

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Кишечная непроходимость (К. Н.) — это нарушение проходимости кишечного содержимого по кишечнику. Тяжелое заболевание, происходят такие изменения, что даже ранняя операция больных не спасает. «Как печален ход этой болезни! — Мондор — Когда больному кажется, что он выздоравливает, в действительности он при смерти!» Считается болезнью плохой жизни. Чаще встречается у людей, которые употребляют грубую пищу, растительную пищу.

Классификация:

I. По происхождению:

- **врожденные** — атрезия (отсутствие) тонкой и толстой кишки и атрезия заднепроходного отверстия;
- **приобретенные** в процессе жизни приобретаются.

II. По механизму:

1. **Динамическая**, делится на **спастическую** и **паралитическую**. Она считается синдромом других заболеваний (аппендицит, перфоративная язва, перитонит и т. д.).
2. **Механическая** — она считается истинной кишечной непроходимостью и делится на:
 - а) **странгуляционная — заворот и узлообразование**. Она считается самой тяжелой, так как с самого начала сдавливается брыжейка кишечника, а в ней сосуды и нервы, с этим связана сильная боль. К странгуляционной относится К.Н. при ущемленных грыжах;
 - б) **обтурационная** — при ней сперва закрывается просвет, а потом присоединяется нарушение кровообращения. Причинами ее бывают: желчные камни, каловые камни, клубок аскарид, инородные тела, опухоли, фитобезуары и т. д.

III. По уровню: высокая — тонкокишечная, низкая — толстокишечная.

IV. По клиническому течению: острая, хроническая, подострая, рецидивирующая.

Периоды:

1. **Начальный** — шок — причина — сильная боль.
2. **Промежуточный** — период разгара — расстройства обмена.
3. **Терминальный период** перитонита и тяжелого токсикоза. Часто наступают необратимые изменения.

Клиника механической кишечной непроходимости. В начале заболевания для всех видов механической К. Н. характерно четыре основных симптома. Только степень их выраженности зависит от вида К. Н., когда же проходит время, присоединяются еще и другие симптомы.

Начальные симптомы:

1. **Боль** — сильная, схваткообразная, появляется внезапно, без видимой причины. Боль — наиболее ранний и постоянный симптом К. Н.

При обтурационной кишечной непроходимости боли не очень сильные, между схватками боль утихает на 2–3 мин. Может полностью исчезать.

При странгуляционной К. Н. боли очень сильные, могут больного довести до шока. Между схватками боли полностью не проходят, но уменьшаются в интенсивности.

Продолжительность болей от нескольких секунд до нескольких минут, возобновляются через разные промежутки времени.

2. **Рвота** — бывает у 70% больных с К. Н. При высокой К. Н. рвота появляется рано, многократная и не приносит облегчения. При низкой К. Н. рвота редкая, появляется позже, в раннем периоде может отсутствовать.

Вначале рвота желудочным содержимым, в поздних стадиях рвота каловая.

3. **Задержка стула и газов.** При высокой К. Н. вначале может быть стул из нижних отделов кишечника.

4. В начале заболевания **гиперперистальтика** — усиленная перистальтика кишечника, иногда видна на глаз и слышна на расстоянии. В поздних стадиях, когда развивается парез кишечника, особенно если наступает некроз (омертвление) кишечника, и развивается перитонит, перистальтика отсутствует («гробовая тишина»). При аускультации живота слышны дыхательные и сердечные шумы (симптом Лотейссена). С развитием перитонита боли приобретают постоянный характер.

Общие симптомы — в начале заболевания ничего особого, все может быть в норме, на это ориентироваться нельзя. Общее состояние в начале заболевания страдает только во время схваток, когда появляется сильная боль, между схватками больной чувствует себя удовлетворительно, со временем нарастает интоксикация, развивается перитонит, температура 38–40°C, пульс частый, слабый, АД снижается, может развиваться гиповолемический или септический шок.

Живот:

В начале заболевания живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Когда же развивается перитонит, появляются напряжение и болезненность.

При высокой К. Н. вздутие живота отсутствует. При низкой тонкокишечной непроходимости вздутие равномерное. При толстокишечной непроходимости живот асимметричный — симптом Валя — кишка растянута как шина, в этом месте живот резко вздут. Другая половина живота западает. Над растянутой кишкой тимпанит с высоким металлическим оттенком — **симптом Кивуля**.

Симптом Спассокукоцкого — при одновременном выслушивании и поколачивании живота выслушивается шум падающей капли (много жидкости в кишечнике и брюшной полости).

Симптом Склярова — шум плеска — при сотрясении брюшной стенки слышно бульканье жидкости (жидкость в брюшной полости).

Симптом Обуховской больницы — анус зияет, ампула прямой кишки расширена и пуста.

Симптом Шланге — при сотрясении брюшной стенки видимая перистальтика кишечника усиливается.

На рентгенографии живота — **чаши Клойбера** (уровень жидкости и над ним газ), так как в кишечнике много жидкости и газов.

Анализ крови: позже — лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сгущение крови, увеличивается количество эритроцитов.

Инвагинация — внедрение одной части кишечника в другую, тонкой в тонкую, толстой в толстую, чаще тонкой в толстую и чаще илеоцекальные, чаще у детей до 1 года. Инвагинация сочетает в себе элементы странгуляционной и обтурационной К. Н. Сдавливается брыжейка и закупоривается просвет кишечника.

Клиника: все вышеописанные симптомы.

- схваткообразные боли;
- тошнота, рвота;
- задержка стула и газов;

- усиленная перистальтика в начале заболевания, а потом отсутствие перистальтики;
- на Р-графии — чаши Клойбера.

От других К. Н. отличается инвагинация следующими симптомами:

1. В кале кровь или на пальце кровь.
2. В правой подвздошной области пальпируется болезненное колбасовидное образование.

Лечение механической кишечной непроходимости только хирургическое.

Если больной поступает с К. Н., осложненной перитонитом, его сразу оперируют. Подготовка больного как экстренного.

Подготовка к операции, если нет перитонита:

- сифонная клизма в начальном периоде, если нет перитонита;
- паранефральная блокада;
- освободить желудок через зонд;
- спазмолитики;
- солевые растворы;
- частичная К. Н. от этих мероприятий может пройти. Если же К. Н. не разрешается, то больных оперируют.

Обезболивание — наркоз.

Доступ — средне-срединная лапаротомия.

Операция зависит от того, что найдут:

- при узлообразовании — резекция кишечника;
- при завороте — можно развернуть петли кишечника или сделать резекцию, если кишка некротизирована;
- если каловый камень — его можно прогнать до прямой кишки, или вскрывают просвет кишки и удаляют, но это нежелательно, так как можно инфицировать брюшную полость;
- если клубок аскарид — его прогоняют до прямой кишки, потом проводят противоглистное лечение;
- если опухоль — чаще накладывают каловый свищ;
- если кишка омертвела, делают резекцию приводящей кишки на 40 см от препятствия и 20 см отводящей кишки.

Послеоперационный период:

1–2 день — голод.

На 2–3 день — 0 стол.

На 3–4 день — 1а стол, в зависимости от состояния больного расширяют стол до 15, антибиотики, витамины. Восстановление водно-солевого и белкового обмена. Дезинтоксикационная терапия.

Наблюдение за стулом, отхождением газов, температурой, пульсом, мочевыделением, раной и т. д.

Если каловый свищ — уход за свищами.

Динамическая кишечная непроходимость — это различные по происхождению расстройства перистальтики кишечника вследствие поражения его нервно-мышечных элементов.

Спастическая К. Н.: причины — интоксикация (свинцовая колика), заболевание ЦНС, неврозы, истерии, гельминты, отравления.

Клиника — довольно разнообразна и зависит от вызвавшей ее причины:

- схваткообразные боли;
- усиленная перистальтика;

- рвота появляется на более поздних стадиях болезни;
- задержка стула и газов;

Лечение:

- спазмолитики;
- паранефральная блокада;
- сифонная клизма.

Паралитическая К. Н.: причины: перитонит, панкреатит, операционная травма при абдоминальных операциях, забрюшинная гематома, кровь, моча в брюшной полости и т. д., иногда почечная и печеночная колика, инфаркт миокарда.

Клиника: боли постоянные (единственная К. Н., при которой боли постоянные); тошнота; рвота; задержка стула и газов; метеоризм.

Лечение:

- паранефральная блокада;
- гипертоническая клизма;
- масляная клизма;
- клизма Огнева (триада: перекись водорода 3%— 30мл, раствор хлорида натрия 10% — 40 мл, глицерин — 30 мл).

Солевые растворы в/в, освободить желудок (на 1–2 дня вводят зонд в желудок), электростимуляция, энтеростомия (кишечный свищ). На операциях для профилактики пареза кишечника в брыжейку кишечника вводят 0,25% новокаина — 100 мл.