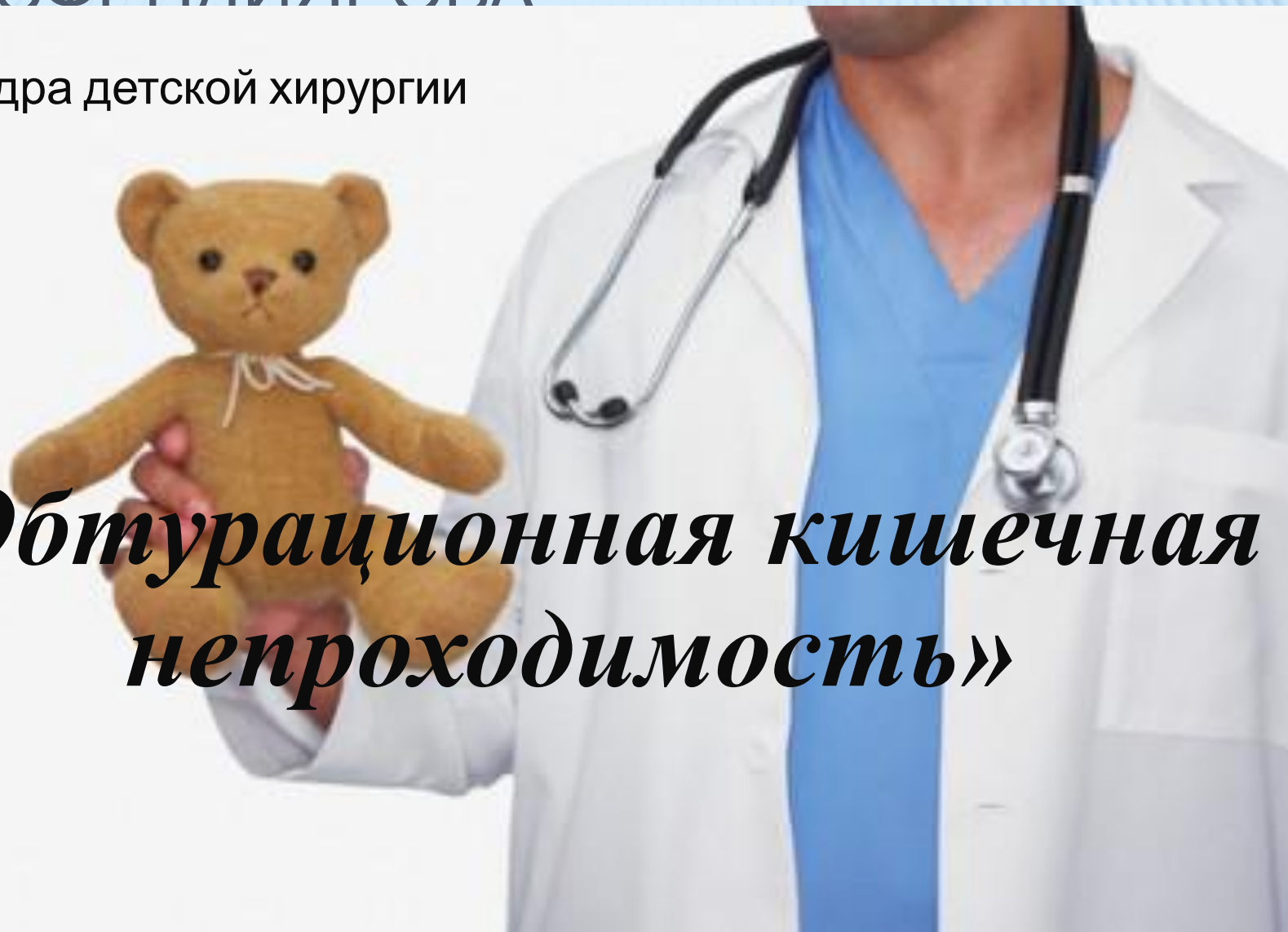


# КАЗНМУ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДЛЯРОВА

□ Кафедра детской хирургии

□ ***«Обтурационная кишечная непроходимость»***



# ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

- - вид кишечной непроходимости, при которой нарушение пассажа по кишечнику обусловлено перекрытием просвета кишки, вследствие сужения или полного перекрытия просвета кишечника без сдавления брюжейки.



# ПРИЧИНЫ

---

1. опухоли,
2. воспалительные инфильтраты,
3. рубцовые стенозы,
4. перегибы самой кишки,
5. копростаз,
6. инородные тела,
7. желчные камни,
8. кишечные паразиты.



# КЛАССИФИКАЦИЯ

Тонкокишечная  
обтурация

Толстокишечная  
обтурация

Частичная

Полная

- Приблизительно 85 % случаев частичной тонкокишечной непроходимости разрешается консервативными мероприятиями, в то же время приблизительно 85 % случаев полной тонкокишечной обтурации требует операции.

# КЛИНИКА

- ▣ **Боль.** Этот симптом является характерным для всех видов острой непроходимости кишечника и бывает в 100% случаев.
- ▣ Боли носят схваткообразный характер, что связано с усиленной перистальтикой.



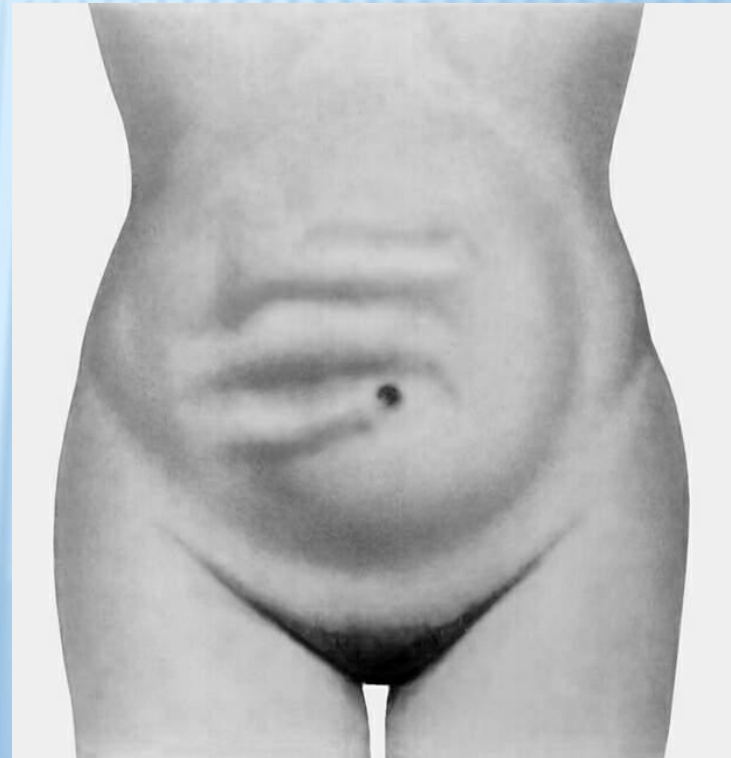


**Рвота.** В начале заболевания рвота бывает реже, но потом учащается и причиняет больным много страданий. Она начинается раньше и чаще повторяется при высокой непроходимости, а при непроходимости толстой кишки наступает позднее и



Вначале рвотные массы состоят из желудочного содержимого, потом примешивается желчь и содержимое тонкого кишечника с характерным каловым запахом.

▣ ***Вздутие живота.*** У больных с дряблой стенкой живота и без резко выраженной подкожной жировой клетчатки можно наблюдать перистальтику тонкой кишки. Чаще всего вздутие живота бывает



---

▣ *Задержка стула и газов.* Задержка каловых масс и газов относится к постоянным симптомам острой непроходимости кишечника и при низкой непроходимости (заворот сигмы) наступает с первого момента заболевания. При завороте тонкой кишки и при инвагинации до наступления полного пареза кишечника газы могут отходить и даже может быть стул.



□ *Сухость языка.* При многих острых заболеваниях органов брюшной полости наступает сухость языка, но при острой непроходимости кишечника она бывает резко выраженной, особенно при высокой непроходимости.



# ДИАГНОСТИКА

---

## □ **Анализы крови:**

- ↑ эритроцитов и лейкоцитов,
- ↑ гемоглобина (до 110—140%),
- ↑ вязкости крови,
- ↓ уровня хлоридов до 400—300 мг% (особенно при высокой непроходимости),
- ↓↓↓ белка.
- **Уменьшение мочи.**

Все исследования необходимо провести в течение 1,5—2 часов.

# СИМПТОМЫ ОКН

---

- ▣ **Симптом Матье-Склярова** - пальпаторно, при легком сотрясении брюшной стенки, выявляется шум, плеска жидкости, скопившейся в растянутой петле кишки, - характерно для обтурационной кишечной непроходимости.
- ▣ **Симптом Шимана-Данса** - характерен для илеоцекальной инвагинации - при пальпации правая подвздошная ямка становится пустой.
- ▣ **Симптом Шланге** - при пальпации живота отмечается резкое, усиление перистальтики в начальную стадию обтурационной и смешанной форм.
- ▣ При аускультаций живота с одновременной перкуссией можно выявить симптомы: **Кивуля** (металлический звук), **Спасокукоцкого** (шум падающей капли), **Вильса** (шум лопнувшего пузыря).



## □ Исследование прямой кишки:

1. можно выявить опухоль, наличие жидкости в малом тазу,
2. **симптом Обуховской больницы** (ампула прямой кишки расширена, анус зияет - характерно для обтурационной или странгуляционной форме),
3. **симптом Гольда** (пальпаторное определение раздутой петли тонкой кишки).

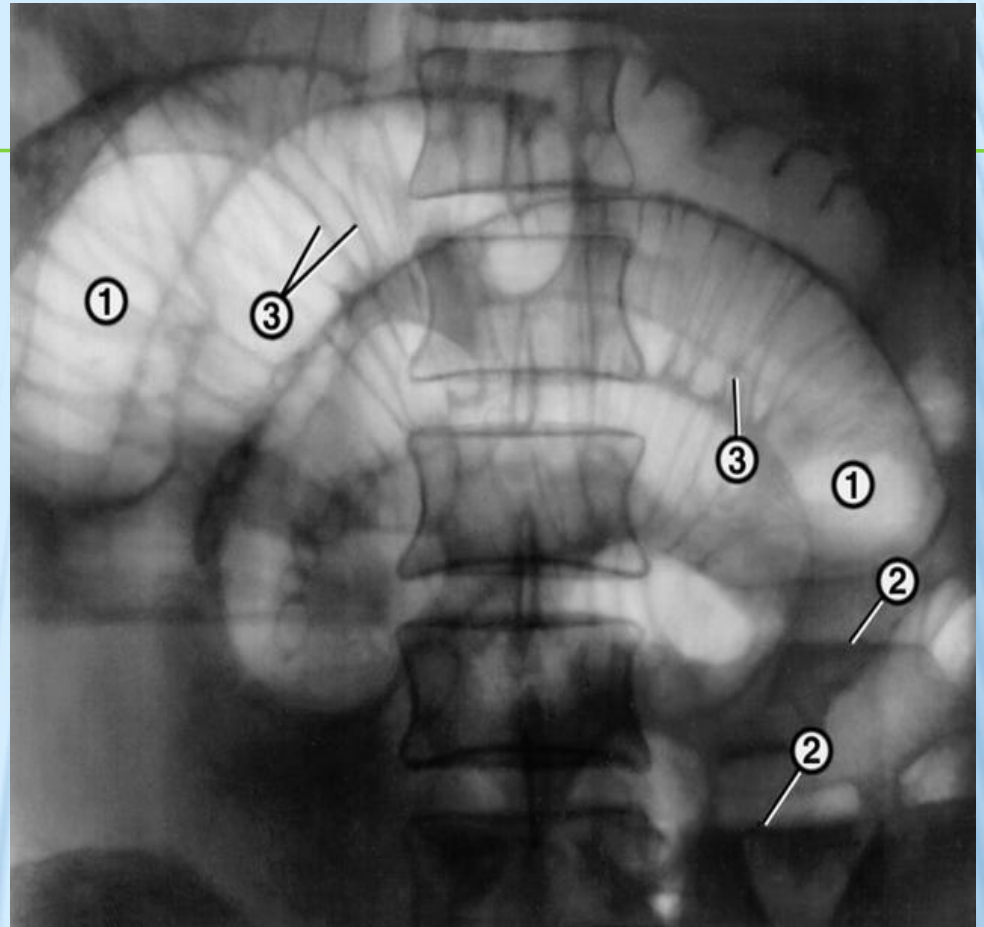
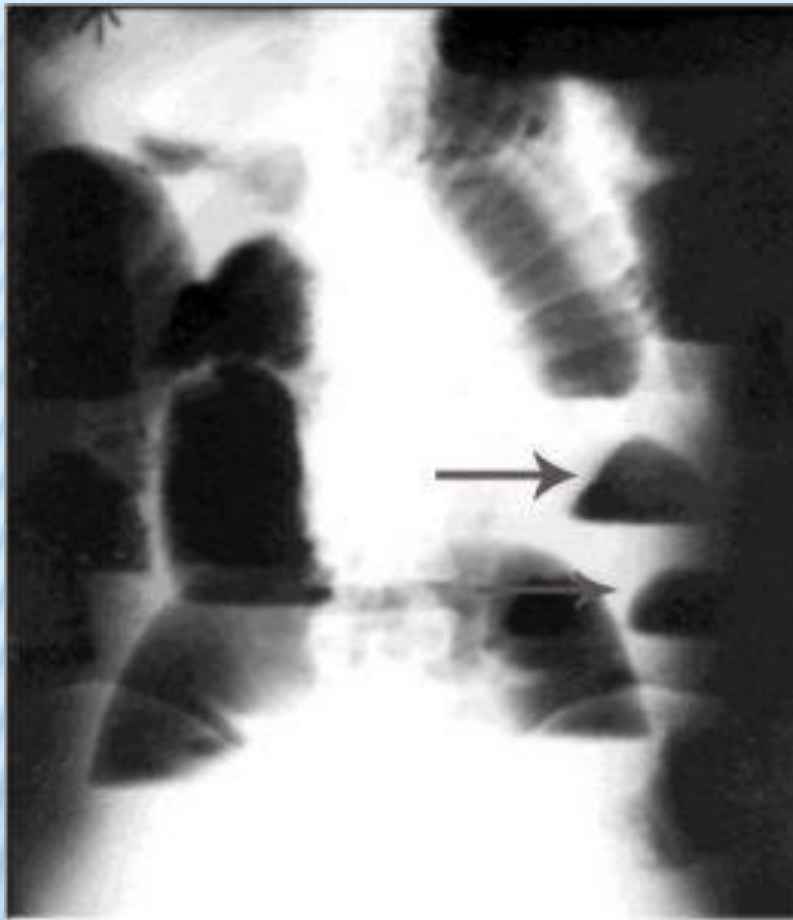
## □ Клизмы:

1. **симптом Цеге-Мантейфеля** - при кишечной непроходимости сигмовидной кишки в прямую не удастся ввести более 500 мл воды.

# ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

---

- Патогномоничными для кишечной непроходимости являются: чаши Клойбера, арки, поперечная исчерченность раздутой газами тонкой кишки (выявляется лучше в лежачем положении в виде симптома Кейси - вид круговой ребристости, напоминающей «скелет селедки»).



- Рентгенограмма брюшной полости (прямая проекция) при тонкокишечной непроходимости: на фоне раздутых газом петель тонкой кишки (1) с уровнями жидкости в них (2) видна поперечная исчерченность (3), придающая петлям вид пружин.



- 
- В неясных случаях проводят **контрастное рентгенологическое исследование** кишечника с повторными исследованиями пассажа контраста каждые 2 часа.
  - Признаками являются: задержка контраста в желудке или тонкой кишке более 4 часов.
  - При кишечной непроходимости толстой кишки желательно провести **КОЛОНОСКОПИЮ**.

# КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

---

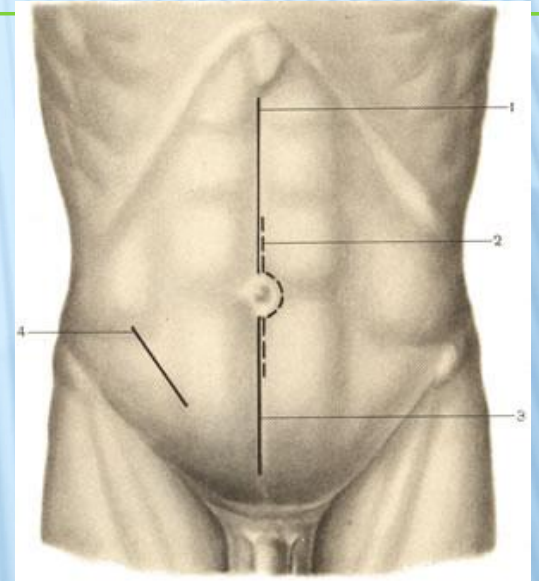
- Воздействие на вегетативную нервную систему – двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада
- Декомпрессия желудочно-кишечного тракта путем аспирации содержимого через назо-гастральный зонд и сифонную клизму.
- Коррекцию водно-электролитных расстройств, дезинтоксикационную, спазмолитическую терапию
- Диета, богатая клетчаткой
- Легкие слабительные средства
- Физиотерапевтические процедуры, направленные на стимуляцию перистальтики ("амшипульс")
- Катетеризация мочевого пузыря для контроля диуреза.

При невозможности ликвидации непроходимости консервативно (например, при глистных инвазии) - оперативное вмешательство.



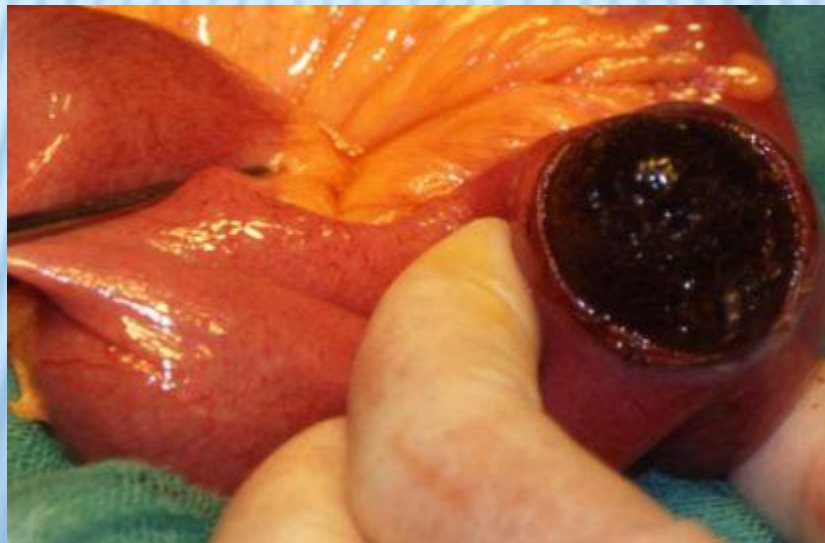
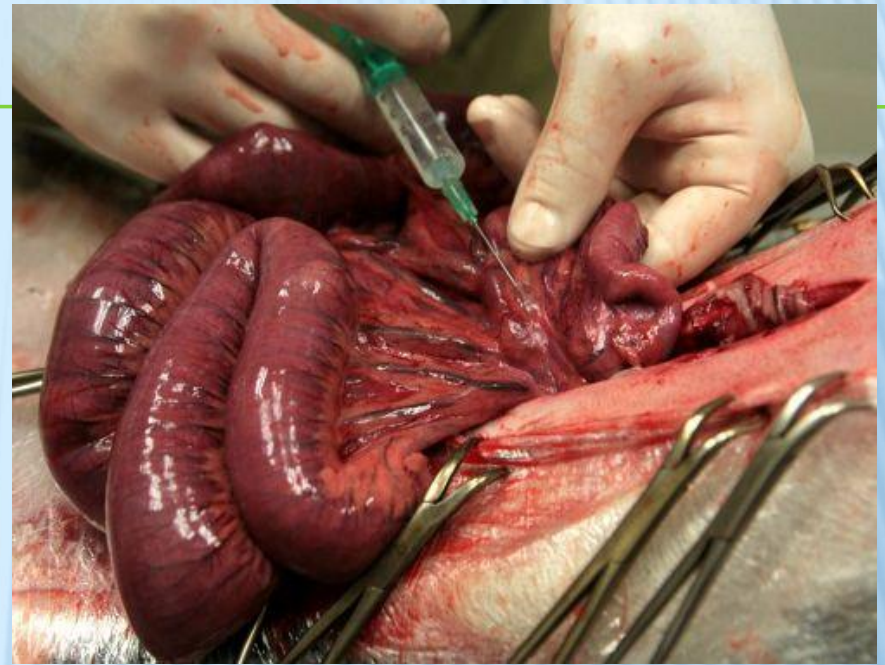
# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- Брюшная полость вскрывается разрезом по белой линии выше и ниже пупка, что обеспечивает хороший обзор.
- После вскрытия видны раздутые петли тонкой кишки или толстой.
- Уточнить место и причину непроходимости можно при выведении раздутой части кишечника в рану.





- 
- В случаях, где восстановление кровообращения задерживается, следует обложить петлю салфетками, смоченными в теплом физиологическом растворе или в теплой воде (в кипящей воде стерилизатора) и произвести новокаиновую блокаду брыжейки. Появление пульсации сосудов брыжейки и розового цвета петли кишки говорит о восстановлении жизнеспособности последней. В случаях, когда стенка кишки остается черного цвета, надо произвести резекцию, учитывая при этом тяжесть состояния больного.





- Независимо от того, будет произведена резекция или нет, необходимо удалить содержимое кишки. При резекции содержимое удаляется отсосом через просвет приводящего конца кишки. В случаях, когда резекция кишки не производится, его удаляют при помощи трубки, вставленной в просвет кишки через образованное отверстие в стенке.
- Удаление содержимого способствует снятию интоксикации в послеоперационном периоде и облегчает вправление кишечника в брюшную полость.
- Операция по поводу неоперабельной опухоли, вызвавшей обтурацию, может быть закончена наложением внутреннего обходного межкишечного анастомоза или наложением двуствольной колостомы.



# ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

---

- Особенностью послеоперационного периода при ОКН является наличие:
  1. пареза кишечника,
  2. водно-электролитных расстройств,
  3. тяжелой интоксикации,
  4. обезвоживание организма,
  5. нарушений кислотно-щелочного состояния.
  
- Мероприятия, направленные на устранение этих патогенетических моментов, начатые в предоперационном периоде и проводимые во время операции, должны продолжаться и после операции.

- Большое значение в профилактике и лечении пареза принадлежит **декомпрессии кишечника**. Это достигается длительной аспирации кишечного содержимого через зонд Миллера-Эбботта и, в меньшей степени, аспирацией желудочного содержимого.
- аспирация осуществляется в течение 3-4 суток, до уменьшения интоксикации и появления перистальтики кишечника.
- В течение этого времени больной находится на парентеральном питании. Суточный объем инфузионных сред составляет 3-4 л.

- 
- Восстановление функции кишечника способствует коррекции водно-электролитных расстройств.
  - Для стимуляции моторной функции кишечника используют паранефральную новокаиновую блокаду, антихолинэстеразные препараты (прозерин), ганглиоблокаторы (диколилин, димеколилин), гипертонический раствор хлористого натрия, токи Бернара, очистительные клизмы.