

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (НЕОПУХОЛЕВАЯ)

Шифр МКБ 10 К 56

Оказание помощи на догоспитальном этапе

Все больные острой кишечной непроходимостью (ОКН) и подозрением на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в условиях стационара, при наличии условий оказания помощи в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (Региональный центр санитарной авиации, Территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургическое отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

— Транспортировка таких больных должна осуществляться в положении «лежа» на носилках, на догоспитальном этапе противопоказано применение местного тепла, клизм и слабительных препаратов. При тяжелом состоянии пациента во время транспортировки проводится инфузионная терапия.

— О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства больного с назначением активного вызова врача на дом.

Стандарты диагностических мероприятий в приемном отделении стационара.

Минимум диагностических исследований для исключения острой кишечной непроходимости (отказ в госпитализации в приемном отделении)

1. Термометрия, измерение пульса и артериального давления.
2. Обследование мест типичного расположения грыж брюшной стенки.
3. Аускультация и перкуссия живота.
4. Пальцевое ректальное исследование.
5. Лабораторные исследования: содержание лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочевины).
6. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости (всем больным) и грудной клетки (по клиническим показаниям), ЭКГ (лицам старше 40 лет и при наличии клинических показаний).

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного

1. Термометрия, измерение пульса и артериального давления.
2. Обследование мест типичного расположения грыж брюшной стенки.
3. Аускультация и перкуссия живота.
4. Пальцевое ректальное исследование
5. Выведение содержимого из желудка толстым зондом.

Лабораторные исследования: Лабораторные исследования: содержание лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина в периферической крови (общий анализ крови), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза, мочевины), группа крови и Rh-фактор,

кардиолипидная реакция (RW), по показаниям — креатинин, электролиты крови и КЩС, общий белок.

Специальные исследования: обзорная рентгеноскопия (рентгенография) брюшной полости, рентгенография грудной клетки (по клиническим показаниям), ЭКГ (лицам старше 40 лет и по клиническим показаниям), УЗИ органов брюшной полости (локализация спаек, состояние петель кишечника и их перистальтика, выпот, кровоток в кишечной стенке), КТ или МРТ (по клиническим показаниям).

Осмотр больного терапевтом и анестезиологом-реаниматологом в приемном покое.

Предельный срок пребывания больного в приемном покое — 2 часа. В случаях когда в течение

этого времени не удастся исключить наличие острой кишечной непроходимости, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар. В приемном покое должен быть сформирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, формы кишечной непроходимости, выявленных или предполагаемых осложнений (перитонит, гангрена или перфорация кишки, гиповолемический или бактериальный шок). Главной задачей дифференциальной диагностики в приемном покое хирургического стационара при наличии признаков ОКН является выделение больных, которым показано неотложное хирургическое вмешательство.

Оказание помощи в стационаре

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Динамическая (функциональная) непроходимость*.

- I. Паралитическая (МКБ-10 K56.0)
- II. Спастическая (МКБ-10 K56.7)

При динамическом (спастическом или паралитическом) характере острой кишечной непроходимости показано консервативное лечение.

- При спастической непроходимости:

покой; обезболивание (ненаркотические анальгетики), седативные препараты; внутримышечное введение спазмолитиков; инфузия кристаллоидных растворов, глюкозы с включением спазмолитика

- При паралитической кишечной непроходимости: постоянная декомпрессия желудка через назо-гастральный зонд; инфузия кристаллоидных растворов; назначение препаратов, стимулирующих моторику кишечника, например прозерин 0,05% по 0,5 мл трехкратно через каждые 15 минут, после чего 1 — 3 очистительные клизмы; при отсутствии противопоказаний — электростимуляция кишечника.

Факт разрешения динамической кишечной непроходимости подтверждается на повторной рентгеноскопии брюшной полости по

исчезновению кишечных уровней жидкости, нормализации перистальтики и пассажа химуса по кишечнику по данным пероральной интестинографии.

Отсутствие положительной рентгенологической картины служит показанием к продолжению консервативных мероприятий.

** Динамическую непроходимость следует рассматривать как синдром, обусловленный другими заболеваниями — перитонит, мезентериальный тромбоз, панкреонекроз, различные интоксикации, глистные инвазии и пр.*

Механическая непроходимость (первоочередной задачей является исключение странгуляционной непроходимости)

I. Обтурационная: спаечная обтурационная (МКБ-10 K56.5), желчные камни (МКБ-10 K56.3), пищевые комки и каловые камни, инородные тела (МКБ-10 K56.4), сдавления кишки извне (K56.6, K56.7)

Основные этапы развития

Характерно острое начало («илеусный крик»), внезапное появление острой боли в животе, может быть рефлекторная рвота. Нет нарушений водно-электролитного баланса.

Затем нарастает внутрипросветная секвестрации жидкости и электролитов.

Характерно наличие типичных схваткообразных болей, практически исчезающих в промежутки между схватками. Появляются явления эндотоксикоза и нарушений водноэлектролитного баланса.

По мере прогрессирования процесса присоединяется паралитический компонент непроходимости. Петли кишечника перерастянуты, отечны, их перистальтика становится нерегулярной. Характерны резко выраженные явления эндотоксикоза и нарушений водноэлектролитного баланса и появление обильной рвоты застойным содержимым («каловая» рвота) на фоне снижения болевого синдрома и урежения схваткообразных болей.

В запущенных случаях развивается вторичная ишемия (некроз) и разрывы кишечной стенки. Значительное повышение внутрипросветного давления приводит к сдавлению сосудов подслизистого слоя, ишемии слизистой и разрывы серозномышечной оболочек кишечной стенки.

Появление и нарастание ишемии кишечной стенки под штрангом — означает присоединение странгуляции (см. ниже раздел «Странгуляционная ОКН»).

В любом случае для ишемии кишки при изначально обтурационном характере непроходимости характерно присоединение к схваткообразным болям постоянной боли, не исчезающей в перерывах между схватками, слабо или умеренно выраженных симптомов раздражения брюшины (напряжение мышц, Менделя, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга и др.).

Малая выраженность симптомов раздражения брюшины маскируется снижением предшествующих схваткообразных болей и очаговым характером ишемии.

Вторичный перитонит. Причиной может служить инфицирование реактивного выпота (бактериальная транслокация из просвета кишечника) при сохраненной целостности кишки или перфорация кишечной стенки.

II. Странгуляционная (в т.ч. смешанная*) ОКН: спаечная странгуляционная и смешанная (МКБ-10 K56.6), завороты различных отделов кишечника (МКБ-10 K56.2), узлообразование (МКБ10 K56.2), инвагинация (МКБ-10 K56.1)

** При сочетании обтурационного и странгуляционного механизмов непроходимости тяжесть, прогноз и хирургическая тактика определяются по странгуляционному варианту, как наиболее тяжелому.*

Основные этапы развития

Острое начало (первичная ишемия кишечной стенки). Для первичного сдавления сосудов брыжейки характерна постоянная интенсивная боль в животе без четкой локализации, быстро ухудшение состояния больного и раннее появление перитонеальной симптоматики. Выраженных нарушений водноэлектролитного баланса не отмечается, но признаки интоксикации появляются довольно рано.

Может наблюдаться другой вариант начала — нарастающее сдавление штрангом (странгуляция) собственных сосудов кишечной стенки при прогрессировании изначально обтурационной ОКН.

В любом случае для ишемического повреждения кишечной стенки характерно появление постоянной боли и локальной болезненности, слабо выраженных симптомов раздражения брюшины (напряжение мышц, Менделя, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга и др). Возможна асимметрия брюшной стенки. Перистальтика и стул могут быть сохранены.

Некроз кишечной стенки. После формирования некроза болевой синдром обычно уменьшается, могут быть единичные схватки вследствие раздутия вышележащих отделов, рвота застойным содержимым, выраженные явления эндотоксикоза и нарушения водноэлектролитного обмена.

По уровню непроходимости

I. Тонкокишечная

Высокая — обструкция тощей кишки, в которой преобладают секрета кишечного сока, а процессы всасывания жидкости, электролитов и других ингредиентов химуса относительно невелики (первые 70 см дистальнее дуоденоюнального перехода). Характеризуется быстрым нарастанием внутрипросветной секвестрации, водно-электролитных нарушений, рвоты и (или) перитонеальной симптоматики.

Низкая — обструкция подвздошной кишки, где преобладают процессы резорбции кишечного содержимого (последние 70 см перед илеоцекальным переходом). При этом энтерогепатическая циркуляция частично сохранена и вышеперечисленные патологические процессы развиваются медленнее.

II. Толстокишечная

Обструкция кишечной трубки ниже илеоцекального перехода. Энтерогепатическая циркуляция воды и электролитов нарушается незначительно до присоединения тонококишечной непроходимости. Поэтому длительное время клинические проявления могут ограничиваться

вздутием живота, задержкой отхождения стула и газов.

Примеры формулировки развернутого диагноза:

Спаечная болезнь брюшной полости.
Странгуляционная тонкокишечная непроходимость.
Разлитой серозный перитонит.

Спаечная болезнь брюшной полости.
Обтурационная тонкокишечная непроходимость.

Заворот сигмовидной кишки. Странгуляционная толстокишечная непроходимость. Гангрена сигмовидной кишки. Разлитой перитонит. Бактериальный шок.

Обтурационная высокая тонкокишечная непроходимость желчным камнем. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холецистодуоденальный свищ.

ЛЕЧЕБНОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Обтурационная (неопухолева) кишечная непроходимость.

1. Попытка пробного консервативного разрешения обтурационной (неопухолева) кишечной непроходимости целесообразна только при отсутствии признаков ишемии кишечной стенки (странгуляции), паралитического компонента непроходимости или перитонита.

2. Мероприятия перед началом попытки консервативного разрешения непроходимости включают в себя:

— выведение толстым зондом содержимого из желудка, лучше установка назогастрального зонда

— прием больным рег ос 200 мл бариевой взвеси или водорастворимого контрастного вещества (если в дальнейшем исследование планируется проводить с помощью КТ)

3. Основными компонентами пробного консервативного лечения являются:

— обезболивание (ненаркотические анальгетики);

— введение спазмолитических препаратов (цель — обеспечить временный покой кишечной стенки на время ее медикаментозной терапии);

— установка назогастрального зонда для механической декомпрессии и улучшения микроциркуляции крови в верхних отделах желудочнокишечного тракта (после первого контроля пассажа бария).

— инфузия кристаллоидных растворов, глюкозы с обязательным включением препаратов калия и

спазмолитиков, устранение водноэлектролитных нарушений (при их наличии) в течение 2 — 4 часов (медикаментозная коррекция нарушений, обусловленных ОКН);

— последующая стимуляция моторики кишечника (например, прозерин 0,05% по 0,5 мл трехкратно через каждые 15 минут);

— очистительная клизма;

— дыхательная гимнастика с участием передней брюшной стенки, смена положения тела, коленно-локтевое положение и т. п.

После завершения полного комплекса пробного лечения (через 3 — 4 часа) рекомендуется контроль пассажа бариевой взвеси (водорастворимого рентгеноконтрастного препарата) по тонкому кишечнику.

4. Положительным клиническим эффектом от консервативной терапии и подтверждением правомерности консервативных мероприятий следует считать при достижении совокупности следующих критериев:

— положительная динамика общего состояния больного при отсутствии перитонеальной симптоматики;

— купирование болевого синдрома;

— прекращение рвоты и прекращении отделения застойного содержимого по назогастральному зонду;

— восстановление ритмичной непатологической перистальтики кишечника при аускультации живота;

— уменьшение вздутия живота;

— восстановление отхождения газов;

— восстановление естественного опорожнения кишечника.

Положительная динамика результатов УЗИ.

По данным рентгенологических методов исследования:

— уменьшение диаметра пораженного участка кишки;

— исчезновение поперечной исчерченности стенки пораженного участка кишки;

— исчезновение патологической «маятникообразной» перистальтики и восстановление ритмичных пропульсивных перистальтических волн;

— уменьшение количества и исчезновение «арок» и уровней жидкости (чаш Клойбера);

— продолжающееся продвижение контраста.

При явной положительной динамике, отсутствии признаков странгуляции и перитонеальной симптоматики консервативное лечение может быть продолжено.

Объективными тестами, подтверждающими ликвидацию обтурационной кишечной непроходимости являются:

— поступление рентгеноконтрастного препарата в толстую кишку через 10 — 12 часов (при тонкокишечной непроходимости);

— стул с примесью бариевой взвеси;

— исчезновение уровней чаш Клойбера на повторной рентгенографии брюшной полости через 4 — 6 (до 10 — 12 при отсутствии клиники странгуляции или ишемии кишечной стенки) часов от начала пробного консервативного лечения.

Появление постоянной боли и сомнительных симптомов раздражения брюшины у больных механической ОКН свидетельствует о ее первично странгуляционном характере, ишемии кишечной стенки под штрангом (присоединение элементов странгуляции) или о развивающейся вторичной ишемии перераздутой кишечной стенки (вторичная ишемия) при обтурационной ОКН.

В любом случае появление этих признаков должно также служить основанием для активной хирургической тактики (неотложная операция).

Показаниями к неотложной операции при острой обтурационной (неопухоловой) кишечной непроходимости следует считать:

- клиниколабораторные и инструментальные признаки ишемии (некроза) кишки или перитонита (присоединение постоянного компонента болевого синдрома, симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$)

- отсутствие признаков разрешения или явной положительной динамики явлений обтурационной (неопухоловой) кишечной непроходимости в течение 4 — 6 часов (при полном отсутствии признаков ишемии кишечной стенки и умеренной положительной динамике консервативная терапия может быть продолжена до 10 — 12 часов).

Б. Странгуляционная неопухоловая кишечная непроходимость.

1. Странгуляционные формы острой кишечной непроходимости являются показанием к неотложной хирургическому лечению (исключение — ранние стадии инвагинации у детей), желательно, не позднее 2 часов после поступления больного.

Предоперационная подготовка

— Опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочнокишечного тракта

— Опорожнение мочевого пузыря

— Антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений (см. приложения)

— Интенсивная терапия волевических и водно-электролитных расстройств (при их наличии)

— Профилактика тромбоэмболических расстройств (см. приложения)

— Наличие признаков эндотоксикоза и нарушение водноэлектролитного баланса являются основаниями для проведения кратковременной (1,5 — 2 часа) инфузионной терапии в качестве компонента предоперационной подготовки

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ (НЕОПУХОЛЕВОЙ) НЕПРОХОДИМОСТИ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Операции по поводу ОКН должны выполняться под общей анестезией.

2. Хирургический доступ должен предполагать возможность широкой ревизии органов брюшной полости — широкую лапаротомию с иссечением старого рубца.

3. На этапах хирургического доступа, ревизии, идентификации субстрата непроходимости, оценки жизнеспособности кишки и определения объема вмешательства обязательно участие в операции самого опытного хирурга (ответственного хирурга хирургической бригады).

4. При оценке степени изменений и жизнеспособности кишки должны использоваться следующие признаки: цвет, блеск серозной оболочки, отечность и инфильтрация стенки кишки, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов.

5. В случае остающихся сомнений в судьбе изменений, оставшихся после ликвидации всех сдавлений и восстановления проходимости кишечной трубки, допустимо отложить решение вопроса о резекции с помощью запрограммированной лапароскопии (или релапаротомии) через 12 — 24 часов.

6. Гастроинтестинальная интубация кишечника во время операции оправдана при выявлении паралитического компонента кишечной непроходимости, а также для декомпрессии анастомозов и ушитых повреждений. При оперировании больных в состоянии шока от данной процедуры следует по возможности воздерживаться.

7. При выполнении резекции кишки следует отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения в сторону приводящего отдела на 35 — 40 см, в сторону отводящего отдела — на 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, а также ситуации, когда протяженность остающейся тонкой кишки недостаточна для обеспечения жизнедеятельности пациента в последующем.*

8. Учитывая особенности кровоснабжения тонкой кишки, предпочтительно наложение тонко-тонкокишечного анастомоза «бок в бок».

При перитоните или сомнении в жизнеспособности оставленных сегментов кишки возможна резекция явно нежизнеспособных участков с формированием еюно (илео)стомии или ушиванием культей наглухо (в последней ситуации необходима установка назоинтестинального зонда в приводящую петлю) с последующим восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта после разрешения перитонита.

9. Использование щадящих способов разрешения ОКН (видеолапароскопические и лапароскопически ассистированные операции с использованием дополнительной минилапаротомии):

- рекомендуется использовать в условиях хирургических стационаров, располагающих необходимым оборудованием и подготовленными специалистами;

- нецелесообразно:

- при наличии распространенного или грубого рубцовоспаечного процесса брюшной полости (после операций по поводу огнестрельных ранений, кишечных свищей, онкологических заболеваний толстой кишки), перитонита, вторичной ишемии или некроза кишки, резкого раздутия кишечных петель (свыше 4 см);

- при обтурационной спаечной непроходимости в случаях, когда спаечный процесс распространяется на 3 и более анатомических области брюшной полости (по данным УЗИ);

- при странгуляционной острой кишечной непроходимости в поздние сроки заболевания, при наличии признаков некроза кишки и перитонита, распространенного спаечного процесса и выраженного расширения петель кишечника.

10. В случаях, когда ОКН осложнена распространённым перитонитом и высоким внутрибрюшным давлением вследствие перераздутия петель кишечника после ушивания лапаротомной раны возможно развитие компартментсиндрома.

В этом случае целесообразно опорожнить кишечник с помощью назоинтестинального зонда или оставить рану открытой и вести брюшную полость «открытой» (см. раздел «Перитонит») до разрешения пареза кишечника. После его ликвидации рану послойно ушивают обычным способом.

N.B. В протоколе операции должны быть четко приведены описания состояния брюшной полости, брюшины и кишечной трубки, в том числе отводящей и приводящей петель кишечника; уровень и характер препятствия; наличие странгуляционных борозд и состояние брыжейки и кишечной стенки в месте странгуляции, повреждения, возникшие при проведении вмешательства, а также обстоятельства, послужившие основанием для выбора конкретного способа хирургической коррекции, и особенности хода вмешательства, способные повлиять на послеоперационное течение.

Особенности хирургического лечения отдельных вариантов острой неопухоловой кишечной непроходимости.

1. Лечение спаечной кишечной непроходимости (МКБ-10 56.5)

При острой спаечной кишечной непроходимости (обтурационной и странгуляционной) без некроза кишки производится разделение спаек путем их рассечения с восстановлением проходимости кишечной трубки на всем протяжении — от связки Трейца до слепой кишки.

При разделении сращений следует соблюдать особую осторожность, чтобы избежать повреждений кишечной стенки, особенно измененных ее участков, расположенных на приводящих петлях выше уровня непроходимости.

Операцию следует завершать укладыванием петель кишечника в функциональном положении.

Рекомендуемым способом декомпрессии приводящих отделов тонкой кишки является эвакуация содержимого через проведенный на 10 — 15 см за связку Трейца перфорированный назоинтестинальный зонд (в последующем возможно его оставление для продленной декомпрессии кишечника в послеоперационном периоде).

Категорически не рекомендуется опорожнение растянутых петель кишечника через прокол измененного участка кишки.

После завершения основного этапа вмешательства перед ушиванием раны у больших с

высоким риском массивного образования спаек (рецидивная спаечная непроходимость, выраженный спаечный процесс в брюшной полости и травматичные мероприятия по разделению сращений) наличие выраженного рубцового процесса целесообразно использовать специальные противоспаечные барьеры, гелевые составы и жидкие агенты, предназначенные для снижения риска формирования сращений.

2. Лечение инвагинации кишки (МКБ-10 K56.1) у взрослых — только хирургическое: дезинвагинация (при жизнеспособной кишке и отсутствии органической причины инвагинации) или резекция (в случаях гангрены кишки, неудачи попытки дезинвагинации, органической причины инвагинации — опухоль, дивертикул, стриктура и т.п.).

3. При заворотах, узлообразованиях (МКБ-10 K56.2) без некроза кишки — их устранение (разворот). После ликвидации заворота долихосигмы для профилактики рецидива заворота операцию следует закончить ретроградной интубацией сигмовидной кишки газоотводной трубкой с последующей плановой резекцией сигмовидной кишки (если последняя не представляется целесообразной при первичном вмешательстве).

4. При obturации пищевыми комками, желчными камнями (МКБ-10 — K56.3, K56.4) рекомендуется попытка их низведения в слепую кишку. При отсутствии условий для их низведения рекомендуется энтеротомия с извлечением этих образований. Энтеротомия должна выполняться на участке кишки, который не имеет выраженных изменений стенок. Ушивание энтеротомной раны должно проводиться в поперечном направлении с последующим принятием мер по защите области швов (декомпрессия зоны ушивания назоинтестинальным зондом, дополнительная герметизация линии швов тахокомбом и т.п.) и брюшной полости (экстраперитонизация линии швов, лапароскопия через 2 — 3 суток с осмотром линии швов и т.п.).

Особенности хирургического лечения при возникновении затруднений.

1. При наличии трудноразделимых спаечных конгломератов с локализацией кишечной непроходимости в них и опасностью повреждения кишки при возможном разделении этих конгломератов (при сохранении достаточной длины остающейся тонкой кишки) допустимо применение шунтирующих межкишечных анастомозов,

резекция всего конгломерата без манипуляций на измененной кишке.

2. При отсутствии такой возможности должна быть предпринята попытка разделения сращений, несмотря на риск повреждения кишечных петель. Возникшие перфорации и зоны десерозирования должны быть ушиты тонкими атрауматическими нитями. Кроме того, при высоком риске несостоятельности (повреждения измененных петель кишечника, перитонит, выраженные системные дисфункции) должны быть предприняты меры защиты швов (интубация кишечника назоинтестинальным зондом, дополнительное сближение и фиксации сшитых участков для снятия натяжения с линии основных швов, герметизация швов клеящейся фибриновой пленкой Тахокомб и пр.) или брюшной полости (экстраперитонизация линии швов), контрольная релапаротомия («second look»).

3. При явно неразделимом инфильтративно-спаечном процессе и недостаточной длине остающейся части кишки в качестве крайней меры можно рекомендовать прекращение опасных или явно бесперспективных попыток диссекции, «открытое» ведение брюшной полости и продолжение попыток консервативного разрешения непроходимости.

Обязательным условием в таких случаях является зондовое дренирование желудка и ДПК, а также обеспечение введения в тощую кишку (при наличии такой возможности) ингредиентов питания с помощью установки (во время вмешательства или эндоскопическим способом после операции) назоинтестинального зонда. После этого в большинстве наблюдений происходит разрешение явлений непроходимости и появляется возможность полноценного послойного ушивания раны или только восстановления целостности кожных покровов.

4. При обширных, но возможно обратимых изменениях множества петель тонкой кишки, удаление которых может привести к непоправимым последствиям в отдаленном периоде:

— необходимо избегать несовместимых с жизнью сверхобширных одномоментных резекций, ограничивая первое вмешательство удалением явно некротизированных петель кишечника

— ишемические изменения: допустимо отложить решение вопроса об объеме хирургического лечения с помощью запрограммированной лапароскопии (или релапаротомии) через 12 — 24 часа (это время следует использовать для медикаментозной коррекции системных расстройств и нарушений кровообращения в поврежденной кишечной стенке)

— множественные участки повреждения серозной оболочки, более глубоких слоев и сквозные повреждения кишечной стенки:

— следует использовать программные релапаротомии или лапароскопии для контроля процессов заживления поврежденных участков и их своевременной коррекции (дополнительные швы, экономные резекции, энтеростомии и т.п.) до возникновения фатальных осложнений (несостоятельность швов, перитонит)

— в крайних ситуациях оправдано временное отключение поврежденных петель (еюно— или илеостомия, 2-ствольная или с ушиванием отводящей культи), еюно- и илеостомии для питания и возвращения энтеральных потерь, анастомозирование с дополнительной герметизацией швов или в условиях полной декомпрессии зоны анастомоза (анастомозирование с Уобразной петлей, выведенной на переднюю брюшную стенку в виде губовидной еюностомы) или использование средств защиты брюшной полости от прогнозируемой несостоятельности швов (миниlapаростомия и дренирование брюшной полости в зоне анастомоза, экстраперитонизация анастомозов, зон перфораций и т.п.).

— последующее лечение этих пациентов, по возможности, следует продолжать в условиях специализированного хирургического центра.

Ведение послеоперационного периода.

После ликвидации непроходимости лапароскопическим и лапароскопически ассистированным способами адекватность восстановления кишечного пассажа должна подтверждаться контрастной энтерографией.

Основными стандартами ведения послеоперационного периода являются:

— Послеоперационное лечение запущенных форм острой кишечной непроходимости предполагает настойчивое продолжение терапии водноэлектролитных расстройств, эндогенной интоксикации и пареза кишечника.

— При наличии распространенного перитонита, обширных резекций кишки, выраженных явлениях эндотоксикоза — фармакологическая поддержка (стабилизация гемодинамики), респираторная поддержка, инфузионная терапия, антибактериальная терапия.

— Стимуляция моторики желудочнокишечного тракта (медикаментозная и физиотерапевтическими методами, после компенсации гиповолемии, по показаниям — эпидуральная блокада).

— По возможности более ранняя активизация больного и нутритивная поддержка. Извлечение назоинтестинального зонда, установленного для

ликвидации пареза кишки, осуществляется сразу после восстановления устойчивой перистальтики кишечника, обычно на 3 — 4 сутки после операции.

— Переход на энтеральное питание после удаления назоинтестинального зонда.

— Лабораторные исследования должны выполняться по показаниям и перед выпиской.

— Снятие швов после лапаротомии должно производиться на 10 — 12 сутки после операции (лапаротомной).

— Выписка при неосложненном течении послеоперационного периода (после лапаротомии) производится на 10 — 12 сутки после операции. При применении малоинвазивных технологий и отсутствии осложнений длительность госпитализации может сокращаться до 5 — 7 суток.

Рекомендации по аппаратноинструментальному и материальному обеспечению:

- Рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов
- электрохирургический блок
- операционный стол с возможностью изменения положения больного (правый бок, левый бок, положения Фовлера и Тренделенбурга)
- вакуумаспиратор
- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии
- аппарат для УЗИ
- общехирургический набор инструментов
- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»
- атравматический шовный материал для формирования кишечных анастомозов, илео- и колостом
- желудочные зонды
- зонды для назоинтестинальной интубации
- разовые калоприемники
- комплект оборудования и инструментов для диагностической лапароскопии
- сшивающие линейные и циркулярные аппараты
- средства для дополнительной герметизации и механического укрепления линии швов (типа «Тахокомб»)

Дополнительное оборудование

- эндовидеохирургический комплекс оборудования и инструментов (комплектация

для диагностической и манипуляционной лапароскопии)

- электрохирургический блок с функцией сплавления коллагеновых структур или аппарат для ультра• звуковой коагуляции и диссекции тканей

инструменты для лапароскопически ассистированных операций из малых разрезов («МиниАссистент»).