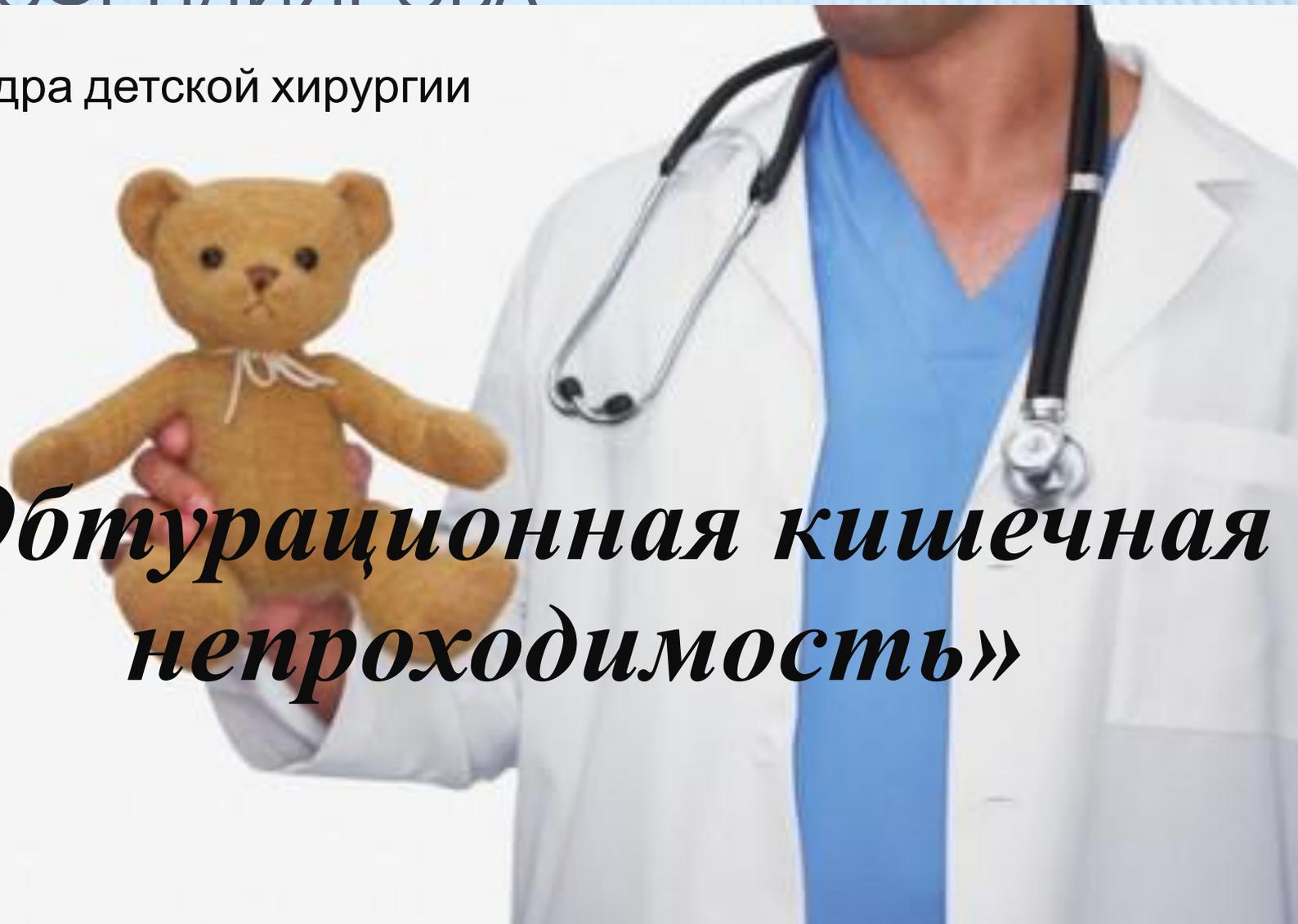


КАЗНМУ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДЛЯРОВА

□ Кафедра детской хирургии

□ ***«Обтурационная кишечная непроходимость»***



ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

- - вид кишечной непроходимости, при которой нарушение пассажа по кишечнику обусловлено перекрытием просвета кишки, вследствие сужения или полного перекрытия просвета кишечника без сдавления брюжейки.



ПРИЧИНЫ

1. опухоли,
2. воспалительные инфильтраты,
3. рубцовые стенозы,
4. перегибы самой кишки,
5. копростаз,
6. инородные тела,
7. желчные камни,
8. кишечные паразиты.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Тонкокишечная
обтурация

Толстокишечная
обтурация

Частичная

Полная

- Приблизительно 85 % случаев частичной тонкокишечной непроходимости разрешается консервативными мероприятиями, в то же время приблизительно 85 % случаев полной тонкокишечной обтурации требует операции.

КЛИНИКА

- ▣ **Боль.** Этот симптом является характерным для всех видов острой непроходимости кишечника и бывает в 100% случаев.
- ▣ Боли носят схваткообразный характер, что связано с усиленной перистальтикой.

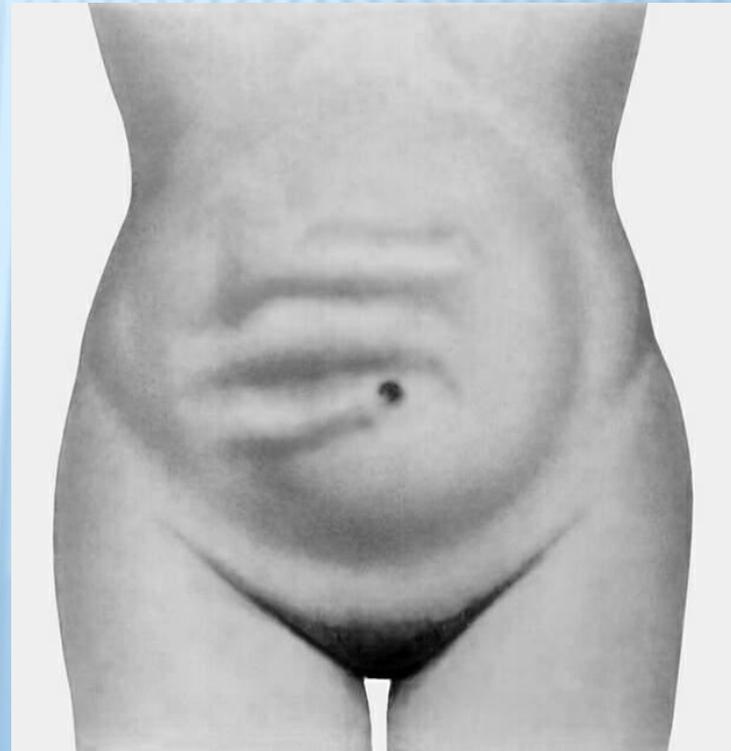
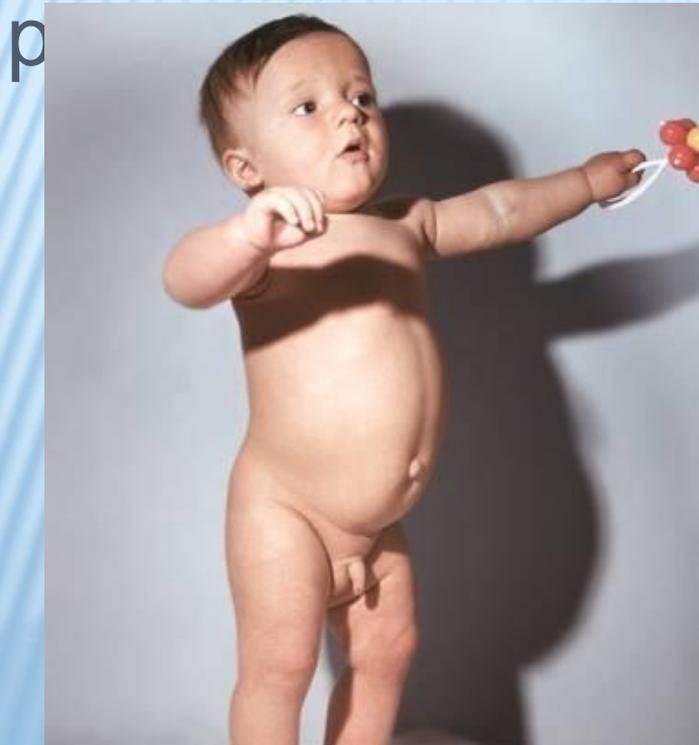


Рвота. В начале заболевания рвота бывает реже, но потом учащается и причиняет больным много страданий. Она начинается раньше и чаще повторяется при высокой непроходимости, а при непроходимости толстой кишки наступает позднее и



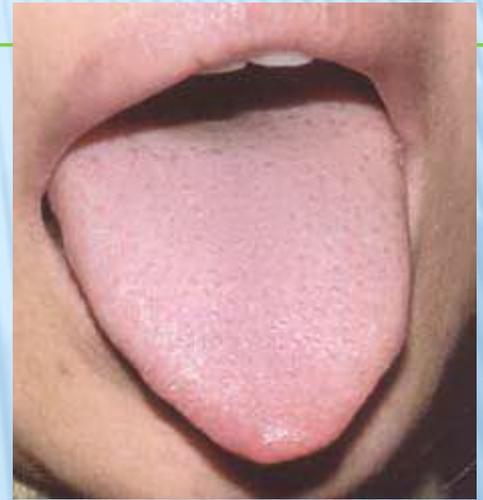
Вначале рвотные массы состоят из желудочного содержимого, потом примешивается желчь и содержимое тонкого кишечника с характерным каловым запахом.

▣ ***Вздутие живота.*** У больных с дряблой стенкой живота и без резко выраженной подкожной жировой клетчатки можно наблюдать перистальтику тонкой кишки. Чаще всего вздутие живота бывает



▣ *Задержка стула и газов.* Задержка каловых масс и газов относится к постоянным симптомам острой непроходимости кишечника и при низкой непроходимости (заворот сигмы) наступает с первого момента заболевания. При завороте тонкой кишки и при инвагинации до наступления полного пареза кишечника газы могут отходить и даже может быть стул.

□ *Сухость языка.* При многих острых заболеваниях органов брюшной полости наступает сухость языка, но при острой непроходимости кишечника она бывает резко выраженной, особенно при высокой непроходимости.



ДИАГНОСТИКА

□ **Анализы крови:**

- ↑ эритроцитов и лейкоцитов,
- ↑ гемоглобина (до 110—140%),
- ↑ вязкости крови,
- ↓ уровня хлоридов до 400—300 мг% (особенно при высокой непроходимости),
- ↓↓↓ белка.
- **Уменьшение мочи.**

Все исследования необходимо провести в течение 1,5—2 часов.

СИМПТОМЫ ОКН

- ▣ **Симптом Матъе-Склярова** - пальпаторно, при легком сотрясении брюшной стенки, выявляется шум, плеска жидкости, скопившейся в растянутой петле кишки, - характерно для обтурационной кишечной непроходимости.
- ▣ **Симптом Шимана-Данса** - характерен для илеоцекальной инвагинации - при пальпации правая подвздошная ямка становится пустой.
- ▣ **Симптом Шланге** - при пальпации живота отмечается резкое, усиление перистальтики в начальную стадию обтурационной и смешанной форм.
- ▣ При аускультаций живота с одновременной перкуссией можно выявить симптомы: **Кивуля** (металлический звук), **Спасокукоцкого** (шум падающей капли), **Вильса** (шум лопнувшего пузыря).

□ Исследование прямой кишки:

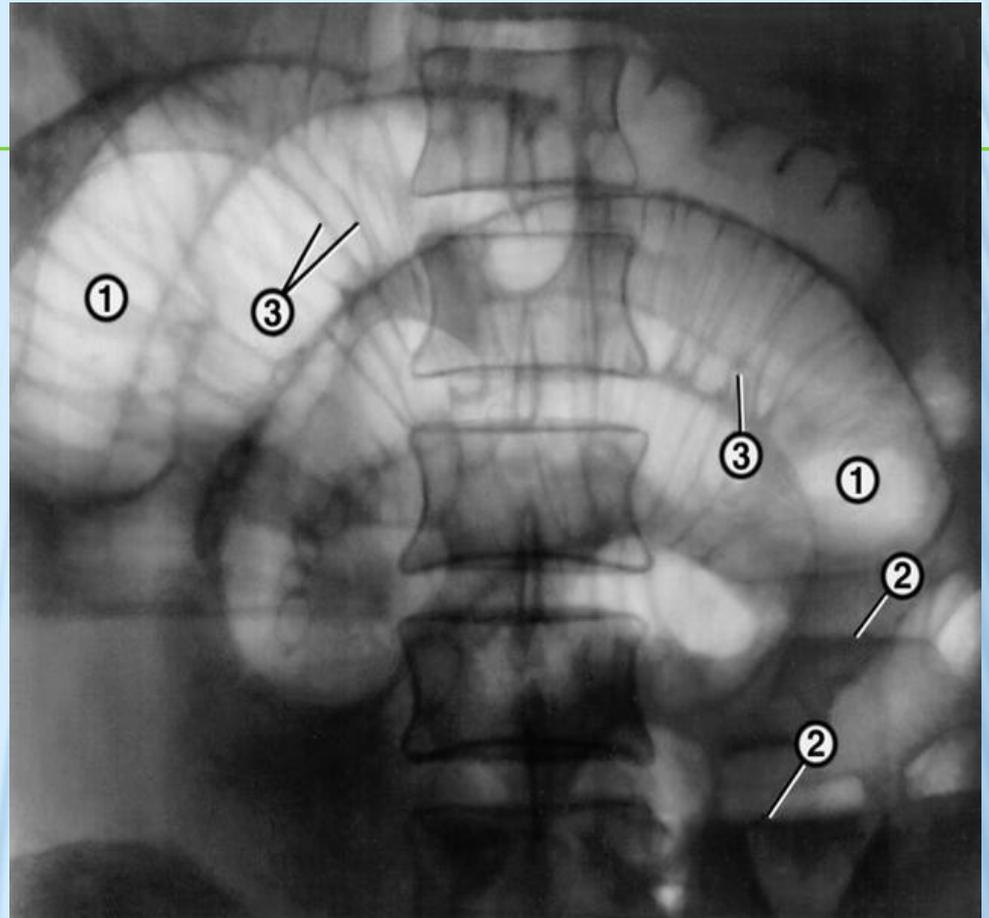
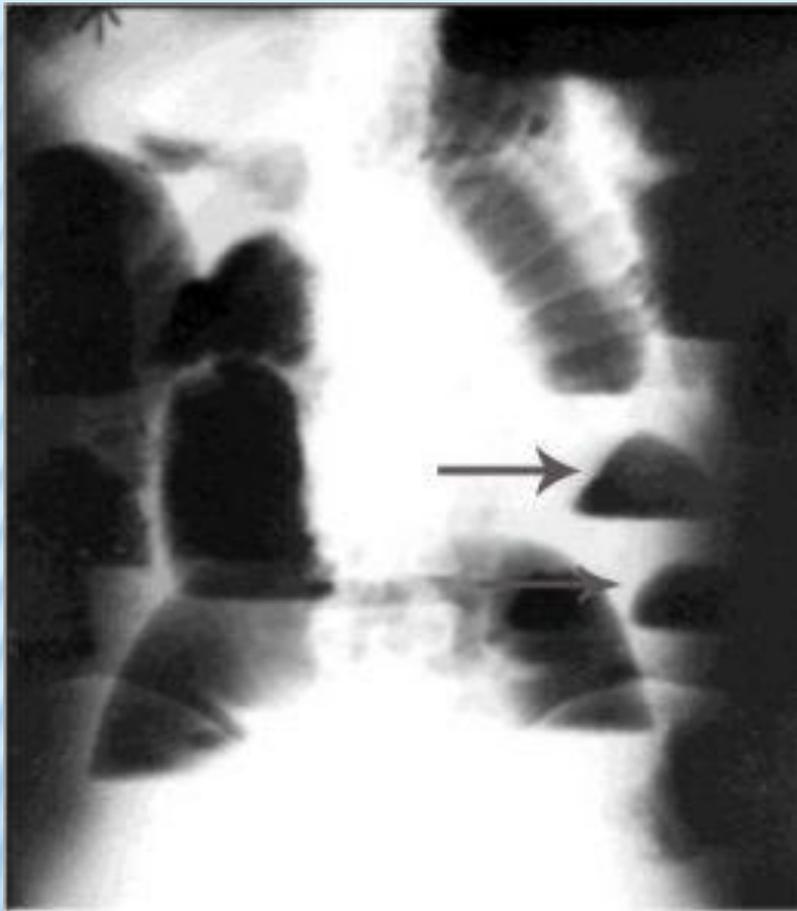
1. можно выявить опухоль, наличие жидкости в малом тазу,
2. **симптом Обуховской больницы** (ампула прямой кишки расширена, анус зияет - характерно для обтурационной или странгуляционной форме),
3. **симптом Гольда** (пальпаторное определение раздутой петли тонкой кишки).

□ Клизмы:

1. **симптом Цеге-Мантейфеля** - при кишечной непроходимости сигмовидной кишки в прямую не удастся ввести более 500 мл воды.

ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- Патогномоничными для кишечной непроходимости являются: чаши Клойбера, арки, поперечная исчерченность раздутой газами тонкой кишки (выявляется лучше в лежачем положении в виде симптома Кейси - вид круговой ребристости, напоминающей «скелет селедки»).



- Рентгенограмма брюшной полости (прямая проекция) при тонкокишечной непроходимости: на фоне раздутых газом петель тонкой кишки (1) с уровнями жидкости в них (2) видна поперечная исчерченность (3), придающая петлям вид пружин.

-
- В неясных случаях проводят **контрастное рентгенологическое исследование** кишечника с повторными исследованиями пассажа контраста каждые 2 часа.
 - Признаками являются: задержка контраста в желудке или тонкой кишке более 4 часов.
 - При кишечной непроходимости толстой кишки желательно провести **КОЛОНОСКОПИЮ**.

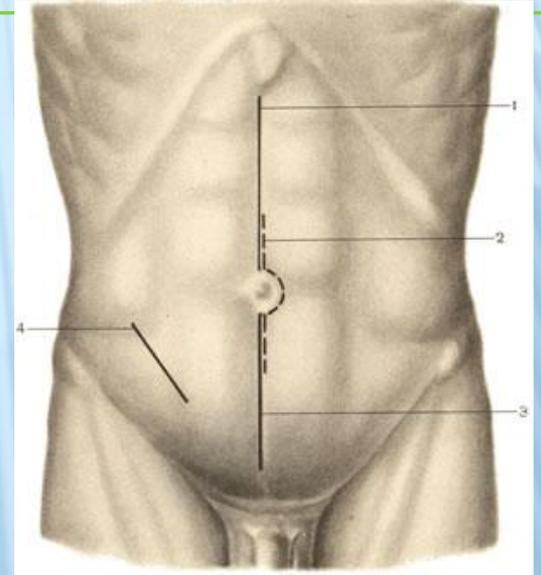
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада
- Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назо-гастральный зонд и сифонную клизму.
- Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию
- Диета, богатая клетчаткой
- Легкие слабительные средства
- Физиотерапевтические процедуры, направленные на стимуляцию перистальтики ("амшипульс")
- Катетеризация мочевого пузыря для контроля диуреза.

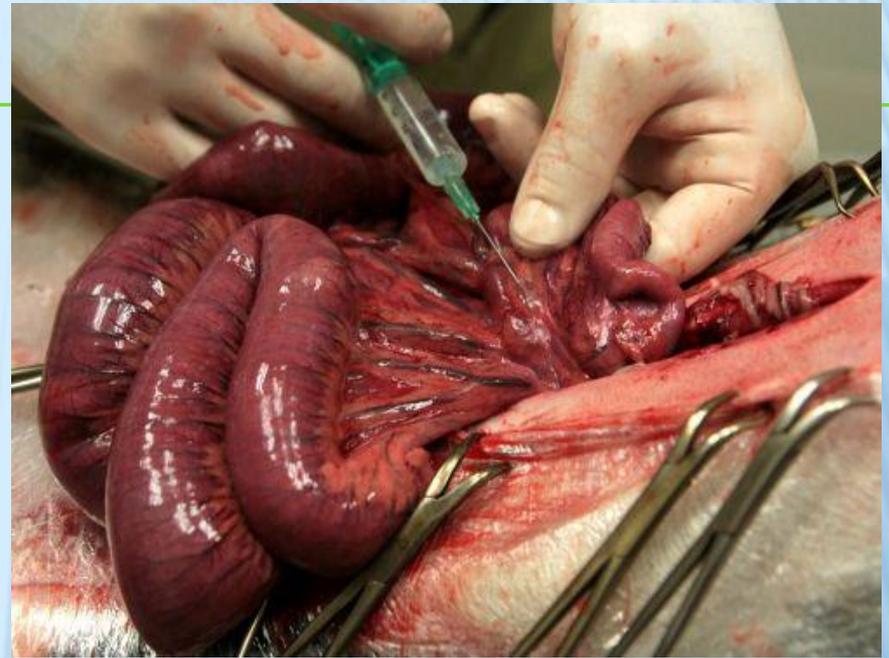
При невозможности ликвидации непроходимости консервативно (например, при глистных инвазии) - оперативное вмешательство.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Брюшная полость вскрывается разрезом по белой линии выше и ниже пупка, что обеспечивает хороший обзор.
- После вскрытия видны раздутые петли тонкой кишки или толстой.
- Уточнить место и причину непроходимости можно при выведении раздутой части кишечника в рану.



-
- В случаях, где восстановление кровообращения задерживается, следует обложить петлю салфетками, смоченными в теплом физиологическом растворе или в теплой воде (в кипящей воде стерилизатора) и произвести новокаиновую блокаду брыжейки. Появление пульсации сосудов брыжейки и розового цвета петли кишки говорит о восстановлении жизнеспособности последней. В случаях, когда стенка кишки остается черного цвета, надо произвести резекцию, учитывая при этом тяжесть состояния больного.



- Независимо от того, будет произведена резекция или нет, необходимо удалить содержимое кишки. При резекции содержимое удаляется отсосом через просвет приводящего конца кишки. В случаях, когда резекция кишки не производится, его удаляют при помощи трубки, вставленной в просвет кишки через образованное отверстие в стенке.
- Удаление содержимого способствует снятию интоксикации в послеоперационном периоде и облегчает вправление кишечника в брюшную полость.
- Операция по поводу неоперабельной опухоли, вызвавшей обтурацию, может быть закончена наложением внутреннего обходного межкишечного анастомоза или наложением двуствольной колостомы.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

- Особенностью послеоперационного периода при ОКН является наличие:
 1. пареза кишечника,
 2. водно-электролитных расстройств,
 3. тяжелой интоксикации,
 4. обезвоживание организма,
 5. нарушений кислотно-щелочного состояния.

- Мероприятия, направленные на устранение этих патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время операции, должны продолжаться и после операции.

- Большое значение в профилактике и лечении пареза принадлежит **декомпрессии кишечника**. Это достигается длительной аспирации кишечного содержимого через зонд Миллера-Эбботта и, в меньшей степени, аспирацией желудочного содержимого.
- аспирация осуществляется в течение 3-4 суток, до уменьшения интоксикации и появления перистальтики кишечника.
- В течение этого времени больной находится на парентеральном питании. Суточный объем инфузионных сред составляет 3-4 л.

-
- Восстановление функции кишечника способствует коррекции водно-электролитных расстройств.
 - Для стимуляции моторной функции кишечника используют паранефральную новокаиновую блокаду, антихолинэстеразные препараты (прозерин), ганглиоблокаторы (диколин, димеколин), гипертонический раствор хлористого натрия, токи Бернара, очистительные клизмы.