

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. Л. КАЗУЩИК, А. И. ПРОТАСЕВИЧ

РЕДКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2008

УДК 616.34–007.272–036.11–089 (075.8)
ББК 54.133 я 73
К 14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций от 26.03.2008 г., протокол № 7

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. 1-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета С. И. Леонович; канд. мед. наук, доц. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. Г. Шорох

Казущик, В. Л.

К 14 Редкие формы острой кишечной непроходимости : метод. рекомендации / В. Л. Казущик, А. И. Протасевич. – Минск : БГМУ, 2008. – 23 с.

Отражены основные теоретические вопросы, касающиеся редких форм острой кишечной непроходимости. Освещены клинические проявления, диагностическая тактика и особенности лечения данной патологии.

Предназначены для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета.

УДК 616.34–007.272–036.11–089 (075.8)
ББК 54.133 я 73

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2008

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятия: 5 часов.

Острая кишечная непроходимость, а особенно её редкие виды, представляет значительный теоретический и практический интерес для врачей разных специальностей. Лечение кишечной непроходимости (КН) является прерогативой общей хирургии, однако в ряде случаев необходимо привлечение ангиохирургов, рентгенологов, терапевтов и других специалистов.

Появление новых технологий диагностики и лечения данной патологии требует от врача постоянного совершенствования своих знаний.

Цель занятия: на основании полученных ранее знаний по нормальной и патологической анатомии, физиологии желудочно-кишечного тракта изучить особенности клиники, диагностики и хирургической тактики при КН, особенно редких её видов.

Задачи занятия:

1. Усвоить классификацию острой КН.
2. Изучить особенности клинических проявлений различных редких видов КН.
3. Ознакомиться с принципами клинического обследования пациентов с данной патологией.
4. Научиться проводить дифференциальную диагностику различных форм КН.
5. Освоить лечебную тактику и виды лечения при КН.

Требования к исходному уровню знаний. Для успешного и полного усвоения темы необходимо повторить:

- нормальную и топографическую анатомию желудочно-кишечного тракта;
- особенности кровоснабжения, иннервации и лимфооттока желудочно-кишечного тракта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Расположение различных отделов желудочно-кишечного тракта по отношению к брюшине.
2. Гистологическое строение различных отделов желудочно-кишечного тракта.
3. Физиология и особенности перистальтики.
4. Где расположен водитель ритма желудочно-кишечного тракта?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Острая кишечная непроходимость. Понятие. Этиология. Патогенез. Эпидемиология.

2. Клинические проявления различных видов КН.
3. Физикальные и инструментальные методы обследования и диагностики КН, оценка полученных данных.
4. Рентгенологические признаки КН.
5. Лечебно-диагностический приём при КН, последовательность выполнения, оценка результатов.
6. Механизм действия паранефральной блокады при КН.
7. Консервативное лечение КН.
8. Показания к оперативному лечению, его особенности при КН.
9. Виды операций при КН.
10. Ведение послеоперационного периода.
11. Профилактика КН.

Краткая историческая справка

Кишечная непроходимость описывалась ещё в трудах Гиппократ и Галена. Гиппократ так характеризует эту патологию: «Кишка высыхает и запирается от воспаления так, что не пропускает ни газов, ни пищи. Живот делается твёрдым, наступает рвота вначале выпитым, потом желчью и, наконец, калом». Для лечения применяли свечи, клизмы. В случаях, «если клизма не удерживается, следует мехами вдуть воздух в задний проход, а затем снова ставить клизму. Если следуют испражнения, больной выздоравливает».

Архиген (римский врач первого столетия н. э.) описывает илеус (ileus) как тяжёлое и большей частью смертельное заболевание, причиной которого «служит обильная, неумеренная еда и питьё, охлаждение живота, толчки живота».

По мере развития анатомии возникают новые представления об илеусе, основанные на данных, полученных при вскрытии трупов. В XVI в. врачи описали внедрение, в XVII — внутреннее ущемление, обусловленное тяжами, в XVIII — «осепороты».

Широкое применение противосудорожных средств, приём ртути, обильные клизмы, вдуть воздух, кровопускание составляли главный арсенал средств врачей старых времён.

Период до XVIII в. можно считать созерцательным (описывались отдельные наблюдения КН, применялись малоэффективные консервативные мероприятия). Н. М. Максимович-Амбодик в 1781 г. впервые описал илеус. В 1838 г. В. П. Добровольский опубликовал монографию «О болезни, именуемой илеусом». Н. И. Пирогов описывал отдельные наблюдения и лечил таких больных. Большой вклад в учение о КН внесли С. С. Вайль, С. И. Спасокукоцкий, П. Л. Сельцовский, Н. Н. Самарин, И. Г. Руфанов,

Ю. Ю. Джанелидзе, А. В. Вишневский, П. Н. Маслов, А. С. Альтшуль, Д. П. Чухриенко.

Кишечная непроходимость (ileus) — клинический симптомокомплекс, характеризующийся нарушением пассажа содержимого по кишечнику вследствие различных причин.

Классификация

Кишечная непроходимость:

1. Механическая:

- обтурационная;
- странгуляционная;
- смешанная.

2. Динамическая:

- спастическая;
- паралитическая.

3. Спаечная:

- механическая;
- динамическая.

4. Мезентериальная (сосудистая):

- артериальная;
- венозная;
- смешанная.

По клиническим проявлениям: острая, подострая, хроническая.

По степени выраженности: полная, частичная.

По стадиям процесса: нервно-рефлекторная, биохимических и органических нарушений, терминальная.

Редкие виды КН:

1. Узлообразование.
2. Заворот.
3. Инвагинация.
4. Желчнокаменная непроходимость.
5. Ложная толстокишечная непроходимость (синдром Огилви).
6. Толстокишечная непроходимость при каловом завале.
7. Непроходимость толстой кишки вследствие редких причин.
8. Непроходимость вследствие инородных тел и безоаров.

Узлообразование

Узлообразование (nodulus) относится к странгуляционной КН и составляет 3–4 % всех видов механической КН. Чаще встречается у мужчин. Предрасполагающей причиной является большая подвижность кишечных петель. В образовании узла могут принимать участие петли тонкой кишки, сигмовидная кишка, слепая кишка с червеобразным отростком, поперечно-ободочная кишка.

Механизм узлообразования: одна из петель или вся брыжейка тонкой кишки сдавливается у основания другой кишечной петлей, имеющей отдельную точку фиксации (рис. 1). Страдает кровоснабжение и иннервация сдавленных и сдавливающей кишечных петель. Происходит быстрое нарушение гемодинамики в брыжейках кишечных петель и раннее развитие некроза кишки.

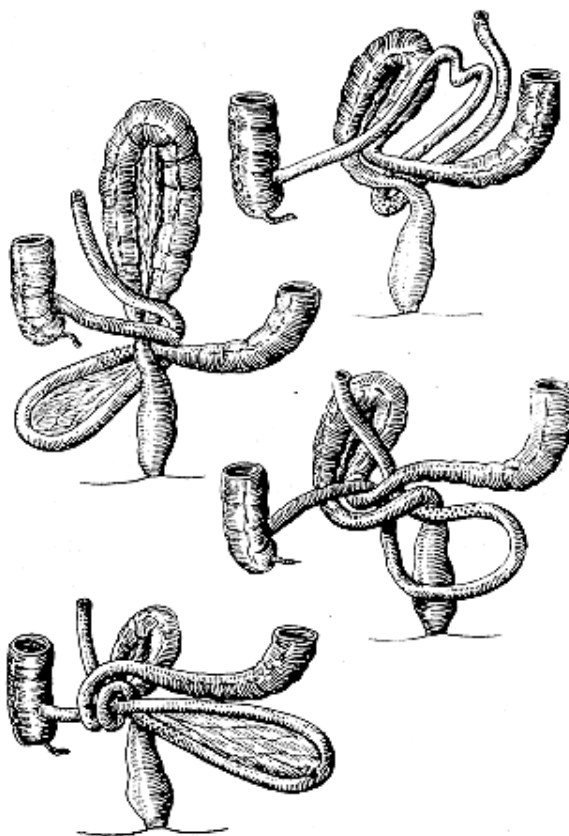


Рис. 1. Узлообразование

Клинически данная патология начинается внезапно, проявляется сильнейшей болью, приводящей иногда к коллапсу. Такие пациенты быстро обращаются за помощью. Лицо больного приобретает страдальческий вид. Боль носит постоянный характер. Появляются тошнота и повторяющаяся рвота, которая вначале носит рефлекторный характер, а позже

обусловлена механическим фактором и интоксикацией. Появляется вздутие живота, задержка стула и газов, жажда, отрыжка, икота.

Диагностика основывается на характерных жалобах, клинической картине, данных физикальных, рентгенологических, инструментальных, лабораторных исследований.

Лечение узлообразования только оперативное. Требуется интенсивная кратковременная предоперационная подготовка, направленная на достижение устойчивой гемодинамики, выведение больного из коллапса. Во время операции при жизнеспособных кишечных петлях надо стремиться расправить узел. Для этого следует дойти до основания изменённых петель, найти перехлёстывающую, освободить её и отвести от сдавленных петель. Никаких фиксирующих операций после этого делать не следует. Если имеется некроз кишки, необходимо выполнить резекцию нежизнеспособного сегмента в пределах здоровых участков. При образовании узла из петель тонкой, тонкой и толстой кишок приходится делать обширную резекцию. После резекции толстой кишки никаких анастомозов накладывать нельзя. В данных случаях следует формировать колостому. В тех случаях, когда расправить узел не удаётся, надо делать резекцию всего конгломерата единым блоком.

Заворот

Заворот (volvulus) составляет 2–2,5 % от всех видов механической КН, является странгуляционным её видом. Предрасполагающими причинами являются врождённые аномалии, длинная брыжейка кишки, спаечный процесс. Из производящих причин к наиболее важным относятся повышение внутрибрюшного давления и переедание. Чаще встречается у мужчин трудоспособного возраста.

Заворот тонкой кишки может быть тотальным (заворачивается вся тонкая кишка), и частичным (заворачивается отдельный её участок). В завороте толстой кишки чаще участвуют сигмовидная и слепая кишки (рис. 2). Заворот происходит при повороте кишки вокруг своей продольной оси более чем на 270°.

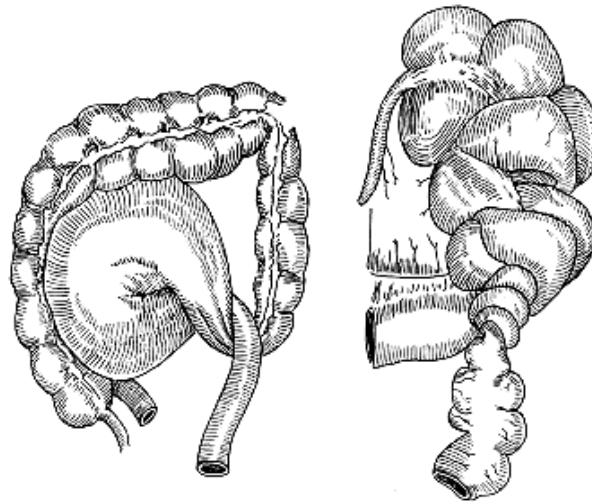


Рис. 2. Заворот

Клиническое течение заворота тонкой кишки отличается особой тяжестью и зависит от количества завернувшихся петель. Тотальный заворот начинается с шока, но и при частичном — наблюдаются острые внезапные боли, многократная рвота, задержка стула и газов. Интенсивность болевого синдрома побуждает больных в ранние сроки обращаться за медицинской помощью.

Живот в первое время остаётся мягким, равномерно болезненным, можно обнаружить локальное вздутие, симптом Валя, симптом Тевенара (резкая болезненность на 2 см выше пупка по срединной линии), симптом Спасокукоцкого.

При частичном завороте тонкой кишки все симптомы непроходимости менее выражены. Может даже быть стул, в некоторых случаях — частый и жидкий.

Заворот сигмовидной кишки преимущественно наблюдается у пожилых людей. Все симптомы заболевания бурно выражены с самого начала: внезапная схваткообразная боль с шоком, рвота, задержка стула, газов, сильное вздутие живота и его асимметрия — «косой живот». При перкуссии — высокий тимпанит. Симптом Цеге-Мантейфеля — положительный. При ирригоскопии в ректосигмоидном отделе определяется «стоп-симптом», над препятствием видна раздутая сигмовидная кишка с горизонтальным уровнем жидкости в ней.

Заворот слепой кишки представляет наиболее редкую форму КН. Различают три типа: заворот слепой кишки вместе с терминальным отделом подвздошной кишки вокруг их общей брыжейки, заворот (или перегиб) слепой кишки вокруг её поперечной оси, поворот слепой кишки вокруг её продольной оси.

Смещённая при завороте слепая кишка может располагаться в любой части брюшной полости.

Начало заболевания — внезапное, боль локализуется в правой половине живота, наблюдается его асимметрия. При пальпации обнаруживается пустота в правой подвздошной области — симптом Данса, перкуторно — высокий тимпанит над раздутой слепой кишкой. При ирригоскопии слепая кишка не заполняется. На обзорной рентгенограмме видны чаши Клойбера в слепой и тонкой кишках, «стоп-симптом» — в терминальном отделе подвздошной кишки.

Лечение — только оперативное.

Во время операции после обнаружения завернувшейся кишки выполняют её разворот (*detorsio*). Оценивают жизнеспособность кишки по общепринятым критериям. При малейших сомнениях показана её резекция. Формирование первичного анастомоза зависит от наличия (отсутствия) перитонита и его стадии. Различные виды фиксирующих операций выполняются в зависимости от интраоперационной находки. При завороте тонкой кишки фиксирующие операции не выполняют. При завороте слепой и сигмовидной кишок возможны следующие виды фиксирующих операций: цекопликация, сигмопликация, мезосигмопликация по Гаген–Торну.

Инвагинация

Инвагинация (внедрение) — одна из разновидностей механической смешанной КН (3–4 %).

Возникает в результате внедрения приводящего отрезка кишки в отводящий. Объясняется нарушением перистальтики отдельных сегментов кишечника. Спазмированный участок кишки внедряется в дистально расположенный отдел кишки, имеющий нормальный тонус. Нарушение моторной функции может проявиться парезом сегмента, тогда в него внедряется проксимально расположенный участок кишки. Иногда наблюдаются одновременно оба этих процесса: один участок паралитически расширен, другой, рядом расположенный, спастически сужен. Инвагинация чаще бывает нисходящей, когда проксимальный сегмент внедряется в дистальный, и реже — восходящей, в результате введения дистального отдела в проксимальный.

Причиной инвагинации могут быть воспалительные изменения в кишечнике, червеобразном отростке, брыжейке кишки, наличие язв, рубцов. Опухоль кишки довольно часто способствует внедрению одного участка кишки в другой. Наличие глистной инвазии, в частности аскаридоза, также может быть причиной инвагинации. Механическое и токсическое действия паразитов приводят к нарушению перистальтики кишечника, развитию спазма в одних местах и пареза в других, что и вызовет инвагинацию.

При введении одной кишки в другую образуются минимум три цилиндра из кишечных стенок (рис. 3). Наружный цилиндр называют воспринимающим (*intussuscipiens*), внутренний и средний образуют инвагинат (*invaginatum*, или *intussusceptum*).

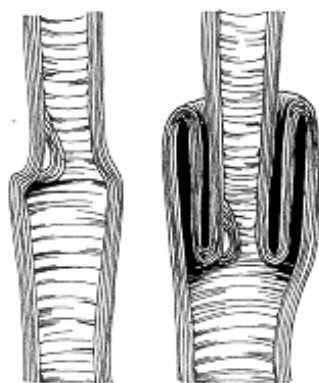


Рис. 3. Инвагинация

В инвагинате различают головку — место перехода внутреннего цилиндра в средний — и шейку — место перехода среднего в наружный цилиндр. Иногда бывают двойные, тройные инвагинации, тогда число цилиндров может быть 5–7 и даже 9.

Различают три вида инвагинации: тонко-тонкокишечную, тонко-толстокишечную, толсто-толстокишечную.

Инвагинация чаще встречается у детей.

Клинически в большинстве случаев наблюдаются основные признаки КН: боль в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов. В каловых массах — кровь со слизью («малиновое желе»). По образному выражению Мондора, «крови в стуле не находит тот, кто не ищет её».

Пальпаторно в животе определяется эластичной консистенции «колбасовидная» подвижная опухоль. После пальпации боль нарастает за счёт усиления перистальтики (симптом Руша).

Рентгенологически определяются практически все признаки КН: горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера, скопление газа. Наиболее информативным исследованием является ирригоскопия. При этом можно определить, имеется ли полная обтурация толстой кишки или дефект наполнения на месте инвагината. Дефект обладает ровными контурами, выступает в просвет кишки в виде «серпа», «кокарды». Попадание бария между наружным и средним цилиндрами даёт картину «двузубца», а если контраст проникает и во внутренний цилиндр, то образуется фигура «трезубца».

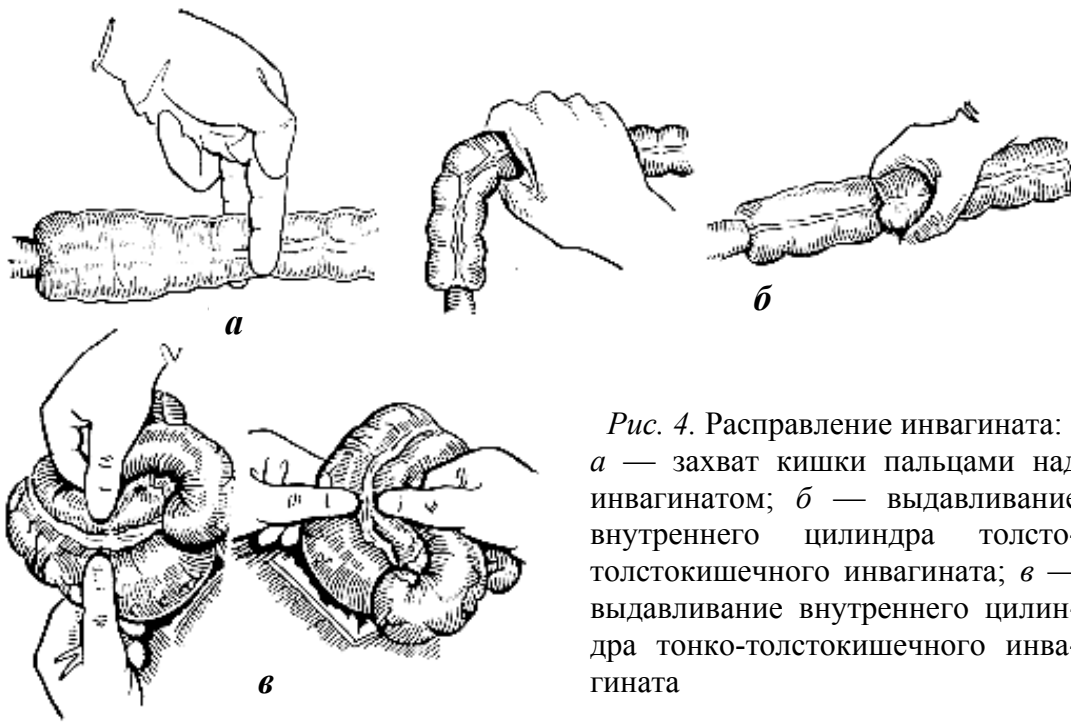


Рис. 4. Расправление инвагината: *а* — захват кишки пальцами над инвагинатом; *б* — выдавливание внутреннего цилиндра толсто-толстокишечного инвагината; *в* — выдавливание внутреннего цилиндра тонко-толстокишечного инвагината

Лечение. При наличии тонко-толстокишечной или толсто-толстокишечной инвагинации со сроком заболевания не более 24 часов инвагинат можно попытаться расправить. Под рентген-контролем с клизмой вводят бариевую взвесь и определяют точное место нахождения инвагината. Увеличивают давление и пальпаторно расправляют инвагинат путём его выдавливания в ретроградном направлении. Если инвагинат выпрямить не удалось, больного оперируют. На операции также надо попробовать расправить инвагинат путём его выдавливания в проксимальном направлении (рис. 4). ***Ни в коем случае нельзя пытаться дезинвагинировать кишку за счёт тракции её по продольной оси!***

При безуспешности всех манипуляций выполняется резекция инвагината (рис. 5). При илеоцекальной инвагинации выполняется правосторонняя гемиколэктомия.

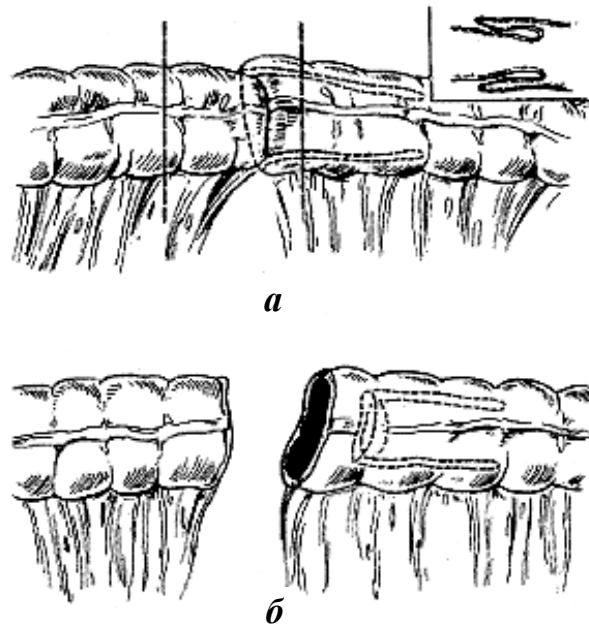


Рис. 5. Резекция инвагината:

а — границы резекции инвагината; *б* — вид кишки после резекции инвагината

Желчнокаменная непроходимость

Чаще встречается у пожилых женщин, имеющих в анамнезе хронический калькулёзный холецистит. Причина попадания камня из желчного пузыря в просвет кишки — наличие холецистодуоденального свища при длительном воспалительном процессе в желчном пузыре. В дальнейшем камень продвигается по кишечнику и может вызвать обтурационную КН. Обтурация чаще всего происходит в подвздошной кишке, в толстой кишке наблюдается редко.

Клинически проявляется приступообразной болью, локализация которой меняется по мере продвижения камня по кишечнику, тошнотой, рвотой, вздутием живота, неотхождением газов, отсутствием стула. При попадании камня в толстую кишку симптомы обтурации могут на какое-то время исчезнуть, а при ущемлении камня в узком месте (ректо-сигмовидный отдел, сигмовидная кишка) снова появляются признаки КН, теперь уже толстокишечной.

Для подтверждения диагноза выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ.

При неэффективности консервативного лечения показано оперативное вмешательство. Камень низводится в прямую кишку и извлекается. При фиксированных камнях выполняется энтеротомия и извлечение камня.

Синдром Огилви

Синдром Огилви (Ogilve) (ложная толстокишечная непроходимость) проявляется клинической картиной толстокишечной непроходимости, но на операции или на вскрытии отсутствует какое-либо механическое препятствие в толстой кишке.

Впервые такое заболевание описал Н. Ogilve в 1948 г.

Основной патогенетический фактор — нарушение вегетативной иннервации толстой кишки. Локализация поражённого участка в толстой кишке может быть самой различной.

Клинически синдром Огилви проявляется выраженными симптомами толстокишечной непроходимости: схваткообразной болью в животе, задержкой стула и газов, вздутием живота, рвотой. При рентгенологическом исследовании обнаруживают растянутые петли толстой кишки, горизонтальные уровни жидкости, а иногда и чаши Клойбера.

При фиброколоноскопии и ирригоскопии механических препятствий в толстой кишке не находят. Однако нарастающая клиническая картина КН заставляет хирургов проводить интенсивную консервативную терапию, а при её безуспешности переходить к оперативному вмешательству.

Консервативное лечение заключается в стимуляции кишечника, постановке клизм, введении назогастрального зонда, применении лекарственной терапии.

Характер оперативного вмешательства заключается в декомпрессии кишечника или в резекции поражённого сегмента толстой кишки. Декомпрессию лучше осуществлять наложением проксимальной колостомы.

Толстокишечная непроходимость при каловом завале

Среди всех больных с механической толстокишечной непроходимостью каловый завал встречается в 12–14 % случаев, чаще у лиц пожилого возраста.

Предрасполагающими факторами являются атония кишечника, застой каловых масс, запоры, наличие долихосигмы. Нередко каловые массы скапливаются в прямой кишке, а длительное их нахождение может привести к образованию каловых камней, которые вызывают обтурационную КН.

Клиника КН при каловом завале развивается медленно. Появляются постоянные ноющие боли в животе, которые постепенно становятся схваткообразными, сопровождаются вздутием живота, частыми позывами

на стул. Длительная задержка каловых масс в кишке приводит к хронической интоксикации, кахексии, анемии.

При пальцевом исследовании прямой кишки обнаруживают расслабление сфинктеров и зияние заднего прохода (симптом Обуховской больницы). В ампуле прямой кишки определяются плотные, несмещаемые каловые массы, через которые невозможно провести палец.

При обзорной рентгеноскопии можно обнаружить скопление газа в проксимальных отделах кишки. При ирригоскопии выявляется дефект наполнения с ровными контурами.

При фиброколоноскопии видны плотные каловые массы, препятствующие дальнейшему продвижению инструмента.

Длительные каловые завалы приводят к трофическим нарушениям в стенке кишки, вплоть до разрыва.

Лечение должно быть консервативным. Ликвидировать каловые завалы помогают повторные очистительные или сифонные клизмы. При obturации каловыми массами или камнями прямой кишки иногда приходится удалять их пальцами.

При безуспешности консервативного лечения пациентов приходится оперировать. Во время операции надо одновременно со стороны брюшной полости и со стороны заднего прохода освободить кишку от калового содержимого. При наличии калового камня хирургическая тактика зависит от его размеров, плотности и подвижности. Вначале надо попытаться размять его и перевести в прямую кишку. Если камень фиксированный и плотный, то для его удаления приходится делать колотомию или резекцию сегмента толстой кишки.

Непроходимость толстой кишки вследствие редких причин

Воспалительные опухоли толстой кишки имеют различное происхождение и могут вызвать КН. Причину развития воспалительной опухоли не всегда удаётся установить. Чаще всего инфекция проникает в стенку кишки через слизистую оболочку, повреждённую инородным телом, каловым камнем или через эрозированную слизистую при колитах. В дальнейшем развивается продуктивное воспаление, рубцовые изменения в стенке кишки, что может привести к сужению её просвета.

Воспалительные изменения при неспецифическом язвенном колите с образованием больших инфильтратов и отечной полиповидной (псевдополипы) слизистой оболочкой также могут привести к развитию КН. При болезни Крона вследствие развития подслизистого фиброза довольно

часто наблюдается стриктура толстой кишки с клиническими проявлениями её обтурации.

Из более редких воспалительных опухолей следует выделить эозинофильную гранулёму, которая может вызвать обтурацию сигмовидной кишки.

Большинство больных с воспалительными опухолями толстой кишки и клиническими признаками КН должны быть оперированы. Показания к операции расширяются при подозрении на злокачественный характер опухоли.

Туберкулёз кишечника протекает в форме рубцово-стенозирующего или опухолевого процесса. Чаще всего поражается илеоцекальная область в основном опухолевой формой, которая и приводит к КН.

Особенностью клинического течения является постепенное нарастание признаков непроходимости, чаще бывают симптомы низкой тонкокишечной обтурации. Правильной постановке диагноза помогает наличие туберкулёза в анамнезе или в момент заболевания, характерные для данной болезни эндоскопические и рентгенологические данные, гистологическое исследование биоптата, взятое при колоноскопии.

Экстрагенитальный эндометриоз в некоторых случаях может распространиться на стенку прямой кишки и вызвать обтурационную непроходимость. Диагностика трудна. Помимо клинических признаков низкой обтурационной толстокишечной непроходимости, при ректороманоскопии выявляют опухоль, сдавливающую просвет кишки, имеющую темно-фиолетовый оттенок и покрытую неизменённой или рыхлой слизистой оболочкой.

Ретороперитонеальный фиброз (болезнь Ормонда) в типичных случаях вызывает стеноз мочеточников и сосудов, но изредка поражает и кишечник. Фиброзное сдавление возможно в области двенадцатиперстной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки.

Постепенно развивается сужение просвета толстой кишки, сопровождающееся признаками обтурационной непроходимости. Установить причину сужения толстой кишки помогает одновременное или более раннее развитие стеноза мочеточника и забрюшинных сосудов.

На ранних стадиях при установленном диагнозе показано гормональное лечение. Развитие КН требует оперативного вмешательства. В зависимости от состояния больного и выраженности КН можно ограничиться наложением колостомы или сразу выполнить резекцию поражённой кишки с первичным или последующим формированием анастомоза.

Редкой причиной толстокишечной непроходимости может быть **гематома**, образующаяся в подслизистом слое при антикоагулянтной терапии. Быстрое увеличение гематомы обуславливает острое или подострое развитие клинической картины КН.

Диагноз устанавливают по данным рентгенологического и эндоскопического исследований. Сужение имеет гладкие, ровные контуры, редко бывает циркулярным. При колоноскопии выявляют выбухание в просвет кишки образования темно-красного цвета с неповрежденной слизистой. В просвете кишки может быть небольшое количество крови, пропотевающей из гематомы.

Лечение начинают с отмены антикоагулянтов, назначения средств, укрепляющих сосудистую стенку, щадящей диеты. При нарастании признаков КН показано оперативное вмешательство. При небольших гематомах делают поперечную энтеротомию, вскрывают и опорожняют гематому, останавливают кровотечение, ушивают кишку. При больших гематомах, которые сопровождаются трофическими изменениями кишечной стенки, показана резекция поражённого участка кишки.

Еще одной редкой причиной непроходимости толстой кишки может быть *лучевой проктит*. Широкое использование лучевой терапии при лечении злокачественных опухолей органов малого таза привело к увеличению частоты лучевого проктита. Это осложнение развивается у 3–5 % женщин после облучения. Различают язвенно-некротическую форму со стенозом (возникает в ранние сроки после облучения) и рубцовую стриктуру просвета кишки с нарушением проходимости (развивается через 5–6 мес. и позже).

Клинически эти осложнения проявляются медленно нарастающими признаками толстокишечной непроходимости.

Лечение должно быть максимально консервативным (масляные клизмы, микроклизмы с гидрокортизоном, свечи с преднизолоном, метилурацилом). При безуспешности консервативного лечения показана операция. В зависимости от объёма поражения и общего состояния пациента можно выполнить радикальную операцию или ограничиться колостомой.

Среди заболеваний *центральной нервной системы*, которые сопровождаются упорными запорами, иногда приводящими к КН, описаны *spina bifida* с порочным развитием спинного мозга, нарушение мозгового кровообращения, рассеянный энцефаломиелит.

Признаки КН наблюдаются иногда при таких *эндокринных нарушениях*, как микседема, кретинизм.

Врождённые аномалии развития кишечника и его нервного аппарата являются предрасполагающими факторами развития КН. Сюда относят **синдром Хилайдити** (расположение печеночного угла ободочной кишки между диафрагмой и печенью), **болезнь Гиришпрунга** (наследственный мегаколон), **синдром Ирасека–Зельцера–Уилстона** (аганглионарный мегаколон вследствие отсутствия сплетения Ауэрбаха), **синдром Марфана** (чрезмерно длинный кишечник), **синдром Пиулакса–Эдерика** (сочетание долихосигмы различных отделов кишечной трубки).

Непроходимость вследствие инородных тел и безоаров

Различают три вида инородных тел кишечника: 1 — проглоченные; 2 — безоары; 3 — проникшие в просвет кишки через её стенку.

Проглоченные инородные тела (случайно, с суицидальной целью, психически больными), даже острые (иголки, скрепки, гвозди и т. д.), могут самостоятельно пройти желудочно-кишечный тракт и выйти естественным путём. Наиболее частыми препятствиями для них являются фиксированные отделы и физиологические сужения кишечной трубки: привратник, связка Трейца, Баугиниева заслонка, ректосигмоидный отдел.

В желудке могут самостоятельно образовываться инородные тела — **безоары**. Трихобезоары образуются из проглоченных волос, ногтей, фитобезоары — из непереваренной клетчатки (чаще всего цитрусовых, хурмы, особенно в сочетании с молоком). Также выделяют конкрементоподобные образования — из некоторых химических соединений (парафин, углекислый висмут, воск).

Факт проникновения инородного тела в желудочно-кишечный тракт устанавливается, как правило, анамнестически. Продвижение или остановка инородного тела в желудке или двенадцатиперстной кишке может не сопровождаться болью. При закупорке инородным телом нижележащих отделов развиваются клинические признаки обтурационной КН: схваткообразная боль, тошнота, рвота, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула.

Возникновение острой боли в животе, признаков раздражения брюшины свидетельствует о перфорации полого органа.

При поступлении больному выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости, на которой фиксируют месторасположение инородного тела. Динамическое рентгенологическое наблюдение позволяет установить скорость продвижения инородного тела или фиксацию его в определённом месте.

Также необходимо выполнение фиброгастроуденоскопии. С помощью данного метода довольно часто удаётся извлечь инородное тело из желудка и двенадцатиперстной кишки. При безуспешности этой манипуляции пациенту назначают обволакивающую пищу и продолжают динамическое наблюдение; пациент должен контролировать стул.

Показаниями к операции являются признаки перфорации органа, желудочно-кишечное кровотечение, длительная (5–7 сут) задержка инородного тела в одном месте, скопление множества инородных тел, обтурационная КН.

Во время операции вскрывают просвет органа и извлекают инородное тело.

Инородное тело может остановиться в прямой кишке возле наружного сфинктера. В таком положении оно вызывает неприятные ощущения во время дефекации, а при перфорации — развитие гнойного парапроктита.

Инородное тело может попасть в прямую кишку и через задний проход.

Обязательно выполнение пальцевого исследования прямой кишки.

Хирургическая тактика заключается в удалении инородного тела. После опорожнения мочевого пузыря ректальным зеркалом широко растягивается сфинктер заднего прохода и извлекается инородное тело. Можно использовать ректороманоскоп, фиброколоноскоп.

Тесты

1. Клиническими признаками странгуляционной кишечной непроходимости являются:

- 1) постоянные боли в области живота;
- 2) однократная рвота;
- 3) многократная рвота;
- 4) схваткообразные боли в животе;
- 5) положительный симптом «шума плеска».

2. К странгуляционной кишечной непроходимости относится:

- 1) заворот;
- 2) обтурация просвета кишки желчным камнем;
- 3) узлообразование;
- 4) сдавление кишки извне опухолью;
- 5) сдавление петли тонкой кишки в ущемленной грыже.

3. Инвагинация относится к непроходимости:

- 1) спастической;
- 2) паралитической;
- 3) обтурационной;
- 4) странгуляционной;
- 5) смешанной.

4. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- 1) инородными телами;
- 2) желчными камнями;
- 3) злокачественными опухолями;
- 4) спайками брюшной полости;
- 5) гельминтами.

5. Какие симптомы патогномоничны для обтурационной кишечной непроходимости?

- 1) постоянные боли в животе;

- 2) схваткообразные боли в животе;
- 3) рвота цвета кофейной гущи;
- 4) вздутие живота;
- 5) доскообразный живот.

6. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все:

- 1) кроме постепенного нарастания симптомов;
- 2) вздутия живота;
- 3) появления чаш Клойбера;
- 4) задержки стула;
- 5) быстрого обезвоживания.

7. Обезвоживание организма при острой кишечной непроходимости наиболее быстро развивается в следующих случаях:

- 1) спастической кишечной непроходимости;
- 2) завороте тонкой кишки;
- 3) обтурации поперечной ободочной кишки опухолью;
- 4) узлообразовании между тонкой и сигмовидной кишками;
- 5) ущемлении тонкой кишки в пупочной грыже.

8. Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:

- 1) только консервативное лечение;
- 2) экстренная операция;
- 3) плановая операция;
- 4) оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий;
- 5) назогастральная интубация.

9. Кал в виде «малинового желе» характерен:

- 1) для стеноза привратника;
- 2) инвагинации;
- 3) фитобезоара;
- 4) дивертикула Меккеля;
- 5) аппендицита.

10. Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует применять:

- 1) пневмогастрографию;
- 2) рентгеноскопию желудка;
- 3) обзорную рентгеноскопию брюшной полости;
- 4) гастроскопию;
- 5) лапароскопию.

11. Причинами развития паралитической кишечной непроходимости являются:

- 1) перитонит;

- 2) свинцовое отравление;
- 3) панкреонекроз;
- 4) забрюшинная гематома;
- 5) расстройство мезентериального кровообращения;
- 6) всё вышеперечисленное верно.

12. Оперативное вмешательство при острой кишечной непроходимости показано в случае:

- 1) сохранения чаш Клойбера после проведения консервативных мероприятий;
- 2) усиления болей в животе;
- 3) появления признаков перитонита;
- 4) выраженной гиповолемии;
- 5) выраженной гипокалиемии.

13. Эффект от консервативного лечения наиболее вероятен при следующих видах острой кишечной непроходимости:

- 1) заворот тонкой кишки;
- 2) узлообразование между петлями тонкой и сигмовидной кишок;
- 3) спастическая кишечная непроходимость;
- 4) травматический парез кишечника;
- 5) копростаз.

14. При нежизнеспособной петле тонкой кишки производится:

- 1) резекция приводящей петли, отступив 30–40 см от некроза;
- 2) резекция кишки в пределах видимой границы некроза;
- 3) наложение обходного анастомоза;
- 4) выведение кишки;
- 5) резекция отводящей петли, отступив 15–20 см от некроза.

Ответы

1 — 1, 2, 5; 2 — 1, 3, 5; 3 — 5; 4 — 3, 4; 5 — 2, 4; 6 — 5; 7 — 2, 4, 5; 8 — 4; 9 — 2; 10 — 3; 11 — 6; 12 — 1, 2, 3; 13 — 3, 4, 5; 14 — 1, 5.

Ситуационные задачи

1. Больной 38 лет. Заболел остро. Жалуется на сильные боли в левой подвздошной области, тошноту, рвоту. Стула не было уже несколько дней. Много лет страдает запорами. Давно обследовался в поликлинике, установлен диагноз дивертикулёза сигмовидной кишки. При пальпации живота отмечаются болезненность, напряжение мышц в левой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет. Здесь же определяется болезненный инфильтрат. Возможно, у пациента одно из следующих заболеваний:

- А. Рак сигмовидной кишки.
- Б. Спастический колит.
- В. Неспецифический язвенный колит.
- Г. Заворот сигмовидной кишки.
- Д. Острый сигмоидит.

2. Больной 11 лет обратился с родителями к врачу через 12 ч после появления схваткообразных болей в животе. Жалобы на тошноту, рвоты не было. Заболевание связывает с тем, что накануне съел много кукурузы. При осмотре мальчик бледен, живот вздут, умеренно напряжён и резко болезнен в правой половине, где нечётко пальпируется эластичное образование диаметром 9 см. После пальпации боль в животе усиливается. Ректально обнаруживается кровь. Предположительно, это заболевание:

- А. Мезентериальный тромбоз.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Опухоль толстой кишки.
- Г. Инвагинация кишечника.
- Д. Заворот толстой кишки.

3. Больной 47 лет обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в животе, вздутие живота, отсутствие стула в течение суток. Из анамнеза известно, что страдает периодическими болями в животе, запорами. При осмотре — живот асимметрично вздутый, болезненный, без отчётливой перитонеальной симптоматики. Аускультативно в животе — «шум плеска», перистальтика усилена. Предположительно, это заболевание:

- А. Мезентериальный тромбоз.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Опухоль толстой кишки.
- Г. Инвагинация кишечника.
- Д. Заворот толстой кишки.

4. При осмотре пациентки 68 лет врач обратил внимание на наличие в левой подвздошной области малоподвижного, умеренно болезненного образования диаметром около 6 см. При сборе анамнеза выяснено, что пациентка похудела за последние 4 мес., отмечает неустойчивость стула, склонность к запорам, вздутие живота. Предположительно, это заболевание:

- А. Мезентериальный тромбоз.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Опухоль толстой кишки.
- Г. Инвагинация кишечника.
- Д. Заворот толстой кишки.

5. Больной 67 лет поступил с сильными болями в левой половине живота и левом бедре. Боли возникли внезапно и сопровождались обморочным состоянием. Страдает системным атеросклерозом, артериальной гипертензией. При осмотре — живот вздут, умеренно напряжён и резко болезнен в левой подвздошной области, где определяется плотное, неподвижное, округлое образование диаметром около 7 см. Ректально — обычный кал. Предположительно, это заболевание:

- А. Мезентериальный тромбоз.
- Б. Расслаивающая аневризма аорты.
- В. Опухоль толстой кишки.
- Г. Инвагинация кишечника.
- Д. Заворот толстой кишки.

Ответы

1 — Д; 2 — Г; 3 — Д; 4 — В; 5 — Б.

Литература

1. *Ерюхин, И. А.* Кишечная непроходимость : рук. для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. СПб. : Питер, 1999. 443 с.
2. *Шотт, А. В.* Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. Минск : Асар, 2004. 528 с.
3. *Частная хирургия* : учеб. для медвузов / под ред. Ю. Л. Шевченко. СПб. : Специальная литература, 1998. 478 с.
4. *Шалимов, А. А.* Хирургия кишечника / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. Киев : Здоров'я, 1977. 247 с.
5. *Еланский, Н. Н.* Хирургические болезни / Н. Н. Еланский. М. : Медицина, 1964. 650 с.

Оглавление

Мотивационная характеристика темы	3
Краткая историческая справка	4
Классификация	5
Узлообразование.....	5
Заворот.....	7
Инвагинация.....	9
Желчнокаменная непроходимость	11
Синдром Огилви	12
Толстокишечная непроходимость при каловом завале.....	12
Непроходимость толстой кишки вследствие редких причин	13
Непроходимость вследствие инородных тел и безоаров.....	16
Тесты.....	17
Ситуационные задачи	20
Литература.....	21

Учебное издание

Казушик Василий Леонович
Протасевич Алексей Иванович

РЕДКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск Г. Г. Кондратенко
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 27.03.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ 646.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.
ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
Ул. Ленинградская, 6. 220030, Минск.

Репозиторий БГМУ