Клинические признаки ОКН: выраженные боли в животе («илеусный крик»), вздутие живота, задержка стула и газов, обезвоживание организма, далее — развитие перитонита. Если непроходимость имеет механическую или сосудистую причину, необходимо экстренное хирургическое вмешательство.

Морфология различных форм ОКН имеет много общего. Возникающие изменения зависят, в основном, от поражения нервного аппарата кишечной стенки и резких нарушений кровообращения кишки. Кроме того, морфологические изменения зависят от механизма развития непроходимости.
 Обтурационная кишечная непроходимость. Изменения развиваются преимущественно в петле кишки выше места обтурации и зависят от нарушения кровообращения в приводящем отделе кишечника. В первые часы после обтурации в сплетениях симпатических и блуждающих нервов в стенке кишки выявляют дистрофические, а затем некробиотические изменения. При этом приводящий и отводящий отделы кишки испытывают резкий спазм, через 7–9 ч наступает паралитическое расширение кишки. При этом в стенке кишки развивается застойное полнокровие, а одновременное расширение артериальных сосудов усиливает застой и отёк. Возникают стазы в сосудах всех слоёв стенки кишки, нередко тромбы и кровоизлияния. Это ведёт к развитию очагов некроза слизистой оболочки кишки, распространению некроза на остальные слои кишечной стенки, нередко с её перфорацией. Через несколько часов от начала заболевания помимо деструктивных процессов развиваются воспалительные.

 Паралитическая непроходимость кишечника. Наиболее частые причины — тромбоз и эмболия мезентериальных артерий, возможны тромбоз или эмболия мезентериальных вен. При этом в кишке образуется геморрагический, реже ишемический инфаркт , его протяжённость зависит от калибра выключенных из кровотока сосудов. Петли поражённых отделов кишечника имеют вишнёво-синюшный, почти чёрный цвет. Стенка кишки истончена, легко происходит разрыв. При гистологическом исследовании наблюдают картину соответствующего инфаркта — некроз стенки с пропитыванием кровью, вокруг инфаркта — воспалительная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация. Наиболее резко страдает слизистая оболочка. Весь тонкий кишечник резко вздут, заполнен водянистой жидкостью и газами. В брюшной полости нередко находят жидкость, иногда развивается гнойно-фибринозный или гнилостный перитонит.

Интересные статьи:

1) Полип эндометрия

2) Хориокарцинома

3) Новообразования миелоидной ткани