

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ИМ. ПРОФ. М.И. ГУЛЬМАНА

РЕФЕРАТ

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Выполнил ординатор Бургарт В.Ю.

**Проверил: д.м.н. профессор кафедры
общей хирургии им. Проф. М.И. Гульмана**

Кочетова Л.В.

Красноярск 2019

План реферата

1. Определение понятия
2. Этиология кишечной непроходимости
3. Классификация
4. Патогенез
5. Клиника
6. Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости
7. Лечение

Определение понятия

Кишечная непроходимость - это частичное или полное нарушение пассажа содержимого по кишечнику. Частота - 8-9% среди всех заболеваний брюшной полости. Летальность - до 25%.

Этиология

1. Врожденный характер (атрезия кишечника, прямой кишки, и других отделов), болезнь Гиршпрунга: в стенке кишечника резко снижено количество ауэрбаховских сплетений, что ведет к нарушению перистальтики. Заболевание выявляется педиатрами. Дети отстают в развитии, страдают длительными запорами.

2. Приобретенный характер.

Классификация

Кишечную непроходимость разделяют по течению:

- Частичная
- Полная
- Хроническая

В нашей стране этой классификацией не пользуются. Мы подразумеваем под кишечной непроходимостью только острое понятие. Кишечная непроходимость может быть компенсированной, но этот термин применяется только по отношению к раку прямой кишки.

Компенсированная: удастся вызвать стул путем соблюдения диеты.

Субкомпенсированная: больные пользуются слабительными.

Эти формы кишечной непроходимости требуют плановой операции. Декомпенсированная кишечная непроходимость эквивалентна понятию острая кишечная непроходимость.

Вся группа кишечной непроходимости делится на:

I Динамическая кишечная непроходимость

1. Паралитическая (парез) КН может быть в послеоперационном периоде, у больных с печеночной, почечной коликой и др.

2. Спастическая КН. При этой форме наблюдается спазм какого-то фрагмента кишечника, что может быть при свинцовой интоксикации, глистной инвазии.

Лечение динамической КН: консервативное - этиологическое лечение: дезинтоксикация, антибиотики, прозерин, перидуральная блокада.

II Механическая кишечная непроходимость. Эту форму КН необходимо оперировать.

1. Странгуляционная КН - сужение просвета кишки сочетается с давлением брыжейки, это может быть за счет спаечного процесса, ущемленной грыжи, заворота тонкой или сигмовидной кишок. Однако чаще это вид КН встречается при спаечной болезни. Отметим что странгуляционная КН - это, как правило, тонкокишечная непроходимость (страдают молодые люди).

2. Обтурационная КН - сужение просвета происходит изнутри. Брыжейка не вовлекается. Наиболее частой причиной является рак. Обтурационная КН, как правило, толстокишечная непроходимость. Могут обтурировать камни желчного пузыря, что наблюдается при запущенной ЖКБ - при образовании свищей.

III Смешанная форма - инвагинация приводящего отдела в отводящий отдел кишки. Наблюдаются странгуляционная и обтурационная кишечная непроходимость.

IV Гемостатическая непроходимость. Связана с заболеваниями сосудов.

Чаще всего о КН можно думать в следующих возрастных группах: сразу после рождения, 17-40 лет (странгуляционная непроходимость).

Патогенез

Основная причина тяжести состояния больных или летального исхода - потеря жидкости, ферментов, электролитов, нарушении кислотно-щелочного равновесия, интоксикация и воздействие бактериального фактора. В норме за сутки в кишечник выделяется 8-10 литров жидкости (желудочный, панкреатический сок и др.), затем идет реабсорбция. При кишечной непроходимости реабсорбции нет.

Клиника

Квадрат симптомов при КН.

· Боль в животе. Боли носят приступообразный, схваткообразный характер. У больных холодный пот, бледность кожных покровов. Больные с ужасом ожидают следующих

приступов. Боли могут стихать: например, был заворот, а затем кишка расправилась, что привело к исчезновению болей, но исчезновение болей очень коварный признак, так как при странгуляционной КН происходит некроз кишки, что ведет к гибели нервных окончаний, следовательно, пропадает боль.

- Рвота. Многократная, сначала содержимым желудка, потом содержимым 12 п.к. (отметим, что рвота желчью идет из 12 п.к.), затем появляется рвота с неприятным запахом.

- Вздутие живота, асимметрия живота

- Задержка стула и газов - это грозный симптом, говорящий о КН.

Язык при КН сухой, могут быть слышны кишечные шумы, даже на расстоянии, видна усиленная перистальтика. Можно прощупать раздутую петлю кишки - симптом Валя. Обязательно надо исследовать больных *per rectum*: ампула прямой кишки пустая - симптом Грекова или симптом обуховской больницы.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: это бесконтрастное исследование - появление чаш Клойбера.

Дифференциальный диагноз

Странгуляционная КН: тонкокишечная непроходимость, бурная клиника, молодой больной, который во время приступов мечется на кровати. Если больной старый, вялая клиника, все это на фоне рака толстой кишки, то это толстокишечная (обтурационная) непроходимость. Выполняется срочная ректороманоскопия, затем колоноскопия. Большинство опухолей, которые дают кишечную непроходимость, располагаются в левой половине толстой кишки. Ирригоскопия: контрастное исследование толстой кишки (необходимо 1.5 - 2 л контраста, которые вводят путем тугого наполнения).

Лечение

Тактика до операции:

1. Дренирование желудка, очистительная (сифонная при необходимости) клизма, спазмолитики, паранефральная блокада. Все мероприятия должны занимать не более 2 часов с момента поступления больного.

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

3. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана экстренная операция.

Предоперационная подготовка.

1. Дренирование желудка.

2. Препараты для регуляции систем дыхания и кровообращения (кордиамин, сульфокамфол, коргликон, курантил).

3. Инфузионная терапия в необходимом объеме (полиглюкин и гидрокортизон при низком АД, растворы глюкозы, Рингера - Локка, гемодез, нативная или сухая плазма, солевые и полиионные растворы).

4. Премедикация: омнопон, атропина сульфат, димедрол.

Тактика во время операции.

1. Обезболивание - эндотрахеальный наркоз.

2. Операционный доступ - срединная лапаротомия.

3. Новокаиновая блокада корня брыжейки кишечника.

4. Осмотр. При ревизии петли кишечника перемещают осторожно с помощью салфеток, смоченных в изотоническом растворе.

5. Устранение непроходимости и определение жизнеспособности кишки

- Декомпрессию тонкой кишки выполняют через носоглотку, толстой - через прямую кишку. Возможна декомпрессия через энтеростомическое отверстие в отводящей петле. Жизнеспособность кишки определяют визуально по цвету (розовая), перистальтике (перистальтирует) и пульсации сосудов; с помощью доплерографии, ЭМГ, спектроскопии.

- При нежизнеспособности производят резекцию измененного участка кишки с удалением приводящей петли на протяжении 30-50 см, отводящей - 10-20 см с последующим наложением анастомоза в бок или конец в конец.

6. Если причина непроходимости раковая опухоль, можно предпринять различные тактические варианты.

А. При опухоли слепой, восходящей ободочной кишок, печеночного угла:

- Без признаков перитонита показана правосторонняя гемиколонэктомия

- При перитоните и тяжелом состоянии больного - илеостомия, туалет и дренирование брюшной полости.

- При неоперабельной опухоли и отсутствии перитонита - илетотрансверзостомия

Б. При опухоли селезеночного угла и нисходящего отдела ободочной кишки:

- Без признаков перитонита проводят левостороннюю гемиколонэктомию, колостомия.

- При перитоните и тяжелых гемодинамических нарушениях показана трансверзостомия.

- Если опухоль неоперабельная - обходной анастомоз, при перитоните - трансверзостомия.

- При опухоли сигмовидной кишки - резекция участка кишки с опухолью с наложением первичного анастомоза либо операция Гартмана, или наложение двустольной колостомы.

7. Устранение странгуляционной кишечной непроходимости. При узлообразовании, завороте - устранить узел, заворот, при некрозе - резекция кишки; при перитоните - кишечная стома.

8. При инвагинации производят деинвагинацию, мезосигмопликацию Гаген-Торна, при некрозе - резекцию, при перитоните - илестому. Если инвагинация обусловлена дивертикулом Меккеля - резекция кишки вместе с дивертикулом и инвагинатом.

9. При спаечной кишечной непроходимости показано пересечение спаек и устранение "двустволок". С целью профилактики спаечной болезни брюшную полость промывают растворами фибринолитиков.

10. В конце операции при всех видах кишечной непроходимости брюшную полость тщательно санируют и вводят разгрузочные зонды в кишечник.

Лечение спаечной кишечной непроходимости

Консервативное лечение спаечной болезни: обычно спаечная болезнь имеет хроническое течение, лишь периодически дает приступы - обострение болей. Поэтому консервативное лечение в ремиссии видоизменяется при появлении болевого приступа. Болевой приступ при некоторой задержке газов можно купировать очистительной клизмой, тепло на живот, ведение спазмолитиков. В условиях стационара положительный эффект оказывает перидуральная блокада тримекаинов. Раньше широко применяли поясничные блокады по Вишневскому, однако отказались из-за высокого процента осложнений (карбункул, паранефриты и др.).

При наличии запоров рекомендуется употреблять пищу которая усиливает перистальтику кишок, но не слишком. Если запоры продолжаются следует применять легкие слабительные, необходим регулярный прием пищи. Не следует употреблять пищу от которой может быть резкой вздутие живота - соевая пища, большое количество капусты, молока и т.д. Следует периодически применять физиотерапевтические процедуры - диатермию солнечного сплетения, парафиновые или озокеритовые аппликации на живот, ионофорез, можно рекомендовать грязелечение. Физиотерапевтические процедуры должны обязательно сочетаться с режимом питания. При несоблюдении пищевого режима физиотерапевтические процедуры малоэффективны. Следует избегать тяжелой физической работы, напряжения мышц усиливает боль. Соблюдая режим питания, следя за регулярным опорожнением кишечника, периодически применяя физиотерапевтические процедуры больные со спаечной болезнью могут жить сносно достаточно долго. Но нарушение такого режима жизни сразу же ведет к обострению спаечной болезни.

Оперативное лечение спаечной болезни. Лечение является весьма трудной задачей - никогда нельзя быть уверенным в том, что лапаротомия, произведенная при спаечной болезни будет последней для больного и ликвидирует процесс, вызвавший спаечный процесс. Поэтому всегда стоит продумать целесообразность той или иной операции, составить четкий план на основании клинического обследования. Лишь в экстренных случаях надо отказаться от этой схемы. Вопрос о припаянности петель тонкой кишки к рубцу остается открытым. Поэтому при лапаротомии старый рубец иссекать не следует - разрез делают отступив от рубца на 2-3 см. При разделении спаек кишок целесообразно использовать гидравлическую препаровку новокаином. Десерозированные участки стенок кишок необходимо тщательно ушивать. Припаянные участки сальника пересекать между наложенными лигатурами. В тех случаях, когда кишечные петли образуют очень спаенные конгломераты, и разделить их не представляется

возможным необходимо наложить обходной анастомоз между приводящим отделом кишки и отводящим (как бы шунтировать), поскольку разделение этого конгломерата займет массу времени, а во-вторых вызовет дополнительную травму брюшину. Перед решением о плановом оперативном вмешательстве больные требуют качественного рентгенологического обследования. Во время операции освобождение кишечных петель из спаек довольно сложная задача, на которую по мнению Нобля уходит около 90% времени операции. В 1937 году Ноблем была предложена операция, которая получила название энтеропликации кишки по Ноблю. Сущность операции заключается в том, что после разделения спаек петли кишок укладывались горизонтально или вертикально и в зоне брыжеечного края сшивались между собой непрерывной нитью. Таким образом петли кишок были фиксированы в определенном положении, в дальнейшем они срастались между собой. Рецидивы кишечной непроходимости наблюдались после операции - 12-15%, поэтому к этой операции относились осторожно.

Кроме того сшивание кишечных петель отнимает много времени, затем петли начинают хуже перистальтировать.

В 1960 году данный принцип операции был модифицирован Чальдсом и Филлипсом, которые предложили производить энтеропликацию не путем сшивания кишечных петель, а путем прошивания длинной иглой брыжейки тонкой кишки. Операция этим способом дает лучшую перистальтику, и дает более легкий послеоперационный период. Кроме того на эту операцию затрачивают меньше времени.

В 1956 году Уайтом и в 1960 году Дедером была предложена фиксация петель кишок эластичной трубкой, введенной в просвет кишки путем энтеростомии. Дедерер предлагал выполнять микрогастростому, через которую вводил на все протяжении тонкой кишки длинную трубку со множеством отверстий. Этот метод очень не плох в связи с тем что трубка являлась каркасом для петель кишок и петли были фиксированы и срастались в функционально выгодном положении. Но вскрытие полости желудка (Дедерер) или кишки (Уайтом) было неблагоприятно в отношении инфицирования брюшной полости. Однако при операциях по поводу кишечной непроходимости трубку проводят трансназально доводя ее практически до илеоцекального угла. Трубка фиксируется к крылу носа, в дальнейшем по этой трубке не период пареза кишок отводят содержимое кишечника, в эту трубку можно вводить питательные вещества. Но в основном ее удаляют через несколько дней после операции, после надежного восстановления перистальтики, так как долгое удаление кишечного содержимого может вызвать электролитные нарушения. Предсказать течение спаечной болезни не предсказуемо. При частых обострениях больные теряют трудоспособность.

Список использованной литературы:

1. Хирургия, руководство для врачей и студентов. Геотар Медицина, 1997г. перевод с английского под редакцией Ю.М. Лопухина и В.С. Савельева;
2. Частная хирургия, учебник. Под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1990г.
3. Джозеф М. Хендерсон. Патопфизиология органов пищеварения. Бином паблишерс, 1997 год.
4. Abraham Bogoch, Gastroenterology, New York, 1973.
5. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского. Москва, Геотар медицина 1997г.
6. Привес М.Г. “Анатомия человека”, М. “Медицина”, 1985 г.