

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Гостра непрохідність кишечника.

**Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1**

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Білянський Л.С., д.мед.н., професор;
- Галузинська О.І., к. мед. н., асистент.

Тема заняття : Гостра непрохідність кишечника.

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмінь, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях; проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, з
- знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії,
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проведення збору та аналізу інформації від пацієнта (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);
- проведення фізикального обстеження хворих із гострою непрохідністю кишечника;

- проведення проктологічного огляду хворих: огляд перианальної ділянки; пальцеве дослідження прямої кишки; обстеження анального каналу в ректальних дзеркалах та аноскопію; ректороманоскопію.
- проведення додаткових діагностичних методів обстеження пацієнтів із гострою непрохідністю кишечника, інтерпретація їх результатів;
- складання плану лікування пацієнтів із гострою непрохідністю кишечника;
- проведення диференціальної діагностики;
- планування та проведення профілактичних заходів з метою попередження подальшого розвитку або ускладнення гострої непрохідності кишечника.

Мета: Розглянути та засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування хворих із Гострою кишковою непрохідністю в залежності від особливостей клінічного перебігу, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології. Застосувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблеми; патогенетично обґрунтувати необхідність використання методів діагностики знеболювання, лікування.

Обладнання: ноутбук, тестові завдання, результати інструментальних та лабораторних досліджень, ситуаційні задачі.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння	Час
Підготовчий етап	1. Організаційні заходи 2. Постановка навчальних цілей та мотивація. 3. Визначення вхідного рівня знань студентів	Реконструктивний рівень	35 хв

<p>Основний етап</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення теоретичної частини (визначення етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування різних форм кишкової непрохідності • Формування професійних вмінь та навичок: <ol style="list-style-type: none"> 1.Провести курацію хворого; 2.Скласти план обстеження хворих із непрохідністю тонкої та товстої кишки. 3.Провести діагностику та диференційну діагностику 4.Визначити план лікування 	<p>Реконструктивний , творчий рівень</p>	<p>110хв</p>
----------------------	--	--	--------------

Підсумковий етап	1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та практичних навиків: <ul style="list-style-type: none"> • Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи студентів 	Реконструктивний , творчий рівень	35хв
------------------	--	-----------------------------------	------

Зміст теми заняття:

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) - синдром, який об'єднує захворювання, що призводять до порушення пасажу по кишці, внаслідок механічної перешкоди, або функціональної недостатності її рухової функції, та стабільно посідає третє місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини в невідкладній хірургії. Сьогодні ГКН складає 1,5-2 % від усіх ургентних хворих. Летальність при цій патології коливається від 5 до 30 % і залежить від термінів оперативного лікування, кваліфікації хірурга, віку та супутньої патології хворих.

Анатомо-фізіологічні особливості. Кишечник — найбільший відділ травної системи, у якому виділяють дванадцятипалу, порожню, клубову, ободову і пряму кишки. Тонка кишка (*intestinum tenue*) — найдовший, вузький і найрухливіший відділ кишківника, який починається від дванадцятипало-порожньокишкового згину (*flexura duodenojejunalis*) біля зв'язки Трейтца і закінчується в ділянці клубово-сліпокишкового (ілеоцекального) кута. У місці з'єднання тонкої і товстої кишок утворюється клубово-сліпокишковий (ілеоцекальний) клапан (баугінієва заслінка), який виконує складну

фізіологічну функцію забезпечення нормального пасажу вмісту кишківника і запобігання рефлюксу вмісту товстої кишки в тонку. Довжина тонкої кишки становить 5-7 м, діаметр — від 3 до 5 см. Тонка кишка включає порожню (jejunum), яка становить приблизно 2/5 її довжини, і клубову (ileum), які розрізняють лише за морфологічними ознаками (анатомічне розмежування відсутнє). Тонка кишка має численні петлі, які постійно міняють форму і положення, займаючи середню підчеревну ділянку живота і належать до нижнього поверху черевної порожнини. Від надчеревної ділянки тонка кишка відділяється брижею поперечної ободової кишки. Петлі тонкої кишки фіксовані до брижі, утвореної двома листками очеревини, в якій містяться кровоносні, лімфатичні судини і нерви, що забезпечують кровопостачання та іннервацію тонкої кишки. Брижа тонкої кишки спрямована зверху і ліворуч вниз і праворуч, ізолюючи правий і лівий відділи черевної порожнини, що має важливе значення для прогнозування шляхів поширення запального, гнійного й інших процесів. Очеревина вкриває тонку кишку з усіх боків, за винятком місця фіксації брижі. Кровопостачання тонкої кишки здійснюється 16—22 кишковими артеріями, які відходять від правого півкола верхньої брижової артерії (a mesenterica superior). У товщі брижі гілки утворюють одна з одною артеріальні дуги I і II порядку, що забезпечує надійне кровопостачання тонкої кишки. Від них до стінки кишки відходять прямі короткі артерії. Венозна кров від тонкої кишки відтікає у верхню брижову, потім через ворітну вену надходить у печінку, де відбуваються основні метаболічні перетворення. Як і інші органи черевної порожнини, тонка кишка має подвійну — симпатичну і парасимпатичну іннервацію. У тонкій кишці відбувається складний процес хімічного і ферментного розщеплення білків, жирів і вуглеводів. Завдяки величезній площі слизової оболонки тонкої кишки (понад 10 м²) кінцеві продукти розщеплення всмоктуються у кровоносну систему і використовуються у подальшому як пластичний та енергетичний матеріал. Кишківник — найбільший імунний орган людини; у його стінці міститься значна кількість лімфоїдної тканини, що забезпечує його захисну функцію. Порушення цієї функції зумовлює активацію автоінфекції, що є одним з патогенетичних чинників розвитку хронічних

неспецифічних дифузних за пальних захворювань кишківника та інших патологічних станів.

Етіологічні чинники:

- 1) спайки 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.

Морфологічні ознаки:

Динамічна кишкова непрохідність - невелике потовщення стінки (при значному парезі — стоншення), пухкість тканин (кишка легко рветься) та наявність рідкого вмісту й газів у просвіті кишки.

При механічній непрохідності - спайки, пухлини, защемлення грижі, рубцеві стриктури, неправильно введені дренажі, тампони тощо. На місці стиснення виявляють странгуляцію. Петлі кишки вище странгуляції розширені, а дистальніше — спадаються. При звільненій інвагінації спостерігають дві странгуляційні борозни, які знаходяться на невеликій відстані одна від одної, а дистальніше кільця — циліндричне розширення просвіту кишки.

Класифікація

I. За морфо-функціональними ознаками:

1. Динамічна кишкова непрохідність:

а) паралітична; б) спастична; в) гемодинамічна (емболічна, тромбофлебітна).

2. Механічна кишкова непрохідність:

а) странгуляційна: вузлуотворення, заворот, защемлення;

б) обтураційна (перекриття просвіту кишки, стискання ззовні);

в) змішана (інвагінація, спайкова кишкова непрохідність).

II. За клінічним перебігом:

1. Гостра.

2. Хронічна.

III. За рівнем непрохідності:

1. Тонкокишкова. а) висока; б) низька.

2. Товстокишкова: а) Правої половини; б) Лівої половини.

IV. За ступенем порушення пасажу 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.

Клінічний перебіг:

Початок гострої кишкової непрохідності раптовий — через 1-2 години після вживання їжі. Біль у животі має переймоподібний характер і зустрічається при всіх формах механічної кишкової непрохідності. Проте деякі види странгуляційної кишкової непрохідності (вузлуотворення, заворот тонкої й товстої кишок) можуть супроводжуватися постійним тупим болем. Для паралітичної кишкової непрохідності характерний постійний біль, який супроводжується прогресуючим здуттям живота. При спастичній непрохідності кишечника біль переважно різкий, живіт не здутий, інколи буває втягнутий. Нудота й блювання зустрічаються в 75-80 % хворих. Однак при обтураційній непрохідності й інвагінації їх спостерігають не так часто. Характерною ознакою, також є спрага, яку можна вважати раннім симптомом. Здуття живота, затримку випорожнень і газів відзначають у 85-90 % хворих, головним чином, із низькими формами непрохідності (заворот тонкої кишки, спайкова кишкова непрохідність). Разом із тим, для інвагінації більш характерними є випорожнення рідким калом із домішками слизу й крові.

Дані фізикального обстеження:

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"). Симптом Валя — обмежений еластичний ковбасоподібний утвір. Симптом Склярова — 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) — зяяння 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.

Варіанти клінічного перебігу й ускладнення:

Странгуляційна непрохідність. Характерною особливістю цієї форми кишкової непрохідності вважають ішемічний компонент, що є наслідком стискання судин брижі, який визначає динаміку патоморфологічних змін і клінічних проявів захворювання, основне місце серед яких 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.

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. 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 пов'язане із більш тривалим перебігом захворювання.

Інвагінація кишки, яку можна характеризувати тріадою ознак: 1) періодичність появи 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 obturаційної кишкової непрохідності треба також віднести непрохідність, викликану жовчними 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 це спазмом, в результаті якого камінь щільно вклинюється в її просвіт. Розвитку кишкової непрохідності жовчнокам'яного генезу завжди передують напад коліки й клініка гострого холециститу. Характерно, що в процесі розвитку захворювання біль, викликаний гострим холециститом, стихає, після чого з'являється новий біль, характерний для іншої патології — кишкової непрохідності.

Паралітична непрохідність часто виникає після різних абдомінальних операцій, запальних захворювань органів черевної порожнини, травм та отруень.

Спастична кишкова непрохідність може виникати внаслідок отруєння свинцем, неврозів, істерії, гельмінтозів тощо. Клініка динамічної кишкової непрохідності завжди варіабельна у своїх проявах і залежить від причини, яка 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.

Гемодинамічна кишкова непрохідність розвивається внаслідок 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° . Початок захворювання звичайно гострий, із нудотою, інколи — блюванням. 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 дратівливими, неспокійними, займають вимушене колінно-ліктьове положення або лежать на боці з підігнутими ногами. При огляді живіт зберігає симетричність, передня його стінка м'яка, посилену перистальтику прослуховують із перших хвилин протягом 1-2 год (гіпоксичне стимулювання перистальтики), пізніше вона поступово згасає ("могильна тиша"). Згодом швидко нарастають 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 макроскопічне, 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, коагулограма.

3. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.

4. Рентгенконтрастне дослідження з використанням сульфату барію.

5. УЗД.

6. Електрокардіографія.

7. Іригографія.

8. КТ органів черевної порожнини з контрастуванням (за показами)

9. Консультації суміжних спеціалістів (за показами).

Диференціальна діагностика. Кишкову непрохідність необхідно диференціювати з гострими захворюваннями органів черевної порожнини. Перфорація гастродуоденальної виразки, як і кишкова непрохідність,

перебігає гостро з притаманним їй раптовим інтенсивним болем і напруженням м'язів живота. Однак у хворих із цією патологією, на відміну від кишкової непрохідності, живіт не здутий, а втягнутий із "дошкоподібним" напруженням м'язів передньої черевної стінки. Характерним є також виразковий анамнез. Рентгенологічне й перкуторно при цьому відзначають пневмоперитонеум. Певні утруднення в проведенні диференціальної діагностики кишкової непрохідності, й це треба мати на увазі, можуть виникати при атиповому перебізі й у випадках прикритих перфорацій, тобто, коли приєднуються ознаки динамічної кишкової непрохідності. Гострий панкреатит майже завжди перебігає з явищами динамічної кишкової непрохідності й характерними, із швидким наростанням, симптомами інтоксикації й повторним блюванням. При обстеженні в таких хворих, на відміну від кишкової непрохідності, спостерігають ригідність черевної стінки й різку болючість у проекції підшлункової залози та позитивні симптоми Керте і Мейо-Робсона. Важливе значення у встановленні діагнозу мають результати дослідження діастази сечі й амілази крові. Гострий холецистит. На відміну від кишкової непрохідності, хворі з цією патологією скаржаться на біль у правому підребер'ї, що іррадіює в праву лопатку, плече й праву підключичну ділянку. Утруднення можуть виникати, коли на фоні перитоніту з'являються симптоми динамічної кишкової непрохідності. Клініка ниркової коліки за своїми проявами і характером перебігу багато в чому нагадує кишкову непрохідність, проте напади болю в поперековій ділянці з характерною іррадіацією в статеві органи, стегно й дизуричні розлади дають можливість встановити правильний діагноз. Певні утруднення в проведенні диференціальної діагностики також можуть виникати при неспокої хворих, частому блюванні та позірних випорожненнях, які інколи можуть спостерігатись у хворих із нирковою колікою.

Тактика і вибір методу лікування

Консервативна терапія проводиться протягом перших 1,5-2 годин після госпіталізації хворого в стаціонар. Дана терапія має диференціальнодіагностичне значення і за своїм характером може бути

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 (дроперидол, фентаніл), паранефральної новокаїнової блокади й введення спазмолітиків (баралгін, спазмоверин, спасфон, но-шпа). 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, альбуміну й плазми крові. Існує кілька придатних для використання в ургентній хірургії способів розрахунку кількості рідини, необхідної для нівелювання гіповолемії. Найбільш простим і доступним із них є розрахунок за значеннями гематокриту. Якщо верхньою межею норми гематокриту вважати 40 %, то на кожні 5 % вище цієї величини треба перелити 1000 мл рідини.

3. Корекцію гемодинамічних показників, мікроциркуляції й дезінтоксикаційну терапію проводять за допомогою внутрішньовенної інфузії реополіглюкіну, реоглюману й неогемодезу.

4. Декомпресію шлунково-кишкового тракту проводять за допомогою назогастрального зонда, промивання шлунка, а також виконання сифонної клізми. Треба підкреслити, що технічно правильне проведення сифонної клізми має важливе значення для спроби ліквідації кишкової непрохідності консервативними засобами, тому цю маніпуляцію необхідно проводити у присутності лікаря і досить ретельно. Для виконання такої клізми використовують спеціальний пристрій із ректальним наконечником, поліхлорвініловою трубкою діаметром 1,5-2,0 см і лійкою з прозорого матеріалу. Рідину в товсту кишку вводять до появи неприємного або

больового відчуття, потім лійку опускають нижче рівня пацієнта, який лежить. При цьому спостерігають за відходженням газів і калу. Як правило, цю маніпуляцію доводиться повторювати багато разів із використанням великої кількості теплої води (до 10-15 й більше літрів). Ліквідувати кишкову непрохідність такими консервативними засобами вдається у 20-30 % хворих із механічною кишковою непрохідністю пацієнтам із динамічною (паралітичною) кишковою непрохідністю доцільно проводити стимуляцію перистальтики кишківника, що виконують, обов'язково після інфузійної терапії й корекції гіповолемії. Запропоновано багато схем стимуляції перистальтики кишківника. Найбільш вживана з них: 1) підшкірне введення 1,0 мл 0,05 % розчину прозерину; 2) через 10 хв — внутрішньовенне струминно 60 мл 10 % розчину хлористого натрію; 3) зустрічна гіпертонічна клізма.

Хірургічне лікування кишкової непрохідності повинно включати моменти, обов'язкові для виконання під час оперативного втручання: 1. Після серединної лапаротомії виконують новокаїнову блокаду брижі тонкої й товстої кишок та проводять ревізію органів черевної порожнини, під час якої з'ясовують причину кишкової непрохідності й життєздатність кишок. При тонкокишковій непрохідності ревізія розпочинається від зв'язки Трейтца до ілеоцекального кута. При товстокишковій непрохідності пильно оглядаються сліпа кишка, печінковий, селе" зінковий кути й ректосигмоїдний відділ. Відсутність патологічних процесів після проведення ревізії потребує огляду місць утворення й защемлення внутрішніх гриж: внутрішніх пахових і стегнових кілець, затульних отворів, кишень зв'язки Трейтца, вінсло-вого отвору, діафрагми й білястравохідного отвору- Для визначення рівня непрохідності використовують візуальну оцінку поперечного розміру різних відділів кишечника. Вище рівня непрохідності (перепони) кишкові петлі завжди переповнені вмістом, а нижче — спадаються. Треба пам'ятати, що орієнтування і визначення місця непрохідності за цією ознакою може бути надзвичайно важким у хворих, які були госпіталізовані в пізні строки захворювання, особливо з розлитим перитонітом і вираженим парезом кишечника. 2. Ліквідація причин непровідності (розрізання спайки, що

стискає кишку, розправлення завороту й вузлуотворення петель, дезінвагінація, видалення обтуруючих пухлин тощо). Якщо причиною непрохідності є ракова пухлина, можна використовувати різні варіанти операцій. При наявності пухлини правої половини ободової кишки (сліпа, висхідна, печінковий кут) без ознак перитоніту виконують правобічну геміколектомію з накладанням первинного анастомозу. Перевага цієї операції в тому, що одночасно забирають пухлину і ліквідовують кишкову непрохідність. Анастомоз треба накладати на незміненому сегменті клубової і поперечно-ободової кишки. При перитоніті, важкому стані хворого необхідно накласти ілеостому, провести лаваж, санацію і дронування черевної порожнини. Хворим із неоперабельними пухлинами (наявність метастазів), у яких немає перитоніту, накладають ілеотрансверзо-анастомоз. Деяко інший підхід до вибору способу операції при наявності пухлин лівої половини товстої і прямої кишки. У цьому випадку застосовують операцію за двома варіантами. Найбільш типовою операцією першого варіанту є трьохетапна резекція кишечника за Цейдлером-Шлоффером: накладають розвантажувальну стому з подальшою, на другому етапі, резекцією кишки і закриттям колостоми на третьому етапі. Таку операцію виконують, як правило, у важких хворих з інтоксикацією, перитонітом. У більшості випадків при раці лівої половини ободової кишки і раці прямої кишки з обтураційною кишковою непрохідністю необхідно виконувати операцію Гартмана, яка полягає в резекції ураженого сегмента кишки, зашиванні її дистального кінця та виведенні проксимального кінця кишки у вигляді одноствольної колостоми. Після такої операції залишається можливість відновлення прохідності товстої кишки. Вона достатньо радикальна в онкологічному плані, не тяжка для хворого і не є технічно складною для хірурга. Треба зазначити, що єдиного методу ліквідації гострої кишкової непрохідності не існує. Важливим принципом ліквідації кишкової непрохідності повинен бути вибір щадного, але достатньо радикального способу усунення механічної перепони кишечника. Об'єм цього втручання може бути різним — від обширної резекції кишки до накладання розвантажувальної кишкової нориці або обхідного міжкишкового анастомозу. При нежиттєздатності кишки, яку

можна визначити візуально за зміною кольору, перистальтики, пульсації брижових артерій, даними доплерографії, спектроскопії, виконують резекцію нежиттєздатної ділянки з 30-40 см привідного й 15-20 см відвідного відділу з накладанням ана-стомозу "бік-у-бік" (рис. 1.3.6) або "кінець-у-кінець" (рис. 1.3.7).

3. Інтубація 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, які наносяться у шахматному порядку, крім частини, що знаходиться в стравоході, глотці та зовні. В дистальному кінці зонда вмонтовують дві металеві кульки діаметром 10 мм на відстані 10-15 см одна від одної, які значно полегшують просування інтубаційного зонда в кишці. Запропоновано декілька способів проведення зонда в кишку (назогастральний, через гастростому, цеко— або апендикостому). З огляду на це, таку процедуру треба виконувати індивідуально й за показаннями. Кожен із способів має свої переваги й недоліки. У зв'язку із загрозою виникнення пневмонії, вводити інтубаційний зонд хворим похилого віку краще через гастростому. Більшість хірургів уникають способу введення зонда через цеко- й апендикостому в зв'язку з технічними труднощами проникнення в тонку кишку через баугінієвий клапан. На сьогоднішній день найбільш широкого клінічного застосування здобула інтубація кишечника назогастральним способом із використанням іншого товстого зонда як провідника першого (за Л.Я. Ко-вальчуком, 1981). Перед інтубацією кишечника необхідно змастити просвіт товстого і поверхню тонкого зонда рідким вазеліном або олією. Анестезіолог проводить товстий зонд через рот, стравохід у шлунок. Хірург захоплює зонд через стінку шлунка і по малій його кривизні проводить в дванадцятипалу кишку, потім анестезіолог заводить тонкий зонд в просвіт товстого і просуває до появи його в дванадцятипалій і в початковому відділі голодної кишки. Подальше просування зонда до ілеоцекального кута не викликає труднощів і займає, як правило, 10-15 хв. Під час інтубації кишечника у міру просування зонда необхідно видаляти кишковий вміст за допомогою електровідсмоктувача, який приєднують до проксимального кінця тонкого зонда. Після закінчення інтубації кишечника хірург утримує тонкий

зонд біля трейцевої зв'язки, а анестезіолог видаляє товстий зонд. Потім через ніс він заводить катетер у ротову порожнину, виводить його назовні, фіксує до початкового відділу інтубаційного зонда і останній проводить через носовий хід до появи мітки. Така методика не тільки спрощує процедуру інтубації, але й полегшує проникнення через пілоричний сфінктер і дуоденоюнальний згин, а також попереджує закидання кишкового вмісту в ротову порожнину й трахею. При цьому зонд намагаються провести в тонку кишку якомога далі й видаляють його наступного дня після появи перистальтики й відходження газів, проте не пізніше ніж на 7 добу, оскільки більш тривала експозиція зонда несе реальну загрозу утворення пролежнів у стінці кишки.

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 підребер'ях, краще спареними синтетичними дренажними трубками.

Рекомендована література :

Базова:

1. Хірургія : у 2-х т. Т. 2. Спеціальна хірургія / Р. О. Сабадишин, В. О. Рижковський, О. В. Маркович, Б. З. Чижин. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 366-377с. ISBN 978-966-382-706-3
2. Хірургія : підручник / [Я. С. Березницький О. В. Білов, Л. С. Білянський та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 109-118; 85-96 с. ISBN 978-966-382-834-3
3. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 314-321 с. ISBN 978-617-505-853-4
4. Невідкладна хірургія : підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів / за ред. В. В. Бойка, В. М. Лісового ; Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. – Харків : НТМТ, 2019. – 252-256 с.
5. Oxford Textbook of Surgery (3-Volume Set) 2nd edition (January 15,2000): by Peter J. Morris (Editor), William C. Wood (Editor) By Oxford Press
6. Sabiston Textbook of Surgery 17th edition by Courtney M. Townsend Jr.,Kenneth L. Mattox, B. Mark Evers, Kenneth L., MD Mattox, Courtney Townsend, Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth Mattox W.B. Saunders Company (June, 2004)

Допоміжна:

1. SCHWARTZ'S PRINCIPLES OF SURGERY 2-volume set 11th edition 11th Edition/ F. Brunicaudi (Author), Dana Andersen (Author), Timothy Billiar (Author), David Dunn (Author), John Hunter (Author), Lillian Kao (Author), Jeffrey Matthews (Author), Raphael Pollock (Author) - McGraw Hill / Medical,2019. – 2448
2. Kirk's Basic Surgical Techniques, 7th Edition/ By Fiona Myint, FRCS – 2019. – 272

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Анатомо-фізіологічні відомості про кишечник.
2. Визначення поняття непрохідності кишечника.
3. Етіологія непрохідності кишечника.
4. Сучасні питання патогенезу непрохідності кишечника.
5. Класифікація непрохідності кишечника.
6. Причини динамічної непрохідності кишечника.
7. Клініка динамічної непрохідності кишечника.
8. Лікування динамічної (функціональної) непрохідності кишечника.
9. Види механічної непрохідності кишечника.
- 10.Клініка obtураційної непрохідності кишечника.
- 11.Особливості клініки странгуляційної непрохідності кишечника.
- 12.Особливості клініки завороту окремих органів травного тракту.

13. Особливості клініки інвагінації.
14. Види інвагінацій.
15. Особливості лікувальної тактики в залежності від часу початку захворювання.
16. Злукова хвороба.
17. Етіологія злукової хвороби.
18. Сучасні аспекти патогенезу злукової хвороби.
19. Типова клінічна картина злукової хвороби.
20. Диференційна діагностика непрохідності кишечника.
21. Диференційна діагностика окремих видів непрохідності кишечника.
22. Сучасні методи діагностики гострої непрохідності кишечника.
23. Рентгенологічні ознаки гострої непрохідності кишечника.
24. УЗ-ознаки гострої непрохідності кишечника.
25. Сучасна лікувальна програма непрохідності кишечника.
26. Передопераційна підготовка пацієнтів з гострою непрохідністю кишечника.
27. Вибір характеру оперативного втручання при різних видах та рівнях непрохідності кишечника.
28. Післяопераційна лікувальна програма.
29. Профілактика та прогноз у хворих з гострою непрохідністю кишечника.