

# Приобретенная кишечная непроходимость у детей



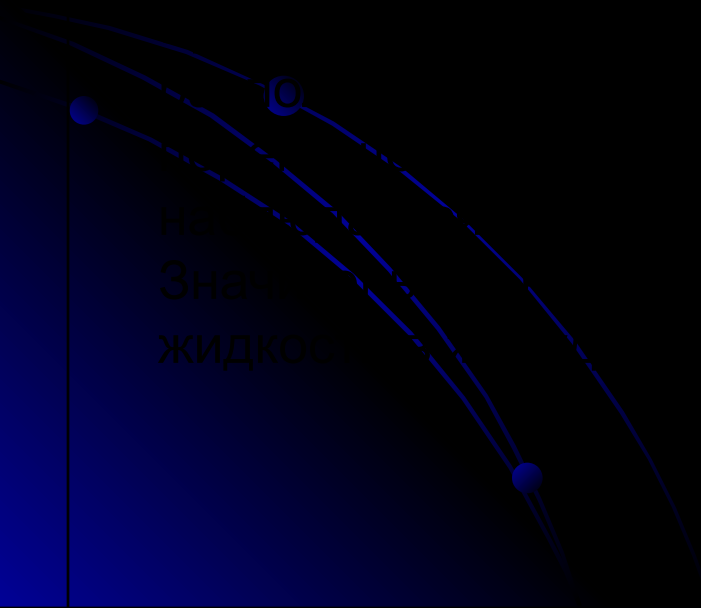
# Классификация:

<b>I. Механическая:</b>		
<b><i>Обтурационная я:</i></b>	<b><i>странгуляционная :</i></b>	<b><i>смешанная:</i></b>
<b><i>ангулярная</i></b>	<b><i>заворот</i></b>	<b><i>инвагинация</i></b>
<b><i>компрессионная</i></b>	<b><i>узлообразование</i></b>	<b><i>спаечная КН</i></b>
	<b><i>ущемление</i></b>	
<b>II. Динамическая</b>		
<b><i>эластическая</i></b>	<b><i>паралитическая</i></b>	

# Стадии кишечной непроходимости:

- 1 - "илеусного крика": характеризуется острыми приступообразными болями в животе, которые периодически повторяются со светлыми промежутками; задержкой стула, газов, тошнотой, рвотой
- 2 - интоксикации: боли постоянные, асимметрия и вздутие живота, исчезновение перистальтики, рвота частая, учащение пульса, снижение АД, шум плеска, характерные рентгенологические признаки
- 3 - терминальная: лицо Гиппократово, выраженные нарушения всех видов обмена. Резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Периодически рвота с каловым запахом, АД низкое, пульс частый малый, дети с помраченным сознанием.

# Дифференциальная диагностика



# Определение уровня непроходимости

Рівень ураження	Симптоми непрохідності	Причина
Зв'язка Трейца	Вздуття в епігастрії, блювота шлунковим вмістом, в блювотних масах є жовч	Злуки, кила Трейца
Верхні відділи кишківника	Живіт плоский або здутий, визначається перистальтика кишківника, блювота шлунковим вмістом, жовчю, кишковим вмістом	Кила Трейца, злуки, заворот, інвагінація, пухлина
Нижні відділи Кишківника	Різкий загальний метеоризм, блювота, вислуховується перистальтика	Те ж саме
Баугінієва заслонка	Те ж саме, визначається пухлина, інвагінат	Інвагінація, заворот
Печінковий згин	Метеоризм при недостатності Баугінівої заслінки - загальний. При спроможності - у вигляді балона в правій половині живота. Пальпується пухлина. Блювота.	Пухлина
Селезінковий згин	Те ж саме, здута ще поперековоободова кишка.	Пухлина
Сигмовидна кишка	Вздута вся товста кишка, вяла перистальтика. Пухлина пальпується рідко.	Пухлина, заворот

# Дифференціальна діагностика

Симптоми	Обтураційна	Странгуляційна
Біль	Приступоподібна, по типу коліки; поступово наростає	Постійна, спочатку колікоподібна, швидко наростає
Шок	Лише в термінальній стадії	Виражений, рано виявляється
Блювота	Періодична, виникає пізно при задовільному стані	Часта, постійна, з самого початку
Температура	Нижче 37,5	Вище 37,5
Пульс	Нижче 100	Вище 100
Стілець, гази	Часом відходять з нижніх відділів	Гостра затримка
Загальний стан	Задовільний початку, Поступово погіршується	Важкий шок
Вигляд хворого	В період ремісії задовільний	Важкий стан хворого, неспокійний, знаходиться в зігнутій позі
Вздуття живота	Виражене частіше	В 50% не виражене, виникає пізно
Болі при пальпації	Погано локалізовані, не сильні	Різкі, добре локалізовані
Симптом Щоткіна	Спочатку не виявляється	Часто навіть спочатку захворювання
Напруження черевної стінки	Не виявляється	В 30% виявляється
Перистальтика	Характерна, посилена, виникає разом з болем вище межі перешкоди	Швидко виснажується, рідкі металеві шуми
Кров в калі	Не виявляється	Часто виявляється
Лейкоцитоз	Не типовий	По мірі прогресування захворювання збільшується
Рентгендослідження	Характерна картина	Немає характерної картини, зрідка роздута петля
Перебіг	Важкість стану дитини настає повільно	Наростає швидко

# Спаечная болезнь

- В медицинской практике используется термин "спаечного болезнь" понимая под ним синдром обусловлен наличием спаек в брюшной полости. Однако он не может быть использован самостоятельно, следует добавлять конкретно локализацию спаек

# Этиопатогенез спаек:

- механическая травма брюшины;  
высушивание воздухом брюшины  
инфекция  
накопление крови;  
химические вещества;  
инородные тела;  
парез кишечника;  
тупая травма живота;  
местная ишемия тканей;  
воспалительные заболевания органов  
брюшной полости;  
врожденные сращения;  
аутосенсбилизации организма



# Виды спаек:

- плоскостные  
Перепончasti.  
шнуровидными  
Тракционные.  
Сальниковые.



# Образование спаек при перитоните:

- серозно-фибринозный экссудат проявляется через 10 минут после проникновения бактерий в брюшную полость;  
на протяжении 2 часов проходит слипание поверхности брюшины с кишкой и сальником;  
через 18 часов эти участки организуются, но их можно разделить тупым путем

# Классификация

- Ранняя спаечная КН (первые 3 недели).
- Поздняя спаечная КН (через 1 месяц)



# Диагностика

- Обзорная Рo-графия органов брюшной полости:
  - а) Непроходимость тонкой кишки:  
Прямые признаки: чаши Клойберга, отсутствие газа в тонком кишечнике (жидкость преобладает над газом)  
Косвенные признаки: деформация желудка, мочевого пузыря, затмение в тазу и в боковых отделах живота
  - б) Непроходимость толстой кишки:  
Характеризуется просветлением периферии брюшной полости за счет раздутия газами толстой кишки и небольшим содержанием чаш Клойбера Они расположены в боковых отделах живота.
- Рo - графия ЖКТ с бариевой смесью через рот;
- При подозрении на толстокишечной ЗКН - ирригография;
- УЗИ - внутренних органов.

# Пример диагноза

- Спаечная болезнь брюшины и кишквика: поздняя высокая полная странгуляционная КН. Стадия интоксикации. Состояние после аппендэктомии (июль 1997 года).  
Злукова болезнь кишечника: ранняя простая низкая частичная обтурационная КН. Стадия илеусного крика. Состояние после лапаротомии, 4-х программируемых санаций (гангренозно-перфоративный аппендицит августа 1997).

# Лечение спаечной кишечной непроходимости

- Голод
- Зонд в желудок, промывание 2% раствором соды.
- Очистительная, сифонная клизма с включением энтеросорбентов (клизмы противопоказаны при перитоните).
- Перидуральная анестезия тримекаином.
- Прозерин 0,05%
- коррекция КОР и ВЕО, восстановление ОЦК;
- дезинтоксикация
- Сердечно-сосудистая терапия
- нормализация микроциркуляции
- Ликвидация и профилактика дыхательных нарушений
- антибактериальная терапия.

# Поздняя спаечная кишечная непроходимость

- Через несколько месяцев (не меньше одного) после перенесенной лапаротомии.
- Клиника: резкие приступообразные боли в животе. Дальше присоединяется рвота. Приступы становятся , резкими и частыми. Стула нету, газы не отходят. Живот ассиметричен. Перистальтика при пальпации и поглаживании резко усиливается. Сначала живот безболезненный. Ректально: розслабление сфинктера и пустая ампула. Общее состояние резко ухудшается.
- Лечение , как правило оперативное
- Диагностика: в анамнезеі операция и рубец на передней брюшной стенке;

- Предоперационная подготовка:  
промывание желудка;  
сифонная клизма;  
прозерин;  
двусторонняя паранефральная новокаиновая  
блокада по Вишневскому.

Лечение

Если 2-3 часа отсутствует эффект  
(уменьшение болей и отсутствие отхождения  
газов) - ребенка оперируют.

Техника: лапаротомия, ревизия. Осторожно  
потому насквозь припаяны петли кишечника.  
Разъединяют спайки и в брюшную полость  
гидрокортизон (в 10 мл 0,25% новокаина -1-2  
мг на кг), антибиотики.



# Послеоперационное лечение:

- парентеральное питание 3-4 дня  
эпидуральная анестезия 3-5 дней  
антипаретична терапия;  
гормоны;  
антибиотики;  
со второго дня - 5 дней тока УВЧ,  
дальше ионофорез с КІ.

# СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КН

- Состояние больных тяжелое, повторные рвоты, схваткообразных постоянные боли. Интенсивность часто зависит от высоты препятствия: при высокой - сильные вплоть до шока (илеусного крика) при низкой или менее интенсивные, вздутие живота часто не выражено, асимметрия живота, задержка стула, газов, тахикардия, снижение АД, сухой обложенный язык, асимметрия живота, напряжение брюшной стенки, шум плеска, отсутствие перистальтики кишечника, притупление в отвороты местах живота

- Заворот тонкого кишечника:  
симптом Тевенара - усиленная перистальтика на высоте боли и болезненность пупка и на 2см вниз  
симптом Обуховской больницы.  
В крови лейкоцитоз, гипохлоремия.  
Заворот слепой кишки:  
сильные постоянные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при пальпации;  
отсутствие слепой кишки в правой подвздошной области при пальпации;  
быстрое нарастание перитонита;  
Лечение  
фиксация кишки к боковой стенке живота;  
при некрозе - резекция илеоцекального угла;  
при обширных резекциях тонкой кишки всегда необходимо стараться сохранить илеоцекальный угол.

- Заворот сигмовидной кишки:  
боли в области сигмы, задержка стула, газов, повторная рвота и вздутие живота, положительные симптомы Валя, Кивуля.  
Склярлова, прямая кишка расширена, в нее можно ввести резко ограничен объем жидкости, лейкоцитоз, гипохлоремия  
Лечение: операция Гаген-Торна.  
узлообразование:  
состояние больных тяжелое, прогрессирующее  
шок, дети беспокойны, боли в животе, повторная изнурительная рвота, боли постоянные в области узла и схваткообразные выше узла, язык сухой, цианоз слизистых, положительные симптомы кишечной непроходимости, резкое зияния ануса, кровянистые выделения из прямой кишки, лейкоцитоз, олигурия, анурия.

# Лечение странгуляционной КН:

- только оперативное, предоперационную подготовку не проводят, больного срочно берут в операционную и параллельно налаживают в / в инфузию электролитов.



# ОБТУРАЦИОННАЯ КН

- боли возникают периодически, постепенно растут и в последующем полностью исчезают к очередному приступу.  
Жалобы: на схваткообразные боли внизу живота, чаще по всему животу с периодами затихания; рвота, рано приобретает калового характера, внезапно может прекратиться или изменить характер; задержка стула, газов интермиттирующего характера.  
Объективно: выраженное вздутие живота, возможная асимметрия, во время приступа более видимая перистальтика, высокий тимпанит над петлей на ограниченном участке; время можно пальпировать образования; многочисленные аускультативные шумы при развитии пареза;  
Лечение паранефральная блокада, атропин, сифонная клизма, декомпрессия желудка. если консервативное лечение не эффективно - операция: энтеротомию.

# ВИДЫ ОБТУРАЦИОННОЙ КН

- Глистная непроходимость.  
Внутрикишковая обтурация. выходящей из стенки кишки:  
опухоли кишечника,  
воспалительные изменения стенки кишки.
- Внекишечный обтурация

# Приобретенная кишечная непроходимость

динамічна

паралітична

спастична

механічна

інвагінація

странгуляційна

обтураційна

заворот



# Причины паралитической кишечной непроходимости

- Глистная непроходимость.  
Внутрикишковая обтурация.  
выходящей из стенки кишки:  
опухоли кишечника,  
воспалительные изменения стенки  
кишки.
- Внекишечный обтурация

# Лечение паралитического илеуса

- **Постоянный назогастральный зонд,  
голод,  
Довенне ведения кристаллоидных  
растворов,  
Седативные средства в минимальных  
дозах,  
Поддержание адекватного уровня калия в  
крови ( $> 4$  мэкв / л [ $> 4$  ммоль / л])  
Илеус, длящийся более 1 неделя, имеет  
механическую причину и требует  
оперативного вмешательства**

# Механические причины преобращенной КН

- грыжи  
послеоперационные соединения  
каловые камни  
желчные камни  
опухоли  
инвагинация  
гранулематозные процессы  
заворот  
инородные тела

# **Клинические формы спаечной К Н**

**Ранняя - развивается в первые 3-4 недели после операции**

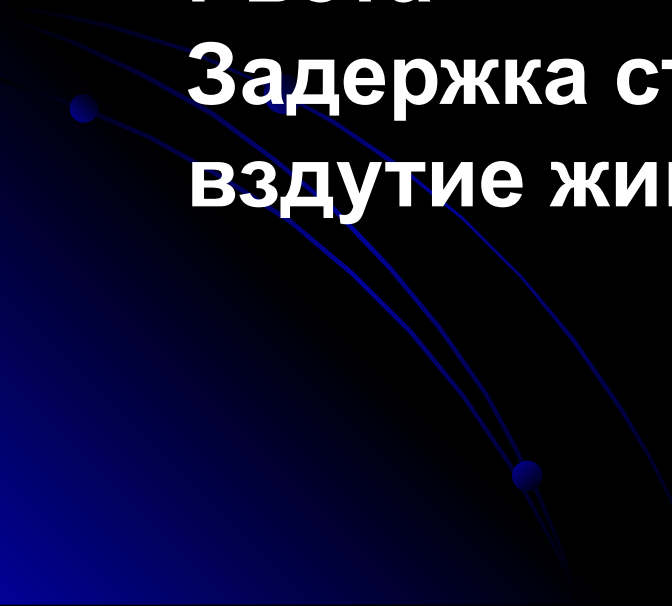
**Спаечного-паретическая (до 6-7 суток)**

**Простая-до 16 суток**

**Видсрочена - до 30 суток**

**Поздняя - развивается через месяца и более после хирургического вмешательства**

# Диагностика на догоспитальном этапе

- **острое начало**  
**Наличие послеоперационных лапаротомных рубцов**  
**Переймистий боль в животе**  
**Рвота**  
**Задержка стула и газов**  
**вздутие живота**
- 

# **Клиника тонкокишечной непроходимости**

- **Опоясывающая боль вокруг пупка или в эпигастрии;  
ранняя рвота  
Запоры при полной непроходимости,  
возможна диарея при частичной непроходимости**
- **Частота странгуляционной непроходимости достигает 25% и прогрессирует к гангрене кишки менее чем через 6 ч**

# **Клиника толстокишечной непроходимости**

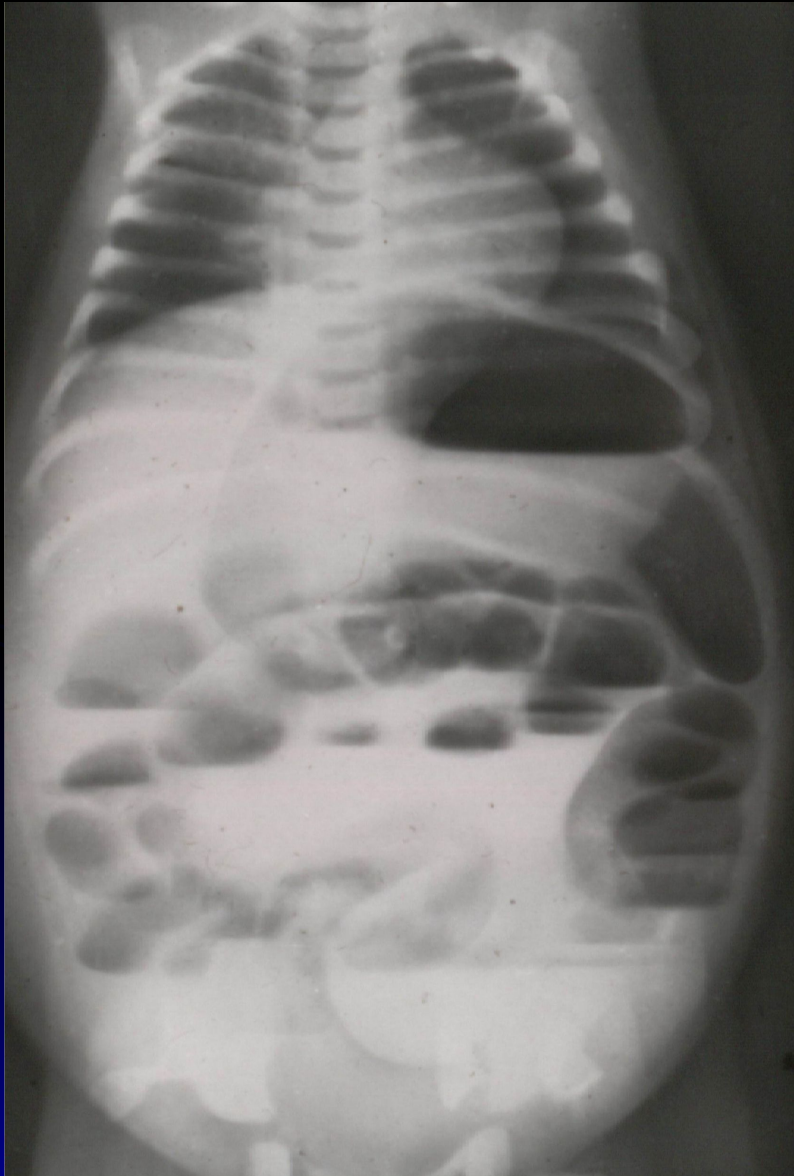
- **Медленнее прогрессирование симптомов**  
**нарастающие запоры**  
**вздутие живота**  
**Рвота (поздний, непостоянный симптом)**
- **Переймистий боль внизу живота**  
**тенезмы**  
**Отсутствие локальной боли при пальпации**  
**Пустая ампула прямой кишки**

# **Диагностика кишечной непроходимости**

- **Обзорная рентгенография органов брюшной полости (в вертикальном положении, передне-задняя проекция)**
- **Рентгенография с антеградным контрастированием кишечника (введение перорально или через зонд суспензии сульфата бария, равной  $1/3$  объема одного кормления)**
- **Рутинный набор лабораторных исследований**







## **Рентгенологические стадии странгуляционной К Н по Хомутову.**

- **I ст. - Изолированное вздутие тонкой кишки без горизонтальных уровней; Наличие газа в толстой кишке - признак неполной непроходимости, отсутствие газа - полной**
- **II ст. - Тенденция к вздутие тонкой кишки, горизонтальные уровни. При рентгеноскопии выявляют симптом перемещения жидкости из одной петли в другую с изменениями расположения уровней жидкости**

## **Рентгенологические стадии странгуляционной К Н по Хомутову.**

- **III в. - Резко сдутая тонкая кишка с большим количеством горизонтальных уровней**
- IV в. - Тонус кишки резко снижен вследствие развития некроза всех слоев стенки ущемленного участка кишки. Высота газового пузыря заметно уменьшается, длина уровней жидкости резко возрастает, располагаются они на одном уровне. Газ в толстой кишке не определяется.**

**При III и IV стадиях экстренное оперативное вмешательство является обязательным**

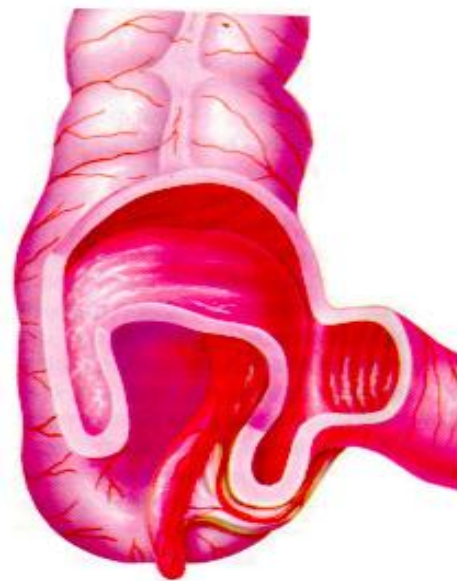
# Консервативное лечение

- Декомпрессия, промывание желудка;  
Адекватное обезболивание, при необходимости-продолжительная эпидуральная анестезия;  
Коррекция электролитных нарушений;  
Гипертоническая клизма;  
Довенная стимуляция перистальтики (10% раствор хлорида натрия 2мл/год, прозерин 0,1 мл / ч).

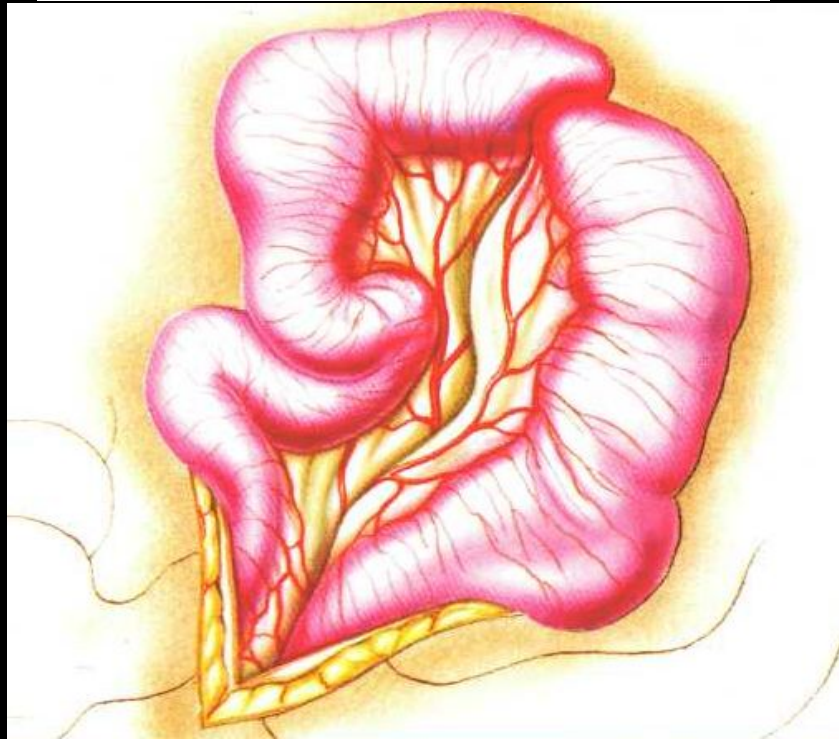
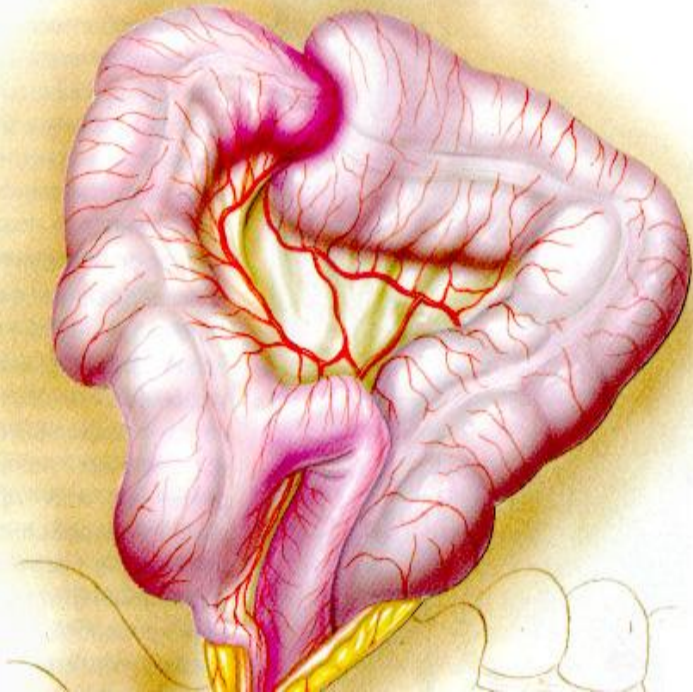
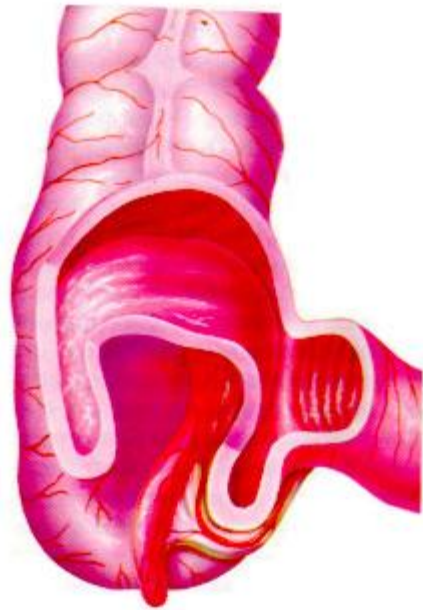
A close-up photograph of a newborn baby lying down, crying with its mouth wide open and eyes closed. The baby is wearing a white garment. The background is a soft, textured surface, possibly a blanket or bedsheet.

# ИНВАГИНАЦИЯ

- Телескопическое проникновения части кишки в ее смежную область







***Частота:* 1-4 на 1000 живых  
новорожденных Инвагинация –  
наиболее частая причина кишечной  
непроходимости у детей от 3 месяцев  
до– 1 года.**

***Пол* Соотношение  
мальчики:девочки 3:1.**





# *Осложнения*

- Адекватное лечение - выздоровление через 24 часа.  
Летальность 1-3%. Без лечения заболевание является фатальным, заканчивается летально через 2-5 дней.? Рецидив в 3-11%, в основном после консервативного расправления.

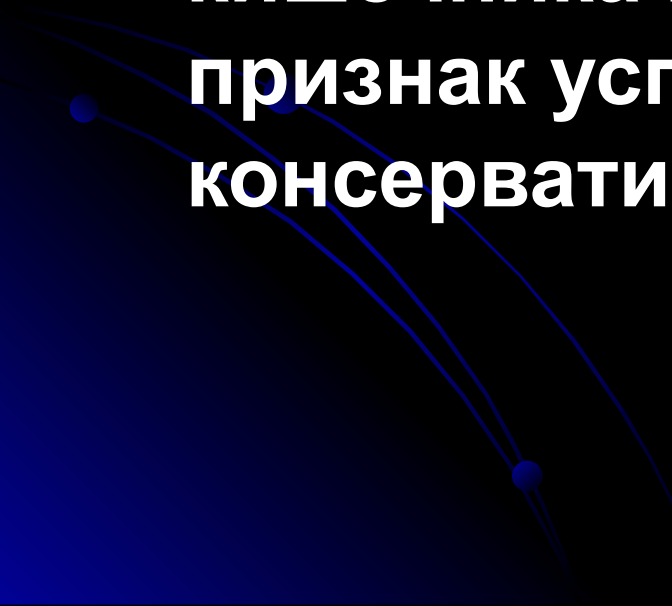
# *Классическая клиническая картина:*

- **Внезапное начало на фоне полного здоровья;**  
**Переймистий боль**  
**Рвота;**  
**Кровянистые выделения из прямой кишки;**  
**Определение инвагината при пальпации**

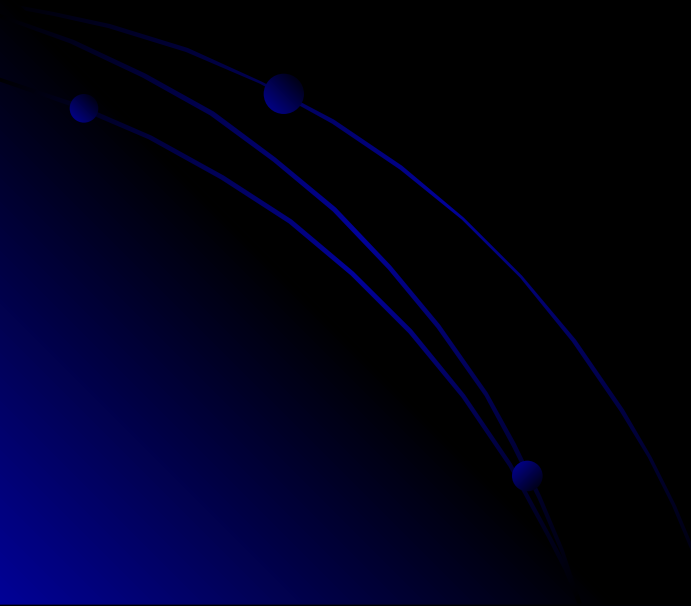


**Пневмоинтриго-  
графия  
Обрыв  
контраста;  
Четкая  
округлая  
тень;  
"Сerp"  
вокруг  
головки  
инвагината**

# *Диагностика*

- **УЗИ-признаки: симптом "псевдопочки", "мишени". Цветной Doppler используют для подтверждения жизнеспособности кишечника и прогностический признак успешности консервативного лечения.**
- 

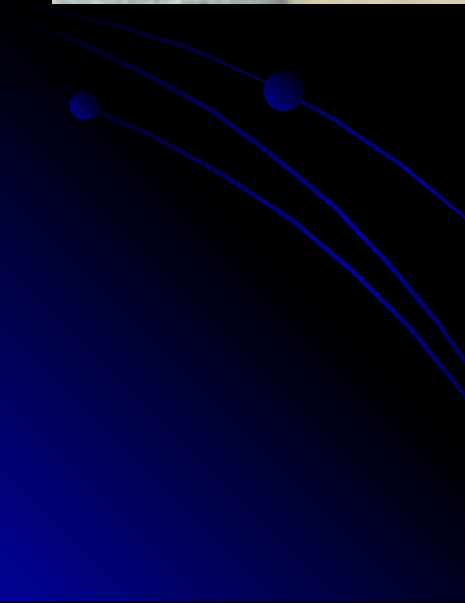
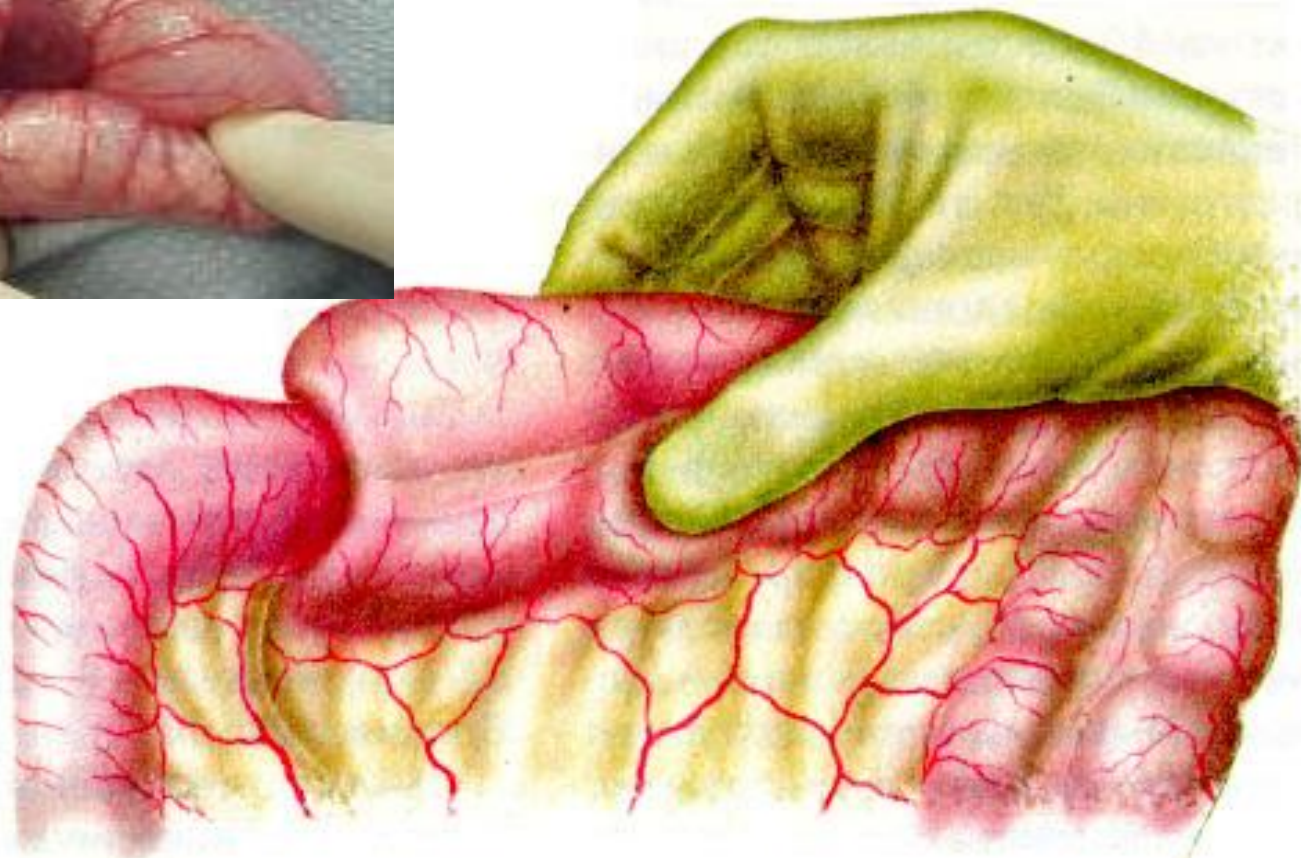
# Осложнения:

- **кишечное кровотечение**  
**Некроз и перфорация кишки**  
**Сепсис, шок**
- 

# Консервативное расправление инвагината



# Оперативное лечение









Благодарю за внимание!!!

