

Глава 48

Острая кишечная непроходимость

Острая непроходимость кишечника — одно из наиболее грозных патологических состояний, встречаемых в абдоминальной хирургии.

Синонимы

Илеус, *ileus* (от древнегреческого *eileos* — «заворот, закупорка кишечника»), *occlusio intestini*, *obstructio intestinalis*.

Для кишечной непроходимости (точнее — непроходимости кишечника) характерно нарушение пассажа кишечного содержимого по направлению от желудка к заднему проходу. Она не составляет какую-то отдельную нозологическую форму, а служит осложнением самых различных заболеваний: грыж передней брюшной стенки, опухолей кишечника, желчнокаменной болезни и т.д. Однако, возникнув, это патологическое состояние протекает по единому «сценарию», вызывая интоксикацию и водно-электролитные расстройства, его сопровождают типичные клинические проявления. В связи с этим диагностическая и лечебная тактика во многом едина при не схожей по своей природе непроходимости. Вот почему традиционно её рассматривают особо, подобно разнообразным хирургическим заболеваниям, как в научной и учебной литературе, так и в медицинской статистике.

Код по МКБ-10

K56.6. Другая и неуточнённая кишечная непроходимость.

Эпидемиология

В нашей стране частота острой кишечной непроходимости составляет примерно 5:100 000 населения, а по отношению к ургентным хирургическим больным — до 5%. В то же время по летальным исходам в абсолютных цифрах данная патология занимает одно из первых мест среди всех острых заболеваний органов брюшной полости.

Острая кишечная непроходимость может возникать во всех возрастных группах, но наиболее часто она встречается в возрасте 30–60 лет. Непроходимость на почве инвагинации и пороков развития кишечника чаще возникает у детей, странгуляционные формы — преимущественно у больных старше 40 лет. Обтурационную кишечную непроходимость вследствие опухолевого процесса обычно наблюдают у пациентов старше 50 лет. У женщин острая кишечная

непроходимость возникает в 1,5–2 раза реже, чем у мужчин, за исключением спаечной непроходимости, которой чаще страдают женщины. Этот вид непроходимости составляет более 50% всех наблюдений данного патологического состояния.

ПРОФИЛАКТИКА

Предотвратить развитие кишечной непроходимости можно путём целенаправленного выявления пациентов с грыжами и желчнокаменной болезнью, широкого использования эндоскопических методов оперативных вмешательств на органах брюшной полости (минимизация спаечного процесса), применения видеолaparоскопического способа лечения спаечной болезни, раннего выявления во время диспансерного обследования и своевременного радикального лечения опухолей толстой кишки. Больным, перенёвшим оперативные вмешательства на органах брюшной полости, необходимо изменять привычный для них пищевой режим. Им показано дробное питание с ограничением продуктов, содержащих в большом объёме клетчатку и различные раздражающие слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта специи.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Динамическая (функциональная) непроходимость:
 - ✦ спастическая;
 - ✦ паралитическая.
- Механическая непроходимость.
 - ✦ По механизму развития:
 - *странгуляционная* (ущемление, заворот, узлообразование);
 - *обтурационная* (обтурация опухолью, инородным телом, каловым или жёлчным камнем, фибробезоаром, клубком аскарид);
 - *смешанная* (инвагинационная, спаечная).
 - ✦ По уровню препятствия:
 - *высокая* (тонкокишечная);
 - *низкая* (толстокишечная).

Для данного патологического состояния наиболее приемлема морфофункциональная классификация, согласно которой по механизму возникновения различают **динамическую** (функциональную) и **механическую** кишечную непроходимость. При динамической непроходимости нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого. Различают два вида динамической непроходимости: *спастическую* и *паралитическую*.

При **механической непроходимости** возникает окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита. При этом виде непроходимости принципиально различие странгуляции и обтурации кишки. При *странгуляционной непроходимости* **первично** страдает кровообращение вовлечённого в патологический процесс участка кишки. Это связано со сдавлением сосудов брыжейки за счёт ущемления, заворота или узлообразования, что вызывает довольно быстрое (в течение нескольких часов) развитие гангрены участка кишки. При *обтурационной кишечной непроходимости* кровообращение расположенного выше препятствия (приводящего) участка кишки нарушается **вторично** в связи с её перерастяжением кишечным содержимым. Именно поэтому при обтурации возможен некроз кишки, но для его развития необходимо не несколько часов, а несколько суток. Обтурация может быть вызвана злокачественными и доброкачественными опухолями, каловыми и жёлчными камнями, инородными телами, аскаридами. К *смешанным формам* механической непроходимости относят инвагинацию, при которой в инвагинат вовлечена брыжейка кишечника, и спаечную непроходимость, которая может протекать как по странгу-

ляционному типу (сдавление штрانгом кишки вместе с брыжейкой), так и по типу обтурации (перегиб кишки в виде «двустволки»).

Диагностическая и лечебная тактика во многом зависит от локализации препятствия в кишечнике, в связи с этим по уровню обструкции различают *высокую* (тонкокишечную) и *низкую* (толстокишечную) непроходимость.

ЭТИОЛОГИЯ

В основе развития механической кишечной непроходимости лежат анатомические предпосылки врождённого или приобретённого характера. Такими *предрасполагающими моментами* могут быть врождённая долихосигма, подвижная слепая кишка, дополнительные карманы и складки брюшины. Чаще эти факторы носят приобретённый характер: спаечный процесс в брюшной полости, удлинение сигмовидной кишки в старческом возрасте, грыжи передней брюшной стенки и внутренние грыжи.

Спаечный процесс в брюшной полости развивается после ранее перенесённых воспалительных заболеваний, травм и операций. Для появления острой кишечной непроходимости наибольшее значение имеют изолированные межкишечные, кишечно-париетальные, а также париетально-сальниковые сращения, образующие в брюшной полости грубые тяжи и «окна», что может быть причиной странгуляции (внутреннего ущемления) подвижных сегментов кишечника. Не менее опасны в клиническом плане плоские межкишечные, кишечно-париетальные и кишечно-сальниковые сращения с образованием кишечных конгломератов, приводящих к обтурационной непроходимости при функциональной перегрузке кишечника.

Ещё одна группа приобретённых факторов, способствующих развитию кишечной непроходимости, — доброкачественные и злокачественные опухоли различных отделов кишечника, приводящие к обтурационной непроходимости. Обтурация может возникнуть также вследствие сдавления кишечной трубки опухолью извне, исходящей из соседних органов, а также сужения просвета кишечника в результате перифокальной опухолевой или воспалительной инфильтрации. Экзофитные опухоли (либо полипы) тонкой кишки, а также дивертикул Меккеля могут обусловить инвагинацию.

При наличии указанных предпосылок непроходимость возникает под влиянием *провоцирующих факторов*. Для грыж таковым может служить повышение внутрибрюшного давления. Для других видов непроходимости в качестве провоцирующих факторов нередко выступают изменения моторики кишечника, связанные с изменением пищевого режима:

- ♦ употребление большого количества овощей и фруктов в летне-осенний период;
- ♦ обильный приём пищи на фоне длительного голодания (возможен заворот тонкой кишки);
- ♦ переход с грудного вскармливания на искусственное у детей первого года жизни (частая причина илеоцекальной инвагинации).

Причины динамической кишечной непроходимости весьма разнообразны. Чаще всего возникает паралитическая непроходимость, развивающаяся в результате травмы (в том числе операционной), метаболических расстройств (гипокалемия), перитонита. Все острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые потенциально могут привести к перитониту, протекают с явлениями пареза кишечника. Снижение перистальтической активности желудочно-кишечного тракта отмечают при ограничении физической активности (постельный режим) и в результате длительно некупируемой жёлчной или почечной колики. Спастическую кишечную непроходимость вызывают поражения головного или спинного мозга (метастазы злокачественных опухолей, спинная сухотка и др.), отравление солями тяжёлых металлов (например, свинцовая колика), истерия.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Патологические изменения кишечника и брюшной полости при острой кишечной непроходимости зависят от её вида. При странгуляционной непроходимости первично нарушается кровообращение поражённого участка кишки, поэтому ишемические и некробиотические изменения наступают значительно раньше и более выражены. Обтурационная непроходимость вызывает вторичные расстройства кровотока в кишечной стенке за счёт перерастяжения приводящего отдела кишечника содержимым.

При остро развившейся обтурации существенно повышается давление в кишке проксимальнее уровня препятствия. Она раздувается от переполняющих её газов и жидкого содержимого. Стенка кишки утолщается за счёт развития отёка, а также венозного застоя и стаза, приобретает цианотичный характер. В дальнейшем она подвергается перерастяжению и значительно истончается. Повышение внутрикишечного давления до 10 мм рт.ст. через 24 ч вызывает кровоизлияния и изъязвления в стенке кишки, что отражает ишемическое её повреждение. Если давление возрастает до 20 мм рт.ст., возникают необратимые некротические изменения кишечной стенки.

Деструктивные изменения распространяются как вдоль слизистой оболочки, так и вглубь кишечной стенки вплоть до серозного покрова, в связи с чем в её толще появляется воспалительная лейкоцитарная инфильтрация. Распространяющийся на брыжейку отёк увеличивает венозный застой, под влиянием биологически активных аминов возникает ишемический паралич прекапиллярных сфинктеров, прогрессирует стаз в сосудах микроциркуляторного русла, увеличивается агрегация форменных элементов крови. Высвобождающиеся тканевые кинины и гистамин нарушают проницаемость сосудистой стенки, что способствует интерстициальному отёку кишки и её брыжейки и пропотеванию жидкости сначала в просвет кишки, а затем и в брюшную полость. При сохранении нарушений кровообращения происходит расширение и углубление участков некробиоза, сливающихся в обширные зоны некроза слизистой оболочки и подслизистых слоев. Следует отметить тот факт, что некротические изменения серозного покрова кишечной стенки появляются в самую последнюю очередь и, как правило, бывают меньшими по протяжённости, что нередко затрудняет точное интраоперационное определение границ участков нежизнеспособной кишки. Данное обстоятельство обязательно должен учитывать хирург, решающий во время оперативного вмешательства вопрос об объёмах резекции кишечника.

При прогрессировании некроза может произойти перфорация кишечной стенки (нарушение жизнеспособности кишки наступает значительно быстрее при странгуляционной непроходимости). Необходимо подчеркнуть, что при различных формах странгуляционной непроходимости кишечника (ретроградное ущемление, заворот, узлообразование) нарушения кровообращения кишки нередко возникают в 2 местах или более. При этом участок кишечника, изолированный от приводящего и отводящего отделов, как правило, претерпевает особенно глубокие и резко выраженные патоморфологические изменения. Связано это с тем, что кровообращение замкнутой петли кишки вследствие многократного перегиба брыжейки, глубокого пареза, растяжения газами и жидким содержимым страдает значительно сильнее. При сохраняющейся непроходимости патоморфологические изменения органа прогрессируют, усугубляются нарушения кровообращения как в стенке кишки, так и в её брыжейке с развитием тромбоза сосудов и гангрены кишечника.

ПАТОГЕНЕЗ

Острая кишечная непроходимость вызывает выраженные нарушения, определяющих тяжесть течения этого патологического состояния, в организме больных.

В общем, можно констатировать присущие ему расстройства водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, потерю белка, эндотоксикоз, кишечную недостаточность и болевой синдром.

Гуморальные нарушения связаны с потерей большого количества воды, электролитов и белков. Происходит потеря жидкости с рвотными массами (безвозвратные потери), депонирование её в приводящем отделе кишечника, скопление в отёчной кишечной стенке и брыжейке, она содержится в брюшной полости в виде экссудата (блокированный резерв). Если непроходимость будет устранена, по мере нормализации процессов фильтрации и реабсорбции этот резерв воды может вновь принять участие в обмене. В условиях неликвидированной непроходимости потери жидкости в течение суток могут достигать 4,0 л и более. Это ведёт к гиповолемии и дегидратации тканей, гемоконцентрации, нарушениям микроциркуляции и тканевой гипоксии. Указанные патофизиологические моменты напрямую отражаются на клинических проявлениях данного патологического состояния, для которого характерны сухость кожного покрова, олигурия, артериальная гипотензия, высокие цифры гематокрита и относительный эритроцитоз.

Гиповолемия и дегидратация увеличивают выработку антидиуретического гормона и альдостерона. Результат этого — снижение количества выделяемой мочи, реабсорбция натрия и значительное выделение калия. Вместо трёх ионов калия в клетку входят два иона натрия и один ион водорода. Калий выводится с мочой и теряется с рвотными массами. Это обуславливает внутриклеточный ацидоз, гипокалиемию и метаболический внеклеточный алкалоз. Низкий уровень калия в крови чреват снижением мышечного тонуса, уменьшением сократительной способности миокарда и угнетением перистальтической активности кишечника. В дальнейшем, в связи с деструкцией кишечной стенки, развитием перитонита и олигурии возникают гиперкалиемия (что также далеко не безразлично для организма, необходимо помнить о возможности калиевой остановки сердечной деятельности) и метаболический ацидоз.

Наряду с жидкостью и электролитами теряется значительное количество белков (до 300 г/сут) за счёт голодания, рвоты, пропотевания в просвет кишки и брюшную полость. Особенно значимы потери альбумина плазмы. Белковые потери усугубляются превалированием процессов катаболизма.

Из этого ясно, что для лечения больных острой кишечной непроходимостью необходимо не только переливание жидкости (до 5,0 л в первые сутки лечения), но и введение электролитов, белковых препаратов, нормализация кислотно-основного состояния.

Эндотоксикоз — важное звено патофизиологических процессов при кишечной непроходимости. Содержимое приводящего отдела кишечника — пищевой химус, пищеварительные соки и транссудат (он содержит белки плазмы, электролиты и форменные элементы крови), который поступает в просвет кишечника вследствие повышенной проницаемости сосудистой стенки. В условиях нарушенного кишечного пассажа, снижения активности полостного и пристеночного пищеварения и активизации микробного ферментативного расщепления кишечное содержимое довольно быстро разлагается и подвергается гниению. Этому способствует размножение микрофлоры в застойном кишечном содержимом. С приобретением доминирующей роли симбионтного пищеварения в кишечном химусе увеличивается количество продуктов неполного гидролиза белков — различных полипептидов (представителей группы токсических молекул средней величины). В нормальных условиях эти и подобные им соединения не всасываются через кишечную стенку. В условиях же циркуляторной гипоксии кишка утрачивает функцию биологического барьера и значительная часть токсических продуктов поступает в общий кровоток, что способствует нарастанию интоксикации.

Вместе с тем главным фактором патогенеза эндогенной интоксикации следует признать микробный. При острой кишечной непроходимости нарушается нормальная микробиологическая экосистема (Ерехин И.А. и др., 1999) за счёт застоя содержимого, что способствует бурному росту и размножению микроорганизмов, а также в связи с миграцией микрофлоры, характерной для дистальных отделов кишечника, в проксимальные, для которых она чужеродна (колонизация тонкой кишки толстокишечной микрофлорой). Выделение экзо- и эндотоксинов, нарушение барьерной функции кишечной стенки приводят к транслокации бактерий в порталный кровоток, лимфу и перитонеальный экссудат. Эти процессы лежат в основе системной воспалительной реакции и абдоминального хирургического сепсиса, характерных для острой кишечной непроходимости. Некроз кишки и гнойный перитонит — второй источник эндотоксикоза. Апофеозом данного процесса служит усугубление нарушений тканевого метаболизма и возникновение полиорганной дисфункции и недостаточности, свойственных тяжёлому сепсису.

Нарушения моторной и секреторно-резорбтивной функции кишечника специфичны для острой кишечной непроходимости. Их вместе с некоторыми другими патологическими проявлениями (нарушение барьерной функции, подавление местного иммунитета и др.) принято обозначать термином «кишечная недостаточность». В раннюю стадию непроходимости перистальтика усиливается, при этом кишечник своими сокращениями как бы стремится преодолеть появившееся препятствие. На этом этапе перистальтические движения в приводящей петле укорачиваются по протяжённости, но становятся чаще. Возбуждение парасимпатической нервной системы при сохранении препятствия может привести к возникновению антиперистальтики. В дальнейшем, в результате гипертонуса симпатической нервной системы возникает фаза значительного угнетения моторной функции, перистальтические волны становятся более редкими и слабыми, а в поздних стадиях непроходимости развивается полный паралич кишечника. В основе этого лежит нарастающая циркуляторная гипоксия кишечной стенки, вследствие которой постепенно утрачивается возможность передачи импульсов по интрамуральному нервному аппарату. Затем уже и сами мышечные клетки не способны воспринимать импульсы к сокращению в результате глубоких метаболических расстройств и внутриклеточных электролитных нарушений. Расстройства метаболизма кишечных клеток усугубляет нарастающая эндогенная интоксикация, которая, в свою очередь, увеличивает тканевую гипоксию.

Выраженный болевой синдром чаще возникает при странгуляционной кишечной непроходимости за счёт сдавления нервных стволов брыжейки. Сильные схваткообразные боли сопровождают и обтурационную непроходимость. Это поддерживает расстройства центральной гемодинамики и микроциркуляции, что определяет тяжёлое течение данного патологического состояния.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости — боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов. Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости и её уровня, а также от длительности заболевания.

Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приёма пищи, в любое время суток, без каких-либо предвестников. Характерен схваткообразный их характер, связанный с периодами гиперперистальтики кишечника, без чёткой локализации в каком-либо отделе брюшной полости. При обтурационной кишечной непроходимости вне схваткообразного приступа они обычно полностью исчезают. Странгуляционной непроходимости свойственны постоянные резкие боли, которые периодически усиливаются. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2–3-и сутки, когда перистальтическая актив-

ность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми распирающими болями в животе.

Рвота вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости рвотные массы представлены застойным желудочным содержимым. В позднем периоде она становится неукротимой, рвотные массы приобретают каловый вид и запах за счёт бурного размножения кишечной палочки в верхних отделах пищеварительного тракта. Каловая рвота — несомненный признак механической кишечной непроходимости, но для уверенной диагностики этого патологического состояния не стоит дожидаться данного симптома, так как он часто указывает на «неизбежность летального исхода» (Мондор А.). Чем выше уровень непроходимости, тем более выражена рвота. В промежутках между ней больной испытывает тошноту, его беспокоит отрыжка, икота. При низкой локализации препятствия в кишечнике рвота возникает позже и с большими промежутками.

Задержка стула и газов — патогномоничный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком её характере, в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул, иногда многократный за счёт опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При инвагинации из заднего прохода иногда появляются кровавистые выделения. Это может стать причиной диагностической ошибки, когда острую кишечную непроходимость принимают за дизентерию.

Клинические проявления непроходимости зависят не только от её вида и уровня окклюзии кишечной трубки, но и от фазы (стадии) течения этого патологического процесса. Принято различать **три стадии** острой кишечной непроходимости.

- **Начальная** — стадия местных проявлений острого нарушения кишечного пассажа продолжительностью 2–12 ч в зависимости от формы непроходимости. В этом периоде доминируют болевой синдром и местные симптомы со стороны живота.
- **Промежуточная** — стадия мнимого благополучия, характеризующаяся развитием острой кишечной недостаточности, водно-электролитных расстройств и эндотоксемии. Продолжительность её составляет 12–36 ч. В этой фазе боль теряет схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот сильно вздут, перистальтика кишечника ослабевает, выслушивается «шум плеска». Задержка стула и газов полная.
- **Поздняя** — стадия перитонита и тяжёлого абдоминального сепсиса, часто её называют терминальной стадией, что недалеко от истины. Она наступает спустя 36 ч от начала заболевания. Для этого периода характерны проявления тяжёлой системной воспалительной реакции, возникновение полиорганной дисфункции и недостаточности, выраженные интоксикация и обезвоживание, а также прогрессирующие расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается, характерна перитонеальная симптоматика.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Сбор анамнеза играет важную роль в успешной диагностике острой кишечной непроходимости. Перенесённые операции на органах брюшной полости, открытые и закрытые травмы живота, воспалительные заболевания нередко служат предпосылкой возникновения спаечной кишечной непроходимости. Указания на периодические боли в животе, его вздутие, урчание, расстройства стула, особенно чередование запоров с поносами могут помочь в постановке диагноза опухолевой обтурационной непроходимости.

Важно отметить тот факт, что клиническая картина высокой кишечной непроходимости значительно более яркая, с ранним появлением симптомов обезвоживания, выраженными расстройствами кислотно-основного состояния и водно-электролитного обмена.

Общее состояние больного может быть средней тяжести или тяжёлым, что зависит как от формы и уровня кишечной непроходимости, так и времени, прошедшего от начала заболевания. Температура в начальный период заболевания не повышается. При странгуляционной непроходимости, когда возникает коллапс, температура может снижаться до 35 °С. В дальнейшем, при развитии системной воспалительной реакции и перитонита возникает гипертермия. Пульс в начале заболевания не изменяется, нарастание явлений эндотоксикоза и обезвоживания проявляется тахикардией. Обращает внимание явное расхождение между относительно низкой температурой тела и частым пульсом (симптом «токсических ножниц»). Язык сухой, покрыт грязным налётом.

Клинические исследования

Осмотр

Осмотр живота больного с подозрением на кишечную непроходимость **необходимо начинать с обследования всех возможных мест выхода грыж**, чтобы исключить их ущемление как причину возникновения этого опасного синдрома. Особое внимание необходимо к бедренным грыжам у пожилых женщин. Ущемление участка кишки без брыжейки в узких грыжевых воротах не сопровождают выраженные локальные болевые ощущения, поэтому больные далеко не всегда сами активно жалуются на появление небольшого выпячивания ниже паховой связки, предшествующее возникновению симптомов непроходимости.

Послеоперационные рубцы могут указывать на спаечный характер непроходимости кишечника. К наиболее постоянным признакам непроходимости относят **вздутие живота**. Степень его может быть различной, что зависит от уровня окклюзии и длительности заболевания. При высокой непроходимости оно может быть незначительным и часто асимметричным: чем ниже уровень препятствия, тем больше выражен этот симптом. Диффузный метеоризм характерен для паралитической и обтурационной толстокишечной непроходимости. Как правило, по мере увеличения сроков заболевания увеличивается и вздутие живота.

Неправильная конфигурация живота и его асимметрия более присущи странгуляционной кишечной непроходимости. Иногда, особенно у истощённых больных, через брюшную стенку возможно увидеть одну или несколько раздутых петель кишечника, периодически перистальтирующих. **Видимая перистальтика** — несомненный признак механической непроходимости кишечника. Она обычно возникает при медленно развивающейся обтурационной опухолевой непроходимости, когда успевает гипертрофироваться мускулатура приводящего отдела кишечника.

Локальное вздутие живота при пальпируемой в этой зоне раздутой петли кишки, над которой определяется высокий тимпанит (**симптом Валя**), — ранний симптом механической кишечной непроходимости. При завороте сигмовидной кишки вздутие локализовано ближе к правому подреберью, тогда как в левой подвздошной области, то есть там, где она обычно пальпируется, отмечают западение живота (**симптом Шимана**).

Пальпация

Пальпация живота в межприступный период (во время отсутствия схваткообразных болей, обусловленных гиперперистальтикой) до развития перитонита, как правило, безболезненна. Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует, как и симптом Щёткина–Блюмберга. При странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки бывает положительным **симптом**

Тевенара — резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень её брыжейки. Иногда при пальпации удаётся определить опухоль, тело инвагината или воспалительный инфильтрат, послужившие причиной непроходимости.

При сукуссии (лёгком сотрясении живота) можно услышать «шум плеска» — **симптом Скларова**. Его выявлению помогает аускультация живота с помощью фонендоскопа во время нанесения рукой толчкообразных движений передней брюшной стенки в проекции раздутой петли кишки. Обнаружение этого симптома указывает на наличие перерастянутой паретичной петли кишки, переполненной жидким и газообразным содержимым. Этот симптом с большой долей вероятности указывает на механический характер непроходимости.

Перкуссия

Перкуссия позволяет определить ограниченные участки зон притупления, что соответствует местоположению петель кишки, наполненных жидкостью, непосредственно прилегающих к брюшной стенке. Эти участки притупления не меняют своего положения при поворотах больного, чем отличаются от притупления, обусловленного выпотом в свободной брюшной полости. Притупление выявляют также над опухолью, воспалительным инфильтратом или инвагинатом кишки.

Аускультация

Аускультация живота, по образному выражению наших учителей-хирургов, необходима для того, чтобы «услышать шум начала и тишину конца» (Мондор А.). В начальном периоде кишечной непроходимости выслушивают звонкую резонирующую перистальтику, которую сопровождает появление или усиление болей в животе. Иногда можно уловить «шум падающей капли» (**симптом Спасокукоцкого–Вильмса**) после звуков переливания жидкости в растянутых петлях кишечника. Перистальтику можно вызвать или усилить путём поколачивания брюшной стенки или её пальпацией. По мере развития непроходимости и нарастания пареза кишечные шумы становятся короткими, редкими и более высокими тонов. В позднем периоде все звуковые феномены постепенно исчезают и на смену приходит «мёртвая (могильная) тишина» — несомненно, зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся.

Пальцевое ректальное исследование

Обследование больного острой кишечной непроходимостью обязательно должно быть дополнено *пальцевым ректальным исследованием*. При этом можно определить «каловый завал», опухоль прямой кишки, головку инвагината и следы крови. Ценный диагностический признак низкой толстокишечной непроходимости, определяемый при ректальном исследовании, — атония анального жома и баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки (**симптом Обуховской больницы**, описанный И.И. Грековым). Этому виду непроходимости присущ и **симптом Цеге–Мантейфеля**, заключающийся в малой вместимости дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы. При этом в прямую кишку удаётся ввести не более 500–700 мл воды.

Инструментальные исследования

Применение инструментальных методов исследования при подозрении на кишечную непроходимость предназначено как для подтверждения диагноза, так и для уточнения уровня и причины развития этого патологического состояния.

Рентгенологическое исследование — основной специальный метод диагностики острой кишечной непроходимости. Его необходимо проводить при малейшем подозрении на это состояние. Как правило, сначала выполняют обзорную рентгеноскопию (рентгенографию) брюшной полости. При этом могут быть выявлены приведённые ниже признаки.



Рис. 48-1. Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Видны кишечные арки.

- **Кишечные арки** (рис. 48-1) возникают тогда, когда тонкая кишка раздута газами, при этом в нижних коленах арки видны горизонтальные уровни жидкости, ширина которых уступает высоте газового столба. Они характеризуют преобладание газа над жидким содержимым кишечника и встречаются, как правило, в относительно более ранних стадиях непроходимости.
- **Чашы Клойбера** (рис. 48-2) — горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними, имеющие вид перевёрнутой вверх дном чаши. Если ширина уровня жидкости превышает высоту газового пузыря, то, скорее всего, он локализован в тонкой кишке. Преобладание вертикального размера чаши свидетельствует о локализации уровня в толстой кишке. В условиях странгуляционной непроходимости этот симптом может возникнуть уже через 1 ч, а при обтурационной непроходимости — через 3–5 ч с момента заболевания. При тонкокишечной непроходимости количество чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться одна на другую в виде ступенчатой лестницы. Низкая толстокишечная непроходимость в поздние сроки может проявляться как толстокишечными, так и тонкокишечными уровнями. Расположение чаш Клойбера на одном уровне в одной кишечной петле обычно свидетельствует о глубоком парезе кишечника и характерно для поздних стадий острой механической или паралитической кишечной непроходимости.

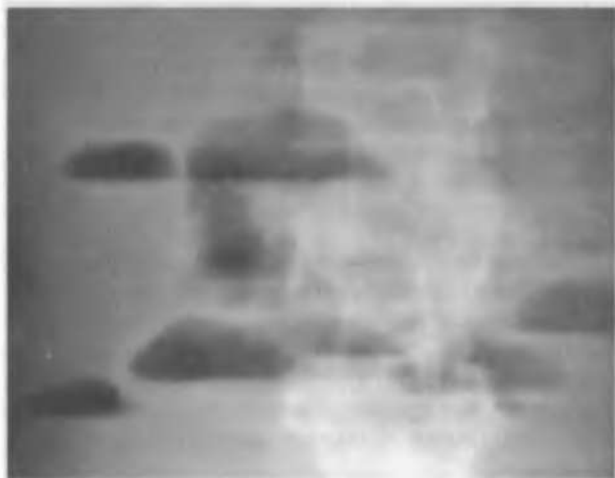


Рис. 48-2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Тонкокишечные уровни жидкости — чаши Клойбера.

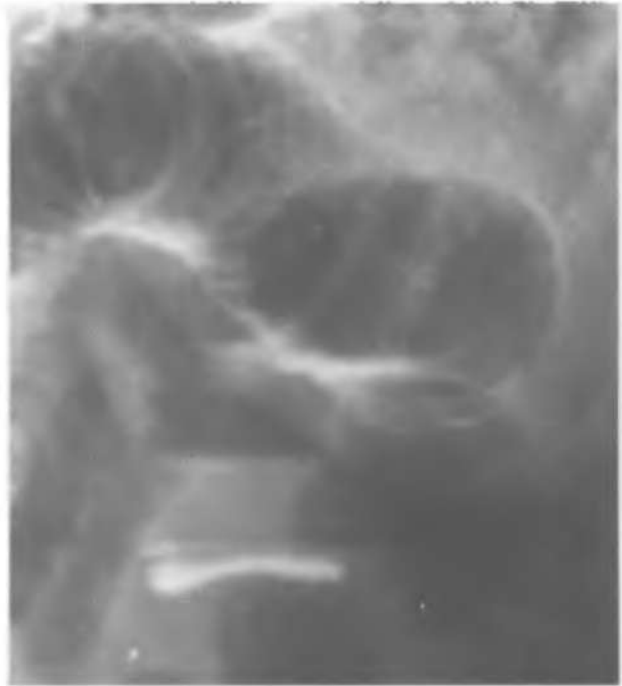


Рис. 48-3. Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Симптом перистости (растянутой пружины).

- **Симптом перистости** (поперечная исчерченность кишки в форме растянутой пружины) возникает при высокой кишечной непроходимости и связан с отёком и растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой (рис. 48-3).

Рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта применяют при затруднениях в диагностике кишечной непроходимости. В зависимости от предполагаемого уровня окклюзии кишечника взвесь сульфата бария либо дают принять внутрь (признаки высокой обтурационной непроходимости), либо вводят с помощью клизмы (симптомы низкой непроходимости). Использование рентгеноконтрастного препарата (в объёме около 50 мл) предполагает **повторное (динамическое) исследование пассажа взвеси сульфата бария**. Задержка его свыше 6 ч в желудке и 12 ч в тонкой кишке даёт основание заподозрить нарушение проходимости или двигательной активности кишечника. При механической непроходимости контрастная масса ниже препятствия не поступает (рис. 48-4).

При применении экстренной **ирригоскопии** возможно выявить обтурацию толстой кишки опухолью (рис. 48-5), а также обнаружить **симптом трезубца** (признак илеоцекальной инвагинации).

Колоноскопия играет важную роль в своевременной диагностике и лечении опухолевой толстокишечной непроходимости. После использования с лечебной целью клизм, дистальный (отводящий) участок кишки очищают от остатков каловых масс, что позволяет предпринять полноценное эндоскопическое исследование. Его проведение делает возможным не только точно локализовать патологический процесс, но и выполнить интубацию суженной части кишки, разрешить тем самым проявления острой непроходимости и выполнить оперативное вмешательство по поводу онкологического заболевания в более благоприятных условиях.

УЗИ брюшной полости обладает небольшими диагностическими возможностями при острой кишечной непроходимости в связи с выраженной пневматизацией кишечника, осложняющей визуализацию органов брюшной полости.



Рис. 48-4. Рентгенограмма брюшной полости при обтурационной тонкокишечной непроходимости через 8 ч после приема взвеси сульфата бария. Видны контрастированные уровни жидкости в желудке и начальном отделе тонкой кишки. Отчётливо заметна перистальтика кишечника.

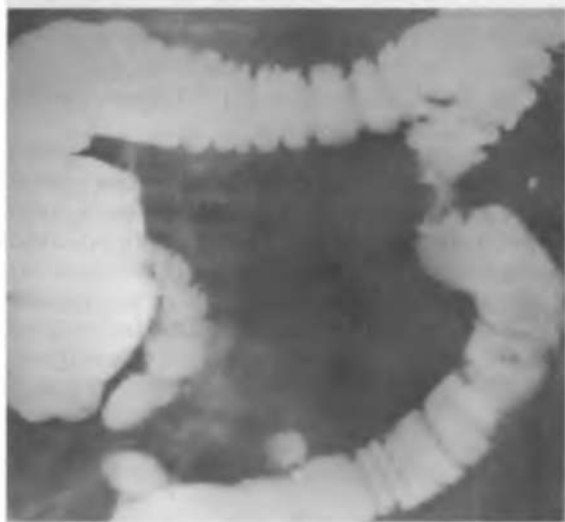


Рис. 48-5. Ирригограмма. Опухоль нисходящей ободочной кишки при разрежившейся кишечной непроходимости.



Рис. 48-6. Ультразвуковая сканограмма при кишечной непроходимости. Видны раздутые, заполненные жидкостью петли кишечника.

Вместе с тем в ряде случаев этот метод позволяет обнаружить опухоль в толстой кишке, воспалительный инфильтрат или головку инвагината, визуализировать растянутые, заполненные жидкостью петли кишечника (рис. 48-6), которые не перистальтируют.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинические признаки острой кишечной непроходимости могут появиться при самых различных ургентных заболеваниях. Принципиально важно, что **все острые хирургические заболевания органов брюшной полости, обуславливающие возможность развития перитонита, протекают с симптомами паралитической кишечной непроходимости**. Если хирург диагностирует распространённый перитонит, то до операции (она в данном случае обязательна) не столь важно знать, вызван ли он механической кишечной непроходимостью либо сам послужил причиной тяжёлой динамической непроходимости. Это станет ясно во время интраоперационной ревизии брюшной полости. Гораздо важнее для выработки адекватной диагностической и лечебной тактики определить (естественно, до развития перитонита), с каким видом непроходимости встретился хирург: со странгуляционной или obturационной, высокой или низкой и, наконец, с механической или динамической. От ответа на эти вопросы во многом зависят действия хирурга.

Странгуляционная или obturационная непроходимость?

В первую очередь при осмотре необходимо исключить ущемление наружных брюшных грыж как причину странгуляционной непроходимости. Если ущемление обнаружено, необходимо выполнить экстренное хирургическое вмешательство без проведения какого-либо сложного инструментального обследования.

На странгуляционный характер непроходимости, вызванный заворотом, узлообразованием или внутренним ущемлением, указывают выраженные постоянные боли, которые могут временами усиливаться, но полностью никогда не проходят. Для неё характерна рвота с самого начала заболевания и, довольно часто, асимметрия живота. Состояние больных прогрессивно и быстро ухудшается, отсутствуют «светлые» промежутки.

Высокая или низкая непроходимость?

Ответ на этот вопрос важен хотя бы потому, что от него зависит способ рентгеноконтрастного исследования (динамическое наблюдение за пассажем взвеси сульфата бария или ирригоскопия). При высокой непроходимости характерны ранняя и частая рвота, отхождение газов и наличие стула в первые часы заболевания, быстрое обезвоживание больного (сухие кожные покровы со сниженным тургором, уменьшение количества отделяемой мочи, низкое ЦВД, высокий гематокрит). Для неё более типичен локальный метеоризм и **симптом Валя**. При обзорной рентгеноскопии видны тонкокишечные уровни (с преобладанием горизонтального размера чашек Клойбера над вертикальным). Низкая толстокишечная непроходимость проявляется редкой рвотой, значительно менее выраженными признаками дегидратации, положительными **симптомами Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы**. На обзорной рентгенограмме видны толстокишечные уровни (они могут сочетаться с тонкокишечными при длительной obturации кишки).

Механическая или динамическая непроходимость?

Решение этой задачи не только сложно, но и крайне ответственно. Динамическая непроходимость сама по себе обычно не требует хирургического вмешательства. Более того, необоснованная операция может её только усугубить. С другой стороны, при механической непроходимости, как правило, показано оперативное лечение.

Отправным точками дифференциальной диагностики в этом случае должны были бы служить особенности болевого синдрома. К сожалению, динамическая непроходимость может проявляться как схваткообразными (спастическая), так и тупыми распирающими постоянными (парез кишечника) болями. Мало того, динамическая непроходимость, сопровождающая, например, длительно некупирующийся приступ почечной колики, из спастического вида может перейти в паралитический. Конечно, рвота должна быть более выражена при механической непроходимости, но при тяжёлом парезе желудочно-кишечного тракта также характерно обильное количество застойного отделяемого по зонду из желудка, появление кишечных уровней на обзорной рентгенограмме. Это, в первую очередь, относится к *острому панкреатиту*. Выраженный длительный парез желудка и кишечника настолько присущ этому заболеванию, что среди хирургов существует неписанное правило: во всех случаях подозрения на острую кишечную непроходимость следует исследовать мочу на диастазу. Этот простой тест — часто единственный способ избежать ненужной лапаротомии. Локальный метеоризм, **симптомы Валя, Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы** присущи только механической непроходимости. С другой стороны, диффузный метеоризм и отсутствие указанных симптомов не исключают её наличия.

Подобная диагностическая неопределённость (динамическая или механическая непроходимость у больного) характерна для данного патологического состояния. Именно поэтому во многих случаях прибегают к консервативному лечению без окончательного диагноза и решения вопроса о показаниях к экстренной операции.

ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку непроходимость кишечника представляет собой осложнение различных заболеваний, нет и не может быть единого способа её лечения. Вместе с тем принципы лечебных мероприятий при этом патологическом состоянии достаточно единообразны. Они могут быть сформулированы следующим образом.

Всех больных с подозрением на непроходимость необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар. Сроки поступления таких пациентов в лечебные учреждения во многом определяют прогноз и исход заболевания. Чем позже госпитализируют больных с острой кишечной непроходимостью, тем выше летальность.

При всех видах *странгуляционной кишечной непроходимости*, как и при любых видах обтураций кишечника, осложнённых перитонитом, необходимо неотложное хирургическое вмешательство. В связи с тяжёлым состоянием больных может быть оправдана только кратковременная ($\leq 1,5-2$ ч) интенсивная предоперационная подготовка.

Динамическую кишечную непроходимость легат консервативно, так как хирургическое вмешательство само по себе приводит к возникновению или усугублению пареза кишечника.

Сомнения в диагнозе *механической кишечной непроходимости* при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения. Оно купирует динамическую непроходимость, устраняет некоторые виды механической, служит предоперационной подготовкой в тех случаях, когда это патологическое состояние не разрешается под влиянием лечебных мероприятий.

Консервативное лечение не должно служить оправданием необоснованной задержки хирургического вмешательства, если необходимость его проведения уже назрела. Снижение летальности при острой кишечной непроходимости может быть обеспечено, в первую очередь, активной хирургической тактикой.

Хирургическое лечение механической кишечной непроходимости предполагает настойчивое послеоперационное лечение водно-электролитных расстройств,

эндогенной интоксикации и пареза желудочно-кишечного тракта, которые могут привести больного к гибели даже после устранения препятствия для пассажа кишечного содержимого.

Консервативное лечение

Консервативное лечение должно целенаправленно воздействовать на звенья патогенеза кишечной непроходимости. Принципы его заключаются в следующем.

- Во-первых, необходимо обеспечить декомпрессию проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта путём аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный (установленный во время оперативного вмешательства) зонд. Постановка очистительной и сифонной клизмы при их эффективности («размывание» плотных каловых масс) позволяет опорожнить толстую кишку, расположенную выше препятствия и, в ряде случаев, разрешить непроходимость. При опухолевой толстокишечной непроходимости желательна интубация суженного участка кишки для разгрузки приводящего отдела.
- Во-вторых, необходима коррекция водно-электролитных нарушений и ликвидация гиповолемии. Объём инфузионной терапии, проводимой под контролем ЦВД и диуреза (желательна катетеризация одной из центральных вен и мочевого пузыря), составляет не менее 3–4 л. Обязательно восполнение дефицита калия, так как он способствует усугублению пареза кишечника.
- В-третьих, для устранения расстройств регионарной гемодинамики, помимо адекватной регидратации, надлежит использовать реологически активные средства — реополиглюкин*, пентоксифиллин и др.
- В-четвёртых, весьма желательна нормализация белкового баланса с помощью переливания белковых гидролизатов, смеси аминокислот, альбумина, протеина, а в тяжёлых случаях — плазмы крови.
- В-пятых, следует воздействовать на перистальтическую активность кишечника: при усиленной перистальтике и схваткообразных болях в животе назначают спазмолитики (атропин, платифиллин, дротаверин и др.). При парезе — средства, стимулирующие моторно-эвакуационную способность кишечной трубки: внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия (из расчёта 1 мл/кг массы тела больного), ганглиоблокаторы, неостигмина метилсульфат, дистигмина бромид, многоатомные спирты, например, сорбитол, токи Бернара на переднюю брюшную стенку).
- И, наконец, последнее (по порядку, но не по значению) — жизненно необходимы мероприятия, обеспечивающие детоксикацию и профилактику гнойно-септических осложнений. С этой целью, помимо переливания значительных количеств жидкости, используют инфузии низкомолекулярных соединений (гемодез*, сорбитол, маннитол и др.) и антибактериальные средства.

Консервативное лечение, как правило, купирует динамическую непроходимость (возможно разрешение некоторых видов механической непроходимости: копростаз, инвагинации, заворота сигмовидной кишки и т.д.). В этом состоит её роль диагностического и лечебного средства. Если непроходимость не разрешается, проведённое лечение служит мерой предоперационной подготовки, так необходимой при этом патологическом состоянии.

Хирургическое лечение

Оперативное лечение острой кишечной непроходимости предполагает хирургическое решение следующих лечебных задач:

- ♦ устранение препятствия для пассажа кишечного содержимого;
- ♦ ликвидацию (по возможности) заболевания, приведшего к развитию этого патологического состояния;

- ♦ резекцию кишечника при его нежизнеспособности;
- ♦ предупреждение нарастания эндотоксикоза в послеоперационном периоде;
- ♦ предотвращение рецидива непроходимости.

Устранение механического препятствия, обусловившего непроходимость кишечника, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства. Хирургическое пособие может быть различным и в идеале оно не только ликвидирует непроходимость, но и *устраняет заболевание*, вызвавшее её, то есть одновременно решает две из вышеперечисленных задач.

Примером подобных вмешательств может служить резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью в связи с низкой обтурационной непроходимостью, ликвидация странгуляционной непроходимости на почве ущемления грыжи передней брюшной стенки путём грыжесечения с последующей пластикой грыжевых ворот и т.д. Вместе с тем подобное радикальное вмешательство осуществимо далеко не всегда в связи с тяжестью состояния больных и характером изменений кишечника. Так, при опухолевой толстокишечной непроходимости хирург иногда вынужден ограничиться лишь наложением двустольной колостомы выше препятствия, отложив выполнение резекции кишки на некоторое время (на второй этап), когда проведение подобного травматичного вмешательства будет возможным по состоянию больного и кишечника. Мало того, в ряде случаев наложение межкишечного анастомоза и/или закрытие колостомы выполняют уже в ходе третьего этапа хирургического лечения.

Во время операции хирург, помимо ликвидации непроходимости, должен *оценить состояние кишечника*, некроз которого возникает как при странгуляционном, так и обтурационном характере этого патологического состояния. Эта задача очень важна, так как оставление в брюшной полости некротизированной кишки обрекает пациента на смерть от перитонита и абдоминального сепсиса.

Устранив непроходимость путём радикальной или паллиативной операции, хирург не может завершить на этом вмешательство. Он *должен эвакуировать содержимое приводящих отделов кишечника*, поскольку восстановление в послеоперационном периоде перистальтики и всасывания из просвета кишки токсического содержимого вызовет усугубление эндотоксемии с самыми печальными для больного последствиями. Методом выбора в решении данной проблемы считают интубацию кишечника через носовые ходы, глотку, пищевод и желудок с помощью гастростомы, цекостомы, аппендикостомы (см. рис. 55-2) или через задний проход. Эта процедура обеспечивает удаление токсического содержимого и ликвидацию последствий пареза желудочно-кишечного тракта как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Завершая оперативное вмешательство, хирург должен подумать о том, угрожает ли пациенту *рецидив непроходимости*. Если это весьма вероятно, необходимо предпринять меры по предотвращению такой возможности. В качестве примера можно привести заворот сигмовидной кишки, который возникает при долихосигмие. Деторсия (раскручивание) заворота устраняет непроходимость, но совершенно не исключает его повторения, иногда он развивается вновь в ближайшем послеоперационном периоде. Именно поэтому, если позволяет состояние больного (и его кишечника), выполняют первичную резекцию сигмовидной кишки (радикальная операция, исключая возможность рецидива этого состояния). Если это невозможно, хирург проводит паллиативное вмешательство: рассекает сращения, которые сближают приводящий и отводящий отделы кишечника и делают возможным заворот, выполняет мезосигмопликацию или сигмопексию (последнее менее желательно, так как подшивание дилатированной кишки к париетальной брюшине чревато прорезыванием швов, а иногда и внутренним ущемлением). Конкретные действия хирурга по профилактике рецидива непроходимости зависят от её причины, они представлены ниже.

Основные моменты оперативного вмешательства при непроходимости кишечника

- Анестезиологическое обеспечение.
- Хирургический доступ.
- Ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости.
- Восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу.
- Оценка жизнеспособности кишечника.
- Резекция кишечника по показаниям.
- Наложение межкишечного анастомоза.
- Дренирование (интубация) кишечника.
- Санация и дренирование брюшной полости.
- Закрытие операционной раны.

Оперативное лечение острой кишечной непроходимости предполагает *интубационный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами* (подробности анестезиологического обеспечения операций см. в главе 8). Проводят широкую срединную лапаротомию. Этот *доступ* необходим в подавляющем большинстве случаев, так как помимо ревизии всего кишечника во время вмешательства часто выполняют обширную его резекцию и интубацию, а также санацию и дренирование брюшной полости.

Вскрытие брюшной полости необходимо проводить весьма осторожно, особенно при повторных абдоминальных операциях (что нередко при спаечной кишечной непроходимости). Случайное повреждение и вскрытие просвета резко дилатированной приводящей кишки, часто фиксированной к передней брюшной стенке, чревато самыми неблагоприятными последствиями. Из-за контаминации брюшной полости и операционной раны патогенными штаммами кишечной микрофлоры высоковероятно развитие гнойного перитонита и септической (часто анаэробной) флегмоны передней брюшной стенки, поэтому вскрывать брюшную полость предпочтительно вне зоны послеоперационного рубца.

После эвакуации выпота (по его характеру можно ориентировочно судить о тяжести патологического процесса: серозный экссудат характерен для начального периода непроходимости, геморрагический свидетельствует о нарушениях кровообращения в кишечной стенке, грязно-бурый — о некрозе кишки) проводят новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишки. Для этого используют 250–300 мл 0,25% раствора прокаина (новокаина*).

При ревизии брюшной полости необходимо выявить точную локализацию непроходимости кишечника и её причину. Ориентировочно о расположении этой зоны судят по состоянию кишечника: выше препятствия приводящая кишка раздута, переполнена газом и жидким содержимым, стенка её обычно истончена и по цвету отличается от других отделов (от багрово-цианотичной до грязно-чёрной окраски), отводящая кишка находится в спавшемся состоянии, стенки её при отсутствии перитонита не изменены. Важно помнить, что *препятствие, обусловившее развитие непроходимости, может находиться в нескольких местах на разных уровнях*, именно поэтому необходим тщательный осмотр всего кишечника: от привратника до прямой кишки.

Нередко ревизия кишечника, особенно при «запущенной» непроходимости, бывает затруднена из-за раздутых петель кишечника, которые буквально выпадают из брюшной полости. Недопустимо оставление перерастянутых, заполненных большим количеством жидкого содержимого петель кишечника за пределами брюшной полости в связи с тем, что под силой тяжести они могут значительно натягивать брыжейку, что ещё больше усугубляет нарушения кровообращения в них. В процессе ревизии кишки следует перемещать очень осторожно, окутывая их полотенцем, смоченным в горячем изотоническом растворе натрия хлорида.

Следует предостеречь от попыток вправления их обратно в брюшную полость, поскольку это может привести к разрыву истончённой кишечной стенки. В таких случаях целесообразно в первую очередь опорожнить приводящие отделы кишечника от газов и жидкого содержимого. Лучше всего сразу же выполнить *интубацию кишечника посредством трансназального введения двухпросветного зонда Миллера-Эббота*, по мере продвижения которого осуществляют отсасывание кишечного содержимого. Назоинтестинальная интубация позволяет осуществить адекватную ревизию брюшной полости, обеспечивает опорожнение кишечника на операционном столе и в послеоперационном периоде.

Назоинтестинальную интубацию выполняют следующим образом. Анестезиолог заводит зонд через нижний носовой ход в глотку, пищевод и желудок. Далее оперирующий хирург захватывает его через стенку желудка и, продвигая вдоль малой кривизны, проводит через привратник в двенадцатиперстную кишку вплоть до связки Трейтца. Вслед за этим ассистент поднимает и удерживает поперечную ободочную кишку, а хирург, пальпаторно определяя наконечник зонда, низводит его в тощую кишку (иногда для этих целей пересекают связку Трейтца). Затем хирург нанизывает тонкую кишку на зонд, проводя последний вплоть до препятствия, а после его устранения — до илеоцекального угла (рис. 48-7). Данную процедуру выполняют при постоянной подаче зонда анестезиологом. Важно следить за тем, чтобы зонд не перегибался и не сворачивался кольцами в желудке или кишечнике. Проксимальные отверстия зонда обязательно должны находиться в желудке, а не в пищеводе, что чревато аспирацией кишечного содержимого. С другой стороны, если все отверстия расположены в кишечнике, может возникнуть опасное переполнение желудка. В ряде случаев может быть необходимо введение в него дополнительного (второго) зонда.

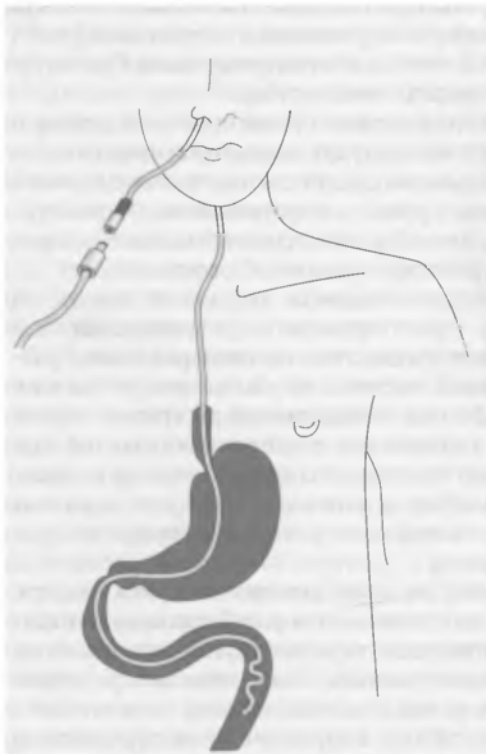


Рис. 48-7. Назоинтестинальная интубация (схема).

После выполнения назоинтестинальной интубации и обнаружения препятствия приступают к его устранению: пересекают спайки, разворачивают заворот или проводят дезинвагинацию. Устранение обтурационной непроходимости в одних случаях достигают путём энтеротомии, в других — с помощью резекции кишки, наложения обходного анастомоза или колостомы.

После устранения причины непроходимости необходимо оценить жизнеспособность кишки, что при острой кишечной непроходимости бывает одной из самых сложных задач, от правильного решения которой может зависеть исход заболевания. Степень выраженности изменений поражённого участка определяют только после ликвидации непроходимости и декомпрессии кишки.

Основные признаки жизнеспособности кишки — сохранённый розовый цвет, перистальтика и пульсация краевых артерий брыжейки. При отсутствии указанных признаков, за исключением случаев явной гангрены, в брыжейку тонкой кишки вводят 150–200 мл 0,25% раствора прокаина (новокаина*),

её обкладывают салфетками, смоченными горячим изотоническим раствором натрия хлорида. Через 5–10 мин повторно осматривают подозрительный участок. Исчезновение синюшной окраски кишечной стенки, появление отчётливой пульсации краевых сосудов брыжейки и возобновление активной перистальтики позволяют считать его жизнеспособным.

Нежизнеспособную кишку необходимо резецировать в пределах здоровых тканей. Учитывая, что некротические изменения возникают сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало изменены при обширном некрозе слизистой кишечника, резекцию проводят с обязательным удалением не менее 30–40 см приводящей и 15–20 см отводящей петель кишечника (их отмеряют от странгуляционных борозд, зоны obturации или от границ явных гангренозных изменений). При длительной непроходимости может быть необходима более обширная резекция, но всегда удаляемый участок приводящего отдела вдвое протяжённее отводящего. Любые сомнения в жизнеспособности кишечника при непроходимости должны склонять хирурга к активным действиям, то есть к резекции кишечника. Если такие сомнения относятся к обширному отделу кишечника, резекцию которого пациент может не перенести, можно ограничиться удалением явно некротизированной части кишки, анастомоз не накладывать, приводящий и отводящий концы кишки ушить наглухо. Рану передней брюшной стенки ушивают редкими швами через все слои. Кишечное содержимое в послеоперационном периоде эвакуируют по назоинтестинальному зонду. Через 24 ч после стабилизации состояния больного на фоне интенсивной терапии выполняют релапаротомию для повторной ревизии сомнительного участка. Убедившись в его жизнеспособности (при необходимости выполняют ререзекцию кишки), анастомозируют проксимальный и дистальный концы кишечника.

Важная роль в борьбе с эндотоксикозом принадлежит удалению токсичного содержимого, которое скапливается в приводящем отделе и петлях кишечника, подвергшихся странгуляции. Если ранее (во время ревизии) интубация кишечника не была выполнена, её следует провести в этот момент. Опорожнение кишечника может быть достигнуто через назоинтестинальный зонд либо путём сцеживания его содержимого в участок, подлежащий резекции. Делать это через энтеротомическое отверстие нежелательно из-за опасности инфицирования брюшной полости, но иногда без подобной манипуляции невозможно обойтись. Тогда через энтеротомию в центре кисетного шва (на участке кишки, подлежащем удалению) заводят толстый зонд.

Операцию заканчивают тщательным промыванием и осушением брюшной полости. При значительном количестве экссудата и некротическом поражении кишечника (после его резекции) необходимо дренировать через контрапертуры полость малого таза и зону максимально выраженных изменений (например, боковые каналы). Учитывая сохранение пареза кишечника в ближайшем послеоперационном периоде и повышенную опасность эвентрации, рану передней брюшной стенки ушивают особенно тщательно, послойно.

Послеоперационное ведение больных

Особенность ближайшего послеоперационного периода при острой кишечной непроходимости — сохранение пареза кишечника, водно-электролитных расстройств, нарушений кислотно-основного состояния, тяжёлой интоксикации. Именно поэтому все мероприятия, направленные на устранение этих патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время хирургического вмешательства, в обязательном порядке продолжают и после операции. Большое значение в профилактике и лечении пареза кишечника принадлежит его декомпрессии. Этого эффективно достигают длительной аспирацией кишечного содержимого через зонд Миллера–Эббота и в меньшей степени — аспи-

рацией желудочного содержимого. Аспирацию, сочетающуюся с промыванием и средствами селективной деконтаминации кишечника, проводят в течение 3–4 сут до уменьшения интоксикации и появления активной перистальтики кишечника. В течение этого времени больной находится на парентеральном питании. Суточный объём инфузионных сред составляет не менее 3–4 л.

Восстановлению функции кишечника способствует коррекция водно-электролитных расстройств. Для стимуляции моторной функции кишечника используют антихолинэстеразные препараты [неостигмина метилсульфат (прозерин*), дистигмина бромид (убретид*)], ганглиоблокаторы [(диколилин, димеколония йодид (димеколилин*))], гипертонический раствор натрия хлорида, токи Бернара, очистительные и сифонные клизмы.

Более 75% всех осложнений, развивающихся в послеоперационном периоде у больных, перенёвших операцию по поводу острой кишечной непроходимости, связаны с инфекцией (перитонит, нагноение раны, пневмония). Именно поэтому обязательно проведение антибактериального лечения.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Распознавание непроходимости кишок есть уже значительный шаг вперёд. Врач, сумевший поставить этот диагноз, — хороший врач. Но хирург, который будет приглашён, удовольствуется ли он столь общим диагнозом? Не должен ли он по крайней мере попытаться пойти дальше? Если он не приложит усилий, не будет стараться найти причину непроходимости, то значит он — хирург, довольствующийся малым.

А. Мондор

Изложенные выше клинические проявления высокой и низкой, странгуляционной и обтурационной непроходимости кишечника упрощают задачу описания отдельных её разновидностей. Характер консервативных мероприятий в малой степени зависит от причины развития этого патологического состояния. Кратко остановимся лишь на особенностях клинической семиотики и хирургической тактики при различных видах механической непроходимости.

Заворот тонкой кишки

Заворот тонкой кишки (рис. 48-8) возникает при усиленной перистальтике и переполнении проксимальных её отделов содержимым, при чрезмерно длинной брыжейке, наличии спаек и сращений в брюшной полости. Это одна из наиболее тяжёлых форм кишечной непроходимости. Различают тотальные завороты (в них участвует весь тонкий кишечник) и частичные, в которые вовлечена лишь одна из её петель. Заворот чаще происходит по ходу часовой стрелки на 360–720°.

Наиболее опасны тотальные и высокие частичные завороты тонкого кишечника.

С самого начала заболевания состояние больных тяжёлое, оно быстро ухудшается вследствие болевого шока, резкого обезвоживания и прогрессивного эндотоксикоза. Лицо осунувшееся, страдальческое, губы цианотичны. Больные жалуются на сильнейшие, нестерпимые схваткообразные боли (которые полностью не проходят), вздутие живота, характерна неукротимая рвота — сначала съеденной пищей, затем застойным содержимым. При этом виде непроходимости в первые часы заболевания



Рис. 48-8. Заворот тонкой кишки.

может быть стул, что связано с опорожнением нижележащих отделов кишечника. Температура тела обычно нормальная, в тяжёлых случаях пониженная. Дыхание учащено. Язык сухой, обложен белым налетом. Вздутие живота может быть значительным. Характерны симптомы Валя, Тевенара, Склярова. При аускультации на высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная перистальтика. При перкуссии в нижних и боковых отделах живота может быть укорочение перкуторного звука в связи с наличием выпота. В зоне метеоризма — тимпанический звук.

Рентгенологически обнаруживают множественные горизонтальные уровни жидкости в тонком кишечнике, чаши Клойбера, симптом перистости, которые визуализируются преимущественно в центре брюшной полости.

Лечение заворота тонкой кишки хирургическое. Во время операции раскручивают завёрнутую петлю кишки в направлении, обратном завороту (деторсия). Нежизнеспособную тонкую кишку резецируют в пределах здоровых тканей с наложением анастомоза между приводящей и отводящей петлём кишки «конец в конец» или «бок в бок». Летальность при данном виде непроходимости может достигать 25%, что связано с запоздалой операцией.

Заворот сигмовидной кишки

Заворот сигмовидной ободочной кишки встречается преимущественно у мужчин пожилого и старческого возраста, у которых возникают значительные анатомические изменения этого отдела кишечника (удлинение кишки и деформация её брыжейки). Сигмовидная кишка принимает лирообразную форму с узким основанием, что способствует развитию заворота.

Основными симптомами заболевания служат боли в левой половине живота, отсутствие стула и газов, рвота и метеоризм. Боли возникают внезапно, носят схваткообразный характер, между приступами полностью не проходят. Их сопровождает повторная рвота. В анамнезе у таких больных часто присутствуют указания на запоры, примерно четверть из них ранее уже подвергалась госпитализации по поводу острой кишечной непроходимости. Во время сильных болей пациент беспокоеен, часто принимает коленно-локтевое положение, ложится на левый бок, подтягивает ноги к животу.

При объективном исследовании отмечают неравномерное вздутие живота в подчревной области и правой половине живота с западением левой подвздошной области (симптом Шимана). При пальпации живот мягкий. Выявляют локальную болезненность в левой подвздошной ямке соответственно сдавленной брыжейке сигмовидной кишки. Лёгкие сотрясения брюшной стенки вызывают «шум плеска». При аускультации, в случае сохранившейся перистальтики кишки, выслушивают различные кишечные шумы с металлическим оттенком. Можно также выслушать «шум падающей капли». При развитии пареза перистальтики кишечника исчезает, наступает «мёртвая тишина», но довольно отчётливо выслушиваются биение сердца и дыхательные шумы, которые проводит столб газов, находящихся в раздутой кишке. При ректальном исследовании анус зияет, пуста ампула прямой кишки раздута (симптом Обуховской больницы). Развитие некротических изменений в сигмовидной кишке может сопровождаться кровянистыми выделениями. Положителен симптом Цеге–Мантейфеля, определяемый при постановке клизмы.

При рентгенологическом исследовании видна резко раздутая в виде «гигантской шпильки» или «двустволки» сигмовидная кишка, заполняющая большую часть брюшной полости. В обоих коленах кишки — горизонтальные уровни жидкости. Большое диагностическое значение имеет исследование с контрастной клизмой: заполняются прямая кишка и дистальный отдел сигмовидной до места странгуляции, при этом возникает фигура «клюва», по направлению которого можно определить, в какую сторону произошёл заворот кишки.

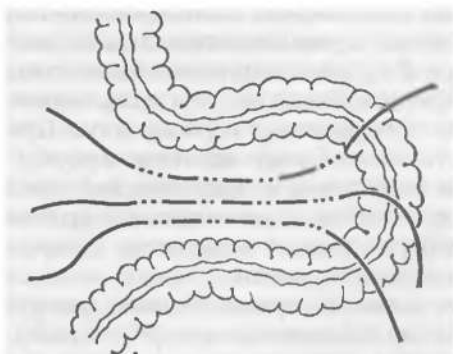


Рис. 48-9. Мезосигмопликация по Гаген-Торну (схема).

В тех случаях, когда некроза нет, возможны следующие варианты завершения оперативного вмешательства. Во-первых, если в анамнезе присутствуют признаки повторного заворота и состояние больного позволяет, выполняют *первичную резекцию жизнеспособной сигмовидной кишки* с наложением анастомоза (радикальная операция). Если тяжесть состояния больного исключает подобную возможность, проводят *мезосигмопликацию по Гаген-Торну* (рис. 48-9). После рассечения рубцовых сращений в корне брыжейки сигмовидной ободочной кишки накладывают 3–4 параллельных сборчатых шва на передний и задний листки брыжейки перпендикулярно к оси кишечной трубки. В результате их затягивания «высота» брыжейки уменьшается, она делается шире, раздвигая приводящий и отводящий колена кишки, что уменьшает вероятность рецидива заворота. В ряде случаев прибегают к другой паллиативной операции — *сигмопексии*, во время которой кишечную стенку узловыми швами фиксируют к париетальной брюшине.

Узлообразование

Узлообразование — достаточно редкая, но крайне тяжёлая форма странгуляционной кишечной непроходимости. В подавляющем большинстве случаев в нём принимают участие петли тонкого кишечника и сигмовидная кишка (рис. 48-10),

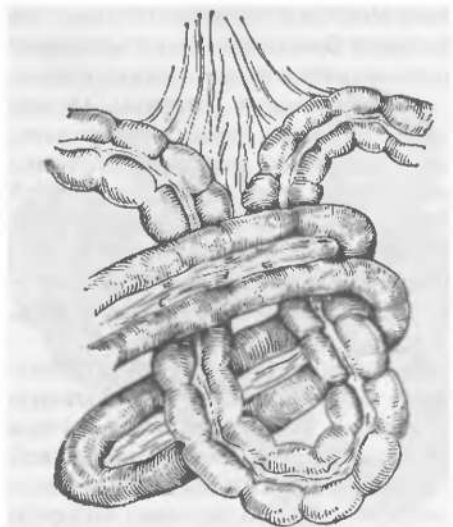


Рис. 48-10. Узлообразование.

при этом ущемляющее кольцо почти всегда образуется тонкой кишкой, в котором ущемляется сигмовидная. Между тем некротическим изменениям раньше подвержена тонкая кишка, поскольку сама сигмовидная в какой-то степени «защищает» сосуды её брыжейки от полного сдавления.

Узлообразование протекает с выраженными симптомами шока, интоксикации и обезвоживания организма. Больные беспокойны, стонут, жалуются на сильные боли в животе, многократную рвоту, общую слабость. Боли мучительные, резко усиливаются во время перистальтики вышележащих отделов кишечника. Симптоматика со стороны живота относительно скудная. Живот почти не вздут, возможна его асимметрия. В брюшной полости рано появ-

ляются симптомы перитонита. В брюшной полости рано появ-

ляется выпот. При узлообразовании между петлями тонкой и сигмовидной кишок у больных одновременно присутствуют признаки высокой и низкой кишечной непроходимости — многократная рвота, тонко- и толстокишечные уровни, симптомы Цеге–Мантейфеля и Обуховской больницы.

Узлообразование лечат хирургически. Оперативное вмешательство при данной патологии сопровождаются большие технические трудности. «Развязать» узел из-за резкого вздутия и переполнения содержимым кишечной петли часто бывает невозможно. Лишь в первые часы заболевания, когда еще не развился выраженный отёк и не наступило резкое вздутие кишечника, эта процедура выполнима. Узел ликвидируют после опорожнения толстой кишки с помощью зонда, предварительно введённого через задний проход. Ущемление сигмовидной кишки после этого ослабевает, что облегчает её освобождение из тонкокишечного кольца. Узел, образованный нежизнеспособными петлями, сразу подлежит резекции. Попытки «развязать» его в таких условиях недопустимы. Резекцию тонкой кишки заканчивают восстановлением проходимости кишечника путём наложения анастомоза. В случае резекции толстой кишки в связи с её гангреной безопаснее вывести одноствольную колостому. Пассаж по толстой кишке восстанавливают в плановом порядке.

Инвагинация

Инвагинация возможна в любом возрасте, однако преимущественно возникает у детей до 5 лет (75%). При этом виде непроходимости происходит внедрение одного отдела кишки в другой (рис. 48-11). При инвагинации образуется цилиндр, состоящий из трёх кишечных трубок, переходящих одна в другую (значительно реже инвагинаты состоят из 5–7 цилиндров и более). Наружный цилиндр называют воспринимающим; внутренний и средний цилиндры — образующими. Место перехода внутреннего цилиндра в средний носит название головки инвагината, а место перехода наружного цилиндра в средний — его шейкой. В зависимости от направления внедрения различают инвагинацию нисходящую (изоперистальтическую) и восходящую (антиперистальтическую). При развитии инвагинации, наряду с обтурацией кишки возникают некротические изменения в инвагинированной кишечной петле в результате сдавления и тромбоза сосудов брыжейки (странгуляция), поэтому в большей степени страдает кровообращение внутреннего цилиндра инвагината. Сдавление брыжейки кишки вначале вызывает венозный застой, стенка кишки становится отёчной, полнокровной. Транссудат, поступающий в дистальные отделы кишечника, обнаруживают в виде кровянистых выделений из заднего прохода. В дальнейшем развивается некроз инвагинированной кишки. Наружный цилиндр инвагината обычно некрозу не подвергается. На серозной поверхности внедрённой кишки в области шейки инвагината в результате воспалительных изменений выпадает фибрин и, таким образом, даже некротически изменённый внутренний цилиндр оказывается изолированным от брюшной полости. Опасность развития перитонита вследствие этого минимальна.

Развитие инвагинации обусловлено рядом обстоятельств.

- Во-первых, полип или экзогенно растущая подвижная опухоль



Рис. 48-11. Илеоцекальная инвагинация.

могут за счёт перистальтики продвигаться вниз (в дистальном направлении), увлекая за собой стенку кишки.

- Во-вторых, полагают, что инвагинация возникает в результате дискоординации сокращений циркулярных и продольных мышц кишечника, в связи с этим на участок кишки со спазмом круговой мускулатуры «надвигается» другой отдел с продольно сокращённой мускулатурой.
- В-третьих, этот вид непроходимости может быть результатом ограниченного пареза мускулатуры кишечной стенки и внедрения в этот участок нормально перистальтирующей петли кишки.

Чаще всего (в 80% случаев) возникает подвздошно-толстокишечная инвагинация, при которой происходит внедрение терминального отдела подвздошной кишки сначала в слепую, а затем в восходящую и поперечную ободочную кишку. Клинические особенности инвагинации — возможность пальпации в глубине брюшной полости мягкоэластического опухолевидного образования и кровянистые выделения из прямой кишки. При илеоцекальной инвагинации отмечают отсутствие слепой кишки на обычном месте, вместо неё находят «пустую» подвздошную ямку (симптом Шимана–Дачса). Большое значение для раннего определения кровянистых выделений имеет пальцевое исследование прямой кишки. В отличие от дизентерии при инвагинации происходит выделение алой крови. Для дизентерии же характерен частый жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови. При илеоцекальной инвагинации ценные сведения даёт контрастная ирригоскопия: дефект наполнения с ровными вогнутыми контурами и видимое изображение «двузубца», «трёзубца» или «кокарды», сам инвагинат в виде серии колец или гофрированной трубки.

Учитывая частую опухолевую этиологию инвагинации и возможные рецидивы, лечение инвагинации у взрослых только хирургическое. Объём операции зависит от длительности непроходимости, состояния кишечника и его брыжейки. В случаях ранней операции, следует попытаться произвести дезинвагинацию. Для этого предварительно в корень брыжейки вводят 80–100 мл 0,25% раствора прокаина (новокаина*), что снимает кишечный спазм и облегчает процедуру расправления инвагината. Затем левой рукой захватывают весь инвагинат, а правой легко надавливают на его головку («выдаивание»), постепенно выводя ввёрнутый цилиндр кишки. Попытки устранения инвагинации потягиванием за внедрённый конец кишки опасны нарушением её целостности и поэтому недопустимы. Не следует разделять спайки в области шейки инвагината, изолирующие внутренний цилиндр инвагината, который к этому времени может уже значительно пострадать. В таком случае лучше прекратить попытки дезинвагинации и приступить к резекции кишки. Если дезинвагинация удалась, то определяют жизнеспособность кишки и стараются найти морфологический субстрат, послуживший причиной развития этого вида непроходимости (крупный полип, внутрипросветную опухоль, дивертикул Меккеля). Выявленные аномалии устраняют хирургическим путём (резекция кишки — «клиновидная» или «на протяжении»). При невозможности дезинвагинации не следует накладывать обходной анастомоз, поскольку инвагинация может прогрессировать и не только обтурировать его, но и вызвать некроз значительного участка кишки. Резекцию кишечника при инвагинации проводят, когда расправление внедрённых петель невыполнимо или когда они нежизнеспособны.

Обтурационная кишечная непроходимость

Обтурационная кишечная непроходимость возникает при полной или частичной закупорке просвета кишки. Выраженных нарушений кровоснабжения кишки при этом обычно не возникает. Закупорку просвета кишки обуславливают как образования, находящиеся в просвете её (опухоль, инородное тело, жёлчный или каловый камень), так и вне (сдавление опухолью, спайкой, кистой и т.д.). Наиболее

частые причины обтурационной кишечной непроходимости — рак толстой кишки, спаечный процесс в брюшной полости и копростаз.

Для диагностики *опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости* большое значение имеют анамнестические данные, указывающие на диспепсические явления, тошноту, запоры, сменяемые поносами, выделение с калом крови и слизи.

Клинические проявления опухоли зависят от локализации её в левой или правой половине ободочной кишки. Это связано с отличиями функционирования этих отделов толстого кишечника, а также характером роста опухоли. Рак правой половины толстой кишки в основном растёт в просвет кишки, не инфильтрируя стенки в виде фиброзного кольца, и поэтому длительное время не приводит к обтурации. Кроме этого, диаметр правой половины толстой кишки, как правило, в 1,5–2 раза больше левой. Даже при большой по размеру опухоли значительная часть кишечной стенки свободна от опухолевого роста и проходимость кишки редко бывает нарушенной. Для такой опухоли характерны общие признаки: субфебрилитет, похудание и значительная анемия.

При опухолях левой половины толстой кишки чаще возникает инфильтрирующий рост, что приводит к циркулярному сужению её просвета с преобладанием в клинической картине признаков частичной кишечной непроходимости. Растущая опухоль постепенно сужает просвет кишки, но при этом успевают развиться гипертрофия мышечного слоя приводящей петли. Перистальтика становится более активной и оживлённой, она может быть заметна через переднюю брюшную стенку. У больных возникают периодические боли, связанные с усилением перистальтики, и вздутие живота. По мере сужения просвета кишки затруднения для продвижения содержимого возрастают, что приводит к усилению болей. Они обостряются в период функциональной активности толстой кишки. Характерна задержка стула, сменяемая поносом, что связано с усиленным выделением слизи воспалённой слизистой оболочкой приводящей кишки, которая разжижает скапливающиеся каловые массы.

При значительном вздутии живота, характерном для обтурационной непроходимости, трудно пальпаторно определить опухоль левой половины ободочной кишки, поскольку она представляет собой как бы простую её перетяжку в виде кольца плотной фиброзной консистенции. Судить о наличии такой опухоли можно по косвенному признаку — баллонообразному вздутию приводящего отдела толстой кишки. Напротив, опухоли слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки достигают значительных размеров и доступны для пальпации.

У половины больных с опухолевой непроходимостью её возможно разрешить консервативными мероприятиями — применением спазмолитиков и сифонной клизмы. Ликвидации этого патологического состояния способствует интубация опухоли и приводящей кишки во время колоноскопии. Купирование явлений острой кишечной непроходимости позволяет подготовить пациента к радикальной плановой операции по поводу злокачественной опухоли. Экстренное оперативное вмешательство показано при неэффективности консервативного лечения.

При операбельных опухолях правой половины толстой кишки выполняют правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза. Если опухоль неоперабельна, накладывают обходной илеотрансверзоанастомоз.

У больных с опухолью левой половины ободочной кишки в случае операбельности проводят резекцию сигмовидной кишки или левостороннюю гемиколэктомию в зависимости от локализации и распространённости онкологического процесса. В условиях острой кишечной непроходимости операцию выполняют в два или даже три этапа, что связано с чрезвычайно высоким риском несостоятельности швов первичного анастомоза. В первом случае после удаления опухоли накладывают одностольную колостому (операция Хартманна), вторым этапом выполняют восстановительную операцию (см. главу 65).

У больных пожилого и старческого возраста, поступающих с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, наиболее оправдано трёхэтапное оперативное вмешательство. На первом этапе формируют разгрузочную двухствольную трансверзостому. Данную операцию можно легко сделать под местным обезболиванием из небольшого разреза передней брюшной стенки. Преимущества такого вмешательства — малая травматичность и высокая эффективность в плане устранения проявлений острой кишечной непроходимости. После нормализации состояния пациента, водно-электролитного и белкового баланса (на это может уйти 2–3 нед) приступают ко второму этапу, а именно, к удалению злокачественной опухоли. Третьим этапом (через 2–3 мес) закрывают колостому, восстанавливая пассаж по прямой кишке.

Копростаз чаще возникает в старческом возрасте вследствие хронических запоров, атонии кишечника, спастического колита, слабости брюшного пресса, длительного применения слабительных. Имеют значение аномалии развития кишечника — мегаколон, мегасигма и врождённые мембраны Джексона, задерживающие опорожнение кишечника.

Основные симптомы копростаза — продолжительная задержка стула и газов, метеоризм, распирающие боли в животе. Состояние больных обычно удовлетворительное, живот равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника. *При ректальном исследовании определяют плотные каловые массы, заполняющие прямую кишку.* Если копростаз вовремя не разрешить, состояние больных начинает ухудшаться, возникают признаки дегидратации, «шум плеска» и даже каловая рвота. Характерно частое рецидивирование заболевания.

Копростаз подлежит консервативному лечению. После пальпаторного удаления *каловых камней и настойчивой сифонной клизмы обычно отмечают отхождение кала и газов, ликвидацию других симптомов обтурационной кишечной непроходимости.*

Желчнокаменную обтурацию относят к редким формам кишечной непроходимости, так как мелкие жёлчные камни обычно беспрепятственно проходят через кишечный тракт. Обтурация кишечника возникает при больших размерах жёлчных камней (диаметром ≥ 5 см), проникающих в просвет кишечника через пузырно-кишечный свищ. Чаще происходит закупорка дистальных отделов тонкого кишечника. Страдают преимущественно женщины пожилого возраста. Заболевание протекает с типичными симптомами обтурационной непроходимости. При рентгенологическом исследовании, наряду с признаками острой кишечной непроходимости, в ряде случаев определяют наличие газа в жёлчном пузыре и желчных протоках.

Обтурационная непроходимость на почве жёлчных камней при безуспешности консервативных мероприятий подлежит хирургическому лечению. Во время лапаротомии показаны энтеротомия и удаление конкремента. При гангрене или перфорации кишки резецируют изменённую кишечную петлю с первичным анастомозом.

Спаечная непроходимость

Спаечная непроходимость — наиболее частая форма кишечной непроходимости в настоящее время. Спайки могут располагаться между кишечными петлями, фиксировать их к другим органам брюшной полости или к париетальной брюшине. Закрытие просвета кишечника возникает в результате перегибов кишечной трубки с образованием «двустволок» (рис. 48-12), её деформации и сдавления спайками (обтурационная непроходимость). Особенно опасны шнуровидные спайки (рис. 48-13), которые могут обусловить внутреннее ущемление петель кишечника (странгуляционная непроходимость). Кроме предрасполагающего фактора, каковым служит наличие спаек, для возникновения кишечной непроходимости

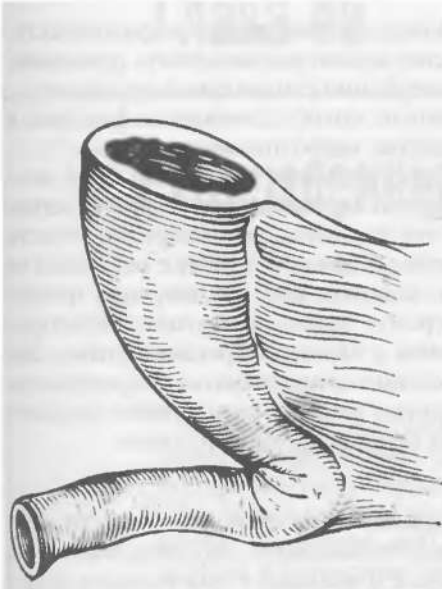


Рис. 48-12. Спаечная кишечная непроходимость с перегибом тонкой кишки и образованием «двустволки» без нарушения кровообращения.

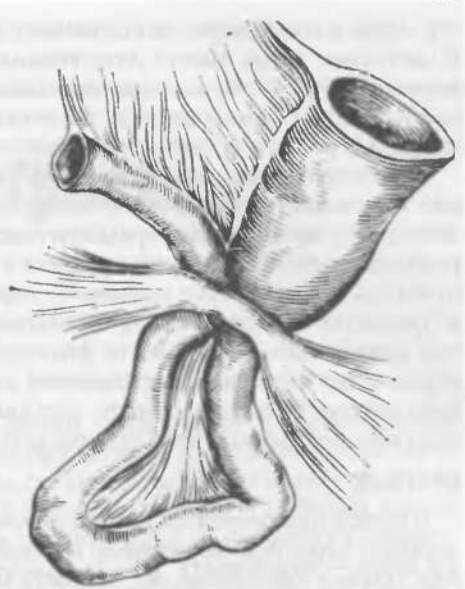


Рис. 48-13. Спаечная кишечная непроходимость, вызванная шнрангом с острым нарушением кровообращения в ущемлённой петле.

необходимы ещё и производящие факторы — нарушение режима питания, приём больших доз слабительных, физическое напряжение, способствующие нарушению двигательной функции кишечника.

Клинические проявления зависят от вида спаечной непроходимости. При странгуляционном её характере состояние больного тяжёлое, отмечают повторную рвоту, резкие боли и вздутие живота, задержку стула и газов. При аускультации выслушивается усиленная перистальтика. При obturации кишечника течение заболевания не столь драматическое, симптомы непроходимости нарастают постепенно.

В анамнезе таких больных присутствуют указания на перенесённую в прошлом травму, хирургические вмешательства, воспалительный процесс. Больные часто жалуются на периодические боли в животе, урчание, задержку стула и газов, другие симптомы непроходимости, которые ликвидировались самостоятельно, с помощью консервативных мероприятий либо оперативным путём. Важную информацию может дать исследование пассажа взвеси сульфата бария по тонкой кишке.

Спаечную кишечную непроходимость, развивающуюся без странгуляции, часто возможно ликвидировать консервативными мерами. Больным вводят спазмолитики, аспирируют желудочное содержимое, ставят сифонную клизму, проводят инфузионное лечение. *Странгуляционная спаечная кишечная непроходимость* подлежит экстренному оперативному лечению. Объём оперативного вмешательства зависит от характера изменений в брюшной полости и состояния кишки. Ущемляющие спайки пересекают. При множественных сращениях и рубцовых стенозах кишки может быть выполнен обходной межкишечный анастомоз.

Большая проблема — рецидив спаечной непроходимости кишечника, который возникает в разные сроки послеоперационного периода. Её пытались решить разными способами: профилактическим введением в брюшную полость фибринолитиков, обёртыванием кишечника полимерными плёнками, выполнением пристеночной интестинопликации (операция Нобля, Чайлд–Филлипса) и т.д. Все

эти меры, к сожалению, не исключают возможности повторения непроходимости. В настоящее время вместо интестинопликации можно рекомендовать проведение длительной (7–9 сут) назоинтестинальной интубации с тщательной предварительной укладкой (шинированием) кишечных петель, что обеспечивает их фиксацию в желаемом порядке и снижает опасность рецидива непроходимости.

В последнее время широкое распространение получило эндоскопическое лечение спаечной тонкокишечной непроходимости. Преимущество данного метода лечения — минимальная травматичность, что значительно снижает вероятность рецидивирования спаечного процесса в брюшной полости. Вместе с тем нельзя не отметить определённые трудности, нередко возникающие при введении троакара в брюшную полость в связи с большой угрозой травмы раздутой перерастянутой приводящей кишки, часто фиксированной к передней брюшной стенке. Для исключения ятрогенных осложнений необходимо придерживаться определённых зон пункции брюшной полости, которые зависят от вида предыдущего оперативного вмешательства и локализации рубца на передней брюшной стенке.

ПРОГНОЗ

Прогноз при острой кишечной непроходимости зависит от длительности заболевания, характера поражения, своевременности оказания хирургического пособия, объёма вмешательства, возраста больных и наличия у них тяжёлых сопутствующих заболеваний. Он крайне неблагоприятен у лиц пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистой, лёгочной и другой запущенной патологией.

Положительные результаты лечения этого опасного патологического состояния могут быть достигнуты только совместными усилиями хирургов, анестезиологов и реаниматологов. Оперативное вмешательство по поводу непроходимости должен выполнять только высококвалифицированный хирург, имеющий большой опыт неотложных операций на органах брюшной полости.

Послеоперационная летальность у пациентов с кишечной непроходимостью высокая (в среднем 15–20%). При острой спаечной непроходимости кишечника она колеблется от 4,6 до 21,0% (Плечев В.В. и др., 2004).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Белоконев В.И., Федорина Т.А., Ковалёва З.В. и др. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. — Самара, 2005. — 208 с.
- Воробьев Г.И. (редактор). Основы колопроктологии. — Ростов н/Д: Феникс, 2001. — 414 с.
- Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. — СПб.: Питер, 1999. — 443 с.
- Мондор А. Неотложная диагностика. Острый живот. — М.: Медицина, 1996. — Т. 1–2.
- Ошакский Я. Патофизиология хирургических заболеваний. — Варшава, 1968. — С. 234–253.
- Плечев В.В., Пашков С.А., Латыпов Р.З. и др. Острая спаечная кишечная непроходимость (проблемы, решения). — Уфа: Башбиомед, 2004. — 280 с.