



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-
стерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Острая кишечная непроходимость.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“_02_” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин дать представление об основных клинических симптомокомплексах функциональной и механической кишечной непроходимости, её диагностики и лечении.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Динамическая кишечная непроходимость, как симптом острых заболеваний органов грудной, брюшной полостей и забрюшинного пространства, хронических интоксикаций.
- 2). Классификация острой кишечной непроходимости.
- 3). Классификация механической кишечной непроходимости: обтурационной, странгуляционной и смешанной.

Обтурационная кишечная непроходимость.

- 1). Особенности нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния при кишечной непроходимости.
- 2). Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения.

Странгуляционная кишечная непроходимость.

- 1). Клиника различных видов странгуляции.
- 2). Виды операций.
- 3). Показания к резекции кишечника.
- 4). Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью.
- 5). Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидро-ионными нарушениями и изменениями кислотно-основного состояния.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Острая кишечная непроходимость (ОКН) издавна считается одним из наиболее грозных заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность составляет от 10 до 25% (В. С. Савельев и соавт., 1986). Среди острых хирургических заболеваний ОКН встречается у 3,5-9% больных (М. И. Кузин и соавт., 1986).

Классификация. Кишечная непроходимость не является строго очерченной нозологической формой. Под этим названием понимают и самостоятельную болезнь и синдром. Поэтому нужна очень четкая клиническая классификация этой болезни.

Наиболее удобной и распространенной можно считать следующую **классификацию В. П. Петрова, И. А. Ерюхина (1989).**

I. По морфофункциональной природе:

Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая .

Механическая непроходимость, а) обтурационная (без сдавления сосудов брыжейки с закупоркой просвета кишки каловым или желчным камнем, клубком аскарид, инородным телом, опухолью, копростаз); б) странгуляционная (со сдавлением сосудов брыжейки - заворот, узлообразование, внутреннее ущемление); в) смешанные формы странгуляционной и обтурационной непроходимости (инвагинация, спаечная непроходимость).

II. По уровню обструкции:

Тонкокишечная непроходимость: а) высокая; б) низкая.

Толстокишечная непроходимость.

Этиология и патогенез. ОКН может вызываться многочисленными причинами, среди которых различают предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы:

врожденные аномалии развития кишечной трубки (мальротация, удвоение пищеварительного тракта, дивертикулы Меккеля, наличие отверстий, щелей, «ворот» и углублений в брыжейке кишок;

чрезмерная подвижность органов брюшной полости, наличие спаек, тяжей, сращений, способствующих патологическому положению кишечника и его брыжейки (перекрут, перегиб, ущемление),

наличие различных образований, находящихся в просвете кишки (инородное тело, каловые и желчные камни, глисты), исходящих из ее стенки (опухоль, киста и др.);

нарушение функционального состояния кишечника (длительное голодание, воспалительные процессы - колит, энтероколит, рубцовое сужение в результате воспаления и др.).

Производящие причины:

изменение моторной функции кишечника (спазм, парез);

внезапное повышение внутрибрюшного давления.

Для всех видов ОКН характерны следующие патофизиологические нарушения: 1) расстройство прохождения кишечного содержимого, 2) изменение внутрикишечного давления, 3) нарушение всасывания из кишечника; 4) потери большого количества воды и электролитов наружу при рвоте и при секвестрации в просвете кишечника; 5) потери белков, эритроцитов, нарушение других видов обмена; 6) интоксикация.

Именно эти патофизиологические расстройства и объединяют многие разнообразные по своей причине страдания в одну группу.

Патофизиологические нарушения ведут к патоморфологическим изменениям в кишечнике и брюшной полости, обуславливая стадийность в клиническом течении ОКН.

I стадия - энтеральной гипертензии, которая характеризуется острым нарушением кишечного пассажа, что вызывает нарастание внутрикишечного давления с перерастяжением петель кишок, возникновение нарушений венозного и лимфатического оттока в кишечной стенке и развитие в ней отека.

II стадия - энтеральной недостаточности проявляется дальнейшим прогрессированием процесса, что ведет к выраженному нарушению артериального притока крови к стенке кишки, появлению в ней деструктивных изменений с нарушением сократительной способности, проникновением бактериальной флоры через паретически измененную стенку кишки в кровеносные и лимфатические русла, брюшную полость и как следствие развитие перитонита.

Вместе с тем в зависимости от вида непроходимости: обтурационная или странгуляционная, тонко- и толстокишечная, высокая и низкая тонкокишечная непроходимость - степень выраженности и последовательность включения патофизиологических механизмов и *морфологических* изменений несколько отличаются друг от друга.

Клиника и диагностика. Ведущими симптомами ОКН являются сильные боли в животе, тошнота и рвота, задержка стула и газов, вздутие живота.

Указанные симптомы наблюдаются при всех формах ОКН, но степень их выраженности бывает различной и зависит от вида и характера непроходимости, уровня и сроков от начала заболевания.

Боли в животе - наиболее ранний и постоянный симптом ОКН. Боли носят схваткообразный характер. В начале заболевания они не имеют определенной локализации. Высокий уровень кишечной непроходимости, сдавление сосудов и *нервов* брыжейки сопровождаются очень сильными болями. Интенсивные и продолжительные боли могут вызвать коллаптоидное состояние и болевой шок.

Тошнота и рвота встречаются у 70% больных с ОКН. Частая изнурительная рвота малыми порциями содержимого желудка и кишечника свидетельствует о высокой кишечной непроходимости. Очень важно отметить, что больные не чувствуют облегчения после рвоты. Нередко встречается рвота с неприятным запахом, она служит поздним признаком ОКН и расценивается как предвестник смерти

Вздутие живота, метеоризм развиваются в результате неотхождения газов и обильного их образования в кишечнике от гниения пищи.

Вздутие живота бывает равномерным, частичным, постоянным и нарастающим в момент схваткообразных болей. У больных с высокой ОКН вздутие появляется поздно или вооб-

ще может отсутствовать.

Если имеется тонкокишечная ОКН, то в первое время у больного может быть даже самостоятельный стул, могут отходить газы. Но самостоятельный стул и отхождение газов не приносят больному облегчения.

При осмотре живота следует обращать внимание на видимую перистальтику. Ее можно установить в момент схваткообразных болей. Видимая перистальтика хорошо выражена в стадии энтеральной гипертензии. В эту стадию пальпация живота не имеет большого значения. Он мягкий, нет признаков раздражения брюшины.

При перкуссии живота обнаруживается местный или общий перитонит.

Аускультация живота позволяет определить урчание. «Мертвая тишина» бывает на фоне перитонита и тяжелого пареза. Появление этих признаков свидетельствует о развитии стадии энтеральной недостаточности.

Общее состояние при ОКН у большинства больных значительно страдает. Температура тела в начале заболевания нормальная. При развитии энтеральной недостаточности, и особенно в ее финале, на фоне выраженной эндогенной интоксикации, или когда присоединяется перитонит, температура тела повышается. Пульс и показатели артериального давления могут колебаться. Тахикардия и низкие показатели артериального давления говорят о гиповолемическом или септическом шоке.

При исследовании крови в связи с дегидратацией и гемоконцентрацией обнаруживается увеличение эритроцитов, повышение содержания эритроцитов, высокий уровень гематокрита, а в поздней стадии - лейкопения и увеличение СОЭ, повышение ЛИИ, миоглобина. В связи с тяжелыми патофизиологическими сдвигами и развитием синдрома эндогенной интоксикации при ОКН наблюдаются уменьшение объема циркулирующей плазмы, уменьшение, а затем увеличение содержания калия, снижение хлоридов натрия, гипопроteinемия, азотемия, изменение кислотно-щелочного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза, снижение времени парамецийного теста, нарушение функций печени и почек с развитием олигурии.

К ведущим методам инструментальной диагностики ОКН относятся ультразвуковой и рентгенологический.

Основными ультразвуковыми признаками ОКН служат, визуализация петель кишок с неоднородным жидким содержимым (синдром внутри просвета ого депонирования), увеличение диаметра кишечной трубки, изменение структуры кишечной стенки (утолщение, слоистость), появление антиперистальтики, визуализация переполненного желудка, определение выпота в животе.

Основными рентгенологическими признаками ОКН при обзорной рентгенографии живота являются: чаши Клойбера, кишечные аркады, перистый рисунок (поперечная исчерченность), «светлый живот».

При неясном диагнозе используют рентгенологическое исследование с контролем прохождения сернокислого бария по желудочно-кишечному тракту - исследование по пассажу. В норме контрастное вещество доходит до слепой кишки за 2-3 часа.

В последние годы широкое распространение получила неотложная лапароскопия.

Дифференциальная диагностика ОКН проводится с острым аппендицитом, перфорацией гастродуоденальных язв, острым холециститом, панкреатитом, печеночной и почечной коликами, инфарктом миокарда и реже с другими заболеваниями.

Лечение. Консервативная терапия может быть единственным методом лечения:

при спастической, и в большинстве случаев паралитической непроходимости; обтурации кишечника калом;

в самые первые часы спаечной обтурационной непроходимости, когда кишка перегнута, но нет странгуляции,

в самые первые часы заворота сигмы, когда заворот невелик;

в самые первые часы кишечной инвагинации.

Попытки консервативно ликвидировать непроходимость могут продолжаться при отсут-

ствии явного эффекта не более двух часов Они не должны предприниматься вовсе, если есть:

перитонит;

рвота с неприятным каловым запахом;

малейшие признаки интоксикации: тахикардия, цианоз, АД меньше 100, сухой язык, запавшие глаза.

В последнем случае консервативное лечение служит подготовкой к операции (инфузионная терапия, назогастральный зонд, введение зонда в прямую кишку и т. д.).

Хирургическое вмешательство включает в себя предоперационную подготовку, операцию, послеоперационное лечение.

В предоперационном периоде производят коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния (КЩР); восстановление нормального объема циркулирующей крови; осуществляют декомпрессию желудка и кишечника.

Операция включает в себя широкую лапаротомию, установление причины и места непроходимости, оценку жизнеспособности кишки в месте препятствия, определение показаний к резекции кишки, к наложению кишечного свища, ликвидацию основного заболевания, вызвавшего ОКН, санацию и дренирование брюшной полости. В ходе операции осуществляется постоянная декомпрессия кишечного тракта путем назогастральной или гастроинтестинальной интубации.

Лечение в послеоперационном периоде.

Ведение послеоперационного периода у больных, оперированных на ранних стадиях развития ОКН, т. е. при наличии синдрома энтеральной гипертензии включает в себя широко используемые традиционные методы лечения: 1) профилактику и лечение функциональной непроходимости; 2) блокаду афферентной импульсации; 3) усиление парасимпатических влияний; 4) стимуляцию сократительной способности кишечника.

У больных с энтеральной недостаточностью и перитонитом в послеоперационном периоде требуется усиленная патогенетически обоснованная терапия:

продолжающаяся в течение 3-5 суток декомпрессия желудочно-кишечного тракта;

дезинтоксикационная заместительная инфузионная терапия (коллоидные, солевые растворы, глюкоза) в сочетании с терапией, направленной на нормализацию электролитного и белкового обменов, кислотно-щелочного состояния (растворы солей калия, натрия, кальция, натрия бикарбоната, плазмы) - объем инфузионной терапии составляет до 100-150 мл на 1 кг веса;

улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин, гемодез, гепарин);

антибиотики широкого спектра действия, антисептики;

механическая, химическая и электрическая стимуляция перистальтики кишечного тракта (клизмы с гипертоническим раствором, прозерин, убретид, калимин, электростимуляция - амплипульстерапия, диадинамические токи);

нормализация систем дыхания, кровообращения, сердечной деятельности (кордиамин, сульфакамфокаин, корглюкон, строфантин, курантил, финоптин);

профилактика печеночно-почечной недостаточности (аскорбиновая, глутаминовая, липоевая кислота, метионин, эссенциале, форсированный диурез);

сорбционные методы детоксикации организма (гемосорбция, лимфосорбция, энтеросорбция);

общеукрепляющая, иммуностимулирующая терапия (витамины, метилурацил, пентоксил, иммуноглобулины).

Частные виды ОКН

Динамическая непроходимость

Динамическую непроходимость кишечника вызывают нарушения нейрогуморальной регуляции моторной функции кишечника.

Спастическая кишечная непроходимость. Прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки.

Стойкий спазм возникает при отравлении тяжелыми металлами (свинцом), никотином, при порфириновой болезни, при уремии. Длительность спазма различна - от нескольких минут до нескольких часов.

Ведущий симптом - сильные схваткообразные боли, в период которых больной мечется по кровати, кричит. Диспепсические расстройства не характерны. Задержка стула и газов наблюдается не у всех больных, они никогда не бывают стойкими. Общее состояние больного нарушается незначительно. Живот при осмотре имеет обычную конфигурацию. Иногда брюшная стенка вытянута, и живот принимает ладьевидную форму.

При обзорном рентгеновском исследовании живота нередко по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой слева сверху вниз и вправо. При контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта с барием определяют замедленный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке. На УЗИ выявляется спастически-атоническое состояние кишечника.

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

Паралитическая кишечная непроходимость. Данный вид непроходимости обусловлен полным прекращением перистальтики всего кишечника или его отдела, ослаблением тонуса мышечной стенки. С течением времени кишка переполняется газообразным и жидким содержимым. Паралитическая кишечная непроходимость почти всегда носит вторичный характер, являясь осложнением какого-либо тяжелого первичного заболевания. Наиболее частыми причинами этого вида непроходимости является хирургическая патология, перитонит, операционная травма (при операциях на органах брюшной полости), излившаяся в брюшную полость кровь, моча или желчь, нагноительные процессы в забрюшинной клетчатке и др. Нередко паралитическая непроходимость осложняет нехирургические заболевания брюшной и грудной полостей; инфаркт миокарда, базальные пневмонии, плеврит, мочекаменную болезнь, спазм сосудов кишечника и др.

Основные симптомы боль (как правило постоянная), рвота, задержка отхождения стула и газов, вздутие живота. Диагноз ставится на основании характерных признаков динамической непроходимости и наличия симптомов основного заболевания, приведшего к ее образованию. На обзорных рентгенограммах брюшной полости равномерно во всех отделах пневматоз и чаши Клойбера. На УЗИ брюшной полости раздутые петли кишечника и отсутствие перистальтики.

Лечение в первую очередь направлено на устранение патологического процесса, приведшего к развитию паралитической непроходимости. С целью восстановления моторной функции кишечника применяют аминазин, снижающий угнетающее действие на перистальтику симпатической эфферентации и антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), нейропептиды (даларгин), электростимуляцию кишечника, очистительные клизмы, назогастральную интубацию 12-перстной кишки зондом Миллера - Эббота. Нарушения гомеостаза корректируют по общим принципам лечения острой кишечной непроходимости.

При неэффективности консервативной терапии в течение двух суток показано срочное оперативное лечение. Основные принципы оперативного лечения при паралитической непроходимости. 1) декомпрессия паретически измененного кишечника (интубация кишечника специальными 2-просветными зондами, наложение разгрузочных свищей - гастростомы, илеостомы), 2) устранение причины, поддерживающей длительный парез кишечника (вялотекущий перитонит); 3) патогенетически направленное ведение послеоперационного периода - длительная декомпрессия желудочно-кишечного тракта, стимуляция моторики кишечника, устранение эндотоксикоза, коррекция гомеостаза и нормализация функций основных систем жизнеобеспечения.

Механическая кишечная непроходимость

Обтурационная кишечная непроходимость может быть вызвана внекишечными факторами, кишка сдавливается снаружи растущей опухолью, увеличенным органом или сра-

щениями, возникшими после различных хирургических операций, либо наблюдается другой тип механической непроходимости, при котором просвет кишки закрывается изнутри растущей опухолью, проглоченными инородными телами, желчным камнем или клубком аскарид.

Обтурационная кишечная непроходимость чаще всего обусловлена опухолями толстой кишки, в связи с чем чаще всего бывает толстокишечной. Кишечная непроходимость может наступать внезапно, но болезненные симптомы могут нарастать и постепенно. Почти всегда развитию острой опухолевой кишечной непроходимости предшествует клиника раковой интоксикации. Этим объясняется особая тяжесть состояния больных и высокая послеоперационная смертность при обтурационной толстокишечной непроходимости.

Лечение. При обтурационной толстокишечной непроходимости лечение должно быть патогенетическим и направлено в первую очередь на коррекцию патофизиологических нарушений в организме и устранение препятствий. Всегда предпринимается попытка консервативного разрешения непроходимости при помощи следующей терапии

постоянной аспирации желудочного и кишечного содержимого

посредством назогастрального зонда,

декомпрессии раздутых петель путем проведения зонда через прямую кишку выше обтурации опухолью;

сифонных клизм;

внутривенного введения полиионных и плазмозамещающих растворов, спазмолитиков, анальгетиков,

Сроки операции при толстокишечной обтурационной непроходимости (опухолевой) определяются эффектом от консервативной терапии, направленной на разрешение кишечной непроходимости, и наличием или отсутствием гнойных осложнений.

Все операции у этой группы больных подразделяются на экстренные, срочные и плановые. Экстренные операции, т. е. через 2-4 часа с момента установления диагноза и короткой предоперационной подготовки, выполняются при наличии перитонита.

Срочные операции, т. е. в течение первых двух суток после установления диагноза, выполняются при отсутствии эффекта от консервативной терапии. При рецидиве клиники непроходимости.

Плановые операции проводят через 10-14 дней после устранения острой кишечной непроходимости

Принципы оперативного лечения острой обтурационной кишечной непроходимости:

ликвидация механического препятствия или создание обходного пути для кишечного содержимого (рассечение спаек, резекция кишки при опухоли, рассечение кишки для удаления желчного камня, инородного тела и др.),

интра- и послеоперационная длительная декомпрессия тонкой и толстой кишки,

3) послеоперационная медикаментозная терапия, аналогичная описанной выше. При опухолях толстой кишки иногда целесообразны: а) двухэтапные и б) трехэтапные операции. Двухэтапная операция - резекция кишки, несущей опухоль, с наложением противоестественного заднего прохода на приводящую петлю, вторым этапом - наложение анастомоза между приводящей и отводящей петлей. Трехэтапная операция - разгрузочная колостома проксимальнее места обтурации; резекция участка ободочной кишки с опухолью с наложением межкишечного анастомоза; закрытие колостомы.

Странгуляционная кишечная непроходимость является наиболее частой формой механической кишечной непроходимости. При странгуляционной непроходимости ущемляется или сдавливается брыжейка кишечника с проходящими в ней сосудами и нервами, что ведет к резкому нарушению кровоснабжения. К странгуляционной непроходимости относятся заворот, узлообразование, ущемление кишечных петель спайками и тяжами во внутренних грыжевых кольцах и врожденных дефектах брыжейки. Одним из частых видов странгуляционной кишечной непроходимости является заворот тонкой кишки. Наиболее ранний симптом заворота (узлообразования) тонкой кишки - острейшая боль, которая ча-

ще локализуется в эпигастрии или пупочной области и реже в правой половине или внизу живота. Кроме того, характерным и ранним признаком является рвота съеденной накануне пищей. Вначале она имеет рефлекторный характер. Чем выше уровень заворота, тем рвота наступает раньше и бывает чаще и обильнее. Больные ведут себя крайне беспокойно. Кожные покровы приобретают землисто-серую окраску*. У некоторых больных появляется акроцианоз. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Дыхание поверхностное и затрудненное. В начале заболевания брюшная стенка не напряжена и при поверхностной пальпации безболезненна. При глубокой пальпации отмечается болезненность и иногда прощупывается тестоватый конгломерат петель кишечника. Перкуторно в отлогих местах брюшной полости определяется свободный выпот. Аускультативно прослушивается «шум плеска». У ряда больных при тяжелых заворотах тонкой кишки сравнительно рано развивается картина двухфазового шока.

Заворот сигмовидной кишки представляет собой наиболее частую форму странгуляционной кишечной непроходимости и несколько превосходит по частоте заворот тонкой кишки. Это заболевание преимущественно пожилого возраста, им чаще болеют мужчины. Для острой формы заболевания характерны внезапные сильные схваткообразные боли в животе, чаще без точной локализации или с локализацией в левой половине, иногда шок. задержка стула и газов, сопровождающиеся сильным вздутием живота. Пальцевое исследование прямой кишки определяет зияние сфинктера при пустой ампуле прямой кишки (симптом Обуховской больницы). Обычно шоком сопровождаются случаи, которые носят название «черной сигмы» и представляют собой остро развивающуюся гангрену этой кишки.

Заворот слепой кишки начинается остро, сильными болями в животе схваткообразного характера без определенной локализации и рвотой. Наблюдается задержка стула и газов. Характерным признаком при осмотре живота является выраженная асимметрия, которая возникает в результате резкого вздутия завернутой кишки.

Рентгенологическое исследование брюшной полости и данные УЗИ помогают установить диагноз странгуляционной непроходимости, и в некоторой степени ее уровень. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости видна широкая петля растянутой кишки. При рентгеноскопии с бариевой клизмой бывает ясной картина заворота.

Лечение. С момента установления диагноза показана экстренная операция. Хирургическое лечение состоит в расправлении завернувшихся петель и опорожнении кишки от содержимого. При омертвлении кишки показана ее резекция.

Смешанные формы странгуляционной и obturационной непроходимости.

Инвагинация кишок. Под инвагинацией понимают внедрение одной кишки в другую. Практически тонкая кишка может внедриться в тонкую, тонкая в толстую, и толстая в толстую. Значение имеют: наличие в стенке внедряемой кишки опухоли на ножке, гематомы, воспалительного инфильтрата и др. Наиболее часто встречается илеоцекальная инвагинация. Инвагинацию наблюдают преимущественно у детей (75%) и чаще всего на уровне илеоцекального угла (подвздошная кишка внедряется в слепую).

Наряду с общими симптомами, характерными для острой кишечной непроходимости, инвагинация имеет и свои специфические признаки: прощупываемую опухоль инвагината и кровянисто-слизистый стул. Клиническое течение может быть острым, подострым и хроническим.

В диагностике инвагинации используют УЗИ, обзорную рентгенографию органов брюшной полости (на предмет уровней жидкости), ирригоскопию (на наличие в слепой или восходящей кишке дефекта наполнения с четкими контурами, имеющими форму «полулуния», «двузубца» или «кокарды»).

Лечение инвагинаций - оперативное. Применяют две операции - дезинвагинацию и резекцию. Дезинвагинация показана только в ранних случаях кишечной непроходимости, при жизнеспособном кишечнике в месте инвагинации, Консервативные мероприятия: сифонные клизмы, введение газа в ободочную кишку, атропинизация малоэффективны даже в

первые часы заболевания.

Спаечная кишечная непроходимость может протекать в виде странгуляционного, обтурационного и смешанного илеуса. Последняя форма представляет собой сочетание механической и динамической непроходимости. Сложно протекает сочетание механической и динамической спаечной непроходимости, чаще всего наблюдающееся при спайке петель кишечника с острым воспалительными инфильтратами брюшной полости.

Лечение. Сразу после поступления в стационар больному проводят двухстороннюю пара-нефральную блокаду. Если у него исчезают боли, отходят газы, появляется самостоятельный стул, то это говорит о преваливании функциональных, динамических компонентов. В случае неэффективности всех мероприятий показана операция.

Объем оперативных вмешательств при спаечной болезни может быть следующий:

разъединение спаек и тяжелой острым или тупым путем;

резекция кишечника;

обходной анастомоз между приводящей и отводящей петлями кишечника;

кишечный свищ на раздутую приводящую петлю.

II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.

- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Классификация острой кишечной непроходимости.
2. Перечислите основные механизмы патогенеза ОКН.
3. Назовите причины, вызывающие острую кишечную непроходимость.
4. Перечислите общие и специальные методы обследования больных с острой кишечной непроходимостью.
5. Какова ваша тактика на догоспитальном этапе у больных с острой кишечной непроходимостью?
6. Перечислите методы консервативного лечения острой кишечной непроходимости.
7. Назовите показания к оперативному лечению при различных видах острой кишечной непроходимости.
8. Каковы основные оперативные вмешательства при острой обтурационной кишечной непроходимости?
9. Каковы методы декомпрессии кишечника после радикальных операций по поводу острой кишечной непроходимости?
10. В чем заключаются особенности ведения больного в послеоперационном периоде?
11. В чем заключается коррекция гомеостаза у больных с острой кишечной непроходимостью?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Альшуль А. С. Непроходимость кишечника. М.. Медицина, 1961. 184 с.
2. Аминев А. М. Учебное пособие по проктологии. М: Медицина, 1977. 78 с.
3. Астапенко В Г Практическое руководство по хирургическим болезням. М- Медицина, 1983. Т 1 202 с
4. Дробны И Хирургия кишечника. Будапешт, 1983. 408 с.
5. Кочнев О С Хирургия неотложных заболеваний. М.: Медицина, 1981 189 с.
6. Норенберг-Чарквиани Н. И. Острая непроходимость кишечника. Тбилиси, 1970. 316 с.
7. Петров В. П, Ерюхин И. Л. Кишечная непроходимость. М.: Медицина, 1989. 124 с.
8. Петровский ф. В. Хирургические болезни. М.1 Медицина, 1978. 506 с.
9. Попова Т. С, Талазошвили Т. Ш., Шгстопалов А. Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. М.. Медицина, 1991. 240 с.
10. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. 2-е изд. М.: Медицина, 1986. 435 с.
11. Хирургия / Пер. с англ. Под ред. Б. Джаррела, А. Карбаси; Гл. ред. русского издания Ю. М. Лопухин. В. С. Савельев. М.: ГЭОТАР. Медицина, 1997. 1070 с. (Серия «Руководство для врачей и студентов»).