**Непроходимость кишечника**

**I. Вопросы, которые необходимо изучить**

Анатомия и физиология тонкого и толстого кишечника.

Понятие – непроходимость кишечника, частота, летальность.

Классификация непроходимости кишечника по происхождению, состоянию пассажа кишечного содержимого, клиническому течению, уровню, причинному фактору.

Странгуляционная непроходимость (заворот, узлообразование, ущемление, сдавление тяжами и сращениями).

Обтурационная непроходимость (сдавление извне, закупорка изнутри).

Инвагинация.

Спаечная непроходимость, операция Нобля.

Динамическая непроходимость (спастическая и паралитическая).

Сосудистая непроходимость.

Предрасполагающие и производящие факторы в развитии непроходимости.

Патологоанатомическне нарушения при непроходимости кишечника.

Патогенез патофизиологических нарушений.

Характер болевого синдрома.

Симптомы нарушения пассажа по кишечнику.

Общие симптомы при непроходимости кишечника.

Картина живота, симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Тевенера, Шимана-Дансе, патологические шумы.

Значение пальцевого ректального исследования, симптомы Обуховской больницы, Цеге-Мантейфеля.

Патологические изменения при клинических и биохимических исследованиях.

Рентгенологическое исследование – обзорное, с контрастированием (при тонко- и толстокишечной непроходимости).

Инструментальное исследование (УЗИ, ректоскопия, колоноскопия, лапароскопия).

Стадии течения острой непроходимости кишечника.

Дифференциальный диагноз.

Профилактика.

Лечебно-диагностический комплекс при непроходимости кишечника.

Показания к операции и сроки ее.

Особенности обезболивания, доступы.

Общие принципы операции при непроходимости кишечника.

Оценка жизнеспособности и методы "оживления" кишки.

Принципы и виды резекции кишки, межкишечных анастомозов, понятие об обходном анастомозе.

Показания к выведению кишки.

Виды "разгрузки" и удаления токсического содержимого из кишечника – трансназальная интубация, трансанальная интубация, энтеростомия по Юдину, гастростомия, цекостомия.

Понятие о мезосигмопликации (операция Гаген-Торна), цекопексии и цекосигмопликации, операциях при болезни Гиршпрунга и megacolon.

Тактика при непроходимости кишечника, вызванной опухолями кишки.

Мероприятия при эмболии мезентериальных сосудов.

Ведение послеоперационного периода, возможные осложнения.

Непосредственные и отдаленные результаты лечения при непроходимости кишечника.

**II. Литература**

Лекция по курсу факультетской хирургии.

Нелюбович Ян. Острые заболевания органов брюшной полости.- Москва, 1961.

Норенберг-Чарквиани А. Г. Кишечная непроходимость.- Москва, 1972.

Савельева В. С. (ред.) Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.- Москва, 1976.

Симонян К. С. Спаечная болезнь.- Москва, 1966.

Хирургия. Руководство для врачей и студентов.(перевод с английского). Под ред. Савельева В.С.- Москва, 1998.

Хирургические болезни. Учебник под ред. М.И. Кузина.- Москва, 1986.

Чухриенко Д. П. Непроходимость кишечника.- Киев, 1958.

Щекотов Г. М. Непроходимость кишечника и ее лечение.- Москва, 1966.

**III. Особенности обследования больного с кишечной непроходимостью**

Опрос

а) Особенности болевого синдрома: Характер болей (постоянные, схваткообразные, распирающие), их локализация и интенсивность (характерен "илеусный стон"). Иррадиация болей.

б) Появление тошноты и рвоты (повторной, многократной, с примесью желчи, застойной, каловой, приносящей или не приносящей облегчение).

в) Задержка газов и стула. Наличие тенезмов с выделением кровянистого, слизистого содержимого. Когда имел место последний стул.

г) Характер начала заболевания (внезапное, постепенное), связь с чем-либо (обильная еда, прием недоброкачественной пищи, тяжелая физическая работа и т. п.), точное указание времени начала заболевания (в часах).

д) При опросе выяснить: перенесенные операции, травмы и воспалительные заболевания органов брюшной полости, не было ли в прошлом подобных болей, наличие грыжевых выпячиваний.

Объективное исследование

1. Общие данные: степень тяжести состояния (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, терминальное), внешний вид (бледность, цианоз, желтушность, холодный пот, "лицо Гиппократа"), поведение больного (беспокойное), вынужденное положение, состояние языка (сухой, обложенный), характеристика пульса, артериальное давление.

2. Исследование органов брюшной полости:

Осмотр: а) форма, вздутие равномерное или какой-либо области (симптом Валя); б) наличие расширенных подкожных вен, послеоперационных рубцов, гиперпигментации; в) участие брюшной стенки в дыхании; г) осмотр областей, характерных для выхождения грыж.

Пальпация: а) определение мест болезненности, напряжения мышц, наличие опухолей, инвагината или инфильтрата, грыжевых выпячиваний; б) симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя; в) симптом плеска (Склярова), симптом "баллона" (Кивуля), с-м Тевенера, Шимана-Дансе; г) определение состояния возможных грыжевых ворот – паховые, бедренные, пупочное кольца; д) дефекты брюшной стенки в области послеоперационных рубцов.

Перкуссия: наличие тимпанита и характер его, тупость в отлогих областях.

Аускультация: интенсивность перистальтических шумов или их отсутствие, шум "падающей капли", "лопающихся пузырьков".

3. Пальцевое исследование прямой кишки – пустая ампула и зияющий сфинктер (симптом Обуховской больницы), наличие слизи с примесью крови (симптом "малинового желе"), пальпация опухоли, ее характер.

4. Осмотр полученных зондом рвотных масс (желудочное, кишечное, "каловое" содержимое).

5. Симптом Цеге-Мантейфеля (с клизмой).

Дополнительные исследования

 1) Лабораторные: а) общий анализ крови (эритроцитоз, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, гематокрит) и мочи; суточный диурез; б) биохимические исследования – хлориды, остаточный азот, мочевина, индикан, кальций, сахар, билирубин, протромбин, белок и белковые фракции крови; в) определение кислотно-щелочного равновесия и элек-тролитного состава плазмы.

 2) Рентгенологические: а) обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюш-ой полости – чаши Клойбера, б) с контрастированием per os – характер продвижения бария из желудка по тонкому кишечнику; в) с контрастированием per rectum – при подозрении на толстокишечную непроходимость.

 3) Инструментальные исследования: а) ректороманоскопия, (при толстокишечной непроходимости), б) колоноскопия, в) лапароскопия (редко).

Дифференциальный диагноз

1) При остром характере заболевания – с перитонитом, острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка, пищевыми токсико-инфекциями, почечной коликой, гинекологическими заболеваниями (перекрут кисты, внематочная беременность и т. д ), пневмонией, инфарктом миокарда.

2) При хроническом характере заболевания – с раком желудка, рубцово-язвенным стенозом привратника, опухолями и кистами поджелудочной железы, туберкулезом слепой кишки, туберкулезным перитонитом.

Кроме того, проводится дифференциальная диагностика между механической и динамической непроходимостью кишечника, высокой и низкой, полной и частичной.

Клинический диагноз

В нем должны быть отражены:

а) Этиология (врожденная, приобретенная, спаечная, опу-холевая, инородное тело и т.п.).

б) Острота и степень непроходимости (острая, хроническая, полная, частичная).

в) Механизм непроходимости (заворот, узлообразование, обтурационная, спастическая, паралитическая).

г) Локализация непроходимости (высокая – тонкокишечная, низкая – толстокишечная – слепой, поперечной, ободочной, сигмы).

д) Осложнения (некроз кишечника, перитонит, шок).

Лечение

Лечебно-диагностический комплекс: спазмолитики, двусторонняя поясничная новокаиновая блокада, зондирование желудка, сифонная клизма. Подчеркнуть важность консервативного лечения при обострении обтурационной непроходимости на почве опухоли толстого кишечника, спаечного процесса.

Показания к оперативному лечению и сроки его. Подчеркнуть важность ранней операции при странгуляционной непроходимости.

Подготовка к операции – коррекция водно-солевого и белкового обмена, дезинтоксикация, сердечные средства, опорожнение желудка, введение толстой трубки через прямую кишку.

Обезболивание. Возможность регургитации и ее предупреждение.

Вид операции и протокол ее.

Ведение послеоперационного периода. а) Коррекция метаболитических нарушений и дезинтоксикационная терапия (переливание крови, ее компонентов и заменителей (белковых гидролизатов, реополиглюкина, гемодеза, неокомпенсана, хлоридов, препаратов калия, натрия, глюкозы); б) Борьба с инфекцией – антибиотики широкого спектра действия; в) Борьба с паралитической непроходимостью (аспирация желудочного содержимого через назальный зонд, газоотводные трубки, паранефральные блокады, сифонные клизмы, питуитрин, физостигмин, прозерин, электростимуляция); г) Сердечные средства; д) Профилактика легочных осложнений (оксигенотерапия, баротерапия, банки, горчичники, легочная гимнастика, массаж); е) Общеукрепляющая и симптоматическая терапия (метацил, витамины, ЛФК); ж) При мезентернальном тромбозе: гепарин по 5000 ед через 4 часа, фибринолизин 25 – 30 000 в сутки капельно, затем переход на антикоагулянты непрямого действия – неодикумарин, дикумарин, пелентан – под контролем протромбинового индекса, коагулограммы, тромбоэластограммы.

Время снятия швов и характер заживления раны, имевшие место осложнения.

Время выписки, состояние больного, рекомендации при выписке, предполагаемые сроки нетрудоспособности.

**IV. Контрольные вопросы**

Какие симптомы характерны для обтурационной кишечной непроходимости?

При каком виде кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из заднего прохода?

Что характерно для низкой обтурационной кишечной непроходимости?

Чем объясняется появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости?

Каковы характерные признаки острой механической кишечной непроходимости?

В чем заключаются лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости?

Что может являться причиной тонкокишечной механической непроходимости?

Какие диагностические мероприятия проводятся при подозрении на острую кишечную непроходимость?

При каких видах непроходимости быстро развивается некроз кишки?

С какой целью проводится обзорная рентгеноскопия брюшной полости при "остром животе"?

Назовите факторы, способствующие развитию странгуляционной кишечной непроходимости.

Назовите решающие методы исследования в постановке диагноза "кишечная непроходимость".

В каких случаях применяют только консервативное лечение острой кишечной непроходимости?

Каковы причины развития паралитической кишечной непроходимости?

Какая клиническая картина характерна для паралитической кишечной непроходимости?

Какие симптомы, характерны для острой кишечной непроходимости?

На какие признаки необходимо ориентироваться при определении жизнеспособности кишки при странгуляционной кишечной непроходимости?

Какова симптоматика высокой тонкокишечной непроходимости?

К какому виду кишечной непроходимости относится заворот тонкой кишки?

Что имеет значение при определении показаний к оперативному лечению при завороте сигмовидной кишки?