

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **А.В. Тумаренко**, канд. мед. наук,
М.В. Луньков, **С.С. Байманкулов**, **Т.А. Мухтаров**, **Е.М. Скворцова**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Представлены классификация, симптомы, первая помощь при острой кишечной непроходимости – синдроме, характеризующемся нарушением продвижения содержимого кишечника вследствие механического препятствия или функционального нарушения моторики.

Ключевые слова: острая непроходимость кишечника, классификация, симптомы, помощь, лечение.

Классификация непроходимости кишечника

I. По механизму развития:

- механическая: а) обтурационная – не сопровождается сдавлением сосудов брыжейки, подразделяется на интраорганный – глисты, инородные тела, каловые и желчные камни, опухоли, рубцовые стриктуры, болезнь Крона, экстраорганный – киста яичников, киста брыжейки, опухоли брюшной полости; б) странгуляционная – сопровождается сдавлением сосудов брыжейки: заворот, узлообразование кишечника, ущемление грыжи; в) смешанная – имеются обтурация и странгуляция, например инвагинация, спаечная непроходимость;
- динамическая: а) паралитическая; б) спастическая.

II. По происхождению: врожденная (например, при атрезии кишечника, атрезии заднепроходного отверстия), приобретенная.

III. По уровню блока: тонкокишечная (высокая и низкая), толстокишечная.

IV. По клиническому течению: острое, подострое, хроническое.

V. По степени нарушения проходимости кишечника: полная, частичная.

В России частота острой кишечной непроходимости (ОКН) – 5 на 100 тыс. населения, а по отношению к численности всех ургентных больных – до 5%. В то же время по летальным исходам ОКН делит 1-е и 2-е места среди всех острых заболеваний органов брюшной полости.

ОКН может возникать у лиц всех возрастных групп, но наиболее часто – в возрасте от 30 до 60

лет. Непроходимость на почве инвагинации и пороков развития кишечника чаще развивается у детей, странгуляционные формы – преимущественно у больных старше 40 лет.

Обтурационная кишечная непроходимость вследствие опухолевого процесса обычно отмечается у пациентов старше 50 лет. У женщин она наблюдается в 1,5–2 раза реже, чем у мужчин, за исключением спаечной непроходимости, которой чаще страдают женщины.

Спастическая непроходимость возникает редко. Причинами стойкого спазма 1 или нескольких участков кишечника могут быть аскаридоз (местное воздействие аскаридоксина), отравление свинцом, раздражение кишечной стенки инородным телом, грубой пищей, иногда – реакция очага; в дальнейшем спазм может смениться парезом и параличом всего кишечника. Симптомы спастической формы первичной динамической непроходимости кишечника не отличаются от симптомов остро возникшей обтурационной непроходимости. Для спастической формы характерно бурное развитие до тех пор, пока гипермоторная реакция, истощаясь, не сменяется угнетением моторики, наступающим тем быстрее, чем ярче выражена спастическая атака.

Паралитическая непроходимость всегда бывает вторичной, обусловленной воздействием на кишечную иннервацию токсинов или рефлекторными влияниями. Чаще всего ее обуславливают перитонит, ушибы живота, кровоизлияния в брыжейку и забрюшинное пространство. Иногда паралитическую непроходимость вызывают инфаркт миокарда, а также наркотики и другие препараты, угнетающие кишечную перистальтику.

Толстокишечная непроходимость, согласно данным литературы, имеет 3 степени выраженности. Наиболее часто употребляемой в ургентной колопроктологии является классификация, разработанная в НИИ колопроктологии РАМН:

- I степень (компенсированная); жалобы на периодически возникающие запоры, продолжающиеся 2–3 дня, которые могут быть ликвидированы с помощью диеты и слабительных; общее состояние больного удовле-

творительное, отмечается периодическое вздутие живота; симптомы интоксикации отсутствуют; колоноскопия и ирригография показывают, что опухоль суживает просвет кишки до 1,5 см, обнаруживается небольшое скопление газов и кишечного содержимого в ободочной кишке;

- II степень (субкомпенсированная); жалобы на стойкие запоры, отсутствие самостоятельного стула; прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект; периодическое вздутие живота, затрудненное отхождение газов; общее состояние относительно удовлетворительное; заметны симптомы интоксикации; опухоль суживает просвет кишки до 1 см; при рентгенологическом исследовании ободочная кишка расширена, заполнена кишечным содержимым, могут определяться отдельные уровни жидкости (чаши Клойбера);
- III степень (декомпенсированная); жалобы на отсутствие стула и отхождения газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, иногда – рвоту; выраженные признаки интоксикации, нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, анемия, гипопропротеинемия; при рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом; определяется множество уровней жидкости; как правило, большинство больных, поступивших в ургентный стационар по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии, имеют декомпенсированную степень заболевания, что и определяет в конечном счете высокую частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Симптоматика ОКН

Общие (неспецифические) симптомы:

- боль в животе – постоянный и ранний признак непроходимости; обычно боль возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников; характер боли – схваткообразный; приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10–15 мин; в период декомпенсации боль начинает носить постоянный характер. При странгуляционной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики; при прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2–3-е сутки, когда

перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком; паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми, распирающими болями в животе;

- задержка стула и газов – патогномичный признак непроходимости кишечника, ранний симптом низкой непроходимости; при высоком ее характере в начале заболевания под влиянием лечебных мероприятий может быть стул, иногда – многократный за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия; при инвагинации из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения, что может стать причиной диагностической ошибки, когда ОКН принимают за дизентерию;
- вздутие и асимметрия живота;
- рвота – после тошноты или самостоятельно, часто повторная; чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем раньше возникает рвота более выраженного характера, многократная, неукротимая; рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем – центральный (интоксикация) характер.

Специфические симптомы ОКН: симптом Валя – ограниченный местный метеоризм: видна на глаз раздувшаяся кишка; симптом Мондора – ригидность передней брюшной стенки при значительном переполнении кишечника; симптом Склярова – шум плеска в приводящей петле при пальпации передней брюшной стенки; симптом Щеткина–Блюмберга – при развитии перитонита (боль усиливается при отрывании руки от брюшной стенки); симптом Кивуля – тимпанит с металлическим оттенком над раздутой кишкой; симптом Спасокукоцкого – шум падающей капли при аускультации живота; симптом Лотейссена – полное отсутствие перистальтики и проведение в брюшную полость дыхательных и сердечных тонов; симптом Гольда – определяемые при бимануальном влагалищном или ректальном исследовании раздутые петли кишечника; симптом Обуховской больницы – зияние ануса и расслабление анального жома; симптом Руфанова – применяется для диагностики инвагинации сигмовидной кишки с выпадением прямой кишки, при инвагинации сигмы палец в обход инвагината проникает глубоко; симптом Цеге–Мантейфеля – при постановке сифонной клизмы в кишечник входит только 500 мл жидкости, что указывает на обструкцию в прямой или сигмовидной кишке.

Диагностика

При подозрении на ОКН проводят обзорную рентгенографию брюшной полости (в положении стоя и лежа на спине) и грудной клетки (в задней прямой и боковой проекциях). С помощью компьютерной томографии органов брюшной полости можно установить уровень и причину непроходимости.

На рентгенограммах брюшной полости выявляют скопление большого количества газа в просвете кишечника. Обычно по снимкам удается определить, петли какой кишки – тонкой, толстой или обеих – растянуты газом. При наличии газа в тонкой кишке хорошо видны спиралевидные складки слизистой оболочки, занимающие весь поперечник кишки. При скоплении газа в толстой кишке видны гаустры, которые занимают лишь часть поперечника кишки.

При механической тонкокишечной непроходимости в толстой кишке газа немного либо он вообще отсутствует. При толстокишечной непроходимости и сохранной функции илеоцекального клапана отмечают значительное вздутие толстой кишки, в тонкой кишке газ может отсутствовать. Недостаточность илеоцекального клапана приводит к растяжению как тонкой, так и толстой кишки.

На рентгенограммах, полученных в положении стоя или лежа на боку, обычно видны горизонтальные уровни жидкости и газа. Заполненные газом кишечные петли имеют вид опрокинутых чаш (чаши Клойбера) или арок, похожих на перевернутые буквы J и U. При подозрении на толстокишечную непроходимость рентгеноконтрастные исследования противопоказаны.

Неотложная помощь

При установлении диагноза ОКН применяются лечебно-диагностические приемы, чтобы различить механическую и динамическую непроходимость. Они включают в себя: введение спазмолитиков – атропин (1 мл 0,1%); двустороннюю паранефральную блокаду (введение в околопочечную клетчатку по 70 мл 0,25% новокаина с обеих сторон); промывание желудка; сифонную клизму. Если проведенные мероприятия не сопровождаются отхождением газа и каловых масс, это указывает на наличие механического илеуса.

При странгуляционной непроходимости производится экстренная операция после кратковременной подготовки (1,5–2 ч). При obturационной непроходимости назначают медикаментозную терапию и операция проводится планово (через 48 ч консервативного лечения). По данным Д.П. Федоровича и Д.П. Чухриенко, от 38 до 60% больных ОКН излечиваются консервативно.

Консервативное лечение должно воздействовать на звенья патогенеза ОКН. Нужно обеспечить декомпрессию проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный (установленный во время оперативного вмешательства) зонд.

Постановка очистительной и сифонной клизмы при их эффективности («размывание» плотных каловых масс) позволяет опорожнить толстую кишку, расположенную выше препятствия, и в ряде случаев разрешить непроходимость.

При опухолевой толстокишечной непроходимости желательна интубация суженного участка кишки для разгрузки приводящего отдела. Необходимы коррекция водно-электролитных нарушений и ликвидация гиповолемии. Обязательно восполнение дефицита калия, так как он способствует усугублению пареза кишечника.

Необходима также нормализация белкового баланса с помощью переливания белковых гидролизатов, смеси аминокислот, альбумина, протеина, нативной плазмы.

Требуется воздействовать на перистальтическую активность кишечника: при усиленной перистальтике и схваткообразных болях в животе назначают спазмолитики (атропин, платифиллин, но-шпу), при его парезе – средства, стимулирующие моторно-эвакуационную способность кишечной трубки: внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия (из расчета 1 мл/кг); ганглиоблокаторы, прозерин, убретид, многоатомные спирты, например сорбитол; токи Бернара – на переднюю брюшную стенку.

Наконец, необходимы мероприятия, обеспечивающие детоксикацию и профилактику у больного гнойно-септических осложнений. С этой целью, помимо переливания жидкостей, используют инфузию низкомолекулярных соединений (гемодез, сорбитол, маннитол) и антибактериальные средства парентерально.

Указанные мероприятия (сифонные клизмы, промывание желудка, паранефральная блокада) не показаны при тяжелом состоянии больного, так как продолжительное использование этих методов неизбежно связано с отсрочкой операции и развитием необратимых изменений в кишечнике, внутренних органах и центральной нервной системе. Совершенно противопоказано применение сифонных клизм и прозерина при симптомах перитонита.

При подозрении на ОКН нельзя также прибегать к введению наркотических анальгетиков до тех пор, пока не будет установлен точный диагноз и решен вопрос об оперативном лечении.

При всех формах механической непроходимости, за исключением немногих, которые могут быть устранены сифонными клизмами (заворот сигмовидной кишки, скопление каловых масс в нижнем отделе толстого кишечника), применяют оперативное лечение.

Оперативное лечение необходимо также и при некоторых видах динамической непроходимости, вызванной другими заболеваниями, которые подлежат хирургическому лечению (перитонит, аппендицит, панкреатит, тромбоз и эмболии мезентериальных сосудов).

Лечение закупорки кишечника инородными телами заключается в оперативном удалении камня через разрез кишки с последующим зашиванием кишки в поперечном направлении для предотвращения ее сужения.

Закупорка каловыми камнями наблюдается у престарелых истощенных людей, страдающих запорами, или у больных с поражениями спинного мозга, сопровождающимися параличами. Симптомы непроходимости нарастают медленно и постепенно.

При закупорке кишечника каловыми камнями оперативное вмешательство показано в тех случаях, когда все консервативные меры освобождения кишечника (масляные, глицериновые, промывные клизмы, попытки очищения кишечника пальцем через прямую кишку) не дали эффекта. Операция в этих случаях заключается в наложении противоестественного заднего прохода.

Если в результате консервативных мероприятий состояние больного не улучшается, показано оперативное вмешательство. Его целью является устранение причины ОКН. При спаечной непроходимости производят пересечение штранга (тяжа), что приводит к восстановлению проходимости кишечника, при инвагинации кишечника – дезинвагинацию. При некрозе кишечных петель, операбельных опухолях, обтурирующих просвет кишки, показана резекция кишки.

Пройодимость кишки после ее резекции восстанавливают путем наложения анастомоза между приводящим и отводящим отделами. При неудачном препятствии (опухоль, спаечный процесс) накладывают обходной межкишечный анастомоз. В случаях обтурационной ОКН, вызванной инородным телом, и отсутствии трофических изме-

нений стенки кишки инородное тело путем выдавливания проталкивают по ходу кишечника. Если это не удастся, производят энтеротомию и удаляют инородное тело.

Прогноз при ОКН всегда очень серьезный. Он зависит от сроков начала лечения и оперативного вмешательства, причины заболевания, формы непроходимости и характера осложнений, сопутствующих патологических состояний. Ранняя госпитализация имеет решающее значение для улучшения прогноза заболевания.

Рекомендуемая литература

Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. – Казань: изд-во Казан. ун-та, 1984. – 228 с.

Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. – М., 1969.

Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М.: Медицина, 1989. – 228 с.

Приказ Минздрава РФ №125 от 17 апреля 1998 г. «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения».

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – 640 с.

Щекотов Г.М. Непроходимость кишечника и ее лечение. – М.: Медицина, 1966. – 394 с.

Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. – М., 1991.

Menzies D. Postoperative adhesions: Their treatment and relevance in clinical practice // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1993; 71: 147.

MacKenzie S., Thomson S.R., Baker L.W. Management options in malignant obstruction of the left colon (review) // Surg. Gynecol. Obstet. – 1992; 174: 337.

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

V.V. Skvortsov, MD; A.V. Tumarenko, Cand. Med. Sci.; M.V. Lunkov; S.S. Baimankulov; T.A. Mukhtarov; E.M. Skvortsova

Volgograd State Medical University

The paper gives the classification and symptoms of and first aid for acute intestinal obstruction, a syndrome characterized by impaired intestinal movement.

Key words: acute intestinal obstruction, classification, symptoms, aid, treatment.