

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего  
профессионального образования

Волгоградский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения РФ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

## Научно- исследовательская работа

На тему: Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости

Выполнила студентка

4 курса 9 группы

Педиатрического факультета

Небыкова Татьяна

*проверил:  
Кузнецко Ю. В.  
и хор' [подпись]*

Волгоград 2018

## Содержание

Введение.....	1
Классификация.....	2
Этиология.....	3
Клинические проявления.....	4
Методы исследования.....	5
Лечение.....	6
Список использованной литературы.....	7

## Введение

### Острая кишечная непроходимость (ОКН) -

это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний.

### Классификация

#### 1. Динамическая непроходимость:

а) спастическая; б) паралитическая.

#### 2. Механическая непроходимость:

а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление;

б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

При динамической непроходимости нарушается двигательная функция кишечной стенки, механического препятствия для продвижения кишечного содержимого нет. При странгуляционной непроходимости наряду с препятствием пассажу кишечного содержимого имеется сдавление элементов брыжейки с нарушением кровоснабжения кишечной стенки. При обтурационной кишечной непроходимости брыжейка кишки и кровоснабжение не страдают.

Обтурация может быть вызвана злокачественными и доброкачественными опухолями, каловыми и желчными камнями, инородными телами, аскаридами, кистами. К смешанным формам ОКН относятся инвагинация и спаечная кишечная непроходимость, если наряду с обтурацией просвета кишечника имеется нарушение кровоснабжения кишечника.

### Этиология

Острая кишечная непроходимость может быть вызвана многочисленными причинами, которые принято делить на предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим причинам относят анатомо-морфологические изменения в желудочно-кишечном тракте – спайки, сращения способствующие патологическому положению кишечника, сужение и удлинение брыжейки,

приводящие к чрезмерной подвижности кишечника, различные образования, исходящие из стенки кишки, соседних органов или находящиеся в просвете кишечника, карманы брюшины и отверстия в брыжейке. К предрасполагающим причинам относят и нарушение функционального состояния кишечника в результате длительного голодания. В таких случаях прием грубой пищи может вызвать бурную перистальтику и кишечную непроходимость.

Роль предрасполагающих причин сводится к созданию избыточной подвижности петель кишечника, или, наоборот, его фиксации. В результате кишечные петли и их брыжейка смогут занимать патологическое положение, при котором пассаж кишечного содержимого нарушается. К производящим причинам относят изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза его мускулатуры, внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления, перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей.

#### Клиника острой кишечной непроходимости

Ведущими симптомами ОКН являются боли в животе, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота. Перечисленные симптомы наблюдаются почти при всех формах ОКН, но имеют различную степень выраженности в зависимости от вида, уровня и времени, прошедшего от начала заболевания.

Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников. Для кишечной непроходимости наиболее характерны схваткообразные боли, что связано с перистальтикой кишечника. Четкой локализации болей в каком-либо отделе брюшной полости не отмечается. При обтурационной кишечной непроходимости боли вне схваткообразного приступа обычно исчезают. В случае странгуляционной кишечной непроходимости боли бывают стойкими, резко усиливающимися во время приступа. Стихают боли лишь на 2-3 сутки, когда наступает истощение перистальтики кишечника. Прекращение болей при наличии кишечной непроходимости служит плохим прогностическим признаком. При паралитической кишечной непроходимости боли постоянные, распирающие, умеренной интенсивности. Рвота вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости развивается рвота застойным содержимым, в позднем периоде при развитии перитонита рвота становится неукротимой, непрерывной, а рвотные массы имеют каловый запах. Чем выше непроходимость, чем выраженн

ее рвота. В промежутках между рвотой больной испытывает тошноту, его беспокоит отрыжка, икота. При низкой локализации препятствия наблюдается рвота с большими промежутками.

Задержка стула и газов наиболее выражена при низкой кишечной непроходимости. При высокой кишечной непроходимости в начале заболевания у некоторых больных может быть стул. Это происходит за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При кишечной непроходимости на почве инвагинации из заднего прохода иногда наблюдаются кровянистые выделения из заднего прохода, что может служить причиной диагностической ошибки, когда ОКН ошибочно принимают за дизентерию.

### **Инструментальные методы**

- Рентгенография брюшной полости

определение газа и уровней жидкости в петлях кишок (чаши Клойбера)

поперечная исчерченность кишки (симптом керкринговых складок)

- УЗИ

при механической кишечной непроходимости:

расширение просвета кишки более 2 см с наличием феномена «секвестрации жидкости» в просвет кишки;

утолщение стенки тонкой кишки более 4 мм;

наличие возвратно-поступательных движений химуса по кишке;

увеличение высоты керкринговых складок более 5 мм;

увеличение расстояния между керкринговыми складками более 5 мм;

гиперпневматизация кишечника в приводящем отделе

- при динамической кишечной непроходимости:

отсутствие возвратно-поступательных движений химуса по кишке;

феномен секвестрации жидкости в просвет кишки;

невыраженный рельеф керкринговых складок;

гиперпневматизация кишечника во всех отделах

- Ирригография

изучение пассажа рентгенконтрастных веществ (например, сульфата бария) по кишечнику (проба Шварца) — при сохранении проходимости кишки не отмечается депонирование бария, контрастная масса заполняет толстую кишку через 6 часов от начала исследования.

Важное значение в успешной диагностике ОКН имеет анамнез. Перенесенные операции на органах брюшной полости, открытые и закрытые травмы живота, воспалительные заболевания нередко являются предпосылкой возникновения кишечной непроходимости. Указание на периодические боли в животе, его вздутие, урчание, расстройства стула, внезапное физическое напряжение помогает в постановке диагноза.

Общее состояние больного может быть средней тяжести или тяжелым в зависимости от формы, уровня или времени, прошедшего от начала ОКН. Температура в начальный период заболевания не повышается. При странгуляционной непроходимости, когда развиваются коллапс и шок, температура снижается до 36°C. В дальнейшем, при развитии перитонита, температура повышается до субфебрильной. Пульс в начале заболевания не изменяется, при нарастании явлений непроходимости появляется тахикардия. Обращает на себя внимание расхождение между низкой температурой и частым пульсом.

Осмотр живота больного, у которого имеется кишечная непроходимость, надо начинать с обследования типичных мест грыжевых ворот, чтобы исключить наличие наружной ущемленной грыжи. Послеоперационные рубцы могут указать на спаечную непроходимость. К наиболее постоянным признакам ОКН относится вздутие живота. Однако степень вздутия может быть различной и зависит от уровня непроходимости и сроков заболевания. При высокой непроходимости вздутие может быть незначительным, но чем ниже уровень препятствия, тем больше вздутие. Особенно значительным бывает вздутие при паралитической и толстокишечной непроходимости. В начале непроходимости вздутие живота может быть небольшим, но по мере увеличения сроков заболевания увеличивается степень метеоризма.

Неправильная конфигурация живота и асимметрия характерны для странгуляционной кишечной непроходимости. Нередко через брюшную стенку удается увидеть одну или несколько раздутых петель кишечника. Четко отграниченная растянутая кишечная петля, контурируемая через брюшную стенку — симптом Валя — является ранним симптомом

ОКН. При перкуссии над ней выслушивается высокий тимпанит. При завороте сигмовидной кишки живот оказывается как бы перекошенным. При этом вздутие располагается в направлении от правого подреберья через пупок к левой подвздошной области (симптом Шимана).

При осмотре живота можно видеть медленно перекатывающиеся валы и ли внезапно появляющиеся и исчезающие выпячивания. Часто они сопровождаются приступом болей в животе и рвотой. Видимая на глаз перистальтика — симптом Шланге — более отчетливо определяются при медленно развивающейся обтурационной непроходимости, когда успевает гипертрофироваться мускулатура приводящего отдела кишечника.

При пальпации живот до развития перитонита болезненный. Напряжение мышц брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При странгуляционной непроходимости бывает положительным симптом Тевенара — резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где проходит корень брыжейки. Этот симптом особенно характерен для заворота тонкого кишечника. Иногда при пальпации живота иногда удается определить опухоль, тело и инвагината, воспалительный инфильтрат, послужившие причиной непроходимости.

При легком сотрясении брюшной стенки можно услышать «шум плеска» — симптом Склярова. Этот симптом указывает на наличие перерастянутой паретичной петли кишки, переполненной жидким и газообразным содержимым. Наличие этого симптома свидетельствует обычно о запущенности и заболевания и является показанием к операции.

При перкуссии можно определить ограниченные участки зон притупления, что соответствует местоположению петли кишки, наполненной жидкостью и непосредственно прилегающей к брюшной стенке. Эти участки притупления не меняют своего положения при поворотах больного, чем и отличаются от свободного выпота. Притупление перкуторного звука выявляется также над опухолью, воспалительным инфильтратом или инвагинатом кишки.

При аускультации в начальном периоде ОКН, когда перистальтика еще сохранена, прослушиваются многочисленные звонкие шумы, резонирующие в растянутых петлях. Иногда можно уловить «шум падающей капли» — симптом Спасокукоцкого-Вильмса. Перистальтику можно вызвать или усилить путем поколачивания

ия брюшной стенки. В позднем периоде при нарастании пареза кишечника шумы делаются более короткими и редкими, но высоких тонов. При развитии пареза кишечника все звуковые феномены исчезают и на смену им приходит «мертвая тишина», которая является зловещим признаком. В этот период при резком вздутии живота можно определить симптом Бейли –

выслушивание дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме через живот не прослушиваются.

Исследование больного с ОКН обязательно должно быть дополнено ректальным пальцевым исследованием. При этом можно определить опухоль

прямой кишки, каловый завал, головку инвагината и следы крови. Ценным диагностическим признаком, характерным для низкой кишечной непроходимости, является атония сфинктера и

баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки (симптом Обуховской больницы) и

малая вместимость дистального отдела кишечника (симптом Цэгге-Мантефейля). При этом в прямую кишку удается ввести не более 500 – 700 мл воды, при дальнейшем введении вода будет вытекать обратно.

#### Лечение ОКН

может быть консервативным и оперативным и зависит от вида кишечной непроходимости.

Консервативное лечение показано при динамической кишечной непроходимости. Механическая непроходимость в большинстве случаев требует хирургического вмешательства. Однако в первые часы заболевания дифференциальная диагностика механической и динамической непроходимости не всегда возможна, поэтому прибегать к экстренной

операции не следует, за исключением случаев бесспорно доказанной странгуляции или наличия перитонита. Кроме того, консервативные мероприятия могут ликвидировать и некоторые формы механической обтурационной непроходимости –

копростаз, спаечные формы непроходимости, обтурацию кишки опухолью.

Консервативное лечение включает в себя:

1. Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада

2. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный зонд и сифонную клизму.



3. Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию, нормализацию

Восстановление функции кишечника способствует декомпрессия желудочно-кишечного тракта, так как вздутие кишечника влечет за собой нарушение капиллярного а позже венозного и артериального кровообращения в стенке кишки и прогрессивное ухудшение функции кишечника.

Для компенсации водно-электролитных нарушений используется раствор Рингера-Локка, который содержит не только ионы натрия и хлора, но и все необходимые катионы. Для компенсации потерь калия в состав инфузионных сред включают растворы калия наряду с растворами глюкозы с инсулином.

При наличии метаболического ацидоза назначают раствор бикарбоната натрия. При ОКН развивается дефицит объема циркулирующей крови в основном за счет потери плазменной части крови, поэтому необходимо вводить растворы альбумина, протеина, плазмы, аминокислот. Для улучшения микроциркуляции назначают реополиглюкин с компламином и тренталом. По показаниям применяют кардиотропные препараты. Критерием адекватного объема вводимых инфузионных сред служит нормализация объема циркулирующей крови, показателей гематокрита, центрального венозного давления, увеличение диуреза. Почасовой диурез должен быть не менее 40 мл/ч.

Отхождение обильного количества газов и кала, прекращение болей и улучшение состояния больного после проведения консервативных мероприятий свидетельствует о разрешении кишечной непроходимости. Если консервативное лечение не дает эффекта в течение 2-3 часов, то больного необходимо оперировать. Применение средств, возбуждающих перистальтику, а также слабительных, при неликвидированной кишечной непроходимости противопоказано.

При оперативном лечении острой кишечной непроходимости применяется эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. Брюшная полость вскрывается средне-срединным доступом. Локализацию препятствия определяют по состоянию петель кишечника, которые выше препятствия раздуты, а ниже находятся в спавшемся состоянии. Необходимо осмотреть кишечник на всем протяжении, так как препятствия могут быть на различных уровнях, в нескольких местах.

Как только препятствие обнаружено, необходимо его устранить: спайки рассекают, заворот разворачивают, производят инвагинацию. Устранение обтурационной непроходимости в одних случаях достигается путем энтеротомии, в других – путем резекции кишки. После устранения причины непроходимости оценивают степень жизнеспособности кишки. Предварительно в брыжейку тонкой кишки вводят 80-100 мл 0,25% раствора новокаина, кишку обкладывают салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжидают 5-10 мин. Исчезновение цианотичной окраски кишки, появление пульсации сосудов брыжейки и активной перистальтики кишки являются свидетельством ее жизнеспособности. Нежизнеспособная кишка должна быть резецирована в пределах здоровых тканей. Учитывая, что некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало изменены при обширном некрозе слизистой кишечника, резекция производится обязательно с удалением не менее 30-40 см приводящей петли и 15-20 см отводящей петли кишечника.

Большое значение в борьбе с интоксикацией придется удалению токсичного кишечного содержимого, которое скапливается в приводящем отделе и петлях кишечника, подвергшихся странгуляции. Это эффективно достигается сцеживанием кишечного содержимого через назоинтестинальный зонд Миллера-Эбботта, либо сцеживанием его в кишку, подлежащей резекции, либо через зонд, введенный в желудок или толстую кишку. Опорожнение кишечника через энтеротомическое отверстие нежелательно, поскольку при этом можно инфицировать брюшную полость.

После резекции петель тонкого и правой половины толстого кишечника между приводящим и отводящим отделами кишечника накладывают анастомоз. В случаях кишечной непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки. А также при гангрене сигмовидной кишки восстановление проходимости кишечника проводят в два этапа. 1 этап – резекция кишки с выведением одноствольной колостомы. 2 этап – восстановление проходимости кишечника -

выполняется в плановом порядке после улучшения состояния больного. Наложение первичного анастомоза опасно в связи с большим риском развития несостоятельности швов толстокишечного анастомоза. Операция по поводу неоперабельной опухоли, вызвавшей обтурацию, может быть закончена наложением внутреннего обходного межкишечного анастомоза или наложением двухствольной колостомы. Обходной

анастомоз также применяют при спаечной непроходимости, при плотных сращениях кишечных петель, разделить которые, не повредив их стенки не представляется возможным.

#### Список использованной литературы

1 *В.С. Савельев, А.И. Кириенко* Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. — 1-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 832. — ISBN 978-5-9704-1023-3

Частная хирургия, учебник. Под редакцией профессора М.И. Лыткина.

Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ/Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л.Кроума, Э.Руида.-М.: медицина 2002.

## 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 9 группы  
Небыковой Т.В.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

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



Кухтенко Ю.В.