

# Острая кишечная непроходимость.

выполнила студентка 4 курса лечебного факультета  
Алексеева М.Е.

Краснодар  
2017 год



*«Нет другой такой болезни, при которой так опасно было бы дожидаться полной клинической картины и только тогда принимать решение. Кто так поступает, тот, несмотря на самые лучшие намерения, приносит жизнь больного в жертву диагнозу. Пусть нас не упрекают, будто мы проповедуем медлительность при установке диагноза.»*

*Наоборот, необходимо тщательно наблюдать, основательно исследовать, не пренебрегать никаким симптомом, но делать всё это надо в кратчайший срок, чтобы как можно скорее приступить к неотложной операции»*

*Ф.де Кервен*

# Исторические методы лечения острой кишечной непроходимости

- Гиппократ - клизмы и вдувание воздуха в прямую кишку
- Средневековье (Риолан) - припарки на живот и его массаж, глотание дроби, пулей, золотых и серебряных шариков, в единичных случаях - оперирование больных
- Н.И.Пирогов «Ileus» - наложение противоестественного заднего прохода или резекция нежизнеспособной кишки, а при динамической - лечение опиумной настойкой и гальваническим током
- Э. фон Вааль, Дерптская университет - разделение механической непроходимости на обтурационную и странгуляционную

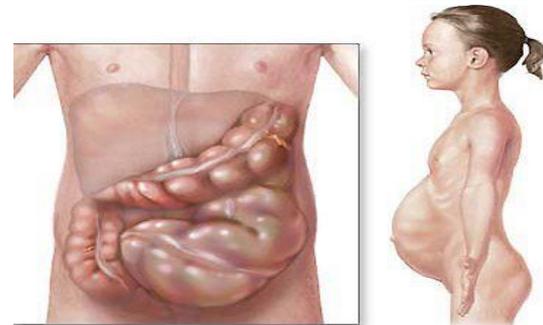


# Классификация острой кишечной непроходимости

- А. Врожденная:** а) пороки развития кишечной трубки;  
б) пороки развития стенки кишки;  
в) нарушение вращения кишечника;  
г) пороки развития других органов брюшной полости.

## Б. Приобретенная

- По механизму возникновения:
  - Механическая** (обтурационная, странгуляционная, смешанная - инвагинационная, спаечная)
  - Динамическая** (спастическая, паралитическая)
- По клиническому течению: острая; хроническая.
- По уровню непроходимости: высокая (тонкокишечная); низкая (толстокишечная).
- По пассажу химуса: полная; частичная.
- По течению: острая, подострая, хроническая



# Этиология механической КН

## □ Обтурационная:

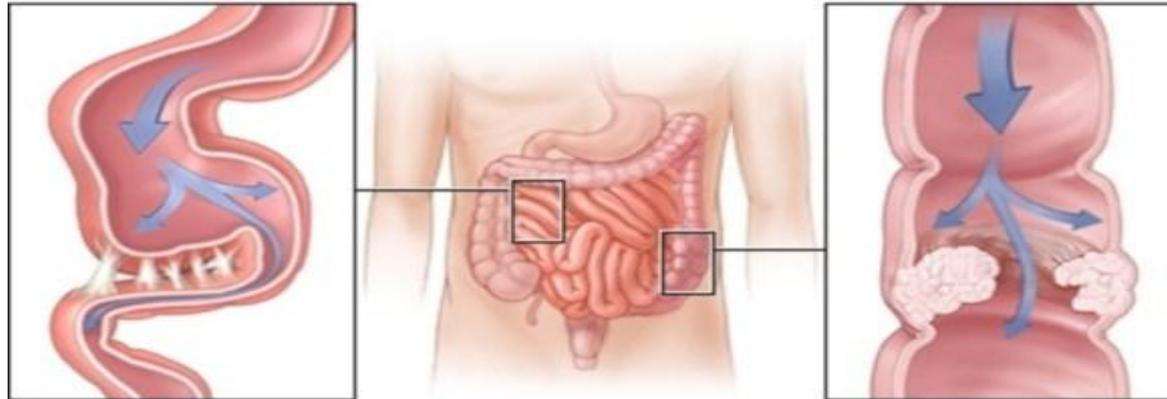
- -внутрикишечные (каловые камни, безоары, крупные желчные камни, инородные тела)
- -внекишечные (опухоли и крупные полипы, рубцовые стриктуры)

## □ Смешанная:

- Инвагинация одной кишечной петли в другую
- Спаечные процессы

## □ Странгуляционная:

- заворот кишечной петли, образование узла между петлями, ущемление петель (!! при грыжах), сдавление брыжейки рубцами и спайками





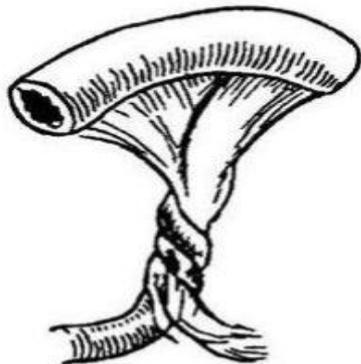
1. Обтурация опухолью



2. Обтурация клубком аскарид



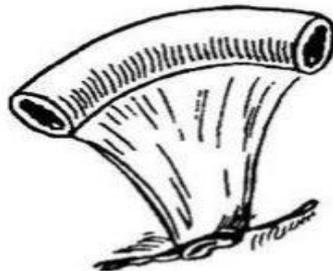
3. Обтурация желчным камнем



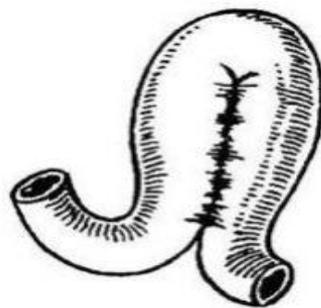
7. Заворот кишки и брыжейки



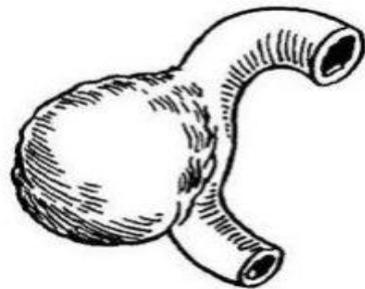
8. Кишечный узел



6. «Удавка» брыжейки кишки спайками



4. Перегиб кишки спайками в виде двустволки



5. Сдавление и перегиб кишки воспалительным очагом (гнойником)



9. Инвагинация кишки

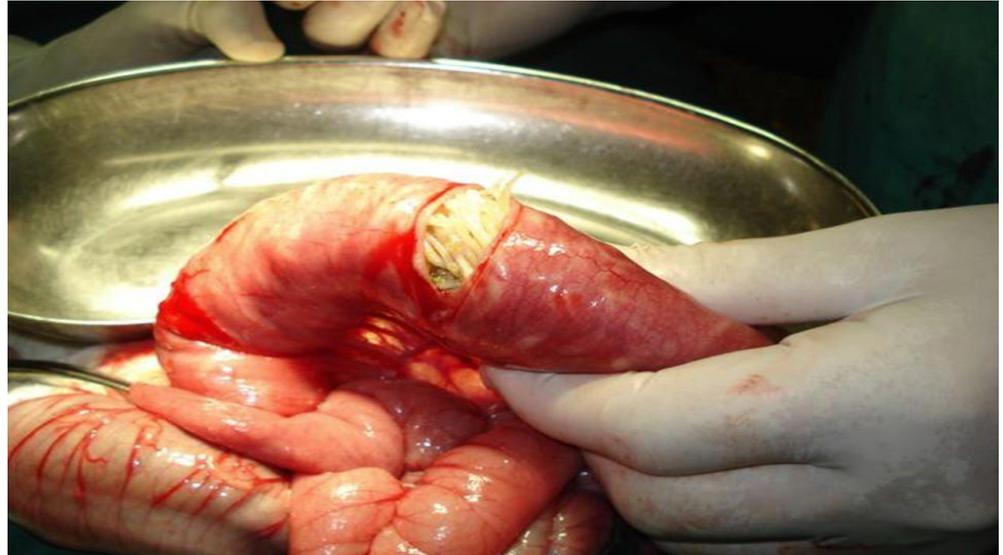
# Этиология динамической КН

- **Паралитическая:**

- Острые воспалительные процессы в бп (холецистит, панкреатит и тд), травмы, забрюшинные гематомы
- Метаболические нарушения (уремическая кома, интоксикация, гипокалиемия)

- **Спастическая:**

- Аскаридозы, отравление тяжелыми металлами, порфирия



# Патофизиологические процессы

- 1) гуморальные нарушения
- 2) болевой синдром
- 3) эндотоксикоз
- 4) нарушение моторной и секреторно-резорбтивной функции
- 5) расстройства КЩР и водно-электролитного баланса

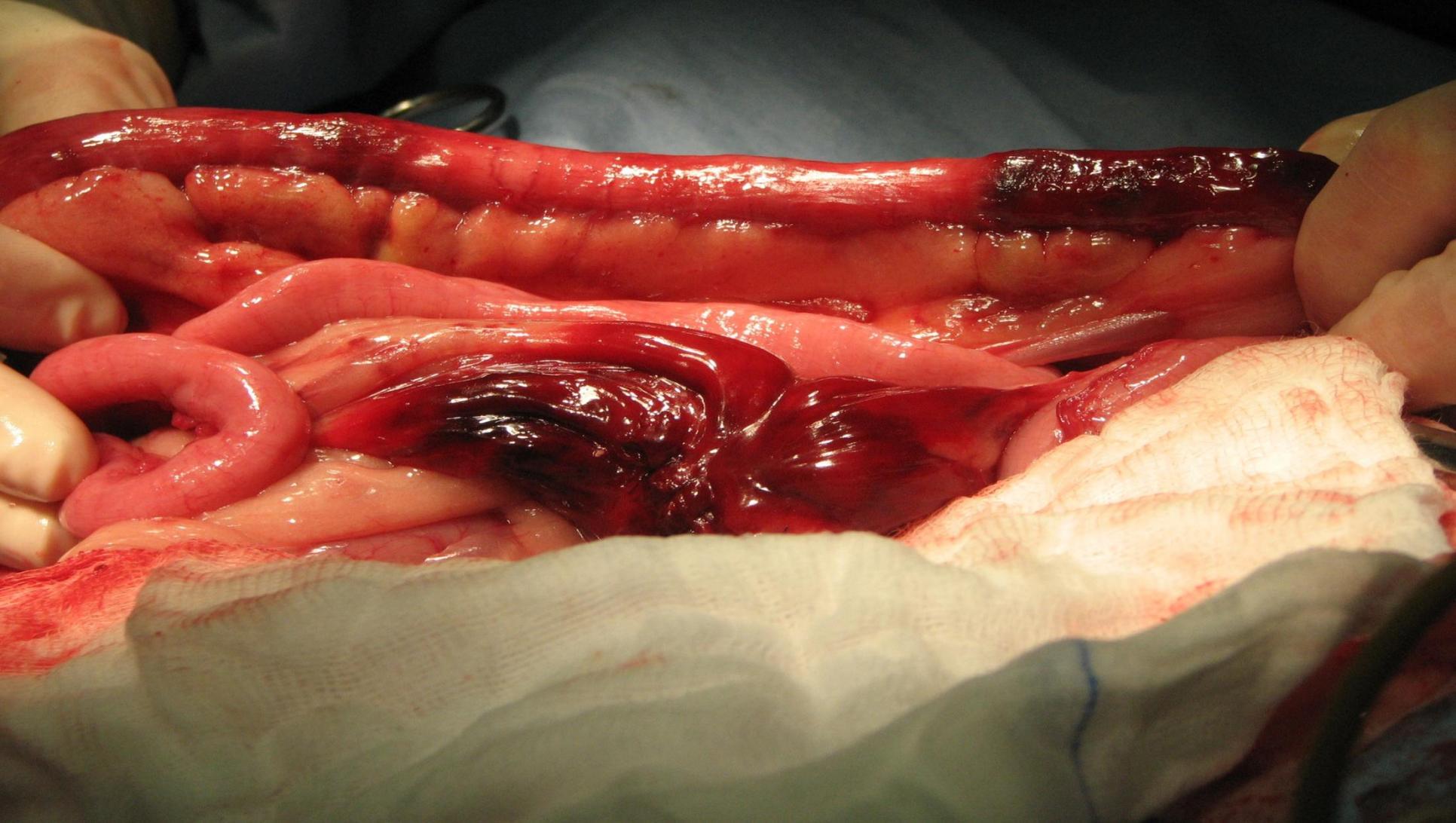


# Особенности патогенеза при механической кишечной непроходимости

- При странгуляционной непроходимости **первично нарушается кровообращение** участка кишки, поэтому ишемические и некробиотические ее изменения наступают значительно раньше и более выражены.
- Обтурационная непроходимость вызывает **вторичные расстройства кровотока** в кишечной стенке за счет **перерастяжения приводящего отдела содержимым**.







# Клиническая картина (общая)



- боли
- рвота
- задержка стула и газов
  - вздутие живота

- **ОСМОТР:** обследование возможных мест выхода грыж
- **ПАЛЬПАЦИЯ:** брюшная стенка не напряжена, возможна болезненность в месте поражения; фиксированная и растянутая в виде баллона петля кишки (симптом Валя)
- **АУСКУЛЬТАЦИЯ:** металлический звук высокой тональности при аускультации, шум взбалтываемой жидкости в просвете кишки («шум падающей капли» - с. Спасокукоцкого), дыхательные и сердечные шумы (с. Лотейсена), в финале шум перистальтики отсутствует - с. гробовой тишины
- **ПЕРКУССИЯ:** над растянутыми кишечными петлями - высокий тимпанит, «шум плеска» (симптом Склярова)



# В клиническом течении острой непроходимости кишечника выделяют три периода (О.С. Кочнев, 1984):

## 1. *Период илеусного крика*

- до 12 ч от начала болей
- боли

## 2. *Период интоксикации*

- от 12 до 24 ч
- боли постоянные
- рвота
- обезвоживание организма
- дисфункция органов

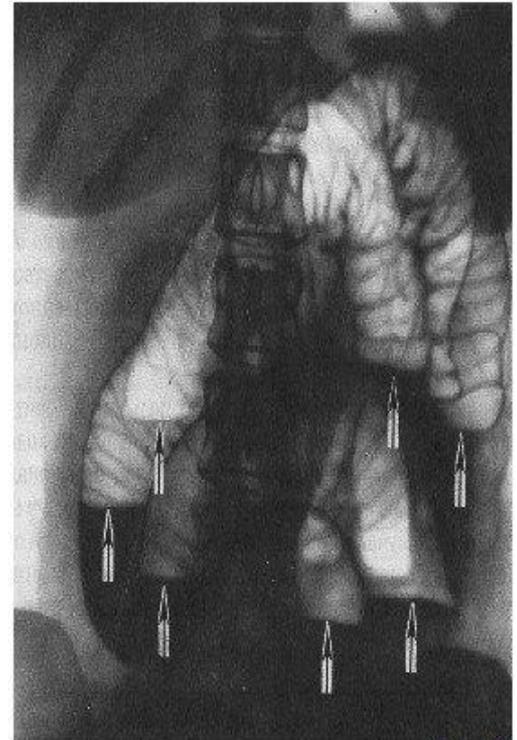
## 3. *Период перитонита (терминальная стадия)*

- признаки СВР
- олигурия
- декомпенсированная полиорганная недостаточность



# Инструментальная диагностика

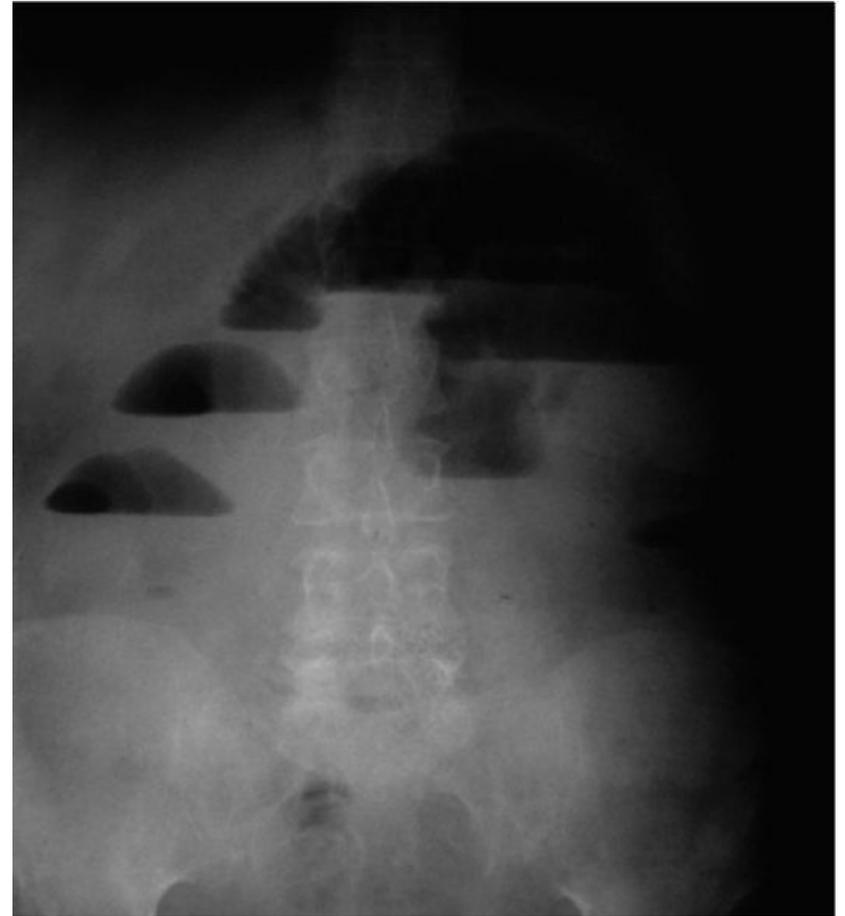
- Рентгенологическое обследование
- При наличии газа в тонкой кишке хорошо видны спиралевидные складки слизистой оболочки (Керкринговы складки), занимающие весь поперечник кишки.
- При тонкокишечной непроходимости, кроме чаш Клойбера, на рентгенограммах видны растянутые газом кишечные петли, принимающие форму «аркад» или «органнх труб», похожих на перевернутые буквы J и U.



В тощей кишке они имеют вид круговой ребристости, напоминающей «скелет селетки» (симптом Кейси), в подвздошной кишке – более редкие, прямые и толстые. При скоплении газа в толстой кишке видны гаустры, которые занимают лишь часть поперечника кишки.



Заполненные газом кишечные петли имеют вид опрокинутых чаш (чаши Клойбера). По размерам чаш Клойбера, их форме и локализации можно судить об уровне непроходимости.



# Инструментальная диагностика



**Ирригография (бариевая клизма с рентгеновским снимком)** применяется при толстокишечной непроходимости, а также при диагностике илиоцекальной инвагинации кишечника, для которой характерен дефект наполнения слепой или восходящей ободочной кишки с четкими контурами, имеющий форму трезубца.

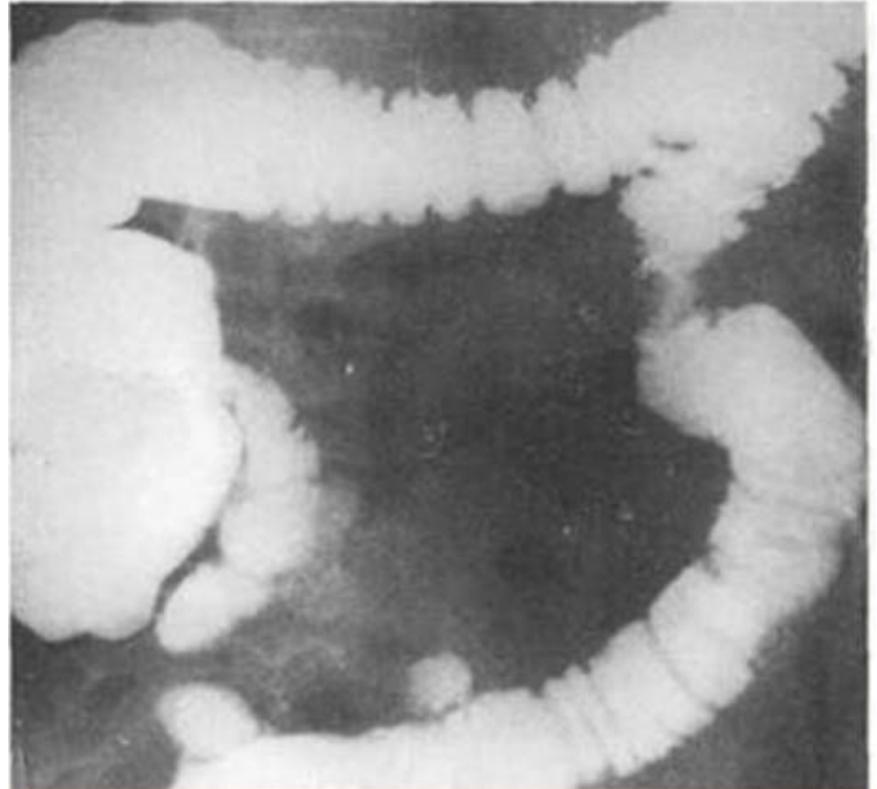
# Инструментальная диагностика

## Barium Enema



# Инструментальная диагностика

- При ирригоскопии можно обнаружить сужения и дефекты наполнения, обусловленные наличием опухоли в кишке, сужение дистального отдела сигмовидной кишки в виде «клюва» при ее заворотах, дефекты наполнения в виде «полулуния», «двузубца», «трезубца» при илеоцекальной инвагинации.



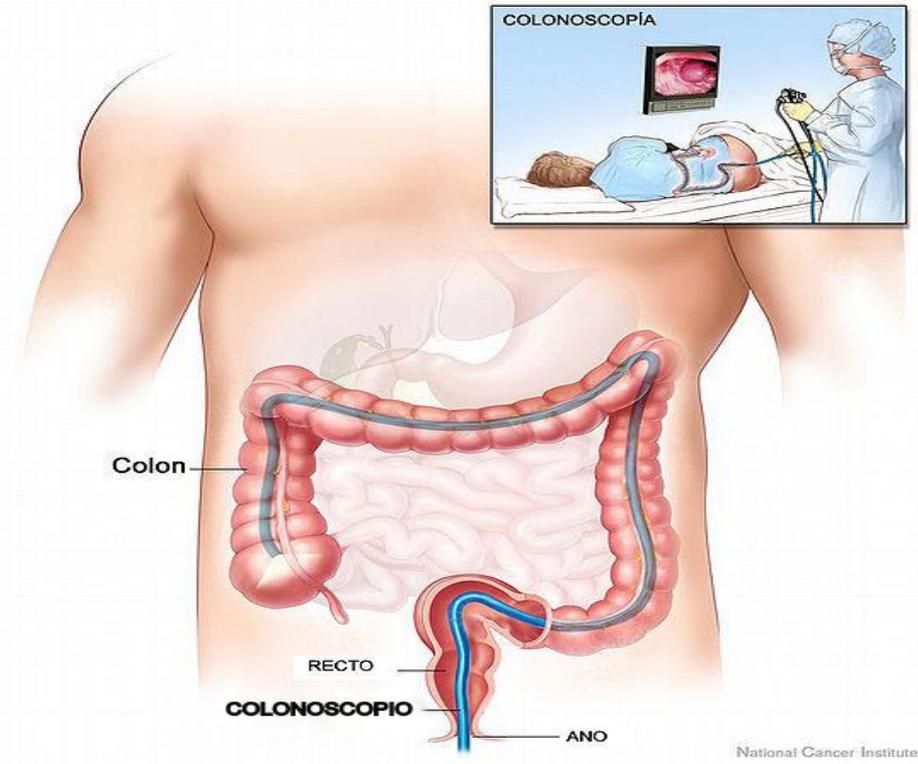
# Инструментальная диагностика

- **УЗИ** способствует визуализации:
  - объемного поражения разных отделов толстой кишки;
  - ущемленного грыжевого образования;
  - воспалительного инфильтрата или абсцесса с вовлечением в патологический процесс стенки тонкой кишки;
  - кишечного инвагината.
- УЗИ позволяет в короткие сроки оценить эффективность консервативной терапии и прогнозировать дальнейшее течение заболевания.



# Инструментальная диагностика

- **Колоноскопия** позволяет выявить некоторые причины непроходимости толстой кишки (опухоли, инородные тела, каловые камни).
- **КТ**
- **МРТ**
- **Лапароскопия**



# Дифференциальный диагноз

следует проводить со следующими заболеваниями:

- перфорация полого органа,
- инфаркт миокарда,
- острый панкреатит,
- почечная колика,
- симптом приводящей петли,
  
- острый аппендицит,
- пневмония,
- пилоростеноз.

- Перед началом лечения ОКН необходимо ответить на следующие вопросы:

Какого характера эта непроходимость?

Где располагаются осложнения, её вызвавшие, и какова их природа?

Надо ли оперировать?

# Особенности динамической КН

- В отличие от механической при динамической паралитической непроходимости схваткообразные боли отсутствуют, они не имеют четкой локализации, бывают постоянными, распирающими.
- При **паралитической** непроходимости живот вздут равномерно; перистальтика с самого начала ослаблена или отсутствует, что является очень важным признаком. Боли ноющие. Рвота встречается редко. При аускультации - с. гробовой тишины. На рентгене кишечные арки.
- При **спастической** непроходимости живот не вздут, а иногда втянут, ладьевидный или плоский. Боли могут быть схваткообразными. Отсутствуют симптомы интоксикации и нарушения гемодинамики. На рентгене изменений может не быть. Чаще у молодых людей.

# Отличительные признаки отдельных видов механической ОКН

- При **странгуляционной** КН боли внезапные, резкие. Характерно бурное начало и стремительное развитие, что обуславливает резкое истощение и высокую интоксикацию организма. Учащается пульс, понижается АД. Положительные с. Валя и с. Обуховской больницы.
- При **обтурационной** КН боли постоянные, общее состояние удовлетворительное. Симптоматика прогрессирует медленно. Наблюдается видимая и слышимая перистальтика при приступе боли (с. Штанге).



# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

# Консервативная терапия

1. Декомпрессия проксимальных отделов ЖКТ путем аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный зонд
2. Коррекция водно-электролитного баланса, ликвидация гиповолемии
3. Нормализация белкового баланса
4. Очистительные и сифонные клизмы
5. Воздействие на перистальтику (при схваткообразных болях и усиленной перистальтике - спазмолитики, при парезе - ганглиоблокаторы, прозерин)
6. Детоксикация и профилактика гнойно-септических осложнений

# Хирургическое лечение

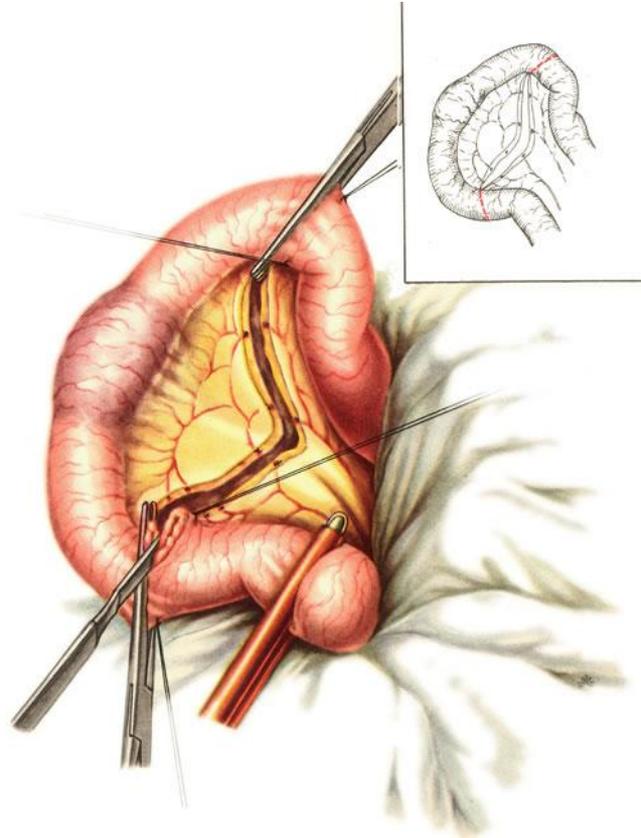
предполагает решение следующего ряда задач:

- -устранение механического препятствия для пассажа кишечного содержимого, ликвидация причин рецидива непроходимости
- -ликвидация (по возможности) заболевания, приведшего к развитию непроходимости
- -эвакуация содержимого приводящих отделов кишечника
- -оценка жизнеспособности кишечника в зоне поражения, выполнение резекции кишечника при его нежизнеспособности
- -предупреждение нарастания эндотоксикоза в послеоперационном периоде
- -предотвращение рецидива непроходимости
- -декомпрессивная интубация кишечника
- -санация и дренирование брюшной полости
- -ушивание раны передней брюшной стенки

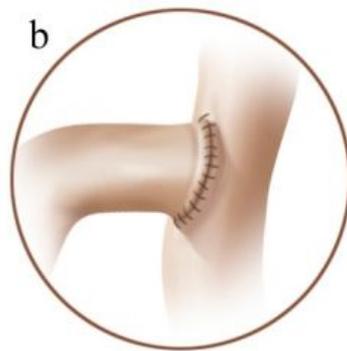
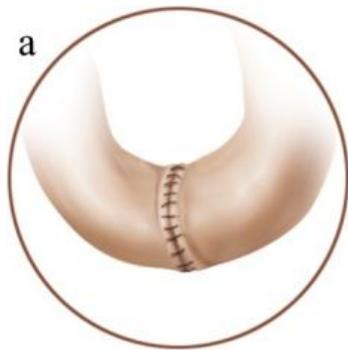
*Основными моментами оперативного вмешательства при непроходимости кишечника можно считать следующие:*

- 1. Анестезиологическое обеспечение.
- 2. Хирургический доступ.
- 3. Ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости.
- 4. Восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу.
- 5. Оценка жизнеспособности кишечника.
- 6. Резекция кишечника по показаниям.
- 7. Наложение межкишечного анастомоза.
- 8. Дренирование (интубация) кишечника.
- 9. Санация и дренирование брюшной полости.
- 10. Закрытие операционной раны.

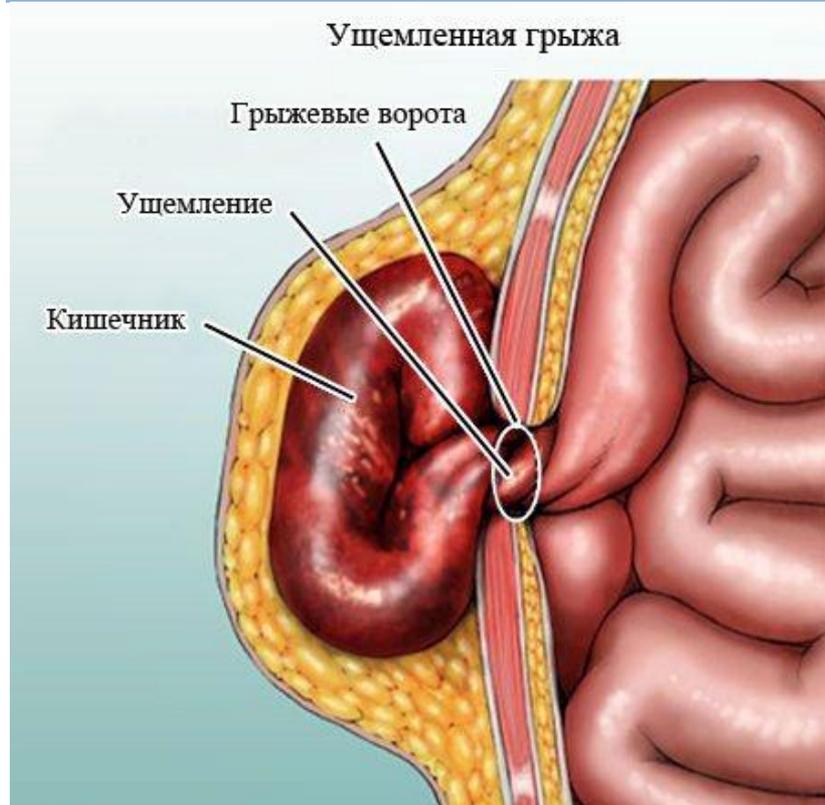
# Резекция тонкой кишки



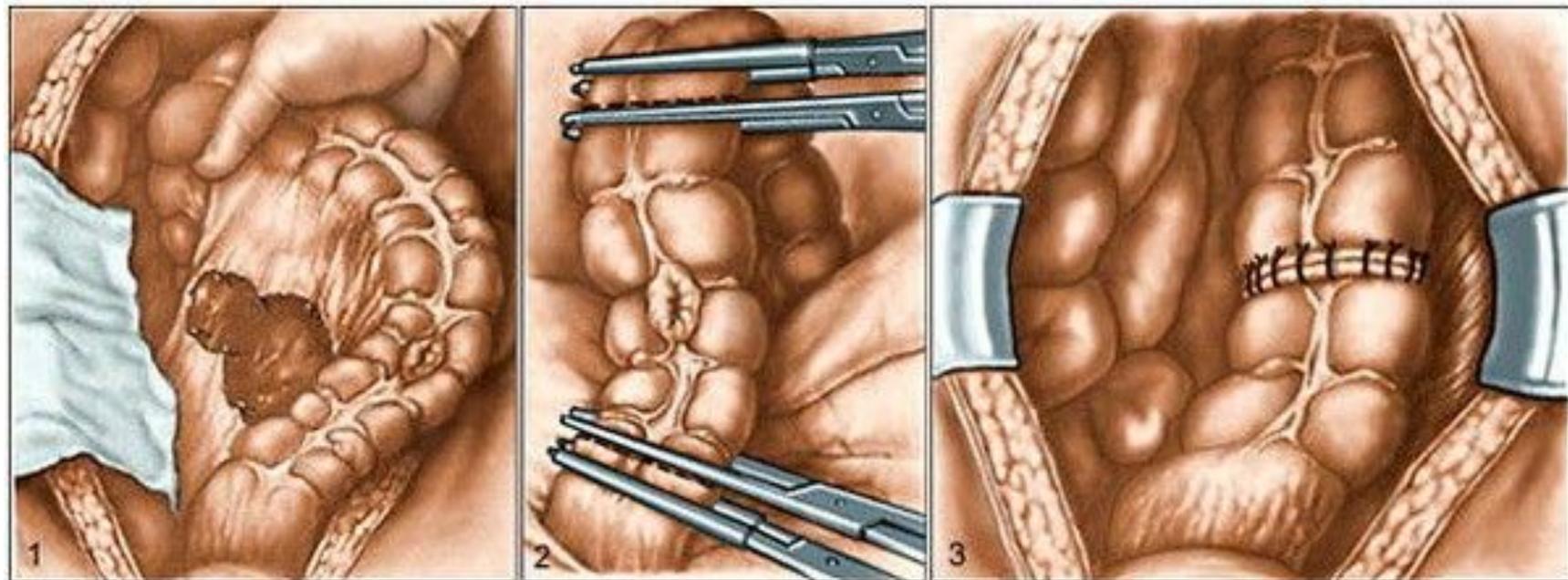
# МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ



# Лечение ущемленной грыжи



## РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



1) РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ;

2) СИГМА ВЗЯТА В ЗАЖИМЫ;

3) ЗАВЕРШЕНИЕ НАЛОЖЕНИЯ СОУСТЬЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.