**Непроходимость кишечника**

Непроходимость кишечника - симптомокомплекс, характеризующийся нарушением прохождения содержимого по желудочно-кишечному тракту. Различают динамическую и механическую непроходимость кишечника. Динамическая кишечная непроходимость может быть спастической (крайне редко) и паралитической.

Паралитическая кишечная непроходимость обусловлена инфекционно-токсическими, нейрорефлекторными, нейротоксическими воздействиями, нарушениями содержания электролитов в сыворотке или снижением кровотока в стенке кишки. Инфекционно-токсические причины: перитонит, пневмония, уремия, ацидоз, сахарный диабет, порфириновая болезнь и отравление морфием. Рефлекторные факторы, могущие привести к паралитической кишечной непроходимости: послеоперационный стресс, желчная и почечная колики, панкреатит, перекрут яичников, большого сальника, травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства, инфаркт миокарда. Нейрогенные причины: спинная сухотка, сирингс-миелия, опоясывающий лишай, травма спинного мозга. Ми-огенный парез кишечника является следствием авитаминоза, гипопротеинемии, гипокалиемии, гипомагниемии, нарушения кровотока в стенке кишки при портальной гипертен-зии, сердечной недостаточности, тромбозах и эмболии брыжеечных сосудов. Особая форма неясного генеза, поражающая ободочную кишку, называется псевдообструкцией (имеются клинические проявления непроходимости, но даже во время операции препятствия для прохождения кишечного содержимого не обнаруживают).

Симптомы, течение. Постоянная тупая распирающая боль в животе с периодическими усилениями по типу схваток, тошнота, рвота застойным содержимым. Вздутие живота. Язык сухой, обложен. Живот относительно мягкий. При пальпации-болезненность брюшной стенки во всех отделах без симптомов раздражения брюшины. Слабоположительный симптом Щеткина может быть обусловлен резким вздутием кишечных петель (псевдоперитонизм). При аускультации - полное отсутствие кишечных шумов; хорошо проводятся сердечные тоны и дыхательные шумы. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости-пневматоз и множественные тонко- и толстокишечные уровни. Характерна оли-гурия, в крови-лейкоцитоз. При стимуляции деятельности кишечника эффекта нет.

Лечение. Паралитическая кишечная непроходимость- всегда вторичное заболевание. Основа лечения - ликвидация первопричины: удаление очага инфекции (аппендэктомия, ушивание прободной язвы и др.). При рефлекторной и токсической кишечной непроходимости-ликвидации источников раздражения консервативным путем, т. е. медикаментозная блокада всех угнетающих перистальтику кишечника импульсов путем перидуральной, паравертебральной блокады. Далее - стимуляция деятельности кишечника: введение реомакродекса, хлорида калия, 20% раствора хлорида натрия, прозерина, компламина, ацеклидина, сифонные клизмы (вызывает рефлекторное усиление перистальтики). Необходимо введение желудочного зонда, лучше зонда типа Миллера - Эббота для аспирации желудочного или кишечного содержимого. Если указанные мероприятия не дают эффекта и возникает опасность развития шока вследствие снижения ОЦК и гипоксии из-за высокого стояния диафрагмы, показана экстренная операция -лапаротомия с назога-стральной интубацией всей тонкой кишки и последующим лечением нарушенных обменных процессов.

Прогноз зависит от основного заболевания.

Механическая кишечная непроходимость бывает обтурационной и странгуляционной. При обтурационной непроходимости имеется сдавление просвета кишки без компрессии брыжейки и ее сосудов: опухоль, каловые камни, сдавление кишки извне опухолью почки или гинекологических органов. При странгуляционной непроходимости, кроме сдавле-ния просвета кишки, имеется компрессия брыжеечных сосудов, обусловливающая нарушение кровообращения, а затем развитие некроза стенки кишки и перитонита. При странгуляционной непроходимости более выражен болевой синдром и боль носит постоянный характер со схваткообразными усилениями. Типичный пример странгуляции-сдавление кишки при ущемленной грыже. Смешанный характер непроходимости кишечника (элементы странгуляции и обтурации) возникает при инвагинации кишки.

Спаечная кишечная непроходимость может быть как обтурационной, так и странгуляционной.

Различают высокую и низкую кишечную непроходимость. При высокой кишечной непроходимости в клинической картине превалирует рвота застойным содержимым, в первые часы заболевания может быть самостоятельный стул, могут отходить газы. Массивная рвота приводит к значительным водно-электролитным нарушениям, что иногда может быть причиной смерти больного. При низкой кишечной непроходимости первым симптомом является отсутствие стула и от-хождения газов. Отрыжка и рвота застойным содержимым появляются иногда лишь на 3-4-й день заболевания.

Некроз кишечной стенки при непроходимости может быть вызван как непосредственным нарушением кровотока при странгуляции, так и снижением кровообращения в стенке кишки в результате повышения внутрипросветного давления в приводящей петле. При повышении внутрипросветного давления выше 60 см вод. ст. полностью прекращается кровоток в подслизистых сосудистых сплетениях, результатом чего является некроз кишки. Изменения кровообращения и дегенеративные изменения слизистой оболочки распространяются проксимальнее макроскопически видимой зоны кишки на 40-60 см.

Диагноз кишечной непроходимости ставят на основании анамнеза (операции на органах брюшной полости), данных объективного исследования (вздутие живота, асимметрия, видимая на глаз перистальтика, усиление перистальтики кишечника на высоте приступа схваткообразных болей) и рентгенологических данных.

Рентгенологическая диагностика острой кишечной непроходимости. Уже через 6 ч от начала заболевания имеются рентгенологические признаки 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»). Уровни жидкости, локализованные только в левом подреберье, говорят о высокой непроходимости. 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. Рентгеноконтрас-тные исследования с дачей бария через рот при кишечной, непроходимости нецелесообразны, это способствует полной обструкции суженного сегмента кишки. Прием водорастворимых контрастных препаратов при непроходимости способствует секвестрации жидкости (все рентгеноконтрастные препараты осмотически активны), их использование возможно только при условии их введения через назоинтестинапьный зонд с аспирацией после исследования.

Эффективным средством диагностики толстокишечной непроходимости и в большинстве случаев ее причины является ирригоскопия. Колоноскопия при толстокишечной непроходимости нежелательна, поскольку она приводит к поступлению воздуха в приводящую петлю кишки и может способствовать развитию ее перфорации.

Лечение механической непроходимости кишечника начинают с проведения консервативных мероприятий, включающих аспирацию желудочного содержимого, сифонные клизмы, внутривенное введение жидкости. Следует помнить, что введение только кристаллоидных растворов при непроходимости лишь способствует секвестрации жидкости, необходимо введение плазмозамещающих растворов, белковых препаратов в сочетании с кристаллоидами. Эффективность консервативного лечения определяется на основании клинических (сохранение болевого синдрома указывает на отсутствие эффекта) и рентгенологических данных (исчезновение кишечных уровней жидкости). Сохранение клинических или(и) рентгенологических признаков заболевания диктует необходимость оперативною вмешательства.

Принципы оперативного лечения острой кишечной непроходимости.

1. Ликвидация механического препятствия или создание обходного пути для кишечного содержимого. При тонкокишечной непроходимости следует стремиться к ликвидации причины непроходимости (вплоть до резекции кишки) с наложением межкишечного анастомоза. При толстокишечной непроходимости необходимо ликвидировать причину непроходимости; наложение одномоментных межкишечных анастомозов приводит к несостоятельности швов и перитониту. Только при правосторонней локализации опухоли ободочной кишки у молодых больных с незапущенной кишечной непроходимостью допустима правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансвер-зоанастомозом. В остальных случаях целесообразны дву- и трехэтапные операции.

2. Удаление некротизированных и подозрительных на некроз участков кишечника. Признаки нежизнеспособности см. Грыжи ущемленные.

3. Разгрузка дилатированного участка кишечника: способствует восстановлению микроциркуляции в стенке кишки, тонуса мышечной оболочки и перистальтики. Добиться разгрузки можно путем назогастральной, гастро- или цекосто-мической интубации тонкой кишки-в ходе операции.

4. Перед операцией необходима премедикация антибиотиками (суточная доза антибиотика широкого спектра действия вводится внутривенно за 30-40 мин до операции), которую целесообразно сочетать с метронидазолом.

5. После операции проведение дезинтоксикационной терапии, коррекция водно-электролитных нарушений, стимуляция моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Отдельные виды кишечной непроходимости. Желчно-каменная кишечная непроходимость. Желчный камень, обычно имеющий размеры 3-4 см, попадает в двенадцатиперстную кишку через холецистодуоденапьный свищ. Характерны: возраст больных 60-70 лет, хронический каль-кулезный холецистит в анамнезе, перемежающаяся картина кишечной непроходимости (камень раздражает стенку кишки, приводит к спазму участка кишечника и возникновению его непроходимости). После ликвидации спазма камень двигается далее. Обычно он окончательно обтурирует кишку примерно в 1 м от илеоцекапьного угла - в самой узкой части тонкой кишки.

Лечение оперативное - после смещения камня в проксимапьном направлении над ним производят энтерото-мию и удаляют его. Высокая летальность (около 30%) обусловлена тяжестью сопутствующей патологии у пожилых больных.

Опухолевая кишечная непроходимость возникает чаще при расположении опухоли в левой половине ободочной кишки. Характерны пожилой возраст больных, постепенно нарастающий запор с последующим развитием полной кишечной непроходимости. При физикальном исследовании отмечается вздутие живота, в начальных стадиях может быть его асимметрия, шум плеска. Рентгенологическая картина: в начальной стадии - толстокишечные уровни, затем при развитии несостоятельности илеоцекального клапана (баугиниевой заслонки) возникают также тонкокишечные уровни.

Если консервативная терапия не оказала эффекта, показана операция. В зависимости от общего состояния больного формируют противоестественный задний проход на сегменте ободочной кишки ближе к опухоли или производят обструк-тивную резекцию типа Гартмана (удаление кишки с опухолью, дистальный конец кишки ушивают, проксимальный выводят в виде одноствольного противоестественного заднего прохода).

Инвагинация обусловлена внедрением одного сегмента кишки в другой. Различают антеградную и ретроградную инвагинацию. Причиной в детском возрасте могут быть поносы различного генеза, у взрослых доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника, которые, раздражая кишку, усиливают ее перистальтику и приводят к инвагинации.

Симптомы, течение. Боль, рвота, в животе определяется тестоватое образование, умеренно болезненное при пальпации. Примесь крови в кале (типа «малинового желе»), при прогрессирующей илеоцекальной инвагинации пальцевое ректальное исследование иногда позволяет обнаружить головку инвагината. Диагноз в таком случае подтверждают при ирригоскопии.

Лечение в большинстве случаев оперативное: в детском возрасте, как правило, дезинвагинация, у взрослых - удаление инвагината.

Прогноз зависит от причины инвагинации.

Спаечная кишечная непроходимость встречается в 30% случаев. Спайки могут привести к сдавлению кишки и обтураци-онной непроходимости, кроме того, массивные рубцы могут сдавить и брыжейку кишки вместе с кишечной стенкой - странгуляционная непроходимость. Спайки способствуют также развитию заворота. Спаечная кишечная непроходимость часто носит рецидивирующий характер: обычно после переедания отмечается усиление болевого синдрома, что обусловлено растяжением кишечной стенки, снижением сократительной способности кишки и декомпенсации пассажа кишечного содержимого. После консервативного лечения с аспирацией кишечного содержимого эффективность перистальтики может восстановиться и непроходимость ликвидируется. Каждая повторная операция на брюшной полости, в том числе и по поводу непроходимости, приводит к увеличению спаечного процесса. Если спаечная непроходимость носит обтурацион-ный характер, возможно проведение курса консервативной терапии. При неэффективности или явлениях странгуляции - оперативное вмешательство. С цепью профилактики явлений непроходимости в ходе операции можно использовать шини-рование тонкой кишки на назоинтестинальном зонде длиной 3-4 м или зонде, введенном через гастростому. Шинированные петли тонкой кишки тщательно укладывают, зонд удаляют не ранее 2 нед, когда положение кишечных петель уже сформировано. Иногда показана операция типа Нобля (плика-ция путем проведения лигатур через брыжейку кишки).

Прогноз сомнительный; ни одна операция, в том числе и операция типа Нобля, не ликвидирует возможность рецидива заболевания