

Острая кишечная непроходимость

(лекция для слушателей факультета подготовки врачей)



Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова,

Илеус (греч - "Эйлес") — поворачивание, скручивание, заворот.

Термин «**илеус**» объединяет многочисленные заболевания с различной этиологией и различным течением, а это в свою очередь создает свои трудности и в диагностике и в лечебной тактике.

Острая кишечная непроходимость - заболевание, которое характеризуется полным нарушением прохождения содержимого по желудочно-кишечному тракту.

Кишечная непроходимость не бывает частичной, она или есть, или еще не возникла.

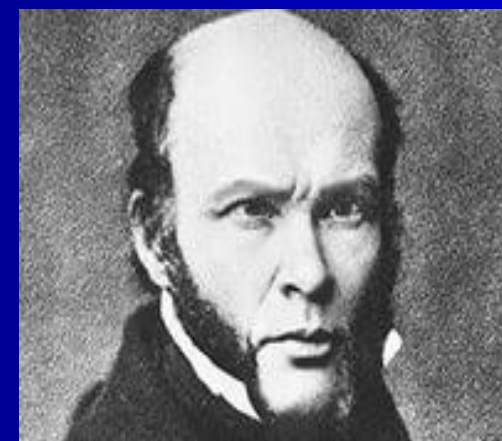
Острая кишечная непроходимость — является осложнением целого ряда различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, в брюшной полости.

Острая кишечная непроходимость впервые описана **Гиппократом**.

Первые попытки оперативного лечения острой кишечной непроходимости относятся к XVII веку.

Литературные источники по этой патологии встречаются уже в XVIII веке.

Значительный вклад в лечение острой кишечной непроходимости внес **Н.И. Пирогов**. В 1849 он впервые в России сделал операцию при механической кишечной непроходимости



Летальность в **России** при этом заболевании варьирует от **6,4% до 27,6%**.

В стационарах Санкт-Петербурга, согласно сводным данным Комитета по здравоохранению, средняя послеоперационная летальность в последние годы составляет **11,0 -12,0 %**.

Среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость составляет **3,8-4,5%** (четвертое место по частоте после острого аппендицита, острого панкреатита, острого холецистита), отличается высокой общей и послеоперационной летальностью.



Морфофункциональная классификация острой кишечной непроходимости

- ✓ **Динамическая кишечная непроходимость** (2,0 %):
 - а) паралитическая
 - б) спастическая (эксклюзивные случаи)

- ✓ **Механическая кишечная непроходимость** (98%):
 - а) обтурационная (чаще всего опухолевой природы)
 - б) странгуляционная (ущемление, узлообразование, заворот)
 - в) смешанные формы (спаечная непроходимость, инвагинация)

Классификация острой кишечной непроходимости по происхождению

- **Врождённая** (пороки развития кишечника: атрезия тонкой и толстой кишки; атрезия заднепроходного отверстия).
- **Приобретенная** (все другие виды острой кишечной непроходимости)

Классификация острой кишечной непроходимости по уровню обструкции

- ✓ Тонкокишечная непроходимость (**60 – 62%**):
 - а) высокая
 - б) низкая
- ✓ Толстокишечная непроходимость (**около 38%**).

Тонкокишечная непроходимость, как правило, формируется на уровне подвздошной кишки (**80% от всех случаев спаечной ОКН**).

Если в спаечный процесс вовлечены петли тощей кишки, то создаются условия для возникновения высокой тонкокишечной непроходимости.

Обтурационная толстокишечная непроходимость, в **98%** наблюдений обусловлена злокачественной опухолью ободочной и (значительно реже) слепой или прямой кишок.

Причины острой кишечной непроходимости

- Спаечная кишечная непроходимость
- Обтурационная кишечная непроходимость
- Заворот
- Узлообразование
- Инвагинация

Динамическая кишечная непроходимость

В основе функциональных расстройств, ведущим к динамической непроходимости, лежат чаще всего острые воспалительные процессы в брюшной полости (**острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит, перитонит**), забрюшинной клетчатки (**забрюшинная гематома, паранефрит**), острые нарушения кровообращения органов брюшной полости (**тромбоз брыжеечных сосудов**), метаболические нарушения (**диабетическая, уремическая кома**), интоксикации (**свинцовая, морфинная**).

Динамическая форма острой кишечной непроходимости как правило, требует консервативного лечения.

Паралитическая форма непроходимости, развивающаяся в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах брюшной полости нередко требует **оперативного лечения**.

Механическая кишечная непроходимость

В основе механической кишечной непроходимости, лежит нарушение пассажа кишечного содержимого в результате возникновения механического препятствия.

Механическая форма острой кишечной непроходимости как правило, требует **оперативного лечения.**

Стадии развития острой кишечной непроходимости

I - стадия острого нарушения пассажа кишечного содержимого (преобладает болевой синдром и расстройства рефлекторного характера; "илеусный крик" 2-12 ч).

II - стадия острых расстройств внутристеночной кишечной гемоциркуляции (период интоксикации, нарушения моторики и водно-электролитных расстройств; 12-36 часов).

III – стадия перитонита (терминальный период или стадия декомпенсации, при которой наблюдаются нарушения всех жизненно важных функций организма ; >36 часов).

Продолжительность каждой из стадий зависит от формы и уровня острой кишечной непроходимости. Наиболее бурно клиническая симптоматика и основные патоморфологические и патофизиологические процессы развиваются при **странгуляционной тонкокишечной непроходимости**, что требует выполнения необходимых диагностических мероприятий и оперативного вмешательства в кратчайшие сроки

Предрасполагающие факторы:

Врожденные:

- ✓ Различные пороки или аномалии развития кишки;
- ✓ Общая брыжейка слепой и подвздошной кишки;
- ✓ Долихосигма;
- ✓ Мальротация;
- ✓ Дефекты в диафрагме;
- ✓ Врожденные наружные и внутренние грыжи живота;
- ✓ Другие.

Предрасполагающие факторы:

Приобретенные:

- ✓ Спайки;
- ✓ Рубцовые тяжи;
- ✓ Приобретенные наружные и внутренние грыжи живота;
- ✓ Воспалительные инфильтраты;
- ✓ Гематомы;
- ✓ Злокачественные или доброкачественные опухоли;
- ✓ Распространенный канцероматоз брюшины
- ✓ Инородные тела (безоары, желчные и каловые камни, гельминты).

Непосредственные причины:

- Резкое усиление сократительной активности кишечника, обусловленное повышенной пищевой нагрузкой (особенно после периода голодания), острым энтероколитом, медикаментозной стимуляцией моторики кишечника
- Внезапное повышение внутрибрюшного давления при физическом напряжении (один из механизмов ущемления грыжи)

Основные звенья патогенеза острой кишечной непроходимости

- ✓ Механический фактор, приводящий к прекращению пассажа кишечного содержимого.
- ✓ Нарушение внутриоргального кровообращения.

Мезентериального – быстрое нарушение кровообращения при странгуляционной форме заболевания, когда сдавление или перекрут брыжейки тонкой кишки вызывают ее некроз на различном протяжении за короткое время.

Внутристеночного – при обтурационной форме и в большинстве случаев спаечной кишечной непроходимости, с преобладанием интрамуральных и микроциркуляторных расстройств, которые прогрессируют по мере расширения тонкой и толстой кишок проксимальнее уровня препятствия. Нарушения кровообращения в кишечной стенке усугубляются значительным повышением внутрибрюшного давления вследствие дилатации кишечника.

- Деструктивные изменения слизистой оболочки кишки в результате ишемии (преимущественно проксимальнее уровня препятствия).
- Повреждение аппарата пристеночного пищеварения (гликокаликса и микроворсинок).
- Некробиоз мышечной оболочки и интрамуральных нервных структур (прогрессивное ухудшение моторной и эвакуаторной функции кишечника).
- Парез кишечника с накоплением большого количества застойного жидкого содержимого, с чрезмерной дилатацией кишечных петель.
- Интенсивный рост патогенной микрофлоры, включая анаэробную, в просвете кишечника с колонизацией проксимальных отделов тонкой кишки аллохтонными микроорганизмами.
- Цитотоксический эффект, этой флоры и продуктов ее жизнедеятельности (экзо- и эндотоксины) с проникновением в кровеносные и лимфатические сосуды, а также в свободную брюшную полость (феномен бактериальной транслокации), и развитием перитонита, эндогенной интоксикации, абдоминальной формы сепсиса.

Клинические проявления острой кишечной непроходимости можно разделить на две группы.

Первую группу – составляют признаки неблагополучия в животе.

Вторую группу – общие неспецифические симптомы, обусловленные дегидратацией, гиповолемией и эндотоксикозом.

Местные признаки острой кишечной непроходимости являются основой для постановки своевременного и правильного диагноза.

Характер и выраженность симптоматики зависят от формы непроходимости, ее уровня и стадии патологического процесса.

Клинические симптомы и синдромы

Боль в животе у **99,6%** больных

- отчетливо выраженный схваткообразный характер (**46,4%**)
- постоянные и достаточно острые (**39%**)
- разлитые с нарастающим характером (**16%**).

Жажда

Рвота

Задержка отхождения газов

Задержка стула

Вздутие живота

47-65%

(в ранней стадии
заболевания)

100%

(при продолжительности
более 48 часов)

Данные физикального обследования

- Общее состояние тяжёлое.
- Больные беспокойны, часто принимают вынужденное положение.
- Температура тела в начале заболевания субфебрильная или нормальная.
- Сухость кожных покровов и слизистых,
- Заострение черт лица
- Тахикардия и гипотония.
- Язык сухой, покрыт бурым налётом. В терминальной стадии появляются трещины слизистой, афты.

Данные физикального обследования

- Вздутие живота. Нередко наличие асимметрии, при толстокишечной непроходимости. Живот может принимать "**перекошенный**" вид симптомом «**косопузие**». При высокой тонкокишечной непроходимости вздутие живота может отсутствовать, а при низкой тонкокишечной непроходимости - симметричное вздутие живота.
- Видимая перистальтика кишечника
- Громкая перистальтика, слышимая на расстоянии, с последующей гробовой тишиной.
- Снижение диуреза



СИМПТОМ
«КОСОПУЗИ»

Симптомы при острой кишечной непроходимости:

- Вздутая петля кишки определяемая пальпаторно, с высоким тимпанитом над ней (**симптом Валя**);
- Тимпанический звук с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки (**симптом Кивуля**);
- Шум плеска при сотрясении (**симптом Гиппократа**);
- Шум плеска в кишечнике при аускультации (**симптом Склярлова**);
- Шум падающей капли при аускультации (**симптом Спасокукоцкого**);
- Баллонообразное расширение ампулы прямой кишки и зияние заднепроходного отверстия (**симптом Обуховской больницы**);
- Кровь в кале или окрашенная кровью слизь в сочетании со схваткообразными болями в животе и тенезмами (**симптом Крювелье при инвагинации**).

Диагностика острой кишечной непроходимости

✓ Лабораторные исследования

- общеклинический анализ крови: лейкоциты, гематокрит, лейкоцитарный индекс интоксикации;
- биохимический анализ крови: электролиты (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Cl^-). билирубин, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, АлАТ, АсАТ, ЛДГ, рН

✓ Инструментальные исследования

- обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости;
- энтерография (исследование пассажа бариевой взвеси по кишечнику: пероральная, зондовая)
- ирригоскопия
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости;
- фиброколоноскопия
- МРТ
- КТ

Лабораторные признаки

- ✓ Уменьшение ОЦК;
- ✓ Гемоконцентрация;
- ✓ Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- ✓ Увеличение СОЭ;
- ✓ Гипопротеинемия;
- ✓ Повышение трансаминаз;
- ✓ Повышение билирубина;
- ✓ Повышение мочевины и остаточного азота крови;
- ✓ Повышение протромбина крови;
- ✓ Снижение уровня электролитов в крови (K^+ , Na^+ , Cl);
- ✓ Ацидоз.

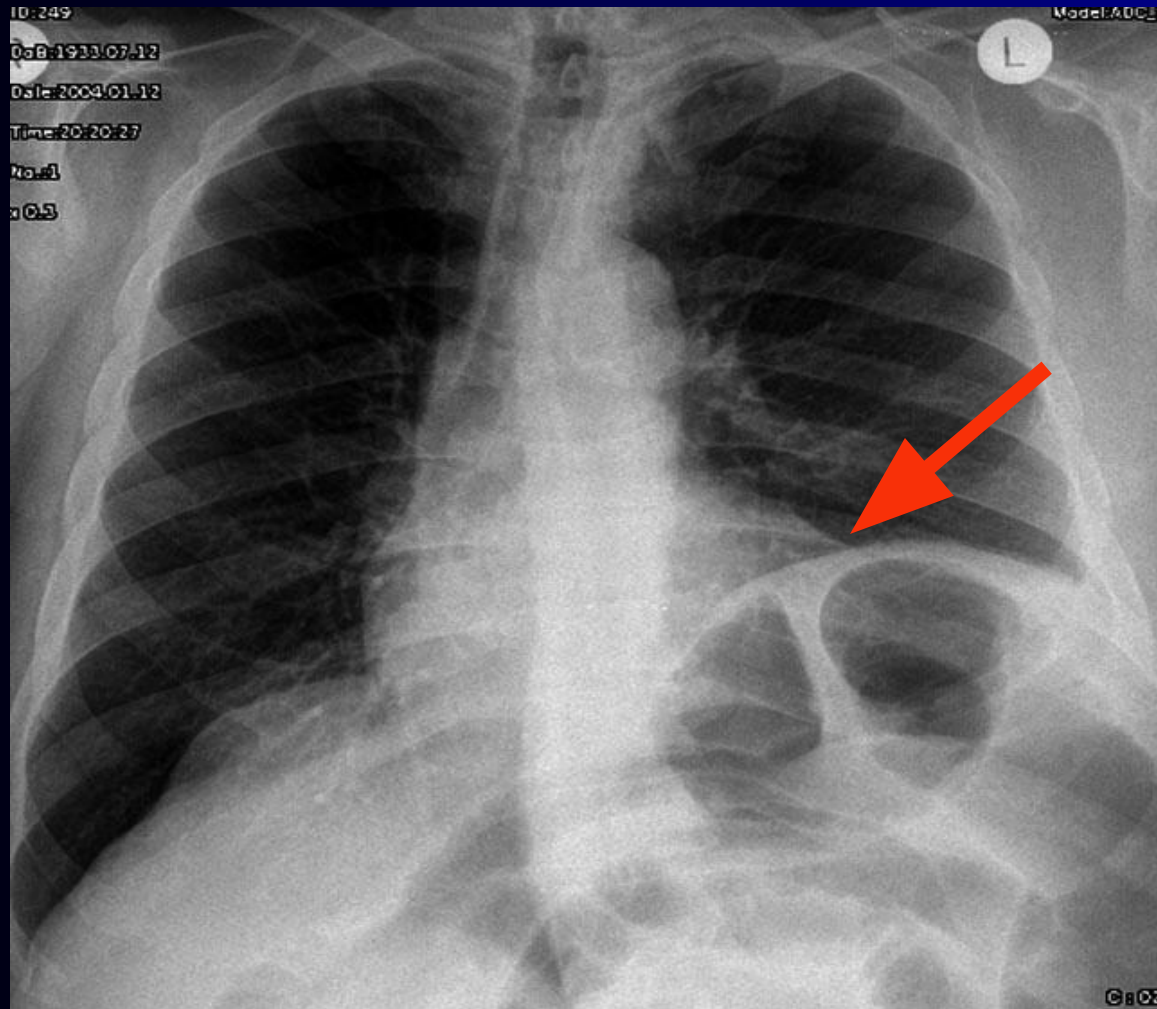
Обследование с целью обоснования окончательного диагноза предусматривает выполнение обзорной рентгенографии живота, которая является диагностическим стандартом при острой кишечной непроходимости.

Полученные данные должны сопоставляться с клинической симптоматикой, поскольку рентгенологическая картина острой кишечной непроходимости в значительной степени зависит от ее уровня.

Рентгеновское исследование необходимо начинать с обзорной рентгеноскопии груди.

Высокое стояние диафрагмы в сочетании с ограничением ее подвижности, а также наличие дисковидных ателектазов в базальных сегментах легких являются типичными косвенными признаками пареза кишечника и обусловленного им значительного повышения внутрибрюшного давления.

Обзорная рентгенография грудной полости



Высокое стояние
диафрагмы

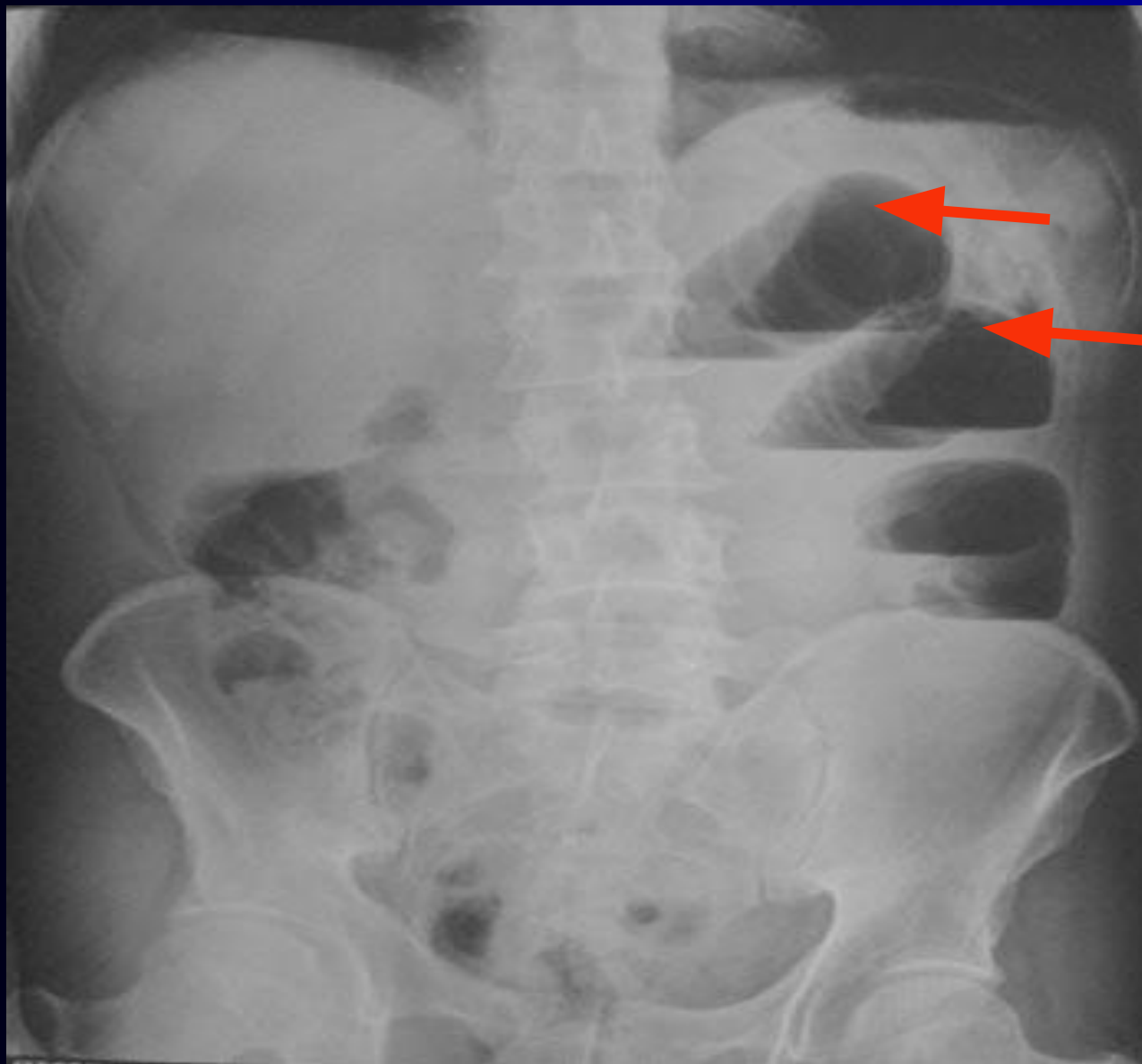
Важнейшими рентгенологическими симптомами острой кишечной непроходимости являются арки и чаши Клойбера (скопление газа над уровнями жидкости) и поперечная исчерченность петель тонкой кишки (признак Кейси).

При тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера располагаются преимущественно в центральных отделах живота. Ширина уровня жидкости обычно превышает высоту газового пузыря. Арки возникают в тех случаях, когда петли кишки содержат значительно больше газа, чем жидкости.

Ценным диагностическим признаком тонкокишечной непроходимости является т. н. симптом "переливания" жидкости из одной петли в другую, что обусловлено сильными перистальтическими и антиперистальтическими сокращениями кишки выше уровня препятствия.

При рентгеноскопии эта картина выглядит в виде быстрого перемещения уровней жидкостей, своеобразного их "качания" по типу сообщающихся сосудов.

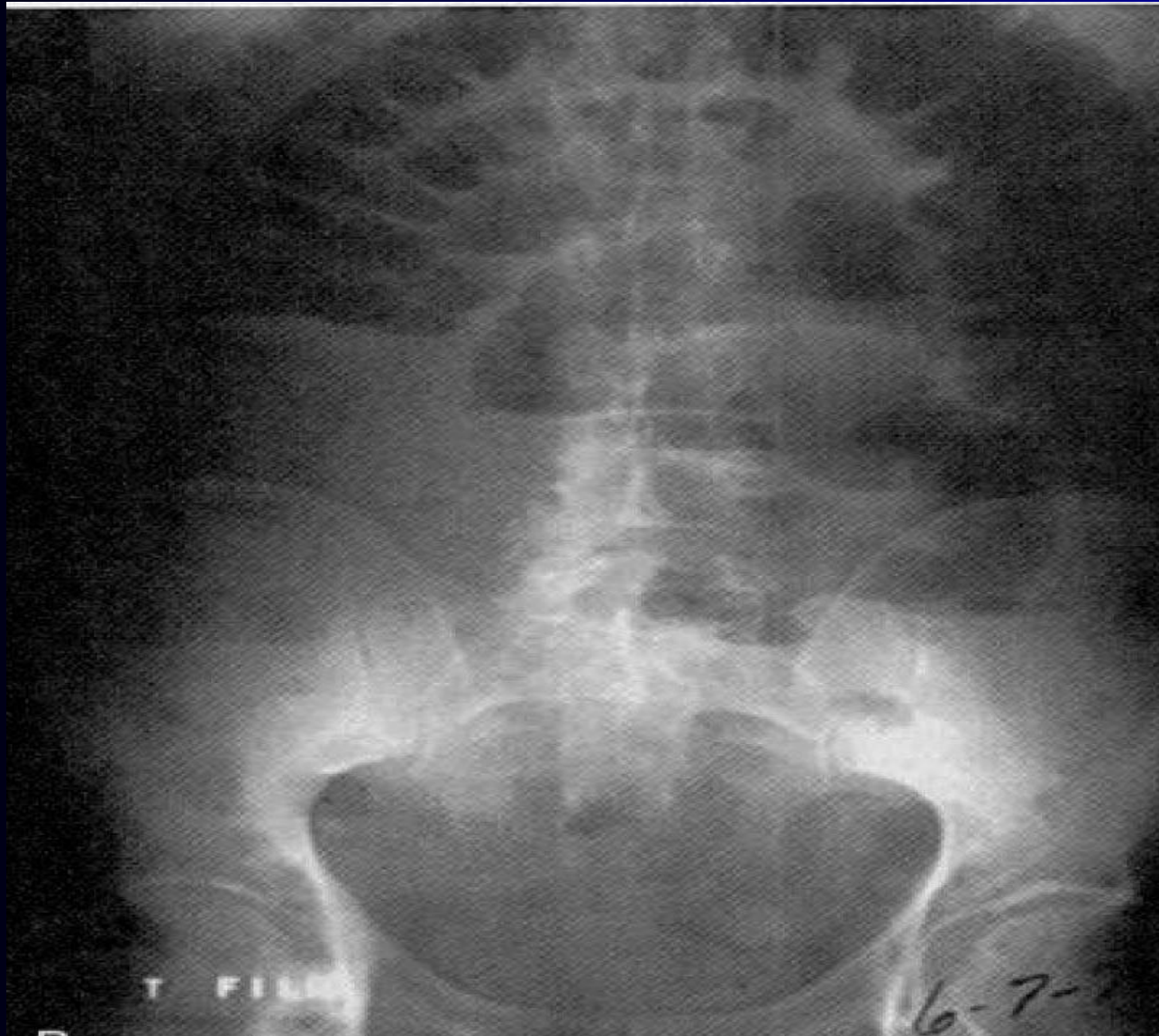
Обзорная рентгенография брюшной полости



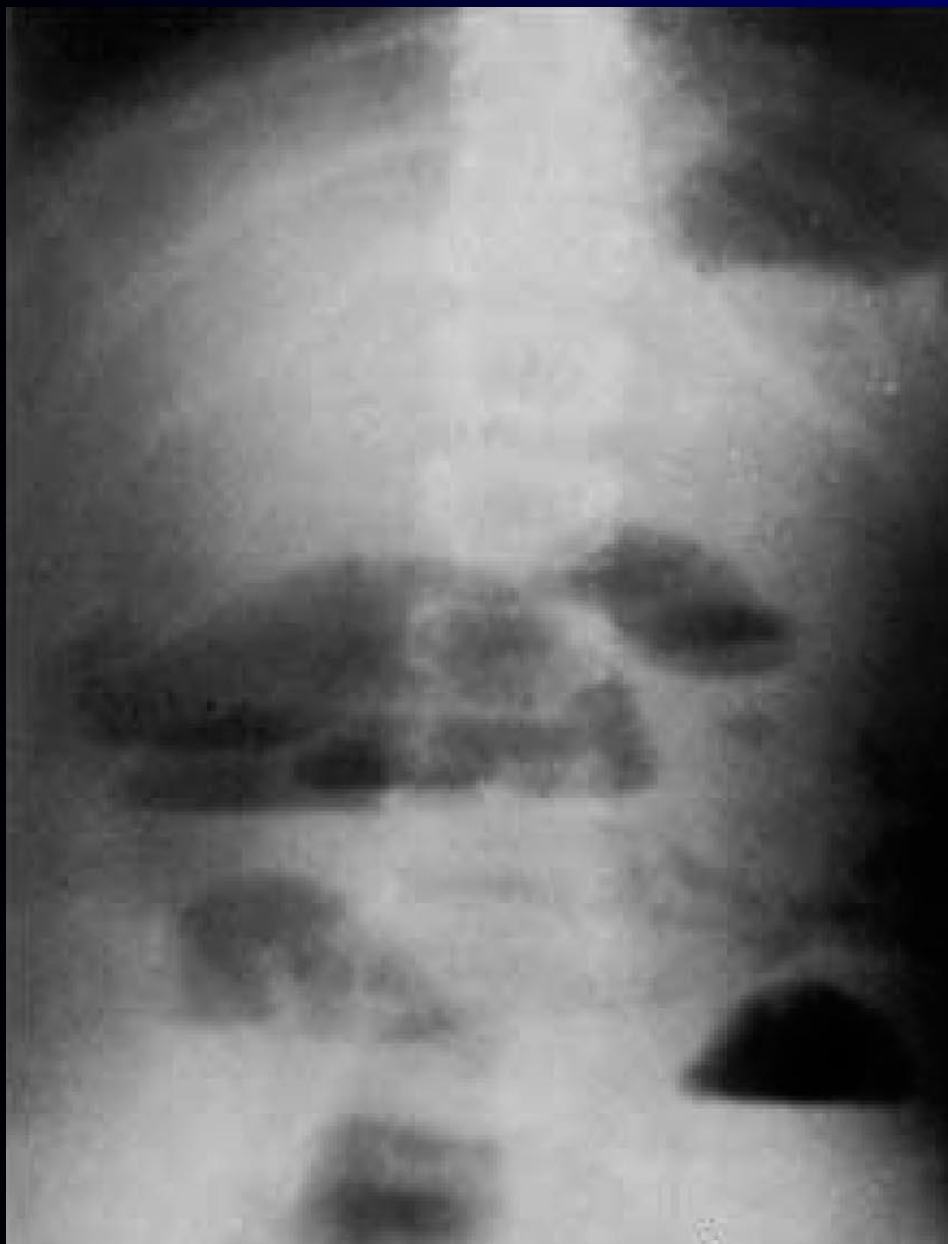
Чашки
Клойбера

Другой характерный рентгенологический признак тонкокишечной непроходимости - **симптом Кейси** - возникает в результате отека складок слизистой, которые выявляются на фоне газа, содержащегося в тонкой кишке, в виде поперечных полосок затенения, что создает своеобразную картину "**рыбьего скелета**". В подвздошной кишке, по сравнению с тощей, эти поперечные складки более редкие и прямые.

Обзорная рентгенография брюшной полости



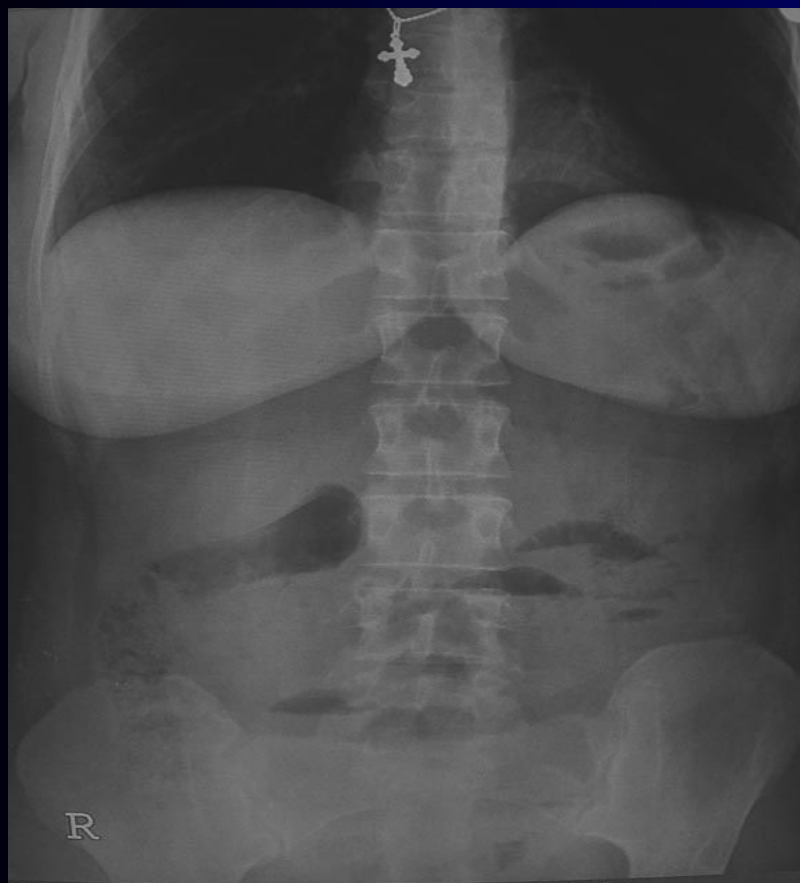
**Симптом Кейси
«рыбий скелет»**



Для механической тонкокишечной непроходимости характерны отсутствие газа или очень малое его количество в толстой кишке при рентгенологической картине пневматоза тонкой кишки.

Рентгеновское обследование живота в процессе наблюдения за больными с подозрением на острую кишечную непроходимость должно повторяться примерно через 1 час. Особенно это важно в тех случаях, когда предполагается спаечная болезнь брюшины. Отрицательная динамика рентгенологической картины в течение нескольких часов убедительно свидетельствует о развитии спаечной тонкокишечной непроходимости.

Обзорная рентгенография брюшной полости в динамике



Обзорная рентгенография брюшной полости



Толстокишечная непроходимость

Основная цель рентгенконтрастного исследования –

проследить в динамике пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке и тем самым подтвердить или исключить факт кишечной непроходимости. При пероральной энтерографии пациент обзорные снимки живота выполняются через 2, 4 и 6 часов. В норме контрастное вещество достигает слепой кишки за 4-6 часов, задержка бариевой массы в тонкой кишке более 6 часов с формированием т.н. депо контрастного вещества свидетельствует о наличии механической непроходимости.

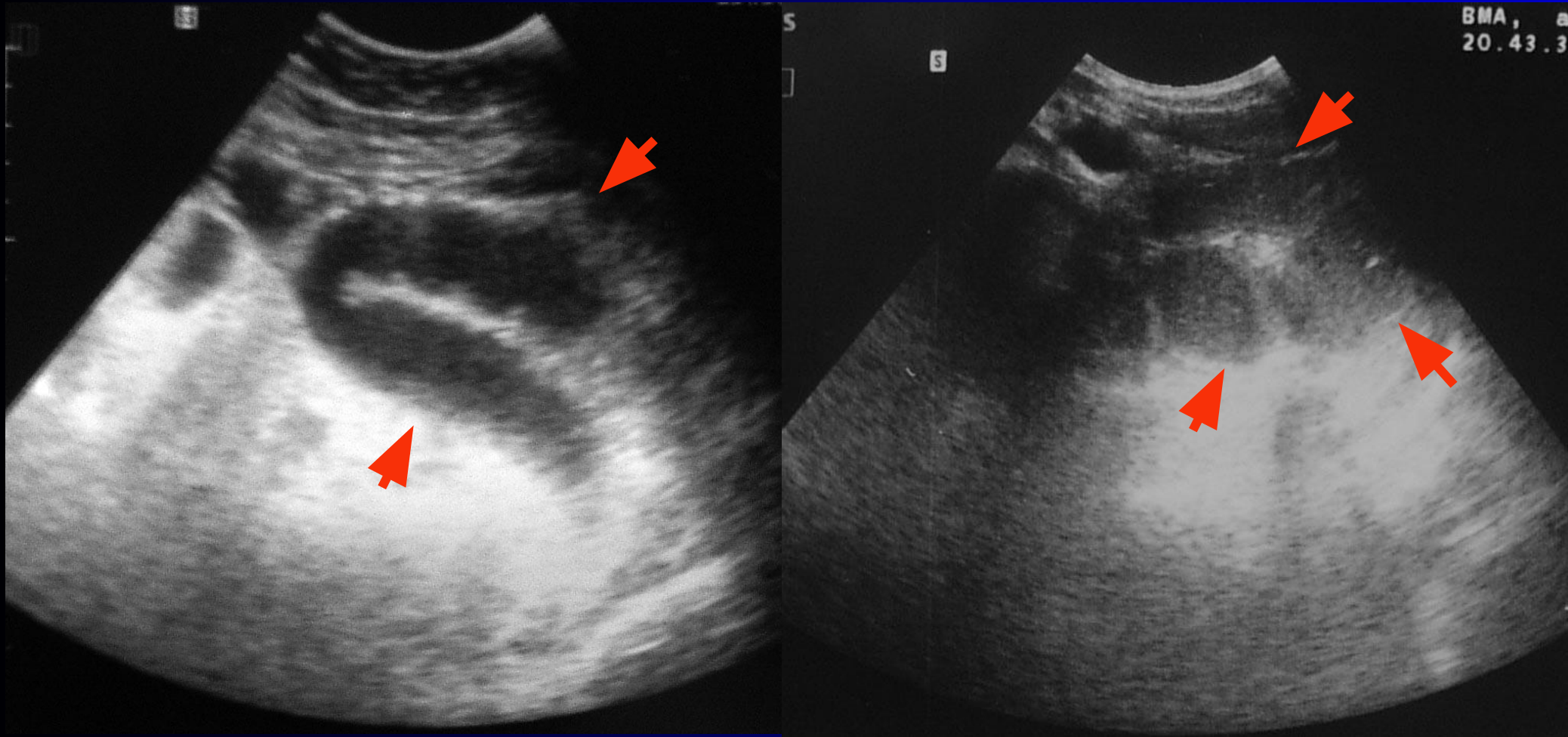
При зондовой энтерографии в нормальных условиях контрастное вещество определяется в слепой кишке в течение 2 часов. Таким образом, факт тонкокишечной непроходимости можно установить значительно быстрее, чем при пероральной энтерографии.

В настоящее время для диагностики острой кишечной непроходимости применяется УЗИ брюшной полости, с помощью которого можно определить наличие жидкости как в свободной брюшной полости, так и в отдельной кишечной петле.

Дополнительным методом исследования при подозрении на острую кишечную непроходимость является УЗИ.

- ширина просвета кишечных петель;
- состояние стенки кишки;
- характер перистальтики (маятникообразные движения кишечных петель);
- наличие свободной жидкости в брюшной полости.

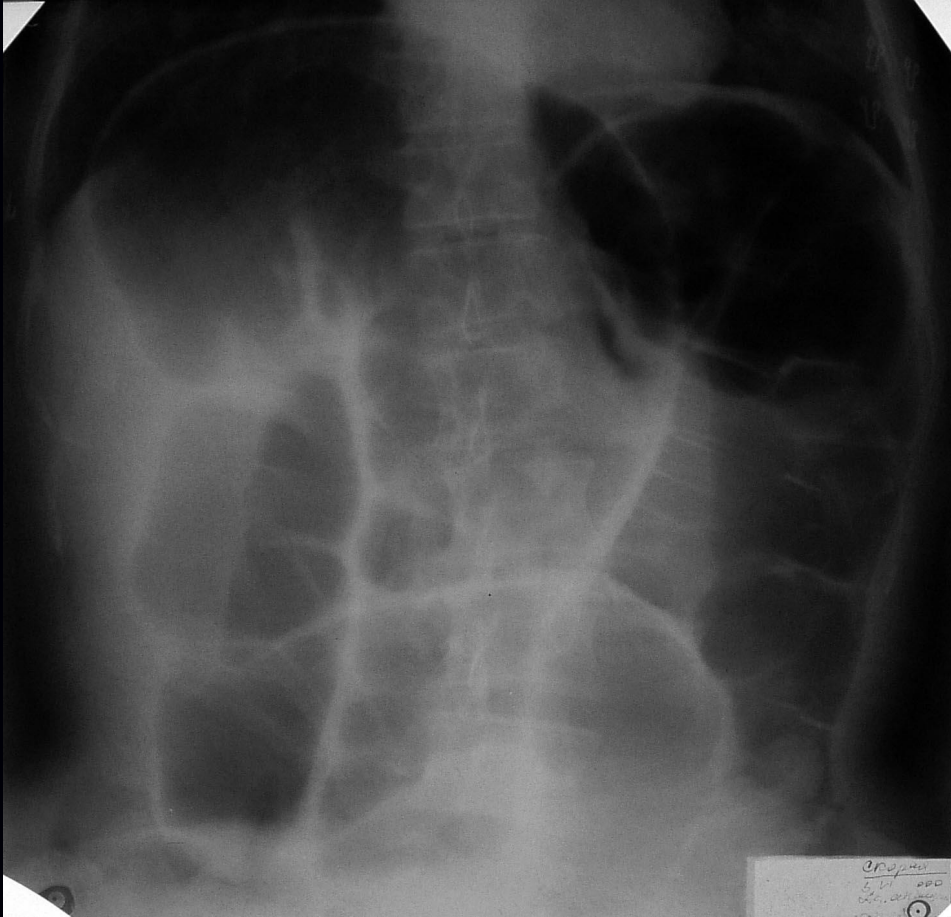
УЗИ брюшной полости



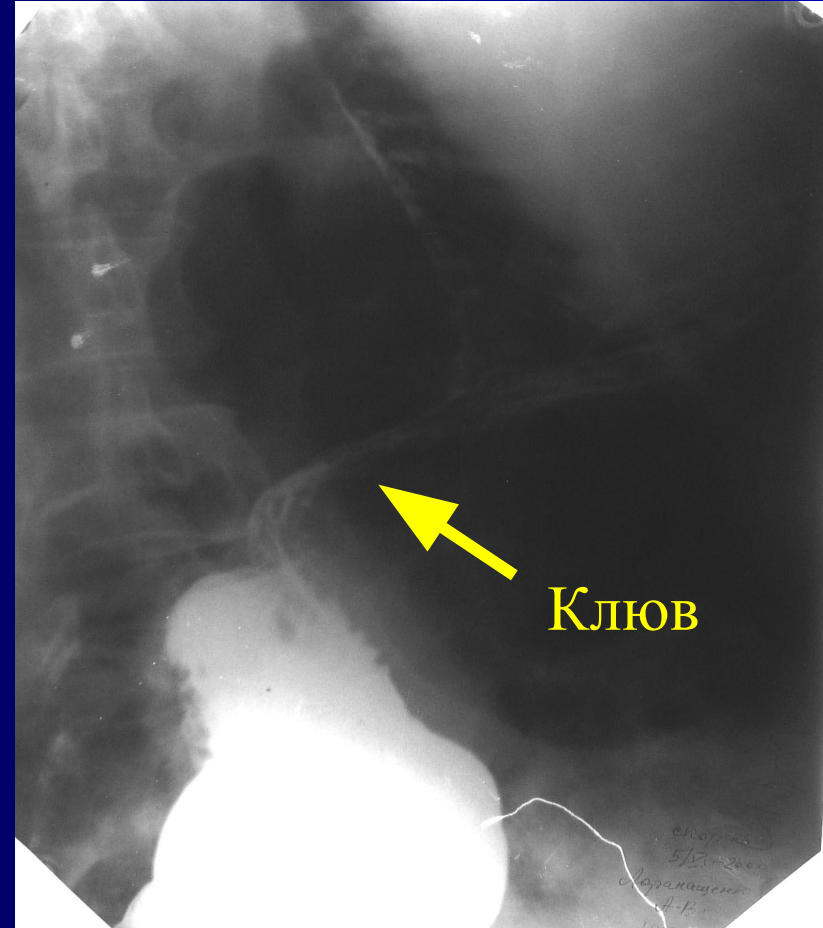
Дилатированная кишка

При непроходимости толстой кишки ирригоскопия позволяет установить уровень и причину непроходимости. На рентгенограммах можно обнаружить сужения и дефекты наполнения, обусловленные наличием опухоли в кишке, сужение дистального отдела сигмовидной кишки в виде "клюва" при её заворотах.

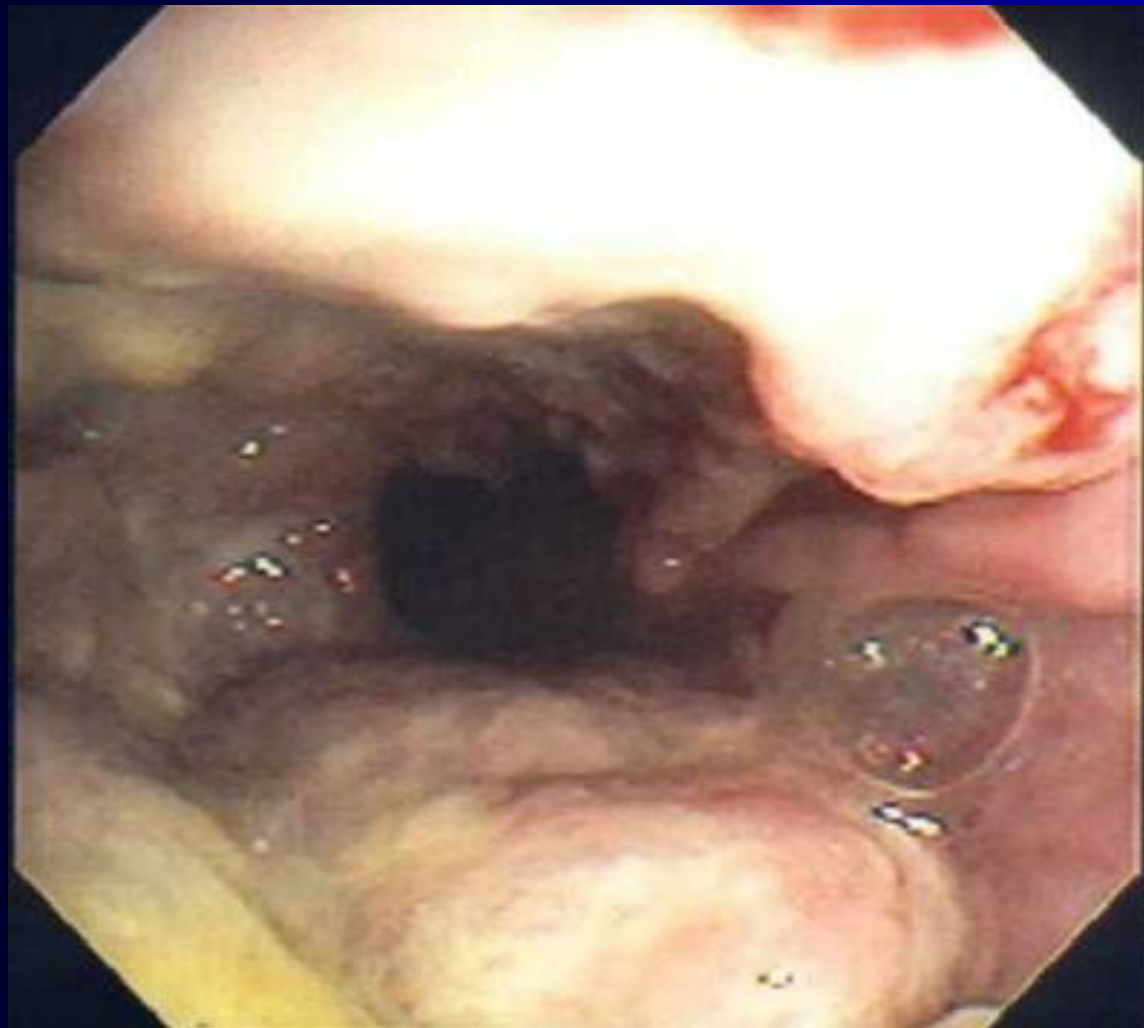
Заворот сигмовидной кишки



Обзорная рентгенография
брюшной полости



Ирригоскопия



В некоторых случаях с целью ранней диагностики непроходимости ободочной кишки и выяснения её причины применяют ректо-колоноскопию, рентгеноконтрастные методы исследования требуют определенного времени, что иногда может задержать оперативное вмешательство.

Лечение острой кишечной непроходимости должно быть патогенетическим и проводиться комплексно.

Результаты его находятся в прямой зависимости от сроков оказания помощи.

Все больные с острой кишечной непроходимостью или подозрением на нее должны быть немедленно госпитализированы в хирургическое отделение, где уточняют или подтверждают диагноз, проводя дифференциальную диагностику с возможной другой острой патологией брюшной полости и прежде всего уточняется характер имеющейся непроходимости.

При **странгуляционной непроходимости**, завороте или инвагинации консервативное лечение возможно лишь с целью предоперационной подготовки из-за опасности потери времени и угрозы, нарушения жизнеспособности кишки. Консервативная терапия проводится также до установления окончательного диагноза. При этом нецелесообразно **использование новокаиновых блокад, анальгетиков, особенно — наркотических**. Абсолютным противопоказанием к консервативному лечению являются признаки нарастающей интоксикации и перитонита. Основным методом лечения является хирургический.

Консервативная терапия

Проводится при сомнениях в диагностике острой кишечной непроходимости, а также если кишечная непроходимость развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций.

Консервативные мероприятия включают:

- двухстороннюю сакроспинальную блокаду на уровне Th5 - Th7;
- постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд;
- интенсивную инфузионную терапию с введением спазмолитических препаратов.

Предоперационная подготовка

- ✓ Опорожнение желудка зондом (постоянная аспирация желудочного содержимого);
- ✓ Очистительная или сифонная клизма до определившегося эффекта;
- ✓ Катетеризация мочевого пузыря с последующим контролем диуреза;
- ✓ Интенсивная корригирующая инфузионная терапия;
- ✓ Превентивная антибактериальная терапия (антибиотики широкого спектра действия);
- ✓ Спазмолитическая терапия;
- ✓ Антикоагулянтная терапия.

Сроки предоперационной подготовки совпадают со сроками допустимой консервативной терапии и не должна превышать 1,5-2 часа. При отсутствии эффекта от проводимого лечения - операция.

Задачи оперативного пособия

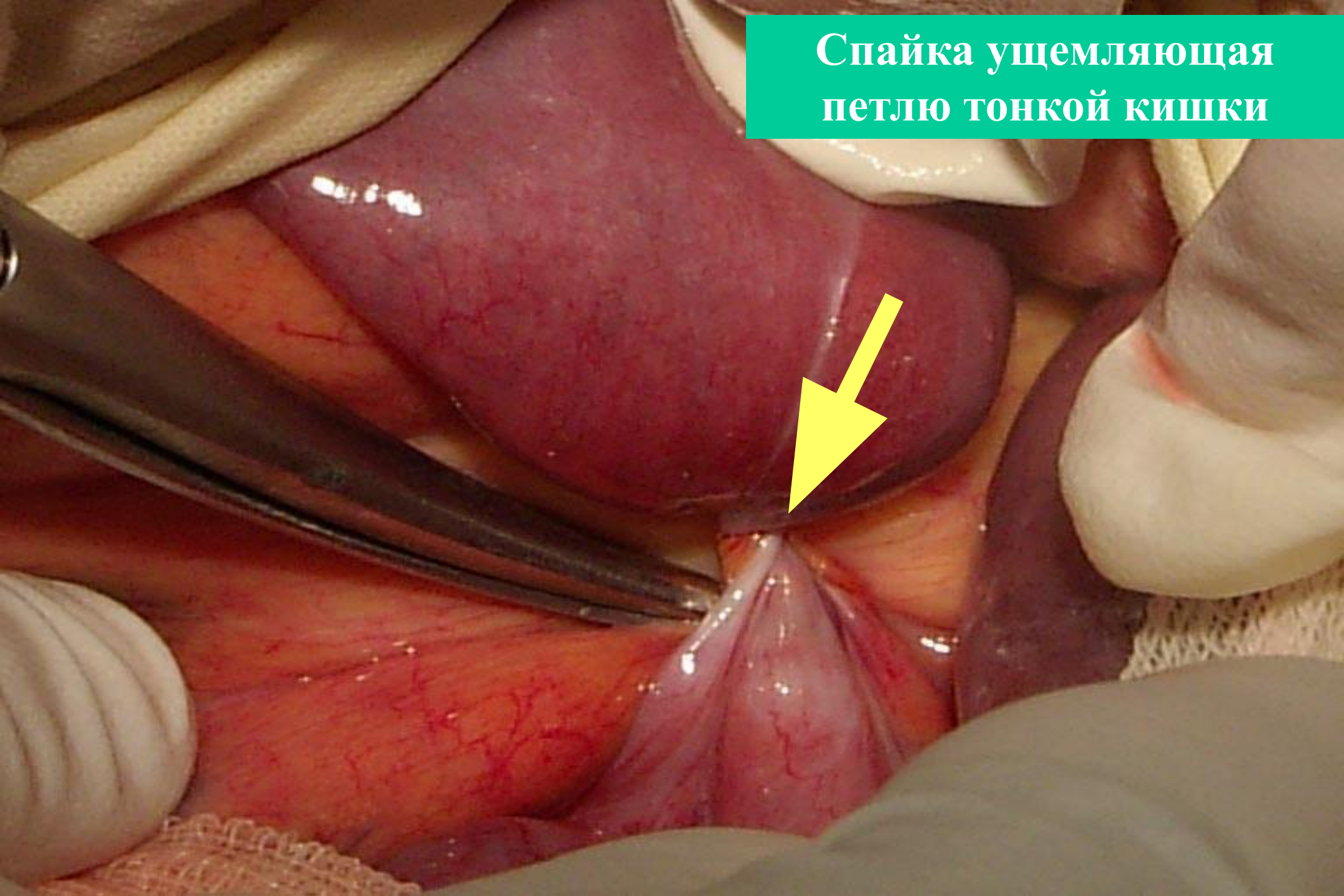
- Устранение причины кишечной непроходимости (рассечение спаек, удаление инородного тела, резекция кишки и т.п.).
- Борьба с перитонитом (санация и дренирование брюшной полости, дренирование (интубация) тонкой кишки);
- Проведение детоксикации (удаление содержимого тонкой кишки), дренирование грудного лимфатического протока, энтеросорбция, лимфосорбция, плазмоферез, гемосорбция, перитонеальный диализ), блокада брыжейки тонкой кишки;
- Профилактика сердечно-сосудистых, тромбоземболических и лёгочных нарушений;
- Борьба с печеночно-почечной недостаточностью.

Спаечная тонкокишечная непроходимость



**Раздутый приводящий и спавшийся отводящий
отделы тонкой кишки кишки**

Спайка ущемляющая
петлю тонкой кишки



**Спайки между петлями
тонкой кишки**



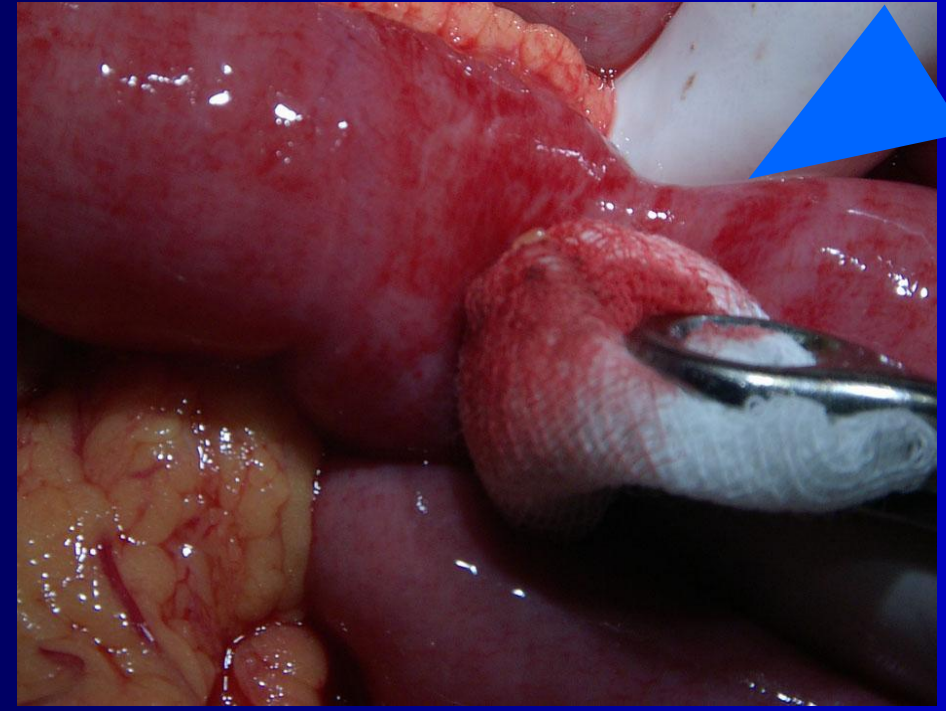
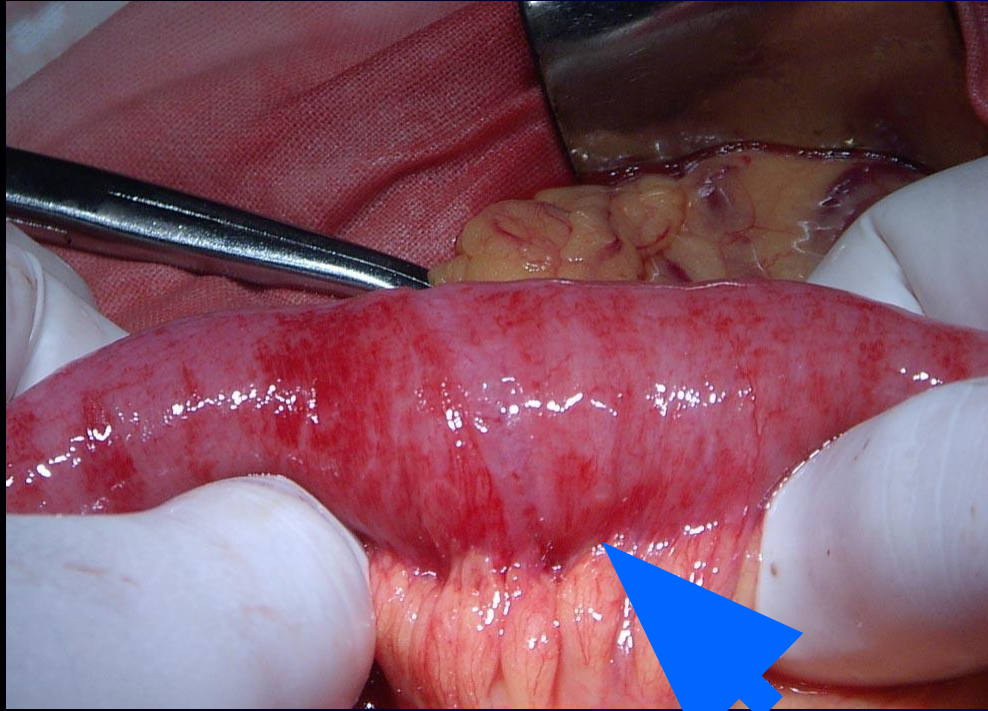


Выпот в брюшной полости

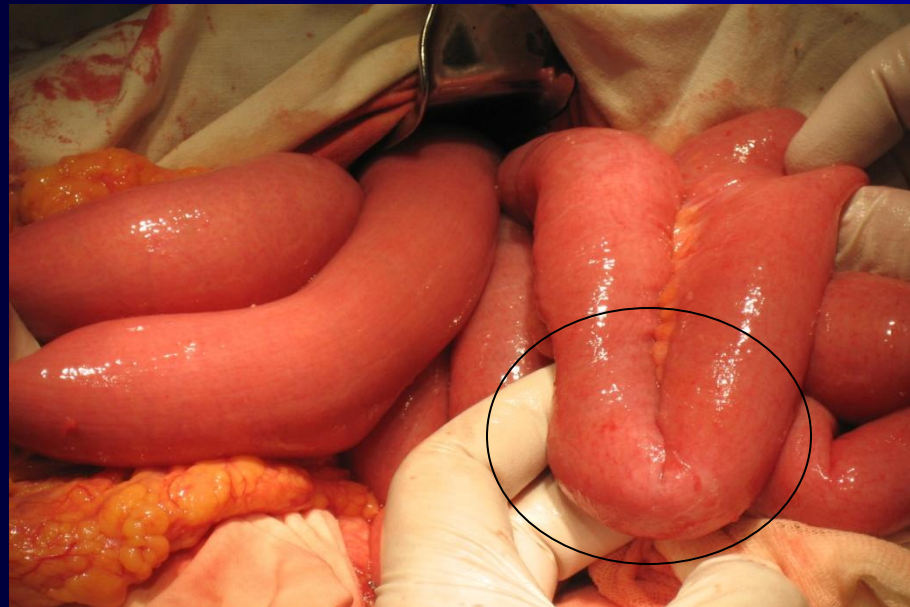
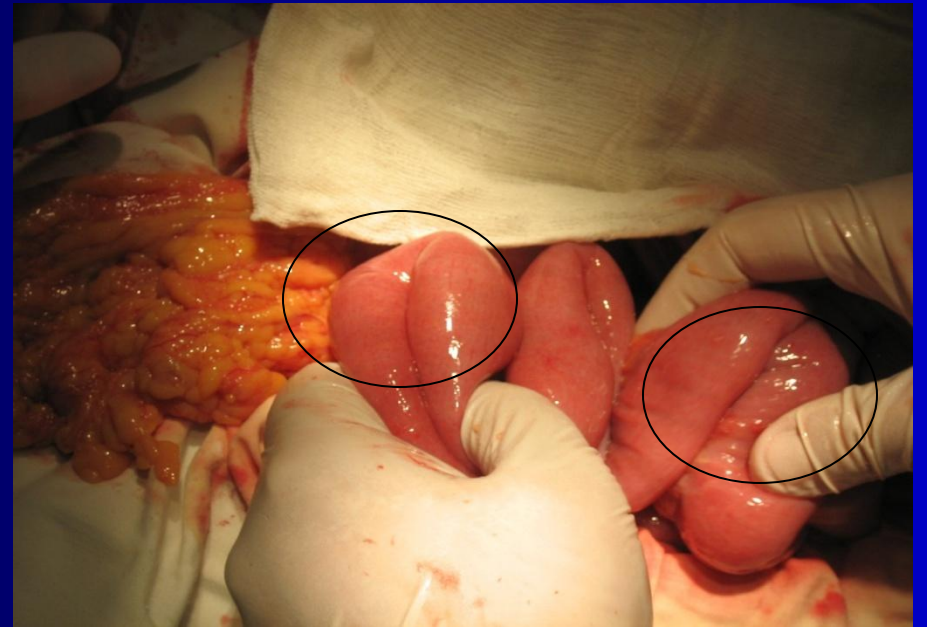
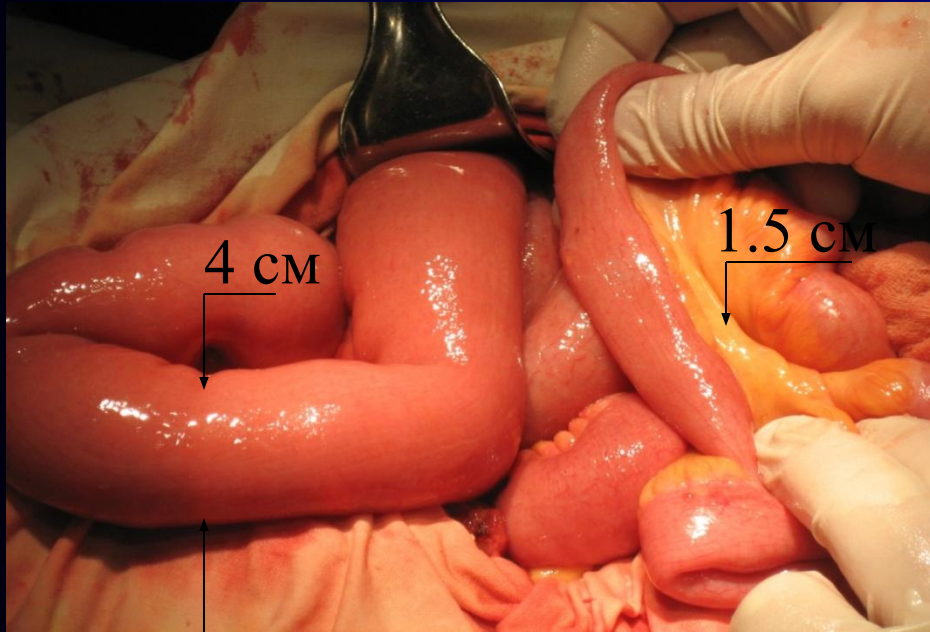
Спаечная тонкокишечная непроходимость



Раздутые петли тонкой кишки

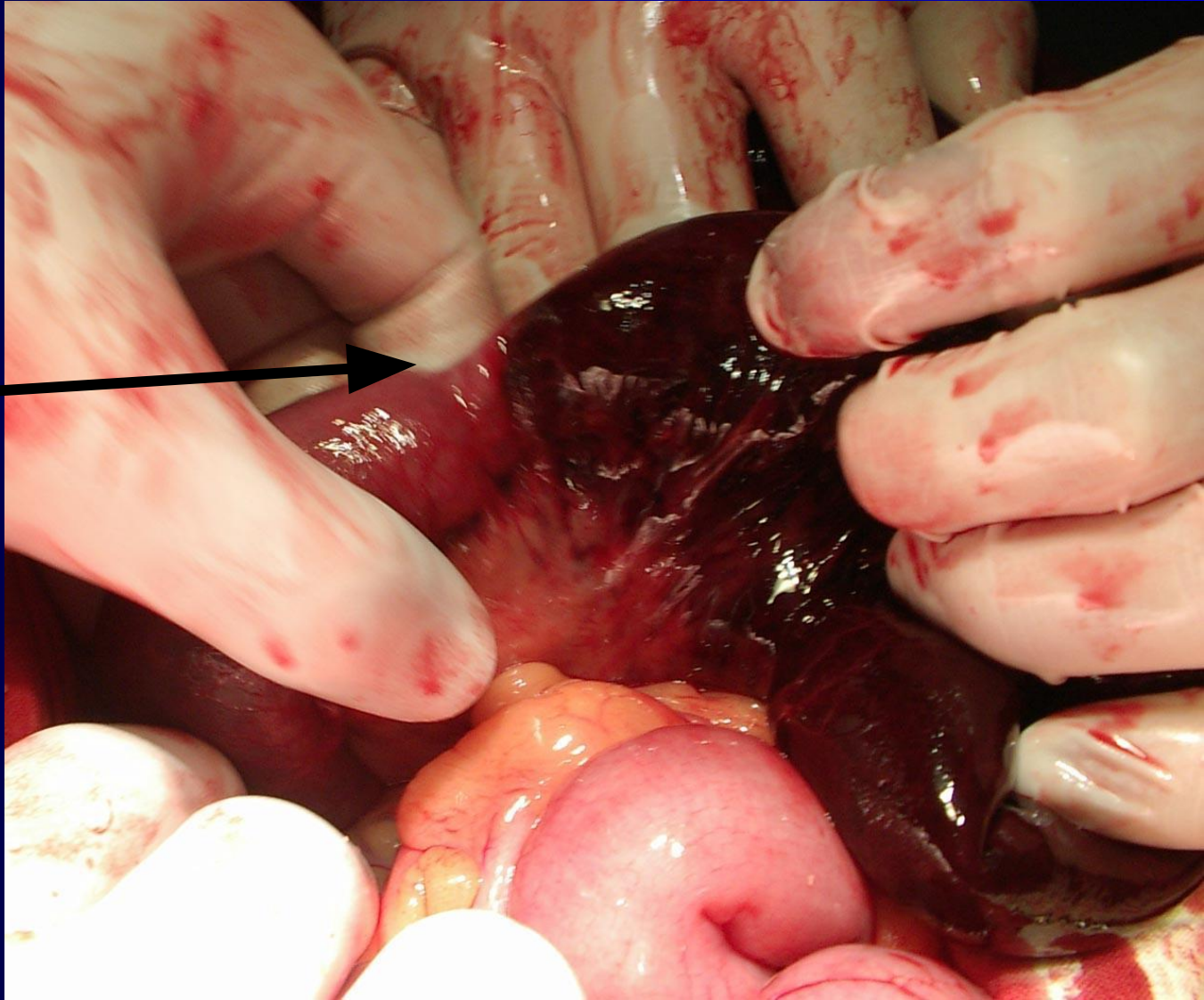


Странгуляционная борозда



Заворот тонкой кишки

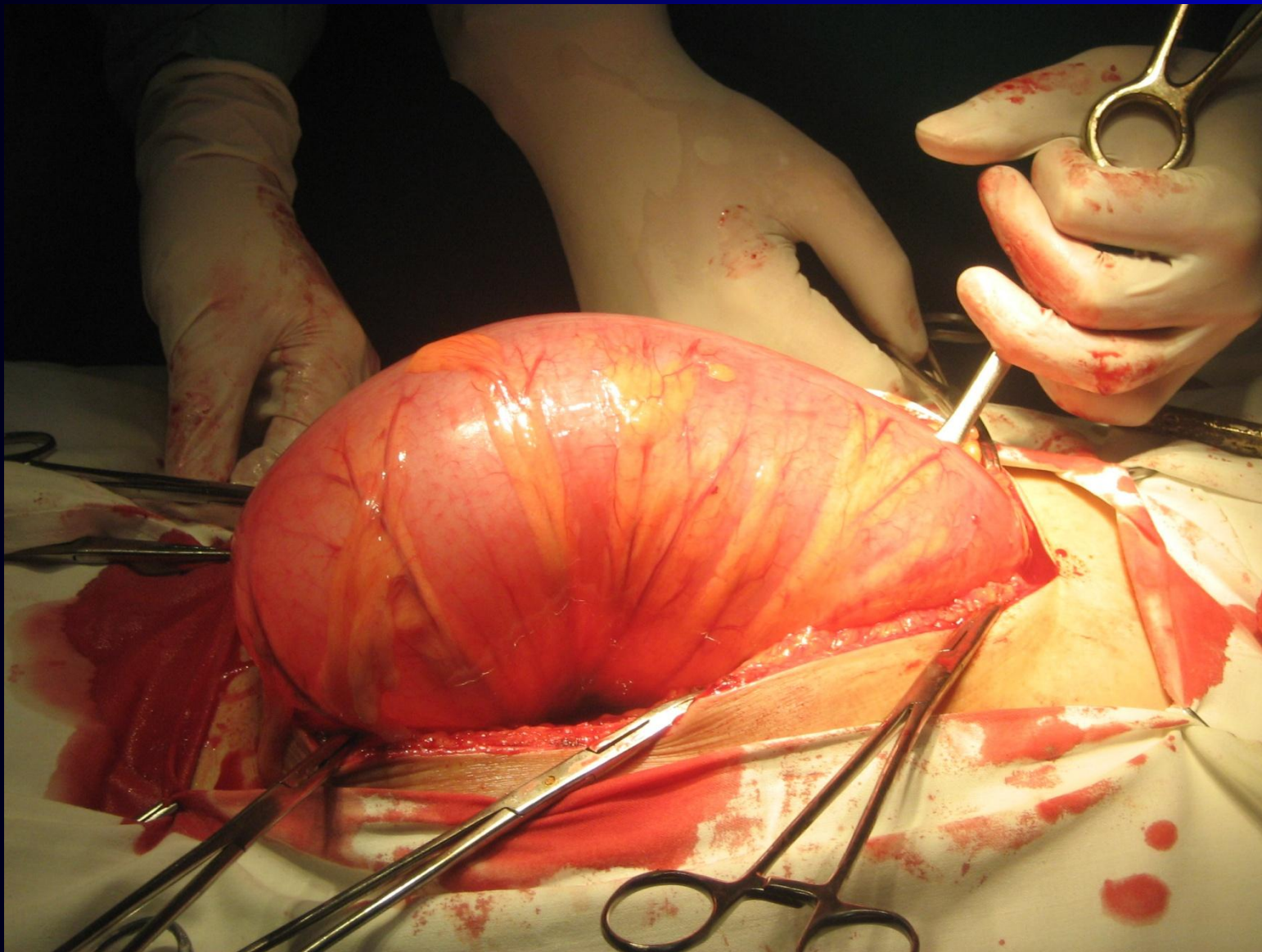
Странгуляционная
борозда



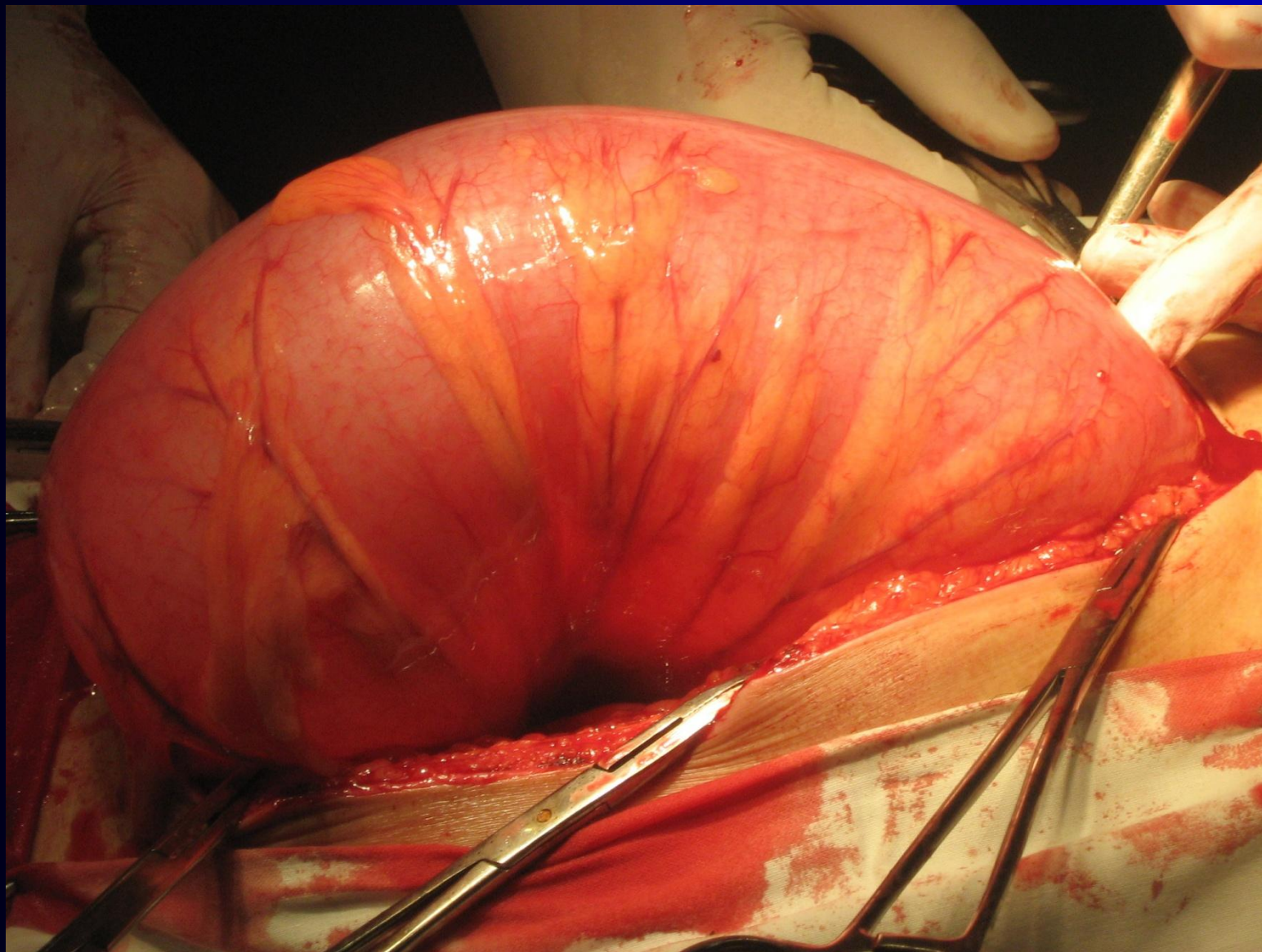
Заворот толстой кишки



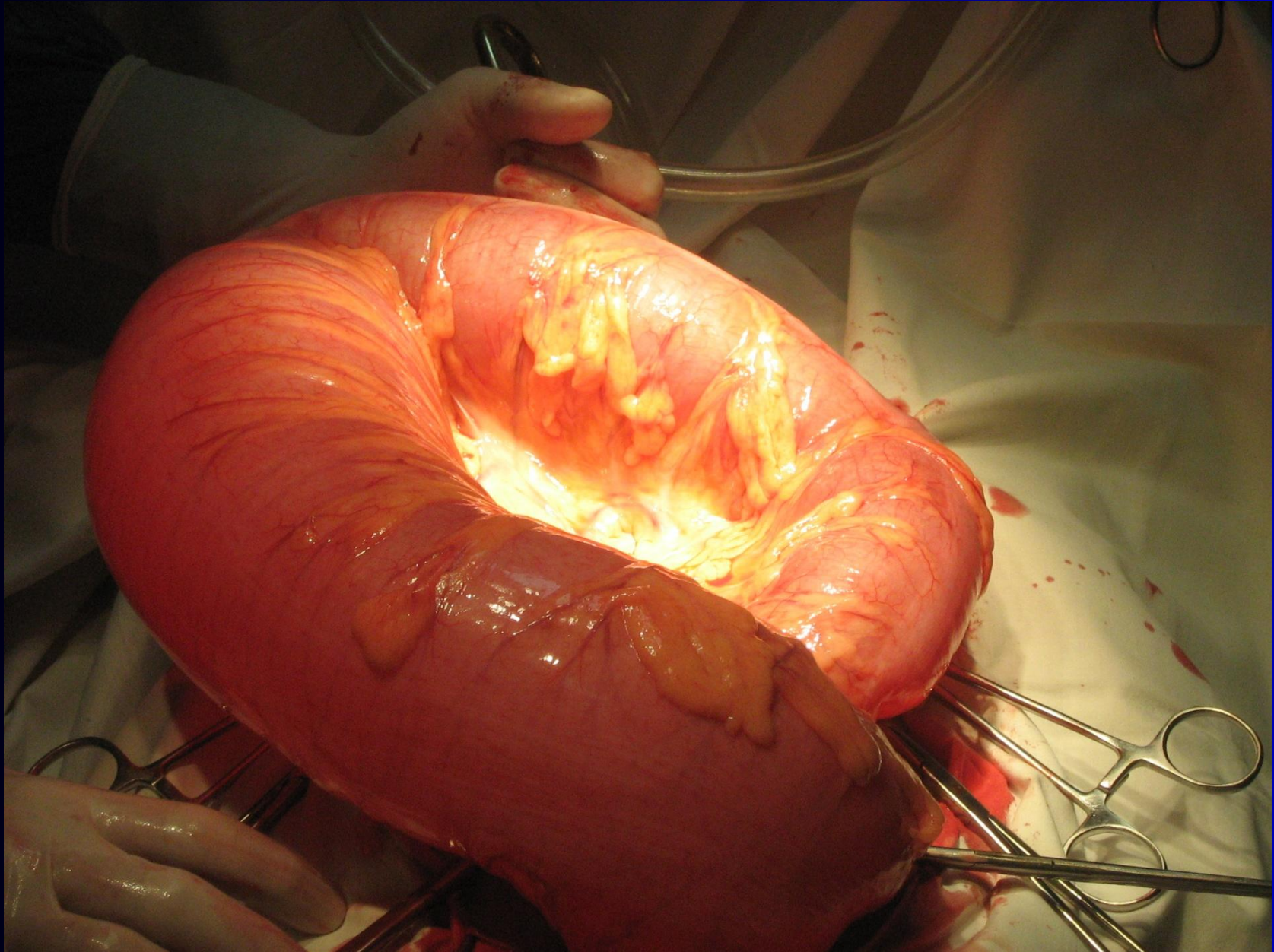
Заворот толстой кишки



Заворот толстой кишки



Заворот толстой кишки



Опухолевая толстокишечная непроходимость

**Раздутый приводящий и
спавшийся отводящий
отдел сигмовидной кишки**



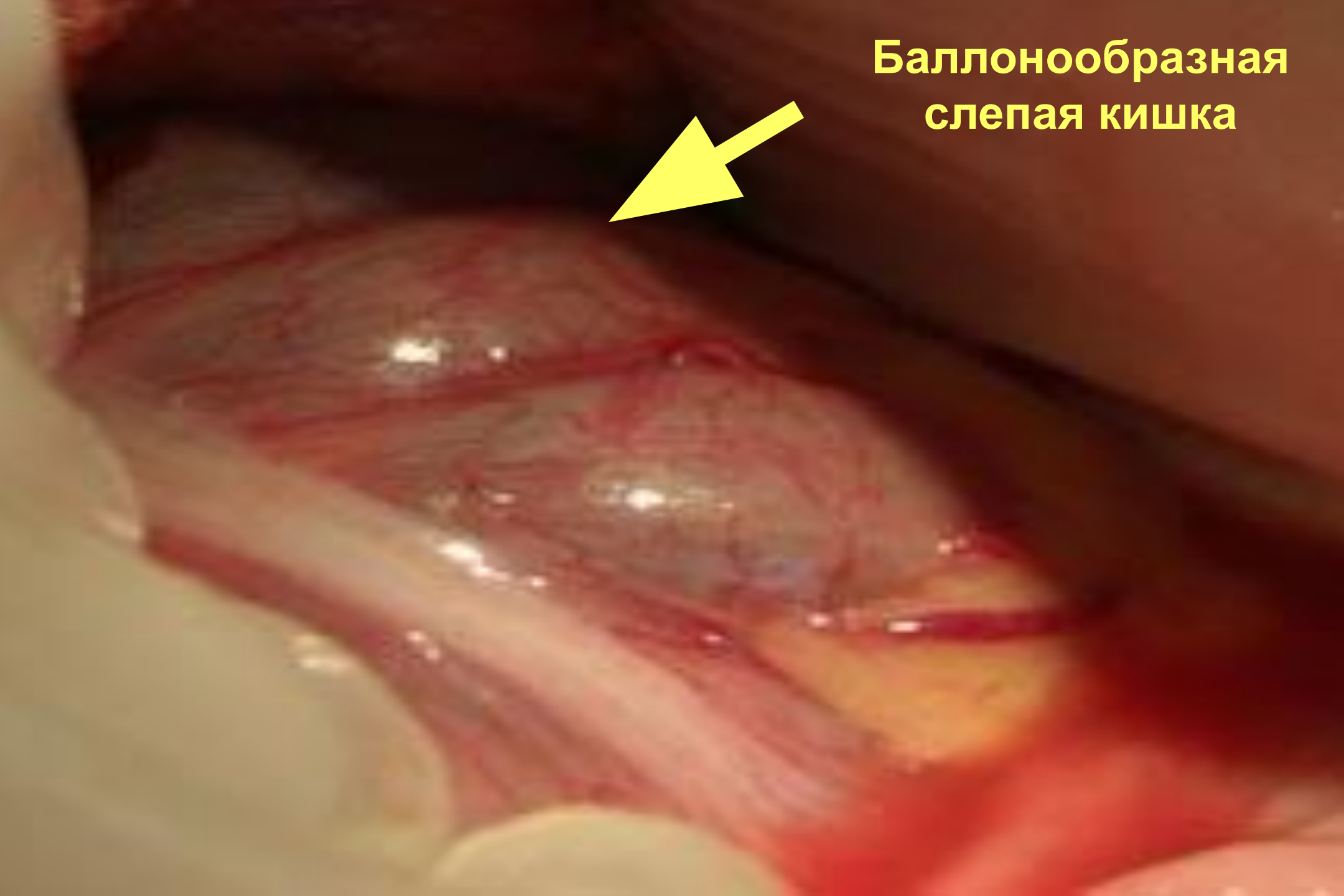


**Стенозирующая опухоль
сигмовидной кишки**

**Петли тонкой кишки
обычного диаметра**



**Баллонообразная
слепая кишка**

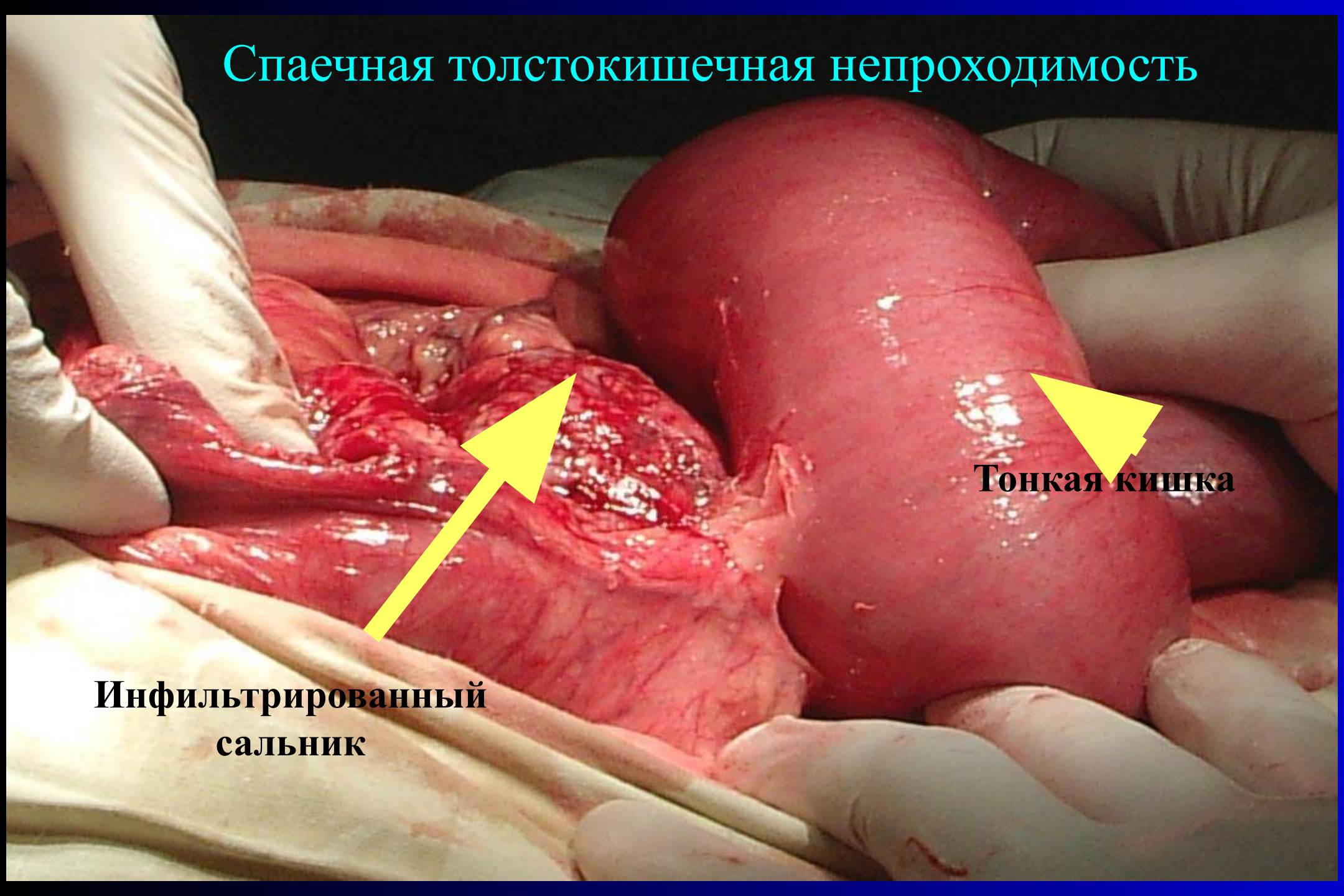




Опухоль

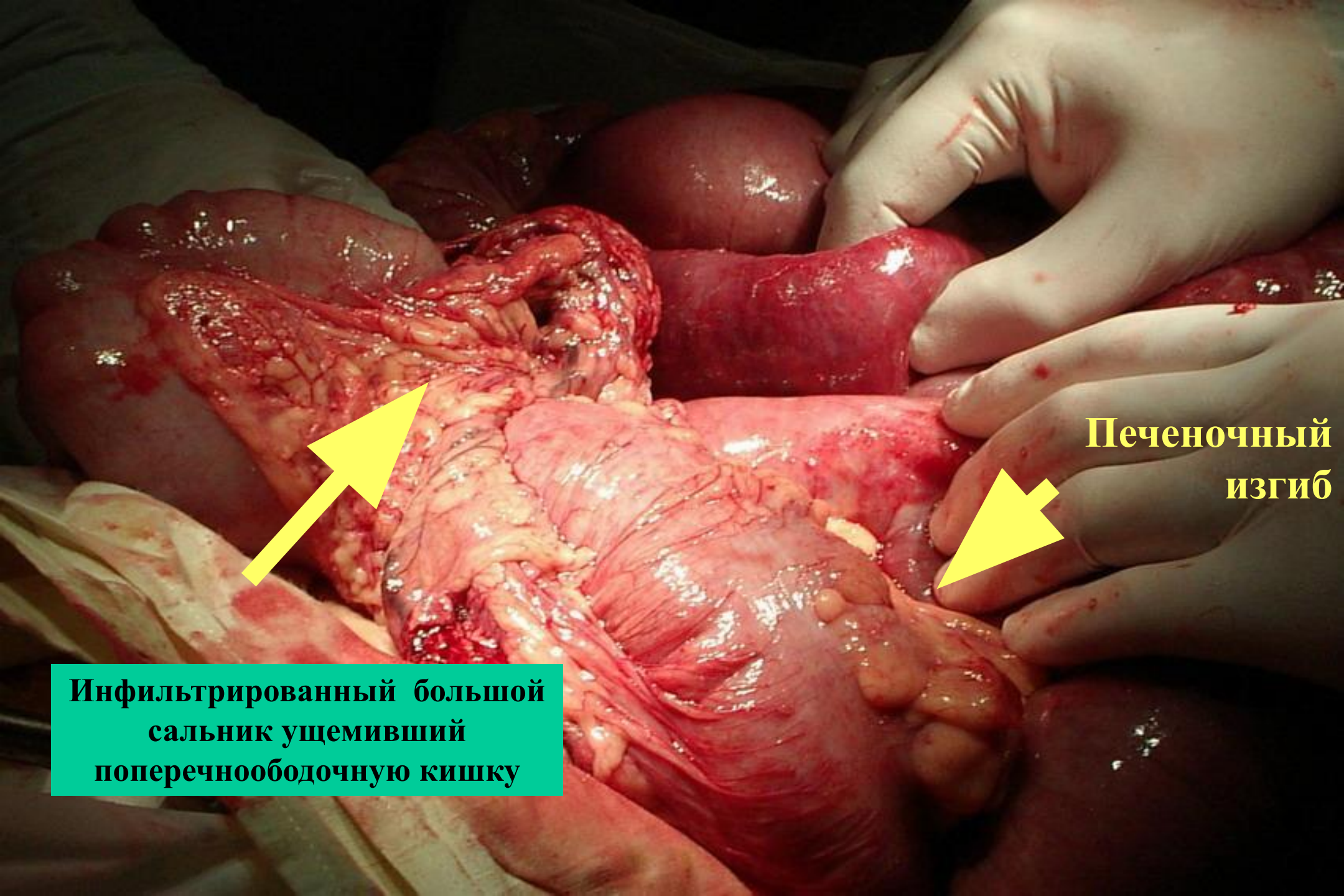
Макропрепарат сигмовидной кишки

Спаечная толстокишечная непроходимость



Тонкая кишка

**Инфильтрированный
сальник**



Инфильтрированный большой сальник ущемивший поперечноободочную кишку

Печеночный изгиб

A surgical photograph showing a section of the large intestine. The transverse colon is on the left, and the sigmoid colon is on the right. Two yellow arrows point to these structures. The text is in yellow. The overall scene is a surgical field with various tissues and structures visible.

**Поперечноободочная
кишка**

Сигмовидная кишка

**Раздутый приводящий (поперечноободочная) и
спавшийся отводящий (сигмовидная) отделы толстой
КИШКИ**



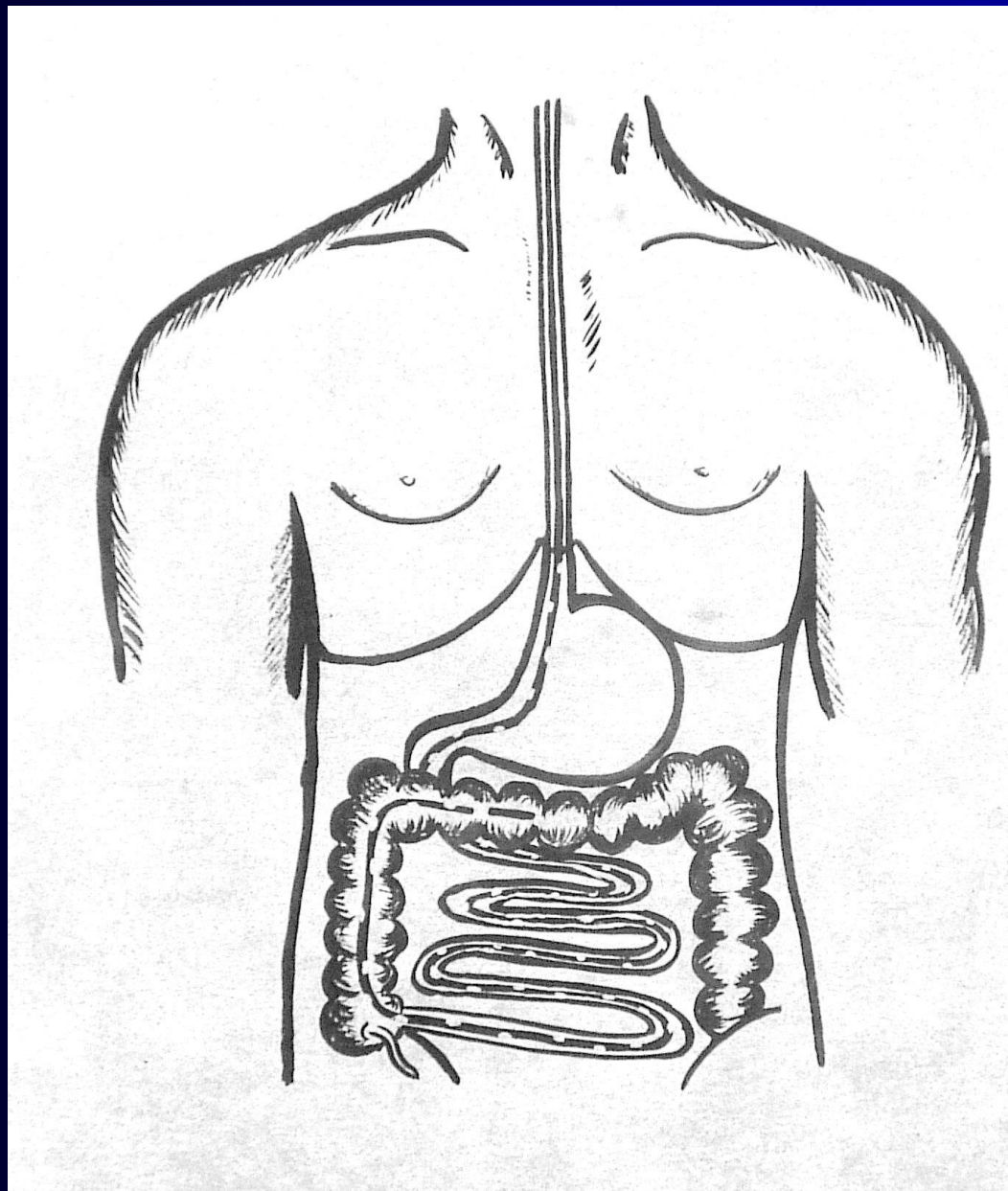
**Инфильтрированный
сальник**



Длительное дренирование желудка и тонкой кишки относится к важнейшим лечебным мероприятиям. Оно обеспечивает декомпрессию кишечника, создает условия для более быстрого восстановления его моторной и эвакуаторной функций, является одним из компонентов детоксикационной терапии и важным фактором профилактики ранней спаечной кишечной непроходимости.

Назогастроинтестинальная интубация — самый распространенный, эффективный и безопасный способ дренирования тонкой кишки. Другие варианты ее интубации применяются в настоящее время крайне редко и являются вынужденными (дренирование через гастростому по Ю.М. Дедереру, ретроградная интубация тонкой кишки через илеостому по И.Д. Житнюку).

Назогастроинтестинальная интубация



Показания к декомпрессии кишки

- Разлитой перитонит.
- Микроциркуляторные изменения в стенке кишки, но при сохраненной её жизнеспособности.
- Резекция участка кишки в условиях пареза и перитонита.
- Стойкий послеоперационный парез кишечника, не поддающийся корригирующей терапии.

Послеоперационная терапия

В основе программы послеоперационного интенсивного лечения лежит инфузионная терапия. Ее задачами являются восполнение объема циркулирующей жидкости, коррекция водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, энергетическое и белковое обеспечение.

Послеоперационная терапия

- ✓ Детоксикация (гемосорбция, лимфосорбция, энтеросорбция).
- ✓ Восстановление двигательной функции кишечника (дренирование и промывание кишечника; эпидуральная анестезия; прозерин; электростимуляцию кишечника).
- ✓ Адекватное обезболивание
- ✓ Антибактериальная терапия
- ✓ Аспирация содержимого из желудка и тонкой кишки.
- ✓ Коррекция микроциркуляторных расстройств (инфузионная терапия, эпидуральная блокада)
- ✓ Иммунокоррекция.
- ✓ Профилактика тромбоэмболических нарушений
- ✓ Кардиотропная терапия
- ✓ Противоязвенная терапия,
- ✓ Коррекцию реологических свойств крови.

Стандарты хирургической тактики при острой кишечной непроходимости

1. Операция должна выполняться под общим обезболиванием трехврачебной бригадой.
2. На этапе лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости и определения плана операции обязательно участие ответственного дежурного хирурга.
3. При любой локализации непроходимости оперативный доступ – срединная лапаротомия.

4. Операции предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины кишечной непроходимости;
- устранение морфологического субстрата (причины) кишечной непроходимости;
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний и выбор метода дренирования желудочно-кишечного тракта;
- санация и дренирование брюшной полости .

5. Независимо от причины и уровня непроходимости должна быть выполнена ревизия всей тонкой и толстой кишки.

6. Устранение непроходимости является главным и наиболее сложным этапом вмешательства. Он осуществляется наименее травматичным способом, при этом соблюдаются условия и правила профилактики возможных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

7. Жизнеспособность кишки оценивается по:

- цвету,
- наличию или отсутствию отека и распространенных кровоизлияний в кишечной стенке,
- степени перистальтической активности,
- характеру сократительной реакции кишки в ответ на ее механическое раздражение,
- состоянию крупных и пристеночных брыжеечных сосудов.

В сомнительных случаях диагностическое значение имеет положительная динамика после введения в брыжейку кишки теплого 0,5% раствора новокаина. Если сомнения в жизнеспособности кишки продолжают оставаться, то принимается решение о ее резекции. Темно-синюшная окраска кишечной стенки, ее стекловидный отек, отсутствие каких-либо сократительных движений и пульсации пристеночных сосудов пораженного сегмента кишки убедительно свидетельствуют о развитии необратимых изменений.

8. Стандарты резекции кишки:

35-40 см в сторону приводящего отдела от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки, в сторону отводящего отдела на 20-25 см.

Исключение резекции вблизи связки Трейца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения. При этом обязательно учитываются такие признаки как кровотечение из сосудов стенки при ее пересечении и нормальная окраска слизистой оболочки. Возможно, также, использование трансиллюминации или других объективных методов оценки кровоснабжения кишки.

9. Показаниями к дренированию тонкой кишки служат:

перерастяжение кишечных петель выше уровня препятствия;
разлитой перитонита в токсической и терминальной фазах;
обширный спаечный процесс в брюшной полости.

10. При толстокишечной опухолевой непроходимости выполняются одноэтапные или двухэтапные операции в зависимости от стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений кишечной непроходимости.

Выполнение неотложной правосторонней гемиколэктомии при отсутствии перитонита допустимо завершать наложением первичного илеотрансверзоанастомоза.

При кишечной непроходимости вызванной опухолью левой половины ободочной кишки, выполняются обструктивная левосторонняя гемиколэктомия или обструктивная резекция сигмовидной кишки (в зависимости от локализации опухоли) с ушиванием дистального конца и выведением проксимального конца толстой кишки в виде одноствольной трансверзо- или сигмостомы.

11. Все операции на ободочной кишке завершаются девульсией наружного сфинктера заднего прохода.

12. Наличие разлитого перитонита требует адекватной санации и дренирования брюшной полости в соответствии с принципами лечения перитонита.

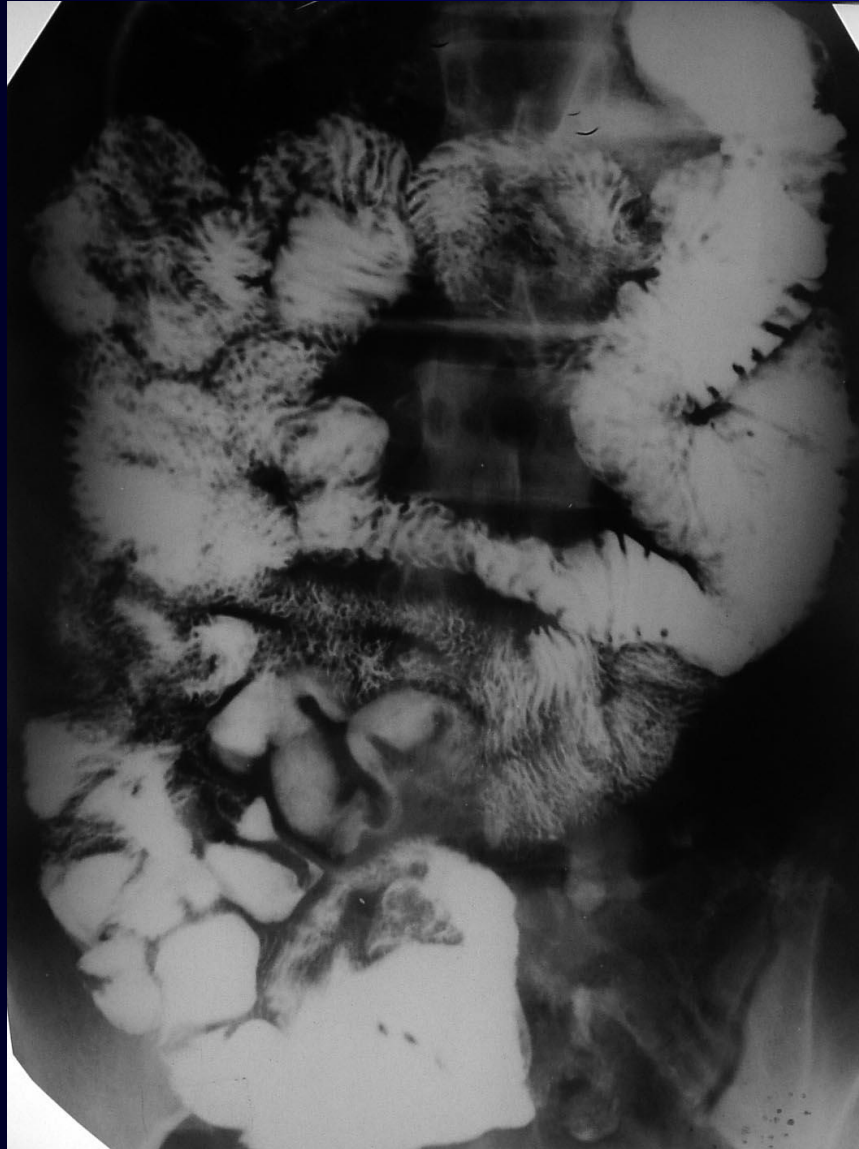
Диспансерное наблюдение

Характер диспансерного наблюдения за больными зависит от диагноза основного заболевания, осложнением которого явилась острая кишечная непроходимость. Пациенты, перенесшие спаечную или странгуляционную формы непроходимости, нуждаются в наблюдении хирурга и терапевта-гастроэнтеролога. Для этих пациентов важное значение имеет соблюдение характера и режима питания. Необходимо исключить приемы больших объемов пищи, а также ограничить употребление продуктов, содержащих грубую растительную клетчатку. Больные, оперированные по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости, должны наблюдаться у хирурга-онколога, который определяет показания к проведению химиотерапии, устанавливает сроки и объем очередного обследования пациента и, наконец, решает вопрос о выполнении этапного оперативного вмешательства, направленного на восстановление непрерывности толстой кишки.

Ранняя госпитализация и раннее хирургическое вмешательство во многом влияют на исход заболевания. Так, по данным многих хирургов, летальность среди больных с острой кишечной непроходимостью, оперированных в первые 6 часов составляет 3,5%, а среди оперированных после 24 часов - 24,5% и более.

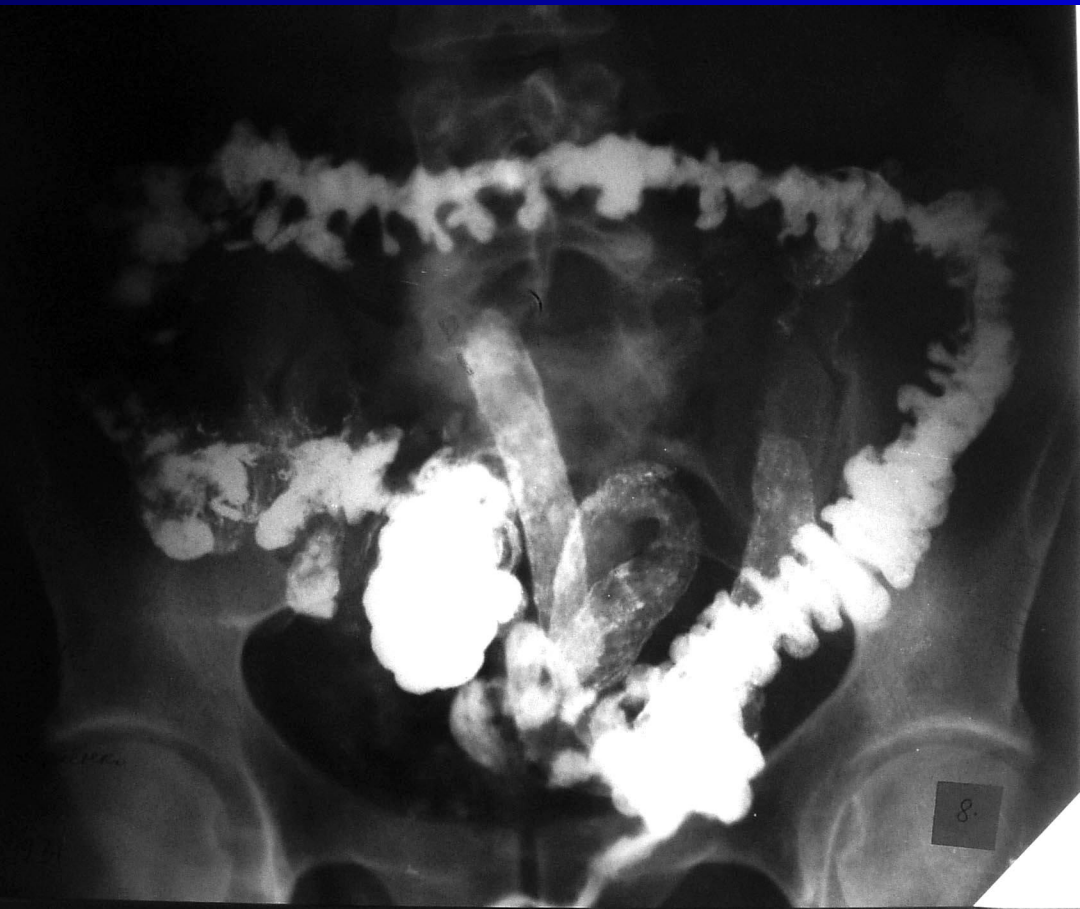
По данным ВМедА летальность за последние 10 лет составила 16%.

Энтерография



Низкая тонкокишечная
непроходимость

Энтерография

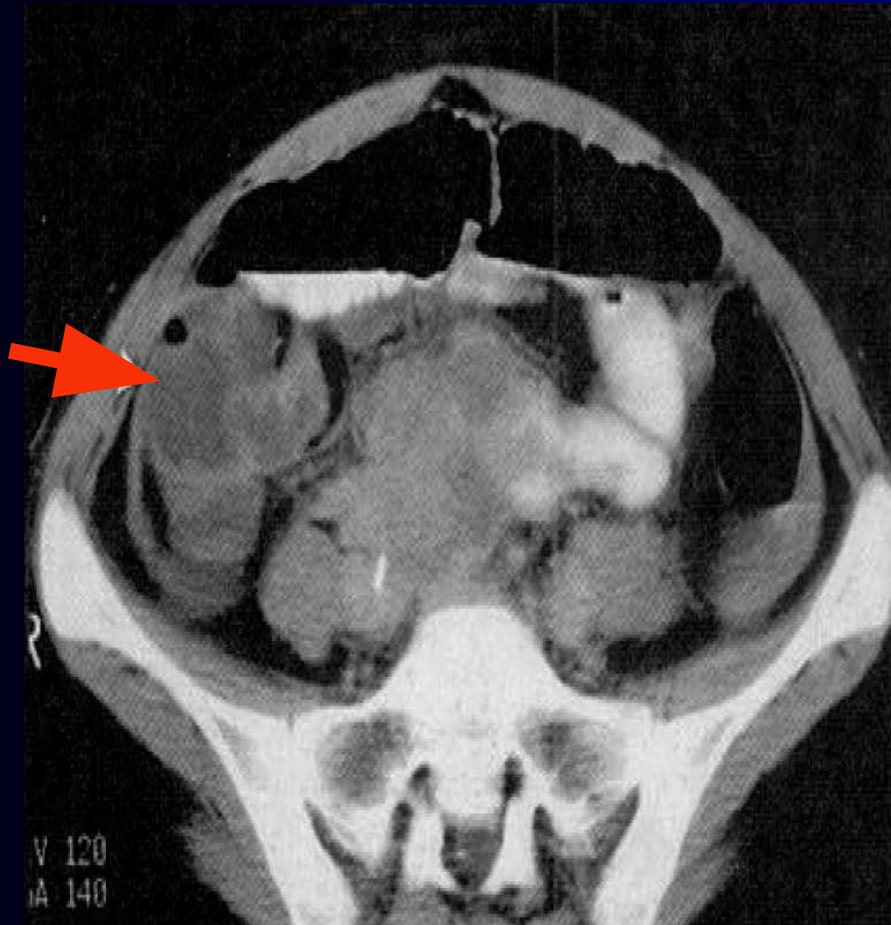


Обзорная рентгенография брюшной полости

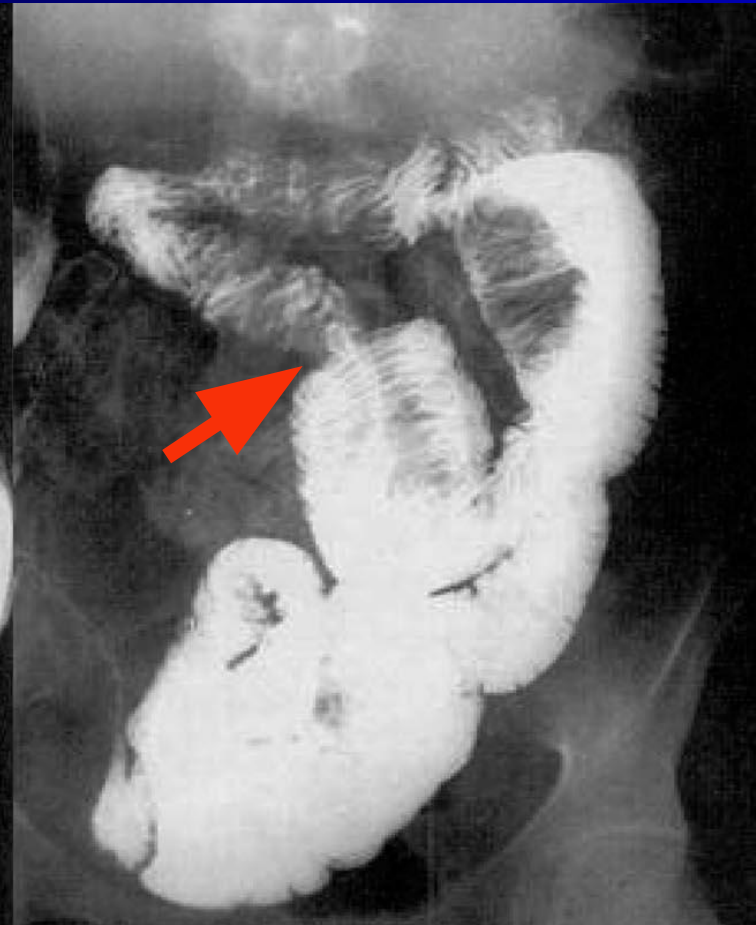


Инородное тело в
прямой кишке

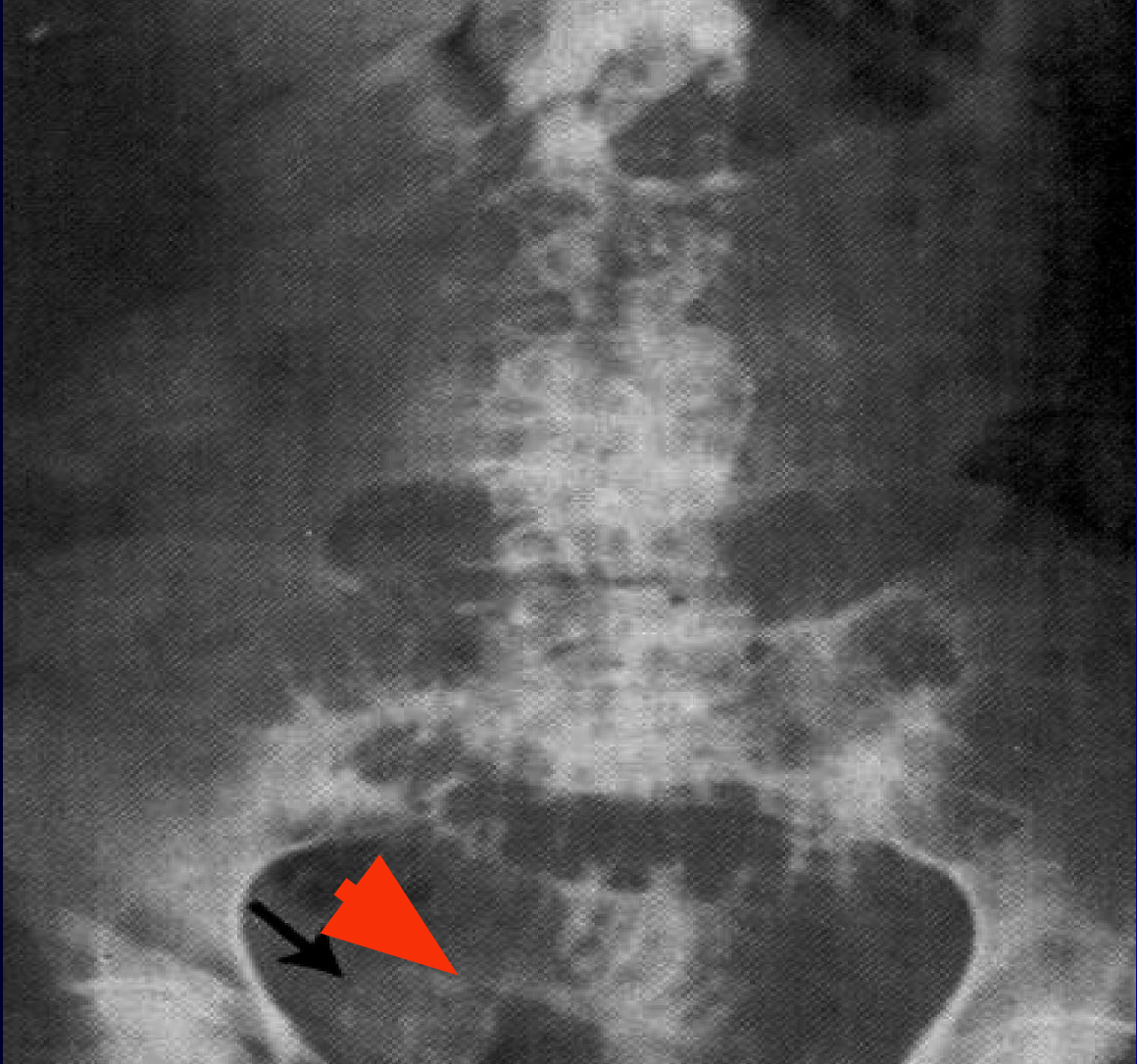
Инвагинация тонкой кишки



МРТ



Энтерография



Высокая тонкокишечная непроходимость на уровне связки Трейца



Аксиальный заворот желудка



Осевой заворот желудка



Энтерография



Энтерография

