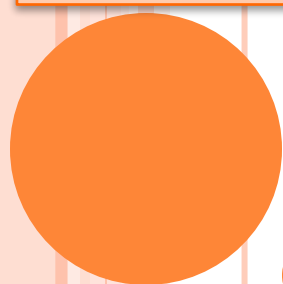


СРС

**На тему: ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ
ТОНКОГО КИШЕЧНИКА**



*Выполнила: студентка гр РТ-4 12 Ирисматова М
Проверил старший преподаватель :Түрметов И.*

ПЛАН:

- I. Введение
- II. Основная часть;
1. Лечение атрезии тонкого кишечника
- III. Вывод
- IV. Литература

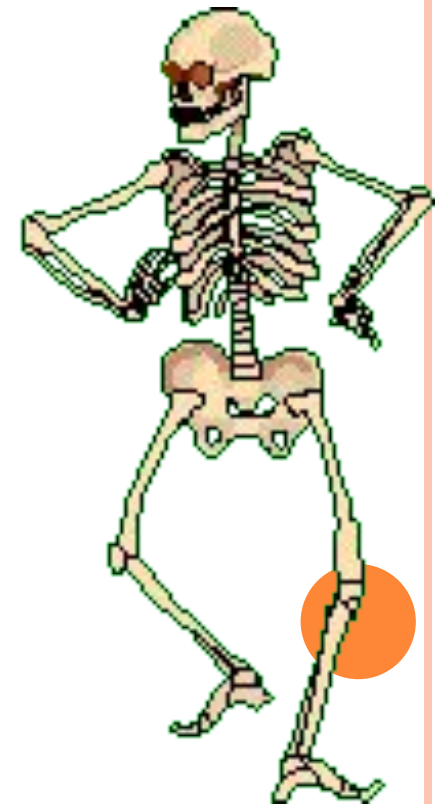


Цель:

- Дать представление студентам о правилах лечения атрезии тонкого кишечника

Актуальность темы :

Атрезия тонкой и толстой кишки является наиболее часто встречающейся патологией среди всех случаев врожденной кишечной непроходимости. При перитоните, сочетанных пороках развития целесообразно выведение энтеро- стом в зависимости от уровня непроходимости



Вопросы для изучения:

- ▣ 1. Принципы лечение и какие методы используется при атрезии тонкого кишечника***

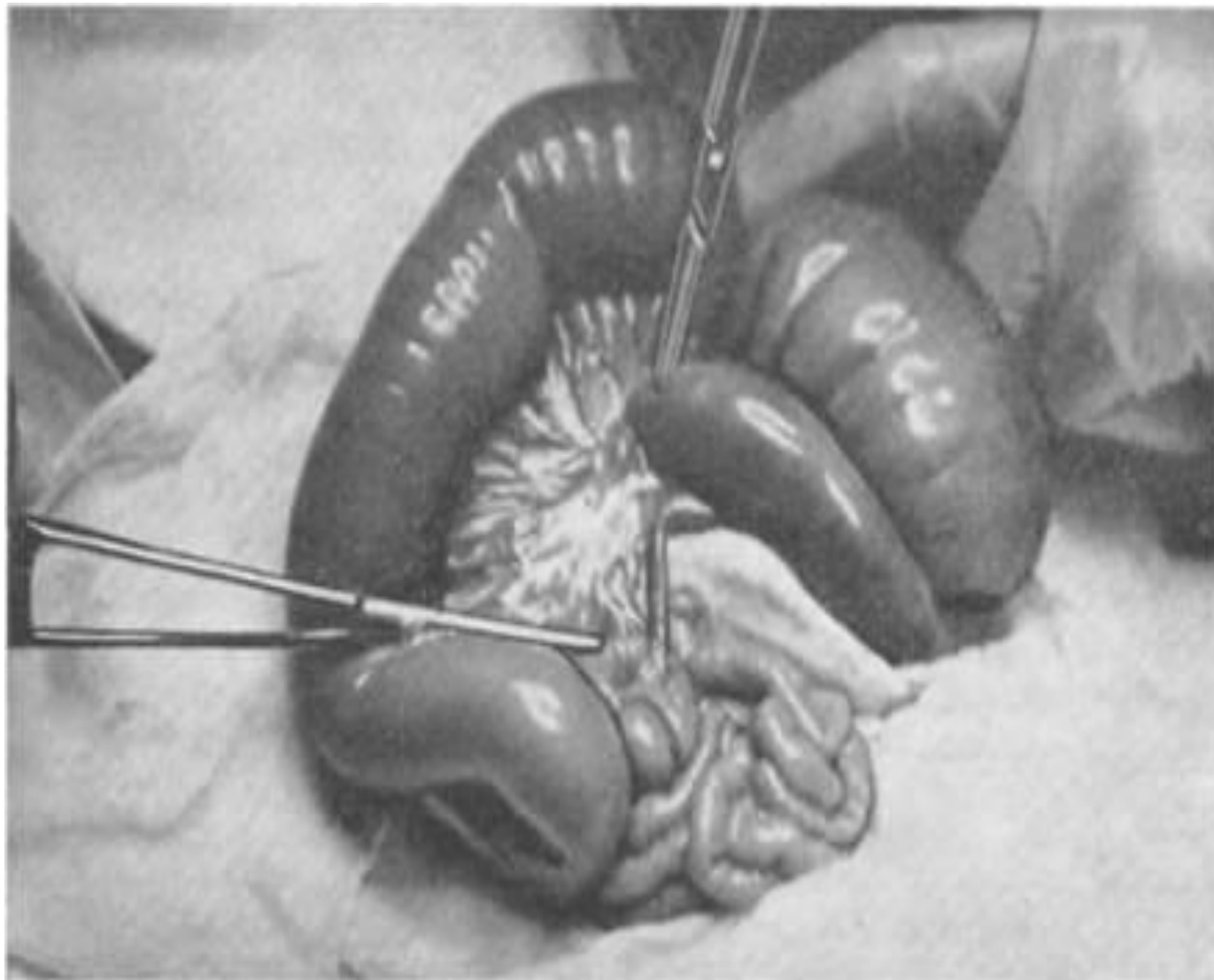


ВВЕДЕНИЕ :

- Атрезия тонкого кишечника является результатом внутриутробной ишемии и некроза брыжейки с последующей резорбцией пораженного сегмента или сегментов.
- Ишемия может наблюдаться на любом сроке гистации, но наиболее часто случается на поздних сроках развития в результате внутриутробной инвагинации, заворота средней кишки, тромбоэмболии сосудов или, как при омфалоцеле или гастрошизе, ущемлении или заворота кишки на уровне дефекта брюшной стенки. Атрезированный сегмент наиболее часто находят в проксимальном отделе тощего кишечника или дистальном отделе подвздошной кишки; примерно в 90% случаев атрезия ограничивается одним сегментом

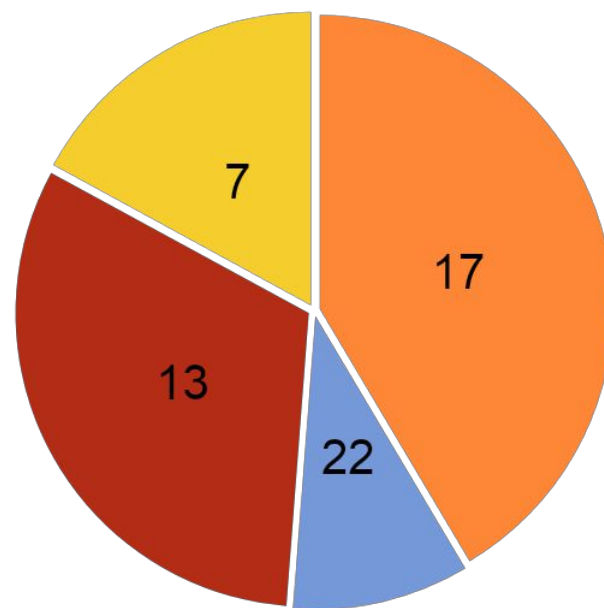


АТРЕЗИЯ ТОНКОЙ КИШКИ; СНИМОК ЗАСНЯТ ПРИ ОПЕРАЦИИ



По уровню атрезии кишки
больные распределены

■ следующим образом: у 17
(71%) новорожденных на-
блюдалась атрезия тонкой
кишки, из них у 4 (17%)
атрезия тощей кишки, у 13
(54%) атрезия подвздош-
ной кишки; у 7 (29%)
пациентов диагностирована
атрезия толстой кишки. У 1
новорожденного наблю-
далось сочетание атрезии
тощей кишки с гастроши-
зисом.



атрезия
■ тонкой
кишки
■ атрезия
тощей кишки



ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И



- Перед проведением оперативного вмешательства важно провести декомпрессию желудка и верхних отделов кишечника с помощью зонда типа Replogle и провести коррекцию метаболических нарушений. Поперечный разрез в верхнем отделе живота обеспечивает отличный хирургический доступ. Необходимо убедиться в надлежащем полном повороте кишечника. Тонкая кишка располагается поверхностно, весь кишечник внимательно осматривается от связки Трейтца до сигмовидной кишки для определения места и типа обструкции и исключения других областей атрезии или стеноза. Для подтверждения проходимости в дистальные отделы тонкой кишки и толстую кишку через мягкий катетер вводят физиологический раствор. При изолированной атрезии тощей кишки расширенную часть ее резецируют (при наличии короткого участка стеноза) или клиновидно иссекают (при протяженном поражении). Для предотвращения синдрома мальабсорбции при атрезии подвздошной кишки, проводят резекцию сегментов с наиболее выраженным стенозом. При атрезии толстого кишечника, резекция может быть расширена. В большинстве случаев предпочтительно создавать анастомоз «конец-в-конец», «конец-в-бок».



АНАСТОМОЗ «КОНЕЦ В КОНЕЦ».

- *Соединяемые участки кишки освобождают от брыжейки примерно на расстоянии 1 см от свободного конца. Концы кишки сопоставляют, заднюю стенку анастомоза сшивают с помощью серозно-мышечных швов. Швы накладывают на расстоянии 3—4 мм от края. Нити двух крайних швов берут на держалки, остальные нити срезают. Свободные части задней стенки анастомоза сшивают с помощью непрерывного обвивного шва Ремердена—Мультиановского. После наложения первого стежка нить завязывают, один конец ее берут на держалку, а другим прошивают все слои обеих стенок, следя за тем, чтобы шов не заходил за 1-й ряд серозно-мышечных швов. После ушивания задней стенки анастомоза этой же нитью ушивают его переднюю стенку. Необходимо использовать один из вворачивающих швов (Шмидена, Коннеля) и следить за тем, чтобы стенки соприкасались только серозными оболочками. После ушивания передней стенки анастомоза конец нити, которым выполняли шов передней стенки, связывают со свободным концом нити, оставшимся на задней стенке анастомоза. Поверх сквозного вворачивающего шва накладывают отдельные узловые серозно-мышечные швы Ламбера. Ряд хирургов при сшивании задней и передней стенок анастомоза в качестве сквозных швов используют отдельные узловые швы Жобера, Пирогова Баришевского—Матешука, поверх которых также накладывают серозно-мышечные швы Ламбера. Использование отдельных узловых швов позволяет избежать сужения анастомоза.*



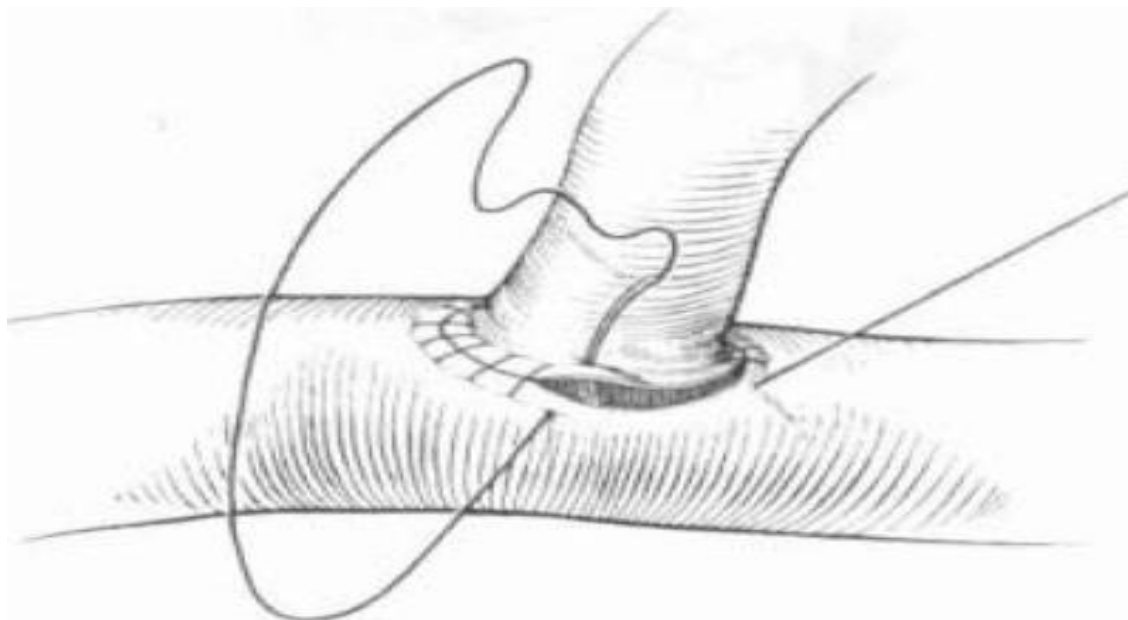


MedUniver.com
Все по медицине...



АНАСТОМОЗ «КОНЕЦ В БОК»

Анастомоз конец в бок применяется при соединении отрезков желудочно-кишечного тракта разного диаметра: при резекции желудка и при соединении тонкой кишки



Проанализированы истории болезней 91 пациента с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта. Эти дети находились на лечении с 2010 по 2012 годам. Мальчиков было 44,9%, девочек - 35,1%. Были представлены пороки:

врожденный гипертрофический пилоростеноз	38.5%
атрезия прямой кишки	19.7%
болезнь Гиршпрунга	6.6%
атрезия тонкой кишки	4.4%



Прогноз

Врожденной атрезии тощей и подвздошной кишок и впредь очень серьезен. Чем выше препятствие расположено, тем больше потеря жидкости и электролитов, тем хуже расстройство водно-электролитного баланса, минерального хозяйства. С другой стороны, при ярко выраженных симптомах, диагноз можно поставить обычно раньше, чем у нижележащих атрезий. Состояния непроводимости кишечника во взрослом возрасте разграничены линией, проходящей по большому (Фатерову) сосочку двенадцатиперстной кишки, или смертельной линией Draper: расположенная выше нее непроводимость сулит опасность обезвоживания и алкалоза, а ниже нее — ацидоза. У врожденных атрезий, однако, кажется, что локализация атрезии не оказывает более значительного влияния на прогноз.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Выжили 88% новорожденных, летальность составила 12% — умерли 3 ребенка. Все умершие дети были с атрезией тощей кишки, также у них определены сочетанные пороки развития, сопутствующие заболевания, недоношенность



ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРИИ

1. Какие осложнения бывают при атрезии кишечника?
2. В чем заключается хирургическое лечение атрезии?
- 3.





ЛИТЕРАТУРА

- Саввина В.А., Варфоломеев А.Р. и др. Врожденная кишечная непроходимость: Выбор хирургической тактики и техники ки- шечного шва. Дальневосточный медицинский журнал. 2012; 2: 37—40. 5. Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И. Опыт лечения пациентов с врож- денной кишечной непроходимостью в условиях перинатального центра. Детская хирургия. 2009; 5: 11—6. 6. Рухляда Н.В., Гайворонский И. В., Лукьяненко А.Д. Илеоасцен- доанастомоз. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004; 6: 35—8.
<http://go.mail.ru/search?fr=amigo&fr2=query&q=%D0%B%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%B8+%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE+%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0&gp=811642>



**□ Спасибо за
внимания!!!!**

