



**Волгоградский государственный
медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии**



**ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ**

Острая кишечная непроходимость (ОКН)

(лат. ileus) — синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника

Среди острых хирургических заболеваний частота ОКН составляет 8–10%.

Летальность при ней достигает 8-15%.

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе составляют 20–40%.

Классификация острой кишечной непроходимости

Динамическая непроходимость:

- а) спастическая;**
- б) паралитическая.**

Механическая непроходимость:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление);**
- б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма);**
- в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).**

При динамической непроходимости нарушается двигательная функция кишечной стенки, механического препятствия для продвижения кишечного содержимого нет.

Причины спастической:

- 1. поражение головного или спинного мозга (метастазы злокачественных опухолей, спинная сухотка и др.), отравление солями тяжёлых металлов (ртуть, свинец), истерия, глистные инвазии.**
- 2. рефлексорное раздражение кишечника: каловые камни и другие инородные тела, почечная колика, базальная пневмония, гемо- и пневмотораксы**

Причины паралитической:

- 1. острые заболевания органов брюшной полости, перитонит;**
- 2. травма;**
- 3. паранефриты.**

Механическая непроходимость

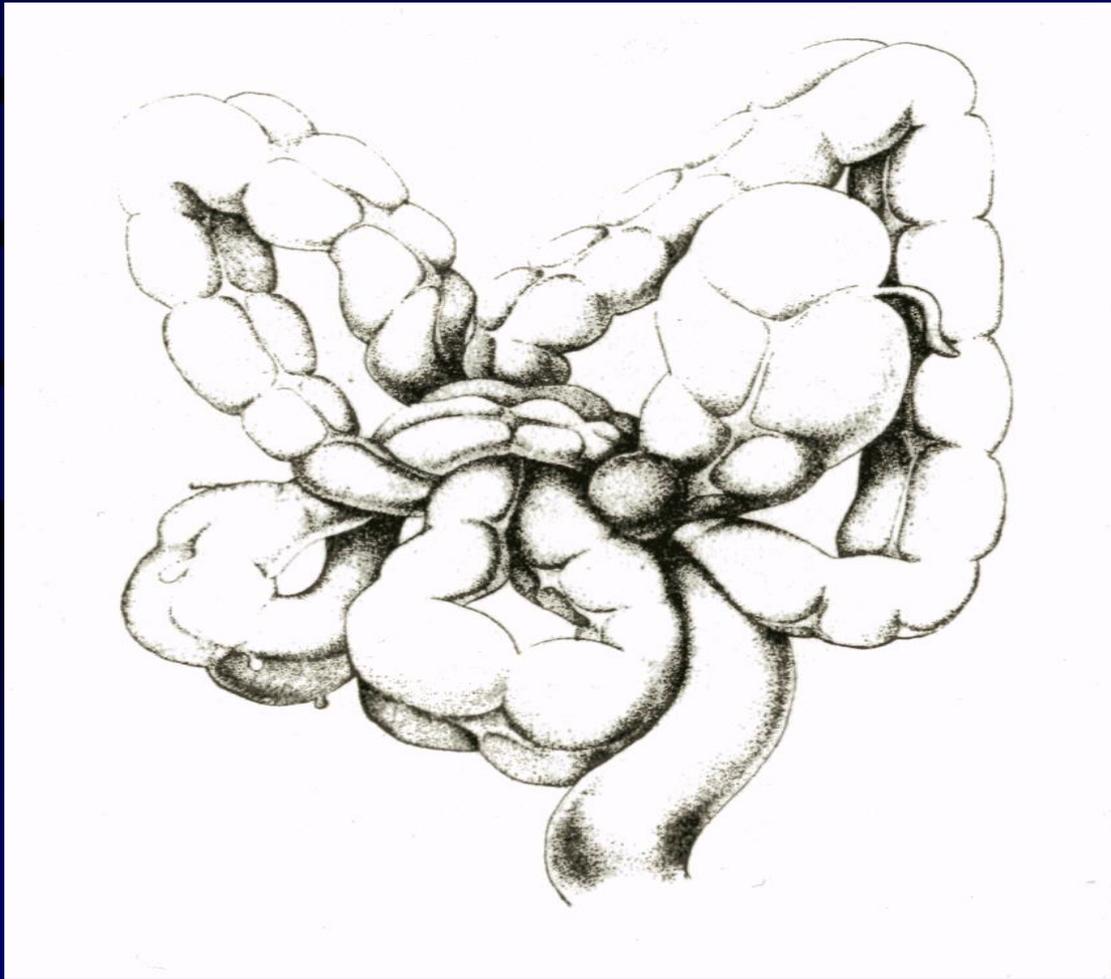
При странгуляционной непроходимости наряду с препятствием пассажу кишечного содержимого имеется сдавление элементов брыжейки с нарушением кровоснабжения кишечной стенки.

Странгуляционная непроходимость



Заворот
тонкой
кишки

Странгуляционная непроходимость

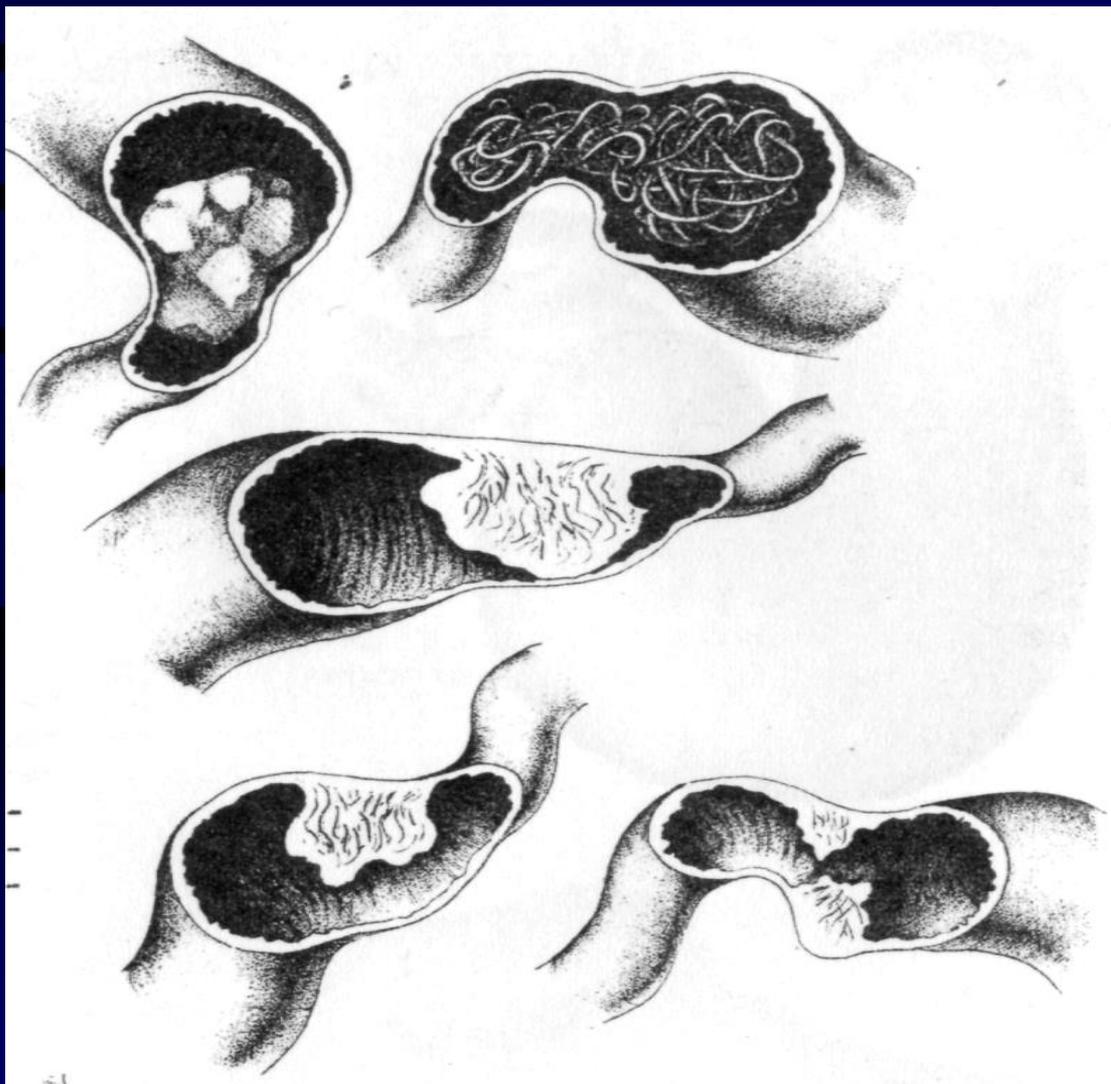


Узлообразо-
вание

При обтурационной кишечной непроходимости брыжейка кишки и кровоснабжение не страдают.

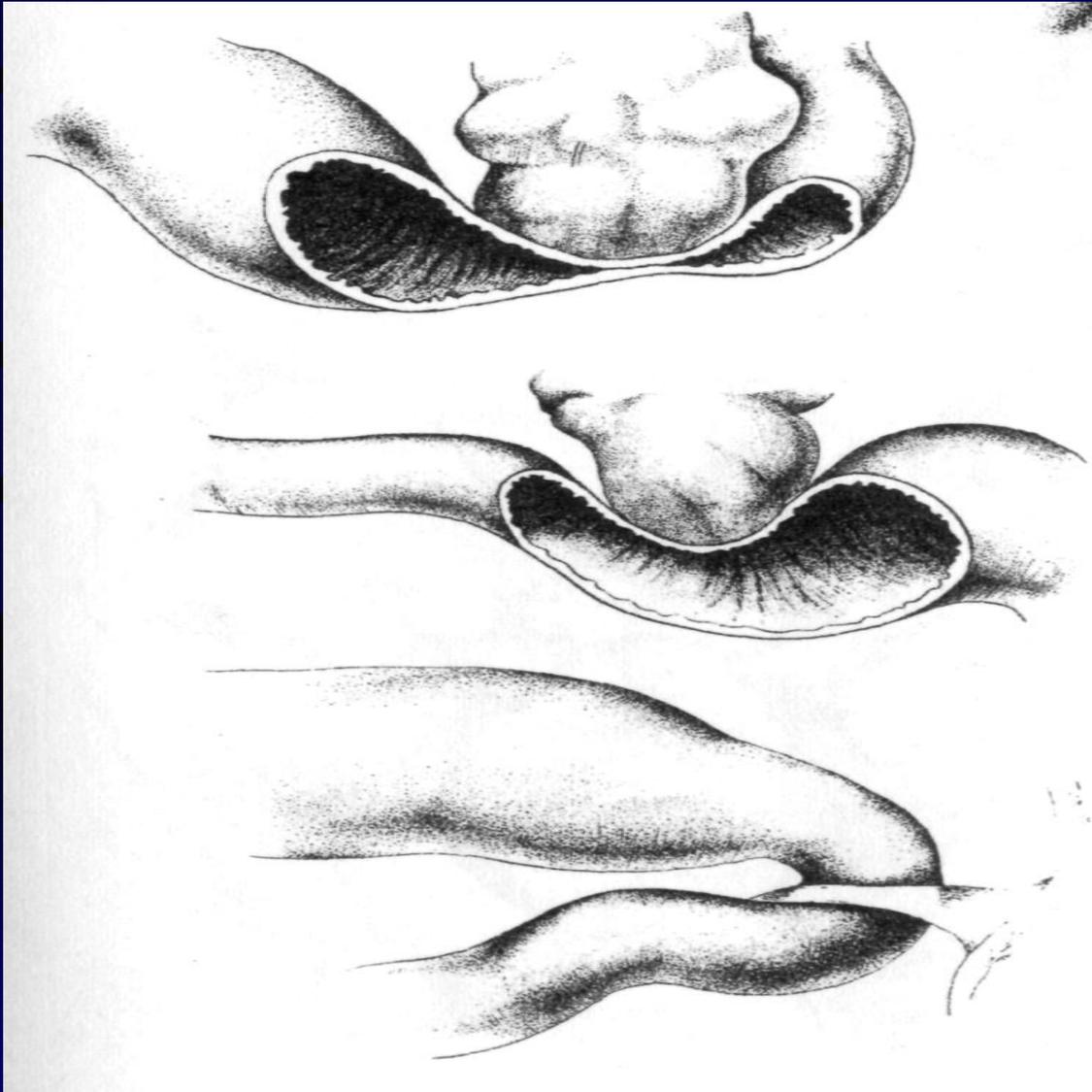
Обтурация может быть вызвана злокачественными и доброкачественными опухолями, каловыми и желчными камнями, инородными телами, аскаридами, кистами, спайками.

Обтурационная непроходимость



Интра-
интестиналь-
ная форма

Обтурационная непроходимость



Экстра-
интестиналь-
ная форма

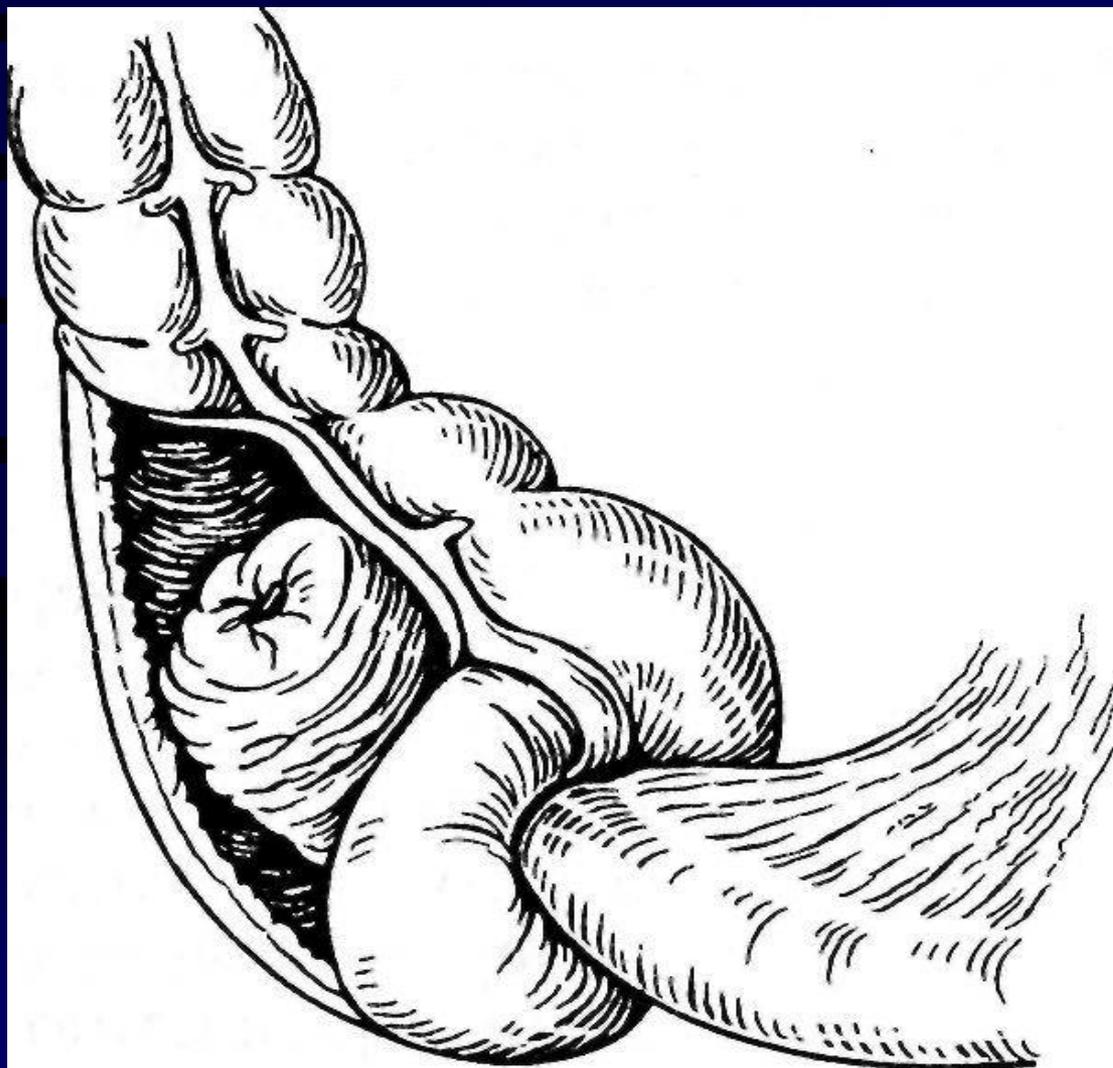
**К смешанным формам ОКН
относятся инвагинация и
спаечная кишечная
непроходимость, если наряду
с обтурацией просвета
кишечника имеется
нарушение кровоснабжения
кишечника.**

Смешанная непроходимость



Спаечная
непроходи-
мость

Смешанная непроходимость



Инвагинация

Острая кишечная непроходимость может быть вызвана многочисленными причинами, которые принято делить на предрасполагающие и производные.

К предрасполагающим причинам относятся анатомо-морфологические изменения в ЖКТ:

- спайки, сращения;**
- сужение и удлинение брыжейки;**
- различные образования, исходящие из стенки кишки, соседних органов или находящиеся в просвете кишечника;**
- карманы брюшины и отверстия в брыжейке.**

Роль предрасполагающих причин сводится к созданию избыточной подвижности петель кишечника, или, наоборот, его фиксации.

В результате кишечные петли и их брыжейка смогут занимать патологическое положение, при котором пассаж кишечного содержимого нарушается.

**К предрасполагающим
причинам также относят и
нарушение функционального
состояния кишечника в
результате длительного
голодания.**

К производящим причинам

относят:

- изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза его мускулатуры;**
- внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления**
- перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей.**

ОЖН вызывает целый ряд очень тяжелых общих нарушений в организме, определяющих тяжесть течения заболевания:

- 1) Водно-электролитные**
- 2) Аутоинтоксикация.**
- 3) Болевой шок.**

Патофизиология



Степень нарушения всасывания из тонкого кишечника при непроходимости находится в прямой зависимости от уровня расположения обтурации.

При высокой непроходимости всасывание в приводящем отделе быстро и значительно страдает, а при низкой длительное время не нарушается.

Клиника острой кишечной непроходимости:

Ведущими симптомами ОКН являются боли в животе, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота.

Боль

- При динамической кишечной непроходимости боли постоянные, умеренной интенсивности.
- В случае странгуляционной кишечной непроходимости боли внезапные, сильные и стойкие.
- При обтурационной кишечной непроходимости боли вне схваткообразного приступа обычно исчезают.

Рвота вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости развивается рвота застойным содержимым, в позднем периоде при развитии перитонита рвота становится неукротимой, непрерывной, а рвотные массы имеют каловый запах.

**Задержка стула и газов наиболее
выражена при низкой -
толстокишечной непроходимости.
При высокой - тонкокишечной
непроходимости в начале
заболевания у некоторых больных
может быть стул. Это происходит за
счет опорожнения кишечника,
расположенного ниже препятствия.
При кишечной непроходимости на
почве инвагинации из заднего
прохода иногда наблюдаются
кровянистые выделения.**

**Температура в начальный
период заболевания
не повышается.**

**Обращает на себя внимание
расхождение между низкой
температурой и частым пульсом.**

**Осмотр живота больного, у которого
имеется кишечная непроходимость,
надо начинать с обследования
типичных мест грыжевых ворот,
чтобы исключить наличие наружной
ущемленной грыжи.**

**Послеоперационные рубцы могут
указывать на спаечную
непроходимость.**

Онкологический анамнез !!!

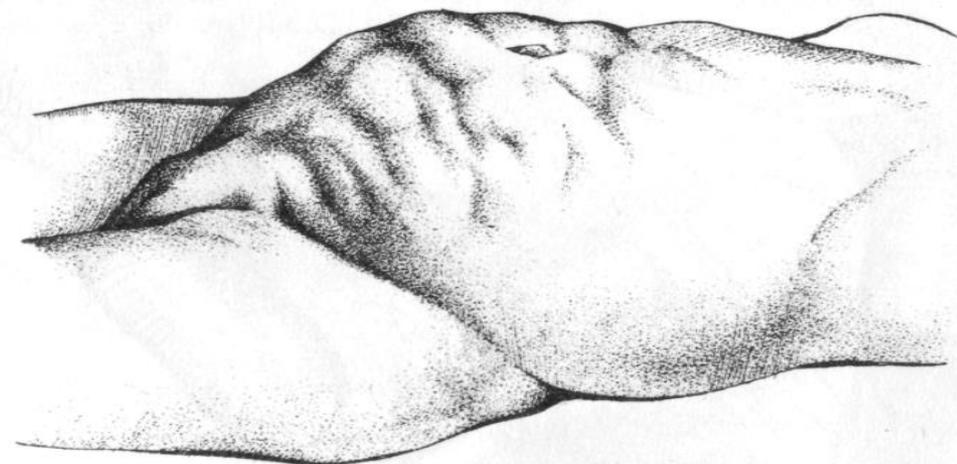
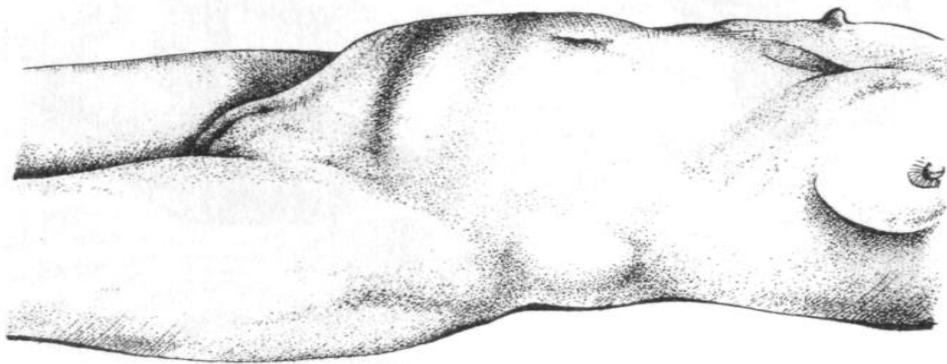
К наиболее постоянным признакам ОЖН относятся вздутие живота.

При высокой непроходимости вздутие может быть незначительным, но чем ниже уровень препятствия, тем больше вздутие.

**Неправильная конфигурация
живота, его асимметрия
характерны для
странгуляционной кишечной
непроходимости**

Нередко через брюшную стенку
удается увидеть одну или
несколько **раздутых петель**
кишечника. Четко отграниченная
растянутая кишечная петля,
контурируемая через брюшную
стенку – **симптом Валя** – является
ранним симптомом ОКН. При
перкуссии над ней выслушивается
высокий тимпанит.

При ОКН на животе можно видеть медленно перекатывающиеся валы или внезапно появляющиеся и исчезающие выпячивания. Часто они сопровождаются приступом боли в животе и рвотой.



**Вид
передней
брюшной
стенки при
ОКН**



Видимая перистальтика

При пальпации живот до развития перитонита болезненный, но напряжения мышц брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При аускультации в начальном периоде ОКН, когда перистальтика еще сохранена, прослушиваются многочисленные звонкие шумы, резонирующие в растянутых петлях.

С течением (8-12 ч) времени появляется симптом - «шум плеска» и симптом - «шум падающей капли»

При развитии пареза кишечника все звуковые феномены исчезают и на смену приходит **«мертвая тишина»**.

В этот период при резком вздутии живота можно определить **симптом**

Лотейссена – выслушивание дыхательных шумов и сердечных тонов через живот

**Ценным диагностическим
признаком, характерным для низкой
кишечной непроходимости, является
атония сфинктера и
баллонообразное вздутие пустой
ампулы прямой кишки (симптом
Обуховской больницы)**

Начальная стадия

при механической непроходимости
(кроме странгуляции):

– стадия местных проявлений – имеет продолжительность **2-12 часов**. В этом периоде доминирующим симптомом является **схваткообразная боль, усиленная перистальтика, рвота, задержка стула и газов**

Промежуточная – стадия кажущегося благополучия – 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 **ослабеваает**, звуковые феномены менее выражены, **выслушивается шум «плеска и падающей капли»**. Полная задержка стула и газов. Появляются признаки **обезвоживания организма**.

Поздняя – терминальная стадия –
наступает спустя **36 часов** после
начала заболевания. Для этого
периода характерны резкие
функциональные расстройства
гемодинамики. Живот
значительно вздут, перистальтика
не выслушивается. Рвота с
каловым запахом Развивается
перитонит.



**Чаша Клойбера –
горизонтальный
уровень жидкости
с куполообразным
просветлением над
ним, что имеет вид
перевернутой
вверх дном чаши.**

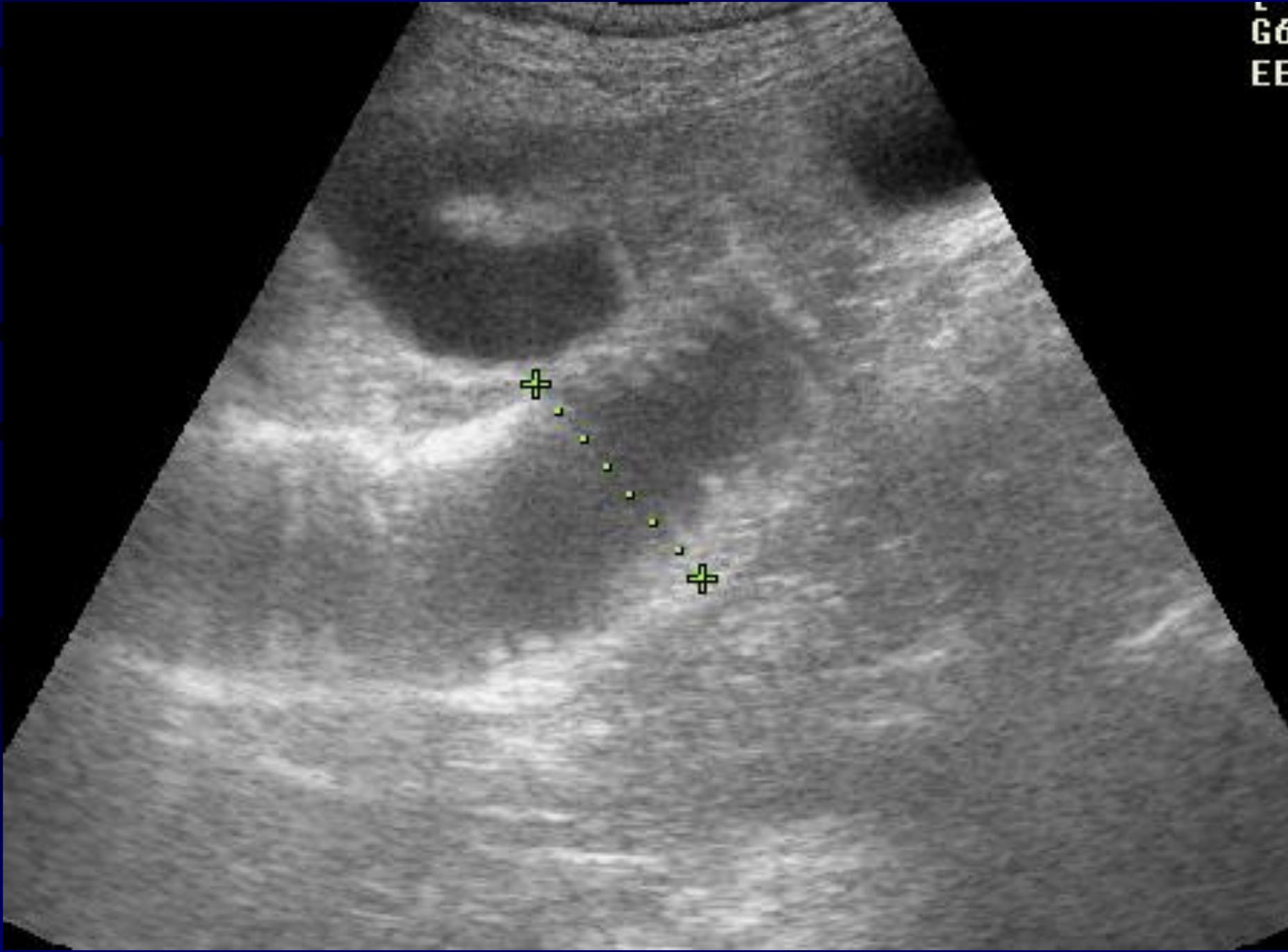


**Кишечные аркады
– получают,
когда тонкая
кишка оказывается
раздутой газами,
при этом в нижних
коленах аркад
видны
горизонтальные
уровни жидкости.**



**Симптом
перистости
(пореречная
исчерченность в
форме
растянутой
пружины).**

L
G6
EE



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.





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

**К таким заболеваниям
относятся:**

**острый аппендицит,
прободная язва желудка и 12-
ти перстной кишки, острый
холецистит, острый
панкреатит, инфаркт
кишечника, пневмония.**

Лечение ОЖН может быть консервативным и оперативным и зависит от вида кишечной непроходимости.

Консервативное лечение показано при динамической кишечной непроходимости:

спастическая – спазмолитики и далее препараты в зависимости от причины;
паралитическая – стимуляция перистальтики (антихолинэстеразные, гастродуоденокинетики, калий)

Механическая непроходимость требует хирургического вмешательства.

Консервативное лечение (2-3 ч), она же предоперационная подготовка, включает в себя:

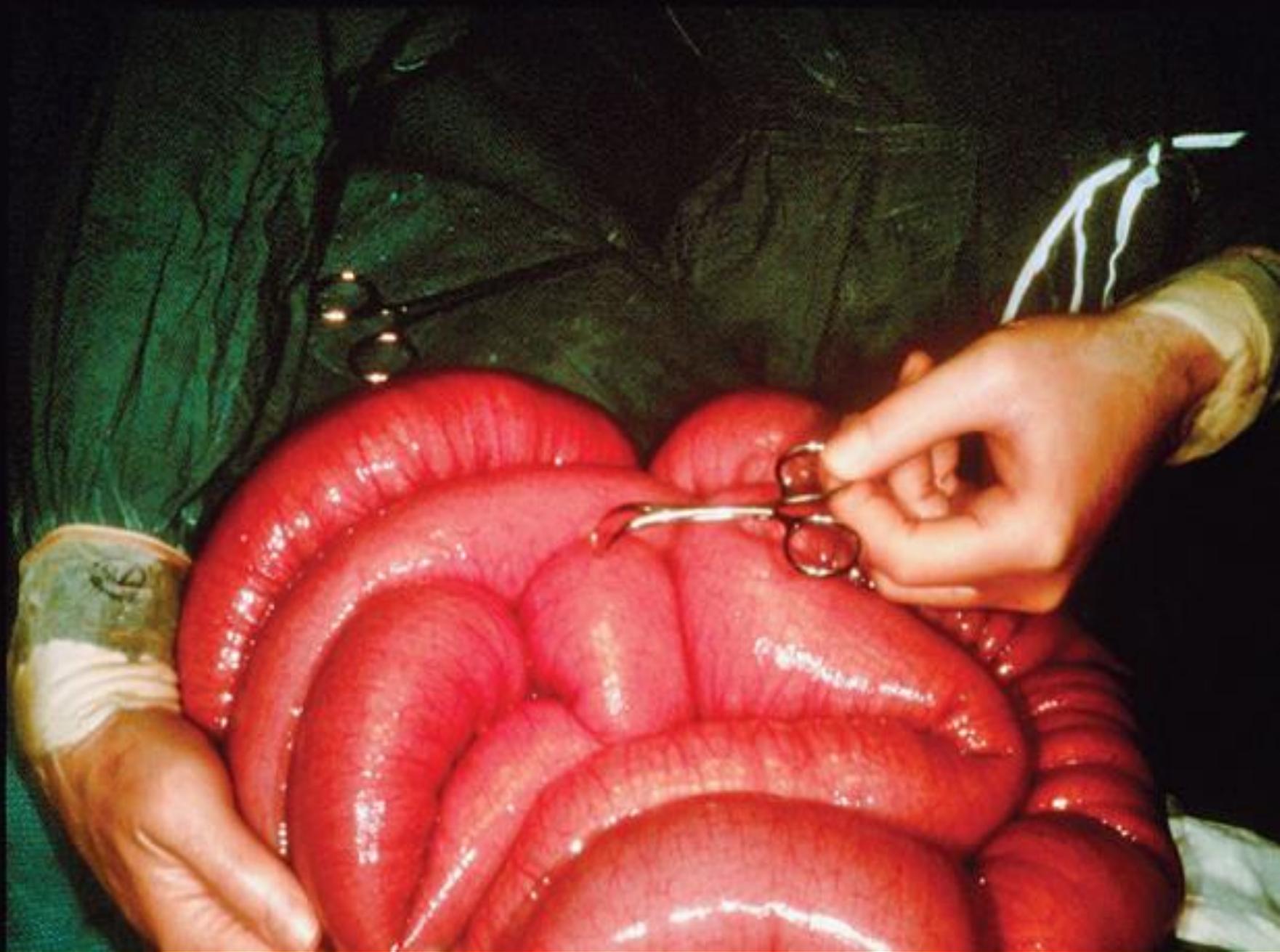
1. Декомпрессию желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назогастральный зонд и клизму.

2. Коррекцию водно-электролитных расстройств;

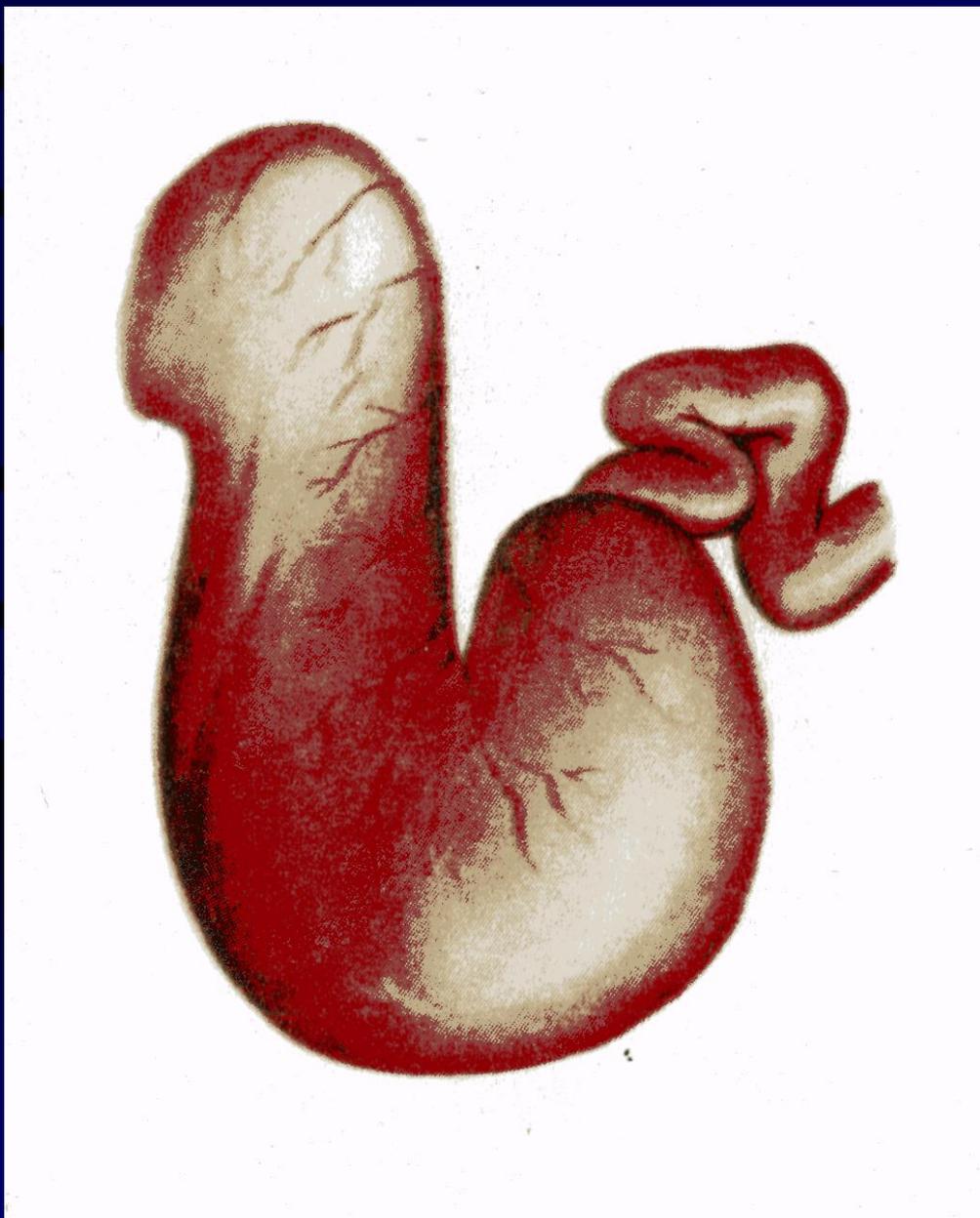
3. Дезинтоксикационную и спазмолитическую терапию.

Отхождение обильного количества газов и кала, прекращение болей и улучшение состояния больного после проведения консервативных мероприятий свидетельствует о разрешении кишечной непроходимости. Если консервативное лечение не дает эффекта в течение 2-3 часов, то больного необходимо оперировать.

**Применение средств,
возбуждающих перистальтику,
а также слабительных, при не
ликвидированной кишечной
непроходимости противопоказано.**



**При оперативном лечении
острой кишечной
непроходимости применяется
эндотрахеальный наркоз.
После операции продленная
перидуральная анестезия.
Брюшная полость
вскрывается средне-
срединным доступом.**



**Локализацию
препятствия
определяют по
состоянию петель
кишечника,
которые выше
препятствия
раздуты, а ниже
находятся в
спавшемся
состоянии.**

**Как только препятствие
обнаружено, необходимо его
устранить:**

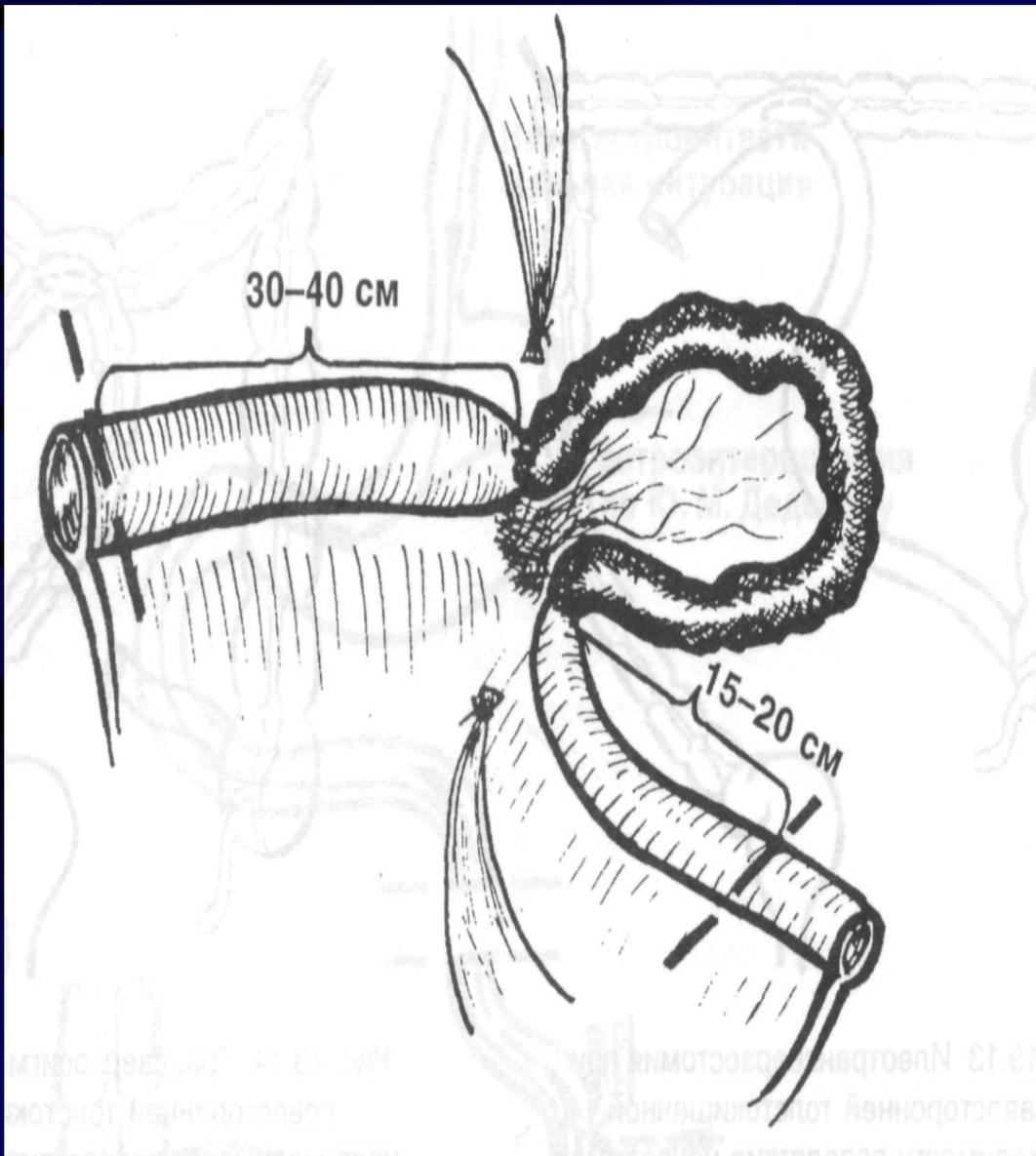
- спайки рассекают;**
- заворот разворачивают;**
- производят дезинвагинацию;**
- при опухолях тонкой кишки –
резекция;**
- толстой кишки – колостомия.**



**После
устранения
причины
непроходимости оценивают
степень жизнеспособности
кишки.**

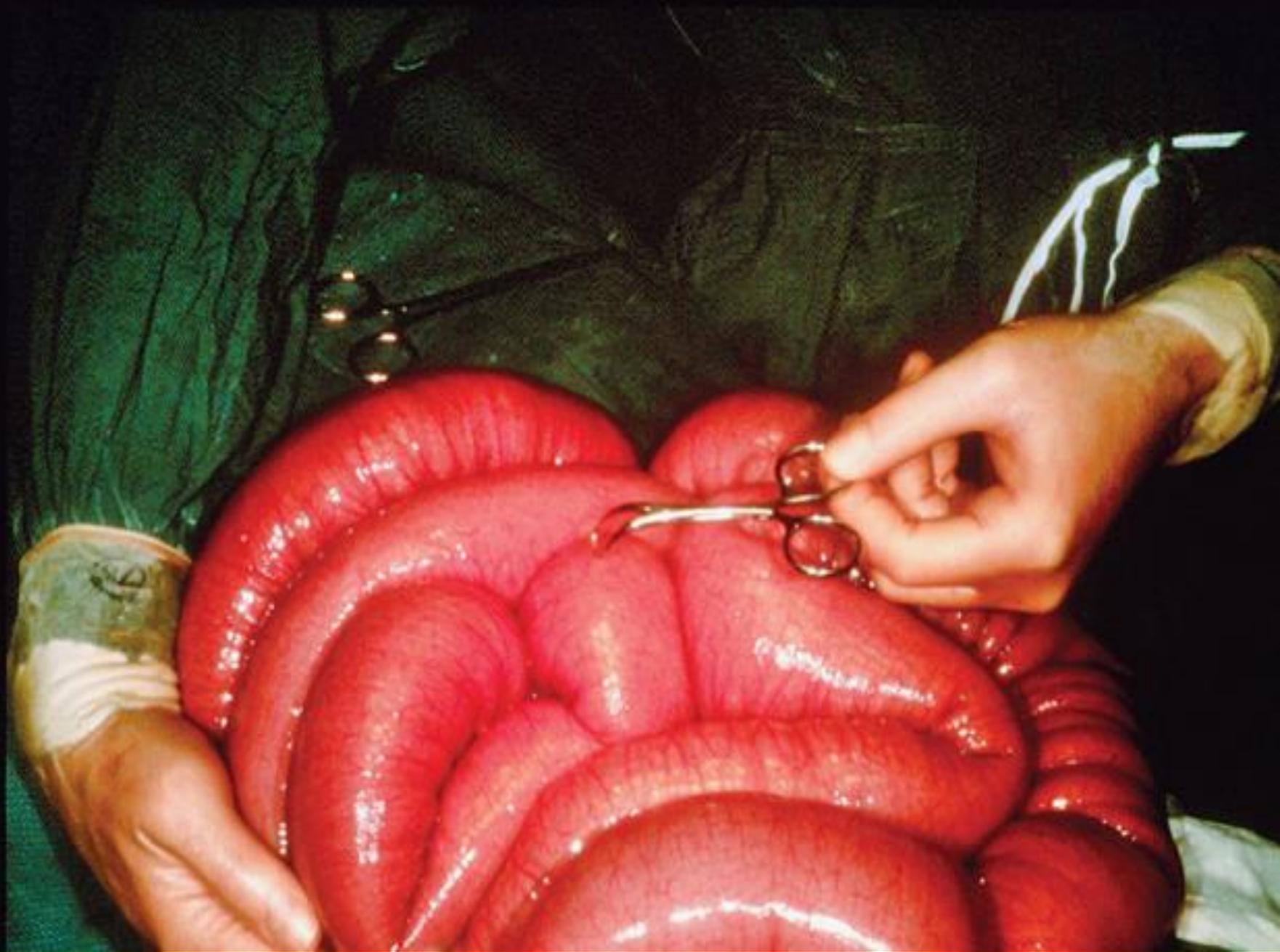
**Признаки нежизнеспособности:
отсутствие перистальтики и пульсации
сосудов брюжейкм, невосстановление
цвета до розового, тусклая брюшина над
кишкой**

**Нежизнеспособная кишка должна
быть резецирована в пределах
здоровых тканей.**



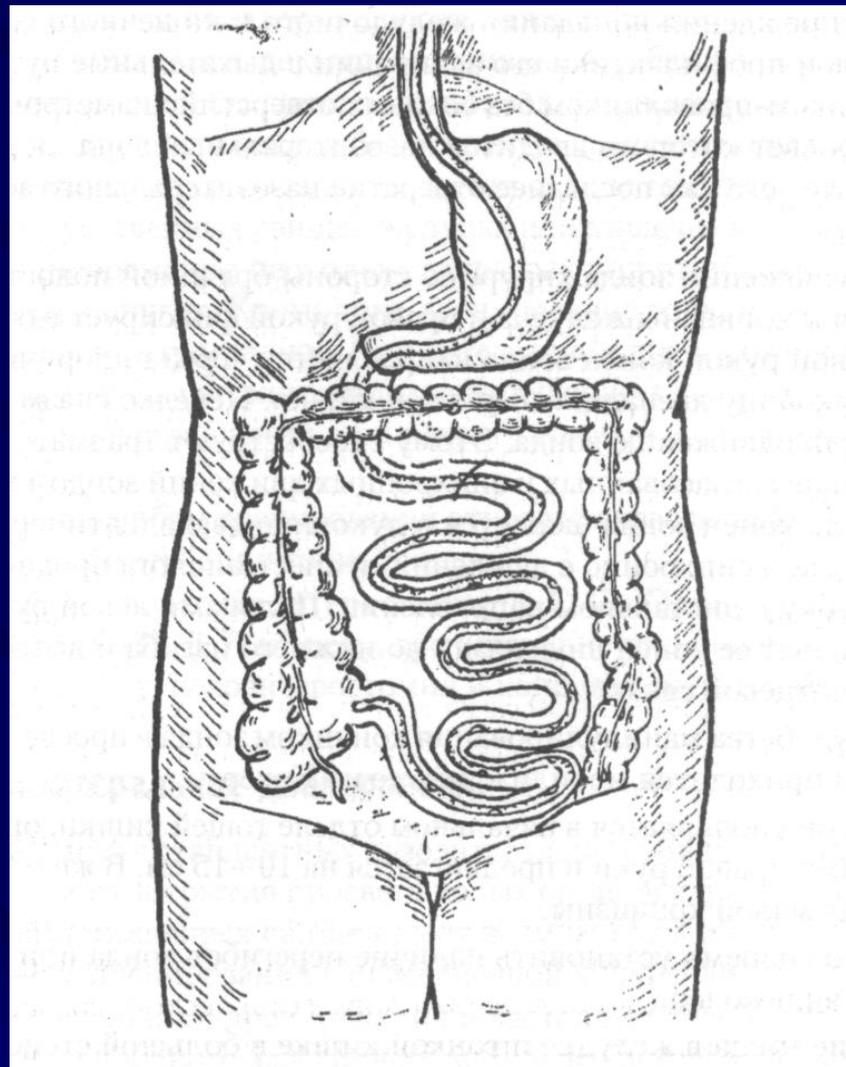
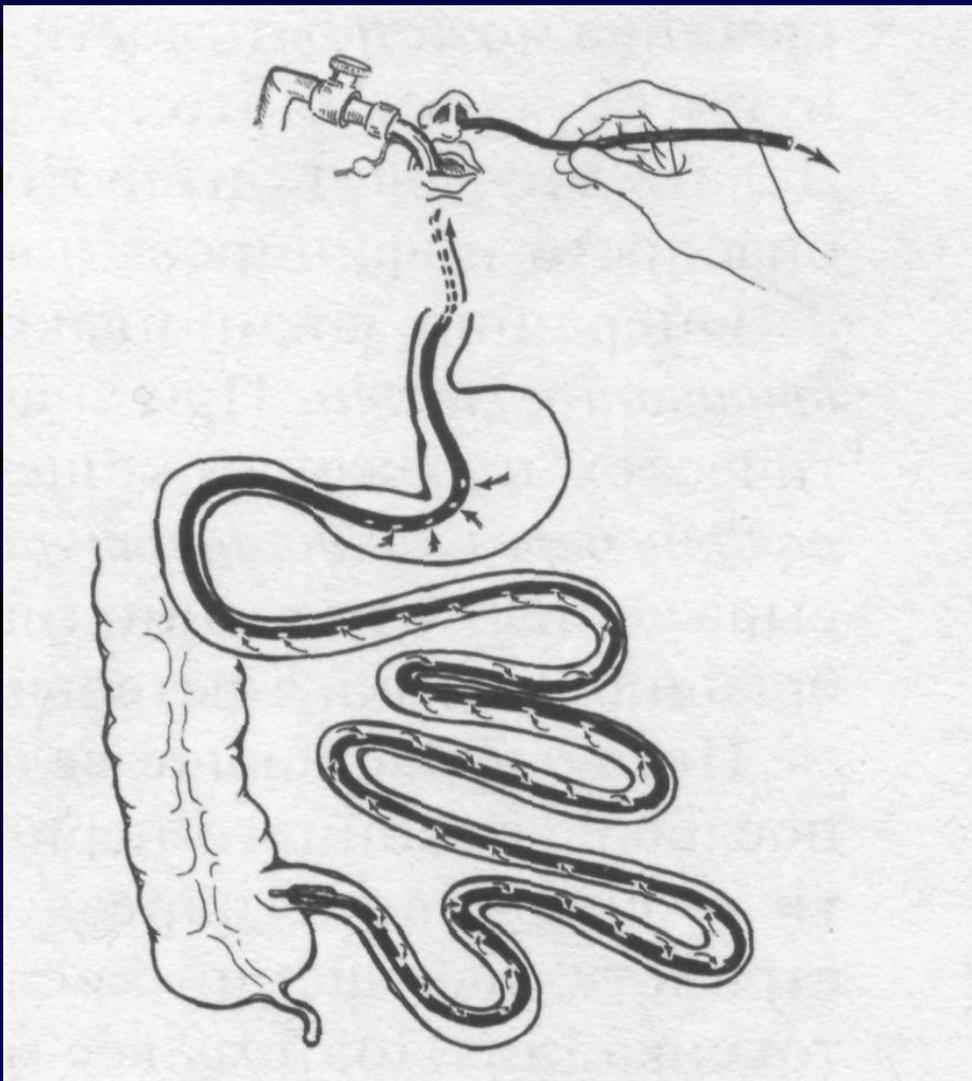
Резекция
производится
обязательно с
удалением не
менее **30-40 см**
приводящей
петли и **15-20 см**
отводящей петли
кишечника.

**Большое значение в борьбе с
интоксикацией** придается
удалению токсичного
кишечного содержимого,
которое скапливается в
приводящем отделе кишечника
(до препятствия)



**Это эффективно достигается
сцеживанием кишечного
содержимого через
интестинальный зонд Миллера-
Эбботта**

Интестинальный зонд



**Особенностью
послеоперационного периода
при ОЖН является наличие
пареза кишечника, водно-
электролитных расстройств,
тяжелой интоксикации,
нарушений кислотно-щелочного
состояния.**

**Поэтому мероприятия,
направленные на устранение
этих патогенетических
моментов, начатые в
предоперационном периоде и
проводимые во время операции,
должны продолжаться и после
операции.**

Клиника острой кишечной непроходимости

- **Ведущими симптомами ОКН являются:**
- **боли в животе;**
- **рвота;**
- **задержка стула и газов;**
- **вздутие живота.**