

## Лекция 6.

### 2. Неотложная хирургии

Тема 2.6. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки

Тема 2.7. Желудочно-кишечные кровотечения

Тема 2.8. Ущемленные грыжи

#### Тема 2.2 Осложнения острого аппендицита

Ранний период (первые двое суток) характеризуется отсутствием осложнений, процесс обычно не выходит за пределы отростка, хотя могут наблюдаться деструктивные формы и даже перфорация, особенно часто у детей и стариков.

В межуточном периоде (3-5 сутки) обычно возникают осложнения:

- 1) перфорация отростка,
- 2) местный перитонит,
- 3) тромбофлебит вен брыжеечки отростка,
- 4) аппендикулярный инфильтрат.

В позднем периоде (после 5 суток) наблюдаются:

- 1) разлитой перитонит,
- 2) аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтрата или в результате отграничения после перитонита),
- 3) тромбофлебит воротной вены- пилефлебит,

4) абсцессы печени,

5) сепсис.

Следует отметить несколько условный характер деления осложнений по стадиям течения.

**Перфорация**- развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными как начало заболевания. Летальность при перфорации по Кузину достигает 9%. Перфоративный аппендицит наблюдался у 2,7% больных, поступивших в ранние сроки, среди поступивших в поздние сроки – у 6,3%.

**Аппендикулярный инфильтрат** - это конгломерат спаявшихся вокруг червеобразного отростка воспалительно измененных внутренних органов – сальника, тонкой и слепой кишки, образуется по разным статистическим данным от 0,3-4,6 до 12,5%. Редко диагностируется на догоспитальном этапе, иногда только во время операции. Развивается на 3-4 день после начала приступа, иногда как следствие перфорации. Характеризуется наличием плотного опухолевидного образования в правой подвздошной области, умеренно болезненного при пальпации. Перитонеальные симптомы при этом в результате отграничения процесса стихают, живот становится мягким, что позволяет пальпировать инфильтрат. Температура обычно держится на уровне до 38°, отмечается лейкоцитоз, стул задержан. При атипичном расположении отростка инфильтрат может пальпироваться в соответствии с местом расположения отростка, при низком расположении его можно пальпировать через прямую кишку или влагалище. Диагностике помогает

ультразвуковое исследование. В сомнительных случаях производится лапароскопия.

Наличие инфильтрата является единственным противопоказанием к операции (до тех пор пока он не абсцедировал), т.к. попытка выделения отростка из конгломерата припаявшихся к нему органов влечет опасность повреждения кишечника, брыжейки, сальника, что чревато тяжелыми осложнениями.

Лечение инфильтрата должно быть консервативным (проводится в стационаре):

- I/ холод местно,
- 2/ антибиотики широкого спектра действия,
- 3/ двухсторонняя паранефральная блокада через день или блокада по Школьникову,
- 4/ АУФОК или лазерное облучение крови,
- 5/ метилурапил,
- 6/дезагриганты крови,
- 7) протеолитические ферменты,
- 8) диета – протертые супы, жидкие каши, кисели, фруктовые соки, белые сухари.

Инфильтрат рассасывается в 85% случаев, обычно это происходит в сроки от 7-19 дней до 1,5 месяцев. Медленное рассасывание инфильтратов подозрительно на наличие опухоли. Перед выпиской обязательно производится ирригоскопия – для исключения опухоли слепой кишки.

После исчезновения всех клинических признаков больной выписывается с обязательным указанием о необходимости операции - аппендэктомии через 2 – 2.5 месяца после рассасывания инфильтрата.

Если инфильтрат не был диагностирован до операции и явился находкой на операционном столе, удалять отросток нецелесообразно - операция заканчивается введением дренажа и антибиотиков в брюшную полость.

**Аппендикулярные абсцессы** – развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания. В 2% следствие осложненных форм. По локализации различают:

- 1/ илеоцекальный (парааппендикулярный),
- 2/ тазовый (абсцесс дугласова пространства),
- 3/ подпеченочный,
- 4/ поддиафрагмальный,
- 5/ межкишечный.

Все они подлежат операции – вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии (*ubi pus ibi evasuo*)

Общие признаки абсцедирования-

- а/ ухудшение общего состояния,
- б/ повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами,

в/ нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

**1. Илеоцекальный абсцесс** – развивается в большинстве случаев при неудаленном отростке в результате абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Признаками абсцедирования, помимо общих явлений, является увеличение в размерах инфильтрата или отсутствие уменьшения его, Нельзя рассчитывать на появление флюктуации, как это рекомендуется рядом авторов!

Вскрывается под кратковременным наркозом внебрюшинно разрезом Пирогова: кнаружи от точки Мак-Бурнея почти у гребня подвздошной кости, в полость абсцесса входят со стороны боковой стенки, полость осушают, обследуют пальцем (возможно наличие каловых камней, которые нужно удалить) и дренируют. Рана заживает вторичным натяжением. Отросток удаляют спустя 2-3 месяца. При ретроцекальном расположении отростка абсцесс локализуется забрюшинно кзади – псоас-абсцесс.

Все остальные локализации абсцесса наблюдаются обычно после аппендэктомий при деструктивных формах с явлениями перитонита.

**2. Тазовый абсцесс** – наблюдается 0.2-3,2% по Кузину, по материалам нашей клиники – в 3,5% при гангренозном аппендиците. Помимо общих явлений характеризуется учащенным жидким стулом со слизью, тенезмами, зиянием ануса или учащением мочеиспускания, иногда с режями (из-за вовлечения в процесс околопрямокишечной или околопузырной клетчатки).

Характерна разница в температуре между подмышечной впадиной и ректальной 1-1,5 при 0,2-0,5 в норме), Необходимо ежедневное ректальное или вагинальное исследование, при котором вначале определяется нависание сводов и плотный инфильтрат, затем размягчение, зыбление.

Лечение. Вначале, в стадии инфильтрата – антибиотики, теплые клизмы 41-50°, спринцевание; при абсцедировании – появлении размягчения – вскрытие. Предварительно обязательно опорожнение мочевого пузыря катетером!! Обезболивание общее. Положение на столе как на гинекологическом кресле. Прямая кишка или влагалище раскрываются зеркалами, пальцем определяется участок размягчения – на передней стенке кишки или заднем своде влагалища. Здесь производится пункция толстой иглой и при получении гноя, не вынимая иглы, абсцесс вскрывается по игле небольшим разрезом, который тупо расширяется, после чего полость промывается и дренируется. Дренаж подшивается к коже ануса или малой половой губе.

**3. Подпеченочный абсцесс** – вскрывается в области правого подреберья, имеющийся инфильтрат предварительно отгораживают от брюшной полости салфетками, после чего вскрывают и дренируют.

**4. Поддиафрагмальный абсцесс** – (встречается относительно редко – в 0,2% случаев) – скопление гноя между правым куполом диафрагмы и печенью. Инфекция сюда попадает по лимфатическим путям забрюшинного пространства. Наиболее тяжелая форма абсцессов, летальность при которой достигает 30-40%.

Клиника: одышка, боли при дыхании в правой половине грудной клетки, сухой кашель (симптом Троянова). При осмотре – отставание правой половины грудной клетки в дыхании, болезненность при поколачивании; при перкуссии – высокое стояние верхней границы печени и опускание нижней границы, печень становится доступной пальпации, выбухание межреберных промежутков, френикус-симптом справа. Общее состояние тяжелое, высокая температура с ознобами, потами, иногда желтушность кожных покровов.

*При рентгеноскопии* – высокое стояние и ограничение в подвижности правого купола диафрагмы, выпот в синусе – «сотружественный эксудативный плеврит». При формировании абсцесса горизонтальный уровень жидкости с газовым пузырем (за счет наличия газообразующих форм флоры).

*Лечение*- хирургическое. Доступ затруднителен, ввиду опасности инфицирования плевры или брюшной полости.

1. Внеплевральный доступ (по Мельникову) – по ходу одиннадцатого ребра с резекпией его, рассекается задний листок надкостницы, отыскивается переходная складка плевры (синус), который тупо отслаивается от верхней поверхности диафрагмы кверху, рассекается диафрагма и вскрывается гнойник, который дренируется.

2. Внебрюшинный (по Клермону) – по краю реберной дуги через все слои доходят до поперечной фасции, которая вместе с брюшиной отслаивается от нижней поверхности диафрагмы, после чего гнойник вскрывается. Оба эти способа опасны возможностью инфицирования плевры или брюшной полости из-за наличия инфильтрата и спаек, затрудняющих выделение.

3. Трансабдоминальный – вскрытие брюшной полости в правом подреберье, отграничение ее салфетками с последующим проникновением в полость абсцесса по наружному краю печени.

4. Трансторакальный – через грудную стенку в области 10-11 межреберья или с резекпией 10-11 ребра а) *одномоментное*, если при достижении плевры она оказывается непрозрачной, экскурсии легкого не видно, синус запаян; производится пункция толстой иглой и вскрытие по игле, б) *двухмоментное*- если плевро прозрачна – видны экскурсии легкого – синус не запаян, плевро смазывается спиртом и йодом, -/химическое

раздражение и туго тампонируется – (механическое раздражение) (1-ый этап) Через 2-3 дня тампон удаляется и, убедившись что синус запаян, производится пункция и вскрытие с дренированием абсцесса (2-й этап). В некоторых случаях, при нежелательности отсрочки, вскрытие абсцесса синус подшивается к диафрагме по окружности диаметром около 3 см стебельчатым швом атравматической иглой и в центре подшитого участка абсцесс вскрывается.

5. По Литтману (см. монографию),

**Пилефлебит** – тромбофлебит воротной вены, является следствием распространения процесса с вен брыжеечки отроска по брыжеечным венам. Встречается в 0,015-1,35% (по Кузину). Представляет собой крайне тяжелое осложнение, сопровождается высокой, гектической температурой, повторными ознобами, цианозом, иктеричностью кожных покровов. Наблюдаются острые боли по всему животу. В последующем – множественные абсцессы печени. Обычно заканчивается смертью через несколько дней, иногда сепсисом. (В клинике было 2 случая пилефлебита на 3000 наблюдений). Лечение: антикоагулянты в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия, желательно с непосредственным введением в систему воротной вены путем катетеризации пупочной вены или пункцией селезенки.

## ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ

Как правило, является следствием острого, реже развивается без предшествующего приступа.

Различают:

) *остаточный или резидуальный* хронический аппендицит при наличии одного приступа в анамнезе;



2) *рецидивирующий* – при наличии нескольких приступов в анамнезе;

3) *первично-хронический* или *бесприступный*, возникающие постепенно в отсутствии острого приступа.

Некоторые авторы исключают такую возможность.

Патанатомия – клеточная инфильтрация, рубцы, склероз стенок, иногда облитерация просвета; если просвет в свободном конце остается может скапливаться жидкость (водянка), слизь (*mucocoele*) отростка, брыжеечка укорачивается, деформируется. Макроскопически отмечается деформация отростка, спайки с соседними органами.

Клиника бедна симптомами, нетипична: боли в правой подвздошной области иногда постоянные, иногда приступообразные, тошнота, запоры, иногда поносы при нормальной температуре и картине крови.

При объективном исследовании – локальная болезненность в правой подвздошной области в точках Мак-Бурнея и Ланца без защитного напряжения мышц и перитонеальных симптомов. Иногда могут быть положительны симптомы Ситковского, Ровзинга, Образцова.

При постановке диагноза очень важен анамнез (наличие острых приступов). При первично-хроническом аппендиците диагноз ставится на основании исключения других возможных причин болей. В последнее время большое значение придается данным ирригоскопии и графии толстого кишечника - наличию деформации червеобразного отростка или отсутствия его заполнения. Это расценивается как прямые и косвенные признаки хронического аппендицита.

*Дифференцировать* хронический аппендицит необходимо от гинекологических заболеваний, заболеваний правых мочевых путей, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хронического холецистита,

спастического колита, глистной инвазии (у детей-append. oxyuria), туберкулеза и рака слепой кишки.

При установленном диагнозе хронического аппендицита лечение только оперативное, однако отдаленные результаты после операций по поводу хронических аппендицитов хуже, чем после острых аппендицитов (Спайки после удаления неизмененного отростка отмечаются у 25% больных, после деструктивных форм с нагноением брюшной полости- в 5,5% наблюдений).

### **Тема 2.3. Острый холецистит**

**Острый холецистит** — воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока. Возможно развитие патологической деструкции стенок желчного пузыря. В подавляющем большинстве случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами (камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы и т.п.). При остром холецистите симптоматика возникает единожды, развивается и, при адекватном лечении, стихает, не оставляя выраженных последствий. При многократном повторении острых приступов воспаления желчного пузыря говорят о хроническом холецистите.

**Острый холецистит** — воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока. Возможно развитие патологической деструкции стенок желчного пузыря. В подавляющем большинстве случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами (камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы и т.п.). При остром холецистите симптоматика возникает единожды, развивается

и, при адекватном лечении, стихает, не оставляя выраженных последствий. При многократном повторении острых приступов воспаления желчного пузыря говорят о хроническом холецистите.

Острый холецистит чаще развивается у женщин, риск его возникновения увеличивается с возрастом. Есть предположения о влиянии гормонального фона на развитие холецистита.

#### Классификация

Острый холецистит подразделяется по форме на катаральную и деструктивные (гнойные).

Среди деструктивных форм, в свою очередь, выделяют флегмонозную, флегмонозно-язвенную, гангренозную и перфоративную, в зависимости от стадии воспалительного процесса.

#### Этиология и патогенез

##### Причины холецистита:

- повреждение стенок пузыря твердыми образованиями (камни), закупорка камнями желчного протока(калькулезный холецистит);
- заражение желчи бактериальной флорой, развитие инфекции (бактериальный холецистит);
- заброс ферментов поджелудочной железы в желчный пузырь (ферментативный холецистит).

Во всех случаях развитие воспаления в стенках желчного пузыря вызывает сужение просвета желчного протока (или его обтурацию конкрементом) и застой желчи, которая постепенно загустевает.

#### Симптомы острого холецистита

Основным симптомом является желчная колика – острая выраженная боль в правом подреберье, верхней части живота, возможно иррадиирующей в спину (под правую лопатку). Реже иррадиация происходит в левую половину тела. Предварять возникновение желчной колики может прием алкоголя, острой, жирной пищи, сильный стресс.

Помимо болевого синдрома, острый холецистит может сопровождаться тошнотой (вплоть до рвоты с желчью), субфебрильной температурой.

В легких случаях (без наличия камней в желчном пузыре) острый холецистит протекает быстро (5-10 дней) и завершается выздоровлением. При присоединении инфекции развивается гнойный холецистит, у лиц с ослабленными защитными силами организма способный перейти в гангрену и перфорацию (прорывание) стенки желчного пузыря. Эти состояния чреваты летальным исходом и требуют незамедлительного оперативного лечения.

#### Диагностика острого холецистита



Для диагностики имеет значение выявление нарушений в диете или стрессовых состояний при опросе, присутствие симптоматики желчной колики, пальпация брюшной стенки. При подозрении на острое воспаление желчного пузыря обязательно назначается УЗИ органов брюшной полости.

Оно показывает увеличение органа, наличие или отсутствие в желчном пузыре и желчном протоке камней.

При ультразвуковом обследовании воспаленный желчный пузырь имеет утолщенные (более 4 мм) стенки с двойным контуром, может отмечаться расширение желчных протоков, положительный симптом Мерфи (напряжение пузыря под ультразвуковым датчиком).

Детальную картину органов брюшной полости дает компьютерная томография. Для детального исследования желчных протоков применяют методику ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография).

Анализ крови показывает признаки воспаления (лейкоцитоз, высокую СОЭ), диспротеинемию и билирубинемия, повышение активности ферментов (амилазы, аминотрансфераз) при биохимическом исследовании крови и мочи.

#### Дифференциальный диагноз

В случае подозрения острого холецистита проводят дифференциальную диагностику с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости: острым аппендицитом, панкреатитом, абсцессом печени, прободной язвой желудка или 12п. кишки. А также с приступом мочекаменной болезни, пиелонефритом, правосторонним плевритом.

Важным критерием в дифференциальной диагностике острого холецистита является функциональная диагностика.

#### Осложнения

Зачастую осложнения острого холецистита являются следствием развития инфекции: эмпиема желчного пузыря (гнойное воспаление) и эмфизема (газовое скопление) желчного пузыря, сепсис (генерализация инфекции).

Также острый холецистит может привести к прободению желчного пузыря, следствием чего станет воспаление брюшины (перитонит), может сформироваться пузырно-кишечный свищ. Зачастую холецистит осложняется воспалением поджелудочной железы.

## Лечение острого холецистита



В случае первичного диагностирования острого холецистита, если не выявлено наличие камней, течение не тяжелое, без гнойных осложнений – лечение осуществляют консервативно под наблюдением гастроэнтеролога. Применяют антибиотикотерапию для подавления бактериальной флоры и профилактики возможного инфицирования желчи, спазмолитики для снятия болевого синдрома и расширения желчных протоков, дезинтоксикационную терапию при выраженной интоксикации организма.

В случае развития тяжелых форм деструктивного холецистита – хирургическое лечение (холецистотомия).

В случае выявления камней в желчном пузыре, чаще всего также предлагается удаление желчного пузыря. Операцией выбора является холецистэктомия из минидоступа. При противопоказаниях к

проведению операции и отсутствии гнойных осложнений возможно использовать методы консервативной терапии, но стоит иметь в виду, что отказ от оперативного удаления желчного пузыря с крупными конкрементами чреват развитием повторных приступов, переходом процесса в хронический холецистит и развитием осложнений.

Всем больным острым холециститом показана диетотерапия: 1-2 дня вода (можно сладкий чай), после чего диета №5А. Больным рекомендована пища, свежеприготовленная на пару или вареная в теплом виде. Обязателен отказ от продуктов, содержащих большое количество жиров, от острых приправ, сдобы, жареного, копченого. Для профилактики запоров рекомендован отказ от пищи, богатой клетчаткой (свежие овощи и фрукты), орехи. Категорически запрещены спиртосодержащие и газированные напитки.

Варианты хирургических вмешательств при остром холецистите:

- лапароскопическая холецистотомия;
- открытая холецистотомия;
- чрезкожная холецистостомия (рекомендовано для пожилых и ослабленных пациентов).

#### Профилактика

Профилактика заключается в соблюдении норм здорового питания, ограничение употребления алкоголя, больших количеств острой, жирной пищи. Так же приветствуется физическая активность – гиподинамия является одним из факторов, способствующих застою желчи и формированию конкрементов.

Прием пищи лучше осуществлять согласно режиму, не реже, чем каждые 4 часа. Обязательно употреблять достаточное количество жидкости (от полутора литров), не переедать на ночь. Неблагоприятными для здоровья желчного пузыря также являются ожирение, кишечные паразиты (аскариды, лямблии), сильные стрессы.

#### Прогноз

Легкие формы острого холецистита без осложнений, как правило, заканчиваются скорым выздоровлением без заметных последствий. При недостаточно адекватном лечении острый холецистит может стать хроническим. В случае развития осложнений вероятность летального исхода весьма велика – смертность от осложненного острого холецистита достигает почти половины случаев. При отсутствии своевременной врачебной помощи развитие гангрены, перфораций, эмпиемы желчного пузыря происходит очень быстро и чревато летальным исходом.

Удаление желчного пузыря не ведет к заметному ухудшению качества жизни пациентов. Печень продолжает вырабатывать необходимое количество желчи, которая поступает прямо в двенадцатиперстную кишку. Однако после удаления желчного пузыря может развиваться постхолецистэктомический синдром. Первое время у больных после холецистотомии может отмечаться более частый и мягкий стул, но, как правило, со временем эти явления исчезают. Лишь в очень редких случаях (1%) прооперированные отмечают стойкую диарею. В таком случае рекомендовано исключить из рациона молочные продукты, а также ограничить себя в жирном и остром, увеличив количество употребляемых овощей и других, богатых клетчаткой, продуктов.

Если диетическая коррекция не приносит желаемого результата, назначают медикаментозное лечение диареи.

#### **Тема 2.4. Острый панкреатит**

**Острый панкреатит** – воспаление поджелудочной железы. Симптомы острого панкреатита: острая, нестерпимая боль в области живота. В зависимости от того, какая часть железы воспалена, локализация боли возможна в правом или в левом подреберье, в подложечной области, боль может быть опоясывающей. Хронический панкреатит сопровождается потерей аппетита, нарушением пищеварения, острыми болями (как при



острой форме), возникающими после употребления жирной, острой пищи или алкоголя.

Панкреатит – заболевание, характеризующееся развитием воспаления в ткани поджелудочной железы. По характеру течения панкреатит разделяют на острый и хронический. Острый панкреатит занимает третье место среди заболеваний брюшной полости острого течения, требующих лечения в хирургическом стационаре. Первое и второе место занимают острые аппендицит и холецистит.

Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом болеет от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 39 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчекаменной болезнью, средний возраст пациентов – 69 лет.

### Причины

Факторы, способствующие возникновению острого панкреатита:

- злоупотребление алкоголем, вредные пищевые привычки (жирная, острая пища);
- желчекаменная болезнь;
- инфицирование вирусом (свинка, вирус Коксаки) или бактериальное заражение (микоплазма, кампилобактерии);
- травмы поджелудочной железы;
- хирургические вмешательства по поводу других патологий поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- прием эстрогенов, кортикостероидов, тиазидных диуретиков, азатиоприна, других лекарственных средств с выраженным патологическим действием на поджелудочную железу (медикаментозный панкреатит);
- врожденные аномалии развития железы, генетическая предрасположенность, муковисцидоз;

• воспалительные заболевания органов пищеварения (холецистит, гепатит, гастродуоденит).

#### Патогенез

В развитии острого воспаления поджелудочной железы согласно самой распространенной теории основным фактором выступает повреждение клеток преждевременно активированными ферментами. В нормальных условиях пищеварительные ферменты вырабатываются поджелудочной железой в неактивной форме и активизируются уже в пищеварительном тракте. Под воздействием внешних и внутренних патологических факторов механизм выработки нарушается, ферменты активизируются в поджелудочной железе и начинают переваривание ее ткани. Результатом становится воспаление, развивается отек ткани, поражаются сосуды паренхимы железы.

Патологический процесс при остром панкреатите может распространяться на близлежащие ткани: забрюшинную клетчатку, сальниковую сумку, брюшину, сальник, брыжейку кишечника и связки печени ДПК. Тяжелая форма острого панкреатита способствует резкому повышению уровня различных биологически активных веществ в крови, что ведет к выраженным общим нарушениям жизнедеятельности: вторичные воспаления и дистрофические расстройства в тканях и органах – легких, печени, почках, сердце.

#### Классификация

Острый панкреатит классифицируется по степени тяжести:

1. **легкий панкреатит** протекает с минимальным поражением органов и систем, выражается в основном интерстициальным отеком железы, легко поддается терапии и имеет благоприятный прогноз к быстрому выздоровлению;

2. **тяжелая форма** острого панкреатита характеризуется развитием выраженных нарушений в органах и тканях, либо местными осложнениями (некроз тканей, инфицирование, кисты, абсцессы).

Тяжелая форма острого панкреатита может сопровождаться:

- острым скоплением жидкости внутри железы либо в околопанкреатическом пространстве, которые могут не иметь грануляционных или фиброзных стенок;

- панкреатическим некрозом с возможным инфицированием тканей (возникает ограниченная или разлитая зона отмирающей паренхимы и перипанкреатических тканей, при присоединении инфекции и развитием гнояного панкреатита повышается вероятность летального исхода);

- острой ложной кистой (скоплением панкреатического сока, окруженным фиброзными стенками, либо грануляциями, которое возникает после приступа острого панкреатита, формируется в течение 4 и более недель);

- панкреатическим абсцессом (скопление гноя в поджелудочной железе или близлежащих тканях).

Симптомы острого панкреатита

Характерные симптомы острого панкреатита.

- **Болевой синдром.** Боль может локализоваться в эпигастрии, левом подреберье, носить опоясывающий характер, иррадиировать под левую лопатку. Боль носит выраженный постоянный характер, в положении лежа на спине усиливается. Усиление боли происходит и после приема пищи, особенно – жирной, острой, жареной, алкоголя.

- **Тошнота, рвота.** Рвота может быть неукротимой, содержит желчь, не приносит облегчения.

- **Повышение температуры тела.**

- **Умеренно выраженная желтушность склер.** Редко – легкая желтуха кожных покровов.

Кроме того, острый панкреатит может сопровождаться диспепсическими симптомами (метеоризм, изжога), кожными проявлениями (синюшные пятна на теле, кровоизлияния в области пупка).



Диагностику панкреатита гастроэнтерологи осуществляют на основании жалоб, физикального осмотра, выявления характерных симптомов. При измерении артериального давления и пульса зачастую отмечают гипотонию и тахикардию. Для подтверждения диагноза служат лабораторные исследования крови и мочи, МСКТ и УЗИ органов брюшной полости, МРТ поджелудочной железы.

При исследовании крови в общем анализе отмечаются признаки воспаления (ускорена СОЭ, повышено содержание лейкоцитов), в биохимическом анализе крови обнаруживают повышение активности панкреатических ферментов (амилаза, липаза), возможна гипергликемия и гипокальциемия. Также проводят определение концентрации ферментов в

моче. Может отмечаться билирубинемия и повышения активности печеночных ферментов.

При диагностировании острого панкреатита берут биохимический анализ мочи и определяют активность амилазы мочи.

Визуальное исследование поджелудочной железы и близлежащих органов (УЗИ, КТ, МРТ) позволяет выявить патологические изменения паренхимы, увеличение органа в объеме, обнаружить абсцессы, кисты, наличие камней в желчных протоках.

Дифференциальную диагностику острого панкреатита проводят с:

- острым аппендицитом и острым холециститом;
- перфорациями полых органов (прободные язвы желудка и кишечника);
- острой кишечной непроходимостью;
- острым желудочно-кишечным кровотечением (кровооточащая язва желудка и 12п. кишки, кровотечение из варикозных вен пищевода, кишечное кровотечение);
- острый ишемический абдоминальный синдром.

Лечение острого панкреатита

При остром панкреатите показана госпитализация. Всем пациентам предписан постельный режим. Основными целями терапии является снятие болевого синдрома, снижение нагрузки на поджелудочную железу, стимуляция механизмов ее самовосстановления.

Терапевтические меры:

- новокаиновая блокада и спазмолитики для снятия выраженного болевого синдрома;
- голод, лед на область проекции железы (создание локальной гипотермии для снижения ее функциональной активности), питание осуществляют парентеральное, желудочное содержимое аспирируют, назначают антациды и ингибиторы протонной помпы;
- дезактиваторы панкреатических ферментов (ингибиторы протеолиза);

- необходимая коррекция гомеостаза (водно-электролитного, кислотно-основного, белкового баланса) с помощью инфузии солевых и белковых растворов;

- дезинтоксикационная терапия;

- антибиотикотерапия (препараты широкого спектра действия в больших дозировках) в качестве профилактики инфекционных осложнений.

Хирургическое лечение показано в случае выявления:

- камней в желчных протоках;

- скоплений жидкости в железе или вокруг нее;

- участков панкреатического некроза, кист, абсцессов.

К операциям, проводимым при остром панкреатите с образованием кист или абсцессов, относятся: эндоскопическое дренирование, марсупиализация кисты, цистогастростомия и др. При образовании участков некроза, в зависимости от их размера, проводят некрэктомию или резекцию поджелудочной железы. Наличие камней является показанием к операциям на протоке поджелудочной железы.

К хирургическому вмешательству могут прибегать и в случае сомнений в диагностике и вероятности пропустить другое хирургическое заболевание, требующее хирургического лечения. Послеоперационный период подразумевает интенсивные меры профилактики гнойно-септических осложнений и восстановительную терапию.

Лечение легкой формы панкреатита, как правило, не представляет трудностей, и положительная динамика отмечается уже в течение недели. Для излечения от тяжелой формы панкреатита требуется заметно больше времени.

#### Осложнения

Опасность острого панкреатита заключается в высокой вероятности развития тяжелых осложнений. При инфицировании воспаленной ткани железы бактериями, обитающими в тонком кишечнике, возможен некроз участков железы и возникновение абсцессов. Это состояние без

своевременного лечения (вплоть до хирургического вмешательства) может закончиться летальным исходом.

При тяжелом течении панкреатита может развиваться шоковое состояние и, как следствие, полиорганная недостаточность. После развития острого панкреатита в ткани железы могут начать формироваться псевдокисты (скопления жидкости в паренхиме), которые разрушают структуру железы и желчных протоков. При разрушении псевдокисты и истечении ее содержимого возникает асцит.

#### Прогноз и профилактика

Прогноз при остром панкреатите зависит от его формы, адекватности терапии и наличия осложнений. Легкая форма панкреатита обычно дает благоприятный прогноз, а при некротических и геморрагических панкреатитах высока вероятность летального исхода. Недостаточное лечение и несоблюдение врачебных рекомендаций по диете и режиму могут привести к рецидивам заболевания и развитию хронического панкреатита.

Первичной профилактикой является рациональное здоровое питание, исключение алкоголя, острой, жирной обильной пищи, отказ от курения. Острый панкреатит может развиваться не только у лиц, регулярно злоупотребляющих алкоголем, но и как следствие однократного приема спиртосодержащих напитков под жирную, жареную и острую закуску в больших количествах.

### **Тема 2.5. 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.

## **Предрасполагающие факторы острой кишечной непроходимости:**

### **1. Врожденные факторы:**

Особенности анатомии (удлинение участков кишки (мегаколон, долихосигма)). Аномалии развития (незавершенный поворот кишки, аганглиоз (болезнь Гиршпрунга)).

### **2. Приобретенные факторы:**

Спаечный процесс в брюшной полости. Новообразования кишечника и брюшной полости. Инородные тела кишечника. Гельминтозы. Желчно-каменная болезнь. Грыжи брюшной стенки. Несбалансированное нерегулярное питание.

## **Производящие факторы острой кишечной непроходимости:**

- Резкое повышение внутрибрюшного давления.
- Чрезмерная физическая нагрузка.
- Обильная пищевая нагрузка.

ОКН составляет 3,8% от всех неотложных заболеваний брюшной полости. При возрасте старше 60 лет причиной ОКН в 53% является рак толстого кишечника. Частота встречаемости ОКН по уровню препятствия:

- тонкокишечная 60-70%
- толстокишечная 30-40%

Частота встречаемости ОКН по этиологии:

- при острой тонкокишечной непроходимости: - спаечная в 63%
- странгуляционная в 28%



- обтурационная неопухолевого генеза в 7%

- прочее в 2%

- при острой толстокишечной непроходимости: - опухолевая непроходимость в 93%

- заворот толстой кишки в 4 %

- прочее в 3%

### **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:

1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.

2. Толстокишечная непроходимость.

**В клиническом течении ОКН выделяют три фазы (О.С. Кочнев 1984):**

• Фаза «илеусного крика». Происходит острое нарушение кишечного пассажа, т.е. стадия местных проявлений – имеет продолжительность 2-12 часов (до 14 часов). В этом периоде доминирующим симптомом является боль и местные симптомы со стороны живота.

- Фаза интоксикации (промежуточная, стадия кажущегося благополучия), происходит нарушение внутристеночной кишечной гемоциркуляции – продолжается от 12 до 36 часов. В этот период боль теряет свой схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной. Живот вздут, часто асимметричен. Перистальтика кишечника ослабевает, звуковые феномены менее выражены, выслушивается «шум падающей капли». Полная задержка стула и газов. Появляются признаки обезвоживания организма.

- Фаза перитонита (поздняя, терминальная стадия) – наступает спустя 36 часов после начала заболевания. Для этого периода характерны резкие функциональные расстройства гемодинамики. Живот значительно вздут, перистальтика не выслушивается. Развивается перитонит.

Фазы течения ОКН носят условный характер и при каждой форме ОКН имеют свои отличия (при странгуляционной КН 1 и 2 фазы начинаются практически одновременно).

### **Классификация острого эндотоксикоза при КН:**

Нулевая стадия. Эндогенные токсические субстанции (ЭТС) попадают из патологического очага в интерстиций и транспортные среды. Клинически на этом этапе эндотоксикоз не проявляется.

Стадия накопления продуктов первичного аффекта. Током крови и лимфы ЭТС распространяется во внутренних средах. На этой стадии можно выявить нарастание концентрации ЭТС в биологических жидкостях.

Стадия декомпенсации регуляторных систем и аутоагрессии. Для этой стадии характерно напряжение и последующее истощение функции гистогематических барьеров, начало избыточной активации системы гемостаза, калликреин-кининовой системы, процессов перекисного окисления липидов.

Стадия извращения метаболизма и гомеостатической несостоятельности. Эта стадия становится основой развития синдрома полиорганной недостаточности (или синдрома множющейся органной несостоятельности).

Стадия дезинтеграции организма как единого целого. Это терминальная фаза разрушения межсистемных связей и гибели организма.

### **Причины динамической острой кишечной непроходимости:**

#### **1. Нейрогенные факторы:**

А. Центральные механизмы: Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Уремия. Кетоацидоз. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинальные травмы.

Б. Рефлекторные механизмы: Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы. Плеврит. Острый инфаркт миокарда. Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства. Нефролитиаз и почечная колика. Глистная инвазия. Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), фитобезоары, каловые камни.

2. Гуморальные и метаболические факторы: Эндотоксикоз различного происхождения, в том числе, и при острых хирургических заболеваниях. Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза. Гипопротеинемия вследствие острого хирургического заболевания, раневых потерь, нефротического синдрома и т.д.

3. Экзогенная интоксикация: Отравление солями тяжелых металлов. Пищевые интоксикации. Кишечные инфекции (брюшной тиф).

#### **4. Дисциркуляторные нарушения:**

А. На уровне магистральных сосудов: Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Васкулиты мезентериальных сосудов. Артериальная гипертензия.

Б. На уровне микроциркуляции: Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости.

### **Клиника.**

Квадрат симптомов при КН.

- Боль в животе. Боли носят приступообразный, схваткообразный характер. У больных холодный пот, бледность кожных покровов (при странгуляции). Больные с ужасом ожидают следующих приступов. 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 12 п.к. (отметим, что рвота желчью идет из 12 п.к.), затем появляется рвота с неприятным запахом. Язык при КН сухой.

- Вздутие живота, асимметрия живота

- Задержка стула и газов – это грозный симптом, говорящий о КН.

Могут быть слышны кишечные шумы, даже на расстоянии, видна усиленная перистальтика. Можно прощупать раздутую петлю кишки – симптом Валя. Обязательно надо исследовать больных *per rectum*: ампула прямой кишки пустая – симптом Грекова или симптом обуховской больницы.

Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости: это бесконтрастное исследование – появление чаш Клойбера.

## **Дифференциальный диагноз:**

ОКН имеет ряд признаков, которые наблюдаются и при других заболеваниях, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики между ОКН и заболеваниями, имеющими сходные клинические признаки.

Острый аппендицит. Общими признаками являются боли в животе, задержка стула, рвота. Но боли при аппендиците начинаются постепенно и не достигают такой силы, как при непроходимости. При аппендиците боли локализованы, а при непроходимости имеют схваткообразный характер, более интенсивны. Усиленная перистальтика и звуковые феномены, выслушиваемые в брюшной полости, свойственны кишечной непроходимости, а не аппендициту. При остром аппендиците не бывает рентгенологических признаков свойственных непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Общими симптомами являются внезапное начало, сильные боли в животе, задержка стула. Однако при прободной язве больной принимает вынужденное положение, а при кишечной непроходимости больной беспокоен, часто меняет положение. Рвота не характерна для прободной язвы, но часто наблюдается при кишечной непроходимости. При прободной язве брюшная стенка напряжена, болезненна, не участвует в акте дыхания, в то время как при ОКН живот вздут, мягкий, малоболезненный. При прободной язве с самого начала заболевания отсутствует перистальтика, не выслушивается «шум плеска». Рентгенологически при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, а при ОКН – чаши Клойбера, аркады, симптом перистости.

Острый холецистит. Боли при остром холецистите носят постоянный характер, локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правую

лопатку. При ОКН боли схваткообразные, нелокализованные. Для острого холецистита характерна гипертермия, чего не бывает при кишечной непроходимости. Усиленная перистальтика, звуковые феномены, рентгенологические признаки непроходимости отсутствуют при остром холецистите.

Острый панкреатит. Общими признаками является внезапное начало сильных болей, тяжелое общее состояние, частая рвота, вздутие живота и задержка стула. Но при панкреатите боли локализуются в верхних отделах живота, носят опоясывающий, а не схваткообразный характер. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Признаки усиленной перистальтики, характерные для механической кишечной непроходимости, при остром панкреатите отсутствуют. Для острого панкреатита характерна диастазурия. Рентгенологически при панкреатите отмечается высокое стояние левого купола диафрагмы, а при непроходимости – чаши Клойбера, аркады, поперечная исчерченность.

При инфаркте кишечника, как и при ОКН отмечаются сильные внезапные боли в животе, рвота, тяжелое общее состояние, мягкий живот. Однако боли при инфаркте кишечника постоянны, перистальтика полностью отсутствует, вздутие живота небольшое, нет асимметрии живота, при аускультации определяется «мертвая тишина». При механической кишечной непроходимости превалирует бурная перистальтика, выслушивается большая гамма звуковых феноменов, вздутие живота более значительное, часто асимметричное. Для инфаркта кишечника характерны наличие эмбологенного заболевания, мерцательная аритмия, патогномоничен высокий лейкоцитоз ( $20-30 \times 10^9/\text{л}$ ).

Почечная колика и ОКН имеют сходные признаки – резко выраженные боли в животе, вздутие живота, задержка стула и газов, беспокойное поведение больного. Но боли при почечной колике иррадиируют в

поясничную область, половые органы, имеются дизурические явления с характерными изменениями в моче, положительный симптом Пастернацкого. На обзорной рентгенограмме в почке или мочеточнике могут быть видны тени конкрементов.

При пневмонии могут появиться боли в животе и его вздутие, что дает основание думать о кишечной непроходимости. Однако для пневмонии характерны высокая температура, учащенное дыхание, румянец на щеках, а физикальное исследование обнаруживает крепитирующие хрипы, шум трения плевры, бронхиальное дыхание, притупление легочного звука. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить пневмонический очаг.

При инфаркте миокарда могут быть резкие боли в верхней части живота, его вздутие, иногда рвота, слабость, снижение артериального давления, тахикардия, то есть признаки, напоминающие странгуляционную кишечную непроходимость. Однако при инфаркте миокарда не бывает асимметрии живота, усиленной перистальтики, симптомов Валя, Склярера, Шимана, Спасокукоцкого-Вильмса и отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости. Электрокардиографическое исследование помогает уточнить диагноз инфаркта миокарда.

### **Объём обследования при острой кишечной непроходимости:**

В обязательном порядке по cito: Общий анализ мочи, общий анализ крови, глюкоза крови, группа крови и резус принадлежность, *per rectum* (сниженный тонус сфинктера и пустая ампула; возможны каловые камни (как причина непроходимости) и слизь с кровью при инвагинации, обтурации опухолью, мезентеральной ОКН), ЭКГ, рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении.

По показаниям: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, ионы; УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, пассаж бария по кишечнику

(выполняется для исключения КН), ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия, консультация терапевта.

### **Диагностический алгоритм при ОКН:**

**А.** Сбор анамнеза.

**Б.** Объективный осмотр больного:

1. Общий осмотр: Нервно-психический статус. Рс и АД (брадикардия – чаще странгуляция). Осмотр кожи и слизистых. И т.д.

2. Объективный осмотр живота:

а) Ad oculus: Вздутие живота, возможная асимметрия, участие в дыхании.

б) Осмотр грыжевых колец.

в) Поверхностная пальпация живота: выявление локального или распространенного защитного напряжения мышц передней брюшной стенки.

г) Перкуссия: выявления тимпанита и притупления.

д) Первичная аускультация живота: оценка неспровоцированной моторной активности кишечника: металлический оттенок или бульканье, в поздней стадии – шум падающей капли, ослабленная перистальтика, прослушивание сердечных тонов.

е) Глубокая пальпация: определить патологические образования брюшной полости, пропальпировать внутренние органы, определить локальную болезненность.

ж) Повторная аускультация: оценить появление или усиление кишечных шумов, выявить симптом Склярова (шум плеска).



з) Выявить наличие или отсутствие симптомов свойственных ОКН (см. ниже).

и) per rectum.

## **В. Инструментальные исследования:**

Рентгенологические обследования (см. ниже).

УЗИ.

RRS. Колоноскопия (диагностическая и лечебная).

Ирригоскопия.

Лапароскопия (диагностическая и лечебная).

Компьютерная диагностика (КТ, МРТ, программы).

## **Г. Лабораторные исследования.**

**Рентгенологическое исследование** является основным специальным методом диагностики ОКН. При этом выявляются следующие признаки:

- Чаша Клойбера – горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним, что имеет вид перевернутой вверх дном чаши. При странгуляционной непроходимости могут проявляться уже через 1 час, а при обтурационной непроходимости - через 3-5 часов с момента заболевания. Количество чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться одна на другую в виде ступенчатой лестницы.

- Кишечные аркады. Получаются, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости.

- Симптом перистости (поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта применяется при затруднениях в диагностике кишечной непроходимости. Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Задержка его до 4-6 часов и более дает основание заподозрить нарушение двигательной функции кишечника.

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. Рентгеноконтрастные 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 назоинтестинальный 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.

Высокие и узкие чаши в толстой кишке, низкие и широкие – в тонкой; не меняющие положение – при динамической ОКН, меняющие – при механической.

**Контрастное исследование** проводится в сомнительных случаях, при подостром течении. Запоздывание **прохождения бария в слепую кишку более 6 часов** на фоне средств, стимулирующих перистальтику - свидетельство непроходимости (в норме барий поступает в цекум через 4-6 часов без стимуляции).

**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 удастся 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.

Не стоит забывать о том, когда контрастное вещество не поступает в толстый кишечник или удерживается в желудке, а у хирурга, сосредоточившего основное внимание на контроле за продвижением контрастной массы, создается иллюзия активной диагностической деятельности, оправдывающая в собственных глазах лечебную бездеятельность. В связи с этим, признавая в сомнительных случаях известную диагностическую ценность рентгеноконтрастных исследований, необходимо четко определить условия, допускающие их применение. Эти условия могут быть сформулированы следующим образом:

1. Рентгеноконтрастное исследование для диагностики ОКН допустимо использовать лишь при полной убежденности (на основе клинических данных и результатов обзорной рентгенографии брюшной полости) в отсутствии странгуляционной формы непроходимости, составляющей угрозу быстрой утраты жизнеспособности ущемленной петли кишки.

2. Динамическое наблюдение за продвижением контрастной массы необходимо сочетать с клиническим наблюдением, в ходе которого фиксируются изменения местных физикальных данных и изменения в общем состоянии больного. В случае усугубления местных признаков непроходимости или появления признаков эндотоксикоза вопрос о неотложном оперативном пособии должен обсуждаться независимо от рентгенологических данных, характеризующих продвижение контраста по кишечнику.

3. Если принимается решение о динамическом наблюдении за больным с контролем за пассажем по кишечнику контрастной массы, то такое наблюдение следует сочетать с проведением лечебных мероприятий, направленных на устранение динамического компонента непроходимости. Эти мероприятия состоят, главным образом, в применении антихолинергических, антихолинэстеразных и ганглиоблокирующих средств, а также проводниковой (паранефральной, сакроспинальной) или перидуральной блокады.

Возможности рентгеноконтрастного исследования для диагностики ОКН существенно расширяются при использовании методики **энтерографии**. Исследование производят с использованием достаточно ригидного зонда, который после опорожнения желудка проводят за пилорический жом в двенадцатиперстную кишку. Через зонд по возможности полностью удаляют содержимое из проксимальных отделов тощей кишки, а затем под давлением 200—250 мм вод. ст. в нее вводят 500-2000 мл 20% бариевой взвеси, приготовленной на изотоническом растворе натрия хлорида. В течение 20-90 мин проводят динамическое рентгенологическое наблюдение. Если в процессе исследования в тонкой кишке вновь накапливаются жидкость и газ, то содержимое удаляют через зонд, после чего контрастную взвесь вводят повторно.

Метод имеет ряд преимуществ. Во-первых, декомпрессия проксимальных отделов кишечника, предусмотренная методикой, не только улучшает условия исследования, но и является важным лечебным мероприятием при ОКН, поскольку способствует восстановлению кровоснабжения кишечной стенки. Во-вторых, контрастная масса, введенная ниже пилорического жома, получает возможность значительно быстрее продвигаться до уровня механического препятствия (если оно существует) даже в условиях начинающегося пареза. При отсутствии механического препятствия время пассажа бария в толстый кишечник в норме 40-60 минут.

## **Тактика лечения острой кишечной непроходимости.**

*В настоящее время принята активная тактика лечение острой кишечной непроходимости.*

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 min 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.

Всем больным с подозрением на ОКН сразу с приемного покоя надо начинать проводить комплекс лечебно-диагностических мероприятий в течение 3 часов (при подозрении на странгуляционную КН не более 2 часов) и если за это время ОКН подтверждена или не исключена – абсолютно показано оперативное лечение. А проведенный комплекс лечебно-диагностических мероприятий будет являться предоперационной подготовкой. Всем больным, которым исключена ОКН дается барий с целью контроля пассажа по кишечнику.

Лучше прооперировать спаечную болезнь, чем пропустить спаечную ОЖН.

**Комплекс лечебно-диагностических мероприятий и предоперационная подготовка** включают в себя:

- Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада
- Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный зонд и сифонную клизму.
- Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию, лечение энтеральной недостаточности.

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 ОЖН развивается дефицит объема циркулирующей крови в основном за счет потери плазменной части крови, поэтому необходимо вводить растворы альбумина, протеина, плазмы, аминокислот. Следует помнить, что введение только кристаллоидных растворов при непроходимости лишь способствует секвестрации жидкости, необходимо введение плазмозамещающих растворов, белковых препаратов в сочетании с кристаллоидами. Для улучшения микроциркуляции назначают

реополиглюкин с компламином и тренталом. 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 (исключении) кишечной непроходимости. Если консервативное лечение не дает эффекта в течение 3 часов, то больного необходимо оперировать. Применение средств, возбуждающих перистальтику, в сомнительных случаях сокращают время диагностики, а при положительном эффекте исключают ОКН.

### **Протоколы хирургической тактики при острой кишечной непроходимости**

1. Операция по поводу ОКН всегда выполняется под наркозом 2-3 врачебной бригадой.

2. На этапе лапаротомии, ревизии, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости и определения плана операции обязательно участие в операции самого опытного хирурга дежурной бригады, как правило – ответственного дежурного хирурга.

3. При любой локализации непроходимости доступ – срединная лапаротомия, при необходимости – с иссечением рубцов и осторожным рассечением спаек при входе в брюшную полость.

4. Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины и уровня непроходимости;



- перед манипуляциями с кишечником обязательно проведение новокаиновой блокады брыжейки (если нет онкологической патологии);
- устранение морфологического субстрата ОКН;
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний к дренированию кишечной трубки и выбор метода дренирования;
- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

5. Обнаружение зоны непроходимости непосредственно после лапаротомии не освобождает от необходимости систематической ревизии состояния тонкой кишки на всем ее протяжении, а также - и толстой кишки. 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.

6. Устранение непроходимости представляет собой ключевой и наиболее сложный компонент вмешательства. Оно осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов: рассечения множественных спаек; резекции измененной кишки; устранения заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.

7. При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния,

перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика.

*Жизнеспособность кишки* оценивается клинически на основании следующих симптомов (главные из них – пульсация артерий брыжейки и состояние перистальтики):

*Цвет кишки* (синюшное, темно-багровое или черное окрашивание кишечной стенки свидетельствует о глубоких и, как правило, необратимых ишемических изменениях в кишке).

*Состояние серозной оболочки кишки* (в норме брюшина, покрывающая кишку тонкая и блестящая; при некрозе кишки она становится отечной, тусклой, матовой).

*Состояние перистальтики* (ишемизированная кишка не сокращается; пальпация и поколачивание не инициируют перистальтическую волну).

*Пульсация артерий брыжейки*, отчетливая в норме, отсутствует при тромбозе сосудов, развивающемся при длительной странгуляции.

При сомнениях в жизнеспособности кишки на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию через 12 часов или лапароскопию. Показанием к резекции кишки при ОКН обычно является ее некроз.

8. При решении вопроса о границах резекции следует пользоваться протоколами, сложившимися на основе клинического опыта: отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 35-40 см, и в сторону отводящего отдела 20-25 см. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных

визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения. При этом обязательно используются контрольные показатели: кровотечение из сосудов стенки при ее пересечении и состояния слизистой оболочки. Возможно, также, использование трансиллюминации или других объективных методов оценки кровоснабжения.

9. При наличии показаний произвести дренирование тонкой кишки.

10. При колоректальной опухолевой непроходимости и отсутствии признаков неоперабельности выполняются одноэтапные или двухэтапные операции в зависимости от стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений толстокишечной непроходимости.

Если причина непроходимости раковая опухоль, можно предпринять различные тактические варианты.

А. При опухоли слепой, восходящей ободочной кишок, печеночного угла:

- Без признаков перитонита показана правосторонняя гемиколонэктомия.

- При перитоните и тяжелом состоянии больного – илеостомия, туалет и дренирование брюшной полости.

- При неоперабельной опухоли и отсутствии перитонита – илетотрансверзостомия

Б. При опухоли селезеночного угла и нисходящего отдела ободочной кишки:

- Без признаков перитонита проводят левостороннюю гемиколонэктомию, колостомия.

- При перитоните и тяжелых гемодинамических нарушениях показана трансверзостомия.

- Если опухоль неоперабельная – обходной анастомоз, при перитоните – трансверзостомия.

- При опухоли сигмовидной кишки – резекция участка кишки с опухолью с наложением первичного анастомоза либо операция Гартмана, или наложение двустольной колостомы. Формирование двустольной колостомы оправдано при невозможности резецировать кишку на фоне декомпенсированной ООКН.

11. Устранение странгуляционной кишечной непроходимости. При узлообразовании, завороте – устранить узел, заворот; при некрозе – резекция кишки; при перитоните – кишечная стома.

12. При инвагинации производят деинвагинацию, мезосигмопликацию Гаген-Торна, при некрозе – резекцию, при перитоните – илестому. Если инвагинация обусловлена дивертикулом Меккеля – резекция кишки вместе с дивертикулом и инвагинатом.

13. При спаечной кишечной непроходимости показано пересечение спаек и устранение "двустволок". С целью профилактики спаечной болезни брюшную полость промывают растворами фибринолитиков.

14. Все операции на ободочной кишке завершаются деульсией наружного сфинктера заднего прохода.

15. Наличие разлитого перитонита требует дополнительной санации и дренирования брюшной полости в соответствии с принципами лечения острого перитонита.

### **Декомпрессия ЖКТ.**

Большое значение в борьбе с интоксикацией придается удалению токсичного кишечного содержимого, которое скапливается в приводящем отделе и петлях кишечника.

**Опорожнение приводящих участков кишки** обеспечивает декомпрессию кишки, интраоперационное устранение из ее просвета токсических субстанций (детоксикационный эффект) и улучшает условия манипуляций – резекций, ушивания кишки, наложения анастомозов. Оно показано в случаях, когда **кишка значительно растянута жидкостью и газом.**

Предпочтительней эвакуировать содержимое приводящей петли до вскрытия ее просвета. Оптимальным вариантом такой декомпрессии является **назоинтестинальное дренирование тонкой кишки по Вангенштину.**

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. 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 ограничивать энтеротомическое отверстие от брюшной полости, чтобы предотвратить ее инфицирование.

*Основными задачами продленной декомпрессии является:*

- Удаление из просвета кишки токсичного содержимого;
- Проведение внутрикишечной детоксикационной терапии;

-Воздействие на слизистую оболочку кишки для восстановления ее барьерной и функциональной состоятельности; раннее энтеральное питание больного.

**Показания к интубации тонкого кишечника (ИА Ерюхин, ВП Петров):**

1. Паретическое состояние тонкой кишки.
2. Резекция кишки или ушивание отверстия в ее стенке в условиях пареза или разлитого перитонита.
3. Релапаротомия по поводу ранней спаечной или паралитической кишечной непроходимости.
4. Повторное оперативное вмешательство по поводу спаечной кишечной непроходимости. (Пахомова ГВ 1987 г)
5. При наложении первичных толстокишечных анастомозов при ОКН. (ВС Кочурин 1974 г, ЛА Эндер 1988 г, ВН Никольский 1992 г)
6. Разлитой перитонит в 2 или 3 ст.
7. Наличие обширной забрюшинной гематомы или флегмоны забрюшинного пространства в сочетании с перитонитом.

***Общие правила дренирования тонкой кишки:***

-Дренирование осуществляется при устойчивых показателях гемодинамики. Перед его проведением необходимо углубление наркоза и введение в корень брыжейки тонкой кишки 100-150 ml 0,25% новокаина.

-Необходимо стремиться к интубации всей тонкой кишки; продвижение зонда целесообразно осуществлять за счет давления по его оси, а не путем ручного протягивания по просвету кишки; для уменьшения травматичности манипуляции до окончания интубации не следует опорожнять тонкую кишку от жидкого содержимого и газов.

-После завершения дренирования тонкая кишка укладывается в брюшной полости в виде 5-8 горизонтальных петель, а сверху покрывается большим салником; не следует производить фиксацию петель кишки между собой с помощью швов, так как само укладывание кишки на энтеростомической трубке в указанном порядке предотвращает их порочное расположение.

-Для предупреждения образования пролежней в стенке кишки брюшная полость дренируется минимальным количеством дренажей, которые по возможности не должны соприкасаться с интубированной кишкой.

*Существует 5 основных типов дренирования тонкой кишки.*

1. Трансназальное дренирование тонкой кишки на всем протяжении. Этот метод часто называют именем

**Вангенштина (Wangensteen)** или **T.Miller** и **W.Abbot**, хотя имеются данные, что пионерами трансназальной интубации кишки зондом Эббота-Миллера (1934) во время операции были **G.A.Smith**(1956) и **J.C.Thurner** (1958). Данный способ декомпрессии наиболее предпочтителен в силу минимальной инвазивности. Зонд проводится в тонкую кишку в ходе операции и используется одновременно и для интраоперационной и для продленной декомпрессии тонкой кишки. Недостатком метода считается нарушение носового дыхания, которое может привести к ухудшению состояния у больных с хроническими заболеваниями легких или спровоцировать развитие пневмонии.

2. Метод, предложенный **J.M. Ferris** и **G.K.Smith** в 1956 г. и подробно описанный в отечественной литературе **Ю.М. Дедерером** (1962), интубация тонкой кишки через гастростому, лишен этого недостатка и показан у пациентов, у которых проведение зонда через нос по каким-то

причинам невозможно или нарушение носового дыхания из-за зонда повышает риск послеоперационных легочных осложнений.

3. Дренирование тонкой кишки через энтеростому, например, метод **И.Д. Житнюка**, который широко применялся в неотложной хирургии до появления промышленно выпускаемых зондов для назогастральной интубации. Он предполагает ретроградное дренирование тонкой кишки через подвесную илеостому. (Существует метод антеградного дренирования через еюностому по **J.W. Baker** (1959), отдельное дренирование проксимальных и дистальных отделов тонкой кишки через подвесную энтеростому по **White** (1949) и их многочисленные модификации). Данные методы представляются наименее предпочтительным в силу возможных осложнений со стороны энтеростомы, опасности формирования тонкокишечного свища на месте энтеростомы и т.д.

4. Ретроградное дренирование тонкой кишки через микроцекастому (**G. Sheide**, 1965) может быть использовано при невозможности антеградной интубации. Пожалуй, единственным недостатком метода является сложность проведения зонда через Баугиниеву заслонку и нарушение функции илеоцекального клапана. Цекастома после удаления зонда, как правило, заживает самостоятельно. Вариантом предыдущего способа является предложенный **И.С. Мгалоблишвили** (1959) метод дренирования тонкой кишки через аппендикостому.

5. Трансректальное дренирование тонкой кишки применяется почти исключительно в детской хирургии, хотя описано успешное использование этого метода у взрослых.

Предложены многочисленные комбинированные способы дренирования тонкой кишки, включающие элементы и закрытых (не связанных со вскрытием просвета желудка или кишки) и открытых методик.

С декомпрессионно-детоксикационной целью зонд устанавливается в просвете кишки на 3-6 суток, показанием к удалению зонда восстановление



перистальтики и отсутствие застойного отделяемого по зонду (если это произошло на первые сутки, то и зонд можно удалить на первые сутки). С каркасной целью зонд устанавливается на 6-8 суток (не более 14 суток).

**Нахождение зонда в просвете кишки может привести к ряду осложнений.** Это в первую очередь пролежни и перфорации стенки кишки, кровотечения. При назоинтестинальном дренировании возможно развитие легочных осложнений (гнойные трахеобронхиты, пневмонии). Возможны нагноения ран в области стом. Иногда узловая деформация зонда в просвете кишки делает невозможным его удаление и требует оперативного вмешательства. Со стороны ЛОР-органов (носовые кровотечения, некроз крыльев носа, риниты, гаймориты, синуситы, пролежни, ларингиты, ларингостеноз). Во избежание осложнений, развивающихся при удалении зонда предложен растворимый зонд из синтетического белка, рассасывающийся на 4 сутки после операции (**D. Jung с соавт., 1988**).

Декомпрессия толстой кишки при толстокишечной непроходимости будет достигаться **наложением колостомы**. В некоторых случаях возможно трансректальное дренирование толстой кишки толстой трубкой.

#### **Противопоказания к назоэнтеральному дренированию:**

- Органическое заболевание верхнего отдела ЖКТ.
- Варикозно расширенные вены пищевода.
- Стриктура пищевода.
- Дыхательная недостаточность 2-3 ст., выраженная сердечная патология.
- Когда выполнить назоэнтеральное дренирование технически невозможно или чрезвычайно травматично при технических трудностях (спасечный процесс верхнего отдела брюшной полости, нарушение проходимости носовых ходов и верхних отделов ЖКТ и т.д.).

**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.

#### **Литература для самостоятельного изучения**

1. Норенберг-Чарквиани А. Е. «Острая непроходимость кишечника», М., 1969;
2. Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986;
3. Скрипниченко Д.Ф. «Неотложная хирургия брюшной полости», Киев, «Здоров'я», 1974;
4. Хегглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней», М., 1991.
5. Ерюхин, Петров, Ханевич «Кишечная непроходимость»
6. Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В. и др. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов. - Волгоград, 2000.-С.137.
7. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Тез. докл. IX Всерос. съезда хирургов.-Волгоград, 2000.-С.211.
8. Алиев С.А.,Ашрафов А.А.Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с

повышенным операционным риском/Вестн.хирургии им.Грекова.-1997.-№1.- С.46-49.

9. Приказ Минздрава РФ от 17 апреля 1998 г. N 125 "О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения".

10. Практическое пособие для студентов IV курса лечебного факультета и факультета спортивной медицины. Проф. В.М.Седов, Д.А.Смирнов, С.М.Пудяков «Острая кишечная непроходимость».