

ТЕМА ЛЕКЦИИ:

ВРОЖДЕННАЯ И
ПРИБРЕТЕННАЯ
КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ



2.1. Этиология, патогенез, классификация врожденной и приобретенной кишечной непроходимости.

2.2. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей различных возрастных групп (атрезия кишки, пилоростеноз, болезнь Гиршпрунга).

2.3. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей различных возрастных групп (ущемленная грыжа, заворот кишечника, инвагинация).

2.4. Виды инвагинации. Клиника, диагностика, рентгендиагностика – пневмоирригография, методы лечения, роль лапароскопии в лечении.

2.5. Приобретенная механическая и динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.

2.6. Классификация спаечной кишечной непроходимости. Диагностика и лечение ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости у детей.

2.7. Лечебная тактика при динамической кишечной непроходимости у детей.

ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КН

Врожденная КН относится к порокам развития. Она требует оперативного вмешательства и занимает значительный удельный вес (хирургия новорожденных). По данным ВОЗ пороки развития, требующие оперативного вмешательства, составляют 1.5-3%.

Смертность детей от пороков развития в количественном отношении занимает 3 место.

В лечении таких детей имеет значение ранняя диагностика и последующая ранняя организация лечебных мероприятий.

ВЫСОКАЯ ВРОЖДЕННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖКТ У ДЕТЕЙ

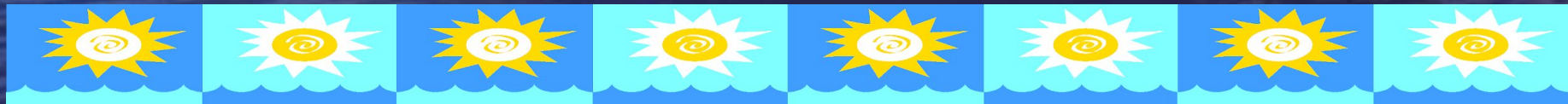
Чаще встречается в периоде
новорожденности:

- Пороки развития кишечной трубки
- Пороки развития стенки кишки
- Нарушение вращения кишечника
- Пороки развития других органов брюшной полости



ВРЕМЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

- Период органогенеза (3-4 неделя внутриутробного развития).
- Кишечная трубка в процессе органогенеза проходит следующие стадии: «солидная» стадия – вакуолизация – реканализация.
- Если в процессе каких-либо причин реканализация задерживается, то может быть атрезия (смотря на каком уровне).
- Чаще всего локализуется на уровне большого дуоденального соска, месте перехода 12-ПК в тощую, дистальном отделе подвздошной кишки.

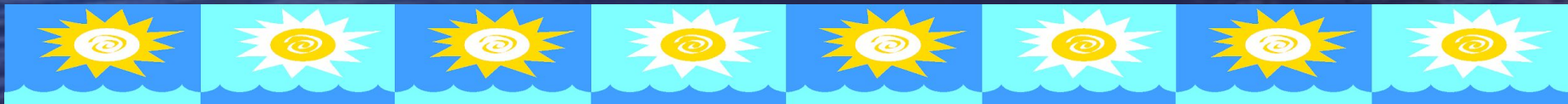




ПРОЦЕСС ВРАЩЕНИЯ «СРЕДНЕЙ КИШКИ»

Начинается с 5-10 недели внутриутробного развития и проходит три периода:

- I – до 10 недели. Из-за диспропорции роста кишечной трубки и собственно брюшной полости часть «средней кишки» выступает в основание пуповины, образуя так называемую физиологическую эмбриональную грыжу. часть кишечной трубки вращается вокруг верхней брыжеечной артерии, как вокруг оси, в направлении против часовой стрелки на 90 и 180 градусов. При нарушении вращения на первой стадии кишечная трубка возвращается в брюшную полость общим конгломератом. В результате остается общая брыжейка, которая является предрасполагающим моментом к возникновению изолированного заворота.



ПРОЦЕСС ВРАЩЕНИЯ «СРЕДНЕЙ КИШКИ»

Невозвращение кишечной трубки в брюшную полость формирует такие пороки как гастрошизис и эмбриональная грыжа.





ПРОЦЕСС ВРАЩЕНИЯ «СРЕДНЕЙ КИШКИ»

Второй период продолжается с 10-12 недели эмбриогенеза и заключается в возвращении «средней кишки» в достаточно выросшую брюшную полость, кишка продолжает вращение против часовой стрелки еще на 90 градусов.

В случае задержки вращения на этом этапе ребенок рождается с незавершенным поворотом кишечника. При этом «средняя кишка» остается фиксированной в одной точке у места отхождения ВБА. Петли тонкой кишки располагаются в правой половине живота, слепая – в эпигастральной области, а толстая кишка – в левой. При такой фиксации имеются условия для развития заворота вокруг корня брыжейки для развития странгуляционной кишечной непроходимости.

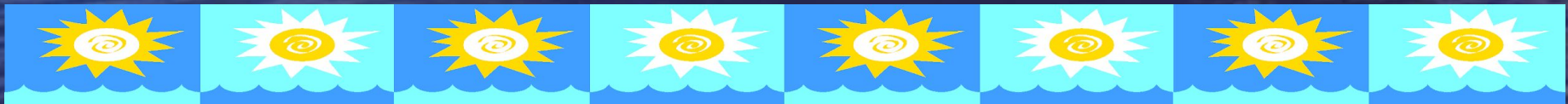




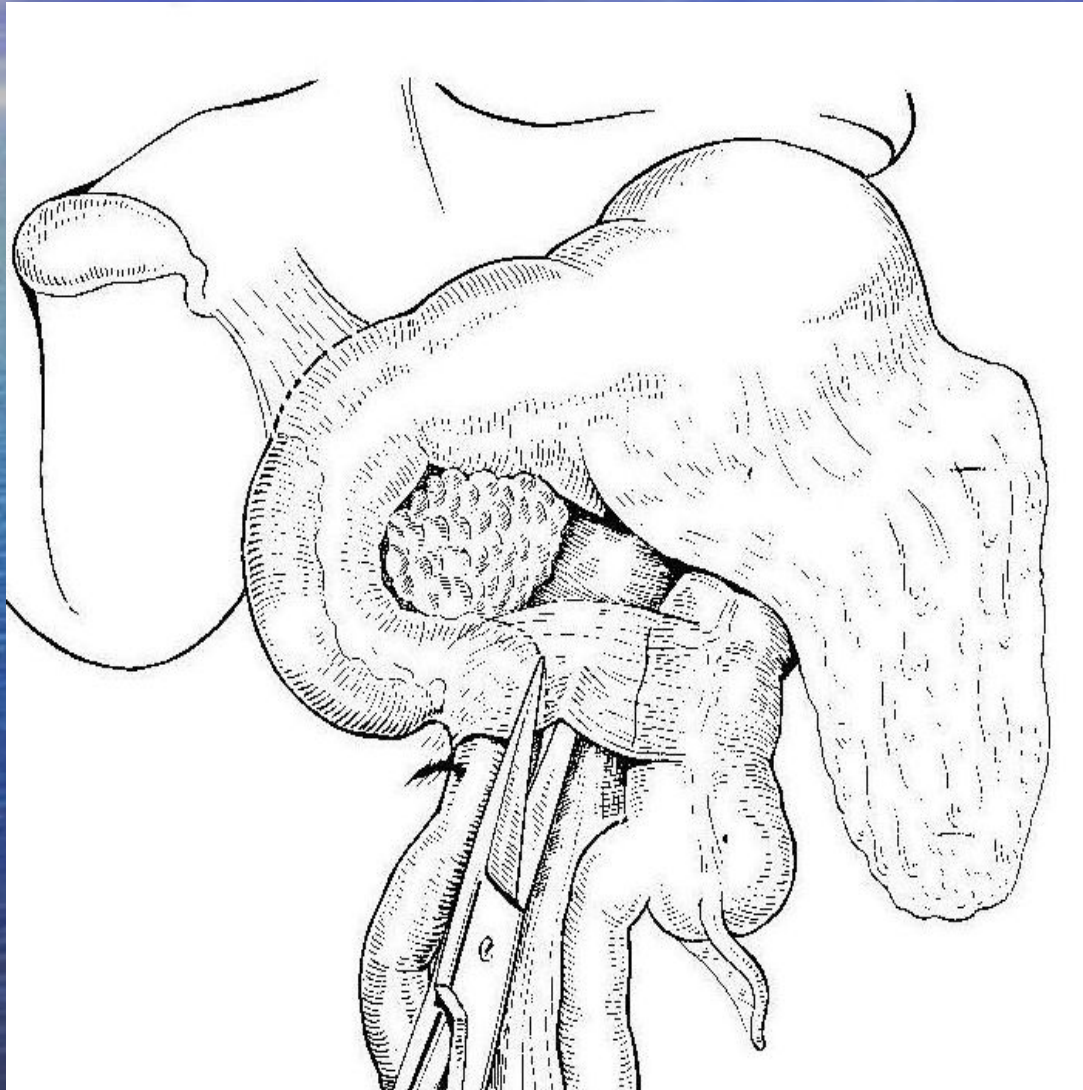
ПРОЦЕСС ВРАЩЕНИЯ «СРЕДНЕЙ КИШКИ»

Слепая кишка, располагаясь в эпигастральной области, фиксируется эмбриональными тяжами, сдавливающими 12-ПК и вызывающими ее непроходимость. Сочетание сдавления 12-ПК с заворотом «средней кишки» расценивается как синдром ЛЕДДА.

- Третий период вращения заканчивается фиксацией кишечника, тонкая и толстая кишка приобретают отдельные брыжейки.



СИНДРОМ ЛЕДДА



СУЩЕСТВУЕТ ДВЕ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ КН

- Атрезия (полностью закрыт просвет кишечной трубки или ее перерыв).
- Стеноз (при этом сохраняется частичная непроходимость): внутренняя мембрана (за счет слизистой и мышечной оболочек) и врожденное сужение кишки

Классификация врожденной КН

МЕХАНИЧЕСКАЯ			
Полная КН		Частичная КН	
Высокая	Низкая	Высокая	Низкая
СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ			
Синдром Ледда	Заворот изолированной кишечной петли	Варианты незавершенного поворота кишечника	
Заворот тонкой кишки	Ущемленная внутренняя грыжа		
Ущемленная грыжа Трейца			
ОБТУРАЦИОННАЯ			
Атрезия привратника	Атрезия тонкой и толстой кишок	Пилоростеноз	Стенозы тонкой и толстой кишок
Атрезия 12-ПК	Энтерокистомы	Перегиб желудка	Энтерокистомы
Кольцевидная 12-ПК	Мекониевый илеус	Стеноз 12-ПК	Болезнь Гиршпрунга
Аномальные сосуды	Болезнь Гиршпрунга	Кольцевидная 12-ПК	
		Аномальные сосуды	

Классификация врожденной КН

- По уровню препятствия — высокая и низкая
- По течению — острая, хроническая, рецидивирующая
- По степени обтурации кишечной трубки — полная, частичная

Общеклиническая симптоматика высокой КН (ВКН)

- 1.Рвота с патологическими примесями
- 2.Отсутствие мекониального стула

Последовательность диагностических мероприятий при подозрении на КН

- Изучение данных о течении беременности и родов
- Анамнез заболевания
- Оценка общего состояния (эксикоз, токсикоз, степень недоношенности, сочетание аномалий развития, проявления родовой травмы и инфицированности).
- Осмотр живота (вздутие, асимметрия, болезненность, перитонеальные симптомы).
- Зондирование желудка
- Ректоскопия
- Рентгенологическое исследование

ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ

ЭТО БЕЛЕСОВАТОГО ЦВЕТА, ХРЯЩЕВИДНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРИВРАТНИКА, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО СУЖЕНИЕ И ЧАСТИЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ЧАСТОТА ПОРОКА 1:1500 НОВОРОЖДЕННЫХ.

Впервые описал датский педиатр Гиршпрунг в 1887 году, в России в 1905 году – Фурманов. заболевание считается генетически гетерогенным, также описано рецессивное сцепление с полом и аутосомно-доминантное наследование.

ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ: КЛИНИКА

- Клиника развивается в 95% от конца 2-ой – начала 4-ой недели.
- Сначала срыгивания после каждого кормления, а затем рвота «фонтаном».
Рвотные массы имеют свои особенности: в них нет примеси желчи. Имеют вид створоженного молока (кислый запах). Количество рвотных масс больше, чем то количество молока, которое ребенок получил от матери.
- Гипотрофия, падение веса, эксикоз.
вес при поступлении в клинику меньше, чем при рождении.
- Стул отсутствует в течение 2-3 суток. Учащенное мочеиспускание малыми порциями. Снижен тургор кожи.
- «Песочные часы» (60% случаев).

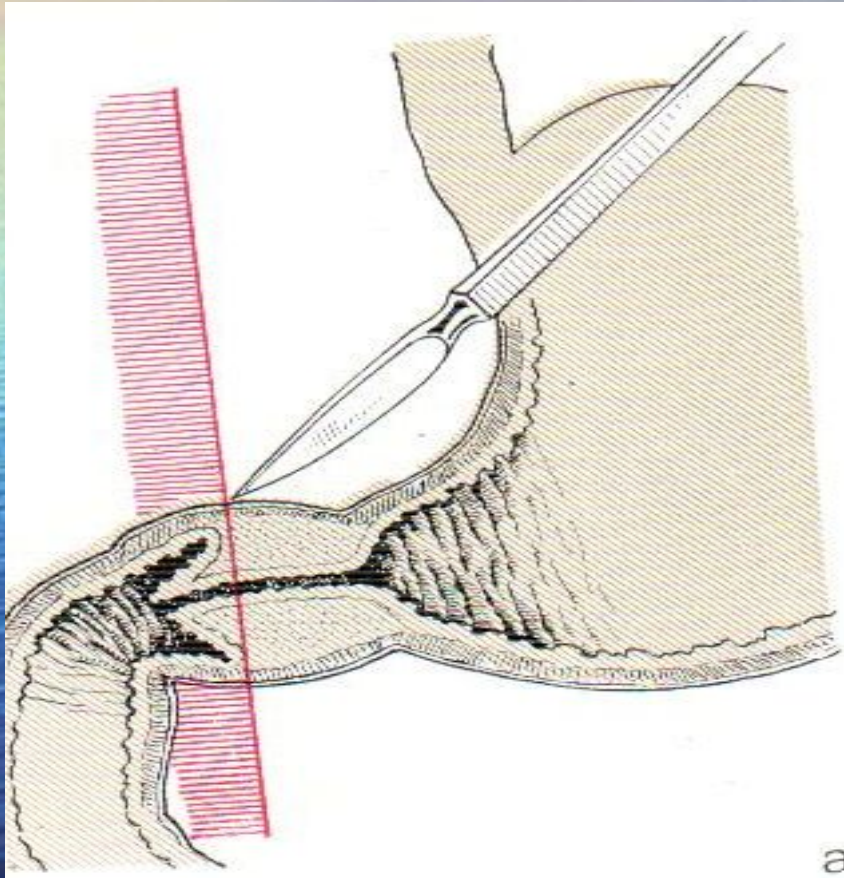
ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ: ДИАГНОСТИКА

- Анамнез, клиническая симптоматика, объективное обследование.
- Рентгенологическое исследование: ребенку утреннее кормление пропускают, затем около 8 часов дают бариевую взвесь 25-30 мл +материнское молоко+глюкоза. Вводят через назогастральный зонд. Снимки: 2, 9, 12,24 час. молока, которое ребенок получил от матери.
- На первом снимке барий все еще в желудке, через 6-9 часов небольшие порции бария в петлях тонкой кишки, через 24 часа половина объема все еще в желудке.
- Симптом клюва (боковая рентгенограмма) –суженный пилорический канал.
- ФЭГДС.

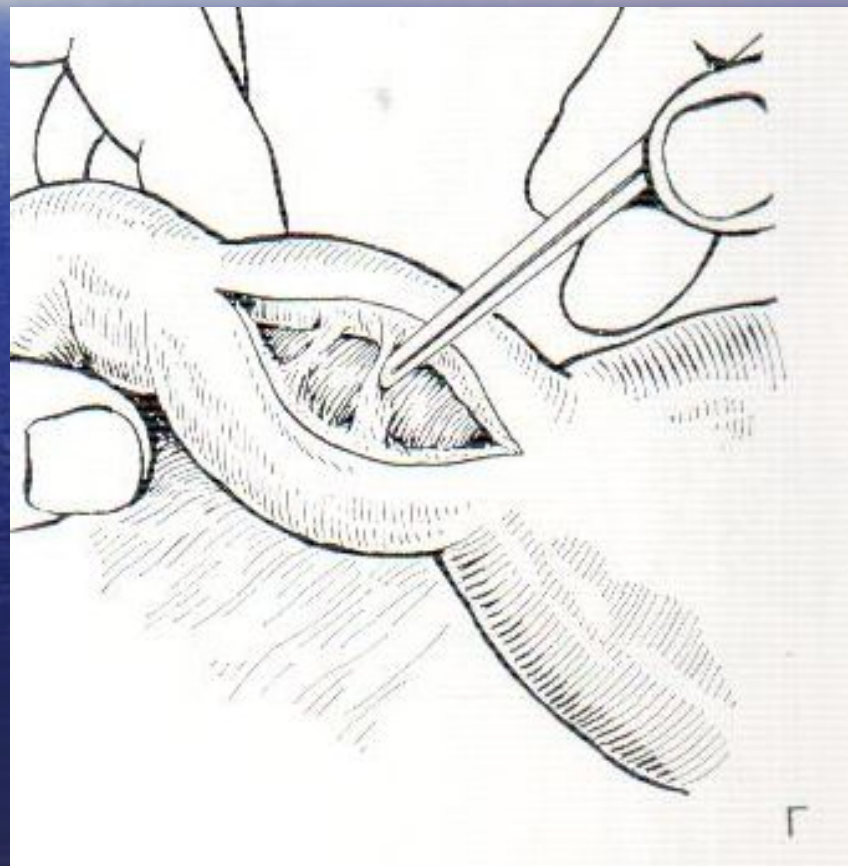
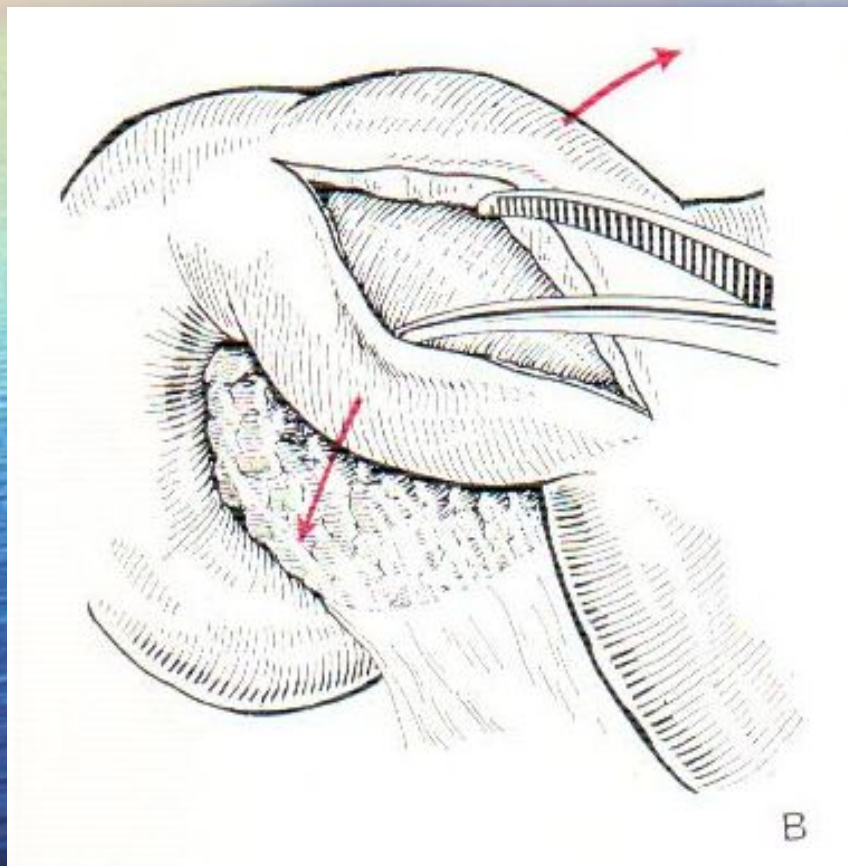
ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ: ЛЕЧЕНИЕ

- ЛЕЧЕНИЕ ТОЛЬКО ОПЕРАТИВНОЕ!!!
- ПИЛОРОМИОТОМИЯ ПО ФРЕДЕ-РАМШТЕДТУ (ВНЕСЛИЗИСТАЯ ПИЛОРОМИОТОМИЯ)

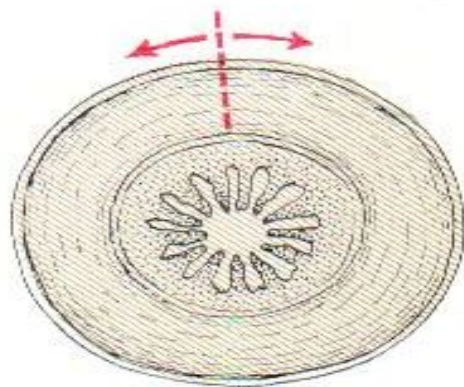
ПИЛОРОМИОТОМИЯ ПО ФРЕДЕ-РАМШТЕДТУ (ВНЕСЛИЗИСТАЯ ПИЛОРОМИОТОМИЯ)



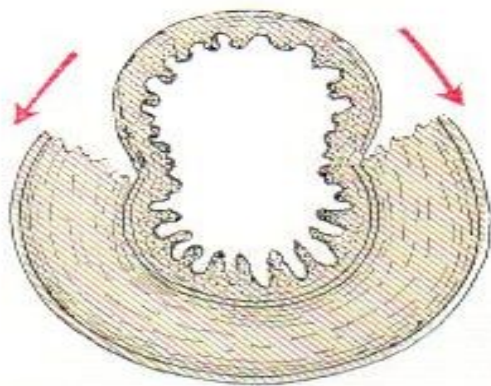
ПИЛОРОМИОТОМИЯ ПО ФРЕДЕ-РАМШТЕДТУ (ВНЕСЛИЗИСТАЯ ПИЛОРОМИОТОМИЯ)



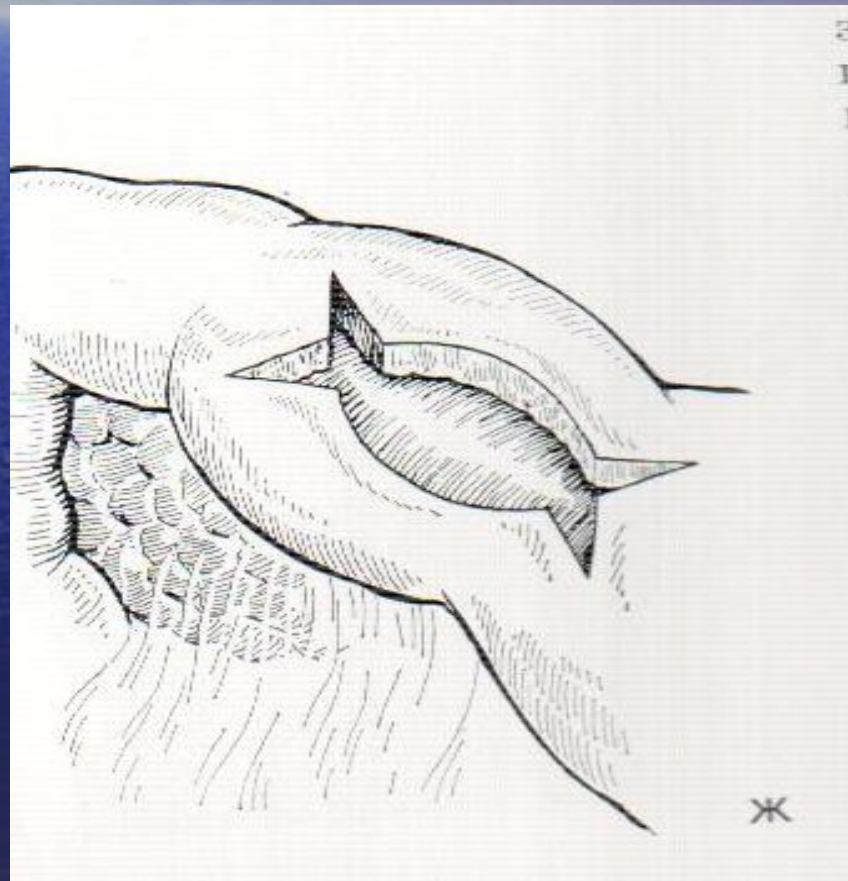
ПИЛОРОМИОТОМИЯ ПО ФРЕДЕ-РАМШТЕДТУ (ВНЕСЛИЗИСТАЯ ПИЛОРОМИОТОМИЯ)



д



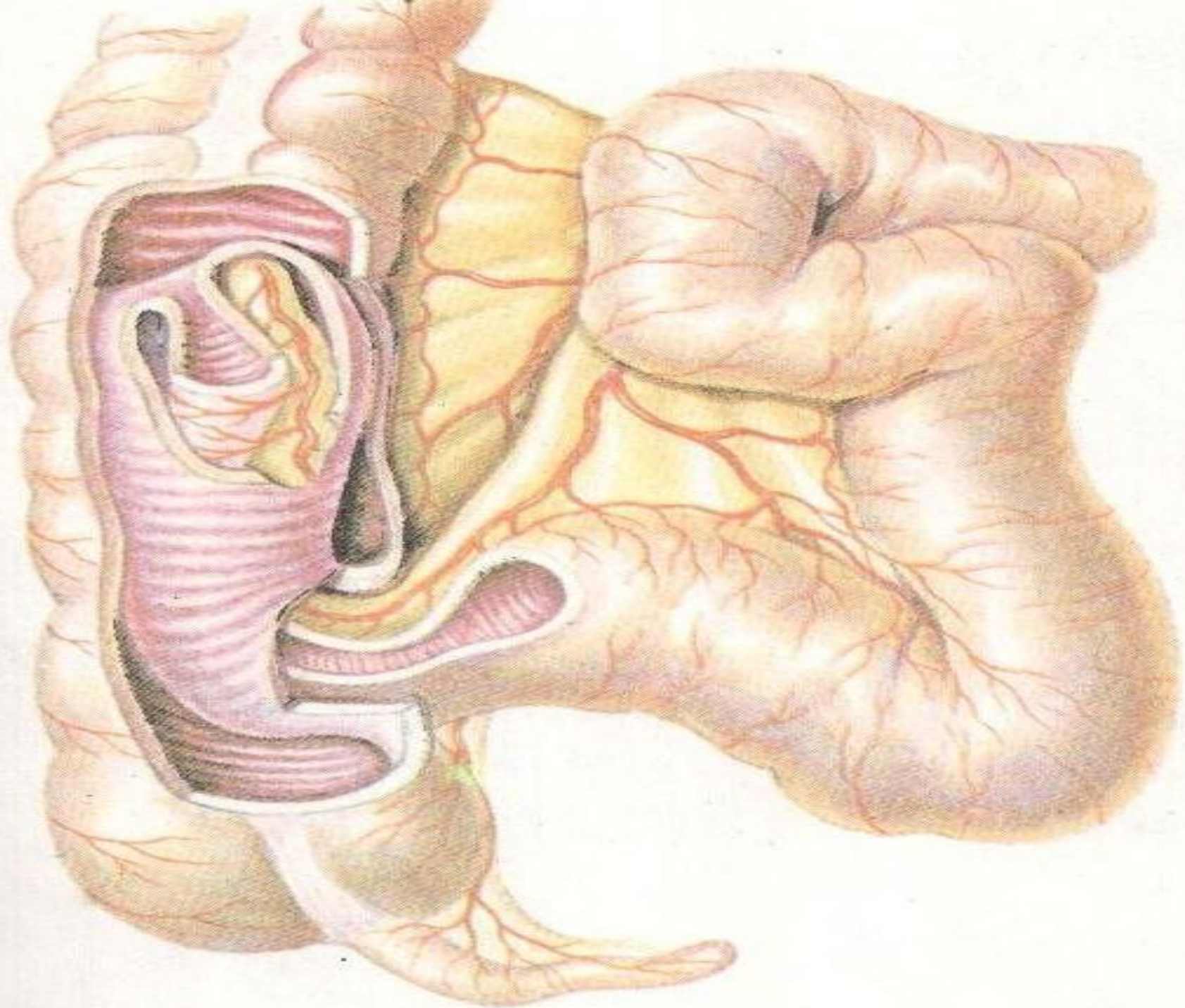
е



ж

ИНВАГИНАЦИЯ

- Телескопическое внедрение одного отдела кишечника с соответствующей ей брыжейкой в другой, соседний отдел.
- Чаще встречается илеоцекальная инвагинация.
- Причины: смена питания, перенесенные заболевания ЖКТ.
- Чаще всего проявляется у
- детей в возрасте 4-10 месяцев.



Клиническая картина (4 характерных симптома)

- Боль (среди полного здоровья, острые, схваткообразные, со «светлыми промежутками»).
- Рвота (одновременно с болями или вскоре после них. Эта начальная рвота не отражает механическую непроходимость кишечника, а является следствием перитонеального шока, вызванного давлением и, в первую очередь, тягой за инвагинированную брыжейку).
- Расстройство проходимости кишечника (стул вначале м.б.- 1-2 раза. Далее проходимость кишечника расстраивается. «Малиновое желе». Пальцевое ректальное исследование!!!
- Обнаружение опухоли в брюшной полости

ДИАГНОСТИКА

- Рентгенологическое исследование
- Ирригоскопия
- Сонография («псевдопочка», «мишень»)
- Пальпация живота под наркозом

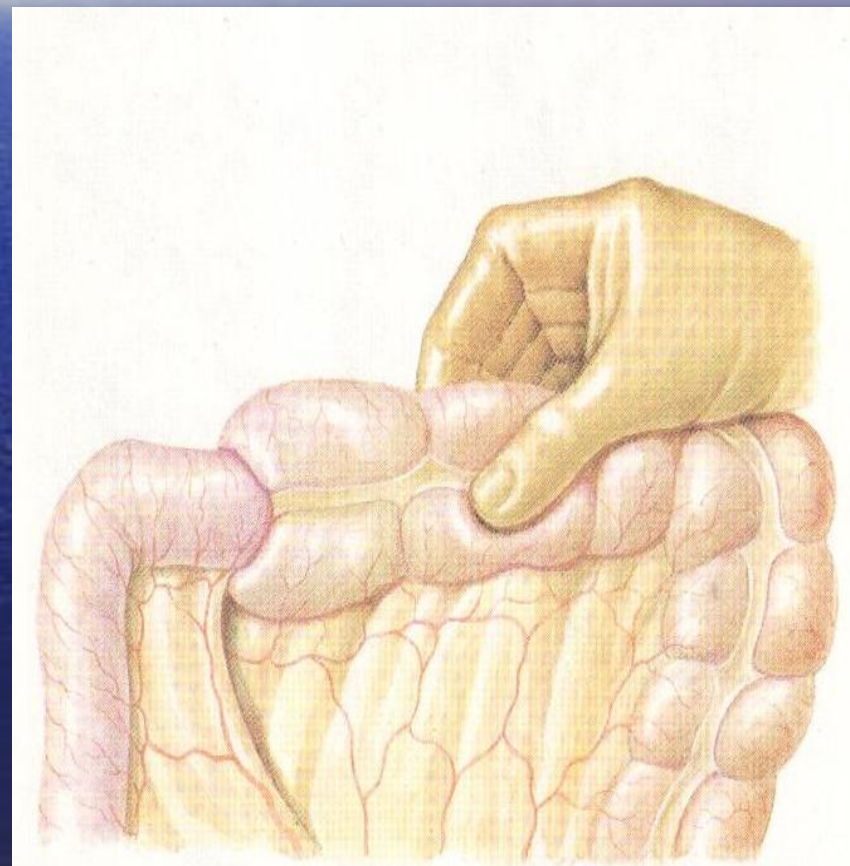
ЛЕЧЕНИЕ

- Дезинвагинация баллоном Ричардсона.
- Показания: срок инвагинации до 12 часов.



ЛЕЧЕНИЕ

- Метод
интраоперационной
дезинвагинации



[illegible]