

# Острая спаечная кишечная непроходимость у детей

г. Красноярск  
2016г.

# *ПЛАН ЛЕКЦИИ:*

- 1. Актуальность.
- 2. Анатомо-физиологические особенности.
- 3. Этиология и патогенез
- 4. Классификация.
- 5. Клиника, диагностика.
- 6. Методы лечения.
- 7. Реабилитация.

# Цель лекции:

- Формирование профессиональных компетенций в вопросах этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и тактики лечения больных со спаечной кишечной непроходимости.



**Проведен анализ лечения 244 детей с  
ОСКН за период с 1994 по 2004 г.г.**

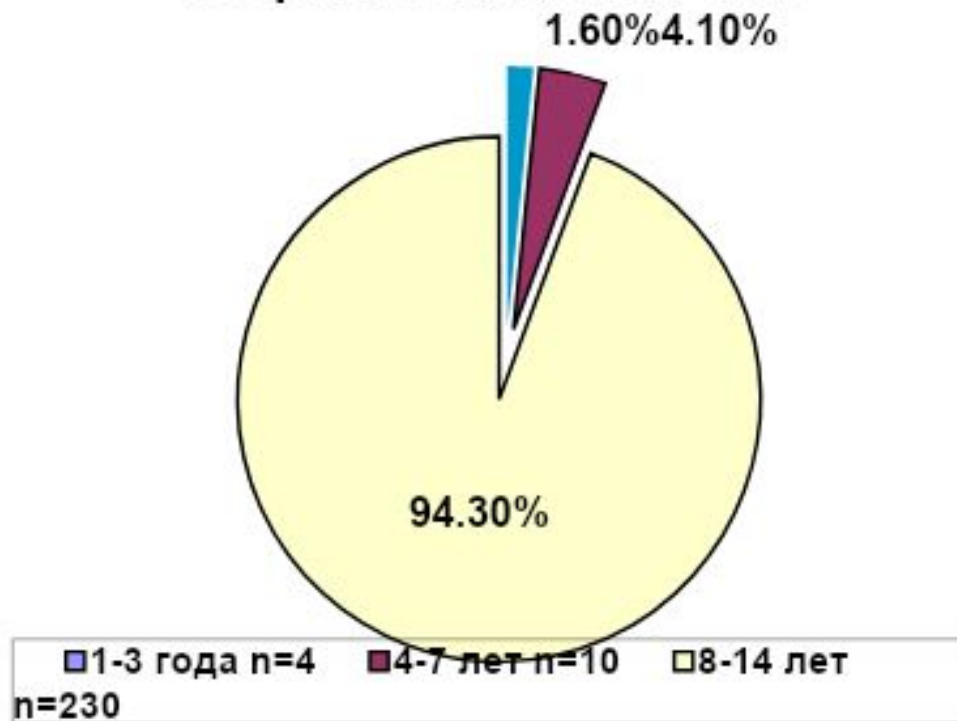
Связь частоты ОСКН с характером первой операции и заболеванием  
n=244



- Аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости при аппендикулярном перитоните - 136 (55,8%)
- Аппендэктомия при неосложненном аппендиците - 97 (39,8%)
- Спленэктомия при травматическом повреждении - 4 (1,6%)
- Дезинвагинация при кишечной инвагинации - 3 (1,2%)
- Операция Соаве при болезни Гиршпрунга - 2 (0,8%)
- Ушивание раны печени при ее разрыве - 1 (0,4%)
- Резекция яичника при кистах яичников - 1 (0,4%)

Основной причиной послеоперационной спаечной болезни явился острый аппендицит – 233 ребенка (95,6 %), причем осложненные перитонитом формы превышали неосложненный аппендицит в 1,4 раза.

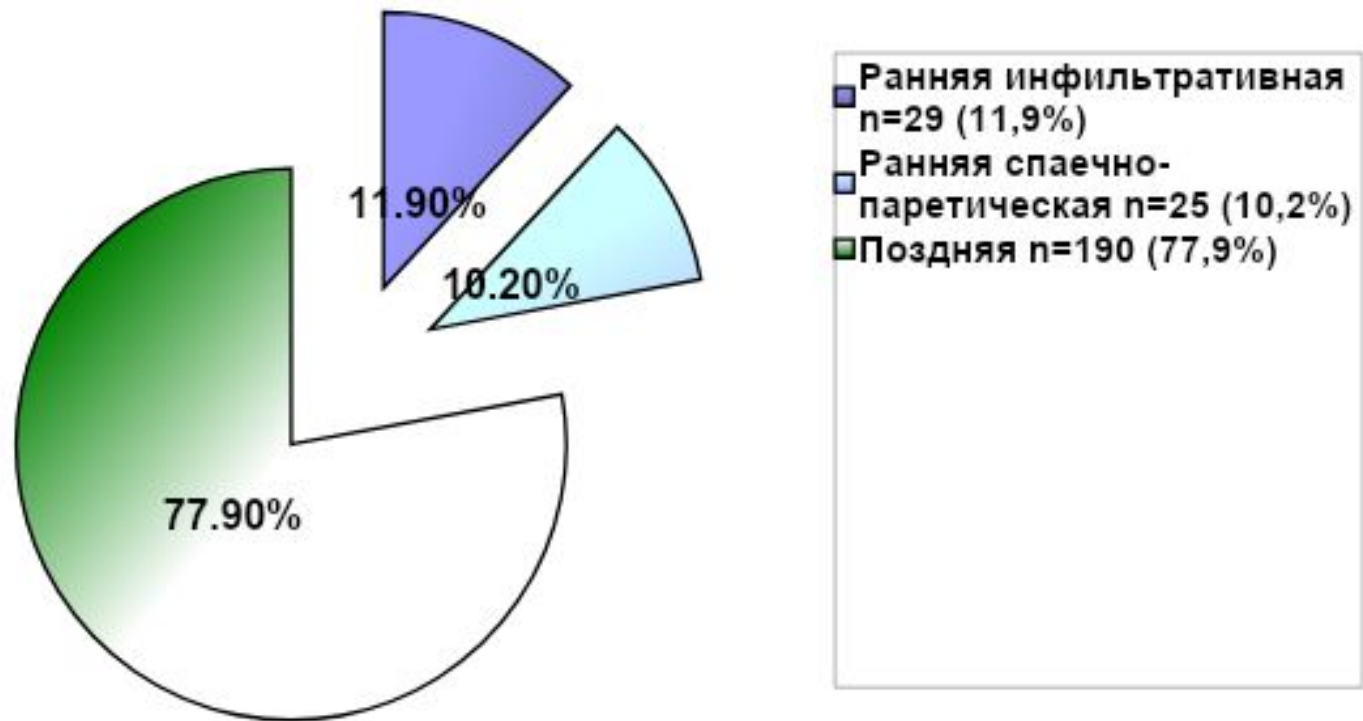
## Возраст больных n=244



**Преобладают дети старшей возрастной группы, дети младшего возраста составили 1,6% наблюдений.**

**Распределение по полу было примерно равным: девочек - 125 (51,2%), мальчиков - 119 (48,8%).**

# Формы острой кишечной непроходимости n=244



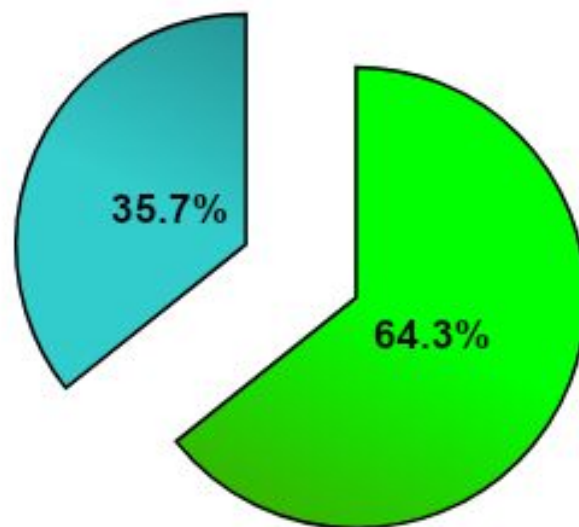
## Показания к операции

Неэффективность консервативной терапии и наличие вышеперечисленных рентгеноконтрастных признаков в течение 6-12 часов являлись показанием для оперативного лечения.

Из 139 детей прооперированы 52 (37,4%). У 87 (62,6%) консервативная терапия оказалась эффективной.



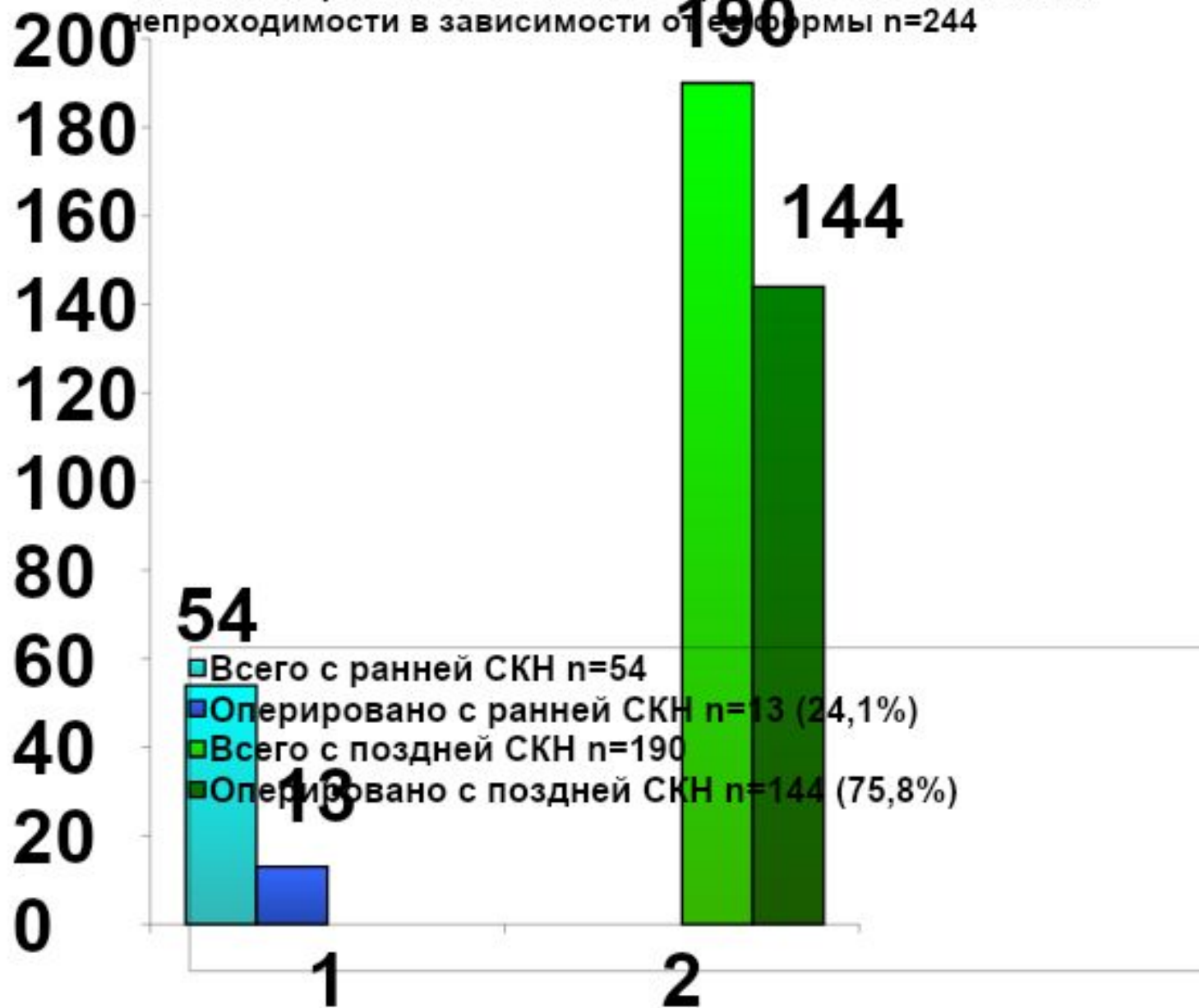
## Лечение детей с ОСКН n=244



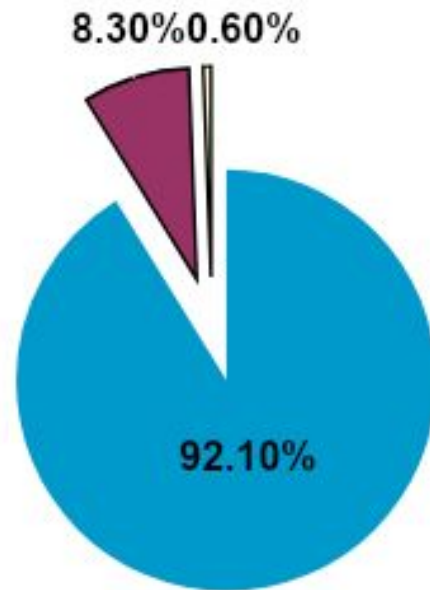
■ Оперативное лечение n=157    ■ Консервативная терапия n=87

**Всего с ОСКН оперировано 157 детей (64,3%), у 87 (35,7%) детей консервативная терапия была эффективной.**

Частота оперативного лечения острой спаечной кишечной непроходимости в зависимости от ее формы n=244



## Способы оперативного лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (n=157)



- Рассечение спаек  
n=143
- Резекция сегмента  
кишки (анастомоз)  
n=13
- Резекция кишки  
(илеостома) n=1

Интраоперационно выполнялась трансназальная (до слепой кишки) интубация кишечника с декомпрессией и удалением застойного содержимого).

При выраженном спаечном процессе проводилось распределение петель кишок на зонде в виде батареи в горизонтальном положении (операцию Нобля не делали).

Повторное оперативное лечение было у 10 больного (6,4%). Летальных исходов не было.

**Частота развития спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде у новорожденных в зависимости от характера патологии (n=295)**

<b>Характер патологии</b>	<b>Количество оперированных больных</b>	<b>Количество больных со спаечной кишечной непроходимостью</b>
Пороки развития ЖКТ	217	21 (9,7%)
Перитониты	78	19 (24,4%)
<b>ВСЕГО</b>	<b>295</b>	<b>40 (13,6%)</b>

# Классификация кишечной непроходимости (Чухриенко Д.П.)

- I. По происхождению:
  1. Врожденная
  2. Приобретенная

# Сроки доставки детей в стационар

До 6 часов	6-12 часов	12-24	Свыше 24 часов
6 (3,8%)	20 (12,7%)	69 (42,7%)	62 (38,7%)

## ■ II. По механизму возникновения:

### 1. Механическая

а) Странгуляционная (заворот, узлообразование, спайки)

б) Обтурационная

в) Смешанная (инвагинация)

### 2. Динамическая

а) Спастическая

б) Паралитическая

### III. По клиническому течению:

1. Частичная
2. Полная
3. Острая
4. Хроническая
5. Рецидивирующая



# Классификация по срокам возникновения

- Спаечная кишечная непроходимость:
  1. Ранняя (обтурационная)
    - а) спаечно-паретическая (3-4 день)
    - б) спаечно-инфильтративная (5-14 день)
    - в) простая (5-14)
  2. Ранняя отсроченная (3-4 день)
  3. Поздняя (через месяцы и годы)

## ■ Признаки, подтверждающие ОСКН:

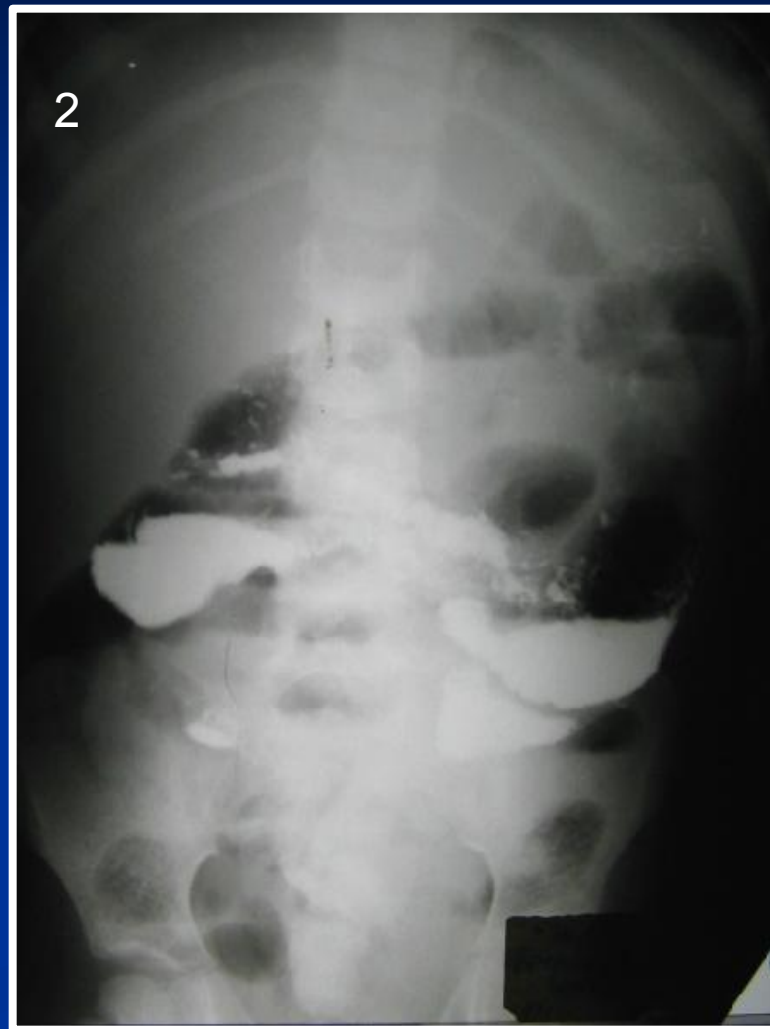
- нарушение пассажа – отсутствие контраста в толстой кишке через 6-8-12 часов
- не меняющая локализацию, «стабильная» в динамике (при повторных исследованиях) задержка контраста в виде горизонтальных уровней, что свидетельствовало о фиксации кишечных петель спаечным процессом

# Алгоритм ведения детей, поступающих с ОСКН:

- **клиническое обследование ОСКН**
- **обзорный снимок брюшной полости**
- У 105 (43%) больных (больные с поздней формой ОКН) при наличии ярких клинических признаков и достоверных обзорных рентгенологических данных необходимости в дополнительных диагностических мероприятиях не было и они оперированы в первые 2-3 часа после поступления
- У 139 (57%) больных (больные с ранней спаечно-паретической, инфильтративной и поздней ОКН) потребовались дополнительные методы исследования. Выполнялось УЗИ брюшной полости и рентгенконтрастное исследование.



# Задержка контраста в динамике исследования по типу «стабильной»



# «Бариевый камень» в просвете тонкой кишки у новорожденного с ОСКН



**Контраст в просвете  
желудка  
(начало исследования)**



**Контраст в тонком кишечнике  
и просвете восходящей толстой  
кишки (через 4 часа)**



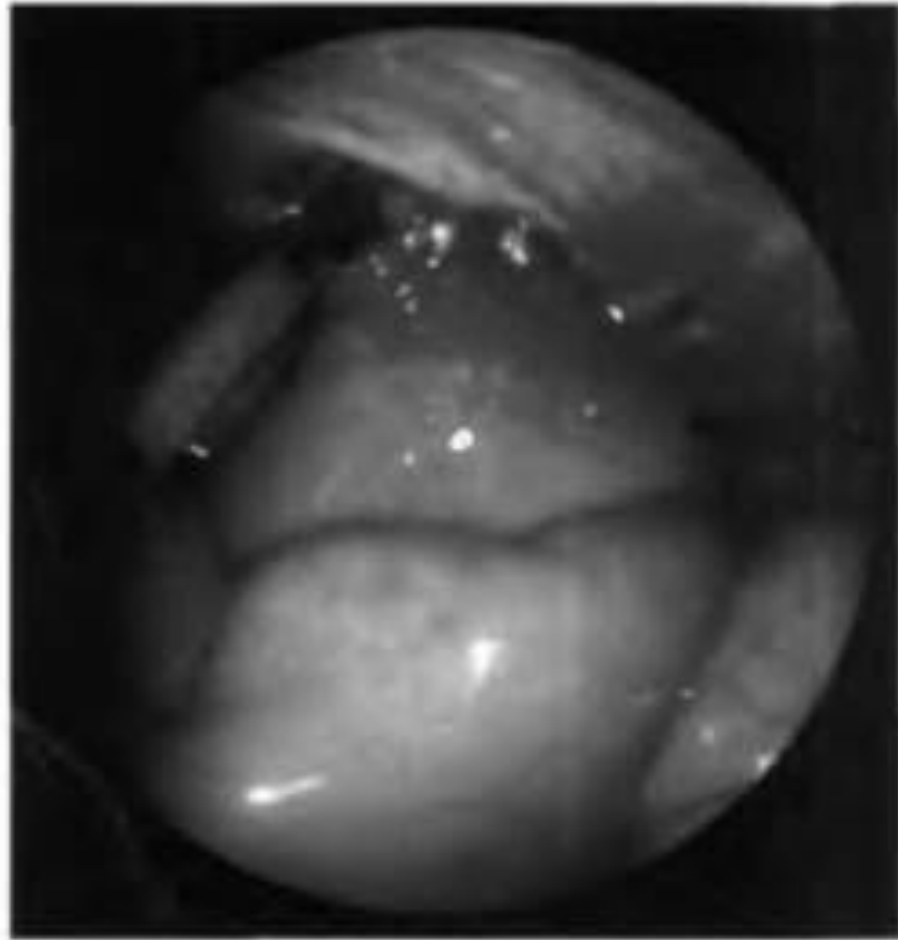
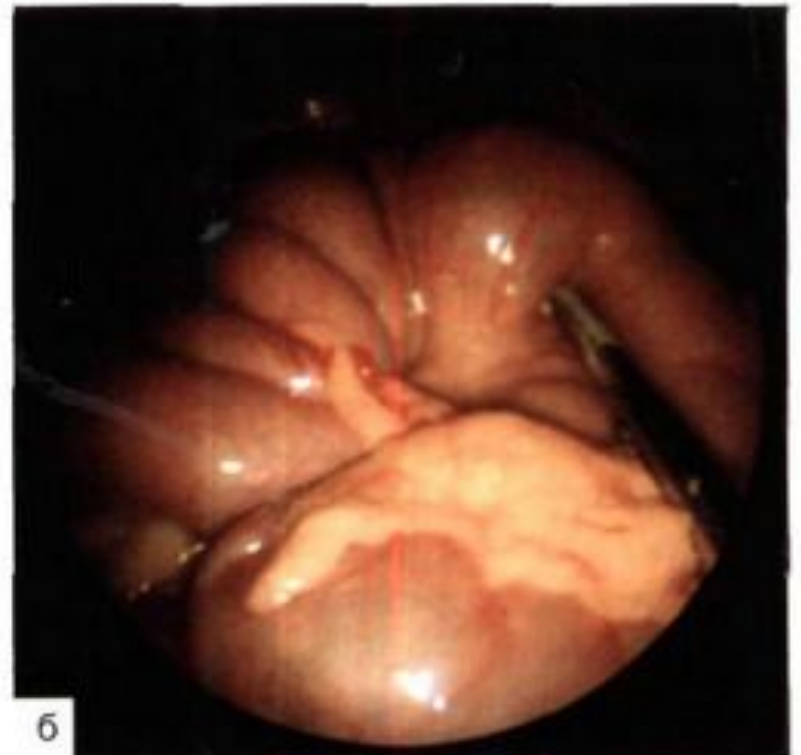
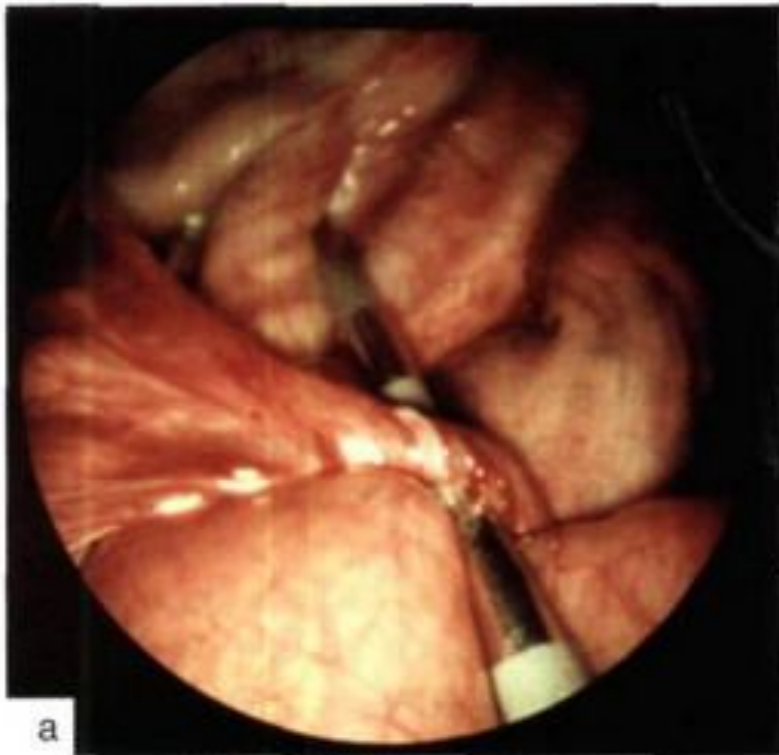


Рис. 8-1. Эндоскопическая картина ранней СКН.









**Полип в тонком кишечнике с инвагинацией и  
кишечной непроходимостью.**

**Учитывая, что в 95,6 % причиной ОСКН является операция по поводу острого аппендицита и аппендикулярного перитонита, проводились следующие профилактические меры:**

- ❑ достаточный разрез;
- ❑ при необходимости – прогрессивно-расширяющийся разрез;
- ❑ деликатное обращение с тканями;
- ❑ достаточно эффективная и механически щадящая санация брюшной полости с использованием устройства «Гейзер»;
- ❑ применение гиперосмолярных растворов для санации БП (с осмолярностью 360 мосм/л и 450 мосм/л) позволяет повысить ее эффективность и перевести санацию в интраоперационный санационный диализ;
- ❑ раннее восстановление моторики ЖКТ;
- ❑ противовоспалительная терапия.

# Устройство «Гейзер» для экспресс-приготовления промывных растворов и подачи их к операционному полю



# Выводы

- Основной причиной спаечной болезни и спаечной кишечной непроходимости у детей является острый аппендицит (как осложнённые перитонитом формы, так и неосложненные).
- Преобладают дети старшей возрастной группы.
- Решающими факторами в диагностике и решении вопроса о тактике лечения являются клинические проявления заболевания. При необходимости для уточнения диагноза наиболее эффективны УЗИ и рентгенконтрастное исследование ЖКТ.
- Тактика у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью должна быть индивидуальной: при спаечно-паретической и спаечно-инфильтративной формах предпочтение отдается консервативным методам лечения, однако при развитии полной непроходимости, не поддающейся консервативному лечению показано срочное оперативное вмешательство.
- При ранней ОСКН в оперативном лечении нуждалось 24,1% детей, при поздней ОСКН – 75,8% детей.
- Борьба с патологическим спайкообразованием является пока неразрешенной биологической проблемой. В связи с чем возрастает роль профилактических мер предупреждающих развитие ОСКН

# Классификация инвагинации кишечника у детей

*По течению:*

- Острая
- Хроническая
- Рецидивирующая

## *По локализации:*

- Тонко-тонкокишечная
- Толсто-толстокишечная
- Тонко-толстокишечная (подвздошно-ободочная)



## *Редкие формы:*

- Множественная
- Ретроградная
- Изолированная инвагинация червеобразного отростка
- Изолированная инвагинация дивертикула Меккеля

*Спасибо за внимание!!!*

