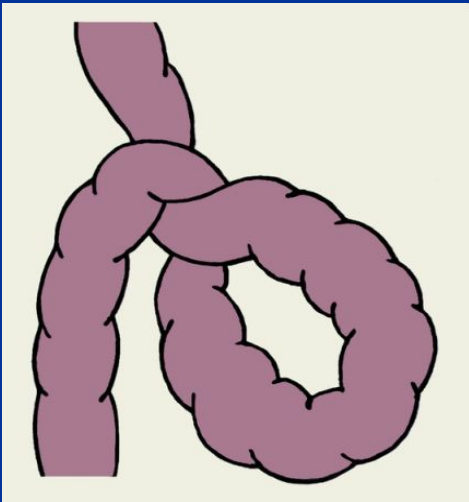


*Тема: Острая кишечная  
непроходимость*



# Определение:

**Острая кишечная непроходимость (ileus)** — синдром, характеризующийся нарушением продвижения (пассажа) содержимого кишечника вследствие механического препятствия или функционального нарушения моторики кишки.

По летальным исходам эта патология делит 1-2е место среди всех острых заболеваний органов брюшной полости.

Наиболее часто встречаются спаечную непроходимость кишечника.

# Морфо – Функциональная Классификация:

**Динамическая (функциональная) непроходимость:**

- Спастическая
- Паралитическая

**Механическая непроходимость:**

- По механизму развития: Странгуляционная (ущемление, заворот, узлообразование)

Обтурационная (обтурация опухолью, инородным телом, каловым и желчным камнем, клубком аскарид).

Смешанная (инвагинационная, спаечная)

- По уровню препятствия:

Высокая (тонкокишечная)

Низкая (толстокишечная)

# Этиология

Динамическую (функциональную) непроходимость подразделяют на паралитическую и спастическую.

Механическое препятствие продвижению кишечного содержимого при динамической Н.к. отсутствует.

**Паралитическая Н.к.** возникает вследствие пареза кишечника, чаще в послеоперационном периоде, при интоксикации (например, при перитоните, уремии) и заболеваниях нервной системы. Парез кишечника сопровождается его вздутием, растяжением кишечной стенки, расстройством кровообращения в ней и развитием гипоксии тканей.

**Спастическая непроходимость кишечника** может быть следствием интоксикации, она наблюдается также при функциональных заболеваниях нервной системы, спазмофилии.

# Этиология

**Странгуляционная непроходимость** возникает при завороте тонкой или толстой кишки, узлообразовании, ущемлении кишки в грыжевых воротах. При странгуляции сдавливается участок кишки с брыжейкой и нарушается кровообращение в стенке кишки, что ведет к ее некрозу. Заворот кишок возникает при повороте брыжейки и кишечных петель вокруг продольной оси брыжеечных сосудов на  $180—720^\circ$ , вследствие чего наступает их тромбоз, обуславливающий нарушение кровообращения в стенке кишки и ее некроз. Узлообразование происходит между кишечными петлями при длинной брыжейке. В результате перистальтики одна петля кишки (сдавливающая) перекидывается и закручивается вокруг другой (осевой) и ущемляет ее, следствием чего является расстройство кровообращения в обеих петлях и их некроз.

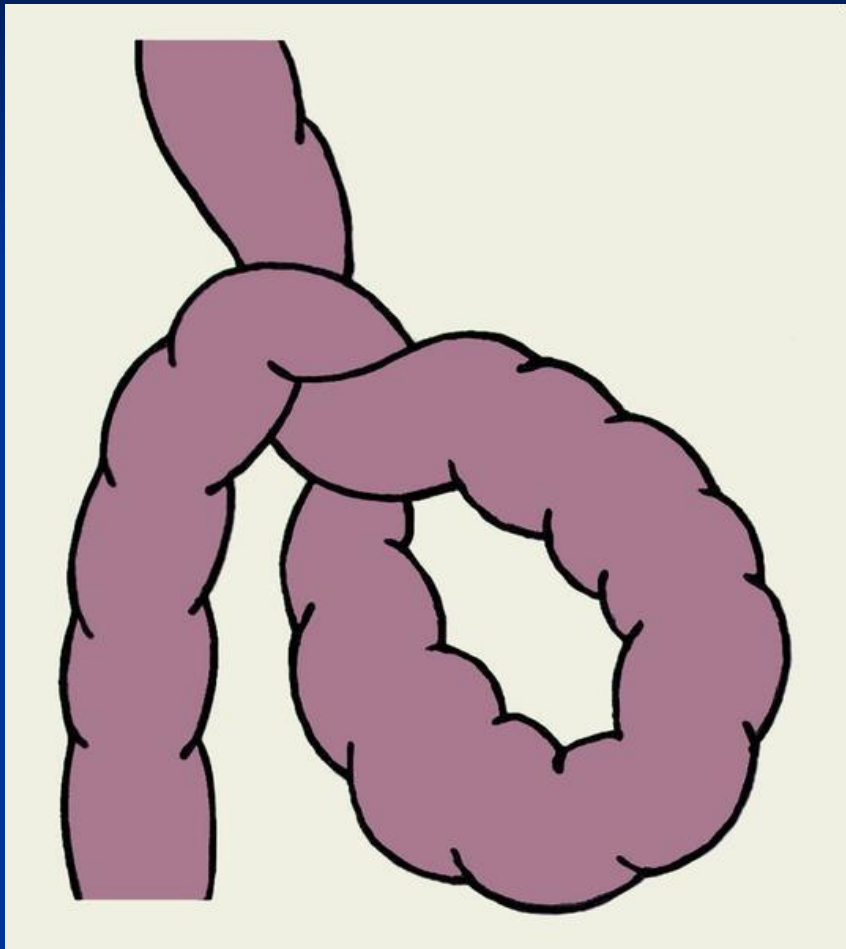
# ЭТИОЛОГИЯ

**Обтурационная непроходимость** может возникать вследствие обтурации просвета кишки кусками пищи, опухолью, желчными и каловыми камнями, клубками аскарид. При этом на начальном этапе кровообращение в стенке кишки не нарушается.

К **смешанной непроходимости** относят **спаечную непроходимость** и **инвагинацию**. Вначале возникает обтурация кишечника изнутри (при инвагинации) или снаружи (при спаечной Н.к.) и лишь позже (обычно через 6—12 ч) могут присоединяться явления странгуляции.

**Инвагинация** является следствием расстройства перистальтики кишечника, которому способствует наличие в стенке кишки воспалительного процесса, опухоли (чаще полипа на ножке), инородного тела. Спастически сокращенный участок кишки вместе с брыжейкой втягивается по продольной оси в кишку с нормальным просветом и образует внутренний цилиндр инвагината, в котором развивается отек, нарушение кровообращения и некроз.

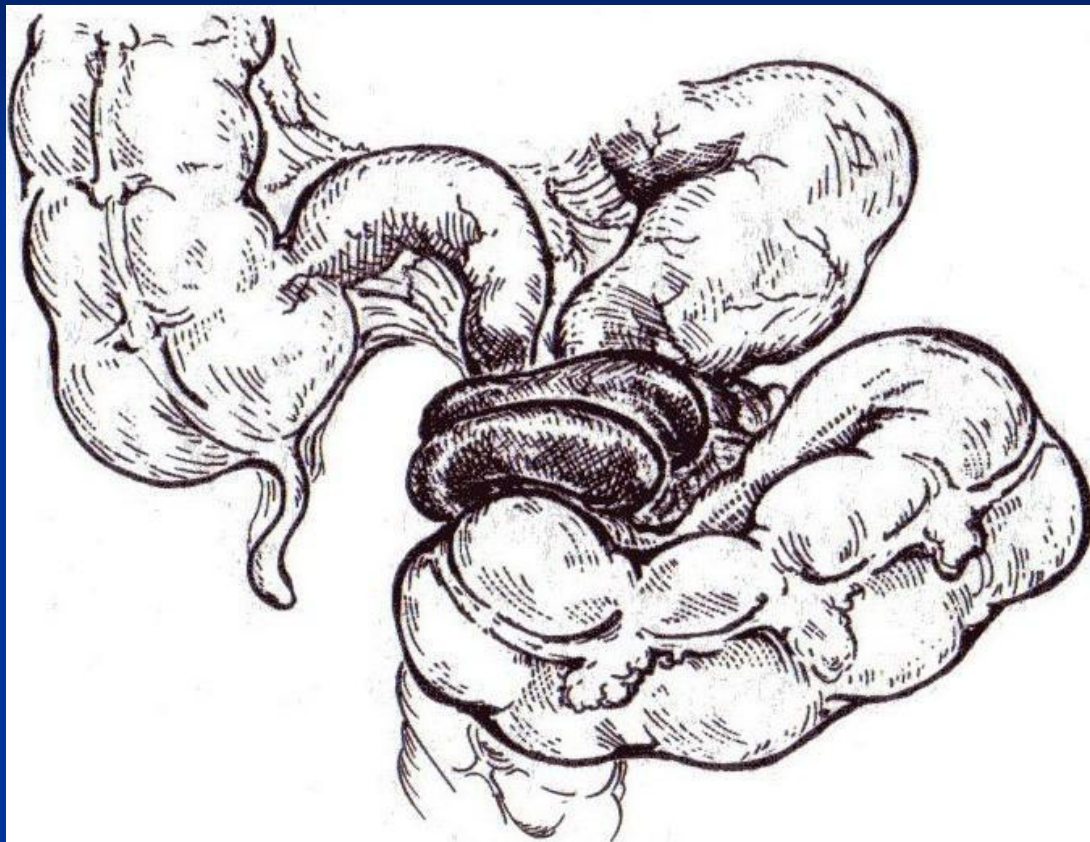
# Схематическое изображение заворота тонкой кишки.



Механическая  
странгуляционная  
непроходимость



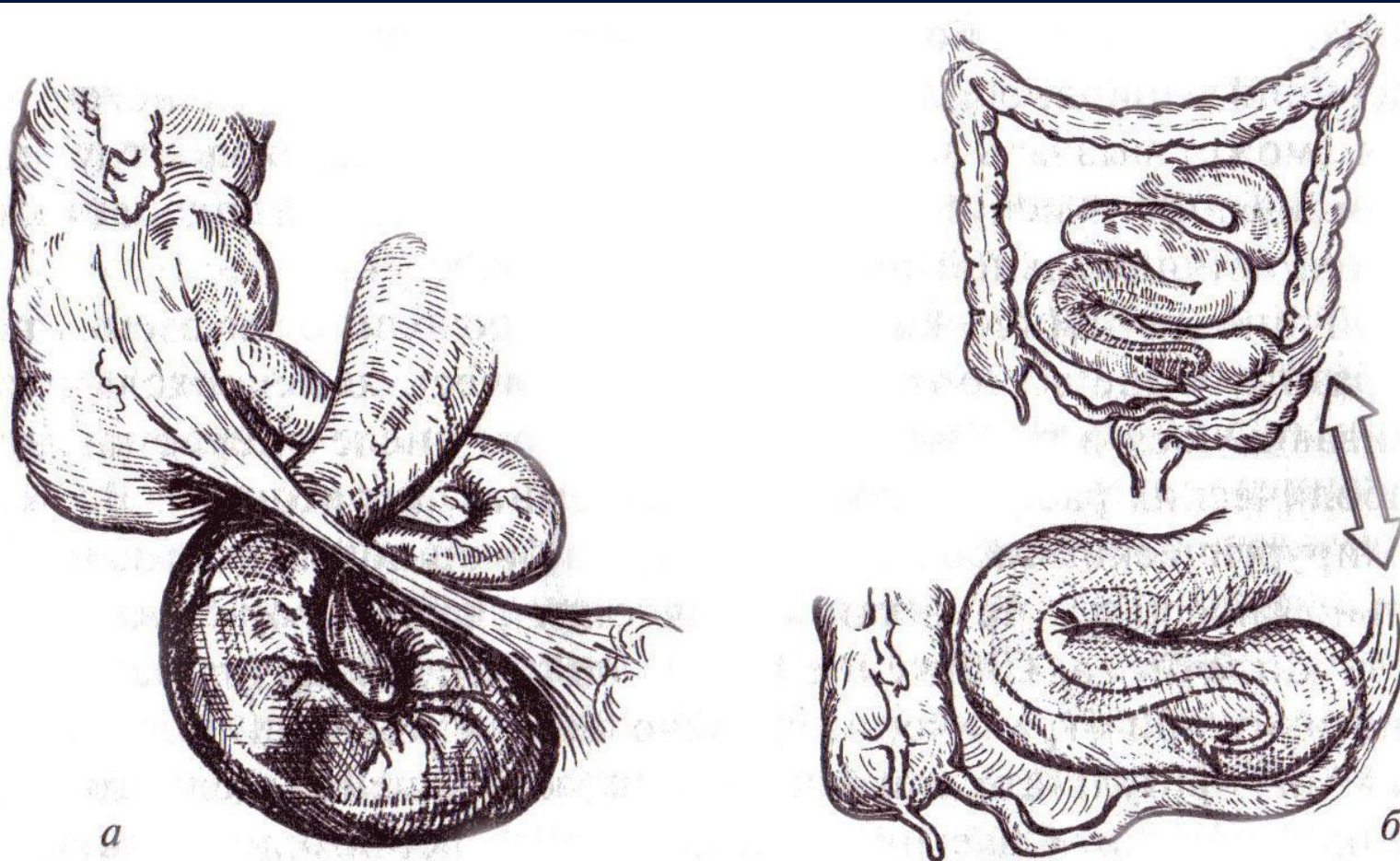
# Острая кишечная непроходимость



Узлообразование

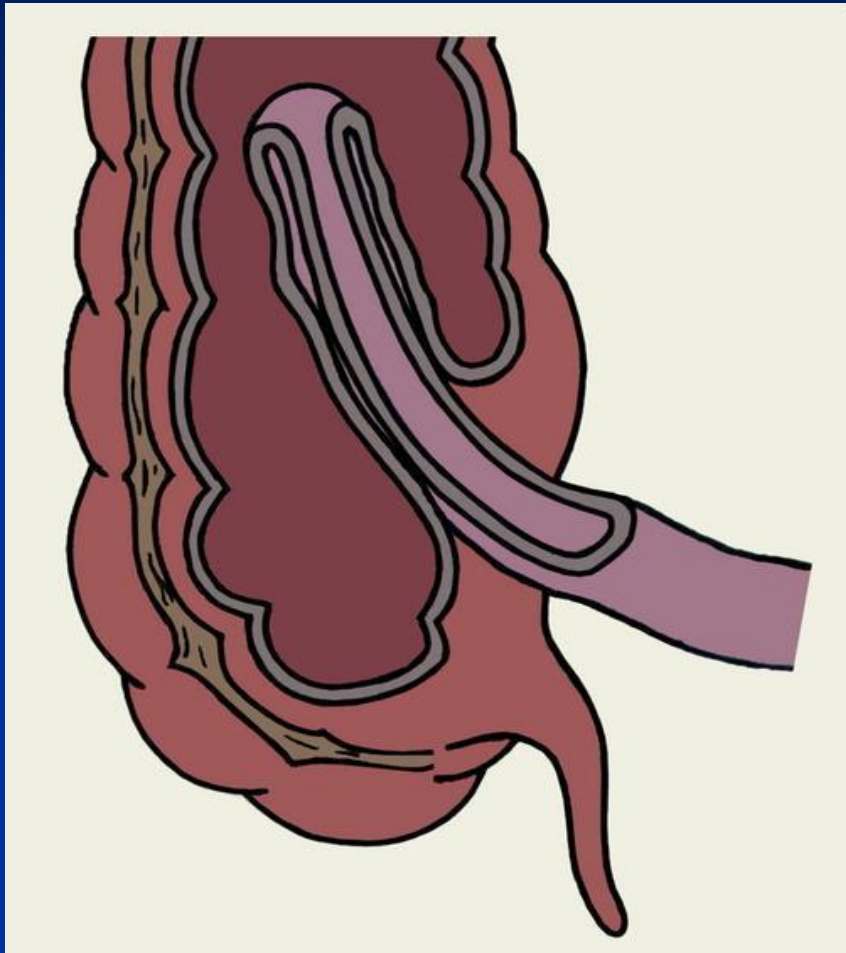


# Острая кишечная непроходимость



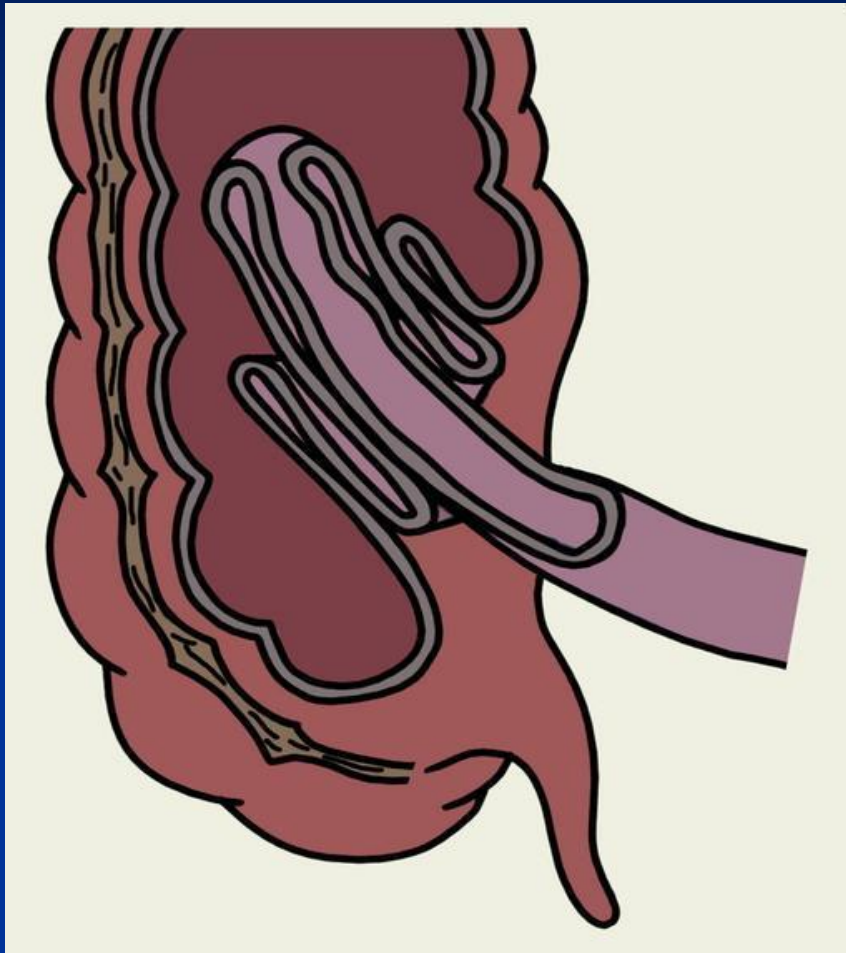
Спаечная кишечная непроходимость: *а* — с ущемлением петли кишки фиброзным штрингом (с первичным острым нарушением кровообращения); *б* — с перегибом тонкой кишки и образованием «двустволки» (без первичного нарушения кровообращения).

# Схематическое изображение инвагинации тонкой кишки в слепую



Одиночная  
инвагинация

# Схематическое изображение инвагинации тонкой кишки в слепую



Двойная инвагинация

# Клиническая картина

## Клинические симптомы:

- боль в животе,
- рвота,
- задержка стула и газов

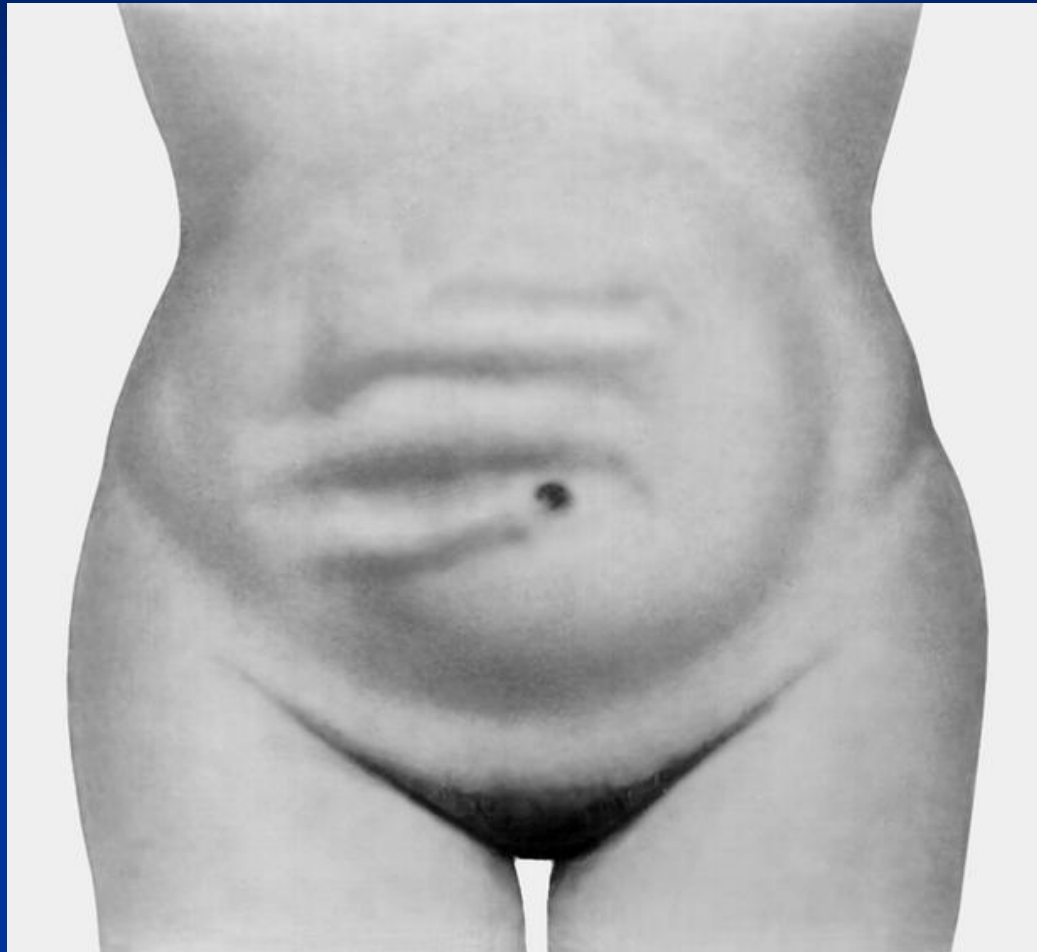
## Осмотр живота:

- Вздутие живота
- Видимая перистальтика
- Локальное вздутие живота при пальпируемой в этой зоне раздутой петле кишки, над которой определяется высокий тимпанит – **Симптом Валя**
- При завороте сигмовидной кишки вздутие локализуется ближе к правому подреберью, тогда как в левой подвздошной области отмечается западание живота – **Симптом Шимана**



## **Клиническая картина**

**Живот больной с механической непроходимостью кишечника (заворот тонкой кишки): видны поперечно расположенные валы.**



# Клиническая картина

**При пальпации живота:**

**Симптом Тэвенара** – резкая болезненность при пальпации живота на 2 – 3 см ниже пупка по средней линии

**Симптом Склярова** – при сукуссии (лёгком сотрясении живота) можно услышать шум плеска.

**При перкуссии:**

Можно определить ограниченные участки зон притупления, что соответствует местоположению петель кишки, наполненные жидкостью, непосредственно прилегающих к брюшной стенке.

# Клиническая картина

**При аускультации:**

**Симптом Спасокукоцкого-Вильмса** – шум падающей капли

**При ректальном исследовании:**

**Симптом Обуховской больницы** – атония анального жома и баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки.

**Симптом Цеге-Мантефейля** – малая вместимость дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы (не более 500 мл)



# Клиническая картина

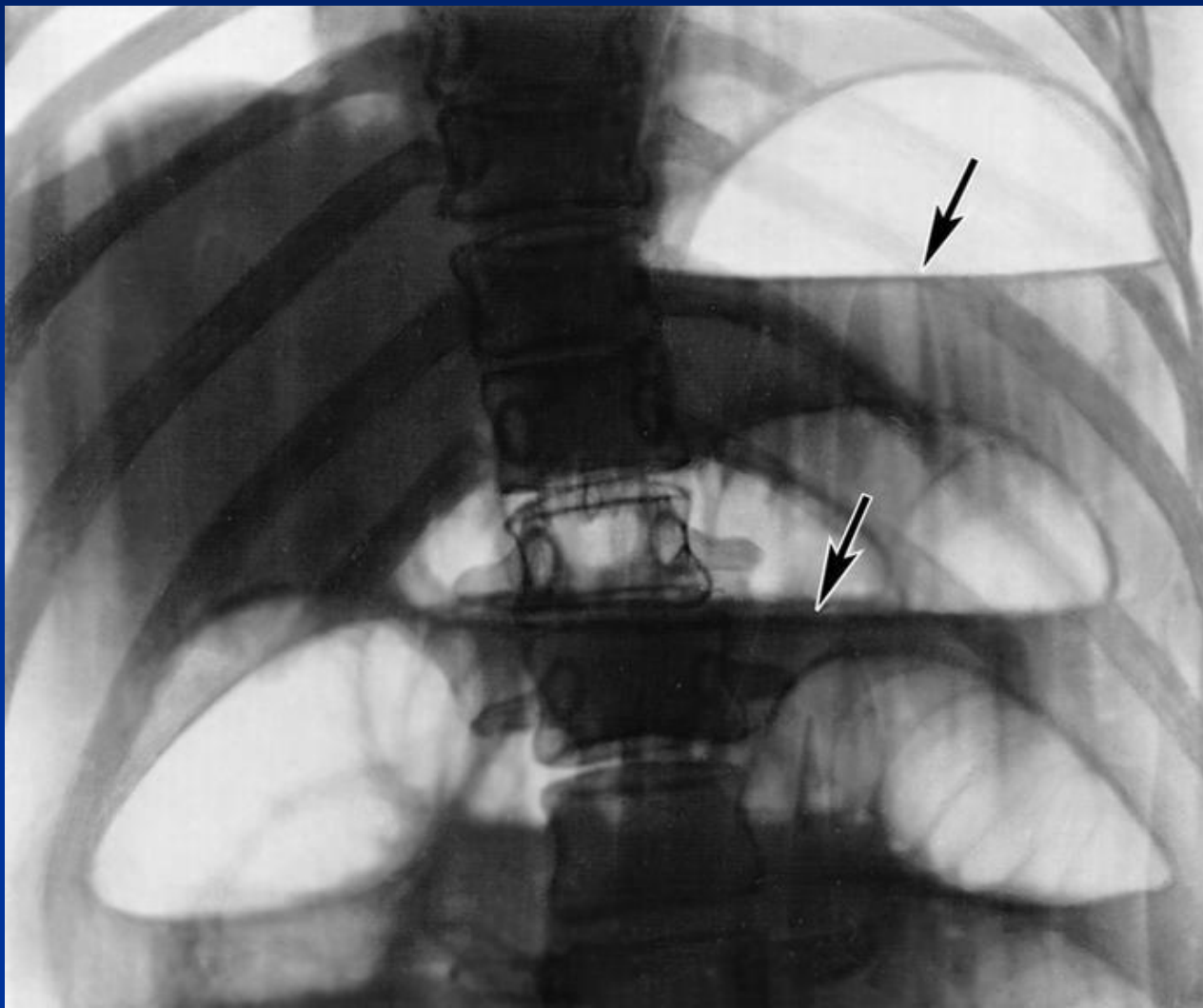
## Стадии острой кишечной непроходимости:

- **Начальная** – от 2 до 12 ч, доминируют болевой синдром и местные симптомы со стороны живота.
- **Промежуточная** – стадия мнимого благополучия, от 12 до 36 ч, боль теряет схваткообразный характер, становится постоянной и менее интенсивной, живот сильно вздут, перистальтика кишечника слабеет, выслушивается «шум плеска». Задержка стула и газов.
- **Поздняя** – стадия перитонита и тяжёлого абдоминального сепсиса, наступает через 36 ч. Возникновение полиорганной недостаточности, выраженные интоксикации и обезвоживание, а так же прогрессирующие расстройства гемодинамики. Признаки ПЕРИТОНИТА.

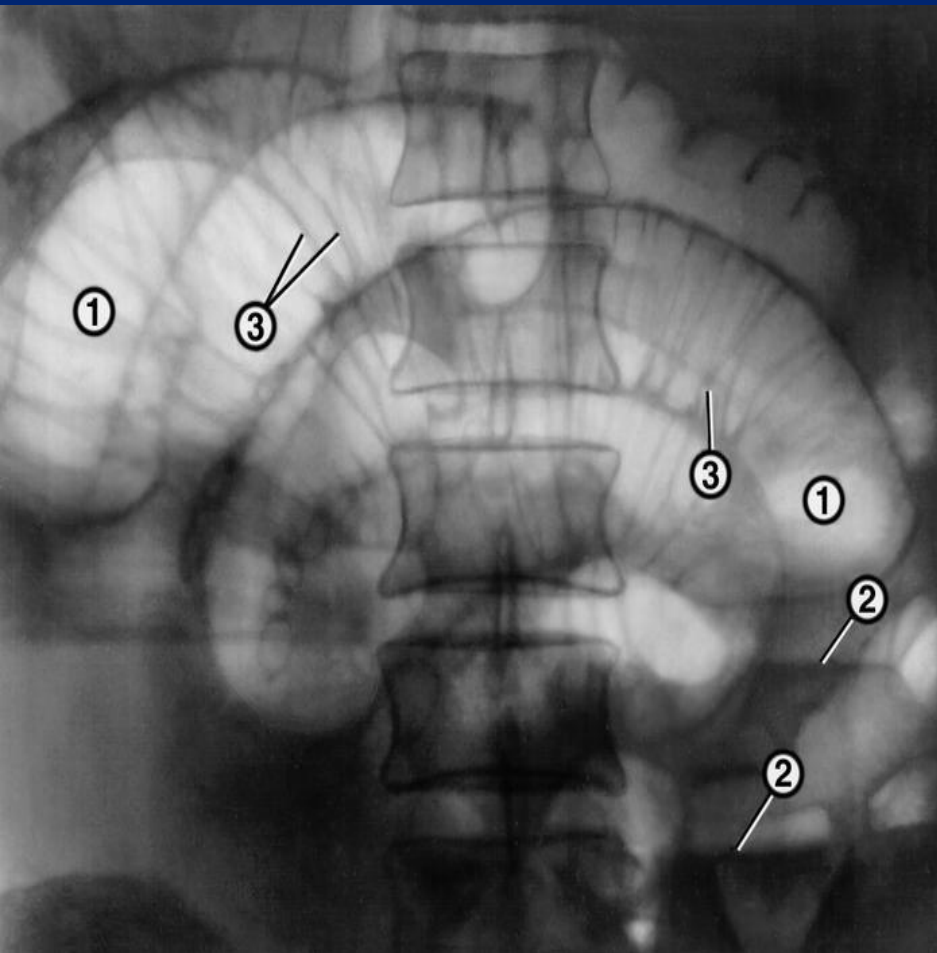
# Инструментальная диагностика

- Рентгенографическое исследование:
  - Кишечные арки
  - Чаши Клойбера
  - Симптом перистальтики
  - Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ
- Колоноскопия
- УЗИ

**Рентгенограмма брюшной полости (прямая проекция)**  
при тонкокишечной непроходимости: стрелками указаны  
горизонтальные уровни жидкости с газовыми пузырями  
над ними — чаши Клойбера.



# 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

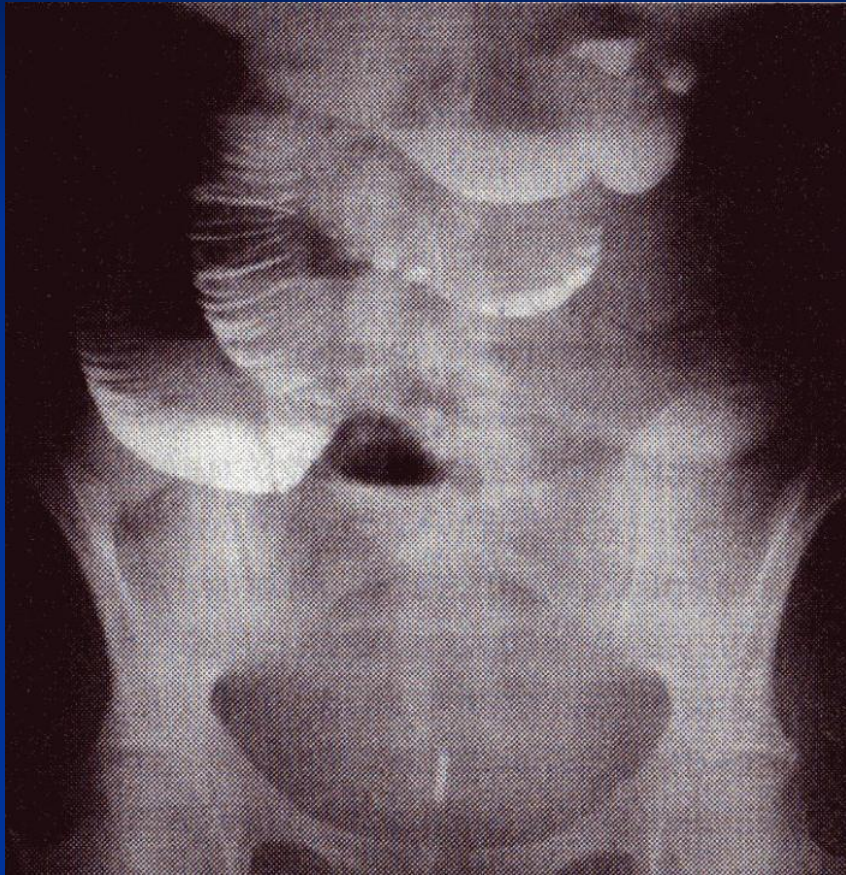


# Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости



Кишечные арки

# Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости



Симптом перистости  
(растянутой пружины)

## **Консервативное лечение:**

- 1) Постоянная аспирация желудочного и кишечного содержимого (иногда удается уменьшить давление в приводящей кишке, что в ряде случаев позволяет устранить частичную спаечную кишечную непроходимость, восстановить моторную функцию;**
- 2) Сифонная клизма;**
- 3) Колоноскопия, с помощью которой можно не только визуально распознать причину непроходимости, произвести декомпрессию кишки, но также иногда устранить заворот сигмовидной кишки.**

**Консервативное лечение в случае отсутствия выраженного эффекта должно производиться не более 2 ч.**



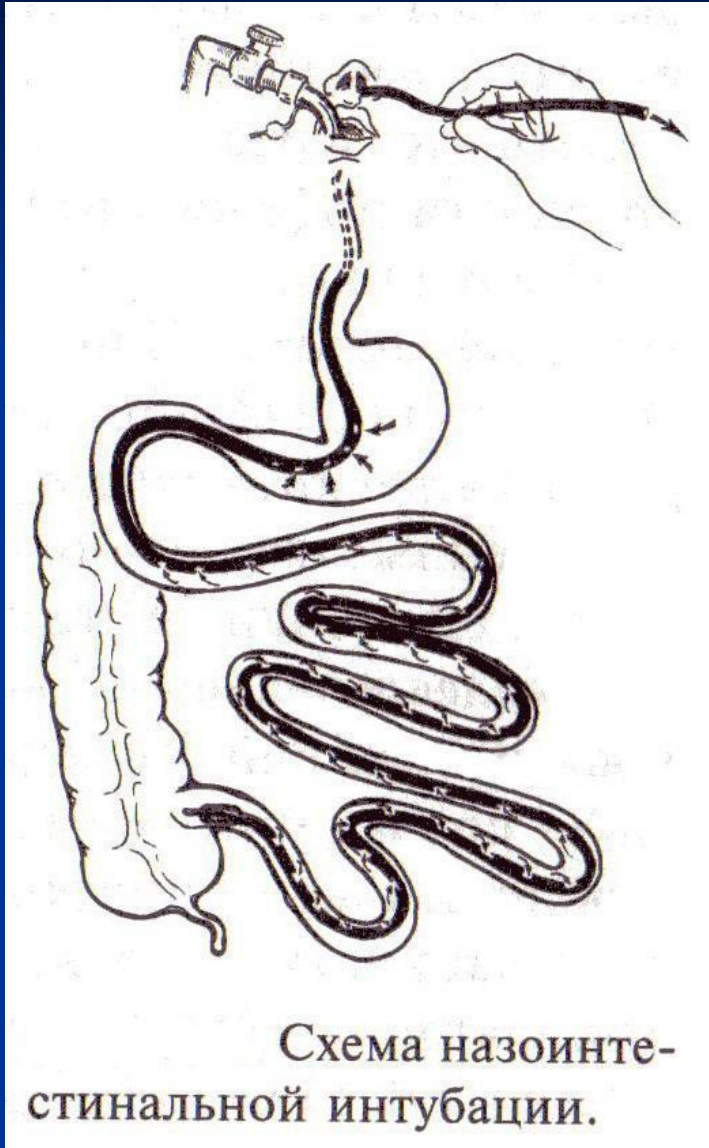
# Оперативное лечение

Наиболее часто используют срединную лапаротомию. После лапаротомия и аспирации экссудата производят анестезию тонкой и толстой кишки, области чревного сплетения введением 100-150 мл 0,25 % раствора новокаина. Место препятствия в кишке определяют по состоянию кишечных петель. Выше места непроходимости кишечные петли раздуты, ниже-находятся в спавшемся состоянии. Нередко детальная ревизия и определение места непроходимости бывают затруднены из-за резкого вздутия кишечника. Поэтому во время операции в тонкую кишку, по возможности до баугиниевой заслонки, вводят длинный двухпросветный назоинтестинальный зонд с множеством отверстий для аспирации содержимого.

# Оперативное лечение

- 1) Герниопластика при ущемленной грыже с погружением жизнеспособной петли кишки в брюшную полость или резекцию нежизнеспособной ущемленной петли;
- 2) Рассечение рубцовых тяжей при спаечной непроходимости;
- 3) Резекцию кишки при некрозе ее сегмента или поражении опухолью;
- 4) Расправление заворота или узла при странгуляции;
- 5) Энтеротомию для извлечения инородных тел (безоар, желчные камни);
- 6) Дезинвагинацию;
- 7) Удаление опухоли с выведением одного или обоих концов резецированной кишки на переднюю брюшную стенку;
- 8) Операции с созданием обходных анастомозов между кишечными петлями, расположенными выше или ниже препятствия.

# Оперативное лечение



Назоинтестинальная интубация обеспечивает опорожнение кишечника на операционном столе и в послеоперационном периоде

# Оперативное лечение

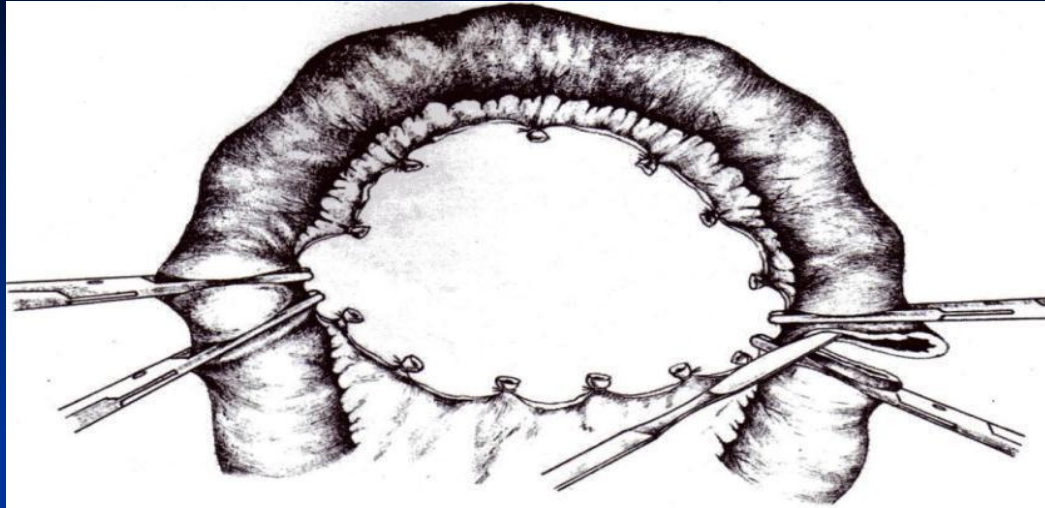


Рис. 207. Резекция тонкой кишки. Пересечение кишки между зажимами.

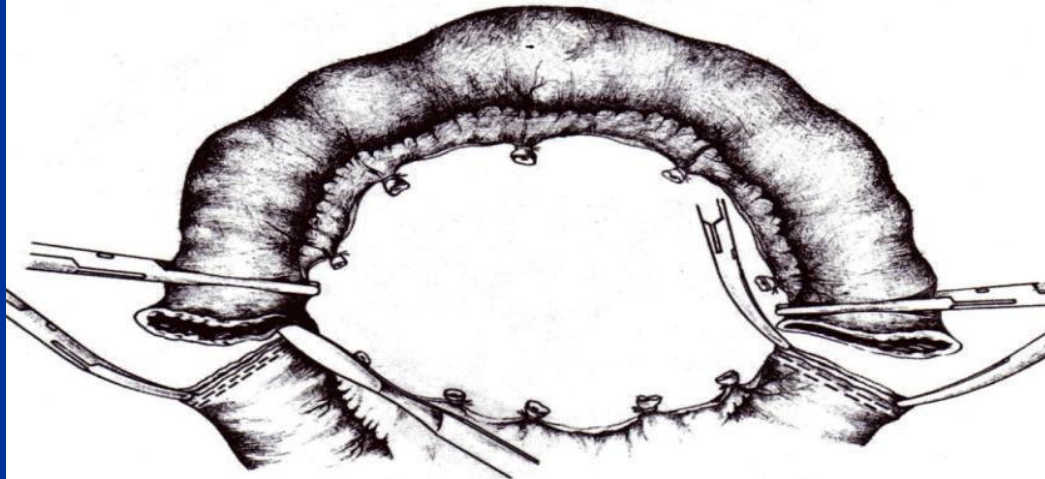


Рис. 208. Резекция тонкой кишки.  
Пересечение кишки между танталовыми швами и зажимами.

# Оперативное лечение

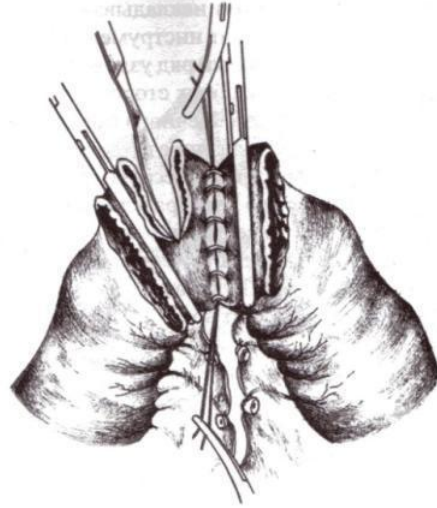


Рис. 209. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец.  
Наложение серо-серозных швов и удаление концов тонкой кишки вместе с зажимами.

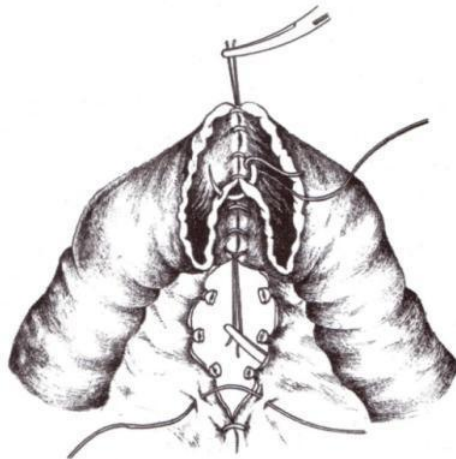


Рис. 210. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец.  
Узловые швы через все слои стенки кишки на заднюю губу анастомоза.



# Оперативное лечение

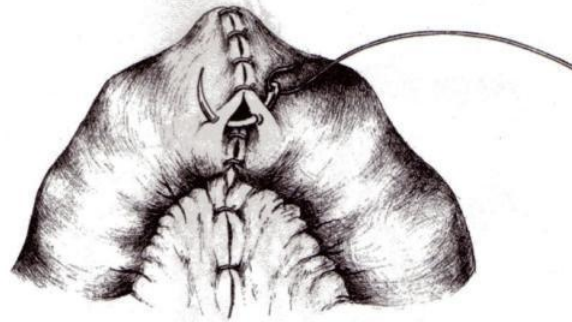


Рис. 211. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец.  
Серо-серозные узловые швы на переднюю губу анастомоза и ушивание окна в брыжейке.

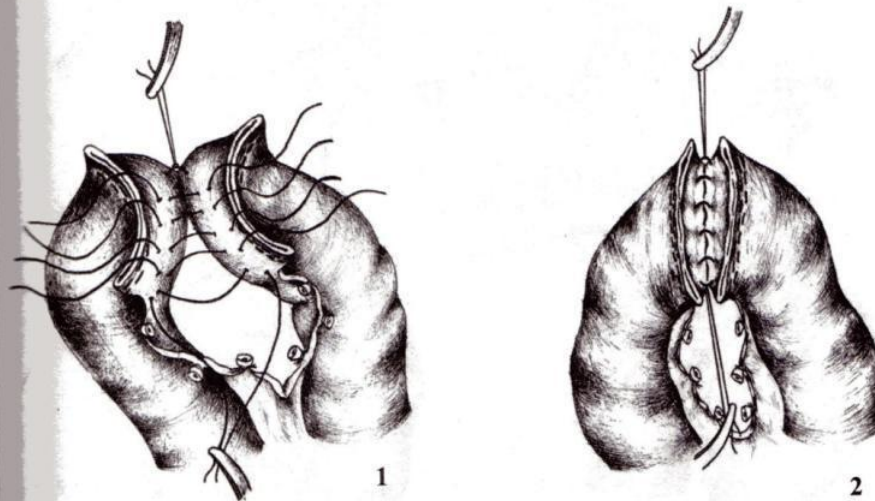


Рис. 212. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец.  
Серо-серозные узловые швы на заднюю стенку анастомоза между танталовыми швами (1, 2).

# Оперативное лечение

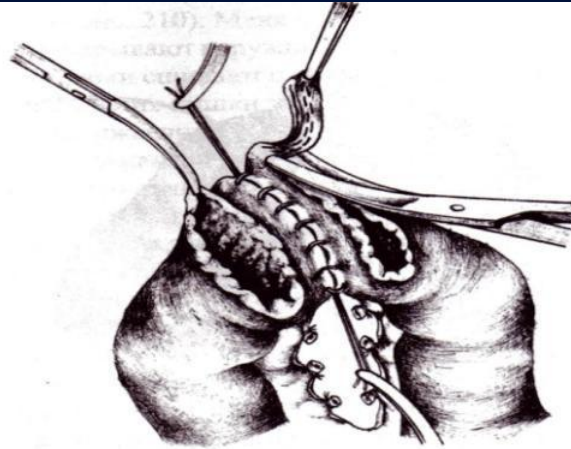


Рис. 213. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец. Иссечение танталовых швов.

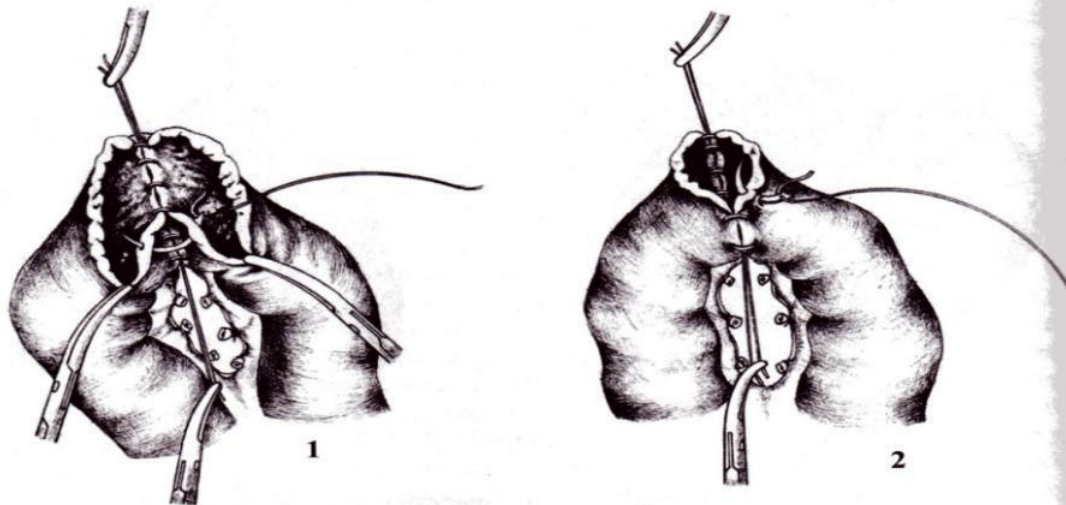
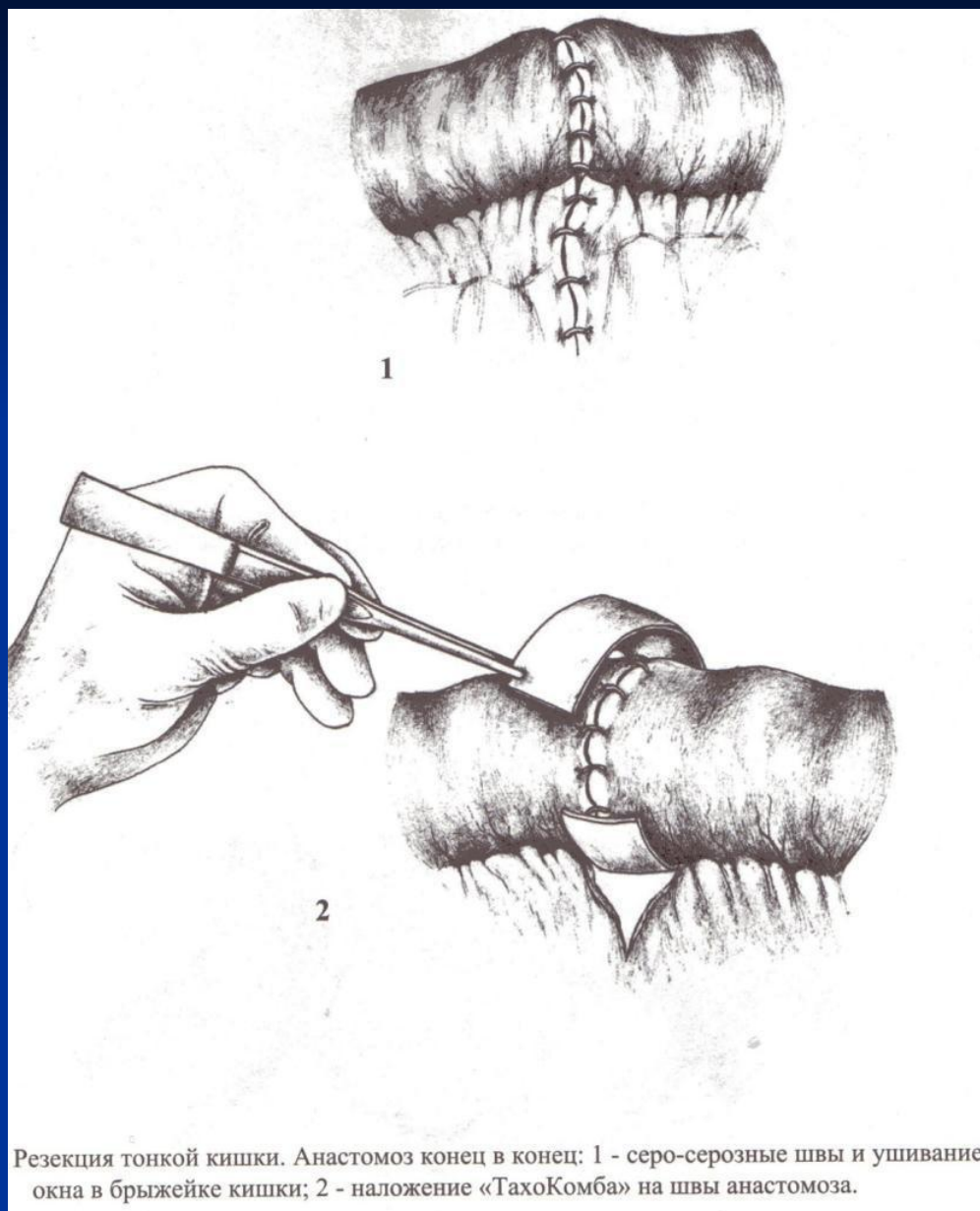


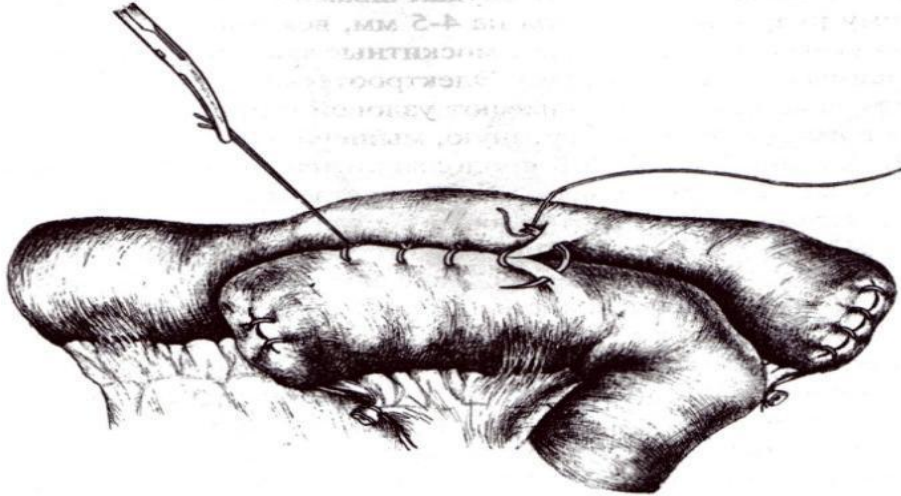
Рис. 214. Резекция тонкой кишки. Анастомоз конец в конец. Ушивание задней и передней стенок анастомоза узловыми швами через все слои (1, 2).



# Оперативное лечение



# Оперативное лечение



Резекция тонкой кишки. Анастомоз бок в бок. Узловой серо-серозный ряд швов.

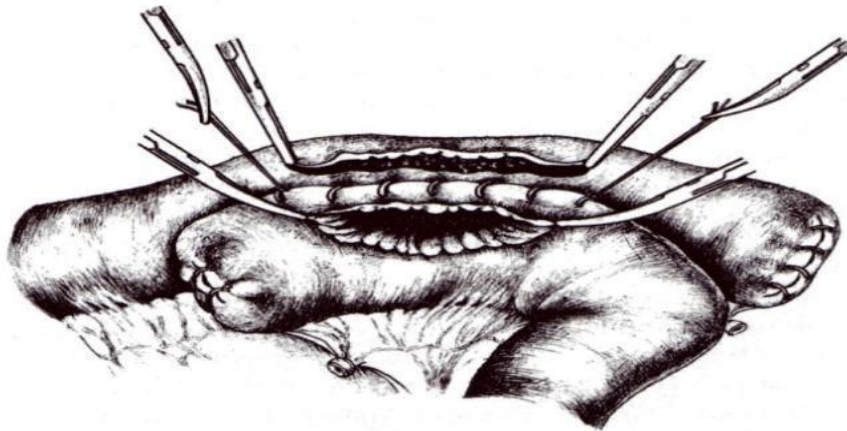


Рис. 219. Резекция тонкой кишки. Анастомоз бок в бок.  
Вскрытие просвета кишок параллельно серо-серозному шву.  
Углы ран взяты на зажимы.

# Оперативное лечение

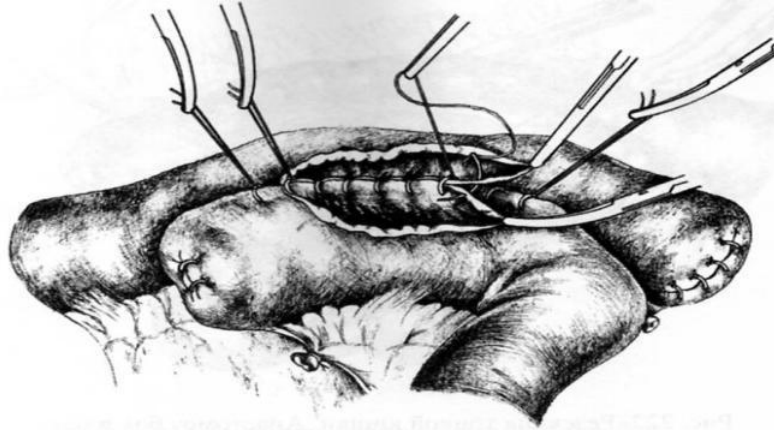


Рис. 220. Резекция тонкой кишки. Анастомоз бок в бок.  
Непрерывный шов на заднюю стенку анастомоза.

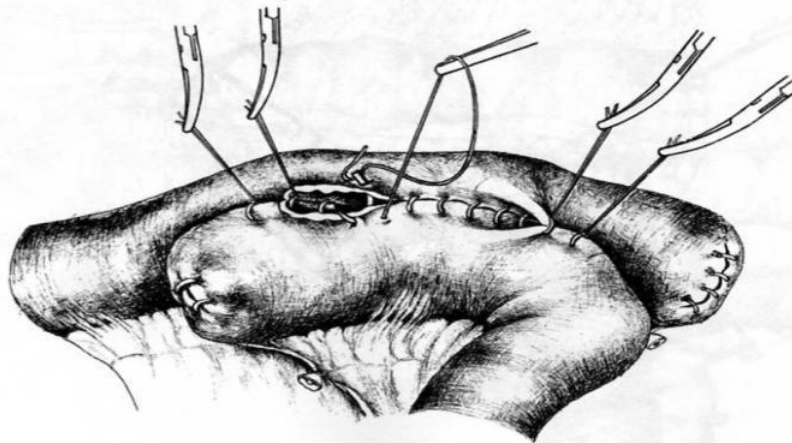


Рис. 221. Резекция тонкой кишки. Анастомоз бок в бок.  
Непрерывный шов через все слои на переднюю губу анастомоза.



# Оперативное лечение

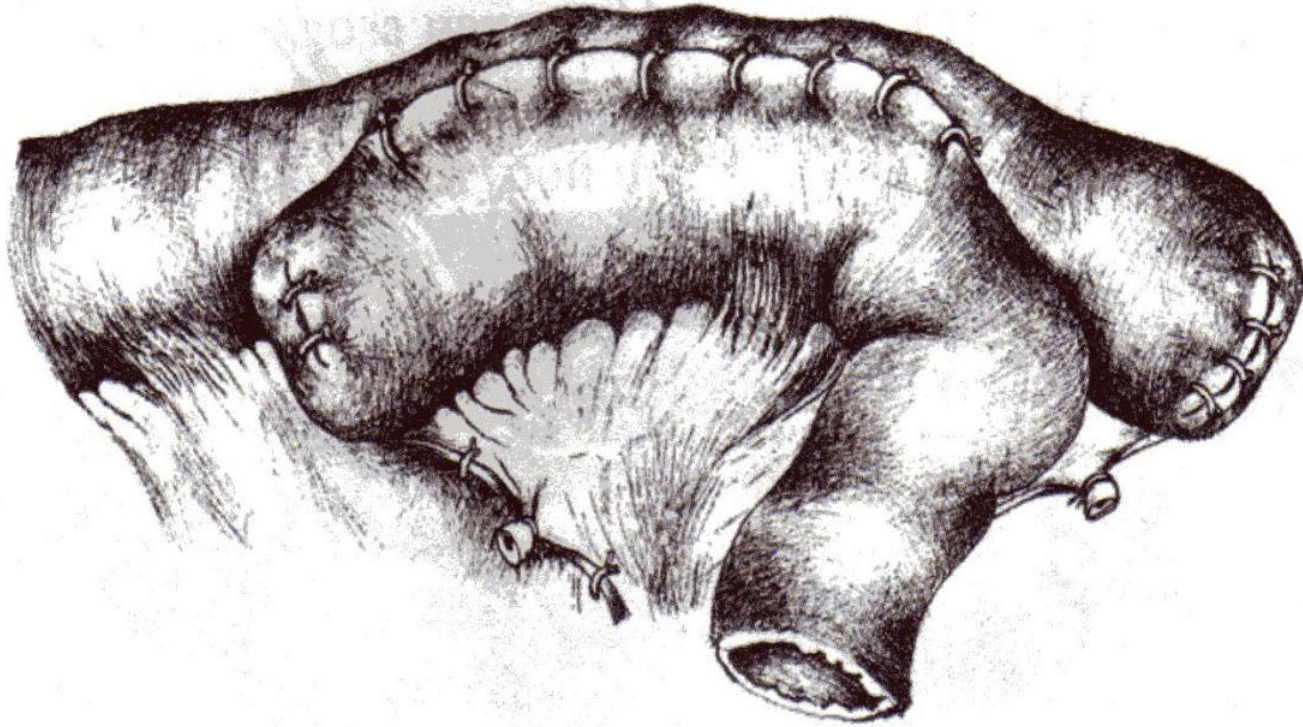
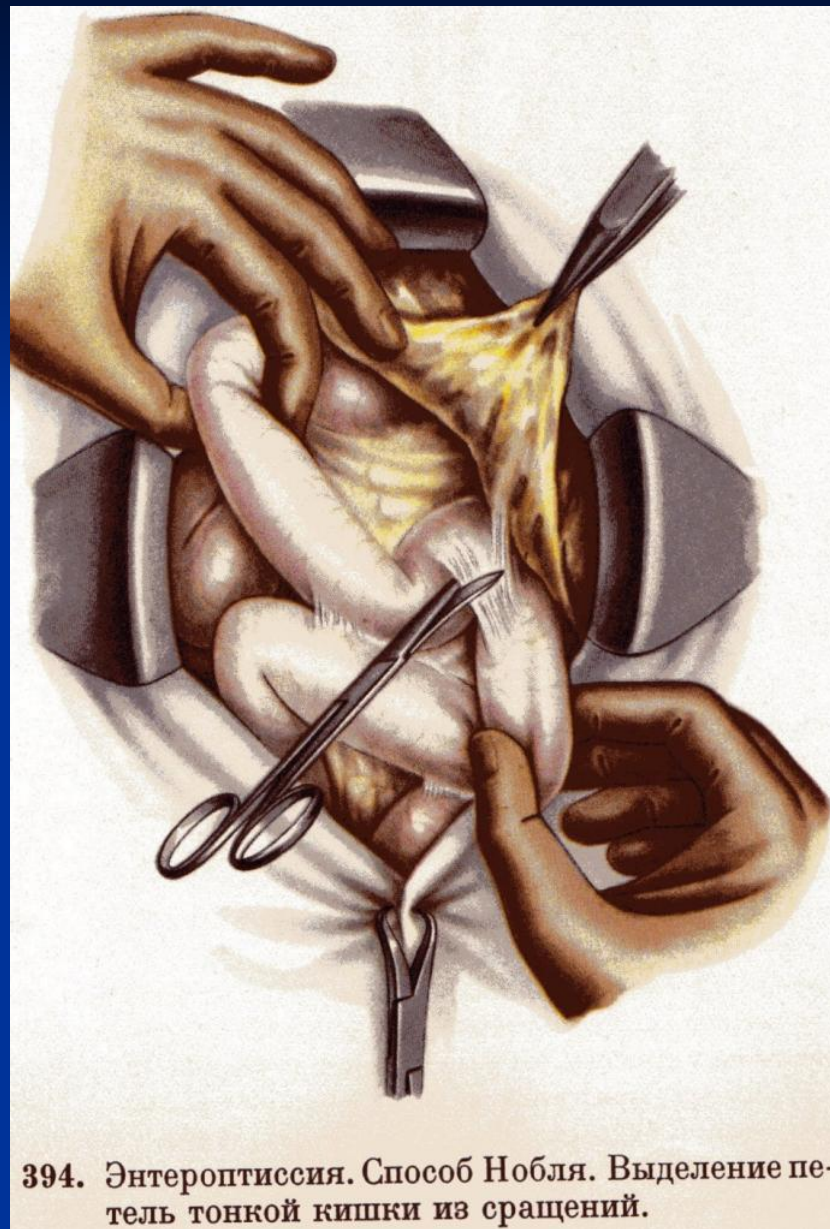


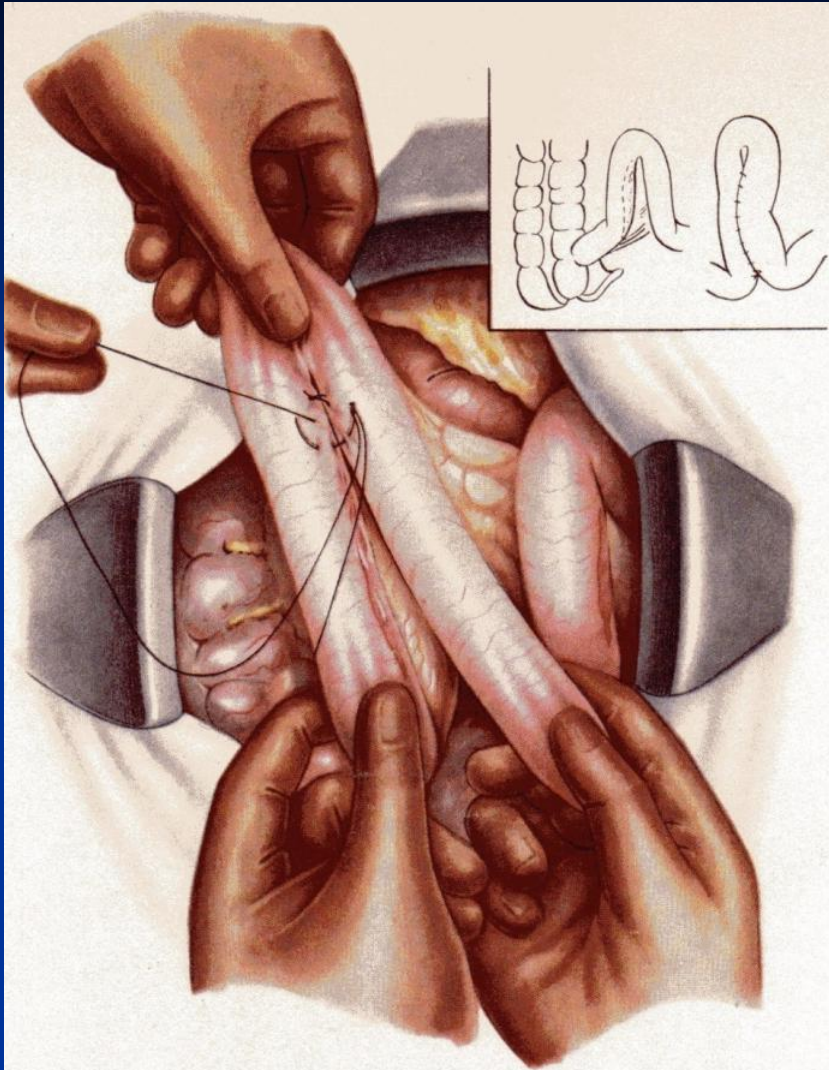
Рис. 222. Резекция тонкой кишки. Анастомоз бок в бок.  
Серо-серозные швы на переднюю губу анастомоза. Узловые швы на брыжейку.

# Оперативное лечение

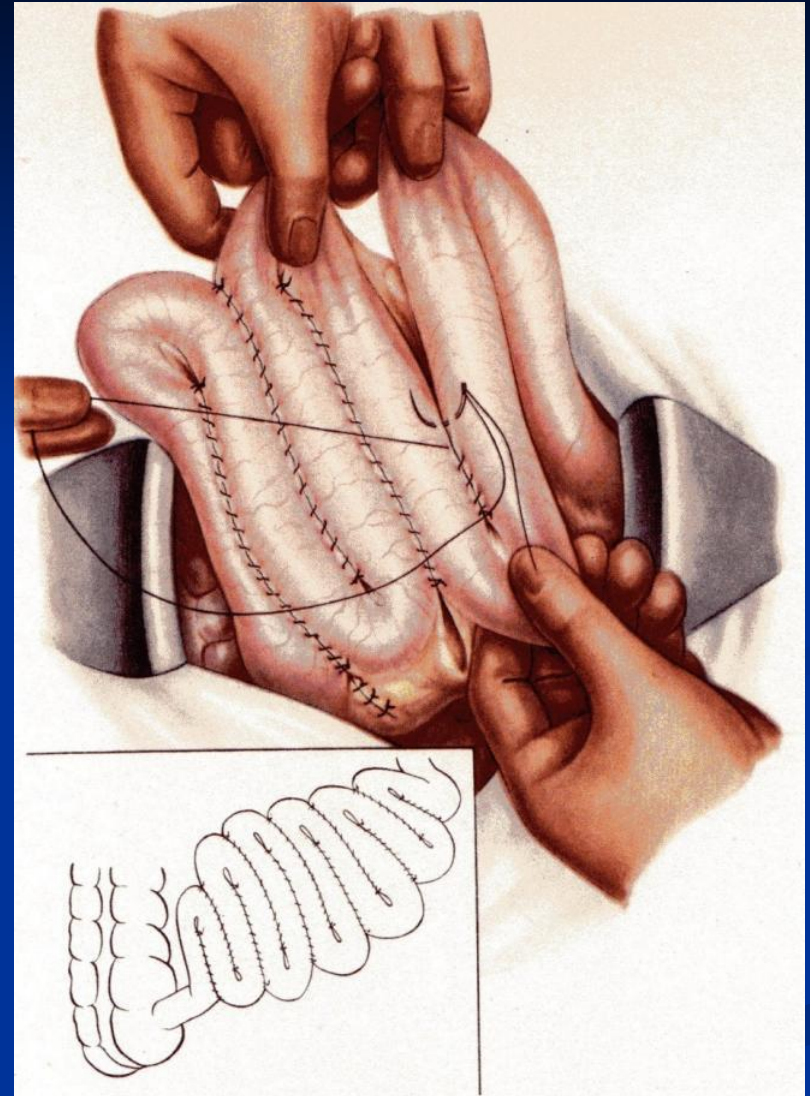




# Оперативное лечение



395. Энтероптиссия. Способ Нобля. Сшивание петли кишки у илеоцекального угла непрерывным серозно-мышечным швом.



396. Энтероптиссия. Способ Нобля. Сшивание последующих петель тонкой кишки между собой.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**