

Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость

- Кишечная непроходимость это одно из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. По частоте непроходимость кишечника занимает третье место среди экстренных заболеваний органов брюшной полости. Нарушение проходимости может возникнуть от самых разнообразных причин: опухолей, заворота кишок, сдавления просвета кишки спайками, обтурации инородными телами.

классификация

- По механизму возникновения выделяют механическую и динамическую непроходимость кишечника.
- Динамическая непроходимость в свою очередь разделяется на паралитическую и спастическую формы.
- Механическая непроходимость может быть странгуляционной, при которой происходит сдавление сосудов, и обтурационной с закупоркой просвета опухолью, каловым камнем.

классификация

- По клиническому течению выделяют острую, хроническую и рецидивирующую кишечную непроходимость
- Различают врожденную и приобретенную непроходимости. К врожденной непроходимости относятся случаи пороков развития кишечника у ребенка.
- Все остальные формы кишечной непроходимости, возникающие от самых разнообразных причин, относятся к приобретенным.

Динамическая кишечная непроходимость.

- Динамическая непроходимость имеет нервно-рефлекторный характер. При спастической форме наступает спастическое сокращение участка кишки, при паралитической — паралич мускулатуры кишечника на значительном протяжении.

Спастическая КН

- Спастическая кишечная непроходимость встречается относительно редко. Наблюдается в основном после операций на органах брюшной полости, когда в результате раздражения кишечной стенки возникает спазм на ограниченном протяжении. Иногда спазм является результатом заболевания ЦНС, повышенной возбудимости и моторной активности кишечника, хронических отравлений организма экзогенными ядами.
- Лечение. Консервативное. Хороший эффект наблюдается от паранефральных блокад, введения спазмолитических средств (1 мл но-шпы). Во время операции спазмированный участок согревают салфеткой, смоченной горячим изотоническим раствором хлорида натрия. В брыжейку вводят 0,25% раствор новокаина.

Паралитическая КН

- Возникает как ответ на патологический процесс в брюшной полости. Перфорации, некрозы стенок полых органов и поджелудочной железы сопровождаются развитием паралитической непроходимости, выраженной в большей или меньшей степени. Общий перитонит, травма брюшной полости, забрюшинные гематомы, переломы поясничных и нижних грудных отделов позвоночника, грубые манипуляции во время лапаротомии вызывают парез кишечника.

Клиника паралитической КН

- При парезе кишечника отмечаются вздутие живота, высокий тимпанит при перкуссии, отсутствие перистальтики, разлитая болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины. Часто возникает рвота, иногда каловым содержимым. Вследствие потери значительного количества жидкости больной обезвожен. Общее состояние тяжелое, отмечаются тахикардия, снижение артериального давления. При рентгеноскопии брюшной полости выявляется пневматизация кишечных петель.

Лечение паралитической КН оперативное.

- Начинают с устранения основной причины заболевания. По ходу операции производят анестезию брыжейки тонкой и толстой кишки (0,25% раствором новокаина). Через нос в начальный отдел тонкой кишки вводят зонд для постоянной аспирации кишечного содержимого. Показаны препараты, усиливающие перистальтическую активность кишечника: прозерин, ацеклидин, гипертонический раствор хлорида натрия (60 мл 10% раствора). Хороший эффект дает накожная электростимуляция кишечника.

Механическая непроходимость.

- Имеет общие симптомы, характерные как для обтурационной, так и для странгуляционной непроходимости, хотя изменения при обтурационной форме в стенке кишки развиваются значительно позже, чем при странгуляционной. Прогноз тяжелее у больных со странгуляционной непроходимостью, так как в результате нарушения кровообращения и лимфообращения часто наступают необратимые изменения.

Клиника механической КН

- Один из основных симптомов — интенсивная боль в животе, часто схваткообразная, в месте закупорки кишки. При завороте и образовании узлов боль настолько сильна, что может вызвать шоковое состояние. При рецидивирующей непроходимости боли возникают приступами. У больных с обтурацией боли развиваются постепенно.

- Для пареза кишечника характерно уменьшение болей, хотя интоксикация нарастает и состояние больного ухудшается. Постоянным симптомом кишечной непроходимости является рвота. Чем выше обтурация кишки, тем интенсивнее и обильнее рвота. При высокой тонкокишечной непроходимости быстро наступают истощение и обезвоживание организма за счет потери значительного количества желудочного и кишечного содержимого. В запущенных случаях рвотные массы приобретают неприятный запах (каловая рвота). При низкой толстокишечной непроходимости рвота возникает поздно и не приносит облегчения.

- Частым симптомом кишечной непроходимости является задержка стула и газов. При низкой непроходимости больные испытывают мучительную потребность опорожнить кишечник. Позывы на дефекацию безуспешны. Прием слабительных не приводит к желаемому результату, а, напротив, ухудшает состояние. При высокой непроходимости при помощи сифонных или гипертонических клизм удастся очистить нижележащие отделы кишечника, причем отходят газы и кал в большом количестве, однако общее состояние больного изменяется незначительно. Задержка газов и калового содержимого сопровождается вздутием кишечных петель.

КЛИНИКА

- При объективном обследовании язык сухой, обложен белым налетом, живот неравномерно вздут. На глаз видна перистальтика кишечных петель. Раздутый участок кишки располагается выше места препятствия. При перкуссии над этим местом определяется тимпанический звук, в отлогих местах может выявляться притупление вследствие скопления жидкости. При пальпации устанавливают разлитую болезненность.
- Во время аускультации брюшной полости в ранние сроки заболевания выявляются усиленная перистальтика, урчание, шум падающей капли, причем усиление перистальтики совпадает с приступами болей. В поздних стадиях в связи с развитием паралитической непроходимости кишечные шумы полностью исчезают. При запущенной непроходимости, осложненной разлитым перитонитом, живот вздут, определяются разлитая болезненность, симптом раздражения брюшины, полное «молчание» брюшной полости.
- У больных с толстокишечной непроходимостью во время ректального обследования обнаруживают расширенную пустую ампулу прямой кишки, зияющий сфинктер.

ИНВАГИНАЦИЯ

- При инвагинации кишечника (внедрение вышележащего отдела в нижележащий) возникает нарушение по типу сочетанной обтурационной и странгуляционной непроходимости. Тонкая кишка внедряется в слепую, реже — тонкая в тонкую или толстая в толстую кишку. Заболевание наблюдается преимущественно в детском возрасте, начинается внезапно, протекает с приступом сильных болей, которые повторяются каждые 15—20 мин. Приступы чрезвычайно сильные, больной во время схваток возбужден, кричит от болей, мечется в постели. При дефекации в испражнениях обнаруживается кровь, при ректальном исследовании на перчатке находят кровь и слизь. Рвота возникает на высоте приступа. При обследовании вне приступа живот мягкий, определяется небольшая болезненность в области инвагината. Во время приступа в правой подвздошной области пальпируется резко болезненное опухолевидное образование. Иногда, при низком расположении, инвагинат пальпируется через прямую кишку.

- При obturации просвета опухолью или инородным телом клиническая картина зависит от полноты закупорки. При полной obturации возникает клиника острой кишечной непроходимости. Для медленного сужения просвета характерно постепенное появление и нарастание симптомов. Вышележащие отделы кишечника значительно перерастянуты.
- При кишечной непроходимости в большей степени страдает стенка кишки, расположенная выше места obturации. Вследствие растяжения нарушается питание стенки, могут возникать острые язвы с последующей перфорацией, обширные некрозы стенки или пропотевание содержимого в брюшную полость.

- При отсутствии симптомов разлитого перитонита лечение начинают с консервативных мероприятий. В комплексе лечения важное место занимает двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада (0,25% раствор новокаина по 80 мл с каждой стороны), вслед за этим производят сифонную клизму, которая имеет не только лечебное, но и диагностическое значение. Эффект сифонной клизмы определяется по отхождению кала и газов, исчезновению болей и вздутия кишечника. Производят промывание желудка, налаживают постоянную аспирацию его содержимого через тонкий зонд. Внутривенно переливают от 3 до 5 л 5% раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, гемодеза, реополиглюкина. Сердечные средства назначают по показаниям.

- При механической непроходимости грубейшей ошибкой является назначение слабительных и обезболивающих средств. Консервативное лечение дает хороший эффект при динамической непроходимости (спастическая форма), каловом завале в толстой кишке, завороте сигмовидной кишки, спаечной непроходимости. При последних двух формах после временного устранения непроходимости операцию производят в плановом порядке, обследовав и подготовив больного. Экстренное хирургическое лечение показано у больных с картиной разлитого перитонита или в случае неэффективности комплексной консервативной терапии.

- Операции предшествует краткая интенсивная подготовка: промывание желудка, нормализация артериального давления путем внутривенного вливания полиглюкина и реополиглюкина.
- При кишечной непроходимости операции выполняют под наркозом. После вскрытия брюшной полости путем срединной лапаротомии выясняют причину непроходимости и устраняют ее (рассечение спайки, раскручивание заворота, резекция участка кишки с наложением анастомоза между центральным и дистальным отрезком).

- При запущенной непроходимости производят резекцию кишки с временной колостомой (выведение на брюшную стенку центрального и периферического концов кишки). При резекции приводящий конец удаляют на большем протяжении, чем периферический. Кишечное содержимое из центрального отрезка отсасывают. Перед зашиванием брюшной стенки производят анестезию брыжейки тонкой кишки новокаином, через нос в тонкую кишку вводят тонкий зонд с множеством боковых отверстий для удаления кишечного содержимого. При вмешательстве на толстой кишке вводят толстый резиновый зонд за анастомоз и растягивают под наркозом сфинктер прямой кишки.

- В послеоперационном периоде в первые сутки производят постоянную аспирацию желудочного и кишечного содержимого при помощи длинного зонда, введенного в тонкую кишку. Внутривенно вводят до 5 л жидкости (гемодез, 5% раствор глюкозы, раствор Рингера—Локка), назначают витамины группы В и С, сердечные и сосудистые средства, гормональные препараты (преднизолон, гидрокортизон), переливают кровь, полиглюкин и реополиглюкин. Для борьбы с инфекцией назначают антибиотики широкого спектра (мономицин, канамицин, цепорин), сульфаниламидные препараты для внутривенного введения (этазол).

- Для профилактики легочных осложнений ставят через день банки, назначают отхаркивающие средства, стимулируют кашлевой рефлекс через микротрахеостому.
- В послеоперационном периоде добиваются быстрого восстановления моторики кишечника. С этой целью производят паранефральные блокады, внутривенно вводят гипертонические растворы хлорида натрия (60 мл 10% раствора), прозерин.
- При отсутствии противопоказаний ставят гипертонические или сифонные клизмы. Для возобновления перистальтики кишечника назначают вазелиновое масло по столовой ложке 2 раза в день.

- Поить больного начинают небольшими порциями на следующий день после операции, кормить — с 3-го дня, постепенно расширяя диету. В первые дни дают бульон, морс, чай, соки. Постепенно включают отварное мясо, рыбу, овощи, хлеб, кефир, яйца.
- Летальность при экстренных операциях по поводу кишечной непроходимости остается высокой (около 20—25%). Неблагоприятные исходы зависят в первую очередь от позднего поступления больного, тяжелых сопутствующих заболеваний, вмешательств на кишечнике в условиях перитонита. Операция в плановом порядке после ликвидации непроходимости консервативными средствами безопаснее экстренных вмешательств.