заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.)

б. Тощая кишка – проксимальный участок тонкой кишки, составляет примерно 40% общей длины. Этот отдел тонкой кишки имеет наибольший диаметр, более толстую стенку, более выраженные циркулярные складки слизистой. Брыжейка тощей кишки содержит меньше жировой ткани, чем брыжейка подвздошной.

в. Подвздошная кишка, на долю которой выпадает 60 % общей длины. В дистальном отделе содержит выраженные скопления лимфоидной ткани (пейеровы бляшки) размещенные в подслизистой оболочке.

Тощая и подвздошная кишка размещаются интраперитонеально, имеют длинную брыжейку, которая фиксирует их к задней стенке живота.

Кровоснабжение

Артериальная кровь поступает в тонкую кишку из верхней брыжевой артерии, ветви которой формируют следующие артерии:

- Нижняя панкреатодуоденальная артерия;
- Тонкокишечные артерии, которые образуют многочисленные в несколько ярусов дугообразные анастомозы (аркады);
- Подвздошно-ободочная артерия - одной из своих ветвей кровоснабжает конечную часть подвздошной кишки.

Венозный отток осуществляется в систему воротной вены. От тонкой кишки к ней кровь несет верхняя брыжевая вена (рис. 3).

Лимфоотток

Лимфатические сосуды тонкой кишки получили название молочных за их характерный молочно-белый цвет после приема еды. Лимфа от тонкой кишки, пройдя через многочисленные лимфатические узлы в корень брыжейки, поступает в общий брыжеечный ствол. Последний, после соединения с брюшным лимфатическим стволом, впадает в левый поясничный лимфатический ствол.

Иннервация

В иннервации тонкой кишки принимают участие парасимпатические (блуждающие нервы) и симпатические (симпатические пограничные стволы) нервные волокна. Они входят в состав нервных сплетений:

- Брюшное аортальное сплетение;
- Солнечное сплетение;
- Верхне-брыжеечное сплетение.

Парасимпатическая иннервация ускоряет сократительные движения кишечной стенки, а симпатичная – ослабляет их.

Строение стенки тонкой кишки:

- Слизистая оболочка устилает кишечные ворсинки, что увеличивает ее абсорбционную площадь примерно до 500 м². Слизистая оболочка собрана в круговые Керкринговые складки, которые предоставляют ей характерный вид;

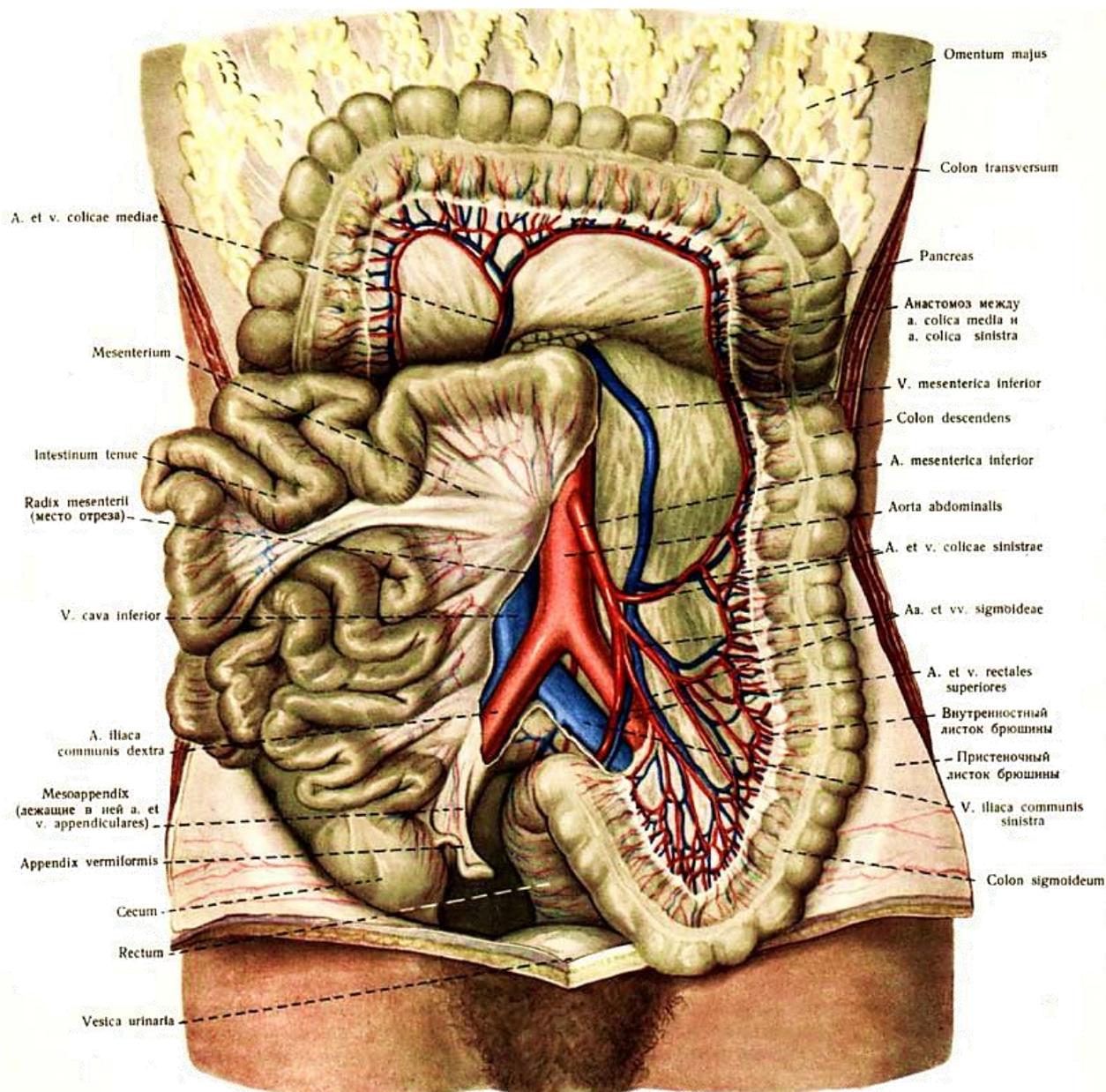


Рис. 3. Артерии и вены тонкой и толстой кишки (петли тонкой кишки отведенные влево; поперечно ободочная кишки оттянута вверх, внутренний листок брюшины частично удален).

- Подслизистая оболочка выражена очень хорошо, собственно она обеспечивает состоятельность кишечных анастомозов. В рыхлой волокнистой соединительной ткани подслизистой оболочки находятся нервное сплетение Мейснера, кровеносные и лимфатические сосуды;
- Мышечная оболочка состоит с 2 слоев: внешнего продольного и внутреннего циркулярного. Между ними находится межмышечное нервное сплетение, Ауэрбаха;
- Серозная оболочка. Тощая и подвздошная кишки покрыты брюшиной со всех сторон и на всем протяжении.

Корень брыжейки тонкой кишки прикрепляется к задней стенке полости живота на протяжении линии, что идет сверху вниз от левой стороны тела второго поясничного позвонка к правому подвздошно-крестцовому сочленению (рис.1), (рис.2), (рис.3), (рис.4), (рис.5), (рис.6).

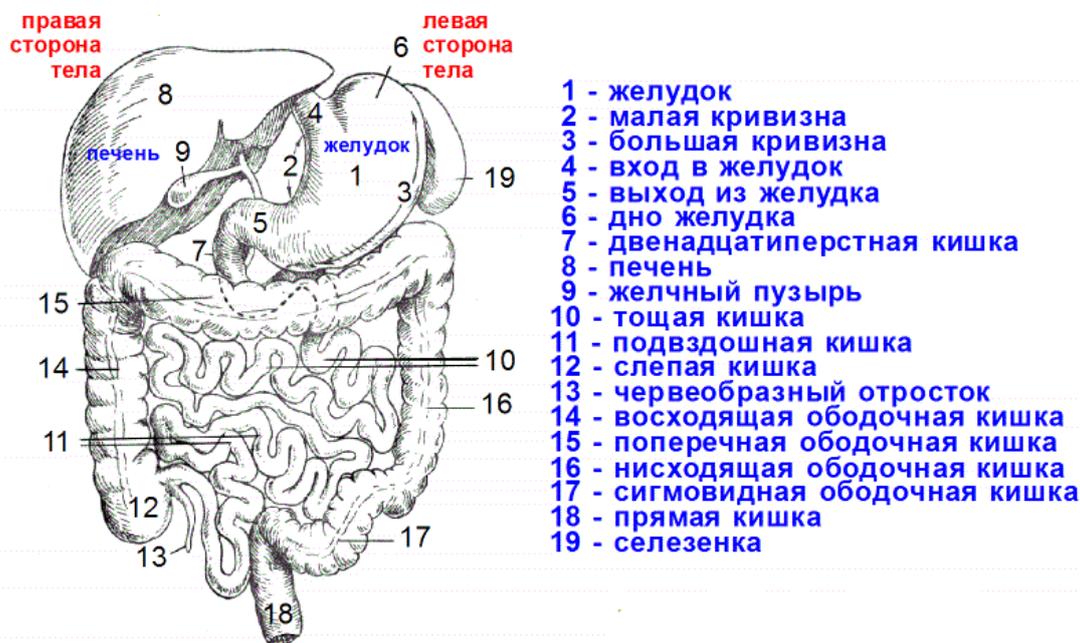


Рис. 4. Органы брюшной полости (большой сальник и поперечноободочную кишка оттянуты вверх).

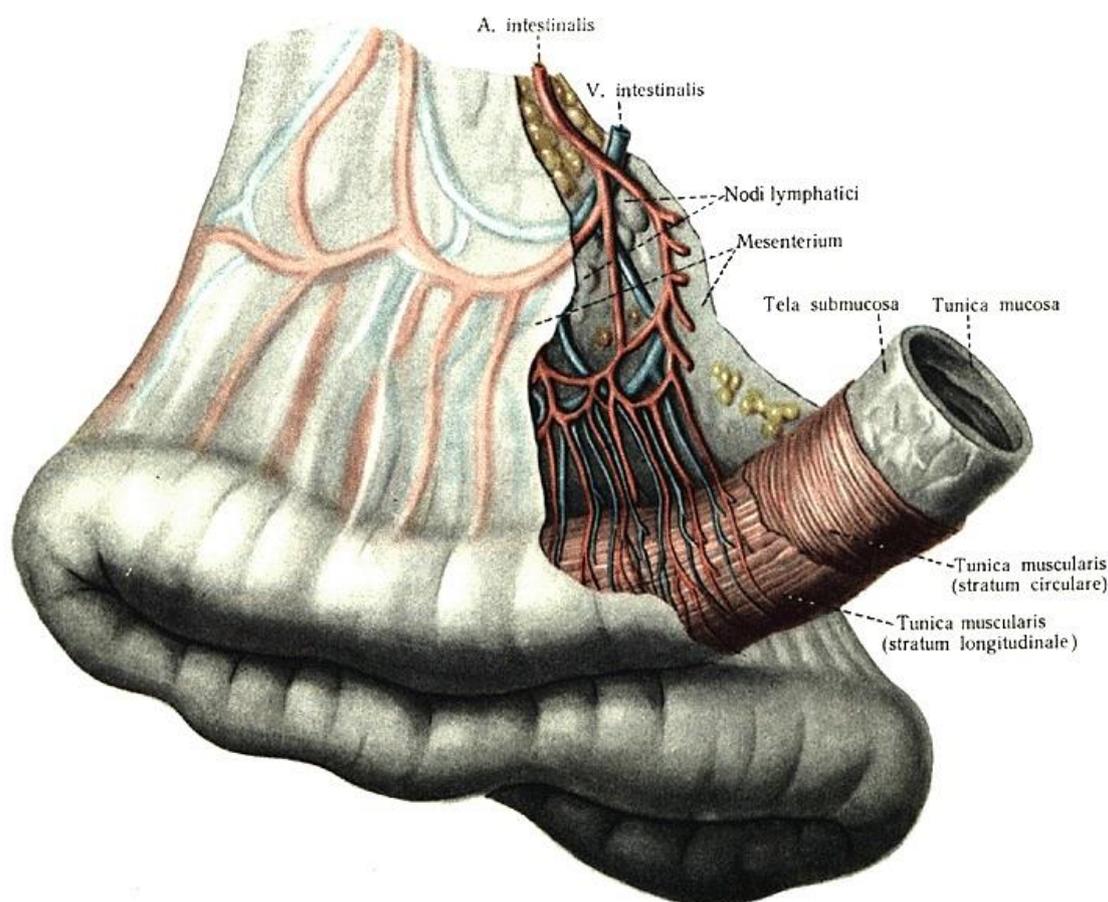


Рис. 5. Тонкая кишка (intestinum tenue) петля брыжейки тонкой кишки.

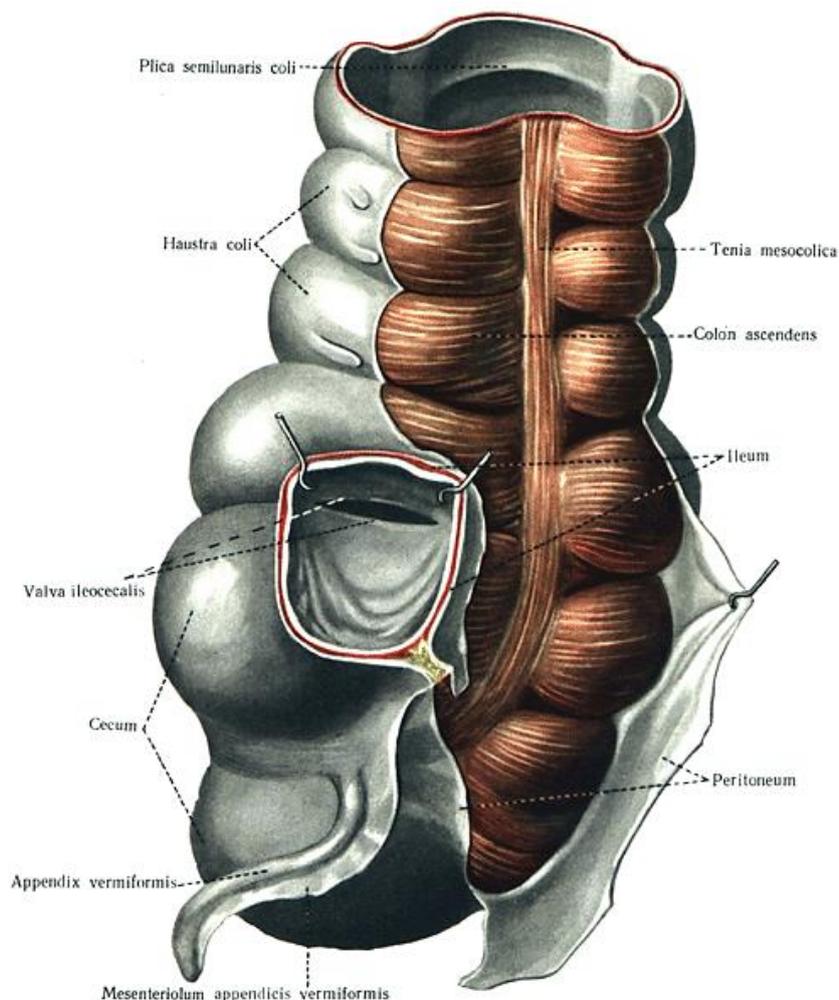


Рис. 6. Слепая кишка (сесум) и червеобразного отросток (appendix vermiformis), сзади слепая кишка и отрезок восходящей ободочной кишки.

Физиология

Еда, вода, а также жидкости, которые секретируются желудком, печенью и поджелудочной железой (около 10 литров за сутки) попадают в тонкую кишку. Основные функции тонкой кишки: секреторная, эндокринная, моторная, всасывающая и выделительная.

Различают два типа сократительных движений кишечной стенки – маятникообразные и перистальтические. В результате маятникообразных - кольцо перемещается с пищеварительными соками, а перистальтические продвигают пищевую массу по кишке в дистальном направлении.

Этиология и патогенез.

Типы механической кишечной непроходимости изображены на (рис.7), (рис.8).

Отдельно следует рассматривать послеоперационную кишечную непроходимость.

Она бывает: ранней и поздней.

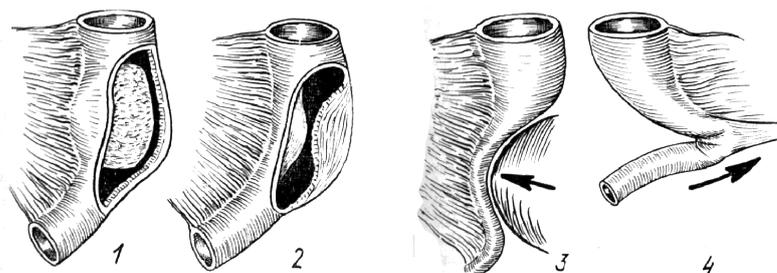


Рис. 7. Виды механической кишечной непроходимости. 1 - Обтурация; 2 - Сужение, 3 - Сжатие, 4 - Ангуляция

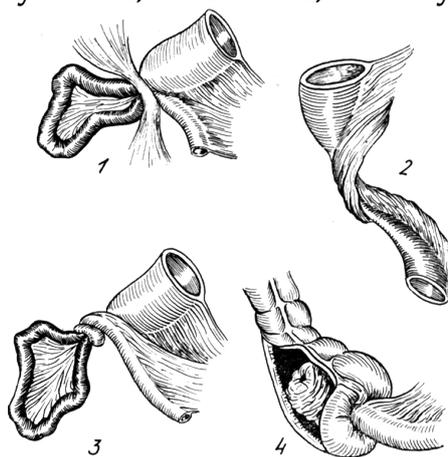


Рис. 8. Механическая кишечная непроходимость. Расстройства кровообращения: 1 - Странгуляция, 2 - Скручивание, 3 - Заворот кишок, 4 - Инвагинация

Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (функционального или механического характера) возникает в раннем (до выписки стационара) послеоперационном периоде.

Поздняя послеоперационная непроходимость всегда механическая, возникает после выписки больного из стационара, через несколько месяцев или лет.

Причины ранней послеоперационной кишечной непроходимости:

- Спайки брюшной полости;
- Технические ошибки хирурга (оставленные в брюшной полости инородные тела, прошивание задней стенки анастомоза, стенозирование зоны анастомоза, заворот кишки вокруг дренажей).
- Непроходимость как следствие анастомозита, инфильтрата или абсцесса брюшной полости, ущемление кишки в дефекте апоневроза при эвентерации.

Поздняя послеоперационная кишечная непроходимость возникает в результате развития и прогресса спаечного процесса, а также в тех случаях, когда через новые топографо-анатомические взаимоотношения органов, которые возникают после операции являются условиями для заворота, узлообразования, инвагинации и ущемления петель кишки.

В основании патогенеза острой механической кишечной непроходимости лежат явления шока. Первым и наиболее очевидным следствием механической непроходимости является поступление и

скопление большого количества жидкости и электролитов в просвете кишки выше уровня непроходимости с одновременным резким притеснением обратного всасывания в этом участке кишки. Это приводит к перерастяжению кишечной стенки и к усиленной секреции жидкости с одновременным ухудшением кровоснабжения слизистой оболочки. Отдел кишки выше уровня непроходимости теряет способность всасывать электролиты и воду. Поскольку просвет кишки не является внутренней средой организма, жидкость, которая секретируется, не может быть использована для поддержки гемостаза и теряется. Стаз кишечного содержимого содействует развитию микроорганизмов и скоплению газов в кишечнике. Вздутие и перерастяжение желудка и кишечника приводит к раздражению рвотного центра, возникает антиперистальтика и рвота, во время которых больной теряет много жидкости, которая содержит большое количество электролитов и белка. Объем теряемой жидкости зависит, прежде всего, от уровня непроходимости, состояния секреторного и всасывающего свойств кишки. Чем выше непроходимость, тем более значительные потери жидкости. При высокой непроходимости, которая сопровождается рвотой, происходит потеря желудочного, панкреатического дуоденального сока, а также желчи и сока тонкой кишки. Жидкость, которая накапливается в просвете кишечника и теряется во время рвоты, практически, имеет такой же электролитный состав, как и плазма. Потому в начальный период заболевания обезвоживания наступает преимущественно за счет потерь из внеклеточного пространства без существенных изменений электролитов крови. При этом наблюдается уменьшение ОЦК и сгущение крови. При низкой кишечной непроходимости более длительное время наблюдается обезвоживание организма без изменений электролитов плазмы.

Постепенно развивается общая дегидратация, сначала внеклеточная, а дальше внутриклеточная. Уменьшается объем циркулирующей крови. Клиническими проявлениями этого является артериальная гипотония и снижение центрального венозного давления. В связи с потерей жидкой части крови повышается гематокрит, изменяются реологические свойства крови, увеличивается ее вязкость, что приводит к значительным нарушениям микроциркуляции. Повышается проницаемость сосудистой стенки. Вместе с жидкой частью крови теряется большое количество ионов натрия – основного электролита внеклеточной жидкости, это приводит к стимуляции выброса альдостерона, которое задерживает в организме натрий и хлор. Однако при этом ионы калия продолжают выделяться с мочой. Результатом этого является состояние известное в литературе под

названием “синдром Дорроу”. Из клетки выделяется три иона калия, вместо них поступает в клетку два иона натрия и один ион водорода и как следствие развивается ацидоз во внутриклеточном и алкалоз во внеклеточном пространстве.

Потеря воды, белков и электролитов приводят к снижению клубочковой фильтрации и уменьшения диуреза. Последовательно возникает две формы азотемии: производительная и ретенционная. То есть, сначала уровень остаточного азота повышается в результате гиперпродукции азотистых соединений в результате повышенного распада белка, а дальше – за счет уменьшения диуреза.

Если непроходимость продолжается более суток, описанные нарушения нарастают: истощается запас гликогена в печени и мышцах, начинается распад белков и жиров собственных тканей организма, что сопровождается накоплением кислых продуктов, в результате чего на смену внеклеточного алкалоза приходит ацидоз. Результатом отмирания и распада клеток является высвобождение внутриклеточного калия, но поскольку наблюдается олигурия, он не выводится из организма. Таким образом, гипокалиемия сменяется гиперкалиемией. Повышается концентрация азота и мочевины.

При странгуляционной кишечной непроходимости, кроме потерь белка, имеет место и исключение из циркуляции эритроцитов, которое возникает в результате выхода эритроцитов с трансудатом и депонированием их в сосудах и стенке странгулированной кишки. Известно, что объем крови, который исключен из циркуляции пропорциональный длине петли кишки, что исключена странгуляцией. В тех случаях, когда странгулированная часть тонкой кишки превышает одну треть всей тонкой кишки, уже через несколько часов от начала заболевания объем крови, который исключен из циркуляции достигает 40 % и больше.

Перерастяжение и гипоксия определяют снижение тонуса кишечной стенки. Повышенное образование лактата и высвобождение катехоламинов сопровождается изменениями внутри- и внутриклеточного содержания калия и последующим снижением возбудимости кишечной мускулатуры. Это является причиной паралитической кишечной непроходимости, которая имеет место в послеоперационном периоде.

Долговременное повышение давления в просветительстве кишки вызывает тяжелые нарушения кровоснабжения и приводит к микроциркуляторным изменениям. Появляются отек, некроз слизистой оболочки, возникает перфорация кишки.

Кроме повышения внутрикишечного давления, скопление жидкости и газов в кишечнике способствует повышению внутрибрюшного давления, что приводит к высокому стоянию диафрагмы и ухудшения функции дыхания. Высокое внутрибрюшное давление ухудшает кровообращение в нижней полой вене, приводит к уменьшению минутного объема.

К этим изменениям присоединяется значительный токсичный фактор. Наряду с бактериальной интоксикацией важную роль играет токсичное действие продуктов аутолиза слизистой оболочки кишки, образуются и попадают в кровь агрессивные вазоактивные полипептиды, лизосомальные ферменты.

Классификация

I. По этиопатогенезу различают:

1. Динамическую (функциональную) непроходимость.

А. Спастическую.

Причины: заболевание нервной системы, истерия, спазмофилия, дискинезия, глистная инвазия, полипы толстой кишки.

Б. Паралитическую.

Причины: воспалительные процессы в брюшной полости (перитонит), флегмона, гематома забрюшинного пространства, состояние после лапаротомии, травма позвоночника и таза, рефлекторные влияния патологических состояний забрюшинной локализации (пневмония, плеврит, инфаркт миокарда), тромбоз мезентериальных сосудов, инфекционные заболевания (токсические парезы).

2. Механическую непроходимость

А. Обтурационную.

- Интраорганную – глистная инвазия, инородные тела, каловые, желчные камни;
- Интрамуральную – опухоли, болезнь Крона, туберкулез, рубцовые стриктуры.
- Экстраорганную – киста брюшины, забрюшинная опухоль, киста яичника, опухоли матки и дополнений.

Б. Странгуляционную.

- Узлообразование;
- Заворот;
- Ущемление грыжи (внешние, внутренние).

3. Смешанную.

- Инвагинация;
- Спаечная непроходимость.

II. По происхождению:

1. Врожденную;
2. Приобретенную.

III. По уровню непроходимости:

1. Высокую;
2. Низкую.

IV. По клиническому течению:

1. Острую;
1. Хроническую;
3. Полную;
4. Частичную.

Клиническая симптоматика

В клиническом течении кишечной непроходимости выделяют три фазы:

- «Илеусного крика»;
- Интоксикации;
- Терминальную – стадия перитонита.

Первым и наиболее частым симптомом кишечной непроходимости является боль в животе, которая в начальных стадиях имеет схваткообразный характер и в начале заболевания определяется в той части живота, где образовалось препятствие. В последующем она становится постоянной, распространяется по всему животу, становится тупой. В терминальную стадию непроходимости интенсивность боли резко уменьшается.

Тошнота и рвота – непостоянные признаки кишечной непроходимости, которые наблюдаются в 60 % случаев. Чем выше непроходимость, тем более выраженная рвота. Первые рвотные массы состоят из содержимого желудка с примесью желчи, потом к ним присоединяется кишечное содержимое. В более поздние стадии рвотные массы приобретают каловый запах. При обтурационных формах кишечной непроходимости рвота появляется не сразу, но начавшись, становится непрерывной.

Задержка испражнений и газов – частый и важный симптом кишечной непроходимости. При данной патологии дистально расположенные отделы кишечника не сразу втягиваются в патологический процесс. В связи с этим, при кишечной непроходимости, особенно при высоких ее формах, в первые часы может быть стул, отходят газы. Во время проведения консервативных мероприятий также можно получить отхождение кишечного содержимого.

Вздутие живота особенно характерное для обтурационных форм кишечной непроходимости. Равномерное вздутие живота чаще всего наблюдают при тонкокишечной непроходимости. Если вздутие живота возникает в одном из участков брюшной полости, то такая симптоматика более характерна для толстокишечной непроходимости.

При объективном обследовании обращают внимание на общее состояние больного, которое сначала остается удовлетворительным при обтурационной непроходимости, но может значительно ухудшаться уже в первые часы заболевания при странгуляционной. Ускорения пульса и снижения АД прямо зависят от признаков дегидратации и степени уменьшения ОЦК. Язык сначала влажен, потом становится сухим. Осмотр живота дает возможность обнаружить у больных умеренную степень вздутия и асимметрию. Форма и асимметрия живота зависят от локализации преграды. Равномерное вздутие живота характерное для пареза тонкой кишки и низких форм тонкокишечной непроходимости. При высокой непроходимости наблюдают увеличение живота в верхних отделах; при заворотах - во многих случаях заметная срединная локализация, при инвагинатах - асимметрия чаще всего бывает в правой подвздошной области. Пальпаторно выявляют опухоли, инвагинаты брюшной полости. Оценивают характер, локализацию болезненности, выраженность симптомов раздражения брюшины. В кишечнике обнаруживают "шум плеска" (симптом Склярова). При толстокишечной непроходимости значительный метеоризм в правой подвздошной области (симптом Аншютца).

Перкуторно определяется тимпанит.

При аускультации можно выслушать звуки высокой тональности, которые возникают в результате перемещения жидкости и газа. В запущенных случаях при выслушивании живота кишечные шумы не определяются. В брюшной полости отсутствуют какие-либо шумы. Это явление называют «могильной тишиной».

К патогномическим симптомам кишечной непроходимости относят: симптом Валя - видимая асимметрия в нижней половине живота, видимая перистальтика кишечника, пальпация резистентной опухоли, тимпанит при перкуссии опухоли, симптом Шланге - видимая перистальтика кишечника; симптом Склярова - шум кишечного плеска; симптом Кивуля - металлический звук над раздутой петлей при перкуссии плесиметром; симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли. Для инвагинации кишечника характерна триада симптомов: симптом Тилиакса - периодическое появление спастической боли в животе; симптом Руша - наличие эластичной малоболезненной опухоли в животе и тенезмы при ее пальпации; симптом Крювелье - кровянистые

выделения с прямой кишки; признак Бабука – наличие в содержимом клизмы мясных помоев, выявление эритроцитов в содержимом кишечника при клизме.

Все больные с кишечной непроходимостью подлежат ректальному или влагалищному обследованию. Ректальное исследование дает возможность выявить симптом Грекова (“симптом обуховской больницы”) – пустая растянутая прямая кишка, зияние сфинктера, что свидетельствует о непроходимости кишечника. Симптом Цеге-Мантейфеля: в прямую кишку невозможно ввести свыше 500 мл жидкостей.

С учетом фактора времени в клиническом течении синдрома кишечной непроходимости различают три фазы: «илеусного крика», интоксикации, перитонита.

Фаза «илеусного крика» длится 12-16 часов, характеризуется острой приступообразной болью, которая периодически повторяется и бывает иногда настолько сильной, что приводит к шоковому состоянию. В «светлые промежутки» при отсутствии боли состояние больных не ухудшается. Данные «светлые промежутки» могут быть причиной диагностической ошибки во время осмотра больного в данный период. Кроме боли, больных беспокоят тошнота, рвота, задержка стула и газов. Почти всегда положительными являются симптомы Валя.

Фаза интоксикации длится 12-36 часов. В этот период боль теряет приступообразный характер и становится постоянной, появляются вздутие и асимметрия живота, частым является рвота, перистальтика исчезает. Пульс учащается, артериальное давление нормальное или несколько сниженное, задержка испражнений и газов полная. Положительными являются симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Щеткина-Блюмберга, В этот период появляются четкие рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

Терминальная фаза (перитонита) развивается через 36 часов от начала заболевания. Для данного периода характерным является выраженное нарушение общего состояния и функций ряда органов и систем.

Живот резко вздут, перистальтика отсутствует. В свободной брюшной полости четко определяют свободную жидкость, язык сухой, с наложением коричневого цвета, периодически возникает рвота с фекалоидным запахом. Артериальное давление низкое, пульс частый, малый. Положительными являются все симптомы кишечной непроходимости и симптом Щеткина-Блюмберга. Больные в состоянии эйфории. В связи с глубокими нарушениями обменных процессов,

быстрым развитием инфекции в брюшной полости и тяжелой интоксикацией, этот период непроходимости называют терминальным.

Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости Динамическая кишечная непроходимость

Динамическая кишечная непроходимость встречается у 4-10% больных острой кишечной непроходимостью.

Различают спастическую и паралитическую ее формы.

Причины динамической острой кишечной непроходимости:

1. Нейрогенные факторы:

А. Центральные механизмы: Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Уремия. Кетоацидоз. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинальные травмы.

Б. Рефлекторные механизмы: Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы. Плеврит. Острый инфаркт миокарда. Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства. Нефролитиаз и почечная колика. Глистная инвазия. Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), фитобезоары, каловые камни.

2. Гуморальные и метаболические факторы: Эндотоксикоз различного происхождения, в том числе, и при острых хирургических заболеваниях. Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза. Гипопротеинемия вследствие острого хирургического заболевания, раневых потерь, нефротического синдрома и т.д.

3. Экзогенная интоксикация: Отравление солями тяжелых металлов. Пищевые интоксикации. Кишечные инфекции (брюшной тиф).

4. Дисциркуляторные нарушения:

А. На уровне магистральных сосудов: Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов (рис.9). Васкулиты мезентериальных сосудов. Артериальная гипертензия.

Б. На уровне микроциркуляции: Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости.



Рис. 9. Мезентериальный тромбоз

Клиническая картина

Спастическая форма динамической кишечной непроходимости встречается значительно реже паралитической (рис. 10).



Рис. 10. Спастическая кишечная непроходимость

Спазмы кишечника могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Больные жалуются на сильные схваткообразные боли в брюшной полости, иногда отмечаются повторная рвота желудочным содержимым. Состояние больных остается удовлетворительным, без нарушений сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. Язык влажный, живот обычной конфигурации, мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При пальпации иногда удается прощупать спазмированный участок кишечника. При аускультации выслушиваются обычные кишечные шумы. Стул может быть задержан, газы отходят свободно. Мочеиспускание не нарушено. Анализы крови и мочи нормальные. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости изменений не отмечается.

Спастическая кишечная непроходимость может возникать на почве травм брюшной полости, заболеваний нервной системы, гиповитаминоза, глистной инвазии, она может быть алиментарного происхождения (переедание, прием грубой пищи и др.). Для спастической кишечной непроходимости, в отличие от механической, не характерны тяжелые нарушения общего состояния, сердечно-сосудистой деятельности, отсутствуют вздутие живота, усиленная перистальтика, симптомы раздражения брюшины. Большое значение имеет рентгенологическое исследование. При спастической кишечной непроходимости отсутствуют чаши Клойбера, характерные для механических ее форм.

Паралитическая кишечная непроходимость характеризуется равномерным вздутием брюшной полости, сопровождающимся периодическими рвотами желудочным, а затем кишечным содержимым, задержкой стула и газов. Больные жалуются на разлитые боли и вздутие живота, задержку стула и газов. Состояние больных ухудшается постепенно ввиду пареза кишечника. Отмечаются повторные рвоты вначале принятой пищей, затем - содержимым тонкого кишечника.

Дыхание грудного типа, учащенное, отмечается умеренная тахикардия. При нарастании симптомов непроходимости отмечаются резкая тахикардия до 130-140 ударов в минуту, гипотония. Живот вздут, при аускультации перистальтика вялая или полностью отсутствует. При пальпации в начальных стадиях живот мягкий, безболезненный. При прогрессировании заболевания и развитии перитонита отмечаются напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга и нарастание симптомов паралитической кишечной непроходимости.

Паралитическая кишечная непроходимость развивается после переиздания и приема неудобоваримой пищи, при повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при нарушении кровоснабжения кишечника и особенно часто - после операций на органах брюшной полости и при перитонитах.

Лечение динамической кишечной непроходимости

Лечение спастической формы динамической кишечной непроходимости консервативное. Больным назначают двустороннюю поясничную блокаду 0,25%-ным раствором новокаина по Вишневскому, введение 1 мл 0,1%-ного раствора атропина, тепло на живот и теплые ванны. Лечение паралитической формы динамической кишечной непроходимости должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания. Необходимо, прежде всего, исключить острые хирургические заболевания и повреждения органов брюшной полости (острый аппендицит, внутренние ущемления, перфорации гастродуоденальных язв, острый панкреатит, тромбоз брыжеечных сосудов и др.), требующие срочного хирургического вмешательства. Паралитическая кишечная непроходимость подлежит консервативному лечению с применением двусторонних поясничных блокад по Вишневскому, постоянного отсасывания содержимого желудка и повторных сифонных клизм. Положительный эффект у ряда больных отмечается после внутривенных введений 5-10%-ного раствора хлористого натрия в количестве 50-100 мл, при сохранении перистальтики назначают 1 мл 0,05%-ный раствор прозерина или питуитрина.

При наличии симптомов перитонита показано срочное хирургическое вмешательство. При наличии гангрены кишки производят резекцию в пределах здоровых тканей, у очень тяжелых больных может быть применена резекция омертвевшей кишечной петли с наложением калового свища.

Странгуляционная кишечная непроходимость



Рис. 11. Странгуляционная кишечная непроходимость.

Странгуляционная кишечная непроходимость - отдельный вид кишечной непроходимости, когда кроме сжатия просвета кишки, возникает сжатие сосудов и нервов брыжейки, что быстро приводит к нарушению кровообращения в кишечнике и может вызывать некроз участка кишки (рис.11).

Различают три вида странгуляционной кишечной непроходимости: заворот, узлообразование и ущемление.

Заворот наблюдают в тех отделах кишечника, где есть брыжейка. Содействуют его появлению рубцы и спайки в брюшной полости, длинная брыжейка кишки, голодание с последующим переполнением кишечника грубой едой, усиленная перистальтика кишечника. Узлообразование может возникать на любом уровне тонкой и толстой кишок, где подвижная брыжейка. Чаще всего узлы образуются с петель тонкой кишки и сигмообразной кишки. Ущемляющее кольцо формируется тонкой кишкой, а ущемляется сигмообразная кишка.

Заворот тонкой кишки чаще наблюдают в подвздошном отделе (рис. 12). Различают завороты по оси кишки "скручивания" и по оси брыжейки. Начало заболевания остро, боль имеет схваткообразный характер и локализуется в верхнем отделе брюшной полости или возле пупка. Одновременно с болью появляются тошнота, рвота, которые не приносят облегчения. У всех больных быстро наступает задержка стула и газов. Лицо бледное, цианоз губ, выражение лица страдалец, язык сухой. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление снижено. В начале заболевания перистальтика заметная на глаз (симптом Шланге), при аускультации выслушивают усиленные перистальтические шумы кишечника, живот нормальной конфигурации, мягкий, болезненный в месте странгуляции. Быстро появляется синдром Валя. Через 6-8 часов все явления несколько уменьшаются. Перистальтика кишечника слабеет или совсем отсутствует. Часто можно определить симптом Матье-Склярова, Кивуля, Спасокукоцкого. В анализе крови определяют нейтрофильный лейкоцитоз, эритроцитоз, увеличение гемоглобина, уменьшение количества альбумина, гипохлоремию. Рентгенологически

диагностируют чаши Клойбера, которые расположены в мезогастральном участке.

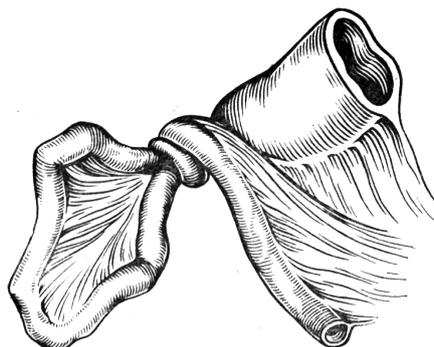


Рис. 12. Заворот тонкой кишки.

Заворот слепой кишки сопровождается на рентгенограммах при лежащем положении больного значительным вздутием единой петли толстой кишки (рис.13). В связи с тем, что в хорошо подвижной слепой кишке может возникнуть заворот, она занимает одно из трех положений:

- а) под правой половиной диафрагмы;
- б) перед позвоночником;
- в) слева от позвоночника, где следовало ожидать наличие сигмообразной кишки.

Чаще всего перекрученная слепая кишка расположена слева, порой - перед позвоночником, очень редко с правой стороны. Скрученная, раздутая слепая кишка может иметь почковидную или овально-круглую форму. Лейкообразную форму она имеет при локализации раздутой петли слева, кругло-овальную - при локализации перед позвоночником. Почковидная форма слепой кишки возникает при ее перекручивании вокруг поперечной или продольной оси, кругло-овальная - при перекручивании вокруг косой оси (рис.11). В участке раздутого кишечника хорошо видно сокращение стенки слепой кишки и выраженную гаустрацию, исчезновение которых свидетельствует о возможности появления некроза кишки.

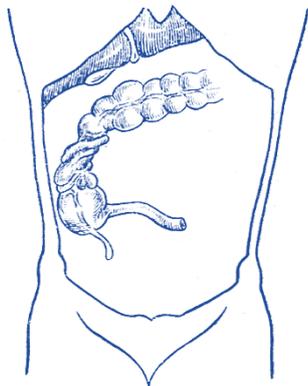


Рис. 13. Заворот слепой кишки.

Заворот илеоцекального угла появляется в 4 % случаев от всех заворотов (рис. 14). Различают три вида заворотов илеоцекального угла: вокруг оси брыжейки, вокруг своей продольной оси и перегиба, вокруг своей поперечной оси. Завороты чаще всего наблюдают в старшем возрасте, поскольку подвижность кишки увеличивается с возрастом. Заболевание начинается остро, сильной болью в животе, преимущественно в правой подвздошной области и вокруг пупка, рвотой, задержкой испражнений и газов (рис.11). Раздутая слепая кишка в большинстве случаев вызывает асимметрию живота, симптом Валя. Для данного вида непроходимости характерны ненастоящие позывы на опорожнение и западание правой подвздошной области – симптом Шимана-Данса. При рентгено-логическом исследовании в правой подвздошной области определяют раздутую слепую кишку и широкий горизонтальный уровень, более лево - несколько тонкокишечных чаш.



Рис. 14. Заворот илеоцекального угла кишечника

Заворот подвздошно-ободочной кишки случается редко и составляет 0,5 % от всех заворотов кишечника. Клиническая картина напоминает симптоматику острой странгуляционной непроходимости. При осмотре и пальпации в средней части живота можно определить болезненные опухолевидные образования. Положительными являются симптомы Матъе-Склярва, обуховской больницы. При рентгенологическом исследовании обнаруживают широкую чашу Клойбера в мезогастральной области. При установлении диагноза важную роль играют немедленные ирригография и колоноскопия, с помощью которых можно определить уровень непроходимости.

Заворот сигмовидной кишки – наиболее частая форма странгуляционной кишечной непроходимости (рис. 15). Болеют в основном мужчины преклонных лет. Заворот сигмовидной кишки связан с развитием складок слизистой в результате рубцовых изменений в стенке кишки. Возникает при наличии длинной сигмовидной кишки и узкого корня брыжейки. Начало заболевания бывает острым. Боль имеет схваткообразный характер и локализуется чаще слева. Рвота долгое

время может отсутствовать, а затем становится частой, с каловым запахом. Кожные покровы бледны, пульс частый. Язык сухой. Всегда наблюдают задержку испражнений и газов. В ранних стадиях заболевания обнаруживают синдром Валя, определяют положительные симптомы Матье-Склярова, Кивуля, Спасокукоцкого. У больных резко выражена интоксикация, нарушенная гемодинамика. Положительными бывают симптомы обуховской больницы, Цеге-Мантейфеля. При рентгенологическом исследовании определяют раздутую газом сигмовидную кишку в виде большой подковы и широкие уровни возле ее основы, симптом "светлого живота".

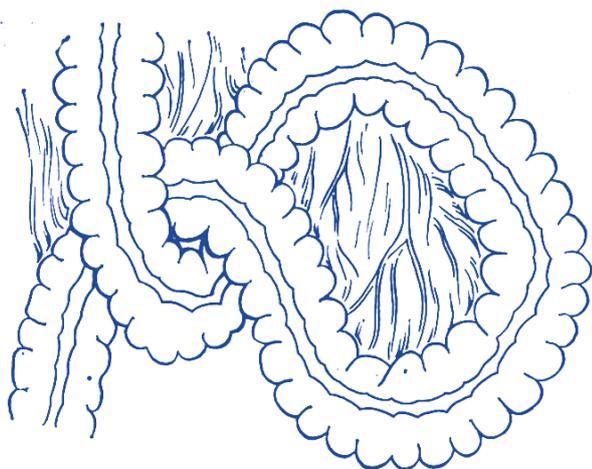


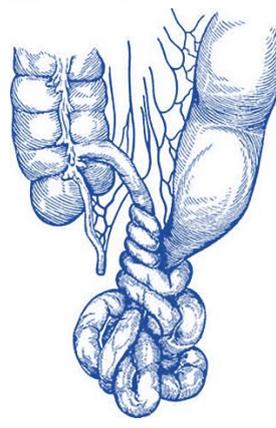
Рис. 15. Заворот сигмовидной кишки.

Узлообразование

Узлообразование - самая тяжелая форма странгуляционной непроходимости (рис. 16). Известны случаи смерти через 12 часов от начала заболевания, что объясняется ранней гангреной кишки, исключением значительной части кишечника, шоком.



а



б

Рис. 16. Узлообразование. а - выявление во время операции; б - схема

Узлообразование дает очень высокий процент летальности, которое достигает 40-50 % невзирая на проведение раннего оперативного вмешательства. Возникает чаще ночью (75 %). Узлообразование

относится к редким формам острой кишечной непроходимости (2—5%). В образовании узлов чаще всего принимают участие петли тонкого кишечника и сигмовидная кишка (90%).

Возможны следующие формы узлообразования:

- из петель тонкого кишечника;
- из петли тонкой и сигмовидной кишок;
- из петли тонкой кишки и илеоцекального отдела кишечника; . из тонкой и поперечноободочной кишки;
- из петли тонкой кишки и червеобразного отростка.

Узлообразование является одной из наиболее тяжелых форм странгуляционной кишечной непроходимости. В связи с вовлечением в процесс значительных отделов кишечника наблюдается тяжелое течение заболевания с выраженными симптомами шока, интоксикации и обезвоживания организма. Состояние больных тяжелое, быстро ухудшается из-за явлений шока и прогрессирующей сердечно-сосудистой слабости. Больные беспокойны, стонут, жалуются на сильные боли в области живота, повторные рвоты и общую слабость. При объективном обследовании наблюдается бледность кожных покровов, нередко - цианоз слизистых. В начале заболевания имеются брадикардия рефлекторного характера, затем - учащение пульса и гипотония. Язык сухой. Живот неравномерно вздут, при пальпации определяется болезненность, а при развитии гангрены кишечника - напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При исследовании прямой кишки выявляется резкое зияние, при развитии гангренозных изменений - выделение крови. Стул отсутствует, отхождение газов прекращается.

Заболевание начинается с появления резкой схваткообразной боли в брюшной полости. Больные не спокойны, не находят себе места в постели. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрытые холодным потом. Черты лица заострены, на лице - чувство страха. В начале заболевания возникает брадикардия, которая потом переходит в тахикардию со слабым наполнением пульса. Живот неравномерно сдут, в ранних стадиях мягкий, болезненный при пальпации. Иногда можно пальпировать опухлевидное образование. Позже перистальтика кишечника ослаблена или совсем отсутствует, в отлогах места живота появляется жидкость. Положительными являются симптомы Матве-Склярова, Кивуля, Валя. У больных быстро развиваются перитонит, интоксикация, обезвоживание.

В узлообразовании всегда принимают участие два отдела кишечника, чаще всего сигмовидная и тонкая кишки.

В результате обезвоживания отмечается олигурия, у тяжелых больных - анурия. При исследовании мочи нередко отмечают белок, единичные лейкоциты, выщелоченные эритроциты и цилиндры. При исследовании крови нарастают лейкоцитоз и выраженная гипохлоремия.

В запущенных случаях рвота пищевыми массами с примесью желудочного сока и желчи сменяется фекальной рвотой. В этом периоде (через 1-2 дня) в связи с парезом омертвевшей кишки боли могут стихать, мнимое облегчение свидетельствует о падении сопротивляемости организма и прогрессировании интоксикации. Пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, наполнение его малое, падает артериальное давление, дыхание становится частым и поверхностным, мочеиспускание редкое, малыми порциями.

Завороты



Рис. 17. Заворот кишечника.

Завороты составляют, по данным различных авторов, от 10 до 50 % всех случаев непроходимости. Завороты тонкого кишечника относятся к наиболее тяжелым формам острой странгуляционной кишечной непроходимости (рис. 17). Различают тотальные завороты всего тонкого кишечника и частичные, при которых заворачивается часть петель тонкого кишечника.

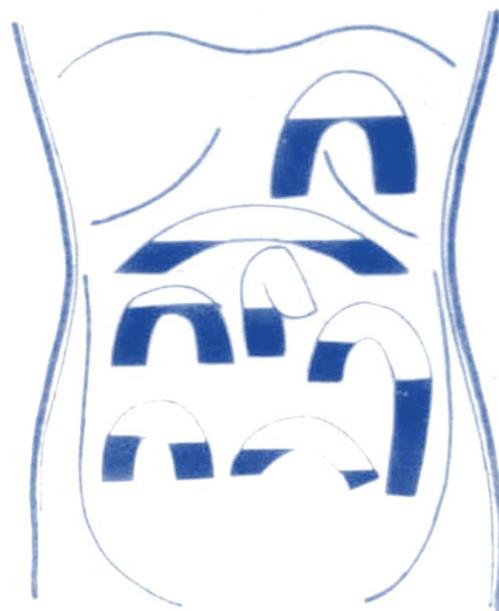
Заворот тонкого кишечника протекает тяжело с выраженной клинической картиной острой непроходимости кишечника. Состояние больных тяжелое и прогрессивно ухудшается вследствие шока, резкого обезвоживания и интоксикации организма. Лицо осунувшееся, страдальческое, губы цианотичны. Характерны тяжелые нарушения сердечно-сосудистой деятельности - учащение пульса, снижение артериального давления, приглушение тонов сердца.

Больные жалуются на сильные схваткообразные боли и вздутие живота, отмечают повторные рвоты вначале съеденной пищей, затем кишечным содержимым. Температура обычно нормальная, изредка бывает субфебрильной, в тяжелых случаях - пониженной. Язык сухой, нередко обложен белым налетом. Живот вздут, у больных с дряблой кишечной стенкой могут контурироваться перистальтирующие петли кишечника. При перкуссии в нижних и боковых отделах брюшной полости может отмечаться укорочение перкуторного звука в связи с наличием трансудата, в участках метеоризма - тимпанический звук. При

пальцевом исследовании прямой кишки отмечается расширение ампулы - симптом Обуховской болезни. При исследовании крови отмечаются лейкоцитоз, сгущение крови, гипохлоремия. Диурез нарушен, имеется олигурия, в тяжелых случаях - анурия. Большое значение для диагностики заворотов тонкого кишечника имеет рентгенологическое исследование брюшной полости, во время которого обнаруживаются множественные горизонтальные уровни жидкости в тонком кишечнике - чаши Клойбера (рис. 18).



а



б

Рис. 18. Выявление чаши Клойбера. а - Рентгенологическое исследование органов брюшной полости; б - схематичное изображение

При заворотах толстой кишки симптоматика определяется локализацией поражения. Наиболее часто встречаются завороты сигмовидной кишки. Они могут наблюдаться в любом возрасте, но преобладают у мужчин пожилого и старческого возраста (до 80%) в связи с возрастными анатомо-физиологическими изменениями. Основными симптомами являются боли в области сигмовидной кишки, задержка стула и газов, повторные рвоты и вздутие живота. При объективном исследовании отмечаются тахикардия и учащенное дыхание, кожные покровы бледные, язык сухой. Живот неравномерно вздут в подчревной области, при пальпации определяются две раздутые петли сигмовидной кишки (симптом Валя). При пальцевом исследовании прямая кишка пуста и резко расширена. Чрезвычайно характерны задержка стула и газов. При попытке произвести очистительную клизму вводимая жидкость быстро вытекает обратно и резко усиливаются боли в брюшной

области. Чрезмерное введение воды опасно, так как может вызвать перфорацию.

Инвагинация

Инвагинация является одной из частых форм непроходимости кишечника (рис. 19). Встречаются в любом возрасте, но преимущественно наблюдаются у детей до 5 лет (75%) и чаще у лиц мужского пола (60-75%).

Различают следующие формы инвагинаций:

- тонкокишечные - тонкой кишки в тонкую;
- толстокишечные - толстой кишки в толстую (рис. 20);
- подвздошно-толстокишечные - подвздошной кишки в толстую;
- инвагинация желудка;
- инвагинация тощей кишки в желудок.

Наиболее частой формой являются инвагинации подвздошно-толстокишечные (80%), при которых происходит внедрение терминальных отделов подвздошной кишки в слепую и далее в восходящую и поперечно-ободочную кишку.



Рис. 19. Виды инвагинации кишечника.

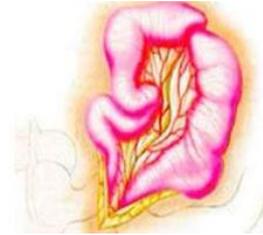
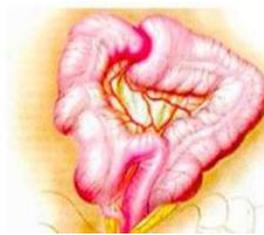
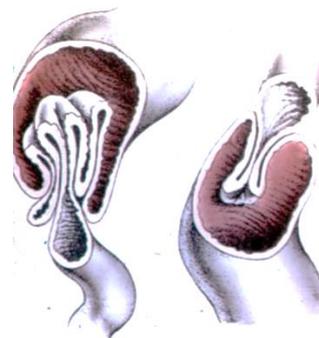


Рис. 20. Инвагинация толстой кишки

Предрасполагающими моментами являются нарушения функции кишечника - поносы, запоры, усиление перистальтики, спазмы и т. д. В связи с этим инвагинации могут осложнить течение дизентерии, брюшного тифа, острых и хронических энтероколитов, аппендицитов, туберкулеза кишечника, а также операций и ушибов брюшной полости, инородных тел, стриктур и опухолей кишечника, глистных инвазий.

Клиническая картина

Больные жалуются на сильные боли в брюшной полости, появившиеся остро и сопровождающиеся повторными рвотами, явлениями частичной или полной обтурационной кишечной непроходимости. При тонкокишечных инвагинациях боли локализуются в пупочной области и носят схваткообразный характер. Отмечается вздутие живота растянутыми кишечными петлями, располагающимися выше инвагината. При аускультации выслушивается усиленная перистальтика. При полной обтурации прекращается отхождение газов и кала, при частичной - отмечается частый жидкий стул с примесью крови и слизи.

Очень характерным симптомом является наличие в брюшной полости инвагината, который пальпируется в виде тестоватой консистенции болезненного образования колбасовидной или шаровидной формы. Его локализация зависит от вида и течения инвагинации. Чаще всего инвагинацию ошибочно трактуют как дизентерию, что объясняется наличием у больных с инвагинацией кровянистых выделений из прямой кишки. В отличие от дизентерии, при инвагинации отмечается выделение алой крови. У больных дизентерией отсутствуют сильные схваткообразные боли в животе, характерные для инвагинации.

При пальцевом исследовании ампула прямой кишки расширена, сфинктер расслаблен. Во время исследования в прямой кишке находят характерные для инвагинации кровянистые выделения. Большое значение для диагностики инвагинаций имеет рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества через прямую кишку. При рентгеноскопии и рентгенографии можно обнаружить слепок инвагината в виде колбасовидного изображения, окруженного бариевым кольцом. Для диагностики тонкокишечных инвагинаций в сомнительных случаях необходимо контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.

Лечение инвагинаций кишечника

Используют как консервативное, так и оперативное лечение инвагинаций кишечника. Консервативное лечение инвагинаций широко применяется у детей. Оно проводится в ранние сроки после начала заболевания при некоторых формах инвагинаций посредством сифонных клизм и введения воздуха через задний проход. Давление воздуха не должно превышать 25-30 см вод. ст. После консервативного лечения возможны рецидивы инвагинаций и неполное ее расправление. При тонкокишечных инвагинациях, в поздние сроки заболевания (через

12-24 ч), при наличии перитонита попытки расправить инвагинат консервативными методами недопустимы.

При оперативном лечении инвагинаций производят дезинвагинацию, при нежизнеспособной кишке - резекцию кишечника.

Ущемление внутренних грыж с непроходимостью кишечника.

У 95% больных ущемляется петля тонкой кишки, в единичных случаях - поперечноободочная, сигмовидная, слепая кишка и желудок (рис. 21).



Рис. 21. Ущемленная грыжа приводящей кишечной непроходимости.

Больные жалуются на острые схваткообразные боли в брюшной полости, повторные рвоты. Отмечаются вздутие живота, нарушение отхождения стула и газов. Состояние больных тяжелое и быстро ухудшается в связи с развитием интоксикации и перитонита. Диагноз внутреннего ущемления, за исключением внутренних ущемлений бедренных и паховых грыж, обычно ставят во время срочной лапаротомии

Лечение

Все формы странгуляционной кишечной непроходимости подлежат срочному хирургическому вмешательству. Операцию рекомендуется производить под общим обезболиванием с обязательным введением в брюшную полость 0,25-0,5%-ного раствора новокаина. Наилучшие условия для выполнения операции дает срединный доступ. Операция состоит в расправлении заворота (деторзия), при гангрене кишки производится резекция кишечника. Оценка жизнеспособности кишки должна проводиться с большой осторожностью, учитывая, что некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало измененными при обширном некрозе слизистой кишечника. Резекция должна производиться в пределах здоровых тканей с удалением не менее 30-40 см приводящей петли тонкого кишечника. Однако необходимо

предостеречь от чрезмерных, в частности тотальных, резекций тонкого кишечника.

При заворотах сигмовидной кишки после выполнения нижней срединной лапаротомии проводят расправление заворота. При некрозе осуществляют резекцию кишки с профилактическим наложением противоестественного заднего прохода. Восстановление проходимости толстого кишечника производится в дальнейшем в плановом порядке.

Обтурационная кишечная непроходимость



Рис. 22. Обтурация опухолью. Иригограмма

Возникает в результате полной или частичной закупорки просвета кишки без нарушения кровообращения в ее брыжейке (рис. 22). Клиническая картина зависит от причин, которые привели к обтурационной непроходимости. При непроходимости, вызванной желчными камнями, в анамнезе больные жалуются на приступы печеночной колики. Их тревожат схваткообразная боль в животе, рвота, которая может иметь “каловый характер”, внезапно возникать и исчезать. Задержка испражнений и газов имеет интермиттирующий характер.

При осмотре живота обнаруживают асимметрию, при приступах боли видимая перистальтика кишечника. Положительными являются симптомы Валя, иногда можно пальпировать камень в кишке. При аускультации слышны различного тембра шумы, которые потом исчезают при развитии пареза кишечника. Иногда удается пальпировать камень через прямую кишку и вагину. Рентгенологически – наличие воздуха в желчных путях. Уровень жидкости в желчном пузыре при горизонтальном положении больного, расширения обтурированной петли, иногда камень, изменение тени камней при лечении.

Непроходимость на основе закупорки желчным камнем диагностируют на основании:

1. Картины обтурационной непроходимости нижнего отдела тонкой кишки.
2. Наличие газа в желчевыводящих внепеченочных протоках.

Наилучше это видно на рентгеновском снимке, сделанном на левой стороне. Следует помнить, что газ в желчных путях можно обнаружить и при непроходимости сфинктера Одди, свищи желчного пузыря и воспалении желчных путей, в связи с чем, при диагностировании желчного камня этот симптом имеет значение в комплексе с картиной непроходимости.

Закупоривание кишечника аскаридами происходит остро с развитием спастической кишечной непроходимости. Состояние больных быстро ухудшается (общая интоксикация вместе с интоксикацией продуктами распада глистов). При пальпации можно обнаружить опухоли круглой или овальной формы тестообразной консистенции в участке терминального отдела тонкой кишки. При анализе в крови – эозинофилия, в кале – яйца глистов.

Внутрикишечную обтурацию, которая выходит из стенки кишки, могут вызывать опухоли тонкой кишки (0,4-4,0%), опухоли толстой кишки (85,0 %), воспалительные изменения в кишечнике. Диагностика всегда трудная, иногда диагноз устанавливают во время операции. Чаще всего возникает в преклонном и старческом возрасте, характеризуется исхуданием, лихорадкой, запорами, которые изменяются поносом, схваткообразной болью в животе, рвотой, асимметрией живота. Положительными являются симптомы Валя, Кивуля, Склярова. При рентгенографии органов брюшной полости видно чаши Клойбера, пневматизацию кишечника. При анализе кала – положительная реакция Грегерсена. Изменения со стороны крови и мочи возникают поздно: на грани второй и третьей стадий хода обтурационной кишечной непроходимости. Обтурационная кишечная непроходимость может возникать также при внекишечной обтурации – сжатие просвета кишечника опухолями и кистами снаружи. Часто появляется при опухолях органов малого таза. Диагностику проводят при детальном анализе всех симптомов обтурационной кишечной непроходимости, при внимательном исследовании больного через прямую кишку и вагину. След при установлении диагноза – опухолевая кишечная непроходимость – всегда помнить о “синдроме малых признаков”, характерных для опухолей организма.

Обтурация слепой кишки вызывает характерную картину обтурационной непроходимости тонкой кишки.

Обтурация правой половины толстой кишки при нарушении функции баугиниевой заслонки сопровождается вздутием тонкой и толстой кишки между преградой и баугиниевой заслонкой. При неизменной заслонке вздутия возникает только в толстой кишке к преграде. В результате нарушения функции, что бывает чаще, раздуты

почти вся тонкая кишка и соответствующий участок толстой кишки, ровные жидкости у них хорошо видно. При закрытой баугиниевой заслонке в толстой кишке возникает непроходимость за типом непроходимости замкнутой петли со значительным вздутием слепой и восходящей кишки и даже половины поперечноободочной кишки. Вздутие может быть настолько значительным, что приводит к появлению трудностей при проведении дифференциальной диагностики с заворотом слепой кишки. Значительное раздутие закупоренного кишечника указывает на возможность возникновения нарушения кровообращения в стенке.

Инвагинация - вход одного участка кишки в другой. Ее рассматривают как смешанный вид кишечной непроходимости (рис. 23).

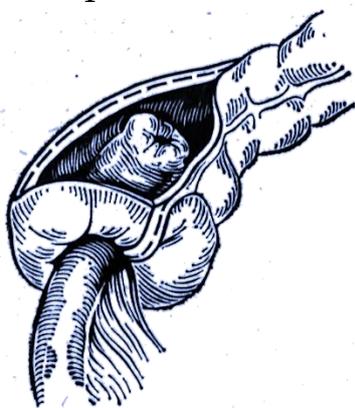


Рис. 23 Тонко-толстокишечной инвагинация.

Инвагинация возникает преимущественно в первые четыре года после рождения ребенка, имеет острый характер, ей характерный острый ход у взрослых и людей преклонных лет. Нелеченая инвагинация вызывает значительную непроходимость смешанного типа с дальнейшим перитонитом, токсемией или, что бывает редко, часть кишки, выходит наружу через прямую кишку.

Если у детей трудно обнаружить причину инвагинации, то у взрослых на верхушке инвагината обнаруживают полип, полипозный рак, дивертикул Меккеля, подслизистую липому, аппендикс, длинную культю после аппендектомии и тому подобное. Данные патологические изменения вызывают усиленную перистальтику, которая приводит к усиленной инвагинации. Таким образом к факторам, которые способствуют инвагинации, относят функциональные и органические нарушения моторики кишечника.

Инвагинация по большей части возникает, когда вышележащий отрезок кишки входит в нижележащий, но в некоторых случаях вход может проходить и восходящим путем. Инвагинация может быть боковой, когда входит часть стенки кишки, и центральной, когда

инвагинируется вся кишка. Различают три вида инвагинации: тонкокишечную, толстокишечную, тонко-толстокишечную.

Чаще всего тонкая кишка входит в толстую в илеоцекальном углу. При простой инвагинации образуется цилиндр, в который входит и брыжейка кишки. Место перегиба внутреннего цилиндра внутри называют головкой, или верхушкой инвагината, а окружность, по которой перегибается внешний цилиндр, - шейкой. Кроме простых инвагинатов, могут быть и более сложные, которые состоят из 5-7 цилиндров.

Морфологические изменения в инвагинате характеризуются обтурацией и ущемлением входной кишки и брыжейки, что приводит к нарушению кровоснабжения кишки и ее гангрены.

Клиническая картина инвагинации разная и зависит от локализации инвагината, степени сжатия брыжейки и длительности заболевания. Основными признаками инвагинации являются: схваткообразная боль в животе, рвота, тенезмы испражнений и газов - симптом Тилиакса, при пальпации опухоль тестообразной консистенции, боль и тенезмы при ее пальпации - симптом - Руша, примеси крови и слизи в кале - симптом Крувелье, наличие в промывных водах после клизмы эритроцитов - симптом Бабука. Часто бывают позывные симптомы Матье-Склярова, Валя, а при илеоцекальной инвагинации - симптом Шимана-Данса. При ректальном исследовании на перчатке оказывается кровь, слизь, иногда можно пропальпировать головку инвагината. Обзорной рентгенографией брюшной полости можно определить гомогенную тень, контрастная масса дает дефект наполнения с различными краями, иногда при наличии неполной стругуляции возникает симптом "тонкой струи". При ирригографии обнаруживают полумесячные дефекты наполнения в виде "двузуба", "тризуба".

Спаечная кишечная непроходимость

Спаечная кишечная непроходимость принадлежит к механической кишечной непроходимости, которая вызывается соединениями брюшной полости врожденного или приобретенного характера.

Спаечная кишечная непроходимость занимает первое место среди всех видов кишечной непроходимости, возникает в 50-60 % случаев. На протяжении последних лет данная форма непроходимости появляется в связи с проведением большого количества операций на органах брюшной полости, успешным лечением перитонита различной этиологии, травм и воспалительных процессов брюшной полости, повторными оперативными вмешательствами.

Отдельную группу врожденные соединения – тяжы Лейна, сращения и джексоновские мембраны. Причина возникновения данных сращений не известна и до сих пор. Большинство авторов объясняют их появление изменением позиции расположения брюшных органов и вертикальным положением тела человека. Случаются очень редко.

К obturационным формам кишечной непроходимости относят все случаи, которые возникают в результате спаечного процесса с деформацией кишечных петель, к странгуляционной – соединительнотканые и шнурообразные спайки, которые ущемляют стенку кишки или ее брыжейку.

Острая спаечная кишечная непроходимость по большей части имеет смешанный характер с преобладанием явлений странгуляции. Появление в анамнезе схваткообразной боли в животе, тошноты, рвоты задержки испражнений и газов, ускорения пульса при наличии послеоперационного рубца на передней брюшной стенке или воспалительного заболевания органов брюшной полости, травмы, должна наводить на мысль о возникновении острой спаечной кишечной непроходимости. При перегибе или сжатии петли кишки в животе иногда есть боль, которая то появляется, то стихает, то нарастает. Общее состояние больного в промежутках между приступами боли удовлетворительно. При странгуляции оно сразу ухудшается в связи с нарушениями микроциркуляции, возникновением шокового состояния и интоксикации. При объективном обследовании обнаруживают асимметрию живота, положительные симптомы Шланге, Валя, Матье-Склярва. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости наблюдают резкую пневматизацию кишечника, чаши Клойбера. Постепенно нарастает гуморальный синдром Самарина.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

1. Общий анализ крови.
2. Гематокрит.
3. Общий анализ мочи.
4. Биохимический анализ крови.
5. Коагулограмма.
6. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
7. Полстаканная пероральная бариевая проба Шварца.
8. Ирригография.
9. Колоноскопия.
10. Ультразвуковое исследование живота.
11. Лапароскопия.

Лабораторные данные: лейкоцитоз, нейтрофилез с ядерным сдвигом влево. Развиваются: гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипопроteinемия, диспротеинемия. Характерным для кишечной непроходимости является гуморальный синдром Самарина: гипопроteinемия, гипокалиемия, гипохлоремия, гиповитаминоз и гипоксия. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме обнаруживают чаши Клойбера. При контрастной энтерографии (проба Шварца, зондовая энтерография) наблюдается задержка прохождения контрастного вещества в месте непроходимости.

Некоторую помощь в диагностике оказывает компьютерная томография (рис. 24).

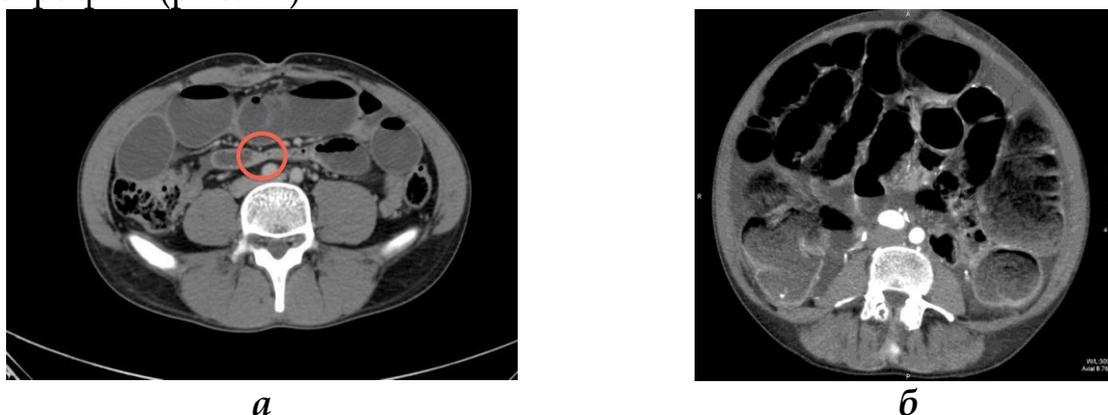


Рис. 24. Компьютерная томография. а - Обтурация тонкой кишки при ее контрастировании; б - Пневматизация кишечника при острой кишечной непроходимости

При подозрении на толстокишечную непроходимость необходимо применить ирригографию. При завороте сигмовидной кишки бариевая смесь туго заполняет прямую кишку дистальный отдел сигмовидной кишки к месту заворота, где образуется сужение в виде “клюва” или тени “сидячей птички” (рис. 25 а). Кроме того, ирригография дает возможность диагностировать инвагинацию и другие причины обтурационной непроходимости.

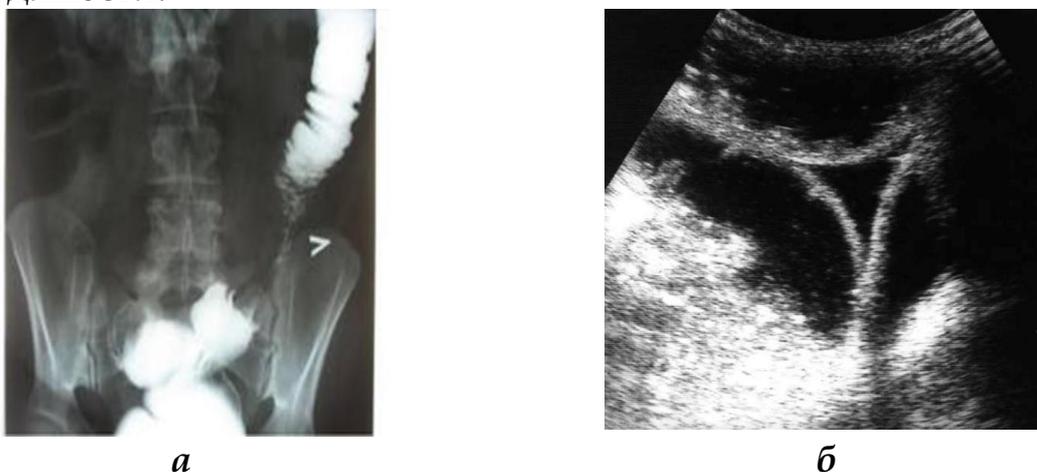
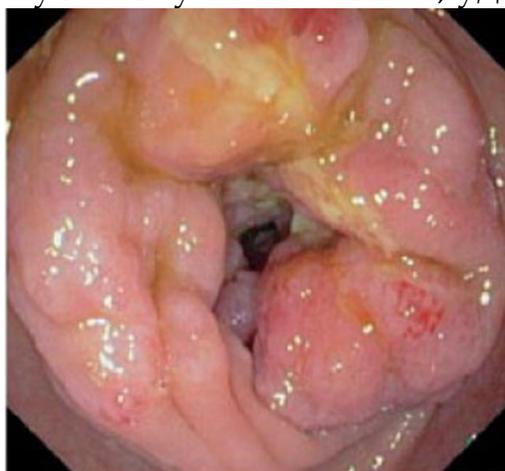


Рис. 25. Инструментальная диагностика кишечной непроходимости. а - Иридограмма. Обурационная кишечная непроходимость; б - УЗИ. Визуализация пневматизированных петель кишечника

Ультразвуковая диагностика позволяет обнаружить перерастянутые петли кишки с горизонтальным уровнем жидкости, наличие метеоризма (рис. 25 б).

С помощью колоноскопии обнаруживают некоторые причины непроходимости толстой кишки (например, опухоль, копростаз, стороннее тело), можно выполнить реканализацию обтурированного опухолью участка кишки, удалить стороннее тело (рис. 26).



а



б

Рис. 26. Инструментальная диагностика кишечной непроходимости. а - Ректороманоскопия. Опухоль толстой кишки; б - Колоноскопия. Опухоль толстой кишки.



Лапароскопически определяют состояние кишечника, наличие экссудата, перитонита, его характер, распространенность (рис. 27). Под контролем зрения можно пересечь спайку.

Рис. 27. Лапароскопия. Спаечная болезнь.

Дифференциальный диагноз

При диагностике острой кишечной непроходимости важным является уточнение вида непроходимости (механическая, динамическая), поскольку методы лечения данных видов непроходимости разные. При механической непроходимости вздутия

кишечника выражено меньше, чем при динамической, в большинстве случаев возникает в одном из участков брюшной полости. Боль при динамической непроходимости постоянная, при механической имеет схваткообразный характер. Во время проведения рентгенологически исследования определяют, что при функциональной непроходимости диафрагма расположена высоко, движение ее ограничено, желудок расширен с большим количеством газа. При этой патологии чаш Клойбера немного, расположены они на одном уровне, перемещения жидкости из одной петли в другую не наблюдаются. В чашах обнаруживают небольшое количество жидкости, определяют раздутые газом петли кишечника. Ценным методом дифференциальной диагностики является двухсторонняя паранефральная блокада. При динамической кишечной непроходимости после нее состояние больного улучшается, исчезает клиническая симптоматика.

Дифференциальную диагностику острой кишечной непроходимости проводят с острым аппендицитом, прободной язвой, острым холециститом, острым панкреатитом, перекрученной кистой яичника, внематочной беременностью, тромбозом мезентериальных сосудов, почечной коликой, пищевой токсикоинфекцией.

Острый аппендицит и кишечная непроходимость имеют одинаковые признаки: боль, тошнота, рвота, задержка испражнений и газов. Однако при остром аппендиците - боль возникает в эпигастральном участке, а затем перемещается в правую подвздошную область и не бывает такой интенсивной. Боль при кишечной непроходимости имеет разлитой, часто схваткообразный характер с наличием "светлых промежутков". При остром аппендиците обнаруживают напряжение мышц в правой подвздошной области, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, повышение температуры тела, нейтрофильный лейкоцитоз, что не характерно для острой кишечной непроходимости. Кроме того, при остром аппендиците отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и острая кишечная непроходимость также имеют общие признаки: сильная боль в животе, внезапное начало, задержка стула и газов. Но при прободной язве не наблюдают вздутия живота, рвота бывает редко, отсутствующая усиленная перистальтика. При кишечной непроходимости живот длительное время мягкий, безболезненный, часто пальпируют раздутую кишечную петлю, тогда как при перфорации язвы живот доскообразный, резко болезненный, недоступный глубокой пальпации. Возникает резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии в случае

прободной язвы отсутствует печеночная тупость, которая сохранена при кишечной непроходимости. При аускультации при прободной язве отсутствует перистальтика кишечника, при непроходимости выслушивают многочисленные кишечные шумы, которые исчезают в терминальной стадии заболевания. Рентгеноскопическим исследованием брюшной полости при прободной язве обнаруживают свободный газ в брюшной полости, при кишечной непроходимости – чаши Клойбера.

Острый холецистит также имеет ряд одинаковых признаков с острой кишечной непроходимостью: внезапная боль, тошнота, рвота, вздутие живота. Вместе с тем, боль при остром холецистите локализуется в правом подреберье, иррадирует в правое плечо и лопатку. Пальпаторно в правом подреберье определяют напряжение мышц, можно пальпировать желчный пузырь. Нередко при данном заболевании возникают высокая температура тела, нейтрофильный лейкоцитоз, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, желтуха. Перечисленных признаков при острой кишечной непроходимости почти никогда не бывает. Данные о кишечной непроходимости всегда подтверждаются рентгенологическим исследованием.

Острый панкреатит и острая кишечная непроходимость характеризуются такими общими признаками: тяжелое состояние больного, внезапное появление боли, парез кишечника, вздутие живота, частая рвота, задержка стула и газов. Тогда как при остром панкреатите боль локализуется в верхней половине живота и имеет опоясывающий характер. Вздутие живота при остром панкреатите бывает только в верхних отделах, часто пальпируют раздутую поперечно-ободочную кишку. Рвота при остром панкреатите частая, с примесями желчи, при кишечной непроходимости – частая с каловым запахом. Задержка испражнений и газов при остром панкреатите не бывает долговременной, усиление перистальтики отсутствует. Важными диагностическими признаками острого панкреатита являются положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, значительное повышение содержания в крови и диастазы в моче.

Нарушенная внематочная беременность и острая кишечная непроходимость имеют такие общие признаки: сильная внезапная боль в животе, мягкий слабоблезненный живот при пальпации, наличие свободной жидкости в брюшной полости, нормальная температура тела. Боль при нарушенной внематочной беременности локализуется внизу живота, а при кишечной непроходимости – по всему животу. Кроме этого, при нарушенной внематочной беременности больные жалуются

на нарушение менструального цикла, головокружение, общую слабость, обморок. В крови выраженная анемия. В тяжелых случаях для установления диагноза важное значение имеет пункция заднего свода влагалища.

Почечная колика и острая кишечная непроходимость также имеют ряд общих признаков: схваткообразная боль в животе, которая возникает внезапно, вздутие живота, задержка испражнений и газов, беспокойное поведение больного. Тогда как боль при почечной колике иррадирует в пах, бедро, сопровождается дизурическими явлениями, чего не бывает при кишечной непроходимости. Для почечной колики свойственна гематурия. Рентгенологически при почечной колике можно обнаружить конкременты в почках, мочеточниках, при кишечной непроходимости – чаши Клойбера.

Уремия в некоторых случаях может перебегать с болью в животе, его вздутием, задержкой испражнений и газов. Но при уремии определяют запах мочевины из рта, наблюдают значительные изменения со стороны анализа крови (большое содержание мочевины, креатинина) и мочи, не какие свойственные острой кишечной непроходимости.

При пищевом отравлении в анамнезе, как правило, имеющиеся указания об огрехах у еды, употребления недоброкачественной еды. Болевой синдром не является основным при данной патологии. Боль в животе предшествует частым жидким испражнениям, после которых боль исчезает, состояние больного временно улучшается. При острой кишечной непроходимости он имеет схваткообразный характер, жидкие испражнения могут быть только в начале заболевания, когда освобождается дистальный отдел кишечника. Температура тела при пищевой токсикоинфекции часто повышена, при кишечной непроходимости – в пределах нормы. При пищевой токсикоинфекции отсутствующая рентгенологическая картина, характерная для кишечной непроходимости.

Нижнедолевая пневмония может также сопровождаться болью в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, вздутием живота. При пневмонии наблюдают покраснение лица, одышку, ограниченную подвижность грудной клетки на стороне поражения. Аускультативно в легких прослушивают разнокалиберные хрипы, шум трения плевры, приперкуссии – притупление легочного звука. Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости подтверждает наличие пневмонии и исключает кишечную непроходимость.

При абдоминальной форме инфаркта миокарда у больных определяют боль в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, задержку

испражнений и газов. Тогда как при инфаркте миокарда на первом месте такие симптомы: тахикардия, снижения артериального давления, глухие тона сердца, расширения границ сердца. Исследование и анализ ЭКГ в данных случаях – один из решающих методов диагностики. При этом следует учитывать анамнез заболевания: боль в области сердца, чувства страха и тому подобное.

Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты также часто сопровождается болью в животе, тошнотой, рвотой, отсутствием перистальтических шумов кишечника. Но данная патология сопровождается анемией. Передняя брюшная стенка втянута и принимает участие в акте дыхания. Пальпаторно по средней линии живота и несколько вправо определяют, продолговатой формы новообразование, которое пульсирует под пальцами. Над ним четко слышен систолический шум.

Обтурация левой половины толстой кишки также вызывает вздутие тонкой и толстой кишок, но самое частое вздутие наблюдают в толстой кишке, особенно расширяется наиболее податливая слепая кишка.

Лечебная тактика и выбор метода лечения.

Тактика до операции.

1. Дренирование желудка, очистительная (сифонная при необходимости) клизма, спазмолитики, паранефральная блокада.

Все мероприятия должны занимать не более двух часов с момента поступления больного в стационар.

2. В случае разрешения кишечной непроходимости после проведения консервативной терапии больной подлежит полному клиническому обследованию с целью выяснения причины непроходимости.

3. В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения показана экстренная операция.

Хирургическое лечение

Предоперационная подготовка включает в себя следующие процедуры:

1. Дренирование желудка постоянным зондом.

2. Введение препаратов для регуляции системы дыхания, кровообращения и других жизнеобеспечивающих органов и систем.

3. Инфузионная терапия в необходимом объеме под контролем ЦВД.

Обязательным является правило трех катетеров: катетер в центральную вену, зонд в желудок (рис. 28, 29), катетер в мочевой пузырь.

Премедикация: омнопон, атропина сульфат, димедрол.

Обезболивание – методом выбора должен быть эндотрахеальный наркоз.



Рис. 28. Назогастроинтестинальный зонд

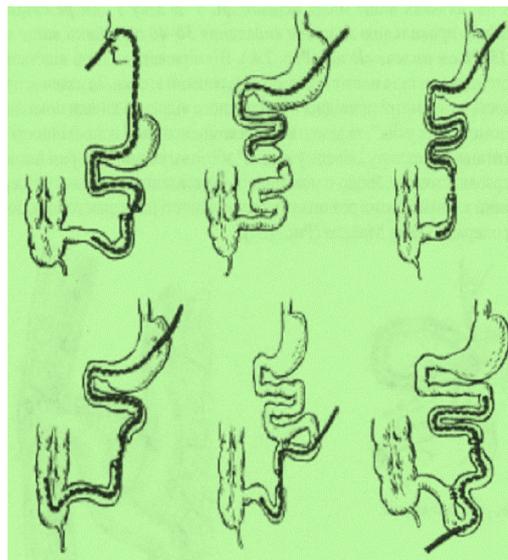


Рис. 29. Типы назогастроинтестинального зондирования

Операционный доступ – средне – срединная лапаротомия с расширением ее после интраоперационной ревизии и оценки ситуации.

Ревизия и осмотр внутренних органов брюшной полости системный, тщательный. Петли кишечника следует перемещать осторожно, с помощью увлажненных салфеток.

Основное задание оперативного лечения кишечной непроходимости – устранение непроходимости и установления жизнеспособности кишки. Декомпрессию тонкой кишки осуществляют с помощью еназогастральной интубации, толстой – через прямую кишку. Возможная декомпрессия через энтеротомическое отверстие в отводной петле, через гастростому и цекостому.

Жизнеспособность кишки определяют визуально по цвету, перистальтике и пульсации сосудов, а также с помощью доплерографии, ЭМГ, спектроскопии. Таблица 2.

При нежизнеспособности кишки проводят резекцию измененного участка кишки с удалением приводящей петли на протяжении 40 сантиметров от зоны некроза и отводящей 20 сантиметров от зоны некроза со следующим наложением анастомоза бок в бок или конец в конец (рис. 30).

Если причина непроходимости раковая опухоль, можно применять разные тактические варианты в соответствии с интраоперационной ситуацией.

При опухолях слепой, восходящей ободочной кишки и печеночного угла ободочной кишки возможные следующие варианты:

1. Когда нет признаков перитонита показана правосторонняя гемиколэктомия.

2. При перитоните, тяжелом состоянии больного – илеостомия, лаваж и дренирование брюшной полости.

3. При неоперабельной опухоли и отсутствии перитонита – илеотрансверзостоми.

Таблица 2.

Определение жизнеспособности ущемленной кишечной петли

Признак	Кишка жизнеспособная	Кишка нежизнеспособная
Цвет	Синеватая, темно-красная	Черно-зеленая, темно-синяя
Вид брюшины	Гладкая с одиночными кровоизлияниями под брюшиной	Без блеска, матовая, множественные кровоизлияния под брюшиной
Состояние брюшины	С пульсацией сосудов, нет тромбов	Тромбоз сосудов, нет пульсации
Перистальтика	Редко	Отсутствует
Реакция на раздражение теплым физраствором	Цвет красный, появляется перистальтика, пульсация сосудов	Цвет не меняется, нет пульсации сосудов и перистальтики

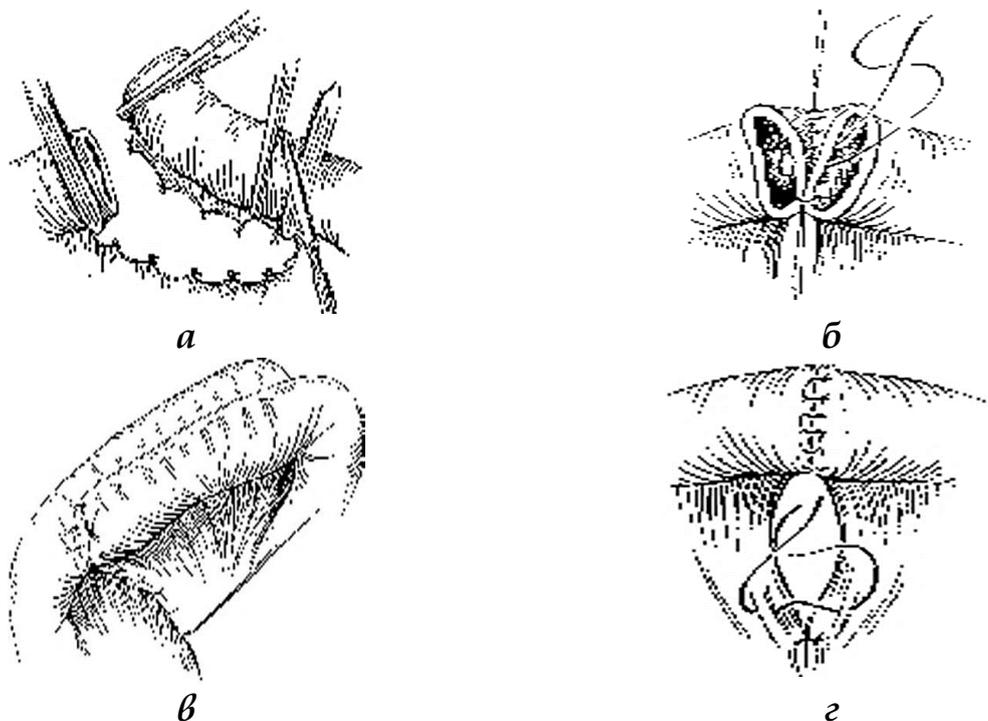


Рис. 30. Этапы резекции кишки. а- Этап мобилизации; б - Формирование анастомоза; в - Энтеро-энтероанастомоз бок-в-бок; г - Ушивание брюшины.

При опухолях селезеночного угла и нисходящего отдела ободочной кишки:

1. Без признаков перитонита показанная левосторонняя гемиколэктомия с колостомией.
2. При перитоните и тяжелых гемодинамических расстройствах следует ограничиться трансверзостомией.
3. Если опухоль неоперабельная и перитонита нет следует наложить обходной анастомоз.

При опухолях сигмовидной кишки показана резекция участка кишки с опухолью за методикой Гартмана или наложение двуствольной колостомы.

Устранение странгуляционной кишечной непроходимости.

При узлообразовании и завороте, если нет некроза кишки, следует развязать узел и ликвидировать заворот. При некрозе необходимо выполнить резекцию кишки по классическим правилам. При перитоните операцию заканчивают кишечной стомой. В случае инвагинации проводят дезинвагинацию, при некрозе – резекцию, при перитоните – илеостомию. При завороте сигмы на почве долихосигмы после расправления заворота следует выполнить мезосигмопликацию за Гаген-Торном.

При спаечной кишечной непроходимости пересекают спайки, ликвидируют “двустволки”. С целью профилактики спаечной болезни брюшины брюшную полость промывают раствором фибринолитиков.

При obturации кишки желчным камнем или клубком аскарид выполняют энтеротомию на здоровом участке кишки с удалением препятствия (камня или аскарид). Иногда клубок аскарид можно переместить в толстую кишку.

В конце операции при всех видах кишечной непроходимости брюшную полость тщательным образом saniруют, дренируют. Операцию заканчивают интубацией кишечника.

Стентирование obturации при кишечной непроходимости

Нередка ситуация, когда опухоль толстой или прямой кишки достигает значительных размеров и своей массой перекрывает просвет кишечника, вызывая острую или хроническую толстокишечную непроходимость. В такой ситуации не всегда удается сразу убрать опухоль из-за высокого риска осложнений (особенно при острой непроходимости) и надо предварительно выводить кишку выше опухоли на переднюю брюшную стенку (колостома) для того, чтобы разрешить непроходимость, а удалять опухоль позже.

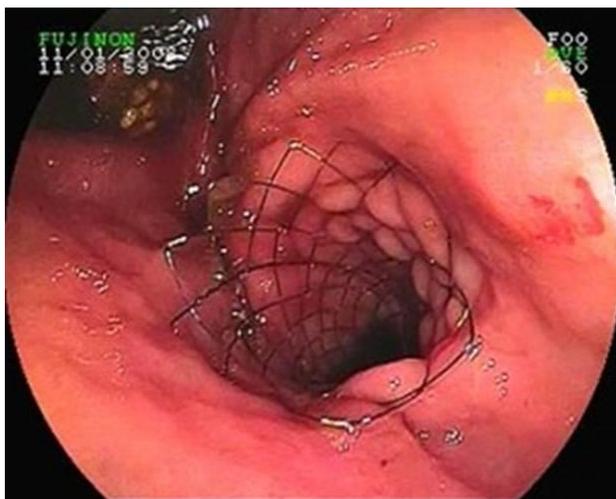


Рис. 31. Стентирование обтурации при кишечной непроходимости

Если же удаление опухоли возможно, то чаще всего при непроходимости тоже выполняется операция с выведением колостомы, закрыть которую возможно лишь через несколько месяцев. Колостома – серьезный психологический фактор, ограничивающий физическую активность пациента, его нормальный образ жизни и привычные занятия.

В последнее время все большее распространение получают саморасширяющиеся сетчатые системы (так называемые стенты), вводимые в просвет кишки на уровень опухоли с помощью эндоскопа (рис. 31). После установки стента он расширяется, раздвигая ткань опухоли и восстанавливает свободный просвет кишечника. Это позволяет избежать наложения колостомы (так как непроходимость разрешается естественным путем) и выполнить операцию без выведения кишки (с наложением анастомоза). В тех случаях, когда по тем или иным причинам убрать опухоль невозможно или нецелесообразно (наличие метастазов, тяжелое общее состояние больного и так далее), стентирование значительно снижает риск развития кишечной непроходимости в процессе роста опухоли и тем самым избавляет больного от наложения колостомы.

Колостомия

Колостомия – выведение отрезка (или отрезков) ободочной кишки или ее петли в рану передней брюшной стенки (рис. 32).



Рис. 32. Колостома

Колостома может быть как *временной*, так и *постоянной*, но в обоих случаях ставит целью решение трех основных задач:

- 1) полностью отвести кишечное содержимое;
- 2) осуществить декомпрессию толстой кишки;
- 3) заместить функцию отключенных или удаленных отделов толстой кишки.

К настоящему времени выработаны общие требования к методике, технике и выбору места при формировании колостомы. С учетом этих требований различают несколько типов колостом: пристеночную, двуствольную (петлевую), отдельную двуствольную и одноствольную концевую.

Пристеночная колостома позволяет осуществить только декомпрессию кишечника. Кишечное содержимое лишь частично поступает в сформированное отверстие. Достигнуть полного отключения дистальных отделов толстой кишки не удастся. Характерным примером пристеночной колостомы является цекостома.

Двуствольная (петлевая) колостома формируется из наиболее подвижных сегментов толстой кишки - поперечной ободочной или сигмовидной. Отличительной особенностью петлевой колостомии является наличие сохраненной задней стенки колостомы, которая образует неподатливую «шпору». В такой ситуации кишечное содержимое имеет выход только через сформированное отверстие в стоме и не проникает в отводящее колено кишки.

Раздельная двуствольная колостома формируется при операциях, сопровождающихся резекцией различных отделов толстой кишки, когда имеются противопоказания к одномоментному восстановлению непрерывности кишечника. При раздельной колостомии полностью отключаются дистальные отделы толстой кишки, поскольку приводящий и отводящие отрезки колостомы разобщены.

Принципы ведения послеоперационного периода.

После операции больного следует перевести в реанимационное отделение.

1. Диета зависит от характера и объема оперативного вмешательства.

2. Физический режим. В первые дни положения больного в постели с приподнятым головным концом (положение Фаулера). Дыхательная гимнастика, перкуссионный массаж грудной клетки. Раннее вставание из кровати. Швы снимают на 8-9 день.

3. Выписка на 10-12 день после операции при неосложненном течении.

4. Дезинтоксикационная, заместительная инфузионная терапия (коллоидные, солевые растворы, глюкоза).

5. Улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин, рефортан, стабизол).

6. Антибиотики широкого спектра действия в комбинации с препаратами трихопола (метронидазол).

7. Нормализация электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия (растворы солей калия, натрия, кальция, натрия гидрокарбоната).

8. Нормализация систем дыхания, кровообращения, сердечной деятельности (кордиамин, сульфокамфокаин, коргликон, строфантин, курантил, фенотин).

9. Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

10. Профилактика печеночно-почечной недостаточности (аскорбиновая, глютаминовая, липоевая кислоты, метионин, эссенциале).

11. Механическая, химическая и электрическая стимуляция ЖКТ (клизма с гипертоническим раствором, калимин, прозерин).

12. Общеукрепляющая, иммуностимулирующая терапия (витамины, метилурацил, препараты тимуса, анаболические гормоны).

13. Гормональная терапия по показаниям.

14. ГБО, экстракорпоральные методы детоксикации, энтеросорбция по показаниям.

Осложнения в послеоперационном периоде.

1. Некроз странгулированной петли кишки. Тактика: релапаротомия, резекция кишки или энтеростомия. Туалет и дренирование брюшной полости.

2. Кровотечения. Тактика: релапаротомия, остановка кровотечения, туалет и дренирование брюшной полости.

3. Несостоятельность швов анастомоза. Тактика: релапаротомия, энтеростомия, туалет и дренирование брюшной полости.

4. Абсцессы брюшной полости. Тактика: раскрытие и дренирование полости абсцесса.

5. Кишечные свищи. Лечение консервативное. Туалет кожи в участке свища (цинковая паста, гипсово-жировая паста, паста Ласара, клей БФ-6, защитные пленки). Операция в ранние сроки показана больным при высоких полных свищах через быстрое истощение, обусловленное большими потерями воды, электролитов и белка. Выполняют резекцию петли со свищем и интубацию кишечника.

6. Спаечная болезнь брюшины. Тактика: При ранней спаечной кишечной непроходимости – релапаротомия, разъединение соединений, интубация кишечника. Без явлений непроходимости – диетотерапия, лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение (ионофорез с протеолитическими ферментами). Диспансерное наблюдение.

Тестовые вопросы

1. Назовите наиболее решающий метод исследования в постановке диагноза „острая кишечная непроходимость“:
 - A. Исследование пассажа бария по кишечнику;
 - B. Обзорная рентгенография брюшной полости;
 - C. Фиброгастродуоденоскопия;
 - D. Лапароскопия.
2. При каком виде кишечной непроходимости одним из симптомов будет выделение крови из прямой кишки:
 - A. Паралитической;
 - B. Инвагинации;
 - C. Спастической;
 - D. Завороте тонкой кишки.
3. При каком виде кишечной непроходимости одним из симптомов является опорожнение после очистительной клизмы в виде „мясных помоев“:
 - A. Паралитической;
 - B. Спастической;
 - C. Инфаркте кишечника;
 - D. Завороте тонкой кишки.
4. Консервативное лечение кишечной непроходимости показано во всех случаях, кроме:
 - A. Завороте;
 - B. Спастической непроходимости;
 - C. Паралитической непроходимости;
 - D. Копростазе.
5. Какую операцию более рационально провести больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью в ранние сроки заболевания:
 - A. Наложение илеостомы;
 - B. Наложение цекостомы;
 - C. Операцию Гартмана;
 - D. Правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом.
6. При острой кишечной непроходимости возможны следующие виды операций, кроме:
 - A. Гастростомии;
 - B. Правосторонней гемиколэктомии;
 - C. Резекции кишки;
 - D. Колостомии.

7. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:
- A. Задержки стула;
 - B. Быстрого обезвоживания;
 - C. Появления чаш Клойбера;
 - D. Постепенного нарастания симптомов.
8. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть все перечисленное, кроме:
- A. Свинцовое отравление;
 - B. Перитонит;
 - C. Острый панкреатит;
 - D. Забрюшинная гематома.
9. Дегидратация организма при острой кишечной непроходимости наиболее быстро развивается при:
- A. Опухоли прямой кишки с явлениями непроходимости;
 - B. Завороте сигмовидной кишки;
 - C. Завороте тонкой кишки;
 - D. Обтурационной толстокишечной непроходимости.
10. Появление „шума плеска“ при острой кишечной непроходимости объясняется:
- A. Накоплением жидкости и газов в отводящей петле кишки;
 - B. Наличием потоотделения в брюшной полости;
 - C. Наличием свободного газа в брюшной полости;
 - D. Накоплением жидкости и газов в приводящей петле кишки.
11. Для паралитической кишечной непроходимости характерна:
- A. Асимметрия живота;
 - B. Задержка стула и газов и резкое равномерное вздутие живота;
 - C. Выраженные схваткообразные боли в брюшной полости;
 - D. Симптом Цеге-Майтенфеля.
12. К лечебным мероприятиям при обтурационной кишечной непроходимости относится все ниже перечисленное, кроме:
- A. Введение препаратов, которые усиливают моторику кишечника;
 - B. Введение спазмолитиков;
 - C. Проведение сифонной клизмы;
 - D. Постановки назогастрального зонда для декомпрессии желудка.
13. При определении жизнеспособности странгулированной кишки необходимо ориентироваться на следующие признаки, кроме:
- A. Наличие странгуляционной борозды;
 - B. Цвет кишки;
 - C. Наличие перистальтики;
 - D. Пульсация сосудов брыжи;

14. У больного 82 лет с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, которая поступила в поздние сроки, наиболее рациональной будет следующая тактика лечения:

- A. Обследование и выполнение операции через 48-72 часа;
- B. Подготовка к операции в течение 2-3 часов с последующим выполнением операции Гартмана;
- C. Исключительно консервативная терапия;
- D. Инфузионная терапия и повторные сифонные клизмы.

15. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является:

- A. Желчные камни;
- B. Инородные тела;
- C. Спайки брюшной полости;
- D. Опухоли.

16. Для высокой тонкокишечной непроходимости не характерно:

- A. Схваткообразные боли в животе;
- B. „Шум плеска“ (симптом Склярова);
- C. Многократная рвота;
- D. Симптом Цеге-Майтенфеля.

17. Для кишечной непроходимости на почве тонко-толстокишечной инвагинации характерны:

- A. Кровавые выделения из прямой кишки;
- B. Схваткообразные боли в животе;
- C. Опухолевидное образование в правом подвздошном участке при пальпации;
- D. „Овечий“ кал.

18. К диагностическим мероприятиям, которые проводятся в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость, относятся все, кроме:

- A. Постановки назогастрального зонда для декомпрессии желудка;
- B. Аускультация живота;
- C. Обзорная рентгенография брюшной полости;
- D. Ангиография брюшной полости.

19. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- A. Инородными телами;
- B. Спайками брюшной полости;
- C. Злокачественными опухолями кишечника;
- D. Желчными камнями.

20. При обследовании больного с острой кишечной непроходимостью установлено: симптомы Цеге-Майтенфеля и обуховской больницы позитивны. Для какого вида непроходимости это характерно:
- A. Заворота сигмоовидной кишки;
 - B. Илеоцекальной инвагинации;
 - C. Обтурации опухолью восходящей кишки;
 - D. Заворота тонкой кишки.
21. Какое осложнение по вашему мнению создает наибольшие трудности при выборе операции:
- A. Кровотечение;
 - B. Обструкция кишки;
 - C. Перфорация и перитонит;
 - D. Отдаленные метастазы.
22. Кал в виде „малинового желе“ характерен для:
- A. Инвагинации;
 - B. Хронического энтероколита;
 - C. Дивертикула Меккеля;
 - D. Хронического аппендицита.
23. Что из перечисленного неверно в отношении высокой тонкокишечной непроходимости:
- A. Наличие чаш Клойбера в верхней половине живота;
 - B. Рвоты;
 - C. Раннее равномерное вздутие живота;
 - D. Схваткообразные боли.
24. Какие причины динамической кишечной непроходимости:
- A. Свинцовая колика;
 - B. Все ответы верны;
 - C. Панкреонекроз;
 - D. Перитонит.
25. Какой из перечисленных видов кишечной непроходимости имеет первичный сосудистый генез:
- A. Мезентериальная непроходимость;
 - B. Артериомезентериальная непроходимость;
 - C. Спаечная;
 - D. Странгуляционная.
26. Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть все, кроме:
- A. Инвагинации;
 - B. Воспалительных соединений;
 - C. Желчного камня;
 - D. Перекрута брыжейки кишки.

27. Какой ответ является наиболее приемлемым? Диагноз острой кишечной непроходимости устанавливается на почве:

- A. Характера боли и данных рентгенологических исследований;
- B. Анамнеза и лабораторных данных;
- C. Анамнеза, клинического исследования и лабораторных данных;
- D. Клинического протекания заболевания.

28. Для начальной стадии острой странгуляционной кишечной непроходимости наиболее частым первым симптомом является:

- A. Появление рисунка кишечных петель на брюшной стенке (видимая на глаз перистальтика);
- B. Усиление перистальтики;
- C. Задержка стула и газов;
- D. Первичная рефлекторная рвота и болевой шок.

29. Что не характерно для острой высокой кишечной непроходимости:

- A. Быстрое снижение ОЦК;
- B. Вздутие живота в первые часы заболевания;
- C. Частая непрерывная рвота;
- D. Быстрое обезвоживание.

30. Острая обструкция дуодено-еюнального перехода характеризуется:

- A. Рвотой желчью;
- B. Явлениями паралитической кишечной непроходимости;
- C. Равномерным вздутием живота;
- D. Задержкой стула и газов.

Ситуационные задачи

1. Больной 72 лет, с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, которая поступила в поздние сроки, наиболее приемлемой будет следующая тактика:

- A. Подготовка к операции в течение 2-3 часов со следующим выполнением операции Гартмана;
- B. Обследование и выполнение операции через 48-72 часа;
- C. Строго консервативная терапия;
- D. Инфузионная терапия и повторные сифоновые клизмы.

2. У больного 42 лет после значительной физической нагрузки возникли спастические боли по всему животу, тошнота, двукратная рвота, вздутие живота, неотхождение газов. Для какого заболевания характерна такая клиническая картина:

- A. Острый панкреатит;
- B. Прорывная язва желудка;
- C. Острая кишечная непроходимость;
- D. Острый аппендицит.

3. У больного 75 лет около двух суток тому назад возник заворот сигмовидной кишки. На операции обнаружен ее некроз, резкое вздутие ободочной кишки. Оптимальным вариантом оперативного вмешательства в этой ситуации является:

- A. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом „конец в конец“;
- B. Резекция сигмовидной кишки с наложением однодульной колостомы ;
- C. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом бок в бок;
- D. Двудульная сигмостомия.

4. У больного с раком слепой кишки возникла острая кишечная непроходимость. При ургентной операции обнаружено, что регионарные лимфоузлы не увеличены, отдаленных метастазов опухоли нет. Этому больному следует выполнить:

- A. Цекостомию;
- B. Резекцию слепой и восходящей кишки;
- C. Правостороннюю гемиколэктомию;
- D. Операцию типа Гартмана.

5. Больной 72 лет с жалобами на резкую схваткообразную боль в левой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. Болеет 6 часов. Операций не было. В течение последних 20 лет запоры. Слизь и крови в стуле не было, не похудел. Пульс 84 за 1 мин. Язык умеренно влажен. Живот резко сдут с асимметрией за счет увеличения левой половины. Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаши Клойбера в левой половине живота с раздутой петлей толстой кишки над ними. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Болезнь Крона;
- B. Обтурационная толстокишечная непроходимость;
- C. Тромбоз мезентериальных сосудов;
- D. Неспецифический язвенный колит.

6. В отделение хирургии обратился больной К., 40 лет, с жалобами на схваткообразную боль в животе, которая возникла внезапно 3 часа назад, многократную рвоту. Около 6 часов назад съел больше килограмма грецких орехов. При осмотре: живот симметрично вздут, аускультативно - усиление перистальтических шумов. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные горизонтальные уровни жидкости с наличием газа над ними (ширина горизонтальных уровней жидкости больше, нежели высота столбов газа). Ваш предварительный диагноз?

- A. Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость;
- B. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость;
- C. Острая паралитическая тонкокишечная непроходимость;
- D. Острая паралитическая толстокишечная непроходимость.

7. В хирургическое отделение госпитализирована пациентка 25 лет в ургентном порядке с симптомами острой кишечной непроходимости. В анамнезе у пациентки была операция по поводу апоплексии яичника справа. Последние 1,5 года после операции больной постоянно беспокоили вздутие живота и боли. Назовите этиологический фактор, приведший к возникновению кишечной непроходимости у больной.

- A. Аппендикулярный инфильтрат;
- B. Дивертикул подвздошной кишки;
- C. Долихосигма;
- D. Спайки в брюшной полости.

8. Больной 32 года, оперирован по поводу перфоративной язвы жалуется на интенсивную схваткообразную боль в животе. Объективно: кожные покровы бледные. PS - 98 за 1 мин. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот асимметричный, напряженный и болезненный в эпигастрии и правой половине. Положительный симптом Валя. Перкуторно тимпанит, печеночная тупость сохранена. На обзорной рентгенограмме: чаши Клойбера, пневматизация кишечника. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Перфоративная язва ДПК;
- C. Острый деструктивный холецистит;
- D. Острый деструктивный аппендицит.

9. У больного диагностирована 3-я фаза острой кишечной непроходимости с явлениями полиорганной недостаточности и дефицитом ОЦК до 25%. Где происходит скопление жидкости в первую очередь?

- A. В брюшной полости;
- B. В плевральной полости;
- C. В просвете кишечника;
- D. В тканях организма.

10. Мужчина 40 лет обратился в приемное отделение с жалобами на острую боль в животе спастического характера, тошноту, рвоту кишечным содержимым, вздутие живота, задержку отхождения газов. Болеет 4 часа. Пульс 110 уд/мин. Язык сухой, обложен. Живот вздут асимметрично - увеличенная верхняя половина, пальпаторно мягкий, болезненный. Аускультивно определяются активные перистальтические шумы с металлическим оттенком, шум плеска, бульканье. Какой диагноз?

- A. Острый некротический панкреатит;
- B. Острый деструктивный холецистит;
- C. Острый эрозивный гастрит;
- D. Острая кишечная непроходимость.

11. Больная 25 лет обратилась с жалобами на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту. Заболела внезапно 3 часа назад. Пульс 108 уд/мин. Живот асимметрично вздут - правая подвздошная область запала. Пальпаторно определяется в правой подвздошной области плотное цилиндрическое образование умеренно болезненное. Ректально определяется содержание красного оттенка, напоминающее "малиновое желе". Диагноз?

- A. Острый некротический панкреатит;
- B. Дуоденальное язвенное кровотечение;
- C. Острая кишечная непроходимость;
- D. Полип прямой кишки.

12. В хирургическое отделение доставлен больной 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, его асимметрию, которые возникли внезапно после значительного приема пищи. Одноразовый жидкий стул. Газы не отходят. При пальпации живот мягкий, без признаков раздражения брюшины. В брюшной полости слева в гипогастрии пальпируется подвижное, болезненное опухолевидное образование, эластичной консистенции. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Обстипационный синдром;
- B. Заворот сигмовидной кишки;
- C. Острый панкреатит;
- D. Опухоль желудка.

13. Больная М., 25 лет, госпитализирована с жалобами на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в правой половине живота. В анамнезе аппендэктомия. Пульс 96 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот раздут, асимметричный за счет выпячивания в правой половине, где определяется симптом кишечного плеска. Перистальтика кишечника усилена. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Ректально: тонус сфинктера снижен, ампула расширена. Определите предварительный диагноз?

- A. Острая обтурационная непроходимость;
- B. Острый панкреатит;
- C. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- D. Острый аднексит.

14. Больной П., 50 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, задержку стула и газов. Состояние больного тяжелое. Пульс - 105 за 1 мин. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный. Перкуторно - тимпанит, видимая на глаз перистальтика отдельными волнами. Положительный симптом Валя. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Какой ваш диагноз?

- А. Острый панкреатит;
- В. Мезентериальный тромбоз;
- С. Острый холецистит;
- Д. Кишечная непроходимость.

15. Женщина 50 лет, в анамнезе прооперирована по поводу фибромиомы матки (проведена экстирпация), обратилась в приемное отделение с жалобами на боль в животе, рвоту. На рентгенографии живота выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Наиболее вероятная причина?

- А. Ущемленная паховая грыжа;
- В. Спаечная болезнь;
- С. Карцинома толстой кишки;
- Д. Рак тонкой кишки.

16. Больной С., 30 лет жалуется на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, отсутствие отхождения газов и кала. Болеет 4 часа. Год назад больному была выполнена резекция желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Состояние больного тяжелое. Пульс -100/мин. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный, мягкий. Перкуторно - тимпанит. Аскультативно - кишечные шумы не прослушиваются. На рентгенограмме органов брюшной полости - чаши Клойбера. Определите предварительный диагноз?

- А. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- В. Ущемленная послеоперационная грыжа;
- С. Злокачественная опухоль тонкой кишки;
- Д. Аппендикулярный инфильтрат.

17. Больная 18 лет госпитализирована в больницу urgently с симптомами острой кишечной непроходимости. Из анамнеза известно, что 1 год назад она прооперирована по поводу острого деструктивного аппендицита. За последнее время больную неоднократно беспокоили вздутие живота и боли. Укажите, какой из перечисленных ниже этиологических факторов привел к кишечной непроходимости у больного?

- А. Долихосигма;
- В. Спайки в брюшной полости;
- С. Дивертикул подвздошной кишки;
- Д. Нарушение режима питания.

18. В больницу госпитализирован больной с диагнозом кишечная непроходимость. В анамнезе похудение (10 кг за 3 месяца), слабость, периодически кровь в кале. О какой причине непроходимости следует подумать хирургу?

- А. Спаечная болезнь брюшины;

В. Опухоль кишки;

С. Глистная инвазия;

Д. Неспецифический язвенный колит.

19. Больной 43 лет, оперированный по поводу острого холецистита, обратился к врачу поликлиники с жалобами на схваткообразную интенсивную боль в брюшной полости, многократную рвоту и отсутствие стула в течение суток. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий умеренно болезненный. Симптом Склярова положительный, симптом Щеткина - Блюмберга слабо положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Острая спаечная кишечная непроходимость;

В. Перфорация злокачественной опухоли желудка;

С. Мезентериальный тромбоз;

Д. Острый панкреатит.

20. После обращения больного в стационар и проведения клинических и дополнительных исследований. Вы диагностировали кишечную непроходимость, а во время лапаротомии обнаружили, что причиной ее стал заворот тонкой кишки. Операция выполняется через 3 часа от начала заболевания. Кишка при осмотре в области ущемленного сегмента темного цвета, перистальтика отсутствует. Укажите наиболее адекватную хирургическую тактику?

А. Выполнить разворот кишки, резекцию пораженного участка и наложение анастомоза;

В. Выполнить разворот кишки с интестинопексией;

С. Выполнить разворот кишки с энтеростомией;

Д. Выполнить разворот кишки с интестинопликацией.

21. У больного В., которому выполнили оперативное вмешательство по поводу разлитого перитонита аппендикулярного генеза, появилось вздутие живота, задержка стула и газов. Перкуторно - тимпанит по всему животу, аускультативно - перистальтика отсутствует, болезненности не определяется. Укажите причину данного состояния.

А. Стангуляционная кишечная непроходимость;

В. Абсцесс брюшной полости;

С. Паралитическая кишечная непроходимость;

Д. Пилефлебит.

22. В клинику самостоятельно обратился больной 72 лет, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов. Была одноразовая рвота. Заболевание началось остро 5 часов назад. Из анамнеза последний год страдает от запоров. Объективно: кожные покровы бледные, пульс - 116/мин., слабого наполнения, АД - 110/80 мм рт. ст. Тоны сердца слабые. Язык сухой. Живот ассиметричный.

Выраженное вздутие в левой подвздошной области. Позитивные симптомы Склярова, Кивуля, "шум падающей капли". Ампула прямой кишки пуста, расширена, тонус сфинктера снижен. На обзорной рентгенограмме - высокие чаши Клойбера. Во время клизмы жидкость вытекает обратно, усиливая боль. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость;
- B. Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость;
- C. Спастическая острая толстокишечная непроходимость;
- D. Паралитическая острая кишечная непроходимость.

23. Больной М, 66 лет, доставлен из районной больницы в 10 часов с жалобами на сильные боли в животе, тошноту, задержку стула и газов. Заболевание началось остро, в 4 часа утра, сильными схваткообразными болями в животе. Через час от начала заболевания был доставлен в районную больницу, а через 5 часов переведен в хирургическое отделение больницы. После соответствующей подготовки больного решено оперировать по поводу острой кишечной непроходимости. Выполнив лапаротомию, обнаружено узлообразование. Петли кишечника образуют узел, темно-бурого цвета, перистальтика и пульсация сосудов отсутствует. С каким видом острой кишечной непроходимости вы имеете дело?

- A. Обтурационная;
- B. Странгуляционная;
- C. Спастическая;
- D. Смешанная.

24. Больному А., 79 лет, который поступил через сутки после начала заболевания, диагностировано острую кишечную непроходимость и сопутствующую сердечную патологию. Пульс 103/мин АД - 95/60 мм. рт. ст. После стабилизации гемодинамики взят на операцию. При ревизии выявлен заворот сигмовидной кишки. После разворота серозная оболочка кишки темная, пульсация сосудов кишки не определяется, перистальтика отсутствует. Какую наиболее оптимальную операцию следует сделать в данном случае?

- A. Резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом;
- B. Трансанальная интубация толстой кишки;
- C. Резекция сигмовидной кишки с выведением колостомы;
- D. Дренирование брюшной полости.

25. Больной Б., 68 лет, доставлен в университетскую больницу через 2 суток от начала заболевания с симптомами острой кишечной непроходимости. На обзорной рентгенограмме - высокие чаши Клойбера. При попытке поставить клизму жидкость вводится, вытекает обратно, усиливается боль. Укажите уровень кишечной непроходимости.

- А. Высокая тонкокишечная непроходимость;
- В. Низкая тонкокишечная непроходимость;
- С. Непроходимость начальных отделов толстой кишки;
- Д. Низкая толстокишечная непроходимость.

26. У больного 74 лет, имеются жалобы на резкую схваткообразную боль в левой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. Болеет 8 часов. Операций в анамнезе не было. В течение последних 20 лет беспокоят запоры. Примесей слизи и крови в кале не было, не похудел. Пульс - 82/мин. Язык умеренно влажный. Живот резко вздутый, асимметричный за счет увеличения левой половины. Определяется шум кишечного плеска. Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаши Клойбера в левой половине живота с раздутой петлей толстой кишки над ними. Ректально - симптом Обуховской больницы. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза);
- В. Заворот сигмовидной кишки;
- С. Спаечная непроходимость кишечника;
- Д. Тромбоз мезентериальных сосудов.

27. При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного определяется несколько участков просветления полусферической формы, расположенных над четкими горизонтальными уровнями. Чем обусловлена такая рентгенологическая картина?

- А. Перфоративная язва;
- В. Кишечная непроходимость;
- С. Метеоризм;
- Д. Рак толстого кишечника.

28. Больной жалуется на схваткообразную боль в верхней половине живота, тошноту, рвоту. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется растянутая петля кишки, которая перистальтирует при пальпировании. При перкуссии - тимпанический звук с металлическим оттенком. На рентгенограмме живота - чаши Клойбера. Какой предварительный диагноз?

- А. Острый панкреатит;
- В. Пищевая токсикоинфекция;
- С. Острая кишечная непроходимость;
- Д. Острый холецистит.

29. Больной 55 лет обратился с жалобами на резкую схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Болеет 6 часов. В прошлом - оперирован по поводу травматического повреждения селезенки. Объективно: пульс 84/мин. Язык умеренно влажный. Живот

вздут с асимметрией за счет увеличения левой половины. Определяется "шум плеска". Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - чаши Клойбера. Ваш диагноз?

- A. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- B. Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза);
- C. Тромбоз мезентериальных сосудов;
- D. Неспецифический язвенный колит.

30. У больного 18 лет появились схваткообразная боль в животе, рвота, задержка стула и газов. На рентгенографии органов брюшной полости обнаружено "чаши Клойбера. О каком остром заболевании органов брюшной полости может идти речь?

- A. Метеоризм;
- B. О плохой подготовке больного к обследованию;
- C. Энтероколит;
- D. Кишечная непроходимость.

Практические навыки

1. Какая патология изображена на рисунке?

- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Паралитическая кишечная непроходимость;
- C. Инвагинация;
- D. Заворот.

2. Какая патология изображена на рисунке?

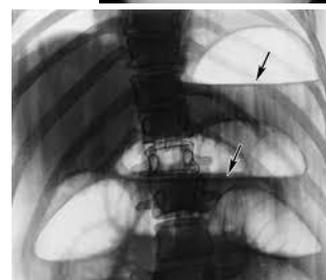
- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Паралитическая кишечная непроходимость;
- C. Инвагинация;
- D. Заворот.

3. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

- A. Пневматоз кишечника;
- B. Диафрагмальная грыжа;
- C. Кишечная непроходимость;
- D. Рак толстого кишечника.

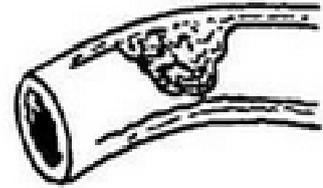
4. Какой рентгенологический симптом изображен на рисунке?

- A. Симптом ниши;
- B. Чаши Клойбера;
- C. Симптом пневматизации кишечника;
- D. Горизонтальный уровень жидкости.



5. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



6. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



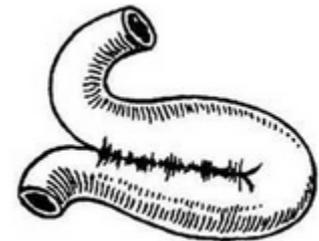
7. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



8. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Перегиб кишки спайками;
- B. Удавка брыжейки кишки;
- C. Кишечный узел;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



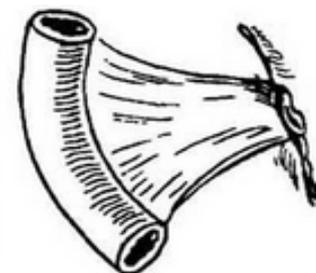
9. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



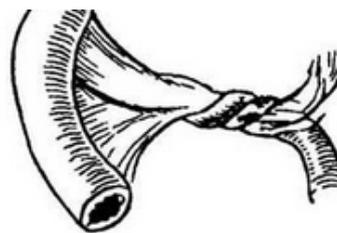
10. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Перегиб кишки спайками;
- B. Удавка брыжейки кишки;
- C. Кишечный узел;
- D. Кишечный узел.



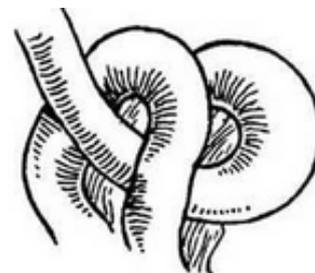
11. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



12. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



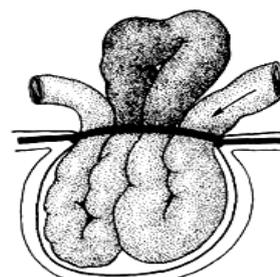
13. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



14. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Ущемление грыжи.



15. Патогенез какой патологии изображен на рисунке?

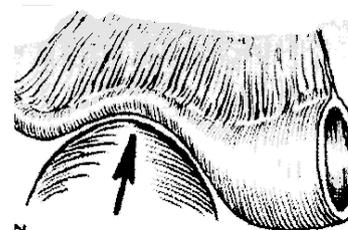
- A. Пневматоз кишечника;
- B. Диафрагмальная грыжа;
- C. Кишечная непроходимость;
- D. Рак толстого кишечника.

Патогенез

- Препятствие прохождению содержимого
 - Усиление перистальтики – боли
 - Отсутствие стула и газов
- **Вздутие** вышележащих отделов
- «Обратная» перистальтика – тошнота – обильная рвота застойным содержимым
- Проникновение бактерий через истонченную кишечную стенку в брюшную полость – перитонит
- Всасывание продуктов распада из кишечника в кровь – интоксикация
- Растяжение петель кишечника – разрыв кишки
- При странгуляции – некроз кишки

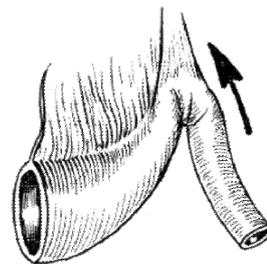
16. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Ангуляция.



17. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Ангуляция.



18. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Странгуляция.



19. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Заворот.



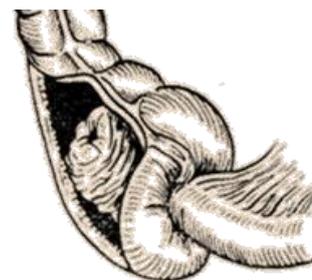
20. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Странгуляция.



21. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Инвагинация;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Странгуляция.



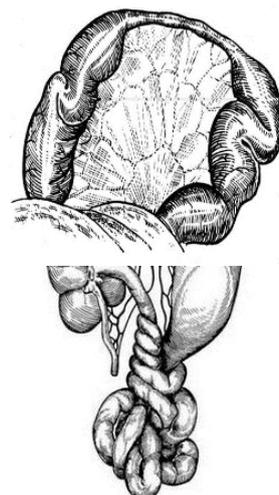
22. Назовите патологию, явившуюся причиной кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Мезентериальный тромбоз;
- B. Некротизирующий колит;
- C. Гангрена кишечника;
- D. Паралич кишечника.



23. Назовите вид кишечной непроходимости, схематично изображенный на рисунке:

- A. Паралитическая;
- B. Обтурационная;
- C. Спастическая;
- D. Странгуляционная.



24. Какая патология изображена на рисунке?

- A. Узлообразование;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Странгуляция.



25. Какая патология изображена на рисунке?

- A. Инвагинация;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Странгуляция.



26. У больного с клиникой кишечной непроходимости обнаружена следующая ирригографияческая картина. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Инвагинация;
- B. Заворот;
- C. Рак толстого кишечника;
- D. Стеноз.

27. Поставьте диагноз по КТ:

- A. Странгуляционная кишечная непроходимость;
- B. Обтурационная кишечная непроходимость;
- C. Паралитическая кишечная непроходимость;
- D. Спаечная кишечная непроходимость.



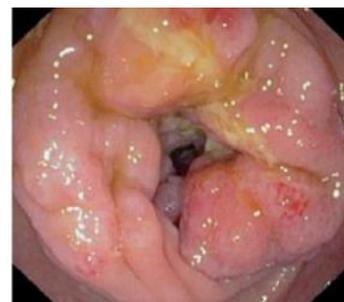
28. Какой симптом обнаружен на КТ?

- A. Симптом ниши;
- B. Чаши Клойбера;
- C. Симптом пневматизации кишечника;
- D. Горизонтальный уровень жидкости.



29. При ректороманоскопии больного с клиникой кишечной непроходимости обнаружена следующая картина. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

- A. Спастический колит;
- B. Рак толстой кишки;
- C. Воспалительный инфильтрат;
- D. Гангрена кишечника.



30. Каким образом устранена кишечная непроходимость на данном рисунке?

- A. Стентирование;
- B. Протезирование;
- C. Выведение стомы;
- D. Аллотрансплантация.



Ответы

Тестовые вопросы

1	A	6	A	11	B	16	D	21	C	26	D
2	B	7	B	12	A	17	A	22	A	27	A
3	C	8	A	13	A	18	D	23	C	28	D
4	A	9	C	14	B	19	C	24	B	29	B
5	D	10	D	15	C	20	A	25	A	30	A

Ситуационные задачи

1	A	6	A	11	C	16	A	21	C	26	B
2	C	7	D	12	B	17	B	22	A	27	B
3	B	8	A	13	C	18	B	23	B	28	C
4	C	9	C	14	D	19	A	24	C	29	A
5	B	10	D	15	B	20	A	25	D	30	D

Практические навыки

1	A	6	C	11	B	16	C	21	A	26	C
2	D	7	B	12	A	17	D	22	A	27	B
3	C	8	A	13	D	18	D	23	C	28	C
4	B	9	D	14	D	19	C	24	A	29	B
5	A	10	B	15	C	20	B	25	A	30	A

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. // Ташкент. 2005.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. // Москва, Медицина. 2005.
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. // Ташкент. 2003.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 1986. – 608 С.

Дополнительная литература

5. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника / Ю.М. Гальперин. М., 1975. - 219 с.
6. Петров В.П. Кишечная непроходимость. / В.П. Петров, И.А.Ерيوخин.- М.: Медицина, 1989. 286 с.
7. Савелев В.С. Хирургическое инфекция и гнойно-септическая хирургия / В.С. Савельев.- М.: Триада-Х, 2004.- 752с.
8. Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, С.В. Васильев.- М.: Медпресс-информ, 2004. 371 с.
9. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии: В.Н. Чернов - Москва, Феникс, 2007 г.- 352 с.
10. Синенченко, Г.И. Хирургия острого живота: рук-во / Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. СПб.: Элби-СПб, 2007. - 500 с.
11. Федоров В.Д., Емельянов С.И. - Хирургические болезни (руководство для интернов). М.: МИА, 2005.
12. Дедерер Ю.М. Острая непроходимость кишечника // Клиническая хирургия: Справочное руководство для врачей / Под ред. Ю.М. Панцырева. – М.: Медицина, 1988. – С. 267–268.
13. Ерيوخин Е.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. – СПб, 1999.
14. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Богненко //Руководство «Питер».-Санкт-Петербург.-2001.-469 стр.
15. Неотложная хирургия груди и живота / Л.Н. Бисенков и др.; под ред. Бисенкова Л.Н.- С-Пб. :Гиппократ, 2006.- 102 с.

