

«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кафедра дитячої хірургії

# НАБУТА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ

доц. Гриценко Є.М.

# План лекції

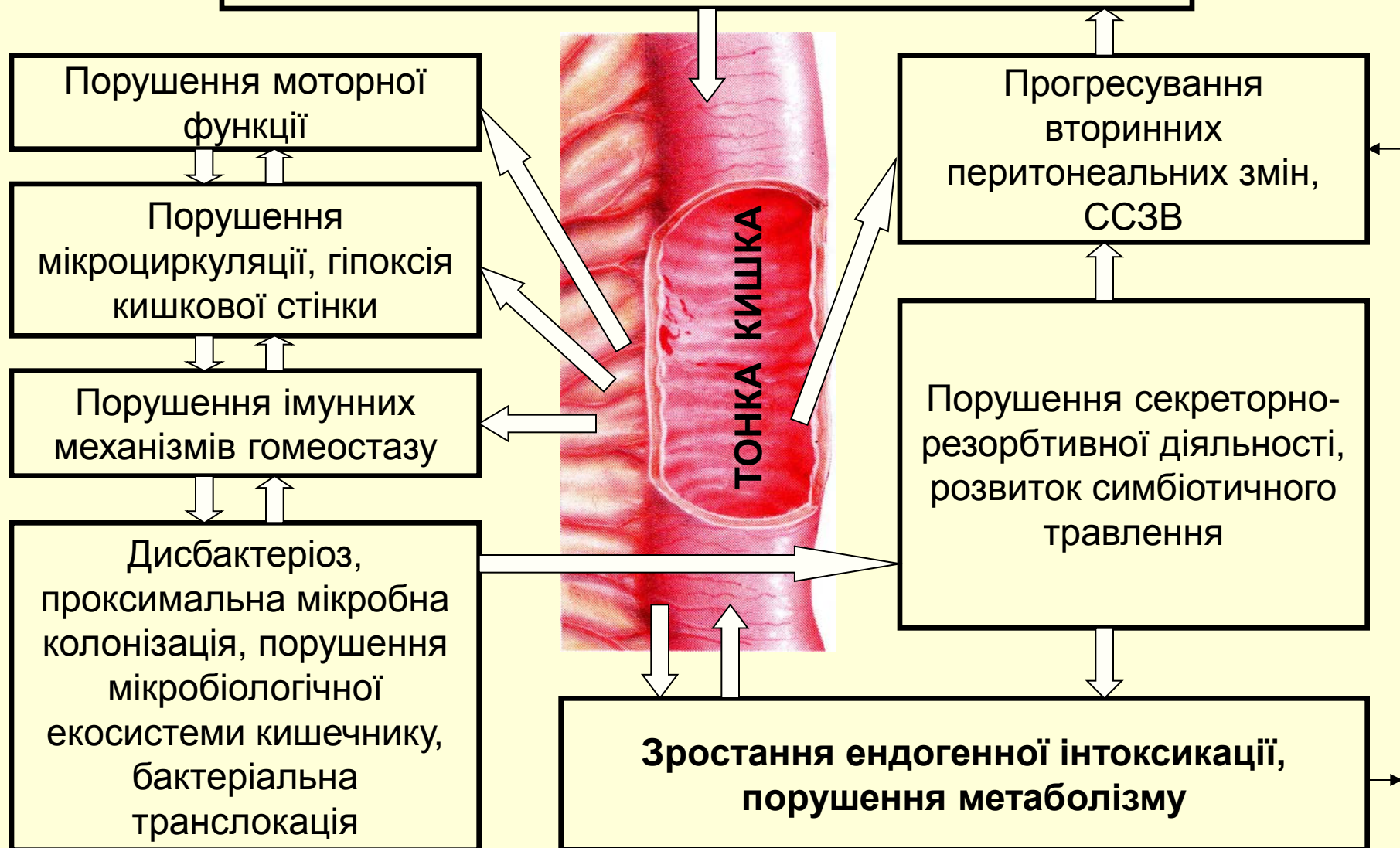
1. Класифікація кишкової непрохідності у дітей
2. Основні причини спастичної та паралітичної кишкової непрохідності.
3. Класифікація, патогенез, профілактика післяопераційної злукової кишкової непрохідності.
4. Принципи лікування злукової кишкової непрохідності.
5. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика ідіопатичної інвагінації у дітей.
6. Диференційна діагностика з інфекційними хворобами.
7. Показання до консервативного та хірургічного лікування, профілактика ускладнень

**Кишкова непрохідність** – синдром, що виникає при різноманітних патологічних процесах, проявляється порушеннями пасажу вмісту кишечника внаслідок механічної перешкоди або порушення перистальтичної активності.

Тонка кишка при гострих захворюваннях органів черевної порожнини є „недренованим абсцесом” та „мотором” розвитку поліорганної недостатності

**J. Meakins,  
J. Marshall (1986)**

# Патологічне вогнище в черевній порожнині



# Класифікації набутої кишкової непрохідності

*За механізмом виникнення:*

**Механічна непрохідність**

обтураційна (без порушення кровопостачання)

странгуляційна (з порушенням кровопостачання)

змішана (інвагінація)

**Динамічна непрохідність**

спастична

паралітична

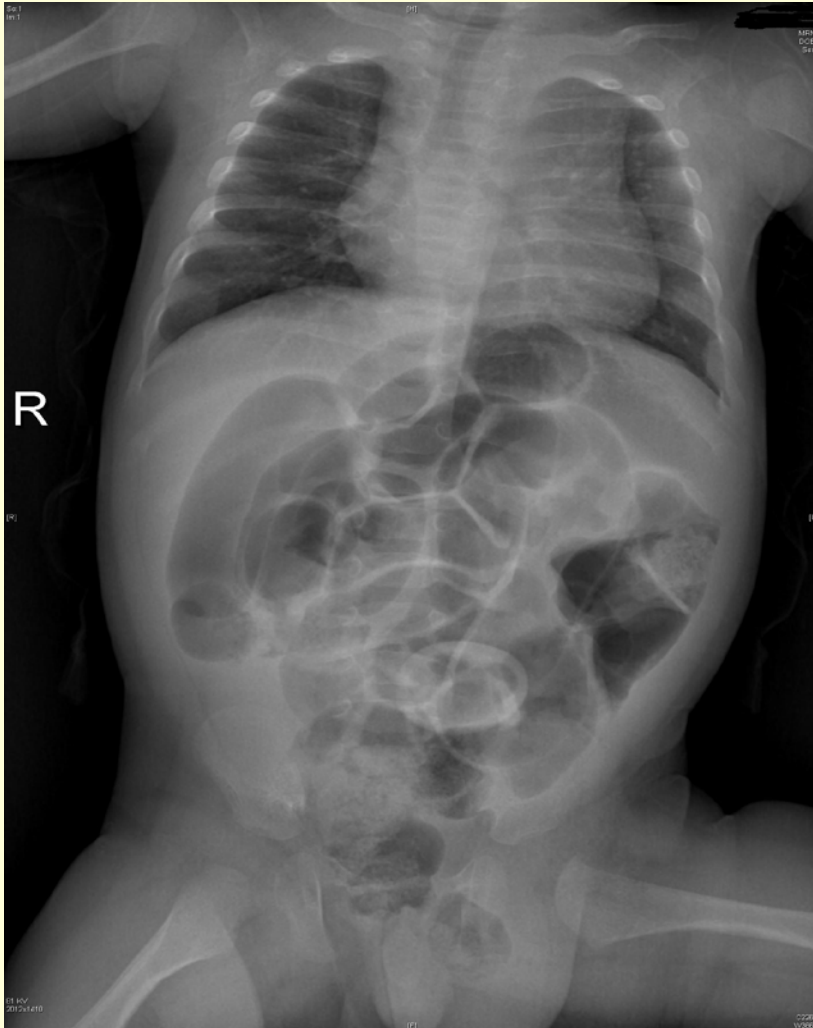
*За рівнем виникнення* ( межа порожньої та здухвинної кишок):

висока ( протікає більш бурхливо, з явищами водно-електролітних та гемодінамичних порушень)

низька (протікає більш повільно, переважають явища інтоксикації)

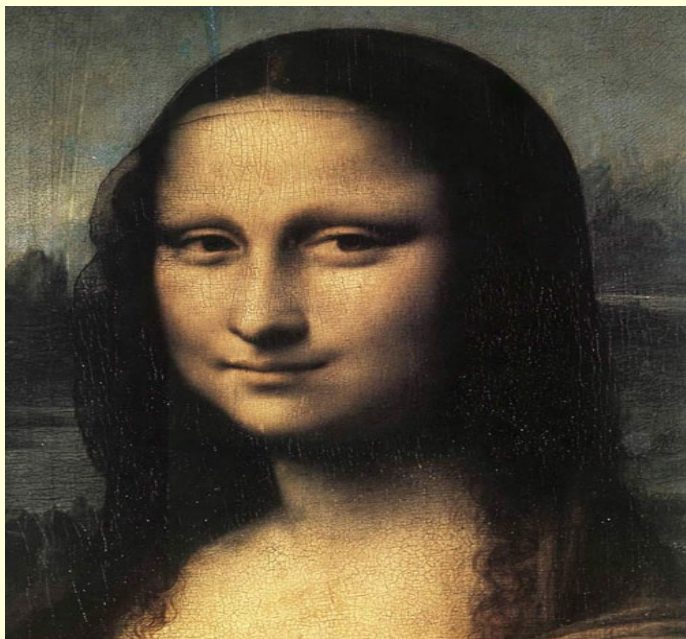
*За клінічним перебігом:* часткова, повна (гостра, підгостра, хронічна, рецидивуюча)

# *Паралітична кишкова непрохідність*



- *розвивається на фоні інших важких патологічних станів — тяжка травма, пневмонія, сепсис, кишкові інфекції, у післяопераційному періоді при операціях на черевній та грудній порожнинах*

# *Спаситична кишкова непрохідність*



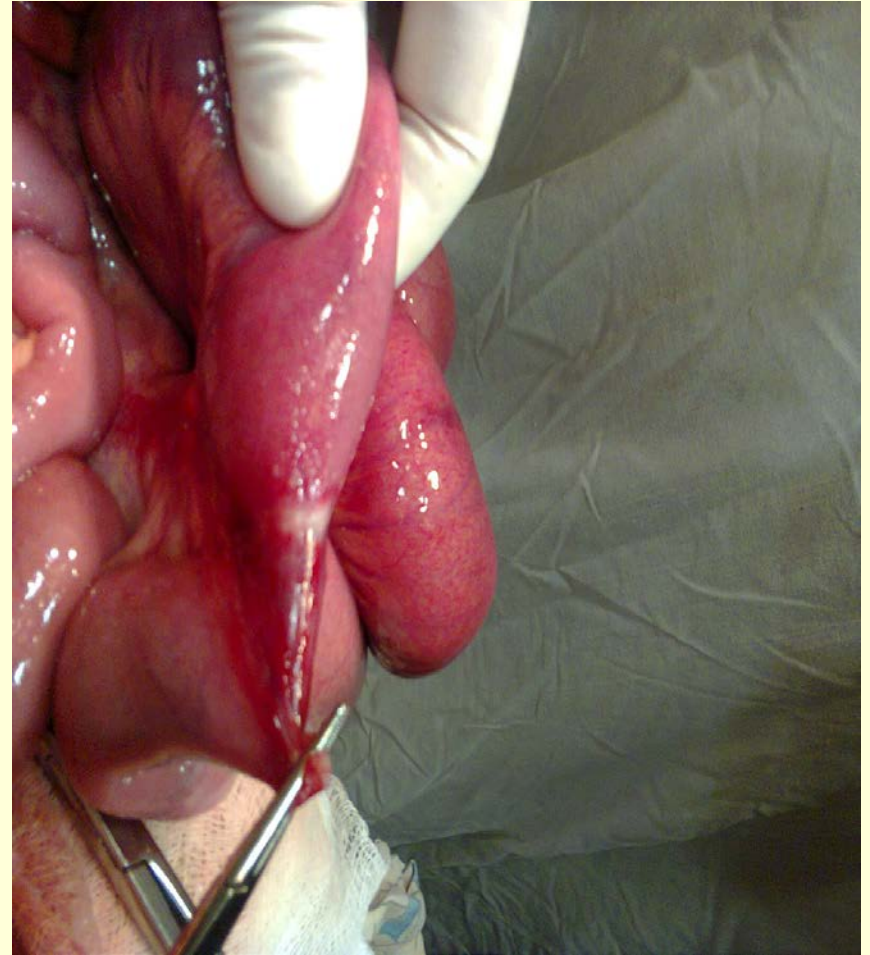


# **Обтураційна кишкова непрохідність Трихобезоар “Синдром Рапунцель”**





*“Злукові ускладнення – страшний бич  
абдомінальної хірургії” Рене Лериш*



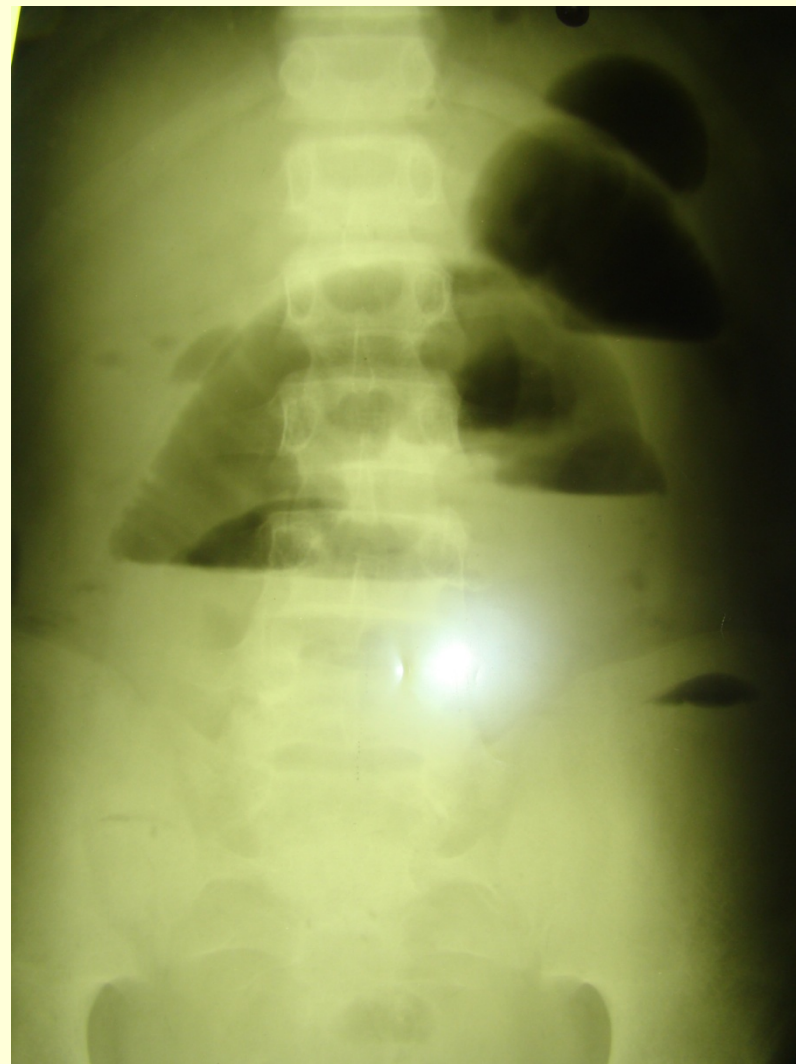
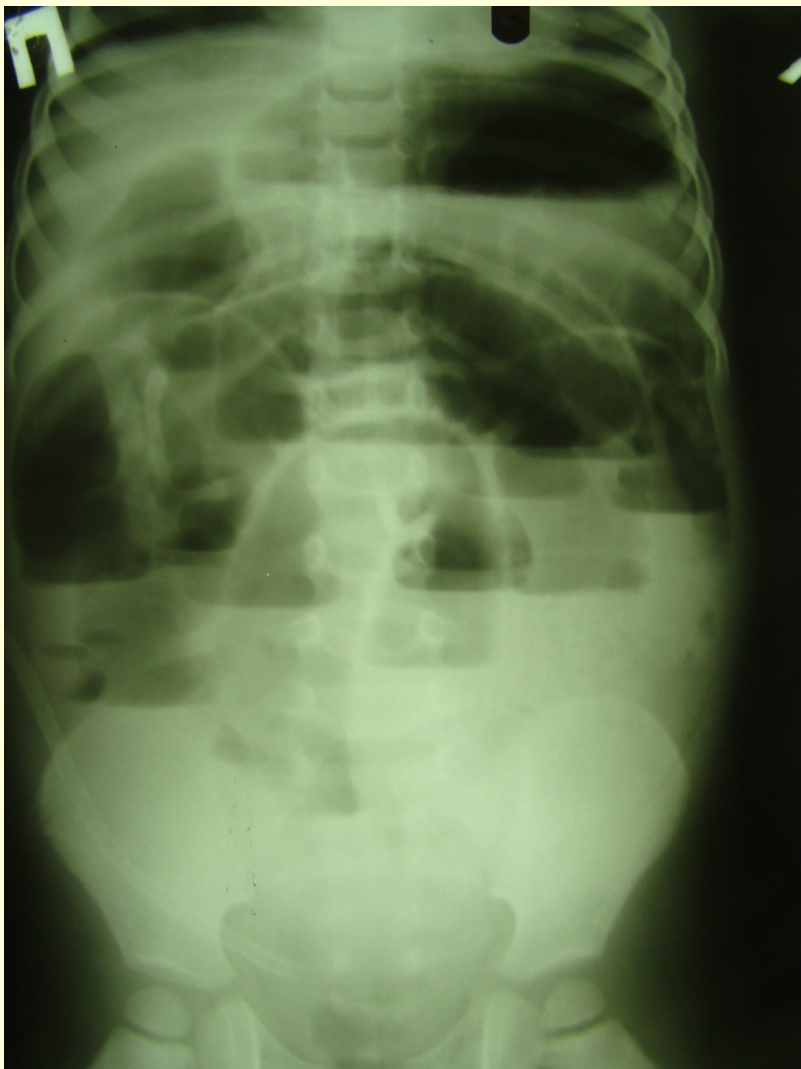
# Класифікація злукової кишкової непрохідності (Г.А. Баіров, 1973)

**Рання злукова кишкова непрохідність** (на протязі 1 місяця після оперативного втручання)

- злуково-паретична кишкова непрохідність (3-6 доба після оперативного втручання)
- рання проста злукова кишкова непрохідність (7-15 доба)
- рання злуково-запальна(злуково-інфільтративна) кишкова непрохідність (7-15 доба)
- рання відстрочена злукова кишкова непрохідність (21-30 доба)

**Пізня злукова кишкова непрохідність** (більш ніж 1 місяць після оперативного втручання)

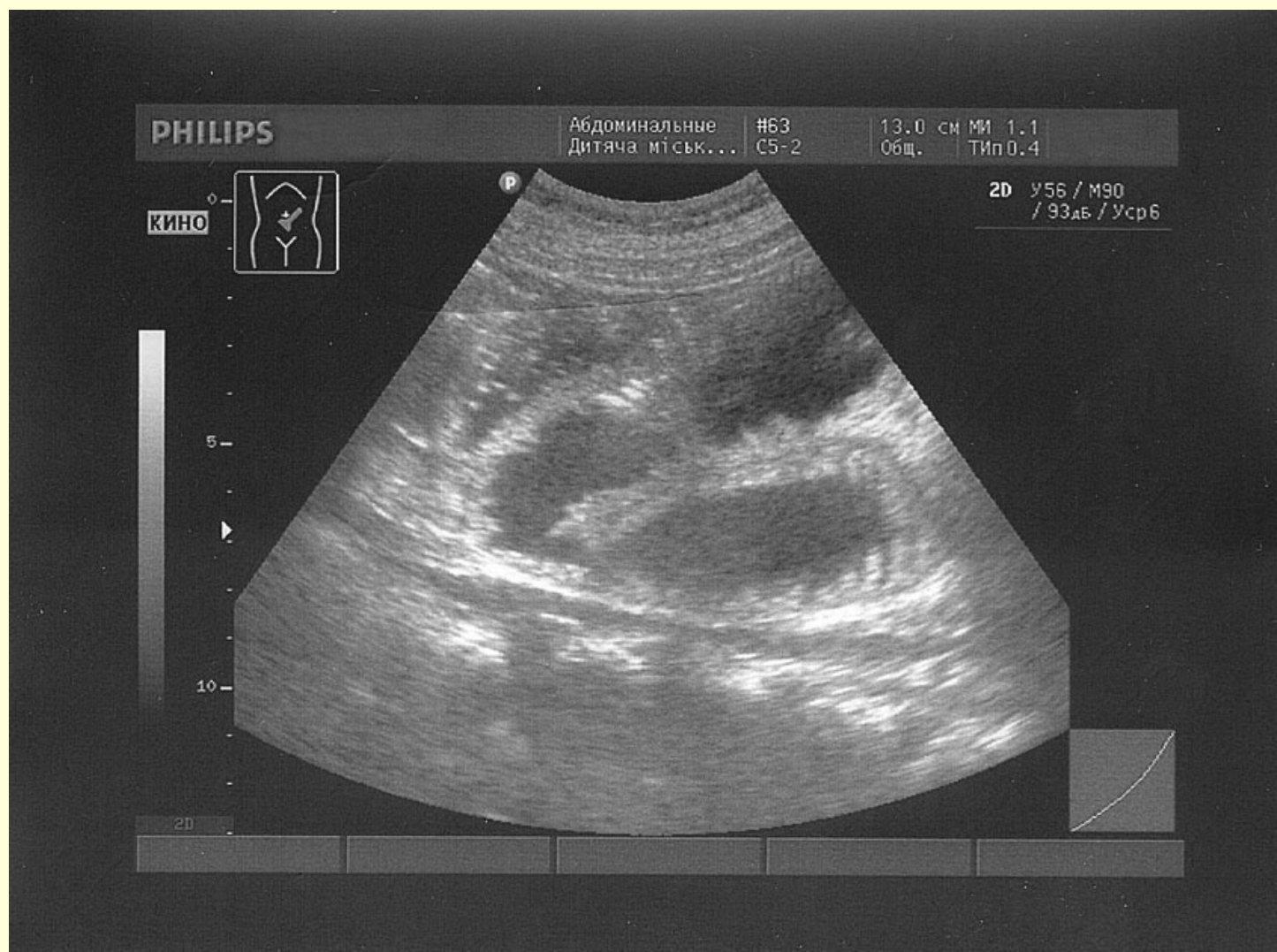
# Рентгенологічні ознаки ГКН







# Сонографічні ознаки ГКН

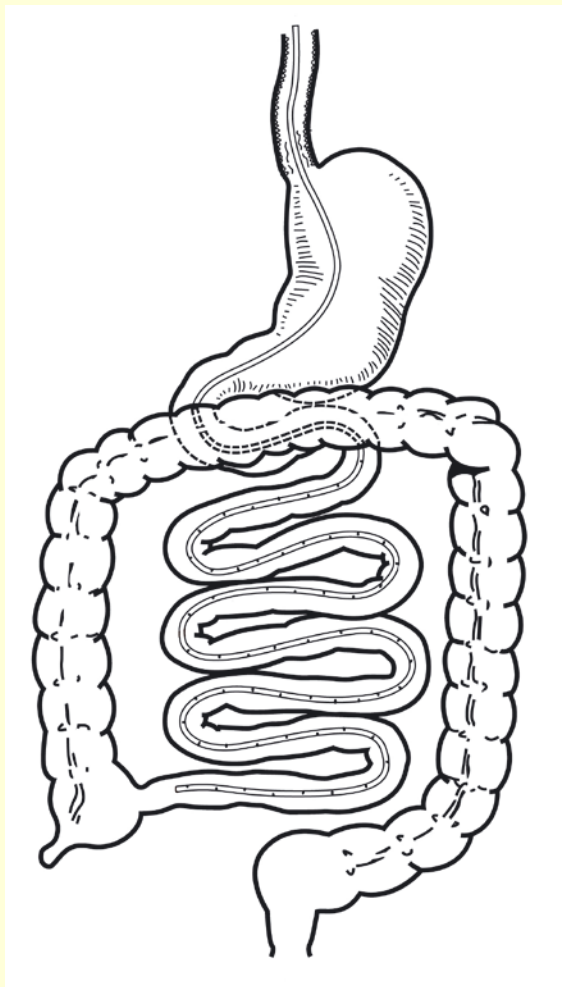




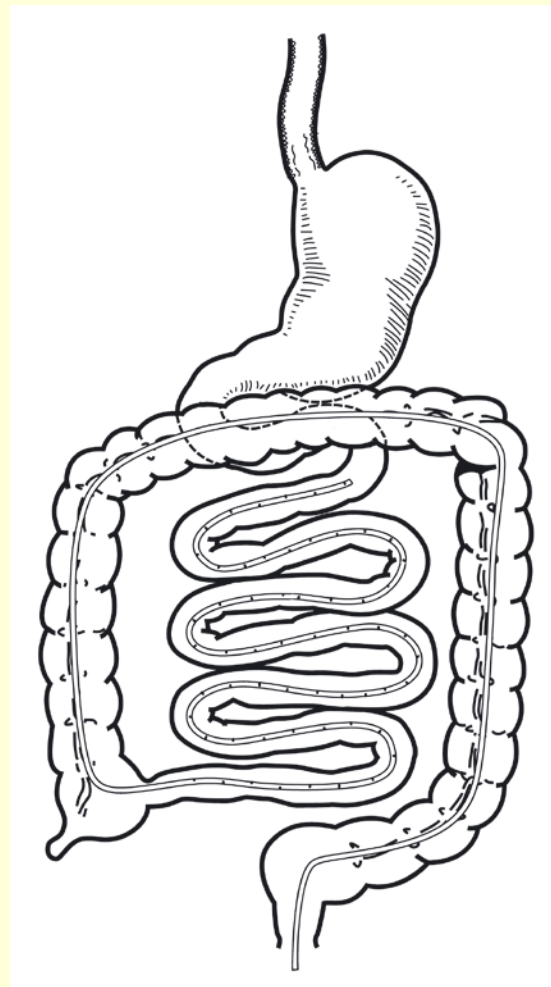
# Консервативне лікування:

- Декомпресія шлунково-кишкового тракту
- Різні види блокад, медикаментозна блокада симпатичної нервової системи (гангліоблокатори, симпатолітики,), продовжена перидуральна анестезія
- Стимуляція перистальтики кишечника — антихолінергічні препарати (прозерін, нібуфен, неостигмін), холіноміметики (ацекледин, бетанехол), пітуїтрін, периферійні антагоністи допаміну (мотіліум), гіпертонічні розчини в/в, різні види клізм.

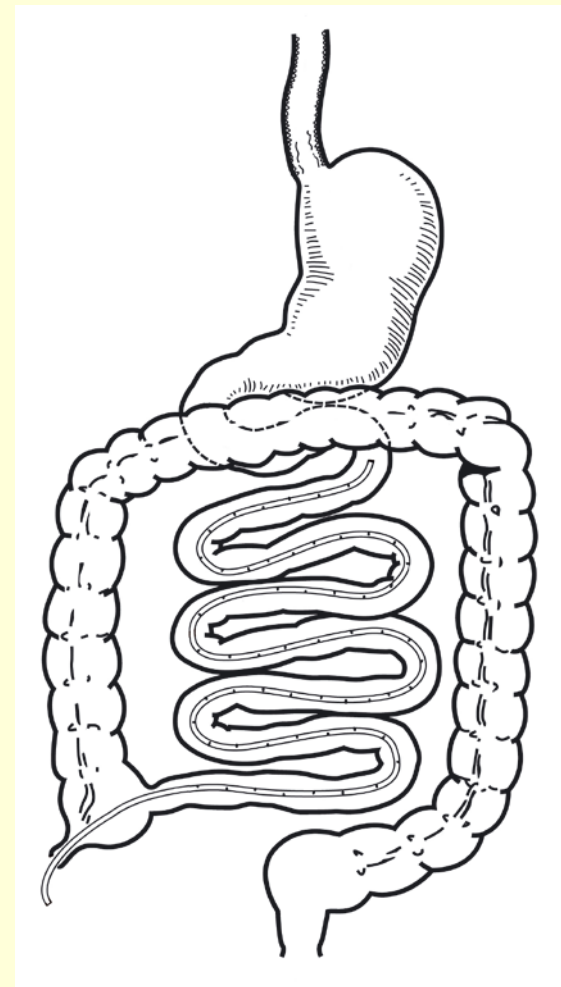
# Методи інтубації тонкої кишки



Назоінтестинальна  
інтубація



Трансанальна інтубація



Інтубація через  
апендикоцекостому

# Мета інтубації тонкої кишки

- **Декомпресійна** (звільнення кишки від вмісту під час операції, після чого зонд видаляють або залишають в просвіті кишки на протязі до 3 діб)
- **Декомпресійно-детоксикаційна** (зонд застосовується для проведення внутрішньокишкової детоксикаційної терапії: кишкового лаважу, ентеросорбції, селективної деконтамінації та ін.)
- **Каркасна** (тонку кишку виділяють із зрощень, проводять її тотальну інтубацію і вкладають у вигляді горизонтальних кілець по типу операції Нобля)
- **Профілактична** (попередження ранньої злукової та паралітичної післяопераційної кишкової непрохідності, неспроможності ентеротомічних швів та швів кишкових анастомозів)

# Операція “second look”



# Операція “second look”

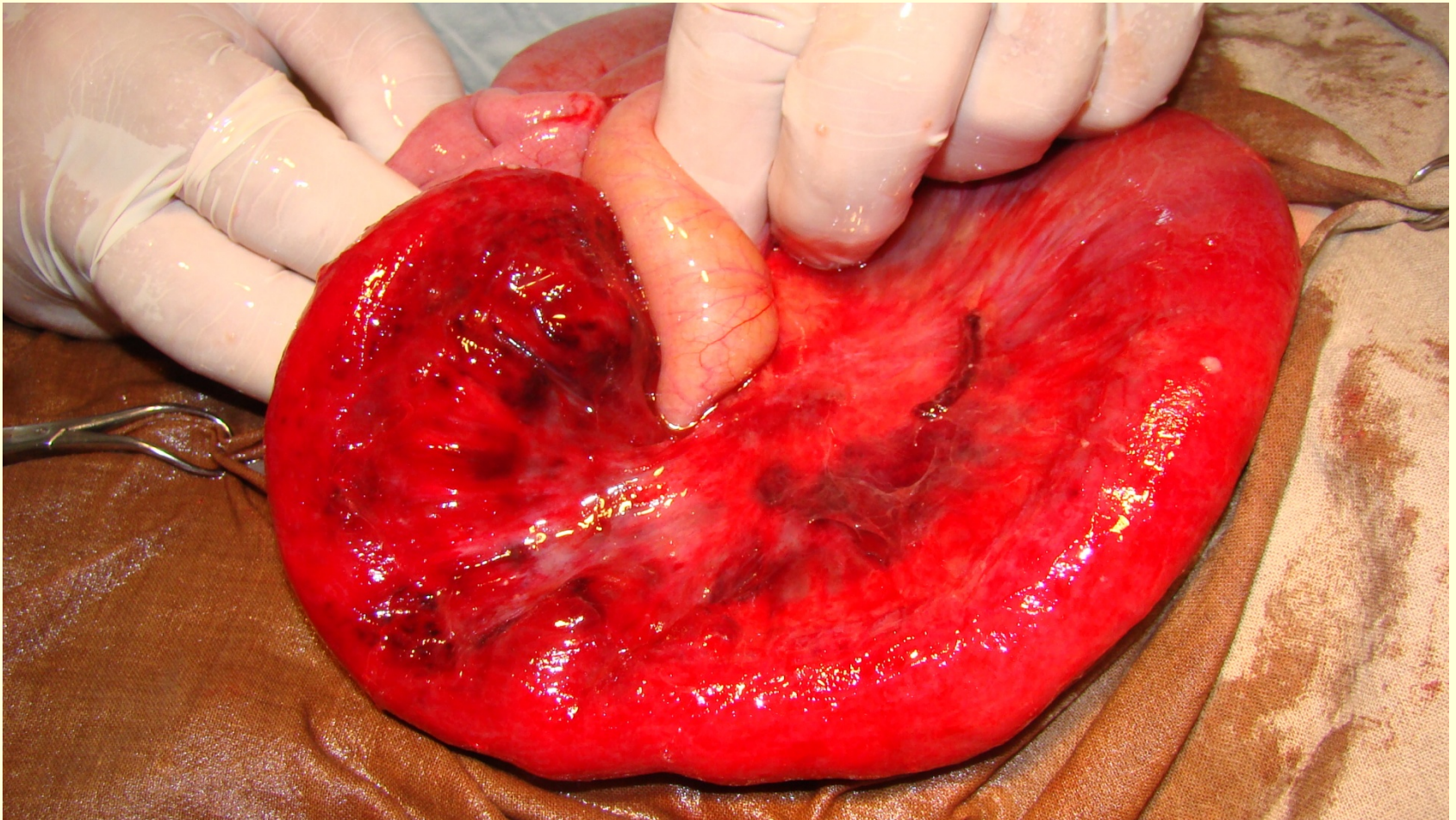
- Довжина тонкої кишки у дітей першого року життя 120-280 см, у дорослих – 366-671 см (за даними аутопсії)
- Межі резекції - для профілактики неспроможності швів анастомозу при некрозі кишки рекомендують виконувати резекцію 30—40 см кишки в проксимальному напрямку та 15—20 см в дистальному
- Резекція менш ніж 100 см здухвинної кишки призводить до помірних порушень всмоктування вітаміну  $B_{12}$  та жовчних кислот. Резекція більш ніж 100 см здухвинної кишки призводить до розвитку тяжкого синдрому мальабсорбції та стеатореї
- Залишок тонкої кишки  $>180$  см – повне парентеральне харчування не потрібне
- Залишок тонкої кишки 60-180 см – повне парентеральне харчування на протязі 1-12 місяців до виникнення адаптаційних механізмів
- Залишок тонкої кишки  $<60$  см – тривале повне парентеральне харчування



# Операція “second look”

- В. Shaw (1957) запропонував при сумнівах в життєздатності кишки при тромбозі брижових судин проводити повторний огляд кишечника через 12-24 години після першої операції ( second-look).
- Використання операції “second-look” дозволяє:
- Запобігти невиправданій резекції кишки з сумнівною життєздатністю при гострій кишкової непрохідності
- Зменшити об'єм резекції та поліпшити віддалені результати
- В разі необхідності виконати резекцію в більш благоприємних умовах: в плановому порядку, після проведення комплексної інтенсивної терапії, найбільш кваліфікованою бригадою хірургів.

# Операція “second look”





# Гостра кишкова інвагінація



**“Диагноз чрезвычайно легок и должен быть поставлен без колебаний, и если врачу пришлось однажды видеть это заболевание, он больше никогда не ошибется» Г. Мондор**

**Хлопчики : дівчатка = 2 :1**

**Вік – до 1 року (4-9 місяців)**

### **Етіологічні чинники:**

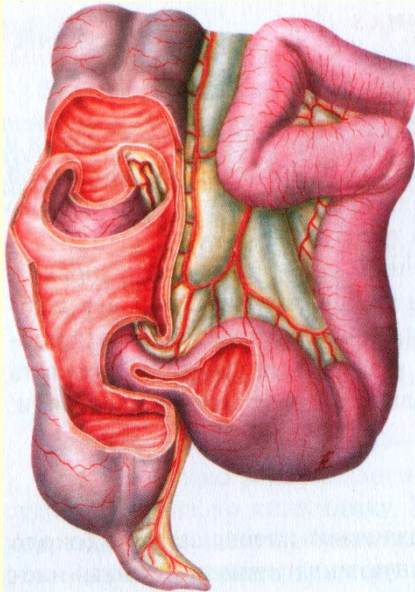
- 1. Функціональні чинники: аліментарні (порушення режиму харчування).**
- 2. Запальні захворювання шлунково кишкового тракту .**
- 3. Механічні фактори: дивертикул Меккеля, пухлини кишечника, вади розвитку кишечника**

*Её выбор падает на «чудесного ребенка, вскармливаемого грудью, нормального, крепкого, очень спокойного, не хныкающего» (Омбретан)*

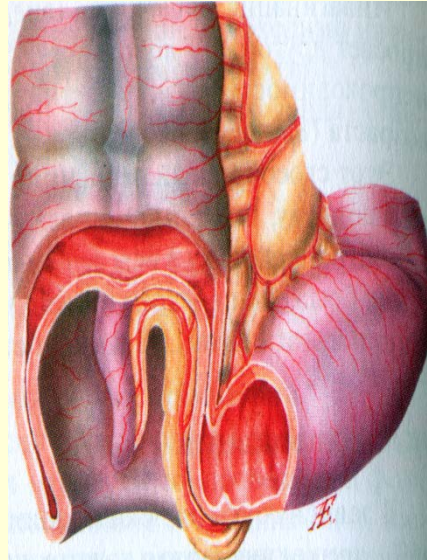




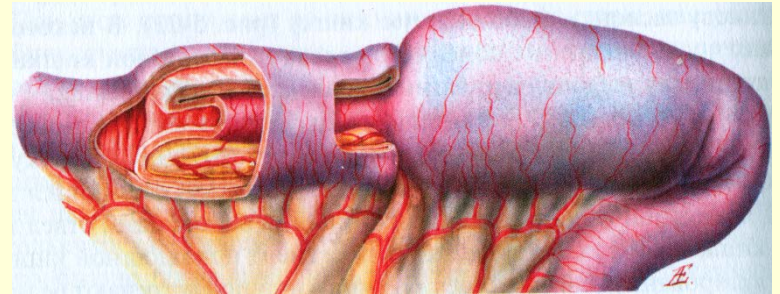
# Класифікація кишкової інвагінації



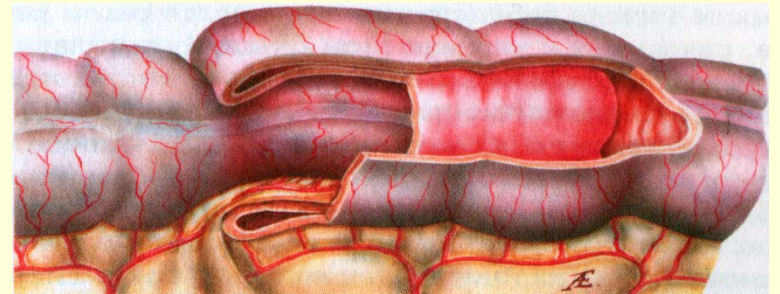
Здухвинно-  
ободова  
інвагінація



Сліпо-ободова  
інвагінація



Тонко-тонкокишкова  
інвагінація



Товсто-товстокишкова  
інвагінація

# Феликс Лежар «Неотложная хирургия»

Надо ясно представить себе, как в действительности развивается острая кишечная инвагинация у грудного ребенка, чтобы понять, какую тяжелую ответственность приходится брать на себя врачу, призванному принять немедленное решение в тяжелой обстановке семейной тревоги.

Грудной ребенок, вполне здоровый малыш, хорошо берет грудь; с вечера он спокойно уснул. Под утро, после спокойно проведенной ночи, ребенок проснулся от голода. После первого утреннего кормления он снова спокойно засыпает. Все в порядке. Два или три часа спустя он внезапно просыпается, испуская столь пронзительные крики, что весь дом приходит в волнение. Мать напугана бледностью ребенка, который продолжает кричать, сучит ножками, корчится, тужится, как при трудной дефекации, срыгивает насосанное молоко. Мать сразу чувствует серьезность положения и требует вызова врача.

Менее обеспокоенный отец склонен приписать это схваткам, расстройству желудка, хотя приступ протекает слишком тяжело для простого гастроэнтерита. Тем не менее довольно быстро все успокаивается, и утомленный ребенок засыпает, а через четверть часа, полчаса или через час так же внезапно драма возобновляется. На этот раз нет сомнений — нужно экстренно вызвать врача.

Расспросив родителей, врач, знакомый с подобными случаями, уже подозревает истину: он знает, что немедля предпринять, какие признаки выявить.

История болезни действительно типична. Обычно дело касается *грудного ребенка в возрасте от 4 до 9 месяцев, чаще мальчика, чем девочки, до того момента совершенно здорового ребенка.* Налицо характерные признаки: внезапные и чрезвычайно резкие боли, сопровождающиеся *ужасающими криками*, бледность лица, натуживание, *сильное и резкое сгибание* нижних конечностей. *Рвоты* пищей или желчью. *Эти явления то утихают на более или менее длительный промежуток времени, то снова возобновляются* в виде все учащающихся приступов, наступающих через каждые полчаса, четверть часа и, наконец, через каждые 5 минут.

Осмотрите прежде всего пеленки ребенка. Быть может вы там найдете доказательство в пользу инвагинации — *испражнения или слизи с примесью крови.*

Если вы ничего не находите, произведите немедленно исследование per rectum; не рассчитывайте, что в этой стадии вам удастся кончиком пальца нащупать головку инвагината, ибо это более поздний признак. Но иногда на осторожно введенном в глубину прямой кишки пальце вы обнаружите немного *алой крови* или *окрашенной кровью слизи* без всякого запаха или с запахом рыбы. Самое важное — это наличие крови. Если бы ее на первых порах не оказалось, вы обнаружите ее двумя часами позже при повторном посещении больного.



«Малиновое желе» Это главный признак, он почти всегда на лице. Это прекраснейший, спасительный признак! Он обнаруживается очень рано, его легко заметить, он встречается почти постоянно, он неизменно тревожит окружающих... (Мондор)

Вам остается ощупать живот, но не во время схваток, а в периоде успокоения. Надавите на брюшную стенку сначала справа, затем посередине, наконец слева. Если вы обладаете опытом и действуете осторожно, вам во многих случаях удастся прощупать продолговатое образование, расположенное поперечно в надчревной или пупочной области или лежащее вертикально в одном из боковых отделов живота. Это колбасовидное образование тестоватой консистенции; плотность его меняется у вас под рукой; оно то напрягается, то расслабляется, иногда становится подвижным, иногда вдруг исчезает. Признак этот является кардинальным, хотя он не всегда имеется; наличие его служит безусловным подтверждением диагноза.

- «Признаки непроходимости + кровь из заднего прохода = внедрению кишок. Это основное уравнение» (Омбредан)



# Клінічні прояви інвагінації кишечника у дітей



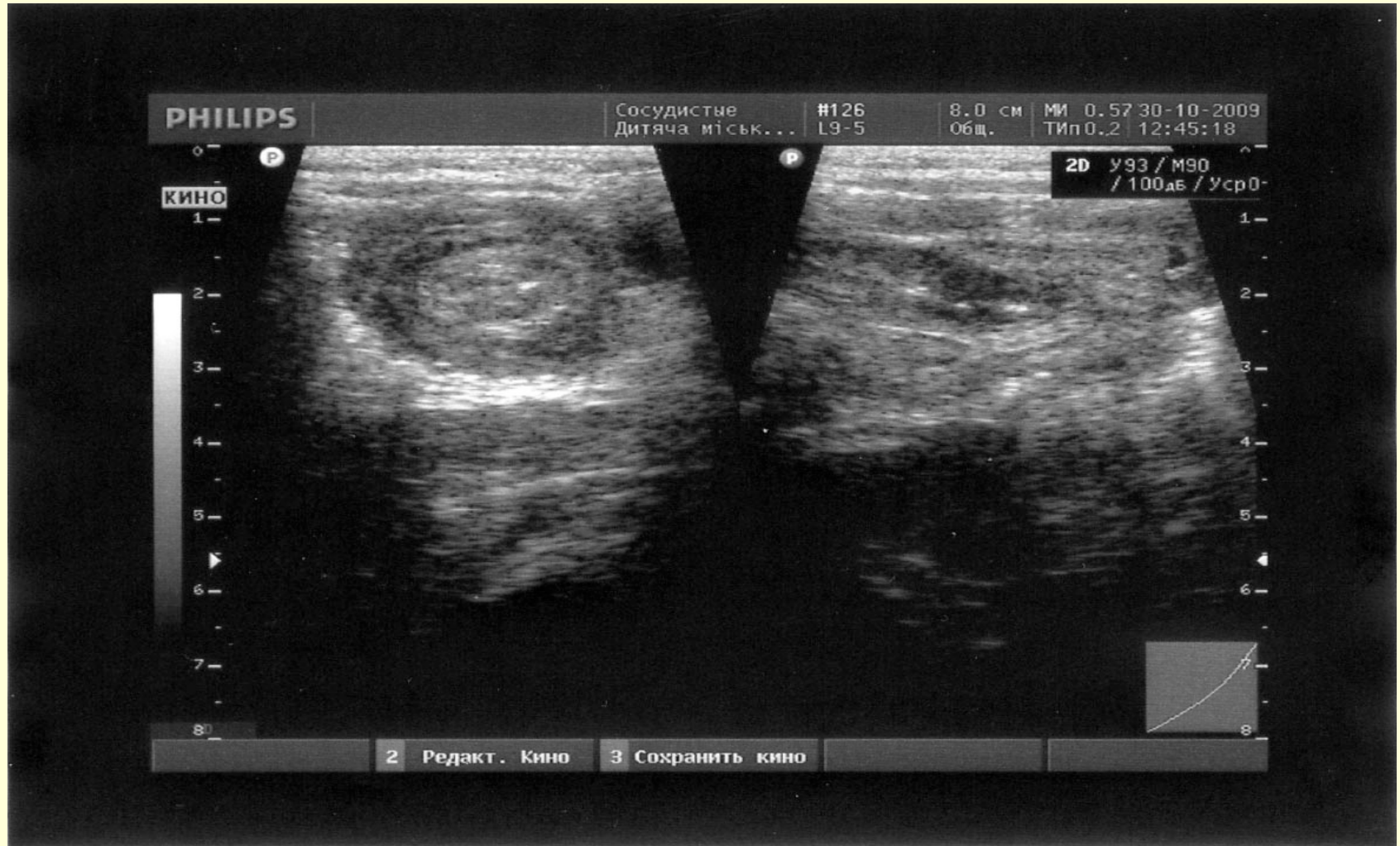
- Неспокій, болі в животі – 81(100%) випадків.
- Блювота – 69(85,2%) випадків.
- Симптом «малинового желе» - 58(71,6%) випадків.
- Пухлиноподібне утворення (інвагінат) при пальпації – 66(81,4%) випадків.

Ребенок в прострации, лицо темное, серое. Острых, быстрых реакций первого дня больше нет. Он еще мечется во время схваток, но у него уже нет сил кричать. Постель его вся в рвотных массах, темных, фекалоидных, зловонных. Припадки рвоты непрерывны. Нет ни кала, ни газов. Из заднепроходного отверстия течет черная кровь с гагренозным запахом. При ректальном исследовании находят опухоль, имеющую форму и консистенцию шейки матки: это головная часть огромного внедрения кишок. Опухоль, без сомнения, вытянулась вдоль всей левой стороны живота; но как добраться до нее? Живот вздут, растянут, болезнен при ощупывании. Пульса почти нет. Температура 40°. Это уже не внедрение кишок, это не ущемленная внутри живота грыжа, это уже не является и непроходимостью кишок. Это – гангрена ущемленной внутрибрюшинной грыжи, вызывающая смерть ребенка вследствие токсемии и перитонита. Ребенок, которого врач вчера оставил с «коликами», сегодня уже не может быть оперирован. Черты лица его заостряются, глаза проваливаются. Температура с 40° упадет до 35,6-36°. Завтра он умрет. Вот что стало с «чудесным ребенком, крепким, радостным, не плаксой!» (Мондор)

# ***Рентгенологічне дослідження***

- *“Нам надо приступить к главе, до сих пор не существовавшей и еще сомнительной” Г. Мондор*
- *Характерними дозами опромінення черевної порожнини і малого тазу у разі застосування методики іррігоскопії є дози порядку 1-8 мЗв рентгенівського опромінення, яке, за даними Gofman в 2-4 рази більш небезпечні з точки зору індукції різних патологій.*
- *У випадку використання методики іррігоскопії дози опромінення черевної порожнини і малого тазу еквівалентні дозам від 2-4 до 16-32 мЗв, зумовлених опроміненням внаслідок аварії на ЧАЕС.*

# Сонографічні ознаки інвагінації

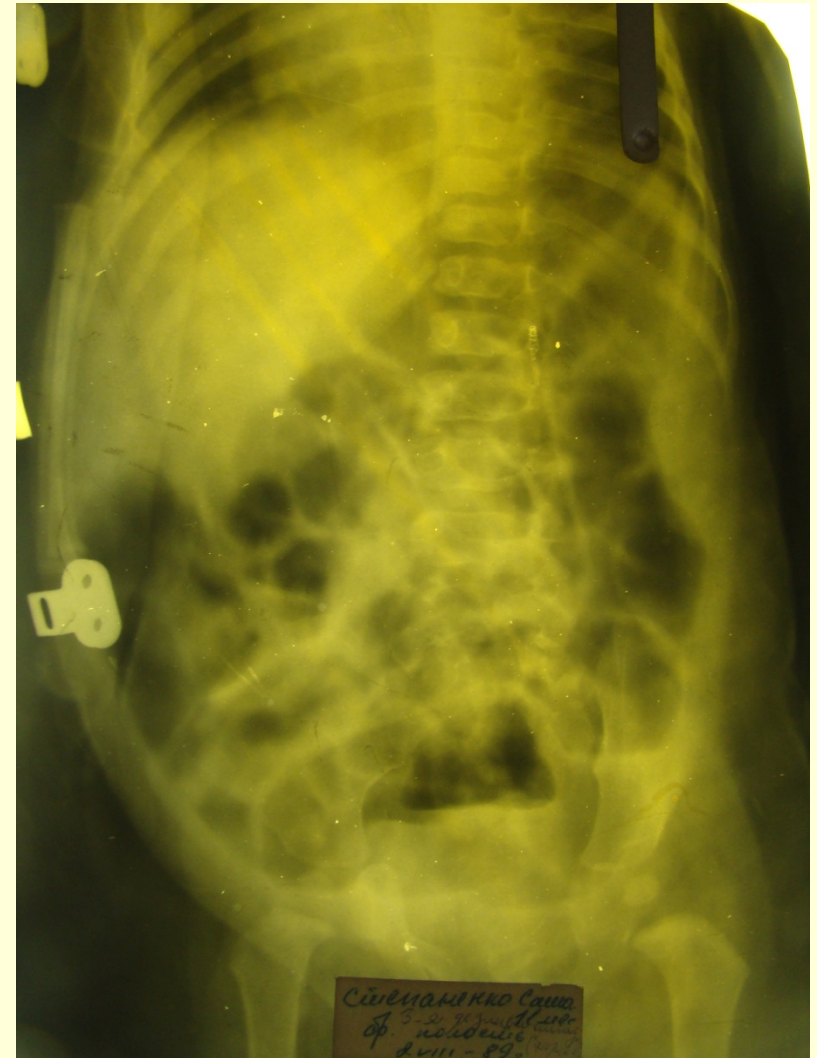
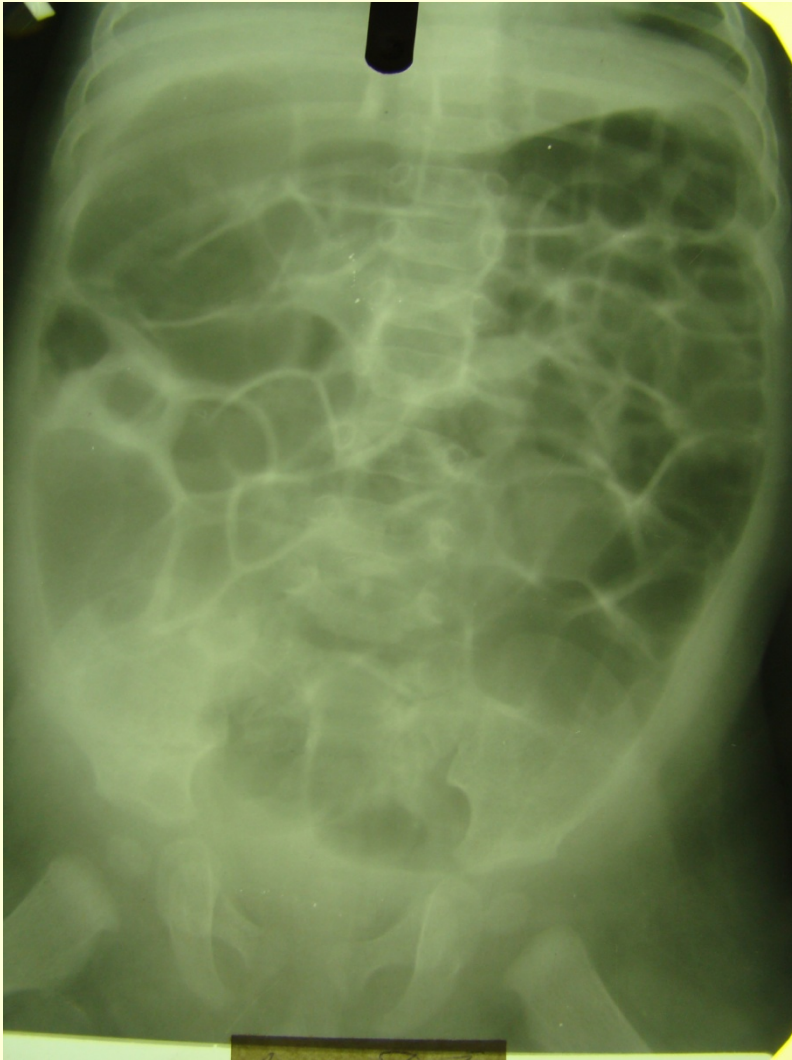




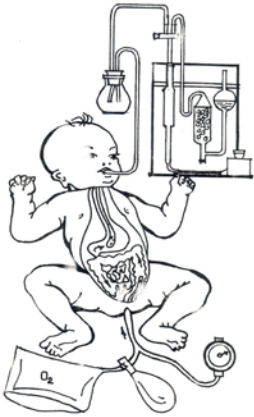
# Дезінвагінація наскрізним аероінсуфляційним способом



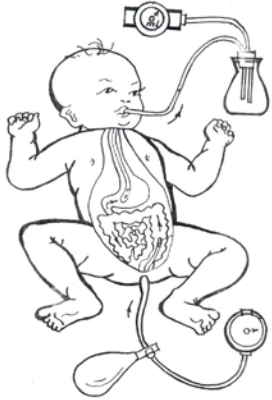
# Симптом “бджолиного стільника”



## Способи підтвердження дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей



*Для контролю ефективності дезінвагінації в якості газу, що вводився в товсту кишку, використовують медичний кисень, визначають його вміст у газовій суміші, отриманій із шлунка, за допомогою газоаналізатору та при вмісті кисню більше 21% констатують дезінвагінацію (Пат. 7014 Ц України).*



*Визначають об'єм газу, що поступає по зонду, за допомогою волюметра і при виділенні більше ніж 1 літру газу встановлюють дезінвагінацію (Пат. 7013 Ц України)*



*Одночасно реєструють тиск у прямій кишці та у шлунку і визначають дезінвагінацію при рівності тиску у прямій кишці та в шлунку (Пат. 7015 Ц України)*

Дякую за увагу!

