

Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Научно-исследовательская работа:

**Диагностика и лечение острой кишечной
непроходимости**

Выполнила:

студентка 4 курса 3 группы
педиатрического ф-та

Сидоренко А.Н.

*Проверил: и
Кухтенко И.В.
и ст. пр.
Сергеев*

Волгоград, 2018

План работы:

1. Изучить актуальность проблемы.
2. Ознакомиться с понятием острая кишечная непроходимость.
3. Раскрыть основные методы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости.
4. Сделать выводы.

Введение

Вопросы современной диагностики и рациональной лечебной тактики при острой кишечной непроходимости (ОКН) крайне актуальны в неотложной абдоминальной хирургии в связи с неуклонным ростом числа больных и высокой послеоперационной летальностью. Доля ОКН составляет до 10% среди всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. Наиболее часто встречается острая тонкокишечная непроходимость – в 60-70%, реже толстокишечная непроходимость – в 30-40% случаев. Летальность при неотложной патологии остается высокой, достигая 15-40%. Раннее оперативное вмешательство, основанное на точном определении локализации обструкции, улучшает прогноз и результаты хирургического лечения.

Понятием острая кишечная непроходимость

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний. Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

Классификация острой кишечной непроходимости:

А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление;
- б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма);
- в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В. По уровню препятствия:

- Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.
- Толстокишечная непроходимость.

Диагностика

При объективном обследовании состояние больного средней тяжести. У больного наблюдаются:

- **Боль в животе.** Боли носят приступообразный, схваткообразный характер. У больных холодный пот, бледность кожных покровов (при странгуляции). Боли могут стихать: например, был заворот, а затем кишка расправилась, что привело к исчезновению болей, но исчезновение болей очень коварный признак, так как при странгуляционной КН происходит некроз кишки, что ведет к гибели нервных окончаний, следовательно, пропадает боль.
- **Рвота.** Многократная, сначала содержимым желудка, потом содержимым двенадцатиперстной кишки, затем появляется рвота с неприятным запахом. Язык при КН сухой.
- **Вздутие живота, асимметрия живота**
- **Задержка стула и газов** - это грозный симптом, говорящий о КН.
- При поверхностной пальпации живот мягкий, определяется нелокализованная болезненность в мезогастрии без раздражения брюшины. При пальпации возможно выявление инвагината, опухоли. Перкуссия брюшной полости позволяет выявить наличие тимпанита в проекции раздутых петель кишечника. Для аускультации живота в начальной стадии характерно определение резких, усиленных перистальтических шумов.

Объективное исследование больного ОКН обязательно должно завершаться ректальным осмотром. При этом возможно обнаружить опухоль прямой кишки, оценить тонус сфинктера, наличие патологических примесей.

Специфические симптомы, характерные для острой кишечной непроходимости:

1. Симптомы тонкокишечной непроходимости:

- Триада Валя - асимметрия живота, видимая перистальтика, высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Шланге - усиленная перистальтика после пальпации.
- Симптом Кивуля - высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Склярора - шум плеска при пальпации.
- Симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли при аускультации.

2. Симптомы толстокишечной непроходимости:

- Симптом Обуховской больницы (Грекова) - атония сфинктеров прямой кишки в сочетании с пустой зияющей ампулой.
- Проба Цеге-Мантейфеля - малая вместимость толстой кишки при очистительной клизме.
- Симптом Шимана - асимметричное вздутие в правых верхних отделах живота с запавшей левой подвздошной области (признак заворота сигмовидной кишки).

Методы дополнительной диагностики

А. Инструментальные методы диагностики:

- Рентгенологическое обследование;
- УЗИ;
- Колоноскопия (диагностическая и лечебная);
- Ирригоскопия;
- Лапароскопия (диагностическая и лечебная);
- Компьютерная диагностика (КТ, МРТ).

В. Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови:

- эритроцитоз, повышение содержания гемоглобина, увеличение гематокрита (проявление гиповолемии);

- лейкоцитоз характерен на стадии гангрены кишки и перитонита;

2. Общий анализ мочи:

- снижение количества мочи;

- увеличение плотности;

протеинурия;

- цилиндрурия.

3. Биохимические показатели крови:

- гипокалиемия, гипонатриемия;

- повышение содержания мочевины, креатинина.

4. Кислотно-основное состояние:

- метаболический ацидоз,

в терминальной стадии - метаболический алкалоз.

5. Снижение объема циркулирующей крови и плазмы, снижение глобулярного объема.

Рентгенологическая диагностика острой кишечной непроходимости

Пневматоз тонкой кишки является начальным симптомом, в норме газ содержится только в ободочной кишке.

В последующем в кишечнике определяются уровни жидкости ("чаши Клойбера"). Следует различать тонко- и толстокишечные уровни:

- при *тонкокишечных* уровнях вертикальные размеры превалируют над горизонтальными, видны полулунные складки слизистой;
- в *толстой кишке* горизонтальные размеры уровня превалируют над вертикальными, определяется гаустрация.

Рентгеноконтрастные исследования с барием через рот при кишечной непроходимости нецелесообразны, это способствует полной обструкции суженного сегмента кишки. Прием водорастворимых контрастных препаратов при непроходимости способствует секвестрации жидкости, так как все рентгеноконтрастные препараты осмотически активны.

Контрастное исследование проводится в сомнительных случаях в диагнозе полной механической непроходимости. Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при кишечной непроходимости служат:

- для подтверждения исключения кишечной непроходимости.
- в сомнительных случаях, при подозрении на кишечную непроходимость с целью дифференциальной диагностики и при комплексном лечении.
- спаечная ОКН у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам, при купировании последней.
- любая форма тонкокишечной непроходимости (за исключением странгуляционной), когда в результате активных консервативных мероприятий на ранних этапах процесса удается добиться видимого улучшения. В данном случае возникает необходимость объективного подтверждения правомерности консервативной тактики. Основанием для прекращения серии Rg-грамм является фиксация поступления контраста в толстую кишку.
- диагностика ранней послеоперационной непроходимости у больных, перенесших резекцию желудка. Отсутствие пилорического жома обуславливает беспрепятственное

поступление контраста в тонкую кишку. В этом случае выявление феномена стоп-контраста в отводящей петле служит показанием к ранней релапаротомии.

Эффективным средством диагностики толстокишечной непроходимости и в большинстве случаев ее причины является *ирригоскопия*. Пневмоирригоскопия заключается в трансанальном введении воздуха под давлением в ободочную кишку. Методика применяется при илеоцекальной инвагинации, для диагностики толстокишечной непроходимости

Колоноскопия при толстокишечной непроходимости нежелательна, поскольку она приводит к поступлению воздуха в приводящую петлю кишки и может способствовать развитию ее перфорации.

Лечение

Все больные с выставленным диагнозом ОКН оперируются после предоперационной подготовки (которая должна длиться не более 3 часов), а если выставлена странгуляционная КН, тогда больной подается после проведения минимального объема обследования сразу в операционную, где предоперационную подготовку проводит анестезиолог совместно с хирургом (в течение не более 2 часов с момента поступления).

Экстренная (т.е. выполненная в течение 2 часов с момента поступления) операция показана при ОКН в следующих случаях:

1. При непроходимости с признаками перитонита;
2. При непроходимости с клиническими признаками интоксикации и дегидратации (то есть, при второй фазе течения ОКН);
3. В случаях, когда на основании клинической картины складывается впечатление о наличии странгуляционной формы ОКН.

В настоящее время принята активная тактика лечение острой кишечной непроходимости.

1. Доступ.

Для обеспечения адекватной ревизии и санации брюшной полости как правило, выполняется срединная лапаротомия. В ряде случаев при наличии анатомических и технических условий возможно использование лапароскопического и минилапаротомного доступов.

2. Ревизия брюшной полости.

Определяется источник непроходимости, оценивается наличие интраабдоминальных осложнений. Ревизии предшествует обязательная инфильтрация корня брыжейки раствором местного анестетика. В случае выраженного переполнения кишечных петель содержимым перед ревизией производится декомпрессия кишки с помощью гастроеюнального зонда

3. Ликвидация непроходимости.

Объем вмешательства специфичен для причины, вызвавшей непроходимость:

- ущемленная грыжа - грыжесечение;
- заворот - деторзия;
- узлообразование — ликвидация узлообразования;
- опухолевые поражения - резекции кишки; - инородные тела - энтеро - или колотомия;
- инвагинация - дезинвагинация;
- спаечная непроходимость - рассечение спаек.

Паллиативные операции: Подразумевают формирование энтеро - или колостом над уровнем непроходимости. Эти вмешательства обеспечивают ликвидацию ОКН без лечения основной патологии, вызвавшей непроходимость (колостомии при опухолевой кишечной непроходимости) и, как правило, являются вынужденными.

4. Оценка жизнеспособности кишечника.

Производится после устранения непроходимости и восстановления кровоснабжения. Основные признаки жизнеспособной кишки:

- розовый цвет;
- наличие перистальтики;
- пульсации краевых сосудов брыжейки.

При сомнениях в жизнеспособности пользуются следующими приемами:

- введение в брыжейку 0,25 % раствора новокаина;
- согревание кишки теплыми салфетками;
- проба с 10% раствором NaCl (при нежизнеспособная кишка в ответ на нанесение гипертонического раствора сморщивается).

Нежизнеспособная кишка должна быть резецирована в пределах здоровых тканей. В связи с этим, резекция производится с обязательным удалением не менее 40 см приводящего и 20 см отводящего отрезка от видимых границ некроза. Затем формируют межкишечный анастомоз. В крайних случаях возможно выведение кишечных стом.

5. Декомпрессия кишечника.

Цель декомпрессии кишечника - предотвратить развитие как внутрибрюшных, так и системных осложнений, связанных с ишемическим повреждением кишечной стенки, сохраняющимся длительное время после устранения непроходимости. Оптимальным вариантом такой декомпрессии является *назоинтестинальное дренирование тонкой кишки по Вангенитину*. Длинный зонд, проведенный через нос в тонкую кишку, дренирует ее на всем протяжении. После удаления кишечного содержимого зонд может быть оставлен для продленной декомпрессии. При отсутствии длинного зонда можно кишечное содержимое удалить через зонд, введенный в желудок или толстую кишку, либо сцедить его в кишку, подлежащую резекции. Ободочную кишку дренируют через заднепроходное отверстие.

Иногда выполнить декомпрессию кишки без вскрытия ее просвета невозможно. В этих случаях накладывается энтеротомическое отверстие и содержимое кишки эвакуируется с помощью электроотсоса. При этой манипуляции необходимо тщательно отграничивать энтеротомическое отверстие от брюшной полости, чтобы предотвратить ее инфицирование.

5. Предотвращение рецидива непроходимости.

Этот этап подразумевает устранение предрасполагающих факторов. Примером может служить мезосигмопликация по Гаген-Торну при завороте сигмовидной кишки. Методика заключается в фиксации удлинённой брыжейки сигмовидной кишки к париетальной брюшине отдельными швами. Также профилактическим мероприятием является выполнение герниопластики при грыжесечении.

Послеоперационное лечение ОКН включает следующие обязательные направления:

- Возмещение ОЦК, коррекция электролитного и белкового состава крови;
- Лечение эндотоксикоза, в том числе, обязательная антибактериальная терапия;
- Восстановление моторной, секреторной и всасывательной функций кишки, то есть лечение энтеральной недостаточности.

Вывод

Острой кишечной непроходимости занимает важное место в неотложной абдоминальной хирургии в связи с неуклонным ростом числа больных и высокой послеоперационной летальностью. Летальность при неотложной патологии остается высокой, достигая 15-40%. Поэтому ранняя диагностика заболевания и раннее оперативное вмешательство, основанное на точном определении локализации обструкции, способствует улучшению прогнозу и хорошим результатам хирургического лечения.

Список литературы:

1. Хирургические болезни. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. М.И.Кузина. - М. Медицина. 2009.
2. Клиническая хирургия. Национальное руководство. // Под ред. В.С. Савельева А.И. Кириенко. - М. - ГЭОТАР-Медиа. - 2014.
3. Неотложная хирургия органов брюшной полости: Учебное пособие для студ. мед. вузов/ Под ред. В. В. Левановича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
4. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии/ В. Н. Чернов [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп.- Элиста: АОр НПП Джангар, 2012.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 3 группы
Сидоренко А.Н.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.