

# **Кишечная непроходимость**

**преподаватель: Зубова З.И.**

**Кишечная непроходимость -  
это заболевание, которое  
характеризуется частичным  
или полным нарушением  
продвижения содержимого по  
кишечнику**

**Непроходимость относится к  
весьма распространенным:  
острым хирургическим  
заболеваниям органов  
брюшной полости.**

По происхождению различают врожденную и приобретенную кишечную непроходимость.

Общепринято делить кишечную непроходимость ,на две основные формы

1) динамическую - развивается  
в результате нарушения  
сократительной способности  
кишечника паралитического  
или спастического  
происхождения и в  
большинстве случаев носит  
функциональный характер`

2) механическую -  
наблюдается при  
органической блокаде  
кишечника.

Механическая  
непроходимость бывает  
обтурационной,  
странгуляционной и  
смешанной.

Обтурационная непроходимость  
связана с закупоркой кишечного  
просвета опухолью, инородным  
телом, клубком аскарид, желчным  
камнем, фекалиями, а  
странгуляционная вызвана  
перекруткой, сдавлением,  
ущемлением или перетяжкой  
кишки и ее брыжейки с  
расстройством кровоснабжения и  
ишемическим некрозом.



. К смешанным формам относят инвагинацию и спаечную непроходимость. Последняя иногда развивается после оперативных вмешательств и может протекать как по странгуляционному, так и по обтурационному типу.

**В зависимости от локализации различают непроходимости: высокую (тонкокишечную) - низкую (толстокишечную).**

**При этом чем выше непроходимость, тем тяжелее ее проявления и хуже прогноз.**

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ  
ТЕЧЕНИЮ  
НЕПРОХОДИМОСТЬ  
КИШЕЧНИКА ДЕЛИТСЯ .

- на острую;
- хроническую;
- полную;
- частичную.

**Тактика.**

При подозрении на любой вид  
острой кишечной  
непроходимости тактика  
одинакова. На до  
госпитальном этапе любые  
лечебные воздействия  
(противорвотные,  
обезболивающие,  
спазмолитики, клизмы, грелки)  
категорически  
противопоказаны!

Нельзя давать больному пить и есть. Необходимо экстренно доставить его в хирургический стационар на носилках в позе, приносящей облегчение.

Задержка с оказанием  
адекватной хирургической  
помощи может привести к  
некрозу кишки и  
неблагоприятному исходу.



# Динамическая непроходимость

Различные по происхождению расстройства перистальтики кишечника вследствие поражения его нервно-мышечных элементов называются динамической непроходимостью. Этот процесс, как правило, является обратимым и может распространяться на часть или весь кишечник.

Паралитическая непроходимость  
часто возникает после  
абдоминальных операций,  
рефлекторного воздействия со  
стороны других органов (почечная  
и печеночная колика, инфаркт  
миокарда), нередко вследствие  
перитонита, панкреатита и других  
воспалительных заболеваний  
органов брюшной полости.

Иногда паралитическая непроходимость развивается при гипокалиемии, гипонатриемии и диабетическом кетоацидозе. Усиленная моторная функция кишечника может достигать чрезмерной степени и вызвать спастическую непроходимость, которая наблюдается при свинцовой колике, неврозах, истерии, гельминтозах, отравлениях.

Клиническая картина.

Клиническая картина довольно variabelна и зависит от вызвавшей ее причины. У больных отмечаются постоянные распирающие боли в животе генерализованного характера, задержка стула и газов

умеренно, срыгивание и рвота  
появляются на более поздних  
стадиях болезни в результате  
стаза и гипертензии в  
проксимальных отделах  
желудочно-кишечного тракта.

Общее состояние больных  
вначале страдает мало только по  
мере прогрессирования нередко  
нарастают дегидратация,  
гемоконцентрация и

Живот равномерно вздут, мягкий, слегка болезненный при пальпации. Кишечные шумы не выслушиваются. В тех случаях, когда паралитическая непроходимость развивается на фоне других патологических процессов в брюшной полости (послеоперационный парез, воспаление брюшины, панкреатит, внутрибрюшной абсцесс), в клинической картине проявляются симптомы этих заболеваний



Во время рентгенологического исследования выявляется диффузный метеоризм в тонкой и толстой кишках с единичными уровнями жидкостей в разных отделах брюшной полости.

# Лечение.

Лечение направлено на восстановление кишечной перистальтики следующими консервативными способами:

отделов желудочно-кишечного  
тракта с

помощью желудочных или  
кишечных зондов;

2) применение  
фармакологических стимуляторов  
кишечной перистальтики  
(церукал,  
прозерин, питуитрин);

3) введение газоотводной трубки  
или назначение сифонных и  
гипертонических клизм

- 5) ликвидация гипоксии;
- 6) поддержание сердечно-сосудистой деятельности;
- 7) снятие болей и кишечного спазма (двусторонняя паранефральная блокада по Вишневскому, спазмолитические препараты)

Самостоятельное отхождение стула и газов, исчезновение болей в животе и уменьшение его вздутия обычно являются первыми признаками разрешения динамической кишечной непроходимости. Хирургическое лечение применяется редко и показано при неэффективности консервативных мероприятий. '

Механическая непроходимость  
кишечника. Обтурационная  
непроходимость обусловлена  
сдавлением или закупоркой кишки  
(опухоль, клубок кишечных  
паразитов, инородное тело,  
желчный или каловый камень,  
рубцовый стеноз, спайки,  
воспалительные инфильтраты).

Ниже препятствия кишка  
находится в спавшемся

состоянии

Установлено, что слизистая оболочка раздутых и растянутых сегментов кишки приобретает патологическую склонность к гиперсекреции и замедленной абсорбции. Это приводит к секвестрации большого количества жидкости и электролитов в стенке и просвете кишки и исключениях из ионного баланса организма.

Кроме того, растяжение кишки может служить пусковым механизмом для рвотного рефлекса. Рвота при обтурационной кишечной непроходимости является существенным источником потерь ионов и самой частой причиной дегидратации, гипонатриемии, гипокалиемии и гиповолемии.



Если происходит потеря  
больших количеств жидкости,  
могут развиваться  
кардиоваскулярные  
расстройства и явления  
гиповолемического шока;

## **Клиническая картина.**

От уровня и характера закупорка зависит клиническая картина заболевания. Она проявляется более бурно и внезапно при обтурации желчным или каловым камнем, инородным телом и менее остро у больных со стенозом и опухольями.

В большинстве случаев заболевание начинается с появления сильных болей в животе схваткообразного характера, рвоты, задержки стула и газов, а также вздутия живота.

Нередко при осмотре наблюдается локальное вздутие или асимметрия живота в области растянутых жидкостью или газами приводящих сегментов кишки (симптом Валя)

В некоторых случаях можно обнаружить видимую кишечную перистальтику, которая часто усиливается после пальпации живота (симптом Шланге). Брюшная стенка мягкая, умеренно болезненная в области обтурированной кишки. Толчкообразное сотрясение брюшной стенки в этой области сопровождается шумом плеска (симптом Склярова).

Напряжение мышц и разлитая болезненность обычно появляются в запущенных стадиях болезни, когда присоединяются явления перитонита.

При выслушивании живота определяется волнообразное усиление перистальтики, временами достигающее большой звучности и высокой тональности. Реже удается выслушать своеобразный феномен, именуемый «шумом падающей капли» (симптом Спасокукоцкого).

Во время рентгенологического исследования выявляются чаши Клойбера, расположенные в кишечных петлях проксимальнее места обтурации.

Л е ч е н и е. Перед операцией в большинстве случаев проводится кратковременная подготовка (не более 2-4 ч), которая заключается в декомпрессии желудка, восстановлении водно-электролитного баланса и нормализации кислотно-щелочного равновесия, уменьшении гиповолемии.



Тактика во время операции зависит от природы обтурации, патоморфологических изменений кишечной стенки и общего состояния больного. При закупорке кишки желчным камнем, инородным телом, фекалитом проводят продольную энтеротомию, их удаление и ушивание кишечного разреза в поперечном направлении.

В тех случаях, когда имеются признаки нежизнеспособности кишки, показана резекция пораженного сегмента. Лечение обтурационной непроходимости толстой кишки, вызванной раком, особенно ее левой половины, имеет особенности, обусловленные невозможностью наложения полноценного анастомоза на переполненную каловым содержимым и перерастянутую толстую кишку

**Более безопасным в этих условиях является создание разгрузочной колостомы или удаление опухоли без восстановления непрерывности кишечника с образованием временного одно, реже двуствольного противоестественного ануса.**

# **Странгуляционная кишечная непроходимость.**

Данное заболевание относится к числу наиболее тяжелых и быстро текущих форм заболевания. Различают три основных вида странгуляции: заворот, узлообразование и ущемление.

Заворот встречается в тех отделах кишечника, где имеется брыжейка (тонкая, слепая, поперечная ободочная и сигмовидная кишки). Перекрут брыжейки по оси может происходить на 180 - 360° и более и сопровождаться сдавлением сосудов с последующим ишемическим некрозом участка кишки.

Узлообразование - редкий вид  
кишечной непроходимости, в  
основе которого лежит заворот  
двух или более сегментов  
кишки 'с образованием  
прочных конгломератов

При ущемлении петля кишки сдавливается в различных врожденных или приобретенных отверстиях и щелях в мышечно-апоневротической части брюшной стенки и брыжейки, которые служат воротами наружных и внутренних грыж; Ущемленная кишка подвергается обтурации, ее сосуды окклюзии с ,последующим некрозом и развитием перитонит

При странгуляционной кишечной непроходимости отмечаются значительные патофизиологические сдвиги в организме, обусловленные потерей больших количеств жидкости и электролитов с рвотой, особенно при высоком расположении препятствия, и секвестрацией их в просвет кишки проксимальнее странгуляции:



Клиническая картина.

Клиническая картина  
отмечается большим  
разнообразием, что нередко  
обусловлено видом  
странгуляционной кишечной  
непроходимости, ее  
локализацией,  
протяженностью странгуляции  
и длительностью  
заболевания

Заворот проявляется внезапными резкими, иногда «раздирающими» болями в животе, в проекции заворота, которые могут иррадиировать в спину; поясницу или грудную клетку. Иногда боли в животе настолько сильны, что вынуждают больных громко стонать или кричать.

Боли носят постоянный характер и нередко усиливаются при дыхании, что заставляет больных щадить живот они избегают глубоких вдохов или поддерживают рукой переднюю брюшную стенку. Почти одновременно с болями появляются тошнота и рвота,“ носящие вначале рефлексорный характер и не приносящие заметного облегчения.

По мере прогрессирования  
заболевания рвота становится  
многократной и нередко  
является симптомом  
развивающегося перитонита.  
У всех больных с заворотом  
тонкой кишки быстро  
наступает задержка стула и  
газов

При осмотре отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, лицо выражает страдание и испуг, язык обложен, сухой. Живот вначале сохраняет обычную конфигурацию мягкий, малоболезненный за исключением ограниченного участка в зоне странгуляции.

- . Однако вскоре форма живота изменяется за счет равномерного вздутия или локального выбухания передней брюшной стенки в области заворота (симптом Валя). Признаки раздражения брюшины вначале заболевания отсутствуют.

Л е ч е н и е. Больной нуждается в срочной операции. При завороте и узлообразовании раскручивают заворот или расправляют узел. Если последний расправить не удастся или расправленная кишка имеет признаки некроза, то выполняют резекцию кишечных петель, участвующих в его образовании.

Если имеется некроз сигмовидной кишки то выполняют ее резекцию в пределах здоровых тканей с формированием одно или двухствольной колостомы, а восстановление кишечной проходимости откладывают до улучшения состояния больного.



**Инвагинация.** Внедрение одного кишечного сегмента в другой называется инвагинацией. При этом образуется муфтообразный валик, который состоит из наружного, промежуточного и внутреннего кишечных цилиндров.

Граница перехода наружного цилиндра в промежуточный носит название шейки инвагитата, а промежуточного во внутренний — его головки. Различают три основных вида инвагинации: тонкокишечную, тонкотолстокишечную и толстокишечную.

Среди различных факторов,  
способствующих  
возникновению инвагинации,  
основное значение придается  
различным расстройствам  
моторики кишечника.

# Клиническая картина.

Болезнь встречается значительно чаще в первые 4 года жизни. При острых формах инвагинация начинается со схваткообразных болей в животе, рвоты. Стул вначале нередко задержан, а в дальнейшем сопровождается слизисто-кровянистыми выделениями, в ряде случаев напоминающими смородиновое желе

. Примесь крови в испражнениях наблюдается у большинства пациентов. Живот имеет обычную конфигурацию, не вздут, умеренно болезнен в области инвагината, который, обычно прощупывается в виде тестоватого или мягкоэластичного колбасовидного образования, расположенного в большинстве случаев в правой подвздошной или околопупочной области.

При осмотре нередко видна  
кишечная перистальтика. При  
пальцевом ректальном  
исследовании на перчатке  
обнаруживается кровь

По мере развития болезни нарастают явления кишечной непроходимости, что сопровождается тахикардией, усилением интоксикации и обезвоживанием.

Схваткообразные боли  
сменяются постоянными, рвота  
учащается и нередко становится  
каловой. Прогрессируют  
метеоризм и болезненность при  
пальпации живота, появляются  
положительные симптомы  
Склярова, Валя, Щеткина -  
Блюмберга. При некрозе  
инвагината развивается клиника  
перитонита.



Л е ч е н и е. Проводят  
дезинвагинацию посредством  
осторожного выдавливания  
кишечного цилиндра со стороны  
головки инвагината. При  
застарелых внедрениях, не  
поддающихся расправлению,  
некрозе или наличии опухоли  
показана резекция поражённого  
отдела