



ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Камалова Сайёра Якубжоновна¹, Абдиев Отабек Чориевич²,
Ханов Садриддин Шоходжаевич³

¹ Ассистент кафедры хирургических болезней и воп хирургии,
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

² Хирург Областного многопрофильного медицинского центра

³ Ассистент кафедры хирургических болезней и воп хирургии,
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7180482>

ARTICLE INFO

Received: 01st October 2022

Accepted: 05th October 2022

Online: 10th October 2022

KEY WORDS

кишечная непроходимость,
перитонит,
аппендикулярный абсцесс,
обзорной рентгенографии,
брюшной полости.

ABSTRACT

В данной статье рассказывается об острой спаечной кишечной непроходимости, ее причинах, путях развития, диагностике и современных способах лечения.

Спаечная кишечная непроходимость – нарушение продвижения пищевых масс и пищеварительных соков по кишечнику, связанное с формированием спаек. Это довольно распространенная патология, которая является серьезной проблемой хирургии и гастроэнтерологии, она занимает примерно 30-40% среди всех типов кишечной непроходимости. Проявляется одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, независимо от возраста. Актуальность заболевания в последнее время значительно возросла из-за роста количества и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости. По данным многих авторов, примерно 40% всех операций сопровождаются появлением спаек, при этом до 60% всех лапаротомий выполняется по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Причинами формирования спаек могут быть травматические повреждения, кровотечение в брюшную полость, ишемия желудочно-кишечного тракта, инородные тела, негативное воздействие токсинов, гнойные процессы брюшной полости (перитонит, аппендикулярный абсцесс и пр.), оперативные вмешательства, в ходе которых происходит пересушивание брюшины (чаще всего это аппендэктомии, операции по поводу патологии матки и придатков), генетическая предрасположенность.

Механизм образования спаек объясняется расстройством процессов рассасывания воспалительных элементов и их замещением соединительной тканью. Известно, что брюшина в ответ на травму и любое воздействие продуцирует экссудат, который обладает клейкими



свойствами. Из его клеток образуются соединительнотканые волокна, постепенно выпадает фибрин, который должен рассасываться по окончании процессов заживления. Если этого не происходит, он прорастает коллагеновыми и эластическими волокнами, сосудами – так образуются спайки.

Спаечная кишечная непроходимость подразделяется на три вида: обтурационную, странгуляционную и сочетанную (с признаками механического и динамического типа: обычно развивается в случае формирования спаек между очагом воспаления в брюшной полости и петлями кишечника). Также выделяют сверхострую, острую и хроническую форму патологии, которые отличаются скоростью развития, степенью тяжести и выраженности симптомов.

Обтурационный тип патологии вызван сдавлением петель кишечника спайками, но при этом они не нарушают его кровоснабжение и иннервацию. Болевые ощущения появляются внезапно, они связаны с усилением перистальтики и носят приступообразный характер. Время появления рвоты с примесью желчи и зелени зависит от уровня препятствия: чем выше непроходимость, тем быстрее развивается рвота. У пациента определяется равномерное вздутие живота, нарушается отхождение газов, возникают запоры. Врач может увидеть перистальтику кишечника через брюшную стенку и определить усиление шумов.

Странгуляция характеризуется сдавлением брыжейки кишечника и осложняется некрозом пищеварительного тракта. Клинические признаки развиваются остро и внезапно: появляется сильная боль в животе без четкой локализации, бледность кожных покровов, пациент не может найти удобное положение, отказывается от еды. Некроз кишечника может вызвать стихание симптомов, но только на короткое время. Рвота без примесей, она имеет рефлексорный характер и вызвана травмой брыжейки. Постепенно появляется задержка отхождения газов и стула. Признаки токсикоза нарастают стремительно (учащение пульса, перепады артериального давления, слабость, головокружение, обезвоживание и т. п.). Вначале живот мягкий, но болевой синдром вызывает напряжение мышц живота. Перистальтика невидима невооруженным глазом.

Спаечная кишечная непроходимость, как правило, является осложнением хирургических манипуляций, при этом она может развиваться в разные сроки. У пациентов с тяжелым перитонитом патология регистрируется в первые дни после операции. Тяжелое состояние больных и выраженные признаки основной патологии маскируют симптоматику непроходимости. Пациентов беспокоят периодические схваткообразные боли, рвота. Постепенно развивается асимметричное вздутие живота. Пальпация болезненна, прикосновения к мышцам вызывают усиление болевых ощущений. Стул отсутствует.



Спаечная непроходимость иногда развивается на 5-13 день после операции и улучшения общего состояния, или же на 3-4 неделе. При этом наблюдаются отчетливые симптомы заболевания: интенсивные периодические боли, частая рвота с примесью желчи, асимметрично вздутый живот, видимая перистальтика, усиленные кишечные шумы. Симптоматика постепенно нарастает, исчезает самостоятельный стул и резко ухудшается состояние пациента.

Если болезнь развилась через длительный промежуток времени после хирургической процедуры, говорят о поздней спаечной кишечной непроходимости. Патология характеризуется внезапным появлением схваткообразной боли, частой рвотой, сильным беспокойством и вынужденным положением пациента. Газы и стул самостоятельно не отходят. Живот асимметрично вздутый, прикосновения к нему усиливают приступы боли, отчетливо видна перистальтика петель кишечника. У пациента быстро нарастают признаки интоксикации

Заподозрить спаечную кишечную непроходимость можно на основании клинических признаков и данных анамнеза о предшествующей операции на органах брюшной полости. Основными методами диагностики считаются рентгенологические: рентгенография брюшной полости обзорная и после контрастирования кишечника взвесью сульфата бария. Эти исследования позволяют определить растяжение петель кишечника, чаши Клойбера (раздутые участки пищеварительного тракта, содержащие

жидкость и газы), затемнение нижних отделов живота, задержку контраста в отдельных петлях и пр.

В последние годы все чаще в качестве методов диагностики используются лапароскопия, УЗИ органов брюшной полости, КТ и МРТ. Они помогают гастроэнтерологу и хирургу выявить причину патологии, а также степень тяжести и вид повреждений

Терапевтические процедуры зависят от типа патологии и времени ее появления, а также общего состояния больного, сопутствующих заболеваний. Лечение ранней спаечной кишечной непроходимости необходимо начать с консервативных методов, которые позволяют восстановить функции пищеварительной системы и нередко являются предоперационной подготовкой. Очень важно правильно вычислить допустимый период консервативной терапии, и при отсутствии положительных результатов сразу провести операцию.

При регистрации ранних признаков болезни всем пациентам назначают парентеральное (внутривенное) питание, а также мероприятия, улучшающие перистальтику кишечника, предупреждающие развитие интоксикации и нормализующие общее состояние. Если симптомы заболевания появились на 2-3 сутки после хирургической процедуры на фоне пареза кишечника и перитонита, то необходимо ликвидировать паретический компонент непроходимости: с этой целью вводят тримекаин в перидуральное пространство. Совместно с этим



назначают промывание желудка, сифонные клизмы, внутривенно вливают гипертонический раствор натрия хлорида и неостигмин. Все вышеуказанные процедуры проводят курсами (примерно 2-3) в течение 24 часов. При отсутствии положительной динамики через 5-6 часов после назначения терапии осуществляют лапаротомию.

При подозрении на раннюю странгуляционную непроходимость показано кратковременное консервативное лечение, а затем проведение операции с последующей поддерживающей терапией и уходом. Лечение поздней непроходимости всегда хирургическое, промедление может вызвать некротические изменения стенок кишечника. Перед

хирургической процедурой проводят подготовку: промывают желудок, делают сифонную клизму, вводят прозерин. Если через 2-3 часа боль стихает, признаки патологии исчезают, то пациента оставляют в отделении под наблюдением и назначают антиспаечную терапию. В противном случае сразу проводят операцию по разъединению спаек, наложению обходного анастомоза или резекции участка кишечника (вид вмешательства подбирается индивидуально).

Если больного доставили в больницу в тяжелом состоянии, назначают интенсивную терапию для устранения признаков интоксикации, минимальную предоперационную подготовку и сразу же приступают к хирургической процедуре.

References:

1. Abdullayevich, B. E., & Uchqun o'g'li, B. S. (2021). TRANSITIONAL FEATURES OF ACUTE HERPETIC STOMATITIS IN CHILDREN AND MODERN APPROACHES TO TREATMENT. *World Bulletin of Public Health*, 1(1), 1-3.
2. Madiyev Rustam Zoirovich, Boboyorov Sardor Uchqun o'g'li, & Abdullaeva Dilnoza Ergashevna. (2021). EFFECTIVENESS OF ENDOVIDEOLAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN THE TREATMENT AND EARLY PREVENTION OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN. *European Journal of Research Development and Sustainability*, 2(7), 68-73. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/ejrds/article/view/1067>
3. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. — 1-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 832. — ISBN 978-5-9704-1023-3
4. Intestinal Obstruction Архивная копия от 20 октября 2021 на Wayback Machine на сайте MedlinePlusEncyclopedia
5. Patient UK: Intestinal Obstruction and Ileus
6. PubMed Health: Intestinal obstruction Архивная копия от 16 февраля 2014 на Wayback Machine
7. 178948, раздел Ileus (англ.) на сайте EMedicine
8. Merck Manual Professional: Ileus Архивная копия от 24 марта 2012 на Wayback Machine