

## Гостра кишкова непрохідність

*Кишковою непрохідністю* називають повне або часткове порушення проходження вмісту кишковим трактом.

### *Етіологія і патогенез*

Основними причинами кишкової непрохідності можуть бути:

- 1) злуки черевної порожнини після травм, поранень, перенесених операцій і запальних захворювань органів черевної порожнини й таза;
- 2) довга брижа тонкої або товстої кишки, що зумовлює значну рухливість їх петель;
- 3) пухлини черевної порожнини й заочеревинного простору.

Такі основні причини можуть призвести до порушення пасажу кишкового вмісту, розладу всмоктування з кишечника й втрати великої кількості електролітів як із блювотою, так і в просвіт кишечника внаслідок розладів кровобігу в його стінці.

### *Класифікація* (за Д.П.Чухрієнком, 1958)

Гостру кишкову непрохідність поділяють:

I. За морфофункціональними ознаками:

1. Динамічна кишкова непрохідність:
  - а) паралітична;
  - б) спастична;
  - в) гемостатична (емболічна, тромбофлебітна).
2. Механічна кишкова непрохідність:
  - а) странгуляційна (вузлуотворення, заворот, защемлення);
  - б) обтураційна (перекриття просвіту кишки, здавлювання ззовні);
  - в) змішана (інвагінація, злукова кишкова непрохідність).

II. За клінічним перебігом:

1. Гостра.
2. Хронічна.

III. За рівнем непрохідності:

1. Тонкокишкова.
2. Товстокишкова:
  - а) висока;
  - б) низька.

IV. За пасажем кишкового вмісту:

1. Повна.
2. Часткова.

V. За походженням:

1. Уроджена.
2. Набута.

VI. За розвитком патологічного процесу:

1. Стадія гострого порушення кишкового пасажу.
2. Стадія гемодинамічних розладів стінки кишки та її брижі.
3. Стадія перитоніту.

### *Патоморфологія*

Морфологічними ознаками динамічної кишкової непрохідності вважають: невелике потовщення стінки (при значному парезі — стоншення), рихлість тканин (кишка легко рветься) та наявність рідкого вмісту й газів у просвіті кишки. При механічній непрохідності завжди можна виявити перешкоду: штранг, злука, пухлина, защемлення грижі, рубцеві стриктури, неправильно введені дренажі, тампони тощо. На місці стиснення виявляють странгуляцію. Петлі кишки вище странгуляції розширені, а дистальніше — спадаються. У випадках звільненої інвагінації на

невеликій відстані між собою спостерігають дві странгуляційні борозни, а дистальніше другого кільця — циліндричне розширення просвіту кишки.

### *Симптоматика і клінічний перебіг*

Початок клінічних проявів кишкової непрохідності раптовий – через 1–2 години після приймання їжі. Біль у животі має переміжний характер і зустрічається при всіх формах механічної кишкової непрохідності. Проте деякі види странгуляційної кишкової непрохідності (вузлоутворення, заворот тонкої й товстої кишок) можуть супроводжуватися постійним тупим болем. Треба відзначити, що при злуковій кишкової непрохідності, інвагінації й обтурації переймоподібний біль можна вважати патогноманічною ознакою захворювання. Для паралітичної кишкової непрохідності частіше притаманний постійний біль, який супроводжується прогресуючим здуттям живота. При спастичній непрохідності кишечника біль переважно різкий, живіт не здутий, інколи буває втягнутий.

Нудота й блювота зустрічаються в 75–80 % хворих із найтяжчими формами високого рівня кишкової непрохідності (вузлоутворення, заворот тонкої кишки, злукова непрохідність). При обтураційній непрохідності й інвагінації їх спостерігають не так часто.

Характерною є також спрага, яку можна вважати раннім симптомом. До того ж, чим вища кишкова непрохідність, тим більша спрага.

Здуття живота, затримку випорожнень і газів відзначають у 85–90 % хворих, головним чином, із високими формами непрохідності (заворот тонкої кишки, злукова кишкова непрохідність). Разом із тим, для інвагінації більш характерними є випорожнення рідким калом із домішками слизу й крові.

У хворих при пальпації відзначають м'який живіт, інколи — з легкою резистентністю передньої черевної стінки, а при перкусії – високий тимпаніт. Аускультативно ж на початку захворювання наявні посилені перистальтичні шуми, потім — поступове згасання перистальтики — позитивний (симптом Мондора, "шум початку, тиша кінця").

Є й інші патогномонічні для кишкової непрохідності симптоми.

Симптом Валя — обмежений еластичний ковбасоподібний утвір.

Симптом Склярєва — шум кишкового плеску.

Симптом Ківуля — металічний звук над роздутою кишкою.

Симптом Шланге — перистальтика кишки, що виникає після пальпації живота.

Симптом Спасокукоцького — "шум падаючої краплі".

Симптом Грекова (Обухівської лікарні) — зіяння анального отвору в поєднанні з балоноподібним розширенням ампули прямої кишки.

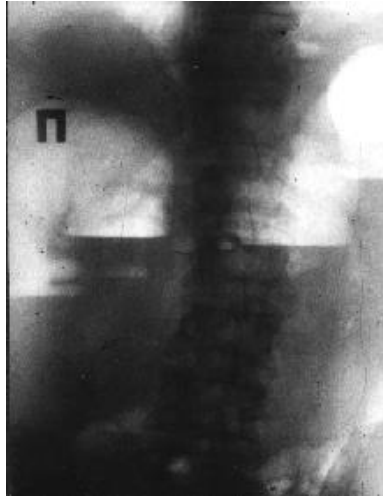
При оглядовій рентгеноскопії або - графії черевної порожнини в петлях кишок відзначають рівні рідини й газу — чаші Клойбера (Мал.2).

### *Варіанти клінічного перебігу й ускладнення*

#### **1. Странгуляційна непрохідність .**

Характерною особливістю цієї форми кишкової непрохідності вважають ішемічний компонент, що є наслідком здавлювання судин брижі, який визначає динаміку патоморфологічних змін і клінічних проявів захворювання, а основне місце серед них належить больовому синдрому. Отже, раптовість захворювання, гострота больового синдрому й ішемічні розлади в стінці кишки призводять до некротичних змін втягнутої в процес ділянки кишки. У цілому це супроводжується прогресуючим погіршенням стану хворого й виникненням ендотоксикозу.

**2. Обтураційна кишкова непрохідність**, на відміну від странгуляційної, перебігає не так бурхливо. В її клінічній картині на першому місці симптоми порушення пасажу по кишечнику (тривалий переміжний біль, метеоризм), а не симптоми деструкції кишки й перитоніту.



Мал.1. Обтураційна кишкова непрохідність (рак сигмовидної кишки) .  
Мал. 2. Оглядова рентгенограма.Чаші Клойберга.

Для високої, особливо странгуляційної, кишкової непрохідності притаманні прогресуюче наростання клінічних проявів захворювання й порушення секреторної функції кишечника. При цьому зменшується об'єм циркулюючої крові й наростає її згущення, підвищується рівень гематокриту й наростає лейкоцитоз. Виникають також глибокі порушення гомеостазу (гіпопротеїнемія, гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпоксія тощо).

У хворих із низькою кишковою непрохідністю вищеназвані ознаки виражені меншою мірою, а їх наростання буває пов'язаним із більш тривалим перебігом захворювання.

Особливим видом кишкової непрохідності з ознаками як обтурації, так і странгуляції є *інвагінація* кишки, яку можна характеризувати тріадою характерних ознак:

- 1) періодичність появи переміжних нападів болю в животі;
- 2) наявність еластичного, незначно болючого, рухомого утвору в черевній порожнині;
- 3) поява крові в калі або її сліди (при ректальному дослідженні).

До особливих форм *обтураційної* кишкової непрохідності треба також віднести непрохідність, викликану жовчаними каменями. Останні потрапляють у тонку кишку внаслідок пролежня в стінках жовчного міхура й кишки, що прилягає до нього. Треба мати на увазі, що кишкову непрохідність може викликати конкремент діаметром, значно меншим від просвіту кишки. Механізм такого явища пов'язаний із подразнюючою дією жовчних кислот на стінку кишки. Остання відповідає на цю дію спазмом, в результаті якого виникає щільне вклинення каменя в її просвіт.

Розвитку кишкової непрохідності жовчнокам'яного генезу завжди передують напад коліки й клініка гострого холецистититу.

**Динамічну кишкову непрохідність** поділяють на *паралітичну* й *спастичну*. *Паралітична* непрохідність часто виникає після різних абдомінальних операцій, запальних захворювань органів черевної порожнини, травм та отруєнь. Причиною *спастичної* кишкової непрохідності можуть бути отруєння свинцем, недоброякісною їжею, неврози, істерії, гельмінтози тощо.

Клініка динамічної кишкової непрохідності завжди варіабельна у своїх проявах і залежить від причини, що її викликала. Захворювання супроводжується розпираючим болем у животі, затримкою газів і випорожнень. При пальпації живіт здутий, болючий, проте м'який. Діагностувати цю форму кишкової непрохідності не тяжко, особливо, якщо відома її етіологія.

**Гемостатична кишкова непрохідність** розвивається на основі емболії або тромбозів мезентеріальних артерій і тромбозів вен, можуть бути й змішані форми. Емболія мезентеріальних артерій найчастіше виникає у хворих із захворюваннями серця (мітральна й аортальна вади, інфаркт міокарда, бородавчастий ендокардит) і маніфестується ураженнями, головним чином, верхньої брижової артерії.

Цьому, насамперед, сприяє її широкий просвіт і відходження від аорти під кутом  $45^\circ$ . Початок захворювання, звичайно, гострий, із нудотою, інколи — блювотою. У перші години виникає

картина гострого абдомінального ішемічного синдрому, що часто супроводжується шоком (частий пульс, зниження артеріального і пульсового тиску, холодний піт, ціаноз слизових оболонок та акроціаноз). Хворі стають збудливими, неспокійними, займають вимушене колінно-ліктьове положення або лежать на боці з підігнутими ногами.

При огляді живіт зберігає симетричність, черевна його стінка м'яка, підсилену перистальтику прослуховують із перших хвилин протягом 1–2 год (гіпоксичне стимулювання перистальтики), яка пізніше поступово згасає ("могильна тиша"). Згодом швидко наростають явища інтоксикації й перитоніту. На початку захворювання у хворих відзначають затримку газів і випорожнень, пізніше — пронос із домішками крові в калі. Коли останні тяжко встановити макроскопічно, треба дослідити промивні води кишечника.

## Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження (аускультация живота, перкусія тощо).
2. Загальний аналіз крові, сечі й біохімічний аналіз крові.
3. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини. !!!
4. Коагулограма.
5. Електрокардіографія.
6. Іригорафія (обстеження товстого кишечника)

## Диференціальна діагностика

Кишкову непрохідність необхідно диференціювати з гострими захворюваннями органів черевної порожнини: перфорація гастроуденальної виразки, гострий панкреатит, гострий холецистит, ниркова коліка.

## Тактика і вибір методу лікування

Протягом перших 1,5–2 годин після госпіталізації хворого в стаціонар проводять комплексну консервативну терапію, яка має диференціально-діагностичне значення і за своїм характером може слугувати передопераційною підготовкою.

Вона спрямована на попередження ускладнень, пов'язаних із больовим шоком, корекцію гомеостазу й, одночасно, являє собою спробу ліквідації кишкової непрохідності неоперативними методами.

1. *Заходи, спрямовані на боротьбу з абдомінальним больовим шоком*, включають проведення нейролептаналгезії, паранефральної новокаїнової блокади й введення спазмолітиків. У хворих із вираженим больовим синдромом і спастичною кишковою непрохідністю позитивного ефекту можна досягнути також за допомогою епідуральної анестезії.

2. *Ліквідації гіповолемії з корекцією електролітного, вуглеводного й білкового обмінів* досягають введенням сольових кровозамінників, 5–10 % розчину глюкози, желатинолю, альбуміну й плазми крові.

3. *Корекції гемодинамічних показників, мікроциркуляції й дезінтоксикаційної терапії* досягають шляхом внутрішньовенної інфузії реополіглюкіну й неогемодезу.

4. *Декомпресії шлунково-кишкового тракту* досягають шляхом проведення назогастрального зонда й промивання шлунка, а також проведенням сифонної клізми. Треба підкреслити, що технічно правильне проведення сифонної клізми має важливе значення для спроби ліквідації кишкової непрохідності консервативними засобами, тому ця маніпуляція повинна проводитись у присутності лікаря. Рідину в товсту кишку вводять до появи больового відчуття, потім ліжку опускають нижче рівня пацієнта, що лежить. При цьому спостерігають за відходженням газів і калу. Як правило, цю маніпуляцію доводиться повторювати багато разів із використанням великої кількості теплої води (до 15–20 й більше літрів).

Пацієнтам із *динамічною паралітичною кишковою непрохідністю* доцільно проводити стимуляцію перистальтики кишечника, до того ж, обов'язково після інфузійної терапії й корекції гіповолемії. Запроновано багато схем стимуляції перистальтики кишечника. Найбільш вживана з них:

- 1) підшкірне введення 1,0 мл 0,05 % розчину прозерину;
- 2) через 10 хв — 60 мл внутрішньовенно струйно 10 % розчину хлористого натрію;
- 3) зустрічна гіпертонічна клізма.

## **Оперативне лікування**

### **Основні напрямки**

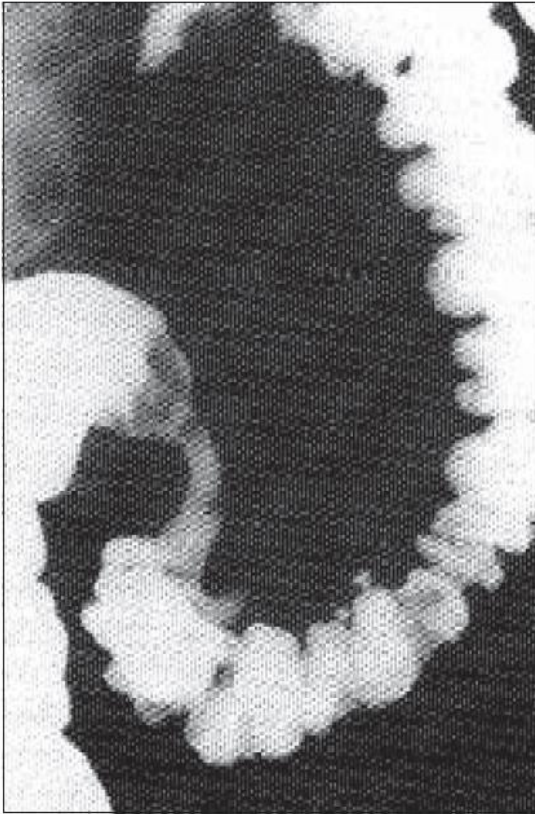
1. Після серединної лапаротомії виконують новокаїнову блокаду брижі тонкої й товстої кишок та проводять ревізію органів черевної порожнини, під час якої встановлюють причину кишкової непрохідності й виявляють життєздатність кишечника.

3. Ліквідація причин непрохідності (розрізання злуки, що стискує кишку, розправлення завороту й вузлоутворення петель, дезінвагінація, видалення обтуруючих пухлин тощо).

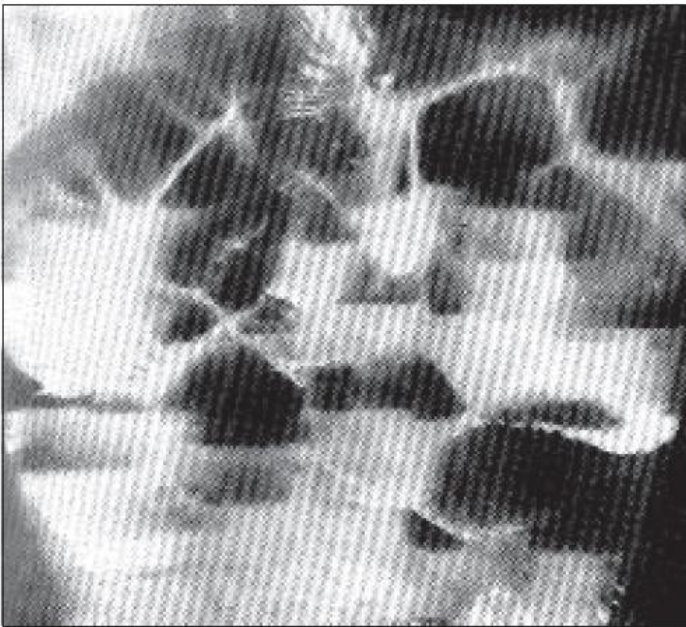
Треба зазначити, що єдиного методу ліквідації гострої кишкової непрохідності не існує. При нежиттєздатності кишки виконується резекція нежиттєздатної ділянки з 30–40 см прівідного й 15–20 см відвідного відділу з накладанням анастомозу "бік-у-бік"

4. Інтубація. Декомпресія кишечника передбачає проведення в тонку кишку еластичного зонда товщиною 8–9 мм і довжиною до 3–3,5 м із множинними отворами діаметром 2–2,5 мм вздовж усього зонда, крім частини, що знаходиться в стравоході, глотці та зовні.

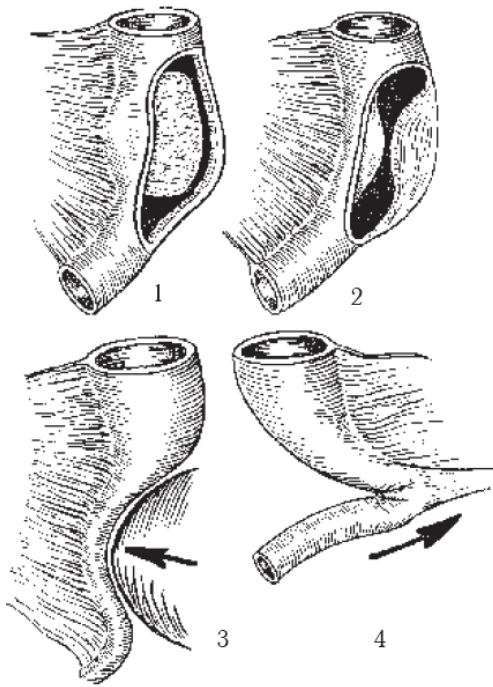
4. Санацію й дренажування черевної порожнини виконують загальноприйнятими методами за допомогою промивання антисептичними розчинами, електровідсмоктувачами й серветками . Дренувати черевну порожнину треба з чотирьох місць: в обох клубових ділянках та обох підбер'ях, краще спареними синтетичними дренажними трубками.



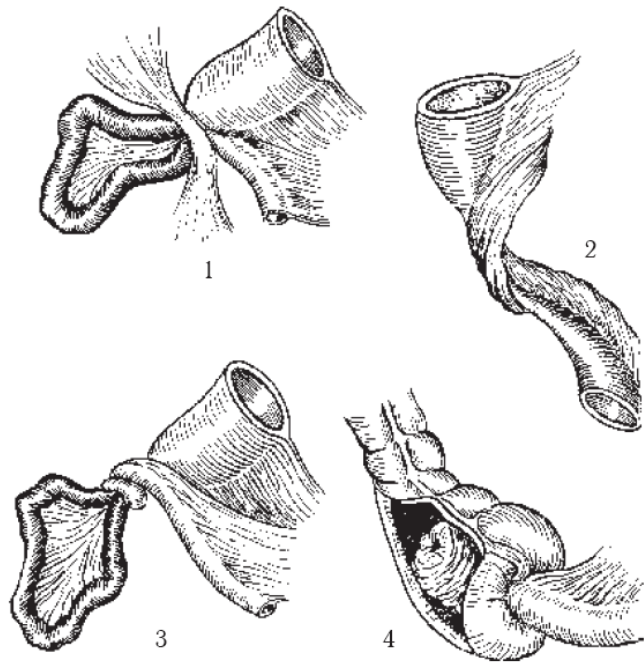
*Рис. 7.14.* Ендофітний рак сигмоподібної кишки (іригограма).



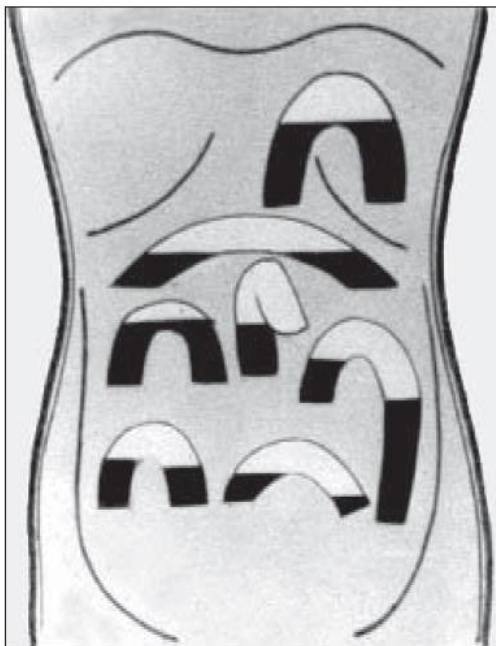
*Рис. 7.13.* Непрохідність кишечника (рентгенограма).



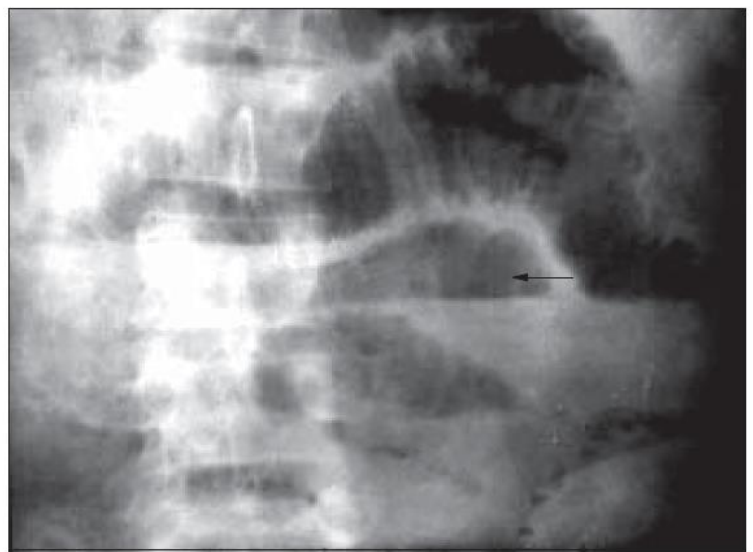
**Рис. 7.3.** Типи механічної кишкової непрохідності. Непрохідність внаслідок перешкоди: 1 – обтурація; 2 – констрикція; 3 – компресія; 4 – інвагінація



**Рис. 7.4.** Механічна кишкова непрохідність. Непрохідність з порушенням кровообігу кишки: 1 – странгуляція; 2 – закручування; 3 – заворот; 4 – інвагінація.



стіні та стиснення нервів брижі (рис. 3.5.53).



**Рис. 3.5.52.** Чаші Клойбера (схема). Хворий Г., 51 рік. Гостра кишкова непрохідність (рентгенограма), чаші Клойбера.