

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой
д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

Острая кишечная непроходимость

Выполнил: ординатор 2 года обучения
Умаров М.О.

Красноярск, 2019

Оглавление

Определение	4
Классификация острой кишечной непроходимости.....	4
Этиология.....	4
Патогенез и патофизиологические изменения.....	5
Клиника острой кишечной непроходимости	7
Дифференциальный диагноз	11
Лечение острой кишечной непроходимости.....	13
Литература.....	16

Определение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний.

Классификация острой кишечной непроходимости

1. Динамическая непроходимость:

- а) спастическая;
- б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление;
- б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

При динамической непроходимости нарушается двигательная функция кишечной стенки, механического препятствия для продвижения кишечного содержимого нет. При странгуляционной непроходимости наряду с препятствием пассажу кишечного содержимого имеется сдавление элементов брыжейки с нарушением кровоснабжения кишечной стенки. При обтурационной кишечной непроходимости брыжейка кишки и кровоснабжение не страдают. Обтурация может быть вызвана злокачественными и доброкачественными опухолями, каловыми и желчными камнями, инородными телами, аскаридами, кистами. К смешанным формам ОКН относятся инвагинация и спаечная кишечная непроходимость, если наряду с обтурацией просвета кишечника имеется нарушение кровоснабжения кишечника.

Этиология

Острая кишечная непроходимость может быть вызвана многочисленными причинами, которые принято делить на предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим причинам относят анатомоморфологические изменения в желудочно-кишечном тракте – спайки, сращения способствующие патологическому положению кишечника, сужение и удлинение брыжейки, приводящие к чрезмерной подвижности кишечника, различные образования, исходящие из стенки кишки, соседних органов или находящиеся в просвете кишечника, карманы брюшины и отверстия в

брыжейке. К предрасполагающим причинам относят и нарушение функционального состояния кишечника в результате длительного голодания. В таких случаях прием грубой пищи может вызвать бурную перистальтику и кишечную непроходимость. С. И. Спасокукоцкий заметил эту особенность и назвал острую кишечную непроходимость «болезнью голодного человека».

Роль предрасполагающих причин сводится к созданию избыточной подвижности петель кишечника, или, наоборот, его фиксации. В результате кишечные петли и их брыжейка могут занимать патологическое положение, при котором пассаж кишечного содержимого нарушается. К производящим причинам относят изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза его мускулатуры, внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления, перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей.

Патогенез и патофизиологические изменения

При механической ОКН моторная функция кишечника претерпевает значительные изменения. В раннюю стадию непроходимости перистальтика усиливается, при этом как бы стремится преодолеть появившееся препятствие. В дальнейшем развивается фаза значительного угнетения моторной функции, перистальтические волны становятся более редкими и слабыми, а в поздних стадиях непроходимости развивается полный паралич кишечника. Всасывание в кишечнике при ОКН в приводящем отделе кишечника значительно снижается вследствие вздутия, перерастяжения кишки и спадения внутрисстеночных вен и лимфатических сосудов. Ниже препятствия петли кишечника всегда находятся в спавшемся состоянии, и всасывание не нарушается.

Степень нарушения всасывания из тонкого кишечника при непроходимости находится в прямой зависимости от уровня расположения обтурации. При высокой непроходимости всасывание в приводящем отделе быстро и значительно страдает, а при низкой длительное время не нарушается.

Содержимое кишечника при непроходимости состоит из жидкости и газов. В начальном периоде непроходимости преобладают газы. Чем дольше длится непроходимость, тем больше накапливается жидкого содержимого, состоящего из пищеварительных соков, пищевых масс, которые при продолжающейся непроходимости довольно быстро разлагаются и загнивают, и транссудата, поступающего в просвет кишечника вследствие повышения проницаемости сосудистой стенки. Жидкость и газы вызывают вздутие кишечника, что приводит к нарушению кровообращения в кишечной стенке и атонии кишечника. В этот период жом привратника тоже

парализуется и разложившееся содержимое тонкого кишечника беспрепятственно поступает в желудок, откуда оно извергается в виде так называемой «каловой рвоты». Перитонеальный экссудат в большом количестве накапливается в брюшной полости при странгуляционной непроходимости, когда имеется застой крови и лимфы в тканях кишечника вследствие сдавления сосудов брыжейки. Экссудат по своему составу близок к сыворотке крови и содержит до 5% белка.

В начальной стадии ОКН экссудат прозрачен и бесцветен, а поздний приобретает геморрагический характер. По мере нарастания проницаемости перерастянутой кишечной стенки в выпот проникают не только форменные элементы крови, но и микробные тела и их токсины. Перитонеальный экссудат из прозрачного становится мутным, темным, а в далеко зашедших случаях даже буро-черным с ихорозным запахом. Наличие подобного выпота свидетельствует о глубоких и необратимых изменениях в кишечнике, требующих его резекции. ОКН вызывает целый ряд очень тяжелых общих нарушений в организме, определяющих тяжесть течения заболевания:

1. Гуморальные нарушения.
2. Аутоинтоксикация.
3. Болевой шок.

Гуморальные нарушения связаны с потерей большого количества воды, электролитов и белков как наружу при рвоте, так и в просвет кишечника и в брюшную полость в виде выпота. В начальном периоде высокой непроходимости наступает дефицит калия и хлоридов в организме в результате потери их с желудочным соком и желчью; в дальнейшем этот дефицит нарастает в результате выделения калия с мочой. В этих условиях уровень калий в плазме может усиливаться ниже 3,0 ммоль/л, в результате чего наступает алкалоз. Интенсивная потеря воды и электролитов, особенно выраженная при высокой непроходимости, может в короткое время привести к уменьшению объема циркулирующей крови, падению артериального давления и даже шоку. Поэтому у больных можно уже в раннем периоде встретиться со снижением клубочковой фильтрации и уменьшением диуреза.

В поздних стадиях ОКН происходят более глубокие расстройства водноэлектролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, которые проявляют тенденцию к перемещению в обратном направлении, чем это имело место в раннем периоде непроходимости. Запасы гликогена быстро сгорают, а после их истощения наступает сгорание жиров и белков организма. Параллельно этому уменьшается клеточная масса и запасы жира, а продукты их сгорания задерживаются в организме. Накапливаются кислые метаболиты, реакция крови перемещается в направлении ацидоза. Эти

изменения развиваются быстро, так как в этом периоде уже имеет место расстройства функции почек. Распад клеточной массы приводит к высвобождению калия из клеток, а в результате олигурии он задерживается во внеклеточном пространстве и уровень калия в плазме увеличивается.

Одновременно повышается уровень мочевины в крови. Аутоинтоксикация связана с застоем содержимого в кишечных петлях, что приводит к гниению брожению пищевых масс, к усиленному развитию бактериальной флоры, появлению бактериальных токсинов и продукции аммиака, индола, скатола.

При странгуляционной непроходимости некроз кишечной петли вызывает образование токсических продуктов тканевого аутолиза, что значительно усиливает интоксикацию. Токсические продукты проникают через поврежденную кишечную стенку в брюшную полость, всасывают и оказывают свое токсическое действие на организм. Болевой шок чаще развивается при странгуляционной кишечной непроходимости. Сдавление кишечной стенки и ее брыжейки сопровождается повреждением большого количества нервных элементов, что вызывает резкий болевой синдром. При этом развиваются выраженные расстройства центральной гемодинамики и микроциркуляции, что определяет тяжелое течение странгуляционной кишечной непроходимости с самого начала заболевания.

Клиника острой кишечной непроходимости

Ведущими симптомами ОКН являются боли в животе, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота. Перечисленные симптомы наблюдаются почти при всех формах ОКН, но имеют различную степень выраженности в зависимости от вида, уровня и времени, прошедшего от начала заболевания. Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников.

Для кишечной непроходимости наиболее характерны схваткообразные боли, что связано с перистальтикой кишечника. Четкой локализации болей в каком-либо отделе брюшной полости не отмечается.

При обтурационной кишечной непроходимости боли вне схваткообразного приступа обычно исчезают.

В случае странгуляционной кишечной непроходимости боли бывают стойкими, резко усиливающимися во время приступа. Стихают боли лишь на 2-3 сутки, когда наступает истощение перистальтики кишечника.

Прекращение болей при наличии кишечной непроходимости служит плохим прогностическим признаком.

При паралитической кишечной непроходимости боли постоянные, распирающие, умеренной интенсивности. Рвота вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости развивается рвота застойным содержимым, в позднем периоде при развитии перитонита рвота становится неукротимой, непрерывной, а рвотные массы имеют каловый запах. Чем выше непроходимость, тем выраженнее рвота. В промежутках между рвотой больной испытывает тошноту, его беспокоит отрыжка, икота.

При низкой локализации препятствия наблюдается рвота с большими промежутками. Задержка стула и газов наиболее выражена при низкой кишечной непроходимости.

При высокой кишечной непроходимости в начале заболевания у некоторых больных может быть стул. Это происходит за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия.

При кишечной непроходимости на почве инвагинации из заднего прохода иногда наблюдаются кровянистые выделения из заднего прохода, что может служить причиной диагностической ошибки, когда ОКН ошибочно принимают за дизентерию.

Важное значение в успешной диагностике ОКН имеет анамнез. Перенесенные операции на органах брюшной полости, открытые и закрытые травмы живота, воспалительные заболевания нередко являются предпосылкой возникновения кишечной непроходимости. Указание на периодические боли в животе, его вздутие, урчание, расстройства стула, внезапное физическое напряжение помогает в постановке диагноза.

Общее состояние больного может быть средней тяжести или тяжелым в зависимости от формы, уровня или времени, прошедшего от начала ОКН. Температура в начальный период заболевания не повышается. При странгуляционной непроходимости, когда развиваются коллапс и шок, температура снижается до 36°C . В дальнейшем, при развитии перитонита, температура повышается до субфебрильной. Пульс в начале заболевания не изменяется, при нарастании явлений непроходимости появляется тахикардия.

Обращает на себя внимание расхождение между низкой температурой и частым пульсом. Осмотр живота больного, у которого имеется кишечная непроходимость, надо начинать с обследования типичных мест грыжевых ворот, чтобы исключить наличие наружной ущемленной грыжи.

Послеоперационные рубцы могут указать на спаечную непроходимость. К наиболее постоянным признакам ОКН относится вздутие живота. Однако степень вздутия может быть различной и зависит от уровня непроходимости и сроков заболевания.

При высокой непроходимости вздутие может быть незначительным, но чем ниже уровень препятствия, тем больше вздутие. Особенно значительным бывает вздутие при паралитической и толстокишечной непроходимости. В начале непроходимости вздутие живота может быть небольшим, но по мере увеличения сроков заболевания увеличивается степень метеоризма. Неправильная конфигурация живота и асимметрия характерны для странгуляционной кишечной непроходимости. Нередко через брюшную стенку удается увидеть одну или несколько раздутых петель кишечника. Четко отграниченная растянутая кишечная петля, контурируемая через брюшную стенку – симптом Валя – является ранним симптомом ОКН. При перкуссии над ней выслушивается высокий тимпанит. При завороте сигмовидной кишки живот оказывается как бы перекошенным. При этом вздутие располагается в направлении от правого подреберья через пупок к левой подвздошной области (симптом Шимана). При осмотре живота можно видеть медленно перекатывающиеся валы или внезапно появляющиеся и исчезающие выпячивания. Часто они сопровождаются приступом болей в животе и рвотой. Видимая на глаз перистальтика - симптом Шланге – более отчетливо определяются при медленно развивающейся обтурационной непроходимости, когда успевает гипертрофироваться мускулатура приводящего отдела кишечника. При пальпации живот до развития перитонита болезненный. Напряжение мышц брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При странгуляционной непроходимости бывает положительным симптом Тевенара – резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где проходит корень брыжейки. Этот симптом особенно характерен для заворота тонкого кишечника. Иногда при пальпации живота иногда удается определить опухоль, тело инвагината, воспалительный инфильтрат, послужившие причиной непроходимости. При легком сотрясении брюшной стенки можно услышать «шум плеска» – симптом Склярора. Этот симптом указывает на наличие перерастянутой паретичной петли кишки, переполненной жидким и газообразным содержимым. Наличие этого симптома свидетельствует обычно о запущенности заболевания и является показанием к операции. При перкуссии можно определить ограниченные участки зон притупления, что соответствует местоположению петли кишки, наполненной жидкостью и непосредственно прилегающей к брюшной стенке. Эти участки притупления не меняют своего положения при поворотах больного, чем и отличаются от свободного выпота. Притупление перкуторного звука выявляется также над опухолью, воспалительным инфильтратом или инвагинатом кишки. При аускультации в начальном периоде ОКН, когда перистальтика еще сохранена, прослушиваются многочисленные звонкие шумы, резонирующие в растянутых петлях. Иногда можно уловить «шум падающей капли» -

симптом Спасокукоцкого-Вильмса. Перистальтику можно вызвать или усилить путем поколачивания брюшной стенки. В позднем периоде при нарастании пареза кишечника шумы делаются более короткими и редкими, но высоких тонов. При развитии пареза кишечника все звуковые феномены исчезают и на смену им приходит «мертвая тишина», которая является зловещим признаком. В этот период при резком вздутии живота можно определить симптом Бейли – выслушивание дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме через живот не прослушиваются.

Исследование больного с ОКН обязательно должно быть дополнено ректальным пальцевым исследованием. При этом можно определить опухоль прямой кишки, каловый завал, головку инвагината и следы крови. Ценным диагностическим признаком, характерным для низкой кишечной непроходимости, является атония сфинктера и баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки (симптом Обуховской больницы) и малая вместимость дистального отдела кишечника (симптом Цэге-Мантефейля). При этом в прямую кишку удастся ввести не более 500 – 700 мл воды, при дальнейшем введении вода будет вытекать обратно.

В клиническом течении ОКН выделяют три стадии:

1. Начальная – стадия местных проявлений – имеет продолжительность 2-12 часов. В этом периоде доминирующим симптомом является боль и местные симптомы со стороны живота.
2. Промежуточная – стадия кажущегося благополучия – продолжается от 12 до 36 часов. В этот период боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот вздут, часто асимметричен. Перистальтика кишечника ослабевает, звуковые феномены менее выражены, выслушивается «шум падающей капли». Полная задержка стула и газов. Появляются признаки обезвоживания организма.
3. Поздняя – терминальная стадия – наступает спустя 36 часов после начала заболевания. Для этого периода характерны резкие функциональные расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается. Развивается перитонит.

Рентгенологическое исследование является основным специальным методом диагностики ОКН. При этом выявляются следующие признаки:

1. Чаша Клойбера – горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним, что имеет вид перевернутой вверх дном чаши. При странгуляционной непроходимости могут проявляться уже через 1 час, а при обтурационной непроходимости - через 3-5 часов с момента заболевания.

Количество чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться одна на другую в виде ступенчатой лестницы.

2. Кишечные аркады. Получаются, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости.

3. Симптом перистости (поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта применяется при затруднениях в диагностике кишечной непроходимости. Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Задержка его до 4-6 часов и более дает основание заподозрить нарушение двигательной функции кишечника.

Дифференциальный диагноз

ОКН имеет ряд признаков, которые наблюдаются и при других заболеваниях, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики между ОКН и заболеваниями, имеющими сходные клинические признаки.

Острый аппендицит

Общими признаками являются боли в животе, задержка стула, рвота. Но боли при аппендиците начинаются постепенно и не достигают такой силы, как при непроходимости. При аппендиците боли локализованы, а при непроходимости имеют схваткообразный характер, более интенсивны. Усиленная перистальтика и звуковые феномены, выслушиваемые в брюшной полости, свойственны кишечной непроходимости а не аппендициту. При остром аппендиците не бывает рентгенологических признаков свойственных непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Общими симптомами являются внезапное начало, сильные боли в животе, задержка стула. Однако при прободной язве больной принимает вынужденное положение, а при кишечной непроходимости больной беспокоен, часто меняет положение. Рвота не характерна для прободной язвы, но часто наблюдается при кишечной непроходимости. При прободной язве брюшная стенка напряжена, болезненна, не участвует в акте дыхания, в то время как при ОКН живот вздут, мягкий, малоболезненный. При прободной язве с самого начала заболевания отсутствует перистальтика, не

выслушивается «шум плеска». Рентгенологически при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, а при ОКН – чаши Клойбера, аркады, симптом перистости.

Острый холецистит.

Боли при остром холецистите носят постоянный характер, локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правую лопатку. При ОКН боли схваткообразные, нелокализованные. Для острого холецистита характерна гипертермия, чего не бывает при кишечной непроходимости. Усиленная перистальтика, звуковые феномены, рентгенологические признаки непроходимости отсутствуют при остром холецистите.

Острый панкреатит.

Общими признаками является внезапное начало сильных болей, тяжелое общее состояние, частая рвота, вздутие живота и задержка стула. Но при панкреатите боли локализуются в верхних отделах живота, носят опоясывающий, а не схваткообразный характер. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Признаки усиленной перистальтики, характерные для механической кишечной непроходимости, при остром панкреатите отсутствуют. Для острого панкреатита характерна диастазурия. Рентгенологически при панкреатите отмечается высокое стояние левого купола диафрагмы, а при непроходимости - чаши Клойбера, аркады, поперечная исчерченность.

При инфаркте кишечника, как и при ОКН отмечаются сильные внезапные боли в животе, рвота, тяжелое общее состояние, мягкий живот. Однако боли при инфаркте кишечника постоянны, перистальтика полностью отсутствует, вздутие живота небольшое, нет асимметрии живота, при аускультации определяется «мертвая тишина». При механической кишечной непроходимости превалирует бурная перистальтика, выслушивается большая гамма звуковых феноменов, вздутие живота более значительное, часто асимметричное. Для инфаркта кишечника характерны наличие эмбологенного заболевания, мерцательная аритмия, патогномоничен высокий лейкоцитоз ($20-30 \times 10^9 /л$).

Почечная колика и ОКН имеют сходные признаки – резко выраженные боли в животе, вздутие живота, задержка стула и газов, беспокойное поведение больного. Но боли при почечной колике иррадиируют в поясничную область, половые органы, имеются дизурические явления с характерными изменениями в моче, положительный симптом Пастернацкого. На обзорной рентгенограмме в почке или мочеточнике могут быть видны тени конкрементов.

При пневмонии могут появиться боли в животе и его вздутие, что дает основание думать о кишечной непроходимости. Однако для пневмонии характерны высокая температура, учащенное дыхание, румянец на щеках, а физикальное исследование обнаруживает крепитирующие хрипы, шум трения плевры, бронхиальное дыхание, притупление легочного звука. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить пневмонический очаг.

При инфаркте миокарда могут быть резкие боли в верхней части живота, его вздутие, иногда рвота, слабость, снижение артериального давления, тахикардия, то есть признаки, напоминающие странгуляционную кишечную непроходимость. Однако при инфаркте миокарда не бывает асимметрии живота, усиленной перистальтики, симптомов Валя, Склярова, Шимана, Спасокукоцкого-Вильмса и отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Электрокардиографическое исследование помогает уточнить диагноз инфаркта миокарда.

Лечение острой кишечной непроходимости

Лечение ОКН может быть консервативным и оперативным и зависит от вида кишечной непроходимости.

Консервативное лечение показано при динамической кишечной непроходимости. Механическая непроходимость в большинстве случаев требует хирургического вмешательства. Однако в первые часы заболевания дифференциальная диагностика механической и динамической непроходимости не всегда возможна, поэтому прибегать к экстренной операции не следует, за исключением случаев бесспорно доказанной странгуляции или наличия перитонита.

Кроме того, консервативные мероприятия могут ликвидировать и некоторые формы механической обтурационной непроходимости – копростаз, спаечные формы непроходимости, обтурацию кишки опухолью.

Консервативное лечение включает в себя:

1. Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада
2. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назо-гастральный зонд и сифонную клизму.
3. Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию, нормализацию

Восстановление функции кишечника способствует декомпрессия желудочно-кишечного тракта, так как вздутие кишечника влечет за собой

нарушение капиллярного а позже венозного и артериального кровообращения в стенке кишки и прогрессивное ухудшение функции кишечника. Для компенсации водно-электролитных нарушений используется раствор Рингера-Локка, который содержит не только ионы натрия и хлора, но и все необходимые катионы.

Для компенсации потерь калия в состав инфузионных сред включают растворы калия наряду с растворами глюкозы с инсулином.

При наличии метаболического ацидоза назначают раствор бикарбоната натрия. При ОКН развивается дефицит объема циркулирующей крови в основном за счет потери плазменной части крови, поэтому необходимо вводить растворы альбумина, протеина, плазмы, аминокислот.

Для улучшения микроциркуляции назначают реополиглюкин с компламином и тренталом.

По показаниям применяют кардиотропные препараты. Критерием адекватного объема вводимых инфузионных сред служит нормализация объема циркулирующей крови, показателей гематокрита, центрального венозного давления, увеличение диуреза. Почасовой диурез должен быть не менее 40 мл/ч.

Отхождение обильного количества газов и кала, прекращение болей и улучшение состояния больного после проведения консервативных мероприятий свидетельствует о разрешении кишечной непроходимости.

Если консервативное лечение не дает эффекта в течение 2-3 часов, то больного необходимо оперировать. Применение средств, возбуждающих перистальтику, а также слабительных, при неликвидированной кишечной непроходимости противопоказано.

При оперативном лечении острой кишечной непроходимости применяется эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. Брюшная полость вскрывается средне-срединным доступом. Локализацию препятствия определяют по состоянию петель кишечника, которые выше препятствия раздуты, а ниже находятся в спавшемся состоянии.

Необходимо осмотреть кишечник на всем протяжении, так как препятствия могут быть на различных уровнях, в нескольких местах. Как только препятствие обнаружено, необходимо его устранить: спайки рассекают, заворот разворачивают, производят инвагинацию. Устранение обтурационной непроходимости в одних случаях достигается путем энтеротомии, в других – путем резекции кишки.

После устранения причины непроходимости оценивают степень жизнеспособности кишки. Предварительно в брыжейку тонкой кишки вводят 80-100 мл 0,25% раствора новокаина, кишку обкладывают салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжидают 5-10 мин. Исчезновение цианотичной окраски кишки, появление пульсации сосудов брыжейки и активной перистальтики кишки являются свидетельством ее жизнеспособности. Нежизнеспособная кишка должна быть резецирована в пределах здоровых тканей. Учитывая, что некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало изменены при обширном некрозе слизистой кишечника, резекция производится обязательно с удалением не менее 30-40 см приводящей петли и 15-20 см отводящей петли кишечника. Большое значение в борьбе с интоксикацией придется удалению токсичного кишечного содержимого, которое скапливается в приводящем отделе и петлях кишечника, подвергшихся странгуляции. Это эффективно достигается сцеживанием кишечного содержимого через назоинтестинальный зонд Миллера-Эбботта, либо сцеживанием его в кишку, подлежащую резекции, либо через зонд, введенный в желудок или толстую кишку. Опорожнение кишечника через энтеротомическое отверстие нежелательно, поскольку при этом можно инфицировать брюшную полость.

После резекции петель тонкого и правой половины толстого кишечника между приводящим и отводящим отделами кишечника накладывают анастомоз. В случаях кишечной непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки. А также при гангрене сигмовидной кишки восстановление проходимости кишечника проводят в два этапа.

1 этап – резекция кишки с выведением одноствольной колостомы.

2 этап - восстановление проходимости кишечника - выполняется в плановом порядке после улучшения состояния больного.

Наложение первичного анастомоза опасно в связи с большим риском развития несостоятельности швов толстокишечного анастомоза. Операция по поводу неоперабельной опухоли, вызвавшей обтурацию, может быть закончена наложением внутреннего обходного межкишечного анастомоза или наложением двуствольной колостомы. Обходной анастомоз также применяют при спаечной непроходимости, при плотных сращениях кишечных петель, разделить которые, не повредив их стенки не представляется возможным. Послеоперационное ведение больных. Особенностью послеоперационного периода при ОКН является наличие пареза кишечника, водно-электролитных расстройств, тяжелой интоксикации, обезвоживание организма, нарушений кислотно-щелочного состояния. Поэтому мероприятия, направленные на устранение этих

патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время операции, должны продолжаться и после операции.

Большое значение в профилактике и лечении пареза принадлежит декомпрессии кишечника. Это достигается длительной аспирацией кишечного содержимого через зонд Миллера-Эбботта и, в меньшей степени, аспирацией желудочного содержимого. Постоянная аспирация осуществляется в течение 3-4 суток, до уменьшения интоксикации и появления перистальтики кишечника. В течение этого времени больной находится на парентеральном питании. Суточный объем инфузионных сред составляет 3-4 л.

Восстановление функции кишечника способствует коррекции водноэлектролитных расстройств. Для стимуляции моторной функции кишечника используют паранефральную новокаиновую блокаду, антихолинэстеразные препараты (прозерин), ганглиоблокаторы (диколилин, димеколилин), гипертонический раствор хлористого натрия, токи Бернара, очистительные клизмы. Тяжелым больным назначают кортикостероиды для профилактики и лечения адренокортикальной недостаточности, возникающей благодаря шоку и интоксикации. После операции всем больным назначают антибиотики. Антибиотиками систематически промывают брюшную полость, если проводилось ее дренирование. Также показана антикоагулянтная терапия под контролем коагулограммы, чтобы предотвратить последствия сосудистых нарушений при ОКН.

Литература

1. Норенберг-Чарквиани А. Е. «Острая непроходимость кишечника», М., 1969;
2. Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986;
3. Скрипниченко Д.Ф. «Неотложная хирургия брюшной полости», Киев, «Здоров'я», 1974;
4. Хегглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней», М., 1991.