

Тексерген: Ш.Қ. Марданов

Кафедра: Балалар хирургиясы

**Тақырыбы: Туа пайда
болған жоғарғы ішек
өтімсіздігі.**

Орындаған: Жанысова Н.С.

606 топ

Тексерген; Аубакиров М.Т.

Ішек өтімсіздігі (ileus) – ішек ішіндегі субстраттардың пассажының бұзылысымен сипатталатын сырқат түрі.

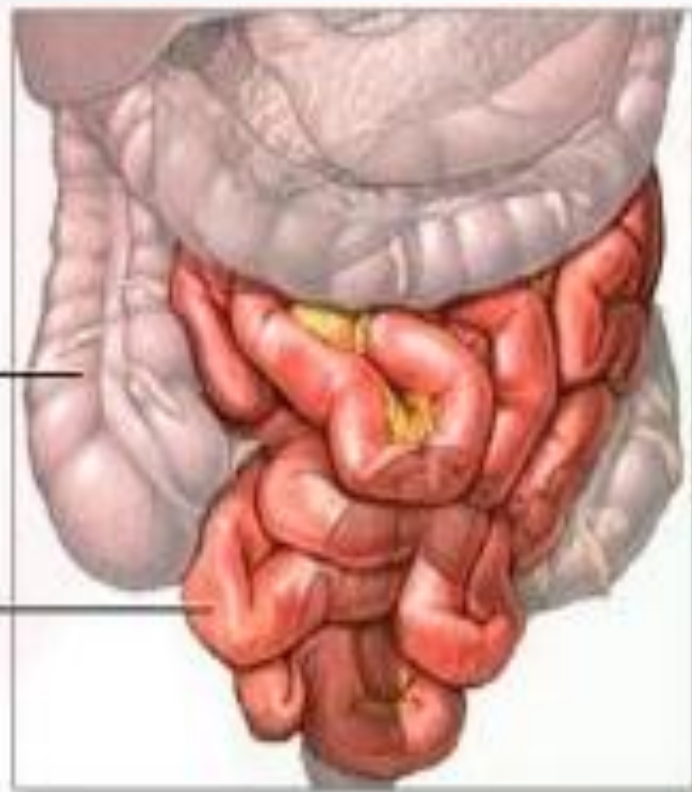
Жіктелуі

1.Туа пайда болған

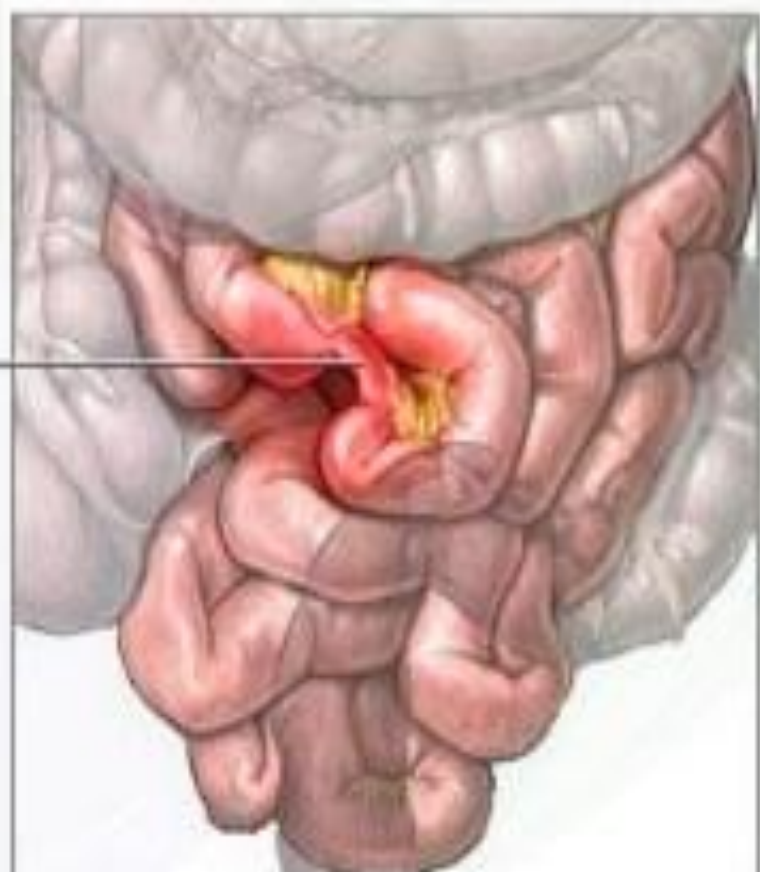
2.Жүре пайда болған

ТОЛСТЫЙ КИШЕЧНИК

ТОНКИЙ КИШЕЧНИК



**КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ**



- *Туа пайда болған ішек өтімсіздігі*
дегеніміз-органогенез (жүктіліктің
3-4 аптасында) кезеңіндегі әртүрлі
факторлардың әсерінен ішектерде
өтімсіздіктің қалыптасуымен
жүретін даму ақауы.

- Балаларда туа пайда болған ішек өтімсіздігі барлық ішек өтімсіздіктерінің ішінде 10-15% құрайды. Туа пайда болған ішек өтімсіздігі пайда болуы органегенез кезіңінде ішек қабырғаларының қалыптасуы, ішек қуысының пайда , ішектердің өсуі немесе айналуының бұзылысы салдарынан дамиды.

Себептері

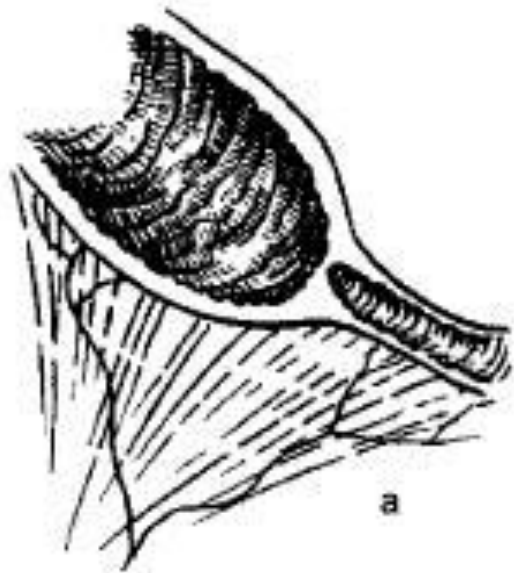
- 1. Ішек түтігінің даму ақауы: атрезии, стенозы, екіесілену.
- 2. Ішек түтігінің иннервациясы мен қанайналымының бұзылыс ақауы: туа пайда болған пилоростеноз, мегадуоденум, неврогенний илеус және Гиршпрунг ауруы.
- 3. Ішек айналуы кезіндегі бұзылыс ақауы: синдром Ледда
- 4. Ішекке жақын жатқан басқада ағзалардың даму ақау салдарынан пайда болған ішек өтімсіздігі: ұйқы безінің даму ақауы, аберантного сосуда, дефекты диафрагмы, киста және ісік, аномалии желткового протока.

- **1.Ішек түтігінің даму ақауы:** атрезии, стенозы, екіесілену.

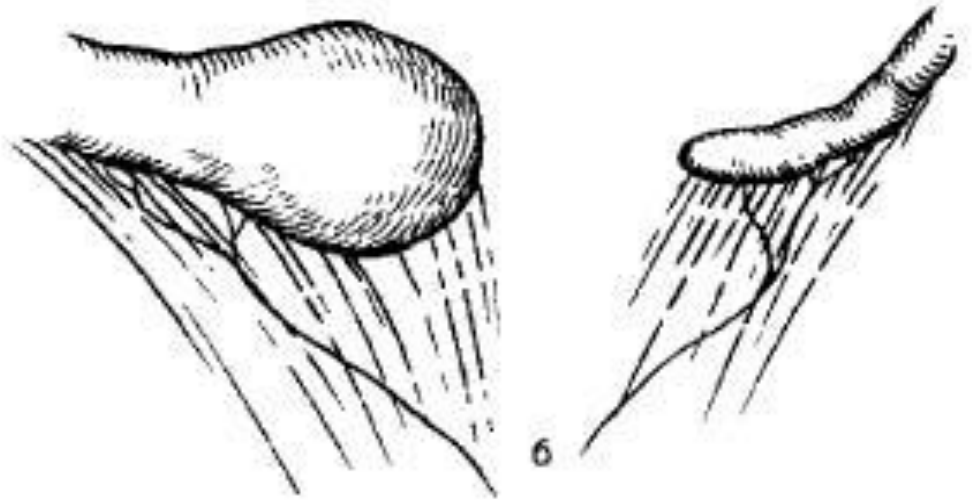
Ішек түтігінің қалыптасуы біріншілік ішегінде бірқабатты эпителиймен жабылған өзек болады, құрсақ қуысы ағзаларының ажыратылу үрдісімен қатар, 5-ші аптадан бастап ішек эпителийінде шапшаң пролиферация жүреді. Өзек біртіндеп тарылып толық облитерацияға дейін жабылады. Осы кездегі тарылуды **тығыз шнур** деп атайды. 45 күннен басап осы үрдіс керісінше даму жолымен вакуолизацияланады. 60 күні ішекте өзек толығымен қалыптасады. Егерде патологиялық үрдістер әсер етсе вакуолизация процесі жүрмейді және нәтижесінде атрезия, стеноз дамиды.



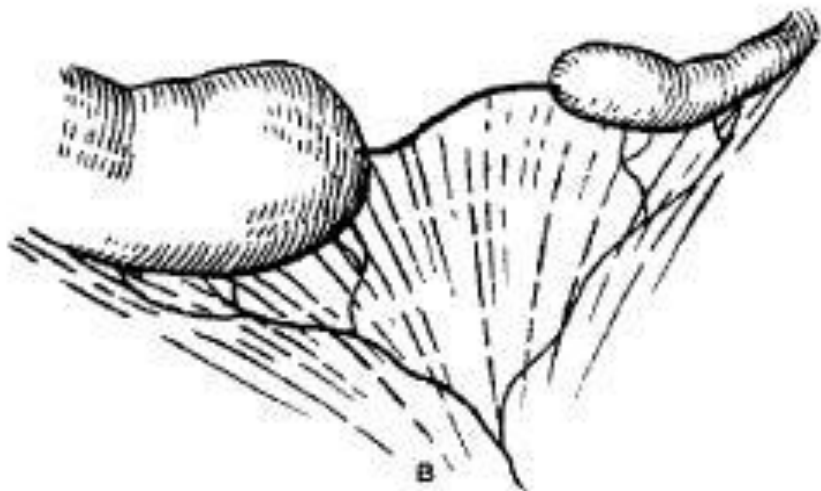
- А. Ащы ішек атрезиясы
- Б.Ащы ішектің фиброзды жіп тәрізді атрезиясы
- В.Жарғақ тәрізді атрезия
- С.Ащы ішектің ішкі қабатының тарылуы.



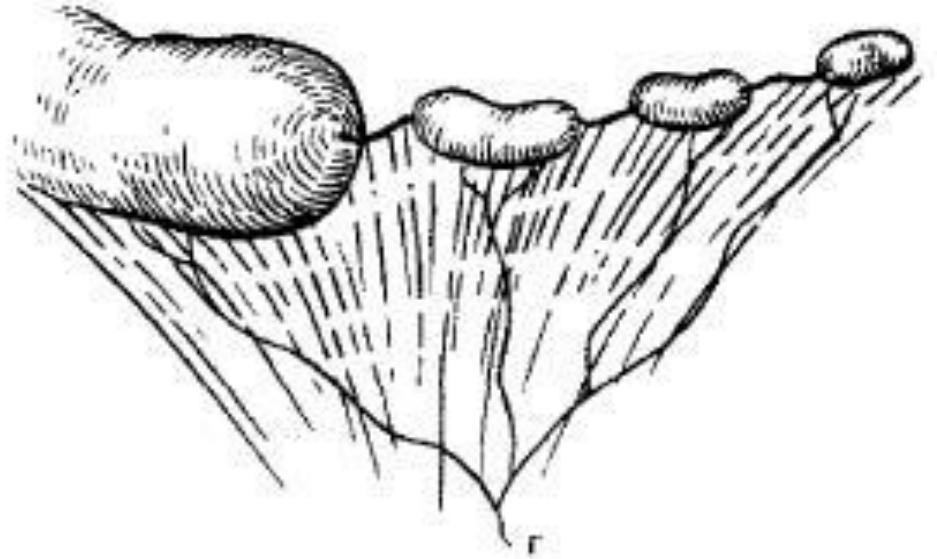
a



b



c



d

- ***2.Ішек айналуы кезіндегі бұзылыс ақауы:*** синдром Ледда

Ішектердің эмбриональдық кезеңдегі айналуы туралы Пэттен, Дюамель, Гросс, Баиров және т.б. толық түсіндірген. Ішекте жүретін барлық айналу үш кезеңге бөлінеді:

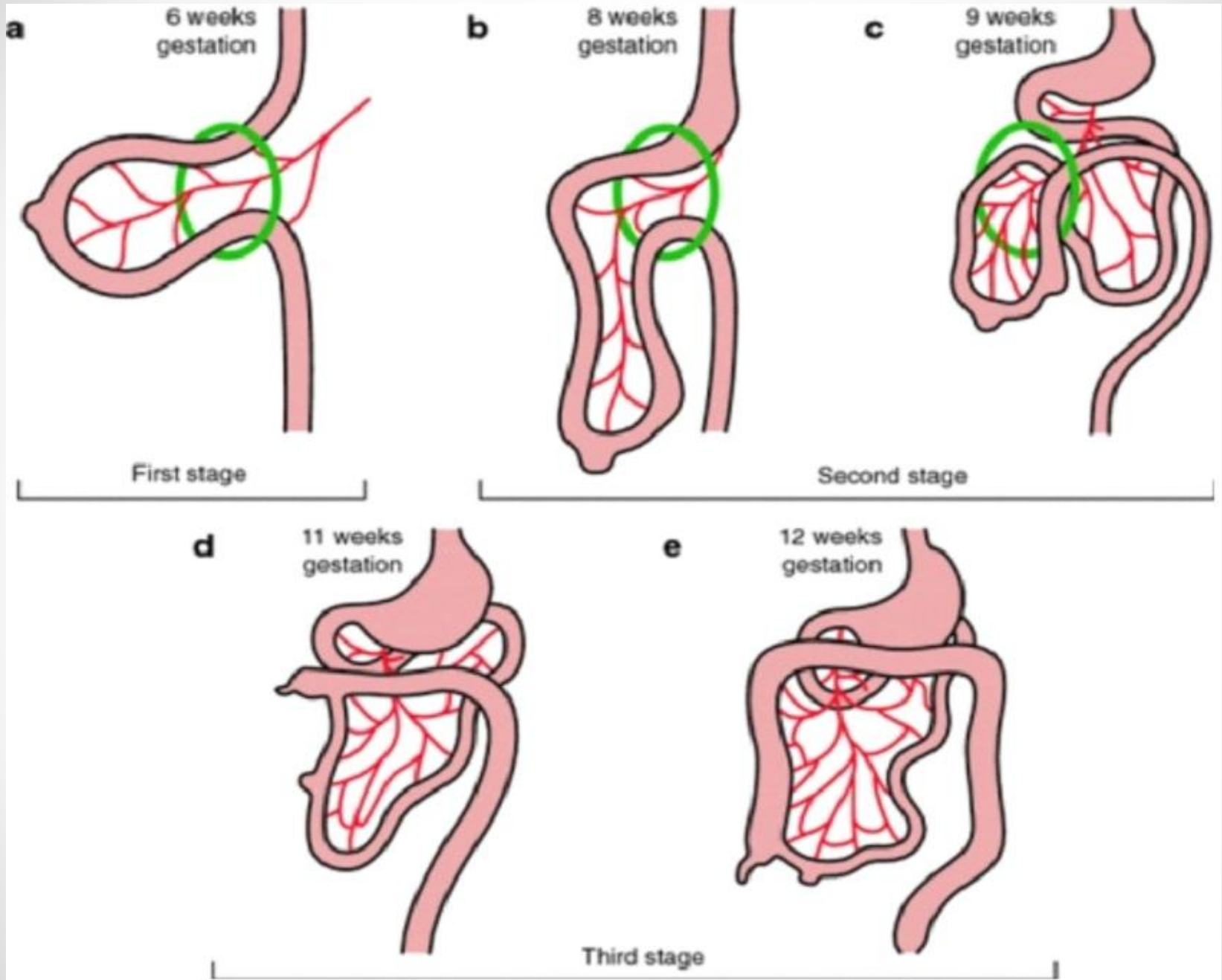
- » I-ші кезең — 7-ден 10-шы аптаға дейін;
- » II-ші кезең -11-ден 16-ға дейінгі апта;
- » III-ші кезең — 17-аптадан бастап.

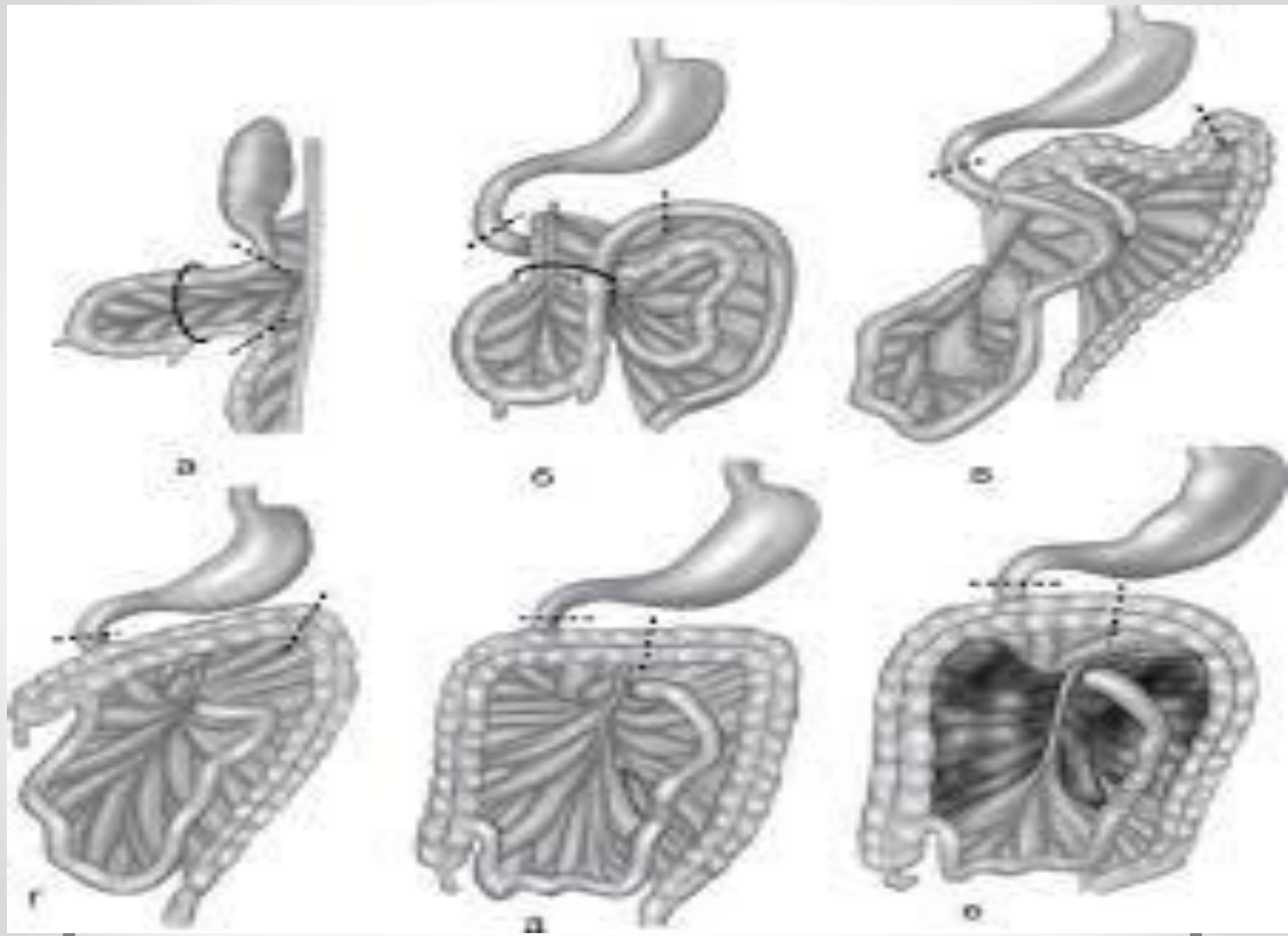


I кезең — ащы ішек ілмегінің айналуымен сипатталады, яғни құрсақ қуысында 90° сағат тілінің бағытына қарсы, жоғарғы шажырқай артериясының қатысуымен және сагитальдық жазықтықтан горизонтальдық жазықтыққа ауысады. Осының нәтижесінде он екі елі ішек пен аш ішек ілмегі шажырқай түбірінен солға қарай, ал терминальдық мықын ішек бөлігі — жоғары өрлеп, соқыр ішек оң жаққа қарай орналасады.

II-ші кезең құрсақ қуысындағы ішектердің айналып қалуынан дамиды. Ішек ілмектері 180°-қа сағат тіліне қарсы жүреді. II-ші кезеңнің нәтижесінде ащы ішек пен 12 елі ішек иілімі шажырқай артериясының жоғарғы жағының астында, ал тоқ ішек он екі елі ішектің алдында орналасады. Ащы ішек шажырқайының эмбриональдық түрі.

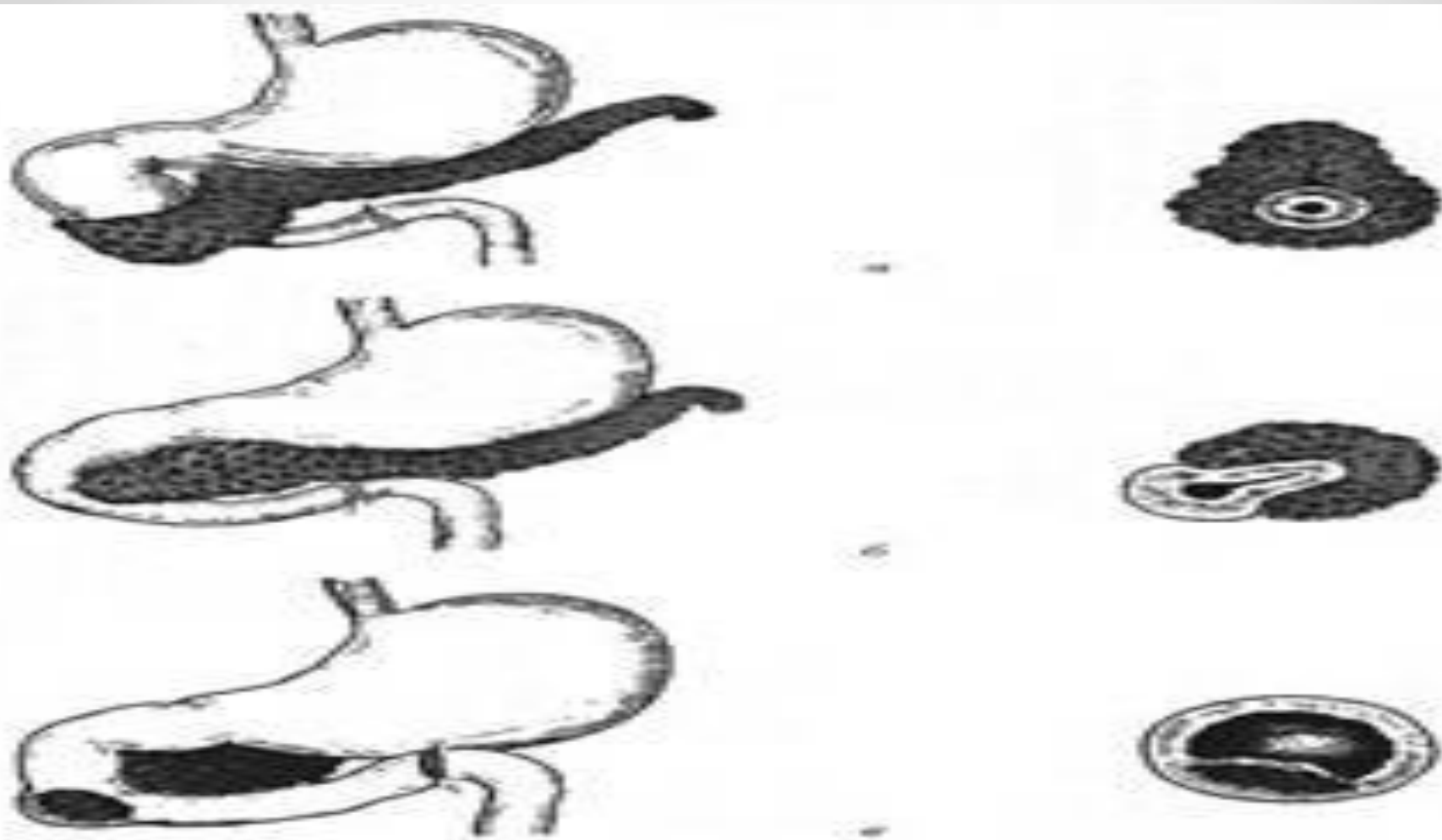
III-ші кезеңде соқыр ішек оң жақ мықын аймағына түседі, ішектер орнына орналасып фиксацияға ұшырайды.





- **4. Ішекке жақын жатқан басқада ағзалардың даму ақау салдарынан пайда болған** ішек өтімсіздігі: ұйқы безінің даму ақауы, аберантного сосуда, дефекты диафрагмы, киста және ісік, аномалии желткового протока.

Асқазан асты безінің туа пайда болған кистофиброзының себебінен мекониальдық ішек өтімсіздігі пайда болады. Оның қызметінің бұзылуы меконийдің физикалық қасиеттеріне әсер етіп, ол тұтқыр және тығыз болады да мықын ішектің терминальдық бөліміне тығындалады. Бұл кезде ішек кеңейе түседі. Соқыр ішек және өрлемелі ішектің дистальдық бөлімінің диаметрі қалыпты жағдайда болып қатқан меконийге толады. Ішектің кеңіген бөлігінің, іште дамыған немесе туғаннан кейін пайда болған перфорациясынан перитонит дамуы мүмкін.



Варианты нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки при пороках развития поджелудочной железы (схема по Г.А. Баирову):

- а - кольцевидная поджелудочная железа;
- б - клешневидная головка поджелудочной железы;
- в - дополнительная долька поджелудочной железы в стенке двенадцатиперстной кишки, которая суживает просвет кишки

Классификация С.Я. Долецкого бойынша.

- 1. Ішек қуысының тарылуына байланысты: толық және жартылай тарылу
- 2. Өтімсіздік ішектің орналасу аймағына байланысты: жоғарғы бөлігі және төменгі ішек өтімсіздігі.

Классификация Г.А. Баиров бойынша

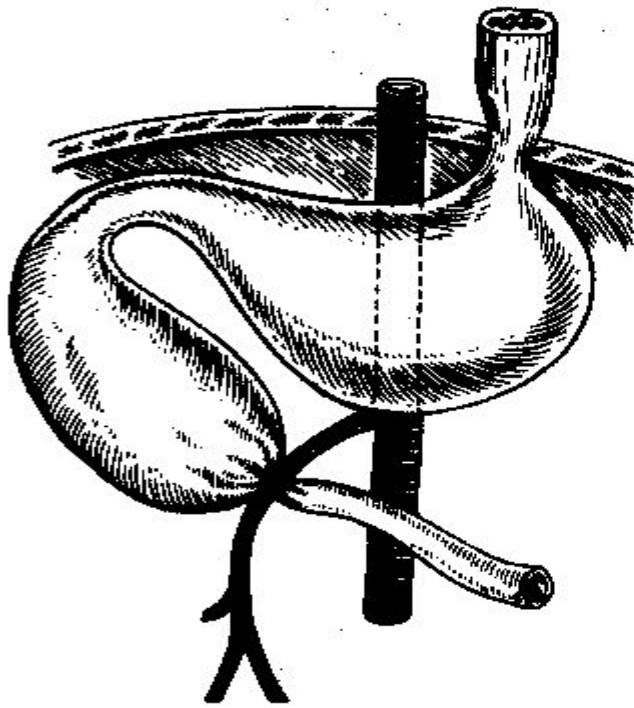
- 1. Жедел
- 2. Созылмалы
- 3. Рецидивирлеуші

Жоғарғы ішек өтімсіздігі

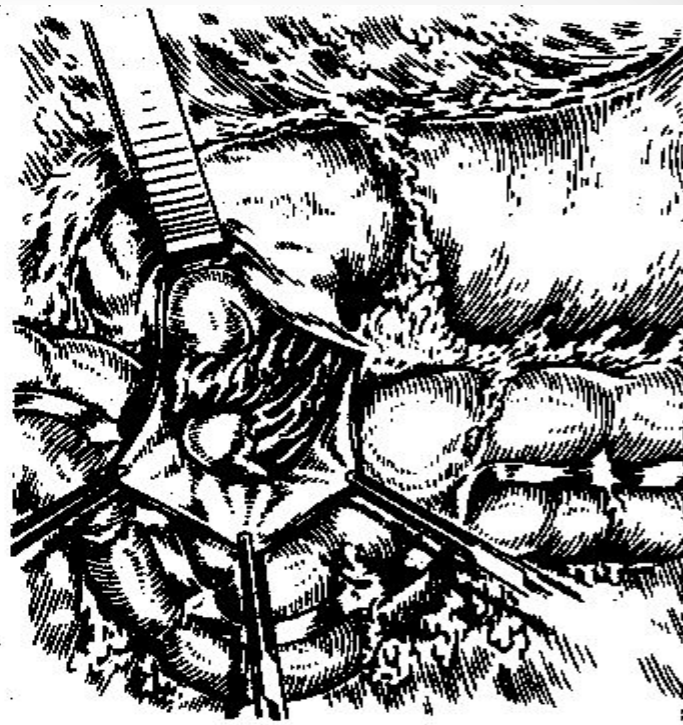
1. Он екіелі ішектің атрезиясы мен стенозы
2. Жіңішке ішек атрезиясы
3. Сақина тәрізді ұйқы безі
4. Ортаңғы ішек айналуы
5. Аберантний сосуд
6. Ледда синдромы

- Он екіелі ішектің атрезиясы мен стенозы ішек қуысының тарылуы немесе мүлдем жоқ болуы..
- **Эпидемиология:** На 6000-7000 живых новорожденных встречается 1 атрезия двенадцатиперстной кишки.
- Себебі түтікшелердің дамымауы.





а



б

Рис. 38. Непроходимость двенадцатиперстной кишки, вызванная сдавлением anomalно расположенным сосудом (а) и кольцевидной поджелудочной железой (б).

Қан тамырларының аномалиясына байланысты ішектің қысылып қалуы.

Клиника

- 1.Баланың жалпы жағдаы 1-ші тәулікте өзгеріссіз.
- 2.Өмірінің омырау емгеннен бастап құсу байқалады тоқтаусыз құсық өт аралас болады егер ол 12 елі ішектің емізікшелерінен төмен орналасқан.
- 3..Аспирационды пневмониямен экзикоздар тез дамиды.
- 4.Мекониидің болуы. Егер өтімсіздік 12 елі ішектің емізікшелерінен жоғары орналасса түсі өзгеріссіз.

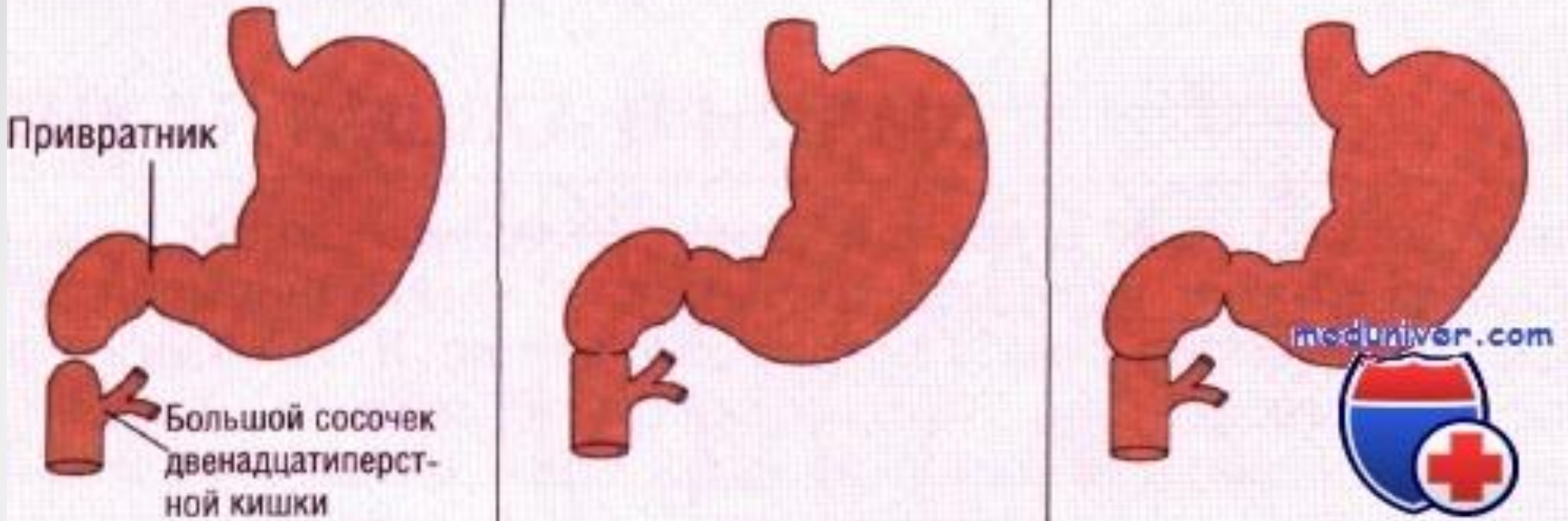
- 5.Динамикада нәрестенің дене салмағының азаюы байқалады тәулігіне 250 гр жоғалтады.2-тәулікте нәрестеде сусыздану белгілері көріне бастауды.
- 6.Объективті қарағанда: нәрестенің жоғарғы іш аймағында яғни эпигастрии аймағы үрленген, төменгі аймағы кішірейген.
- 7.Пальпация кезінде іші жұмсақ ауырсынусыз. Егер нәрестенің ішектердің айналуы болса іш бұлшық еттері қатайған, пальпацияда ауырсынған, мазасыздық байқалады.

Варианты врожденной непроходимости двенадцатиперстной кишки

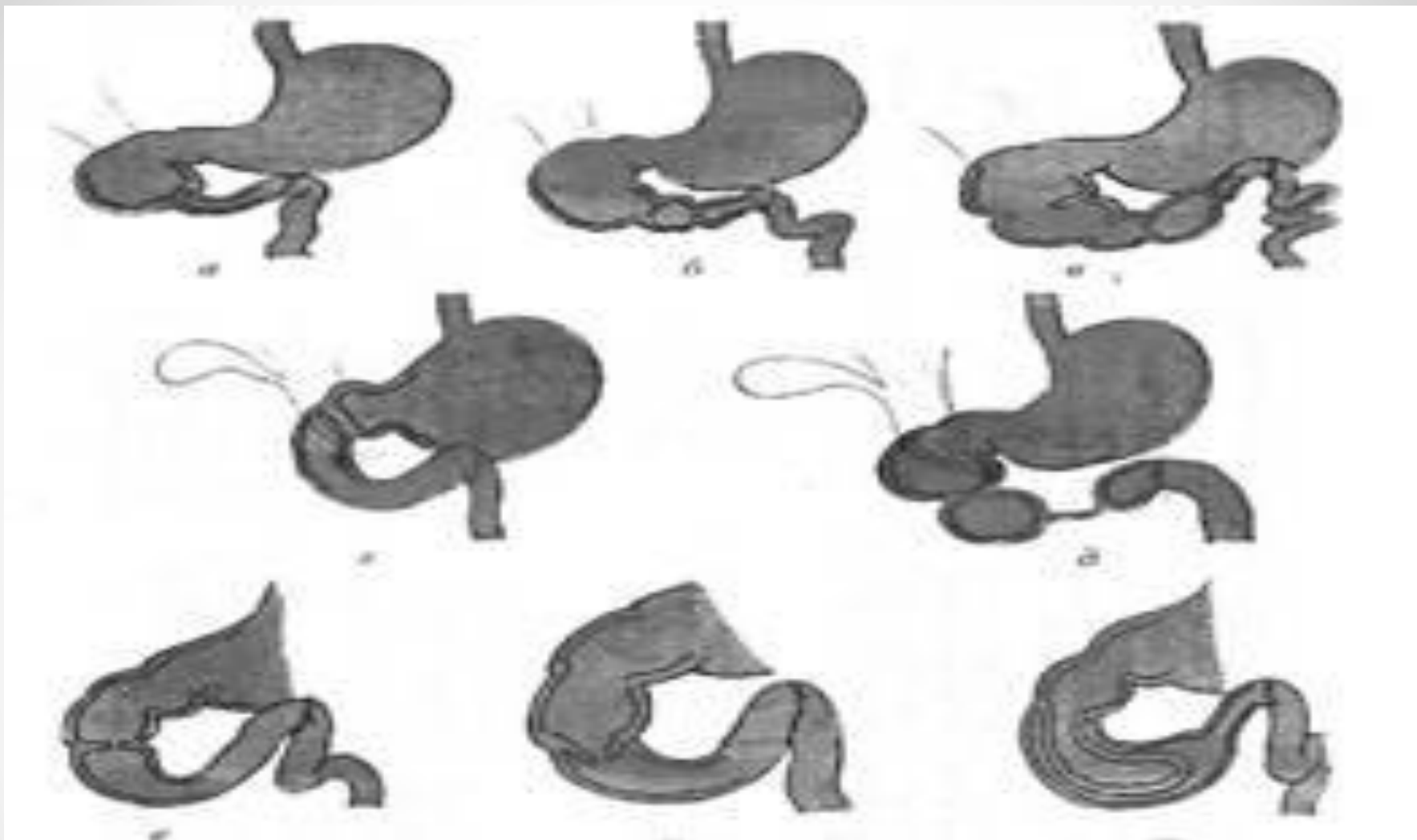
Атрезия

Стеноз

Сплошная перепонка



12 елі ішек атрезиясы
мен стенозы



- Виды мембран двенадцатиперстной кишки (по Г. А. Баирову): по типу: а - сплошная; б, в - множественная; по локализации: г - супрапапиллярная; д - инфрапапиллярная; по форме: е - поперечная; ж - лейковидная; з – мешковидная.

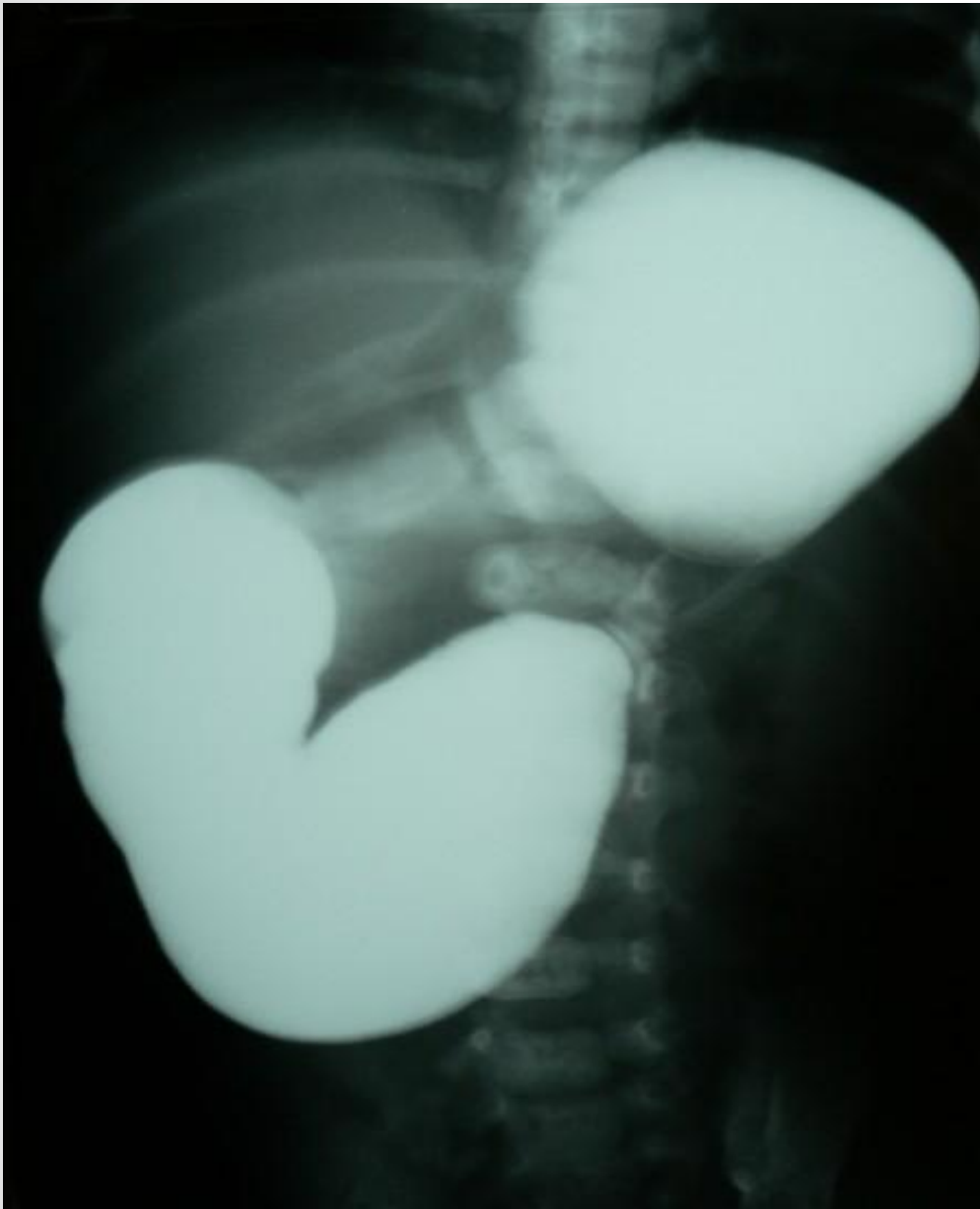
Диагностикасы

Аntenatalді диагностика – диагнозды жүктіліктің 18-20 аптасында қоюға болады (УДЗ зертеуде "двойной пузырь" (double bubble) патогномоничный СИМПТОМ 12 елі ішек өтімсіздіктері кезінде). Жиі синдром Дауна (25-50%), және жүрек ақауларымен (90%) бірге жүреді.

- Рентгенологиялық зерттеу –шолу рентген: вертикалді қалыпта 2 проекциясында - типті симптом *толық* жоғарғы ІӨ (12елі ішек атрезия) – 2 проекцияда газоды көпіршік сұйықтықпен және төменгі ішек аймақтарында газдармен сұйықтықтың болмауы. Осы рентген түсірімінде басқа рентген түсірілімдер қажет етілмейді.
- Егерде 12 елі ішек стенозы болған жағдайда рентген түсірілімінде типті симптом болмауы мүмкін және төменгі ішек аймақтарында газды көпіршіктер болса қосымша ирриграфия тағайындалады. Ол үшін нәрестелерге 25-30% верографин ерітіндісін дайындаймыз оны 2,5-3 рет 76% контрастного затпен араластырады. Содан соң тік ішек арқылы 40-50 мл ерітіндіні жибереміз.



(безконтрастная)
рентгенография
органов брюшной
полости, типичный
\\\"double-bouble\\\",
видно, что в
остальных отделах
брюшной полости
(кишечника) нету
газа.



Видно, как контраст заполняет расширенную двенадцатиперстную кишку, растягивает мембрану, и после этого перетекает в дистальные отделы кишечника через маленькое отверстие в ней.

- Заворот "средней кишки"
- ***Поведение, состояние:*** приступы беспокойства, состояние тяжелое - эксикоз, токсикоз, шок.

Начало заболевания: острое, на 3-5 сутки жизни.

Рвота: срыгивания и частая рвота с примесью желчи и зелени.

Стул: слизь с примесью крови.

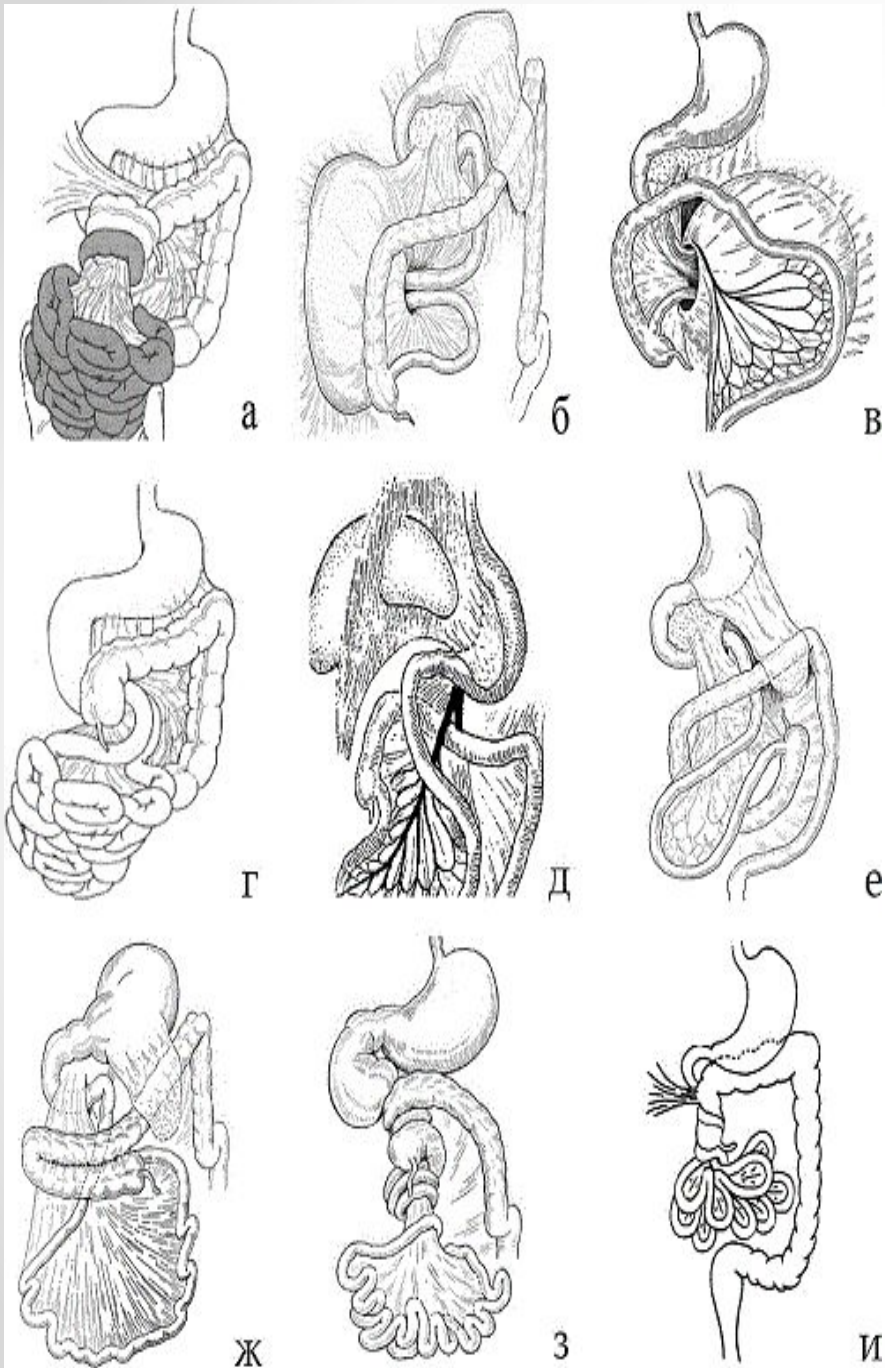
Живот при осмотре: западает.

Обзорная рентгенограмма брюшной

полости: дуоденостаз, расширение двенадцатиперстной кишки.

Мальротация





- Ледда синдромы – бұл ұрықшілік даму кезінде пайда болатын (әдетте жүктіліктің 10-12 аптасында) ішек айналымының анамалиясы және 12 елі ішек пен соқыр ішектің бір жерде түйісіп қалуы.

Синдром Ледда



Дифференциалді диагностика

- Пилороспазм тұрақты емес құсу, құсық массаларында өт қоспаларынсыз.
- *Диафрагмальной грыже* - құсу және тыныс алу жүрек қантамырлары бойынша бұзылыстар байқалады.
- Родовая травма-құсу орталық жүйке жүйесіндегі бұзылыстар, бас ми сүйегінің зақымданулары.

Емі

- Шұғыл түрде оперативті араласулар!

Операция нәрестенің тиянақты дайындағаннан кейін жасалады. Нәрестедегі экзикоз, гомеостазды реттегеннен кейін жүргізіледі.

Операция -12елі ішек атрезиясымен сақина тәрізді ұйқы безі кезінде дуоденодуоденоанастомоз, мембранды 12 елі ішек кезінде мембранэктомия.

- **Операциядан кейінгі кезең**

Нәрестелерге ертерек энтералді тамақтандыруды жүргізі 2 зонд арқылы; 1-асқазанға 2-жіңішке ішекке енгізіледі. Осы зондтар арқылы адаптирленген қоспаларды жіберіп отырылады.

Дуоденодуоденоанастомоз 6-7 тәулікте функцианировать ете бастайды, 8-9 тәулігінде балаға ауыз арқылы тамақтандырып зондтарды алып тасталынады.

НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (

- **НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (НКН)**
Возможна и обязательна антенатальная диагностика порока, т.к. около 15% больных страдают муковисцидозом (до сих пор неизлечимым заболеванием)

Причины НКН :

- Атрезия тонкой или толстой кишки
- Мембрана тонкой кишки
- Меконеальный илеус
- Редкие формы - кистозный перитонит,
- энтерокистома забрюш. пр-ва,
- лимфангиома брыжейки тонкой кишки,
- удвоение тонкой кишки

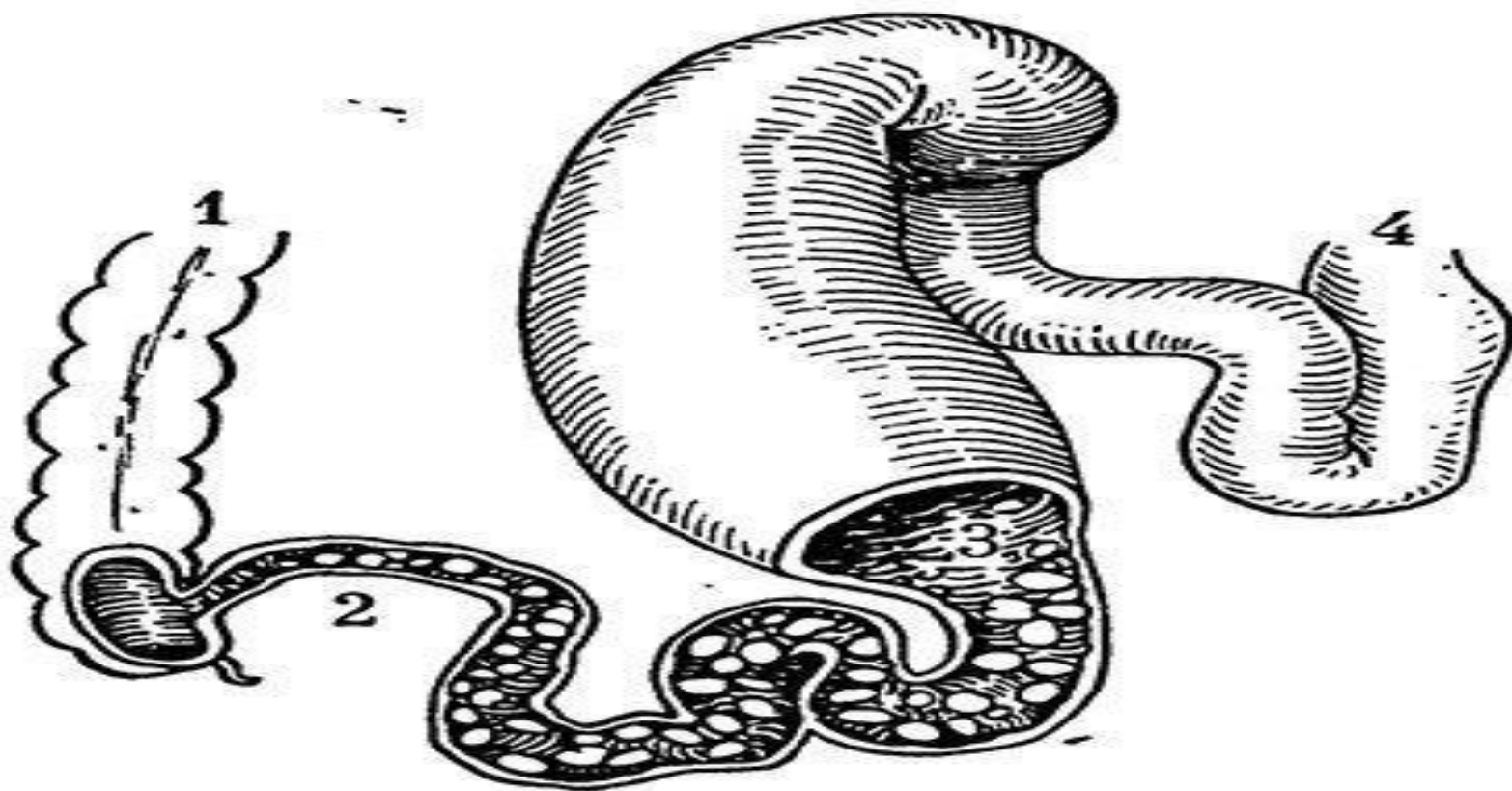
Клиническая картина низкой врожденной кишечной непроходимости

- Одним из основных симптомов низкой кишечной непроходимости является отсутствие мекония. После введения газоотводной трубки или поставленной клизмы у новорожденного выделяются лишь комочки бесцветной слизи.
- Рвота появляется сравнительно поздно, к концу 2–го – на 3–й день жизни, и с приемом пищи обычно не связана. Количество рвотных масс различное (рвота чаще обильная, иногда напоминает срыгивание), но всегда имеется окрашивание желчью. Вскоре рвота принимает мекониальный характер и приобретает неприятный запах.

- Поведение ребенка в первые часы после рождения не дает основания заподозрить патологию, но очень скоро появляется двигательное беспокойство, новорожденный сучит ножками, отказывается от груди или сосет очень вяло, не спит. Общее состояние быстро ухудшается, нарастают явления интоксикации, ребенок становится вялым, адинамичным, кожные покровы принимают серо—землистую окраску, может быть повышенной температура тела (37,5—38 С).

- При осмотре уже в первый день выявляется равномерное вздутие живота, которое быстро прогрессирует. Размеры живота после рвоты не уменьшаются. Через переднюю брюшную стенку контурируются растянутые меконием и газом кишечные петли. Нередко видна их перистальтика, которая в поздние сроки не прослеживается, так как наступает парез кишечника. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. При аускультации выявляются редкие глухие шумы кишечной перистальтики. Пальпация живота болезненна, сопровождается беспокойством и криком ребенка.

- При мекониальной непроходимости иногда (в первые сутки после рождения) удается прощупать колбасовидную подвижную опухоль, соответствующую растянутому меконием терминальному отделу подвздошной кишки.

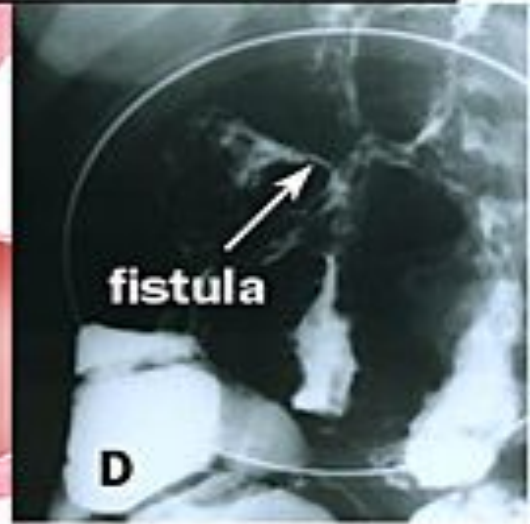
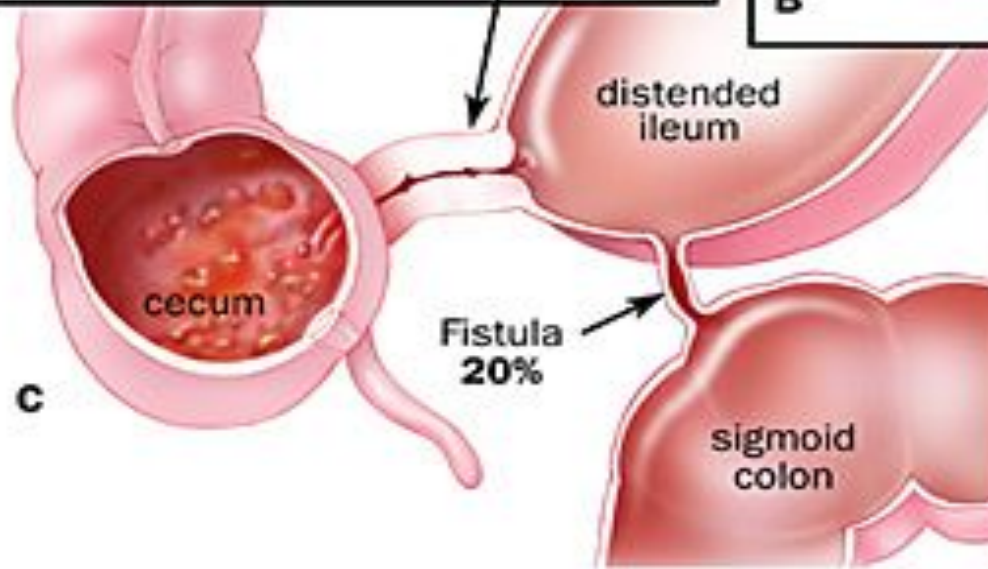
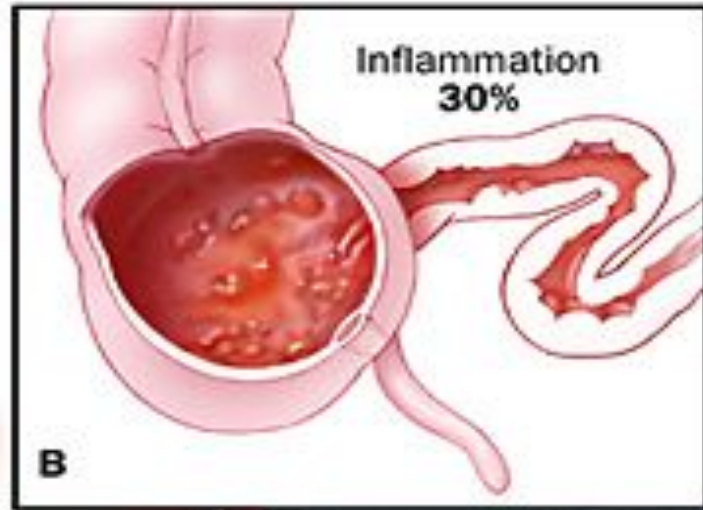
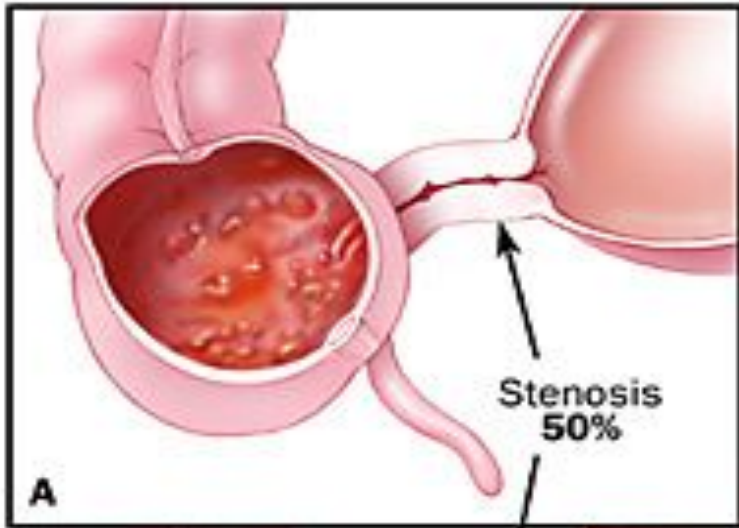


- Если имеется непроходимость, вызванная сдавлением кишки кистой или опухолью, то последние определяются довольно четко Пальцевым исследованием через прямую кишку иногда удается выявить новообразование, которое может закрывать вход в малый таз. Исследование *per rectum* в других случаях низкой непроходимости патологии не выявляет. За пальцем отходит бесцветная слизь.

- Атрезия подвздошной, а также толстой кишки может осложняться мекониальным перитонитом, который возникает вследствие перфорации перерастянутого слепого конца кишки. Общее состояние ребенка при этом резко ухудшается, рвота становится непрерывной, повышается температура тела. Передняя брюшная стенка становится пастозной, видна сеть расширенных венозных сосудов. В паховых областях и промежности вскоре появляется отек (особенно мошонки). Брюшная стенка напряжена. Только ранняя диагностика этого осложнения может дать некоторую уверенность в благоприятном исходе лечения.



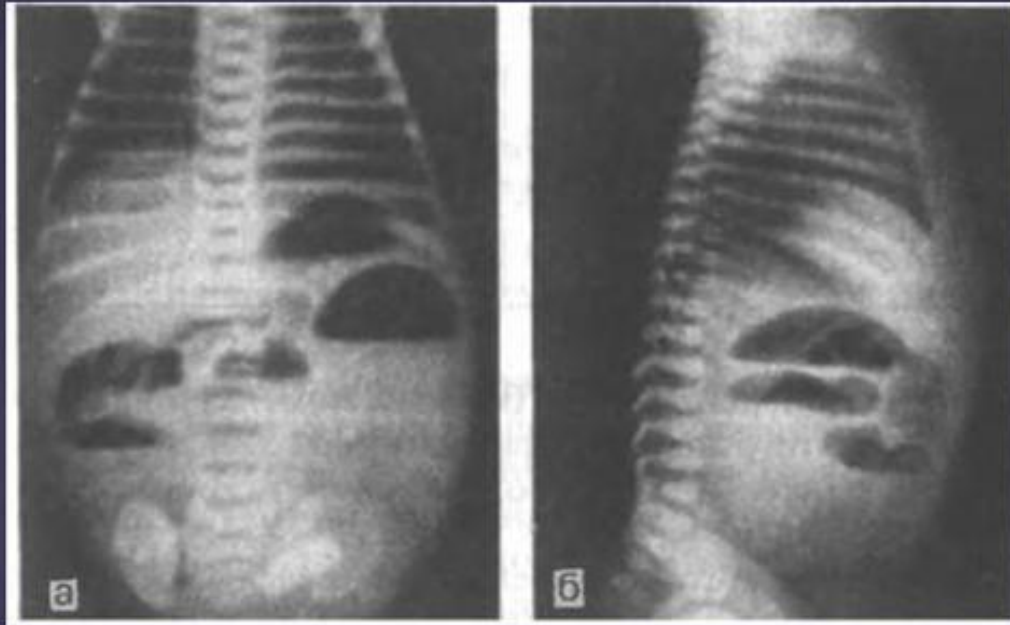




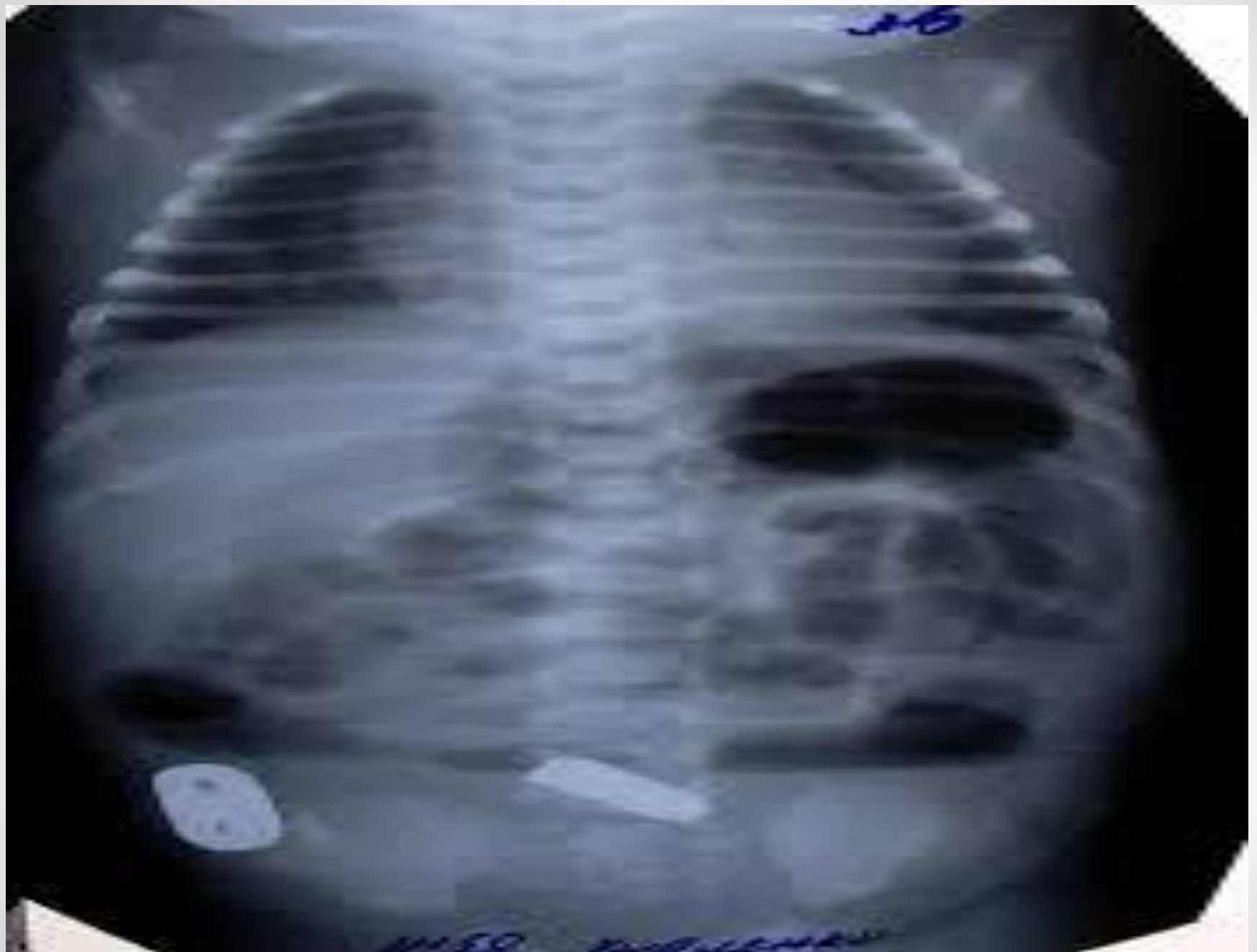
- **Рентгенологическое исследование**
- Рентгенологическое исследование начинают с обзорных снимков брюшной полости. На рентгенограммах определяются раздутые петли кишечника с множественными неравномерными горизонтальными уровнями (непроходимость дистальных отделов подвздошной и толстой кишок) или несколькими крупными газовыми пузырями с широкими уровнями (непроходимость тощей или подвздошной кишки, мекониальная непроходимость). При подозрении на низкую кишечную непроходимость проводится исследование водорастворимым контрастным веществом, вводимым в прямую кишку шприцем через катетер. При низкой непроходимости на рентгенограммах видна заполненная контрастным веществом резко суженная толстая кишка. Перфорация расширенного отдела кишки выше места непроходимости рентгенологически обычно выявляется по наличию свободного газа в брюшной полости.

НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ





Низкая кишечная непроходимость у новорожденного.
Определяются множественные уровни жидкости. Обзорная
рентгенограмма



НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ирригография)



Дифференциальный диагноз

При низкой врожденной непроходимости
имеются сходные симптомы

- с динамической непроходимостью (парезом кишечника)
- болезнью Гиршпрунга.

- Паралитическая непроходимость (в отличие от врожденной) возникает постепенно на фоне тяжелого общего заболевания (перитонит, пневмония, сепсис, энтероколитит), обычно спустя 5–10 дней после рождения ребенка. Явления непроходимости при парезе кишечника выражены недостаточно четко, менее постоянно. Из анамнеза выясняется, что меконий у ребенка отходит нормально, а при осмотре обычно бывает стул (после газоотводной трубки или клизмы). Дифференциальной диагностике помогает рентгенологическое исследование с введением через прямую кишку контрастного вещества. При паралитической непроходимости выявляются хорошо сформированные прямая и сигмовидная кишки с нормальным просветом.

- Болезнь Гиршпрунга (острая форма) с первых дней жизни проявляется отсутствием самостоятельного стула. В отличие от врожденной механической низкой непроходимости можно сравнительно легко добиться отхождения газов и каловых масс консервативными методами (массаж живота, введение газоотводной трубки, клизма). Решающим в постановке диагноза является контрастное рентгенологическое исследование, при котором выявляют характерное для болезни Гиршпрунга расширение просвета толстой кишки с наличием суженной зоны аганглиоза.

Лечение

- При низкой кишечной непроходимости предоперационная подготовка обычно не превышает 2–3 ч и состоит из мероприятий общего порядка (согревание ребенка, введение сердечных средств, витаминов, антибиотиков, промывание желудка) и в тяжелых случаях (при резко выраженной интоксикации, гипертермии) направлена на интенсивную борьбу с этими состояниями.
Кратковременность предоперационной подготовки у детей с низкой кишечной непроходимостью связана с рано развивающимися тяжелыми осложнениями: перфорация кишки, перитонит.

- Лечение НКН • При неосложненных формах - создание T-образного разгрузочного анастомоза, позволяющего соединять сегменты кишки, имеющие большую разницу в диаметре. Во время операции через отводящий отдел за зону анастомоза вводят две трубки: более широкую – в проксимальный сегмент (для разгрузки) и узкую – в дистальный сегмент. Такой вид соединения приводящего и отводящего кишечных сегментов позволяет создать между ними широкое соустье, обеспечивает беспрепятственное опорожнение приводящего отдела, возможность введения питательных смесей в отводящий отдел кишки с целью его тренировки, а также энтерального питания за зону анастомоза уже на 3-и сутки после операции. При таких условиях быстро восстанавливается пассаж кишечного содержимого через анастомоз естественным путем, но при этом нет потерь из энтеростомы.

- При мекониальной кишечной непроходимости по этим трубкам вводят большие дозы панкреатина для "разжижения" содержимого кишки. Трубки удаляют после того, как восстановился пассаж по кишке. Энтеростому можно закрыть уже через 2,5 – 3 недели после операции, но при необходимости оперативное вмешательство может быть отложено на несколько месяцев. Некоторые авторы рекомендуют накладывать при низкой КН анастомоз "конец в конец". Однако, есть угроза несостоятельности из-за большой разницы в диаметре приводящего и отводящего отделов. При атрезии подвздошной кишки в терминальном ее отделе (непосредственно перед илеоцекальным углом) целесообразно накладывать илеоасцендоанастомоз "конец в бок" или "конец в конец". В создании разгрузочной стомы в данном случае нет необходимости

- Лечение НКН (продолжение) • При осложненных формах (при развитии перитонита) - анастомоз лучше не накладывать. В нашей клинике 1-м этапом проводится экономная резекция измененных отделов кишки и создается двойная энтеро- или энтероколостома. В течение 3 недель проводится лечение перитонита. За это время удается, как правило, не только справиться с воспалением в брюшной полости, но и добиться того, что на фоне эффективного опорожнения приводящей кишки ее диаметр значительно уменьшается и становится сопоставимым с диаметром отводящей кишки. 2-м этапом чаще всего удается наложить кишечный анастомоз "конец в конец". Применяют однорядный кишечный шов. Период полного восстановления функции ЖКТ составляет 18 – 21 день, а средний койко-день – около 28 суток. Выживаемость детей с низкой КН, не имеющих несовместимых с жизнью пороков развития или патологии других органов и систем, по данным нашей клиники, 100%-ная. Отдаленные результаты лечения вполне удовлетворительные.

Перитонит у новорожденного

