

РОСТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И
ОРТОПЕДИИ



**ВРОЖДЕННАЯ
КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ**

Составитель: доцент. к.м.н. Чепурной М.
Г.

ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

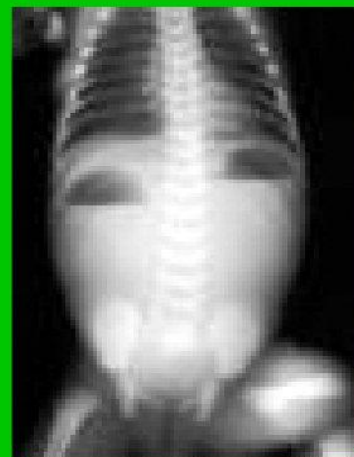
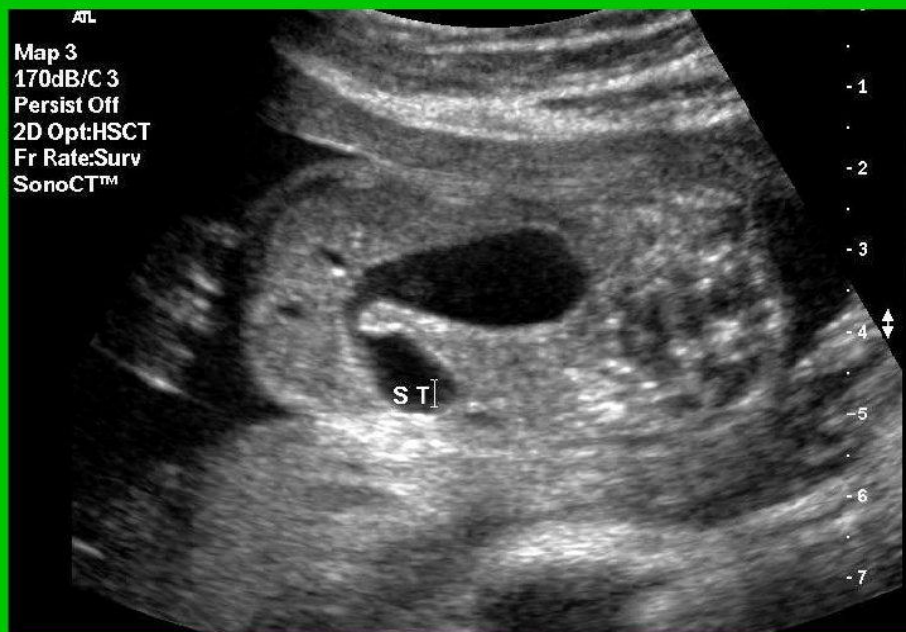
- Высокая (дуоденальная)
- Низкая (преимущественно тонкокишечная)
- Мальротация (синдром Ледда)

Высокая кишечная непроходимость (ВКН)

Возможна и обязательна антенатальная диагностика порока, т.к. около 25% больных имеют синдром Дауна

Причины ВКН:

- Атрезия двенадцатиперст. кишки
- Кольцевидная поджелуд. железа
- Мембрана двенадцатиперстной кишки (часто сочетается с мальротацией)
- Редкие формы -
предуоденальная воротная вена,
аберрантные сосуды печени,
удвоение двенадцатиперстной кишки



ПРАВИЛА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КН

- ✓ Всегда обзорные рентгенограммы брюшной полости в вертикальном положении в двух проекциях
- ✓ До обзорных R-грамм не зондировать желудок и не ставить клизм

Диагностика

- ***В большинстве случаев обзорной рентгенографии достаточно для постановки диагноза – наличие симптома “double-bubble” патогномонично для дуоденальной непроходимости***



Лечение высокой кишечной непроходимости

На догоспитальном этапе главное – зондирование желудка и его опорожнение

Оперативное лечение возможно лишь после тщательной подготовки больного к операции - ликвидация эксикоза, снижение степени гипербилирубинемии, восстановление гомеостазиса

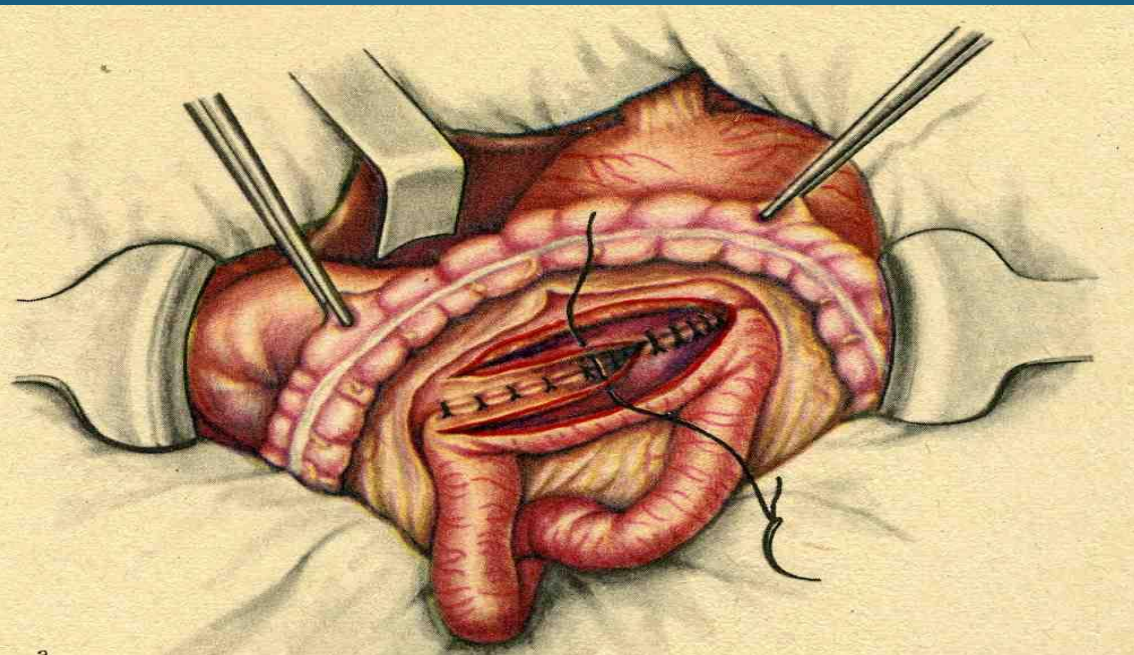


Показания к экстренной операции (через несколько часов от поступления) при дуоденальной непроходимости:

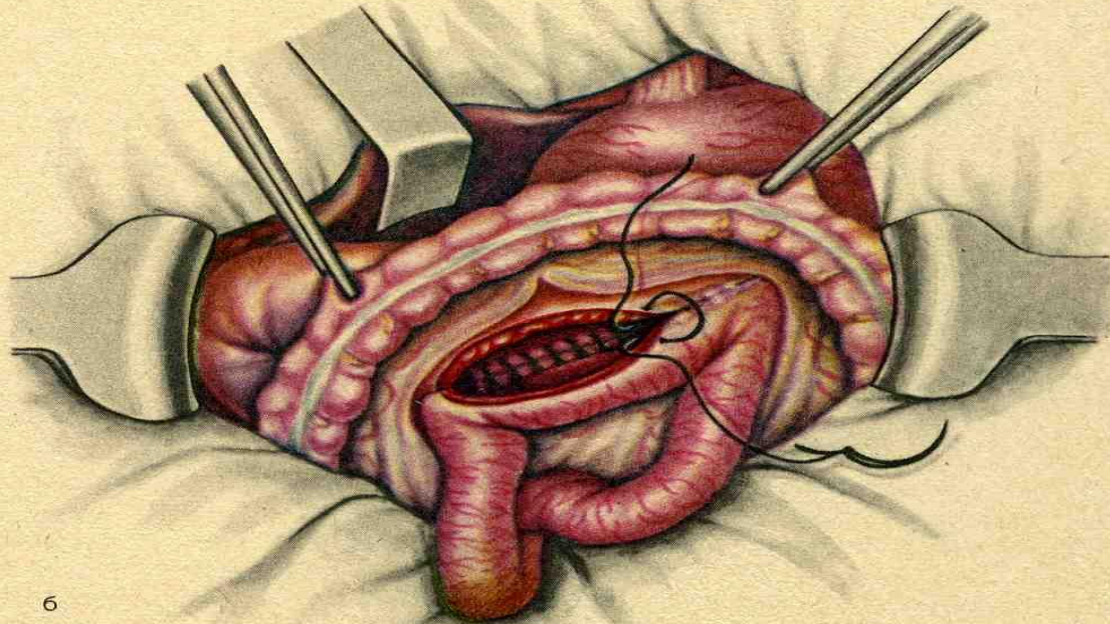
- **Сочетание ВКН с АП (с нижним ТПС)** – при этой комбинации высока опасность рефлюкса застойного содержимого желудка в трахеобронхиальное дерево
- **Сочетание ВКН с АП (без ТПС)** – непосредственная угроза разрыва желудка или перфорации двенадцатиперстной кишки

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫСОКОЙ КН

Выбор метода хирургического лечения ВКН определяется видом аномалии. Наиболее частая локализация преграды в 12-перстной кишке – переход вертикальной в нижнегоризонтальную ветвь. В этом случае операцией выбора считается дуоденоеюноанастомоз, а при мембране ДК - мембранэктомию.



a



b

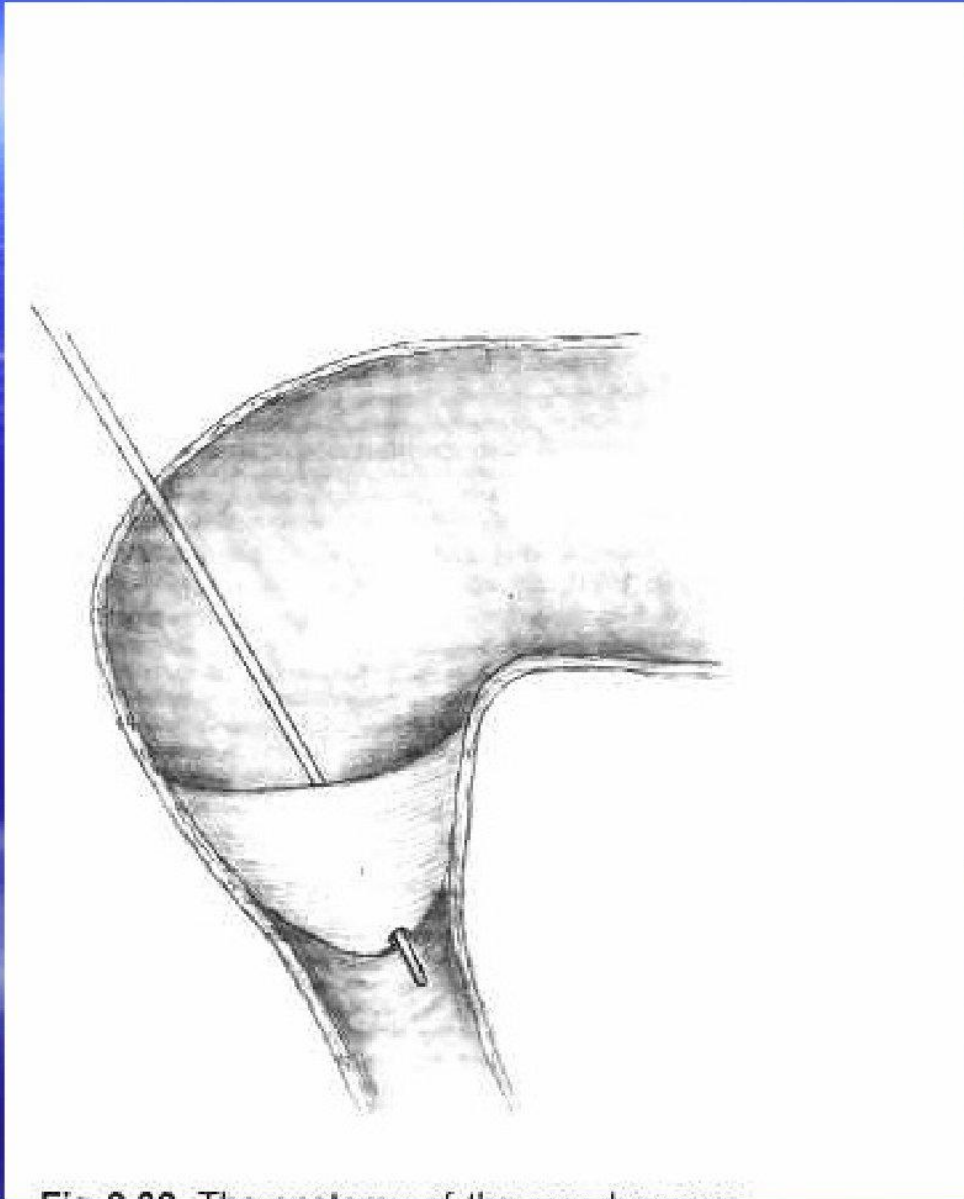
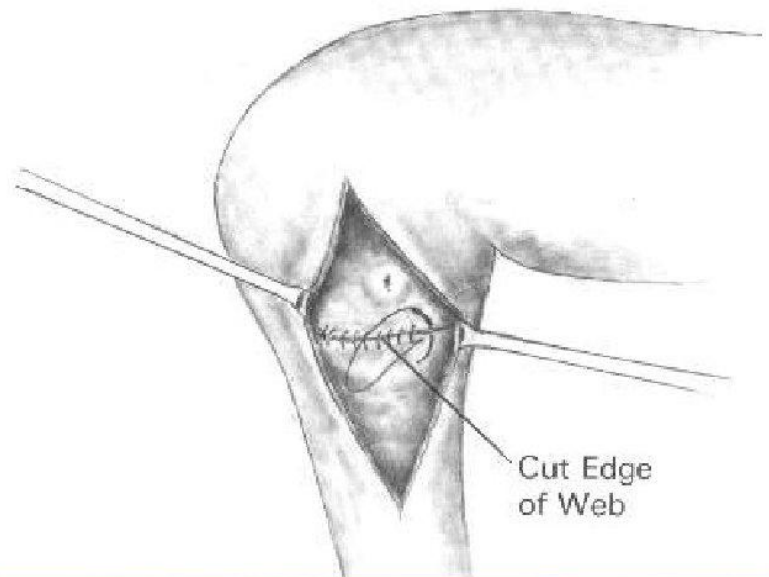
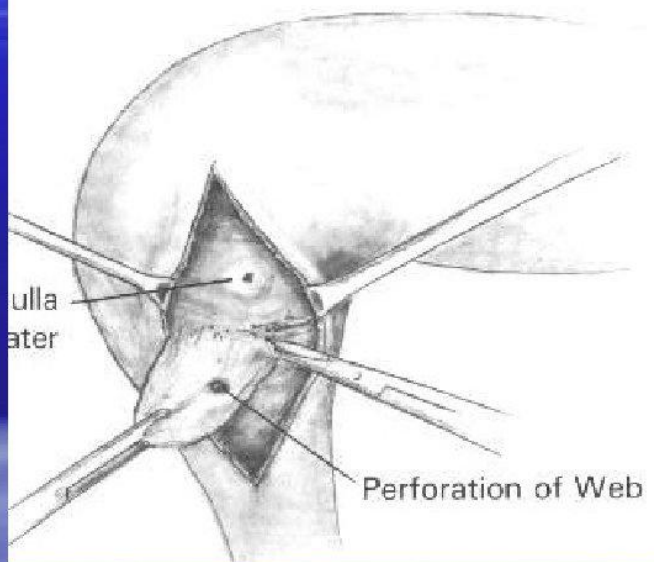
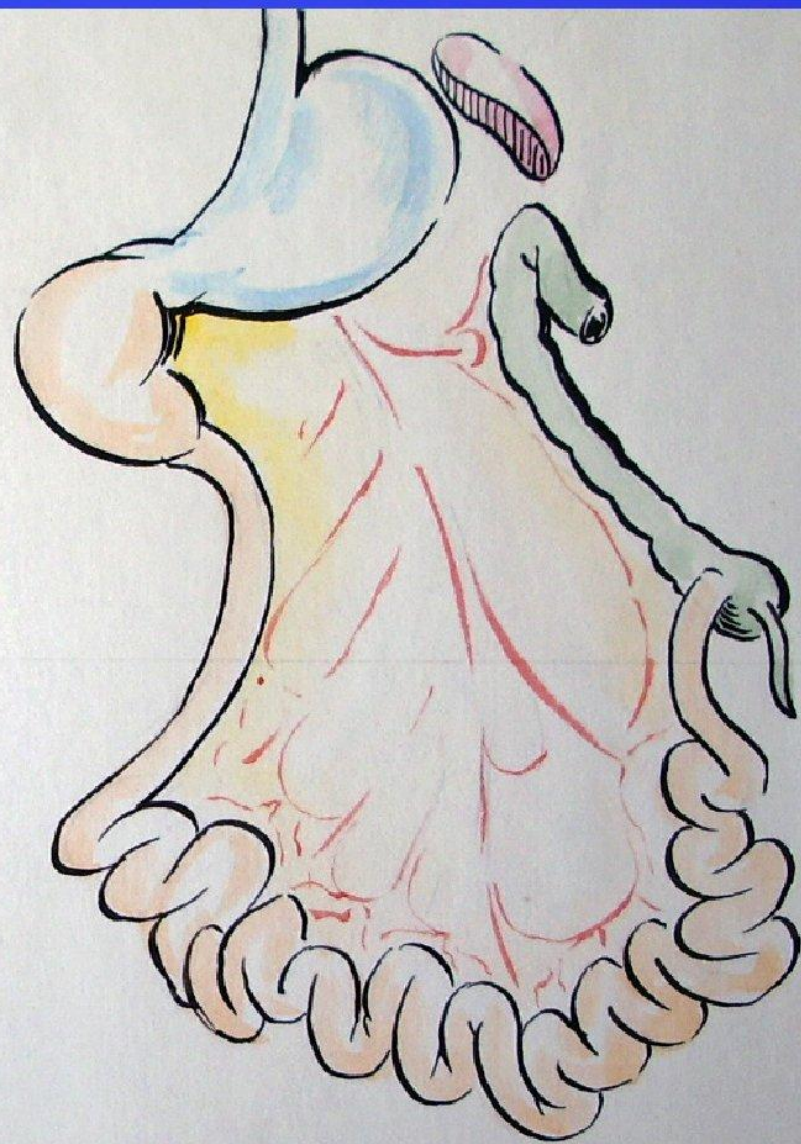
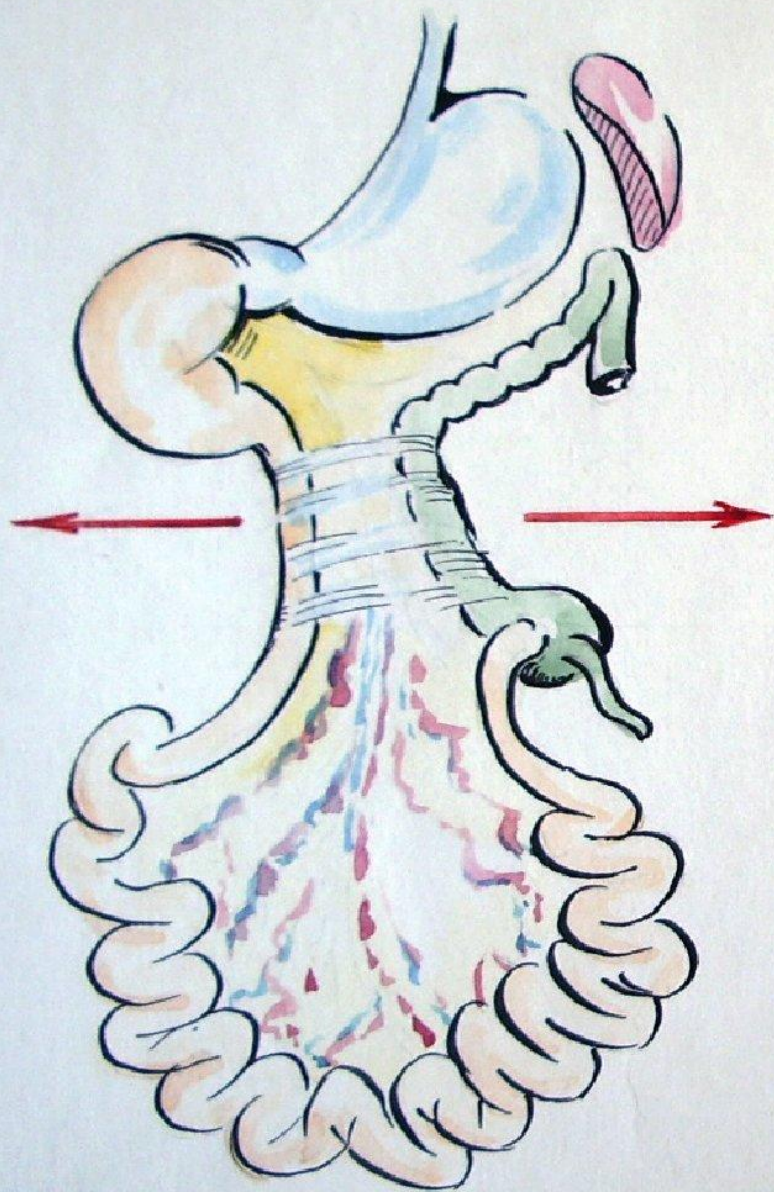


Fig. 6.29 The anatomy of the knee joint



ЗАКОН ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВКН

Абсолютно обязательна ревизия
всего желудочнокишечного
тракта, даже в том случае , когда
хирург , «войдя в брюшную
полость» , сразу обнаружил
«locus morbi»

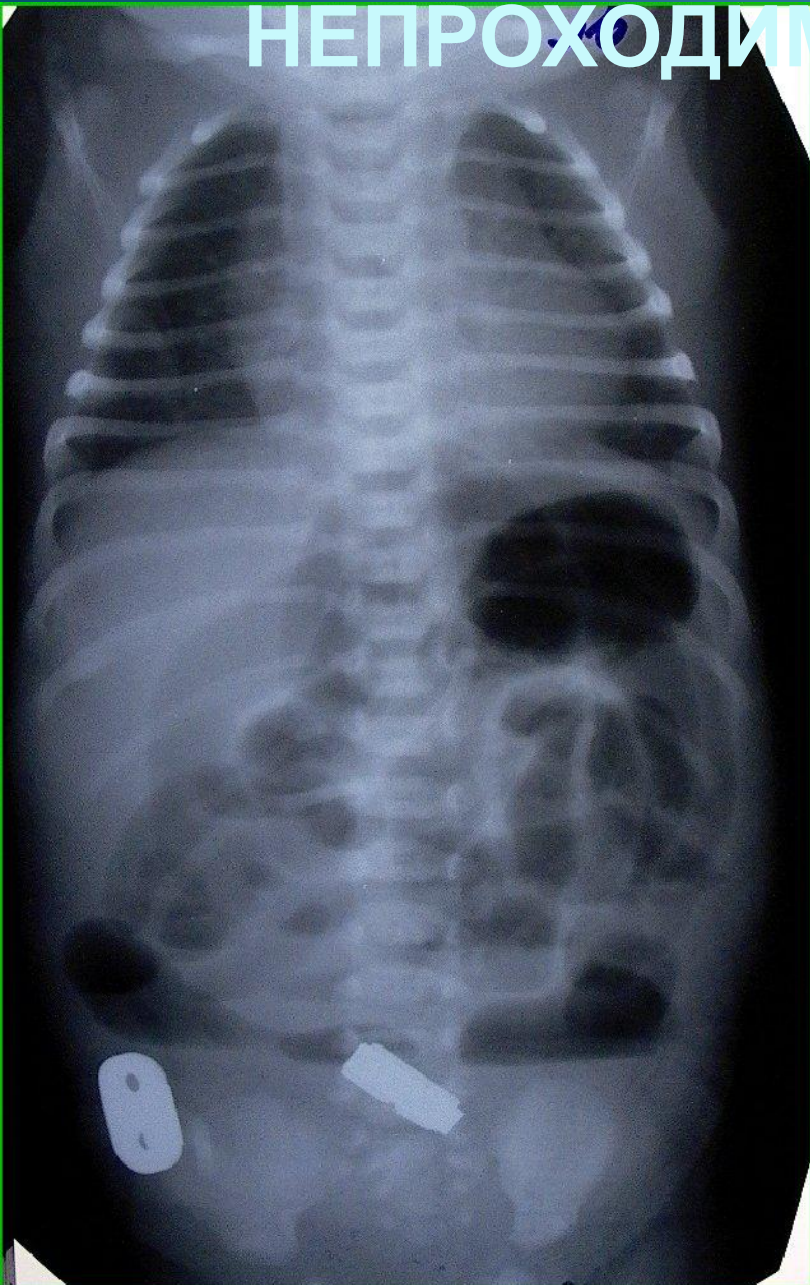


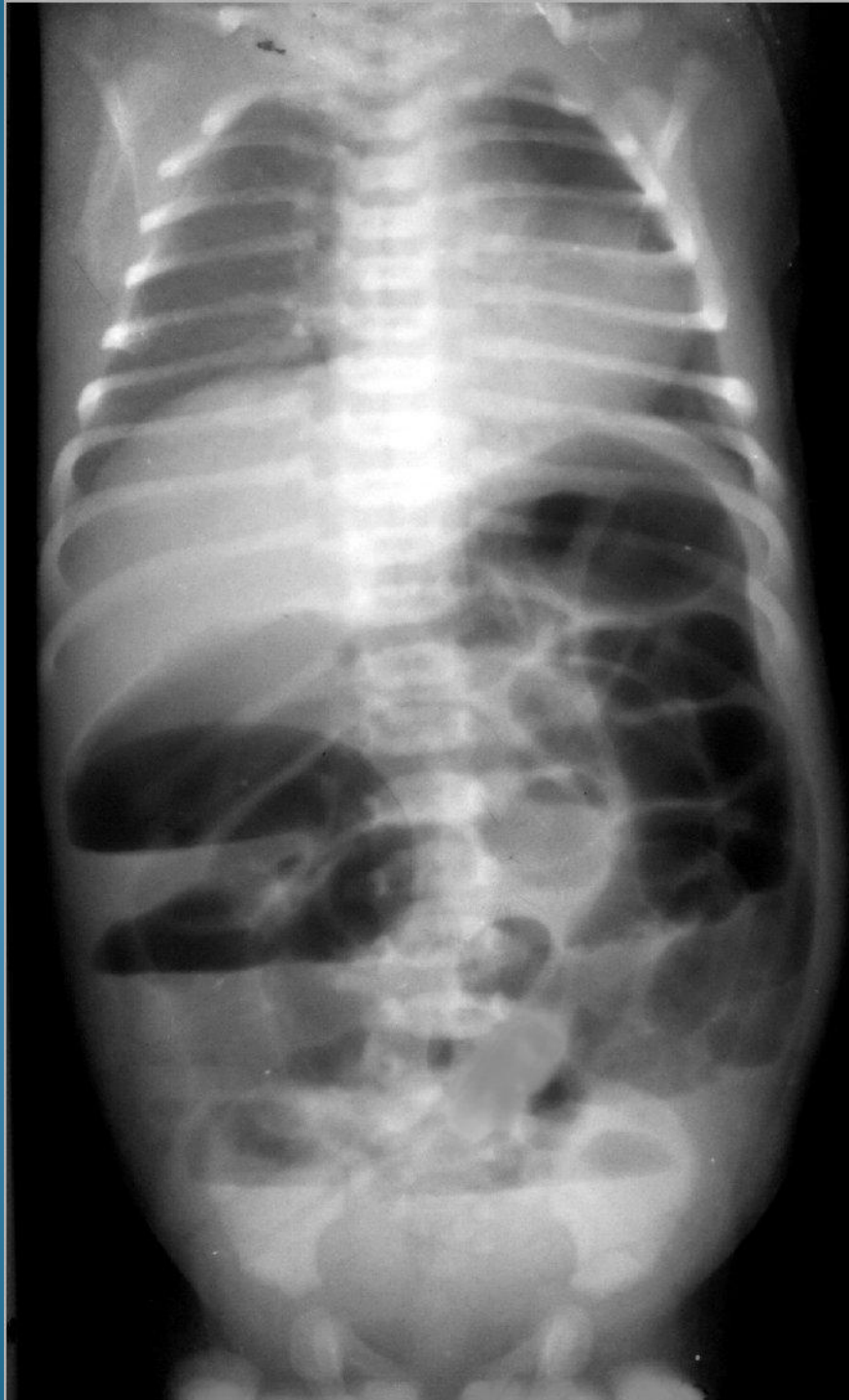
Низкая кишечная непроходимость (НКН)

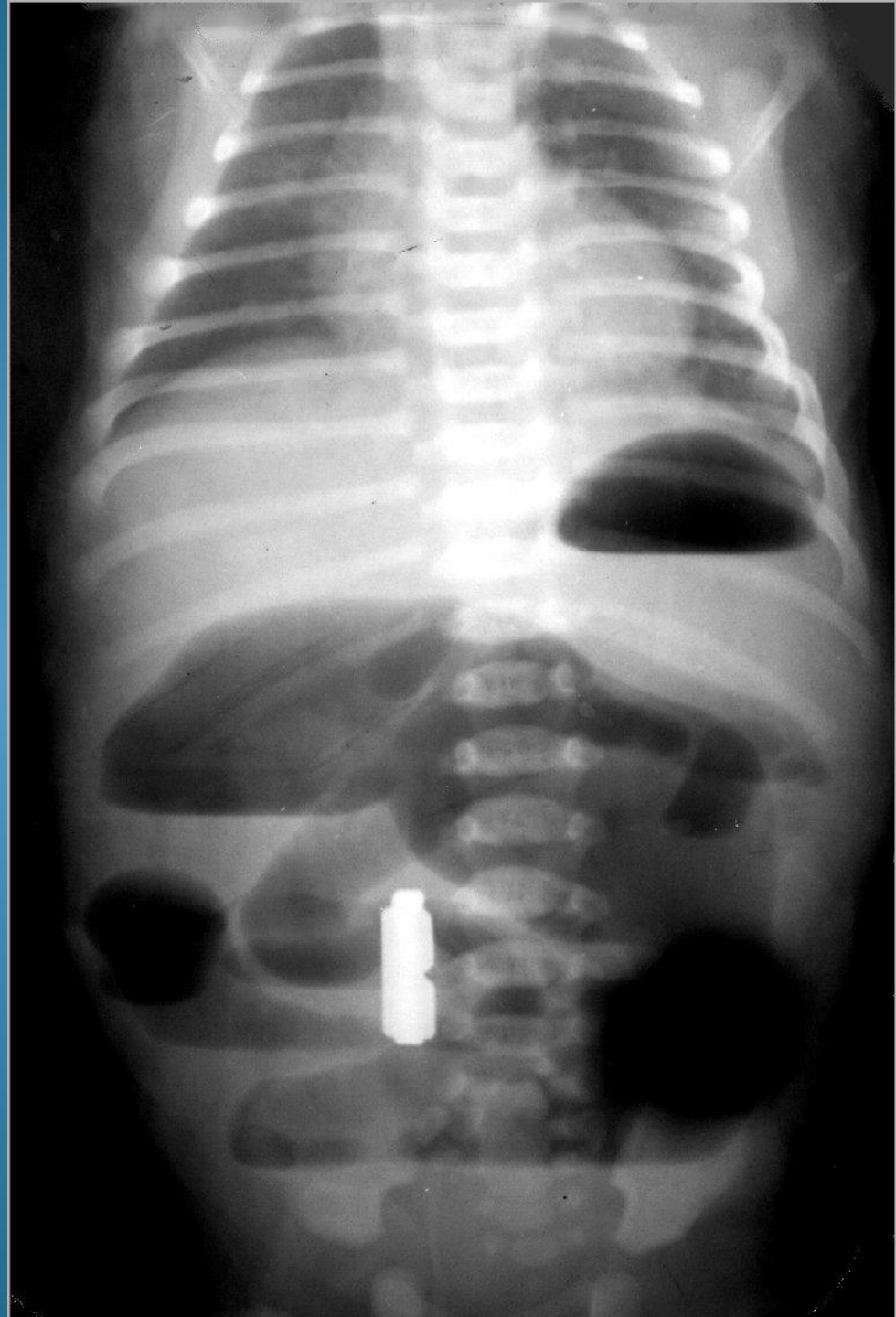
Причины НКН:

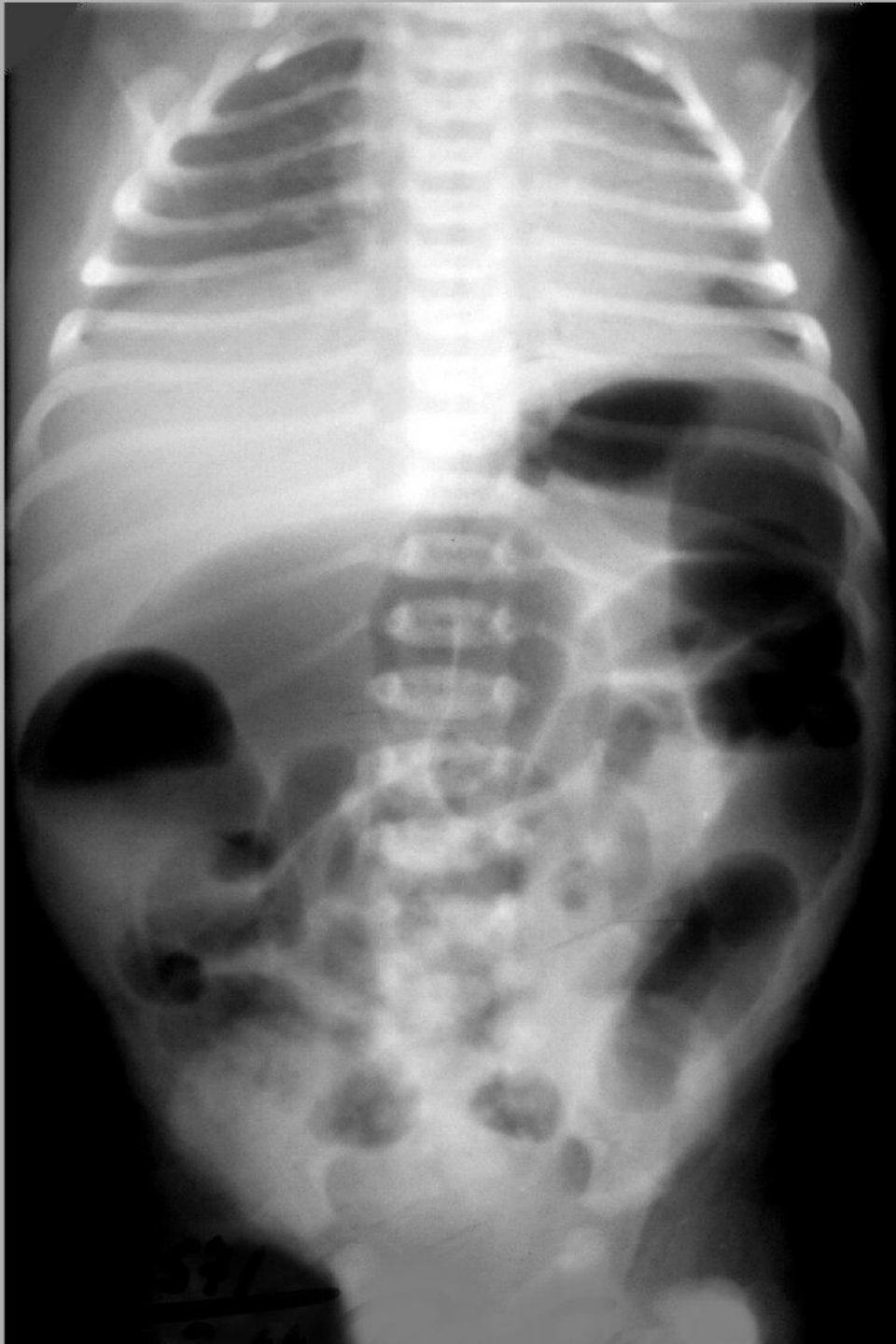
- Атрезия тонкой или толстой кишки
- Мембрана тонкой кишки
- Меконеальный илеус
- Редкие формы - кистозный перитонит,
- Энтерокистома забрюш. пр-ва, удвоение тонкой кишки

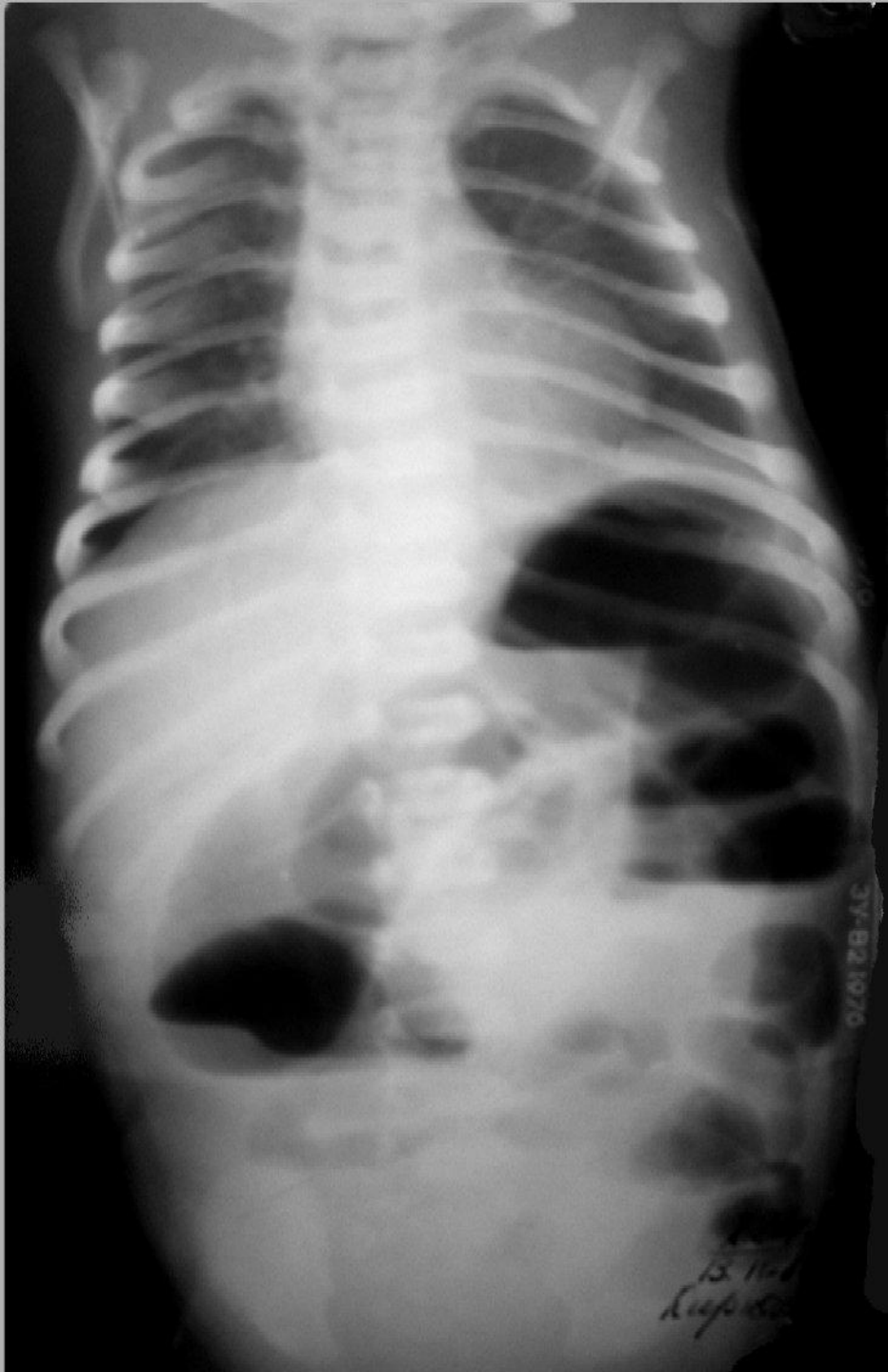
НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ





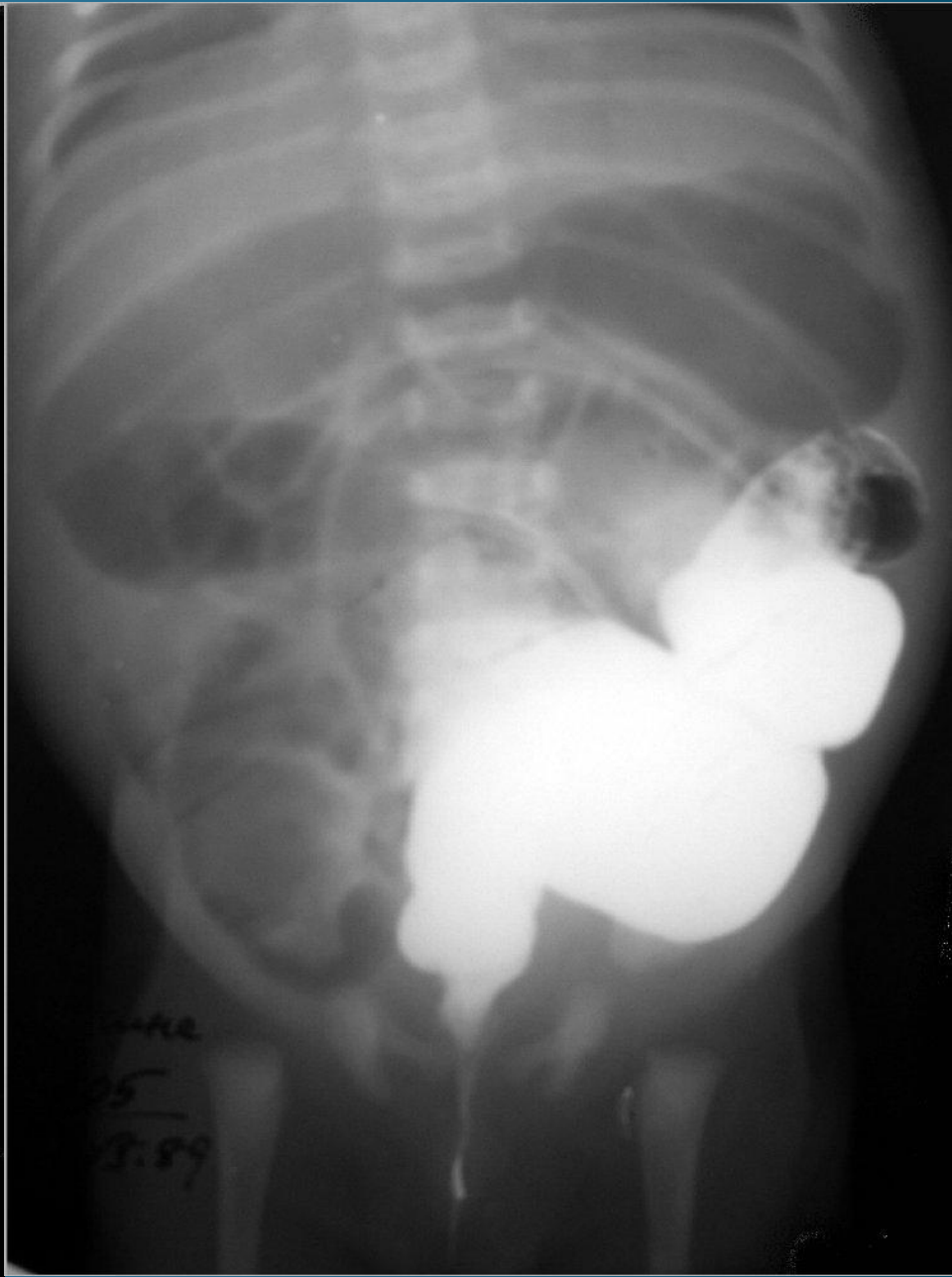






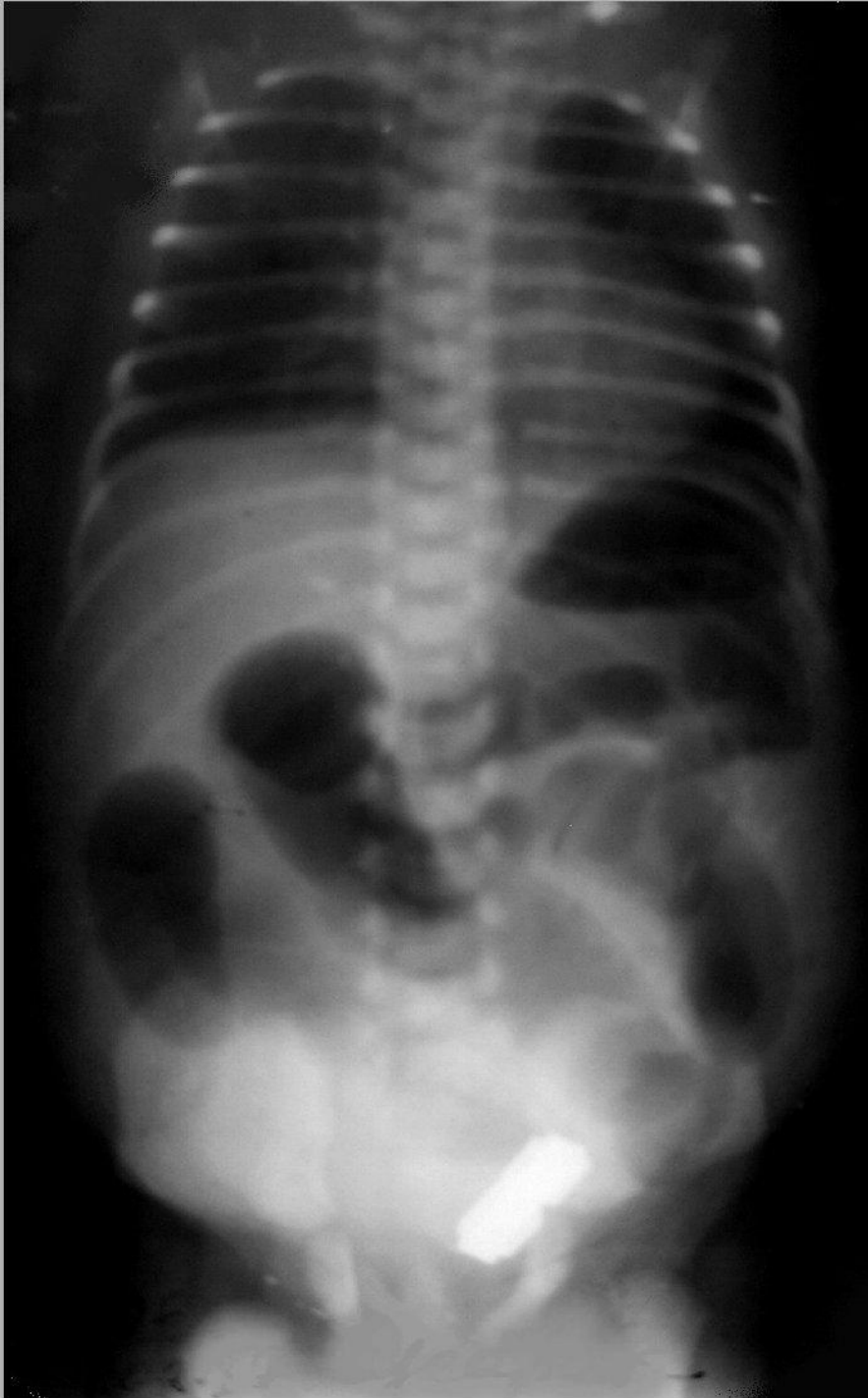
Низкая кишечная непроходимость (НКН)

При наличии на рентгенограммах расширенных кишечных петель (с уровнями или без уровней) **абсолютно показана ирригография** для дифференциальной диагностики с болезнью Гиршпрунга



НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ирригография)

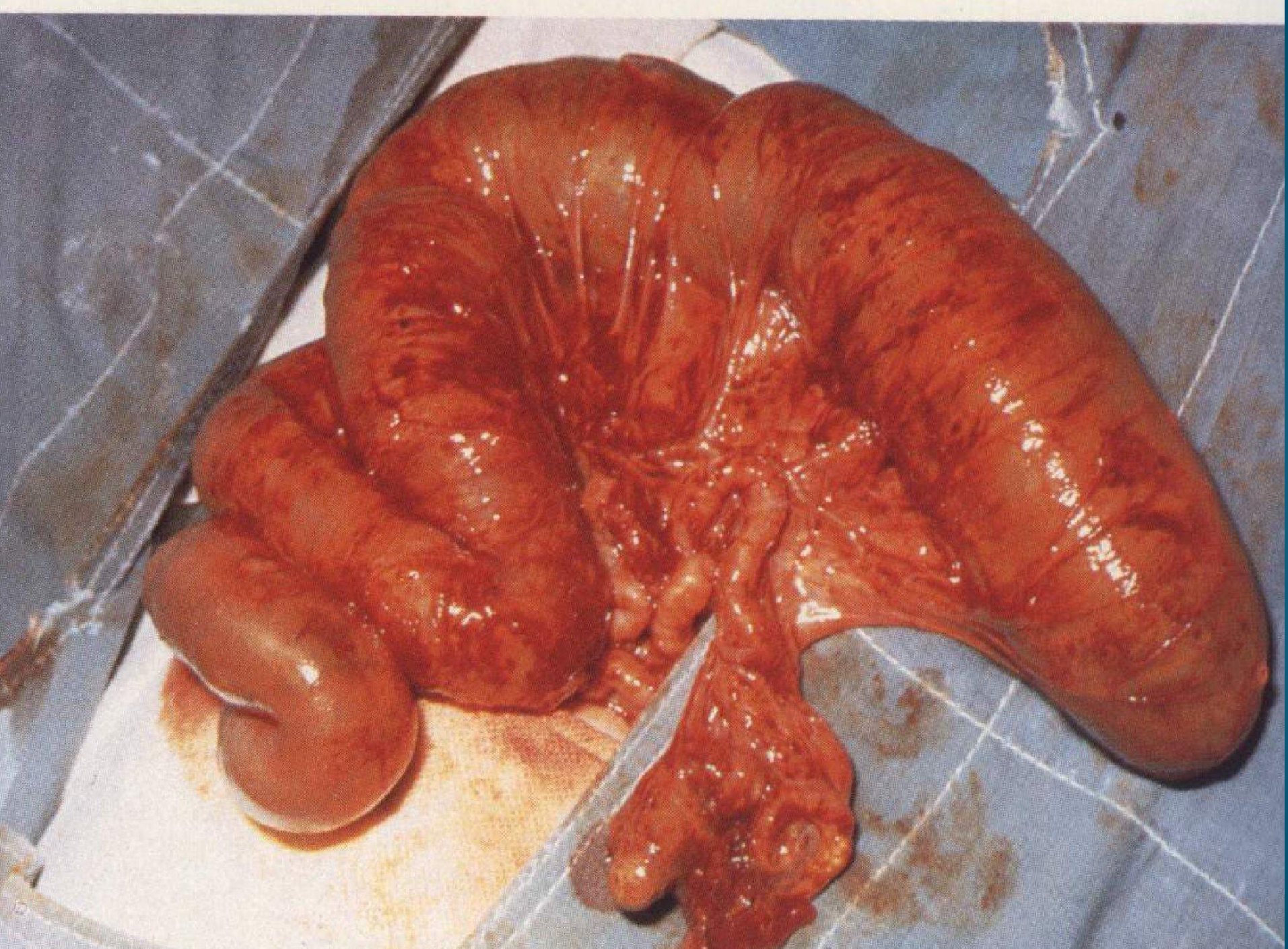




НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

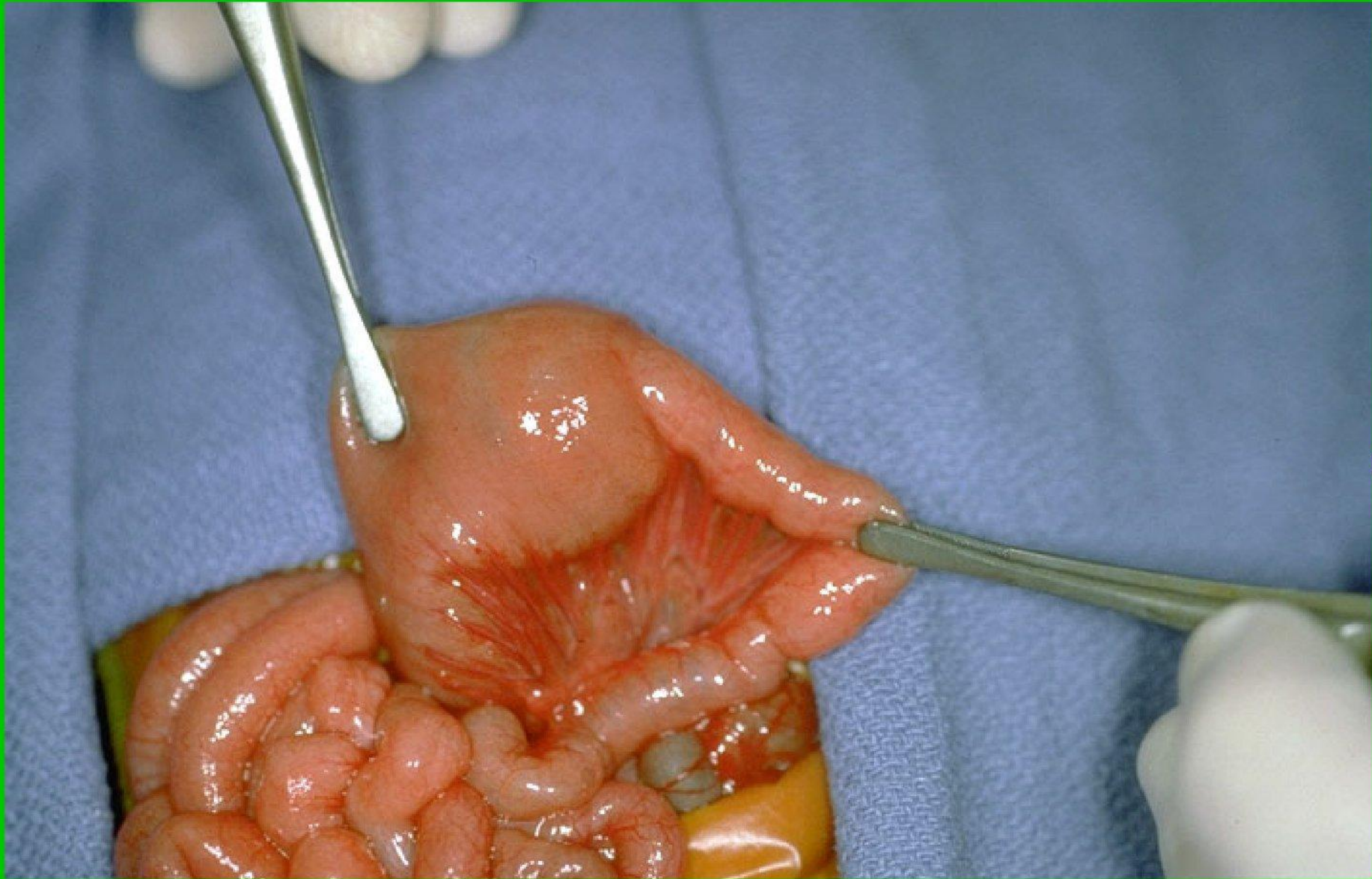
Требует экстренной хирургической помощи, поскольку могут развиваться жизне- опасные осложнения – некроз и перфорация кишки, перитонит!!!

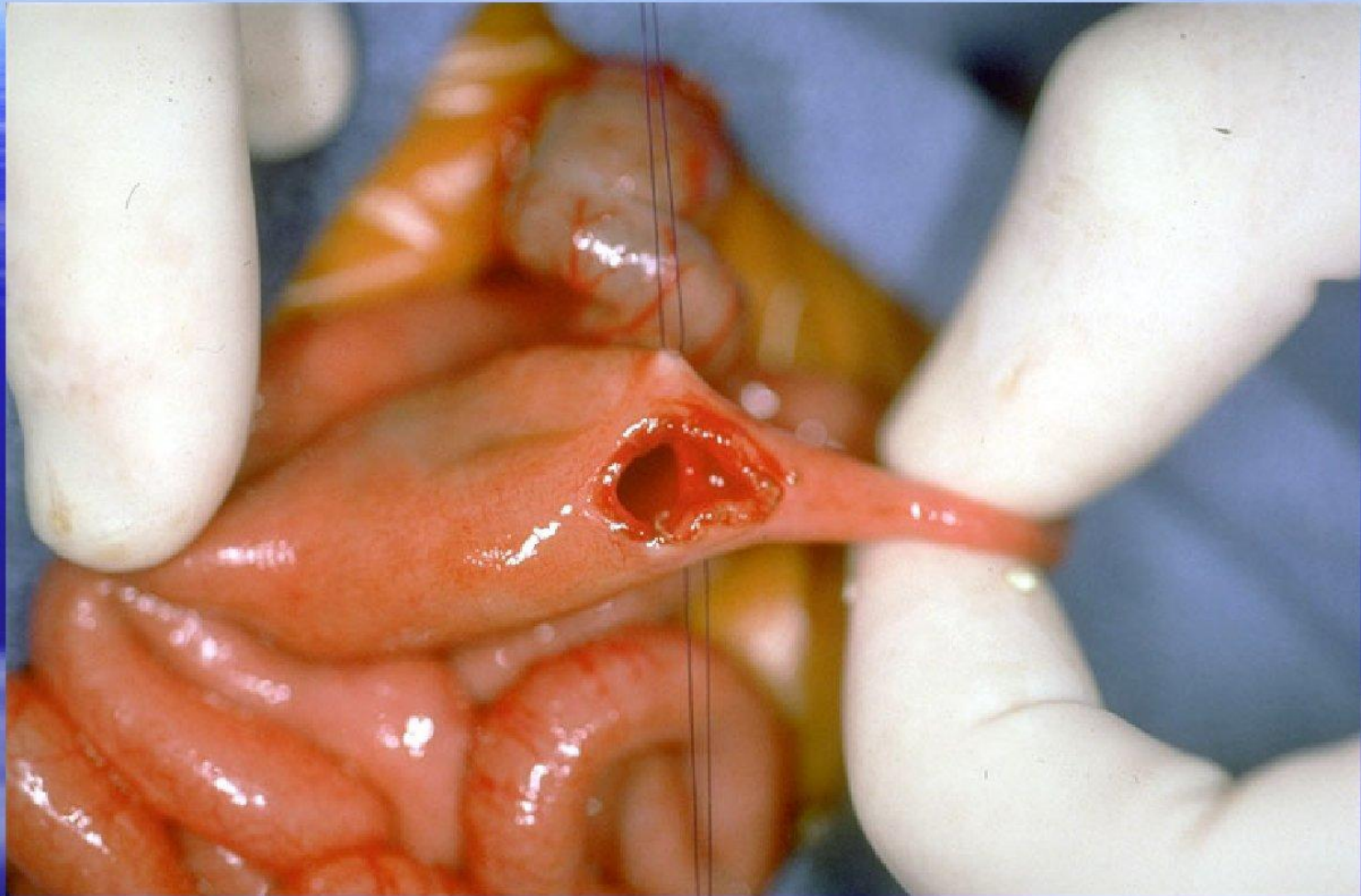
Оперативное лечение необходимо производить после кратковременной (2-3) часовой подготовки больного к операции – снижение степени интоксикации, гипербилирубинемии, эликтолитных нарушений.

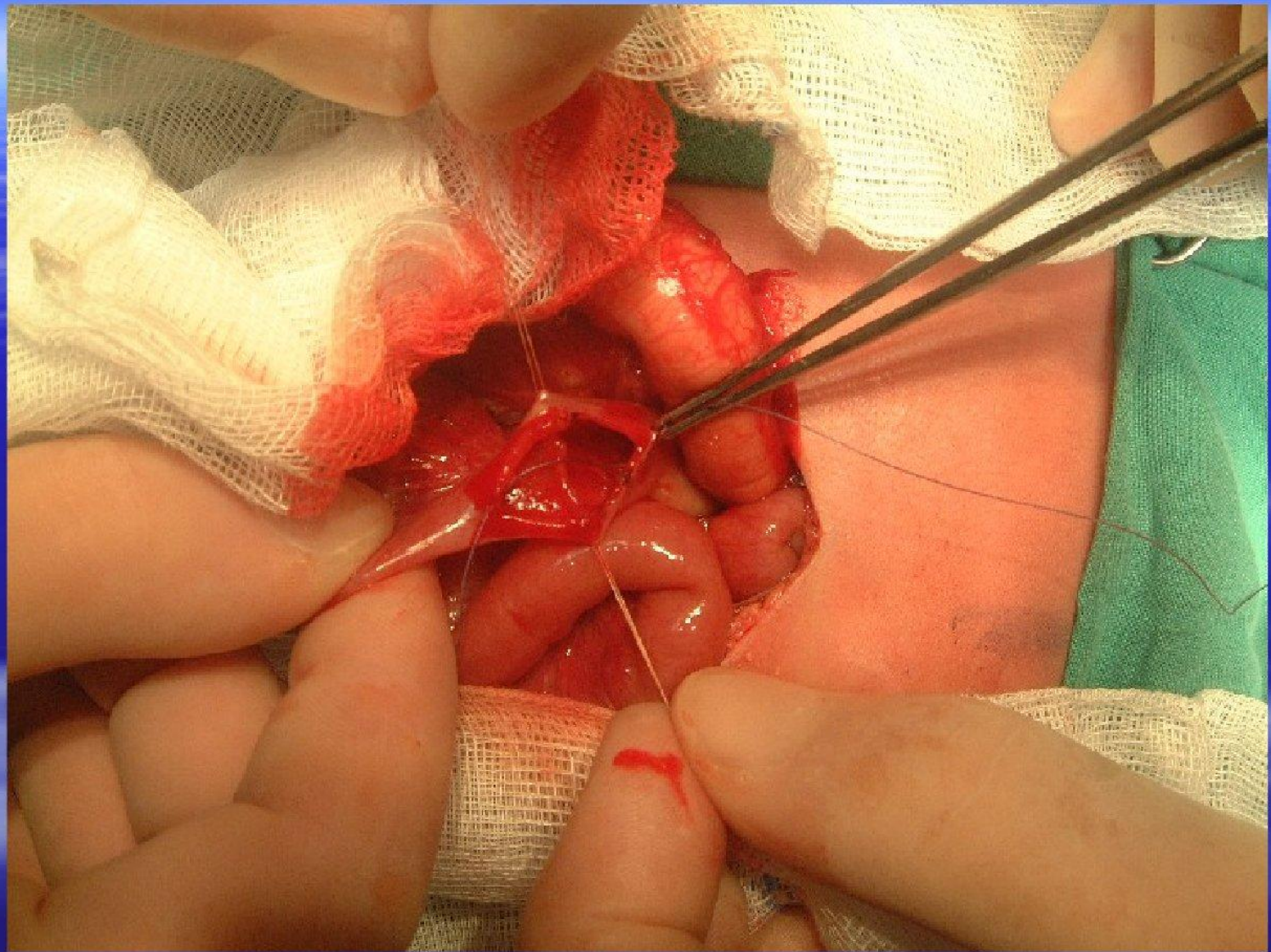


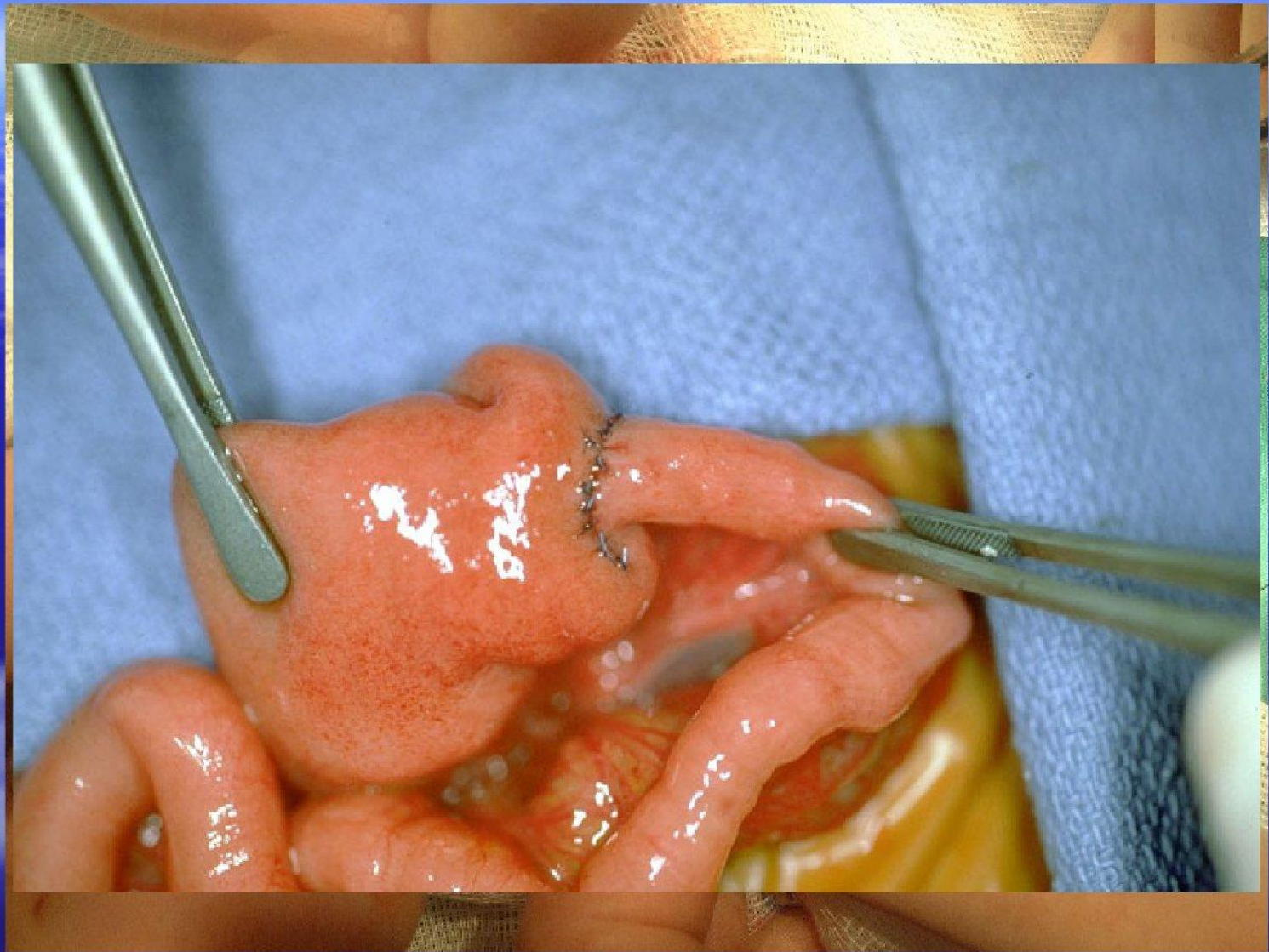


НИЗКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ









ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НИЗКОЙ КН

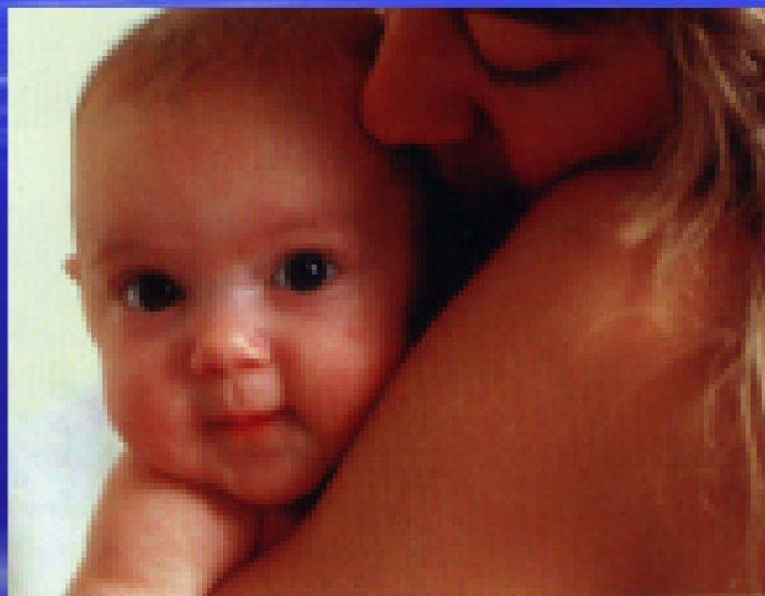
- ❑ Операцией выбора при низкой КН (особенно при локализации порока в терминальном отделе подвздошной кишки) в настоящее время является анастомоз (без разгрузки), реже Т-образный разгрузочный анастомоз. (преимущественно при меконеальной КН)
- ❑ При осложненной низкой КН (перфорация анте- или постнатальная) показано наложение двойной кишечной стомы.

ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НИЗКОЙ КН

НЕОБХОДИМО

- При обнаружении у ребенка во время операции стеноза терминального отдела подвздошной кишки, накладывать илеостому и брать несколько участков различных отделов толстой и суженного отдела тонкой кишки для биопсии
- При обнаружении у ребенка во время операции перфорации толстой кишки, кроме энтеро- или колостомии также необходимо осуществлять биопсию различных отделов толстой кишки.

МАЛЬРОТАЦІЯ



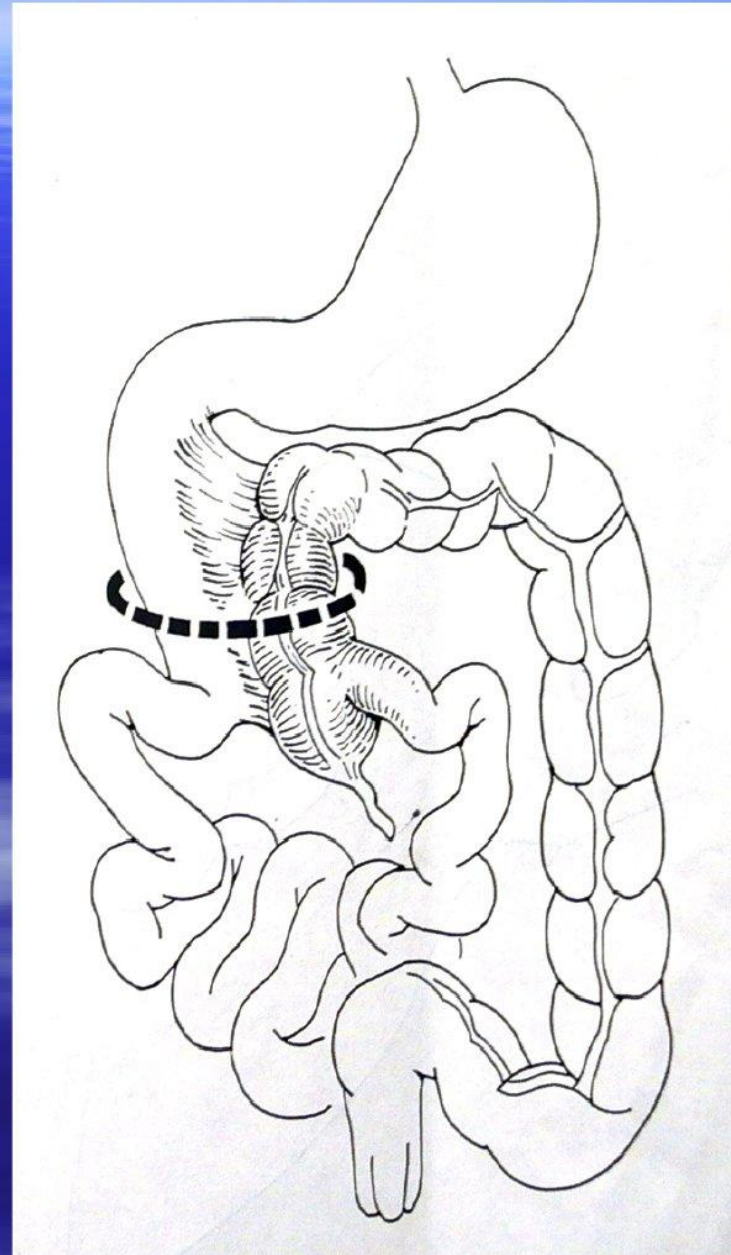
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРОКА

К порокам ротации и фиксации кишечника (синдром мальротации) относятся все пороки ЖКТ, обусловленные внутриутробным нарушением ротации и фиксации средней кишки. Клинические проявления этих пороков могут быть в виде 3 основных вариантов: **высокая КН, синдром болей в животе; перитонит (мальротация с заворотом и некрозом кишечника)**

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Неосложненная форма мальротации
- Синдром Ледда
- Мезоколикопариетальная грыжа
- Гиперротация толстой кишки

Порок не диагностируется пренатально



ТРУДНОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- При неосложнённой мальротации редко бывают яркие клинические проявления, состояние может быть удовлетворительным при первичном осмотре и физикальном обследовании в большинстве случаев не удастся выявить какие-либо признаки патологии. Нередко отмечаются приступообразные беспокойства, срыгивание, порой, вздутие живота в эпигастрии, асимметрию живота за счет взбухания левой половины.

У новорожденных первые симптомы мальротации - срыгивания и рвота со 2-5-х суток жизни. Рвота в динамике нарастает, становится обильной.

Характерна примесь в рвотных массах не только желчи, но и зелени, что "не соответствует" данным обзорных рентгенограмм, на которых расширен только желудок с малым газонаполнением кишечных петель или даже отсутствием газа в кишечнике. Реже рвота «кофейной гущей» или с прожилками алой крови. Если ребенка начинают кормить, то в начале рвота появляется через 20-40 минут после кормления, а затем возникает независимо от приема пищи. **Стул долго (более 3 суток) носит мекониальный характер**, становясь постепенно скудным, и далее его выделение вообще прекращается. Иногда в меконии может быть примесь крови, что, как правило, уже свидетельствует о развитии осложнений.

Трудности постнатальной диагностики

Пороки ротации и фиксации кишечника следует активно искать:

- **У новорожденных и детей грудного возраста с клиникой высокой частичной кишечной непроходимости.**
- **При периодических болях в животе и "необъяснимых" рвотах** Ой рвоте
- **У пациентов любого возраста с повторными болями в животе**
- **У новорожденных с церебровисцеральным синдромом (родовая травма, асфиксия в родах, интранатальная инфекция).**

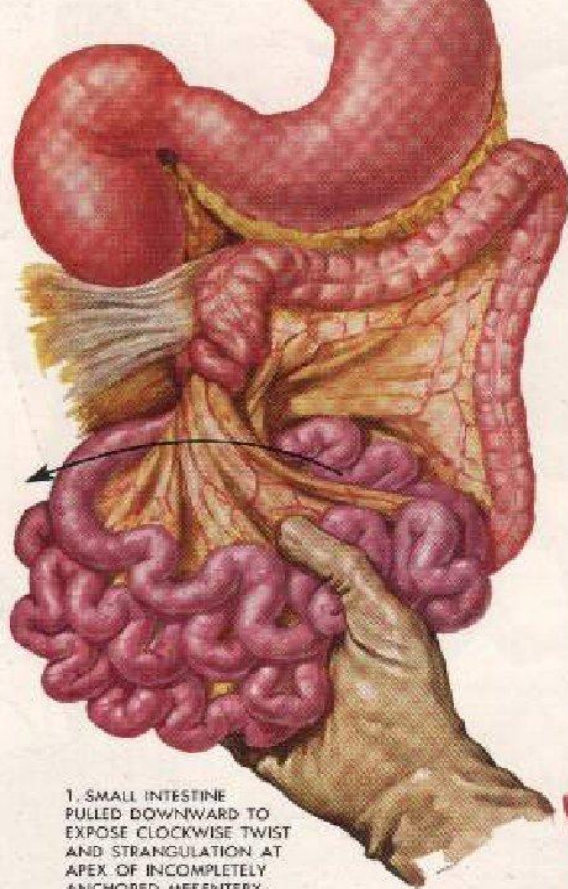
СИНДРОМ ЛЕДДА

ТРИАДА КОМПОНЕНТОВ

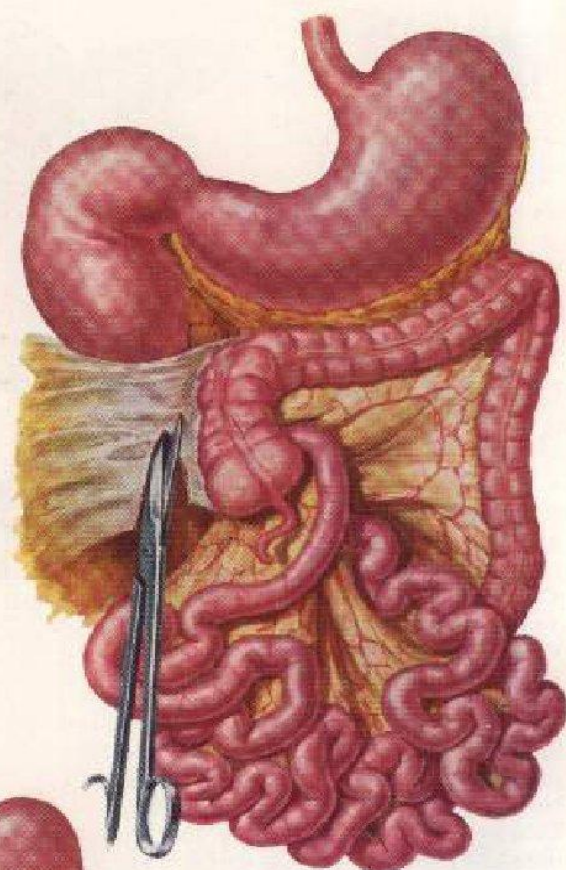
- *Частичная высокая кишечная непроходимость*
- *Заворот средней кишки*
- *Общая брыжейка тонкой и толстой*

КИШО

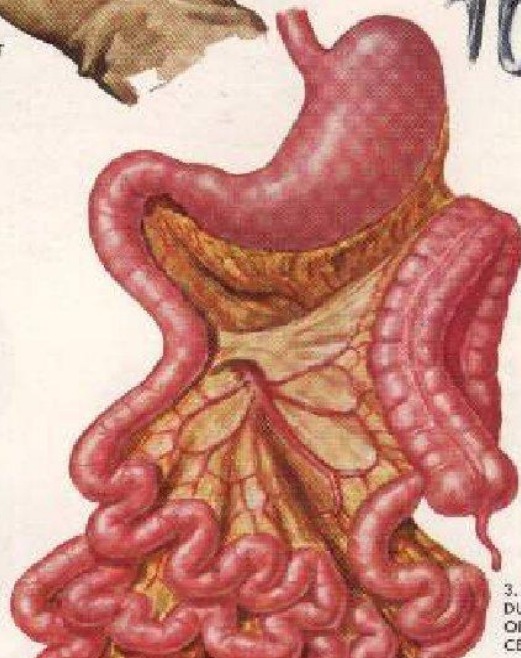
К



1. SMALL INTESTINE PULLED DOWNWARD TO EXPOSE CLOCKWISE TWIST AND STRANGULATION AT APEX OF INCOMPLETELY ANCHORED MESENTERY. UNWINDING IS DONE IN COUNTERCLOCKWISE DIRECTION (ARROW)

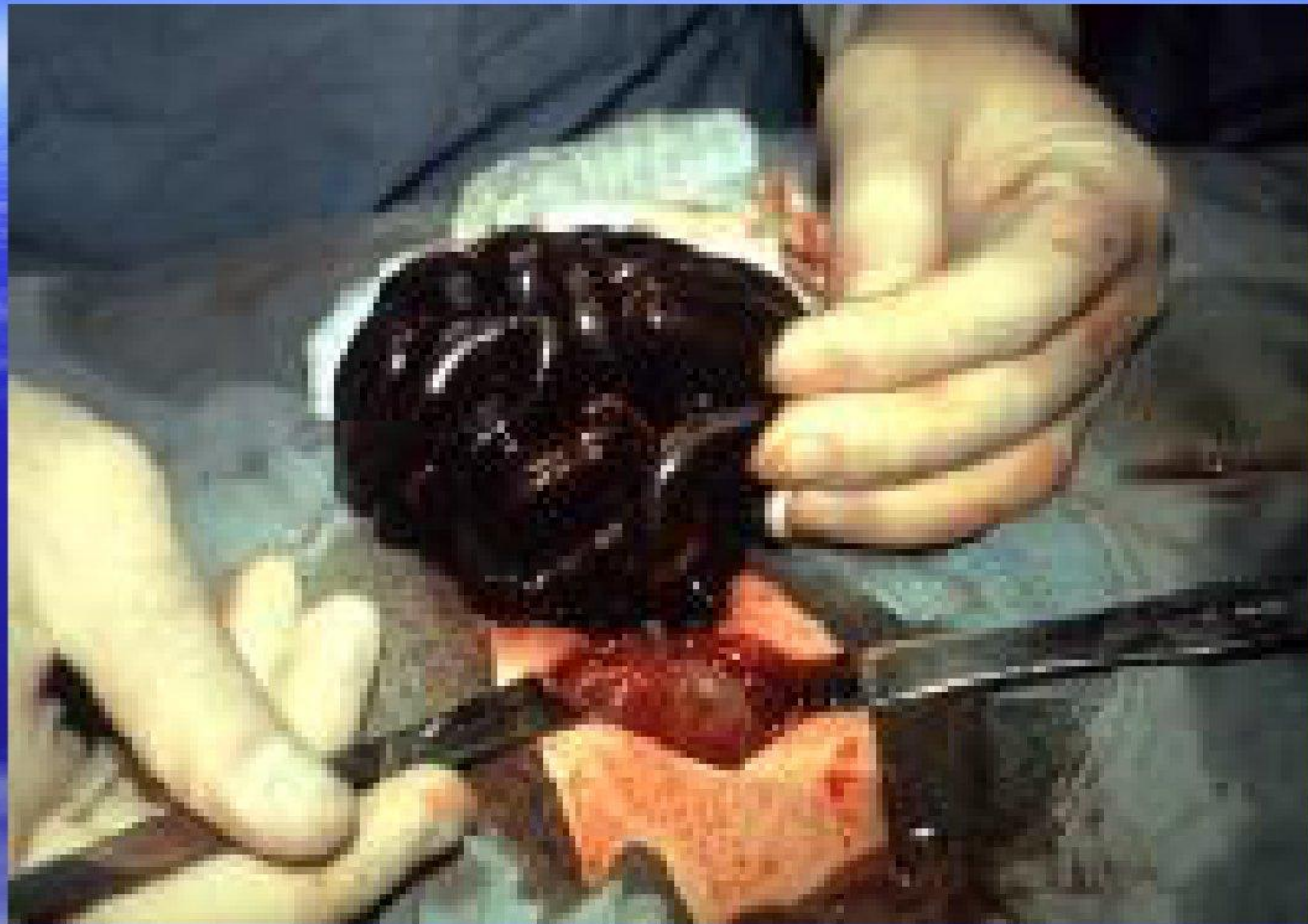


2. VOLVULUS UNWOUND; PERITONEAL BAND COMPRESSING DUODENUM IS BEING DIVIDED



3. COMPLETE RELEASE OF OBSTRUCTION; DUODENUM DESCENDS TOWARD ROOT OF SUPERIOR MESENTERIC ARTERY; CECUM DROPS AWAY TO LEFT

L. Netter, M.D.

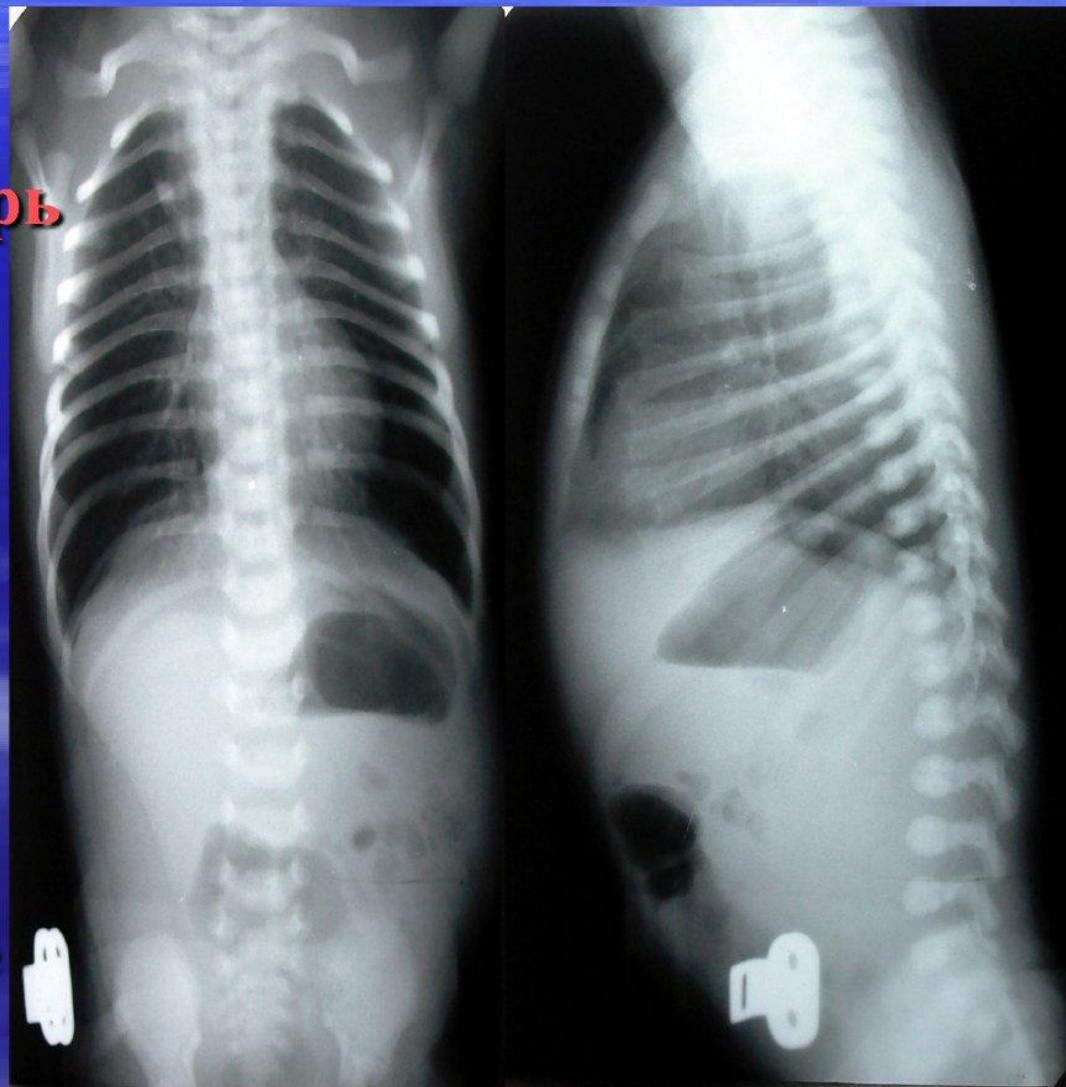


СИНДРОМ ЛЕДДА

Для пороков ротации характерно наличие на обзорном снимке

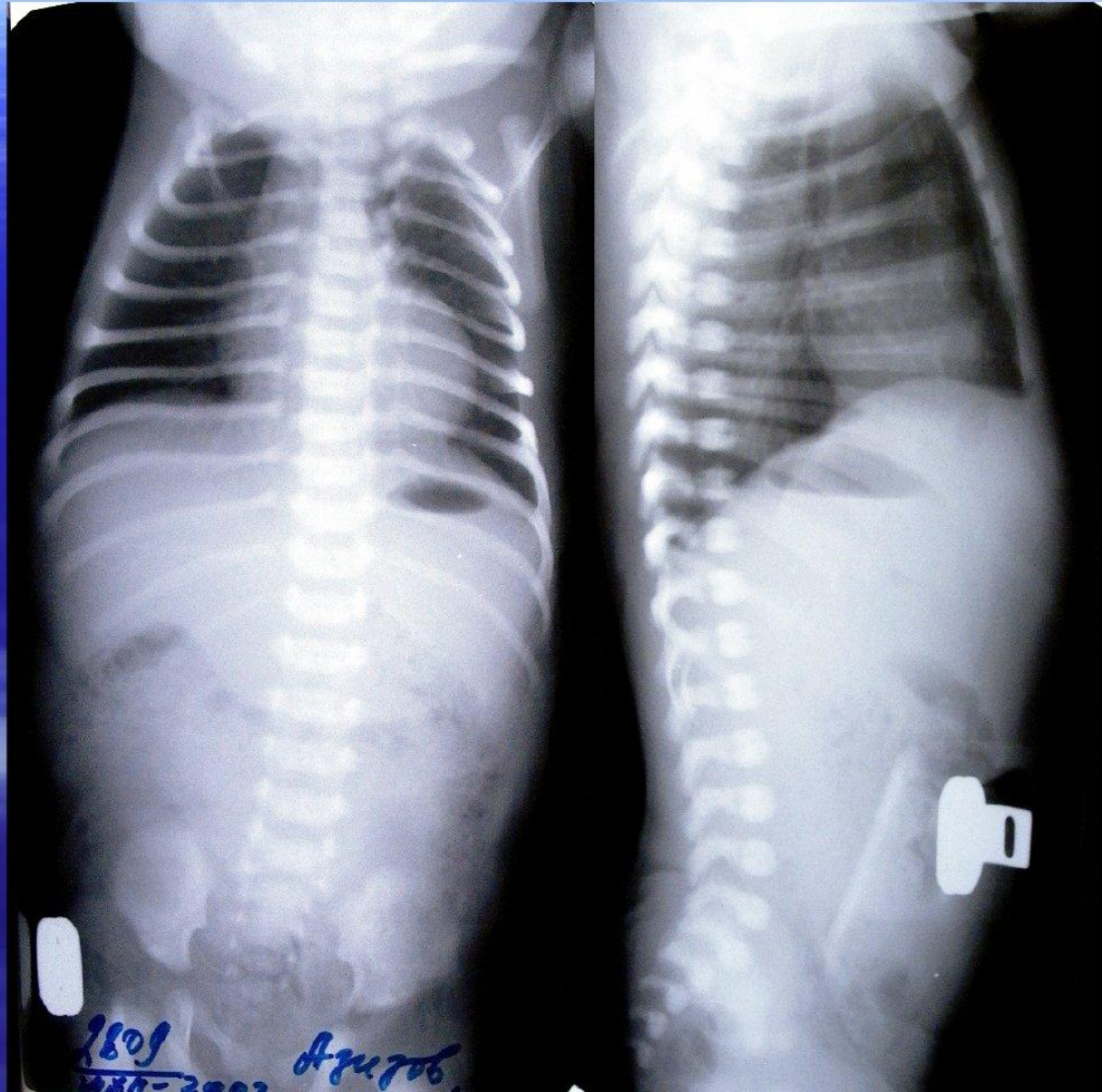
увеличенного желудка (большой газовый пузырь с уровнем жидкости) и сниженное газонаполнение кишечных петель.

При этом кишечные петли могут быть неравномерно распределены в брюшной полости. Иногда газ в кишечнике полностью отсутствует.



СИНДРОМ ЛЕДДА

Необходимо подчеркнуть, что именно расширение только желудка и отсутствие уровней в кишечнике характерно для высокой частичной КН при мальротации.



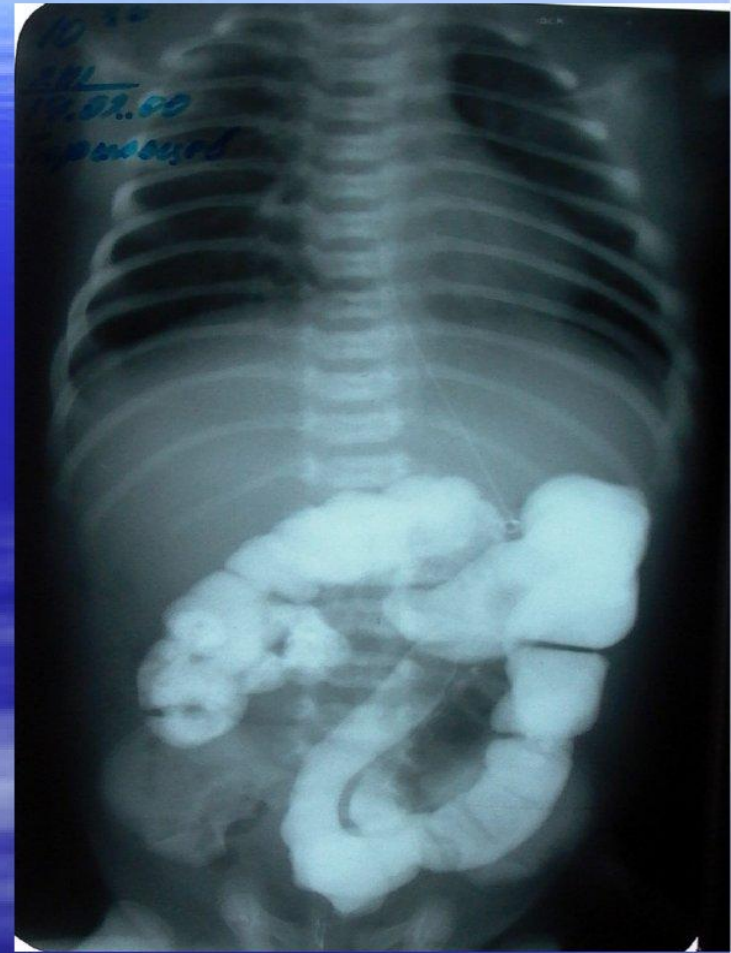
СИНДРОМ ЛЕДДА

Описанная типичная R-картина отмечается у преобладающего большинства новорожденных и детей грудного возраста с этими пороками. К сожалению, при синдроме Ледда мы нередко встречаемся с такой R-картиной, которая не вызывает беспокойства у обследующих ребенка врачей.

В данном случае, как никогда, важна клиническая картина, которая не позволяет исключить д-з по обзорным R-граммам



ПРАВИЛА ВЫПОЛНЕНИЯ ИРРИГОГРАММЫ



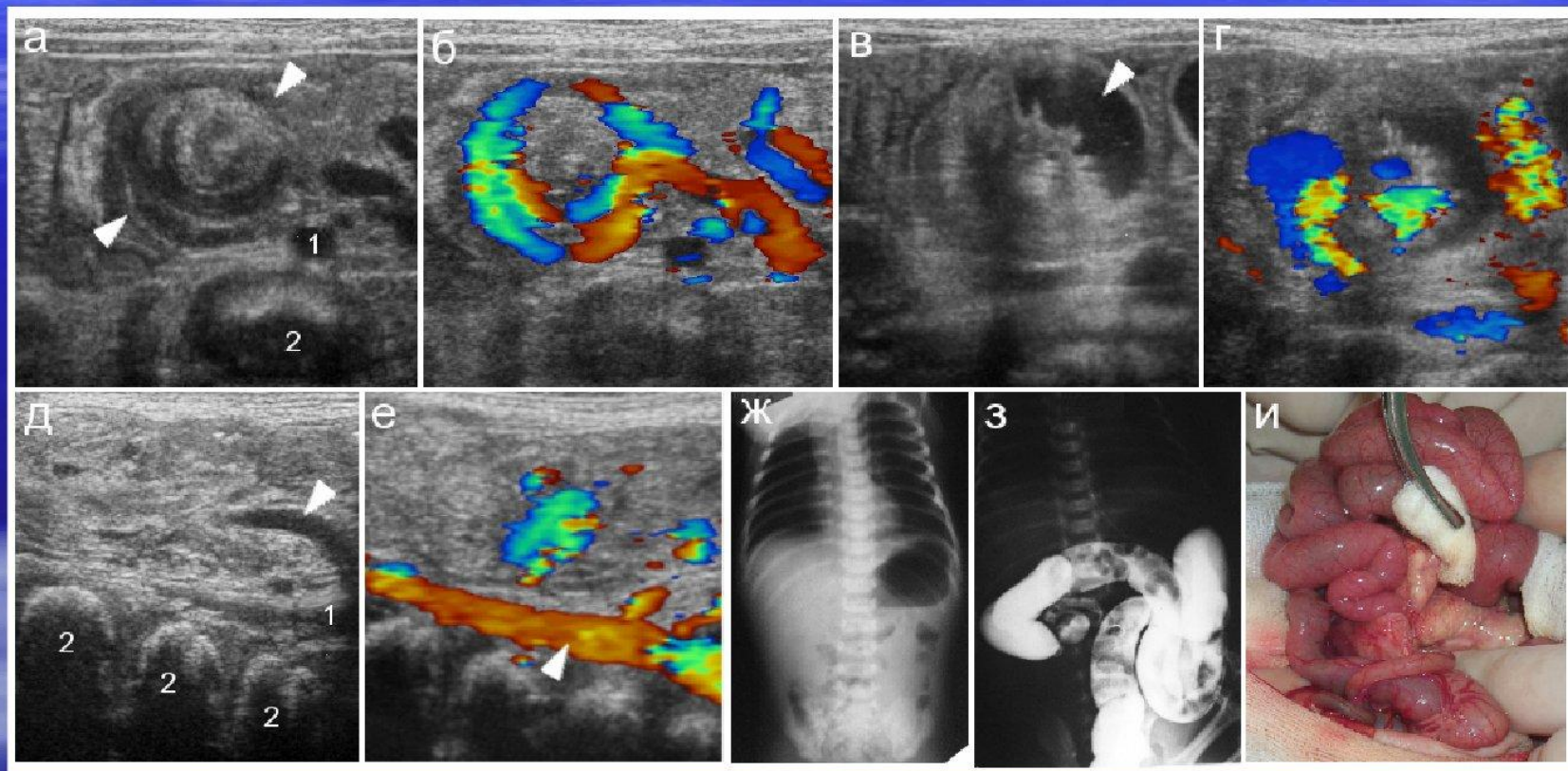
СИНДРОМ ЛЕДДА

Ирригограмма при мальротации - наиболее важный метод R-обследования, позволяющий определить положение толстой кишки и в большинстве случаев поставить диагноз и показания к оперативному вмешательству.





МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЕДДА



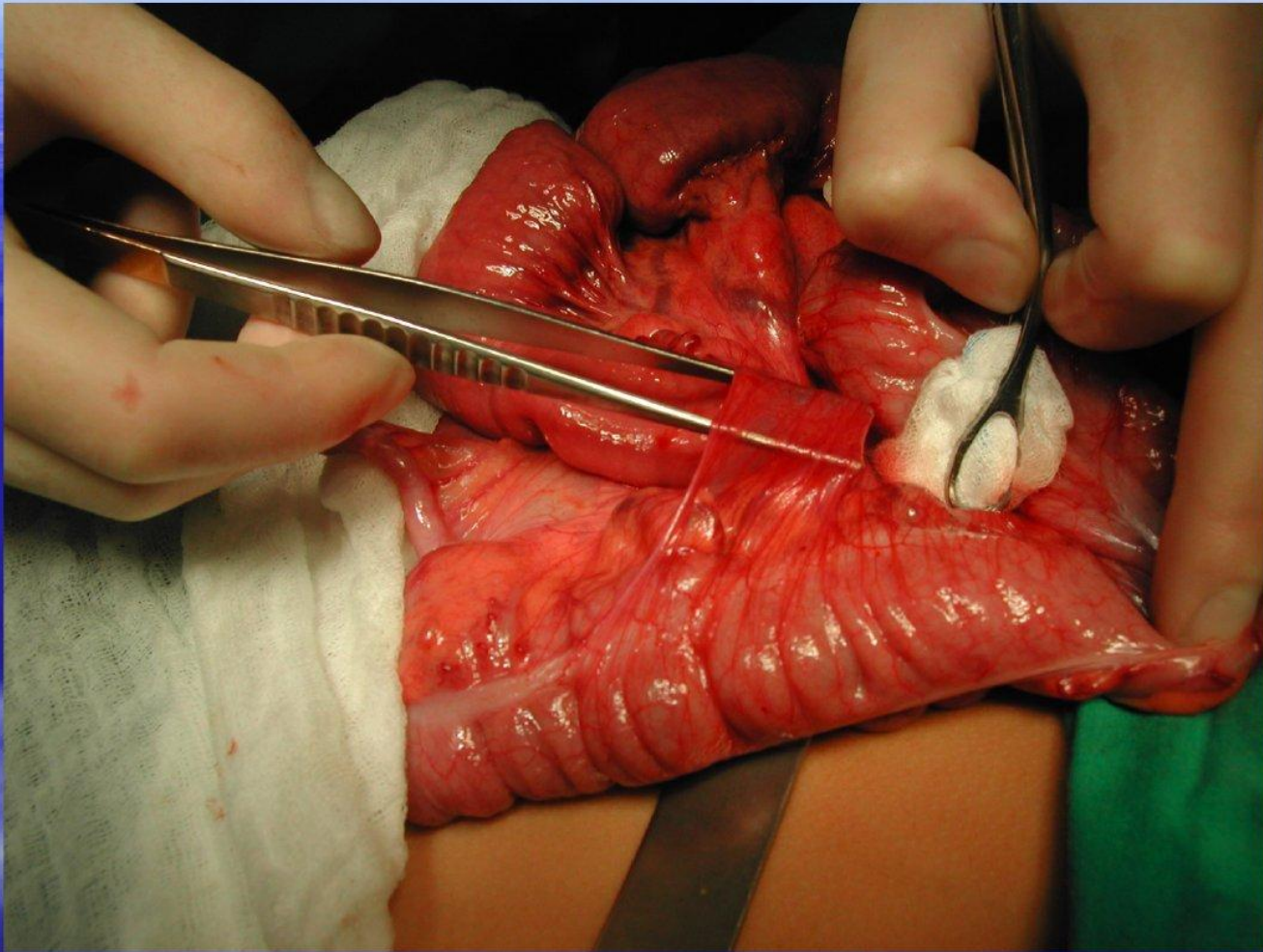
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕДДА

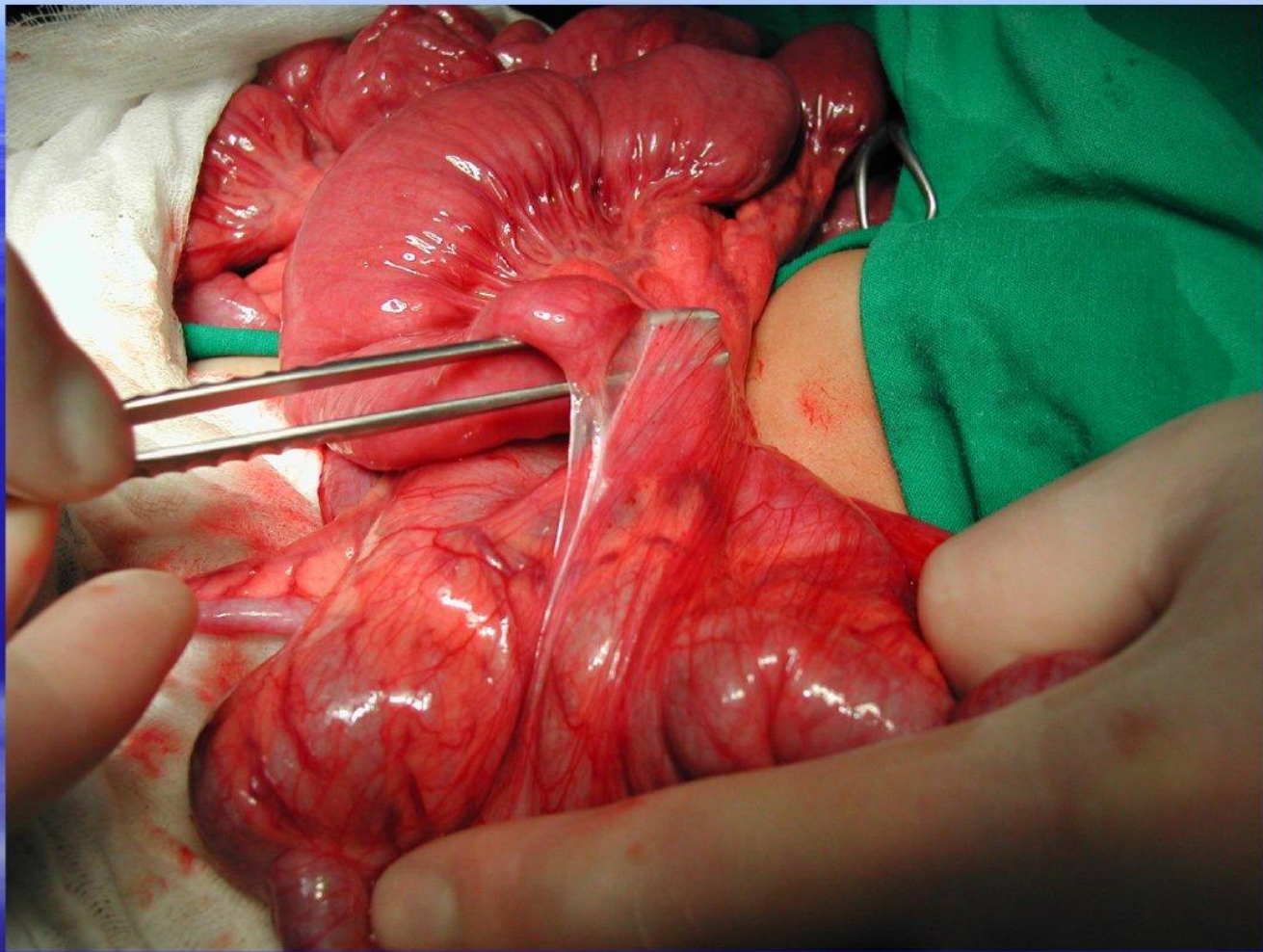
Необходима экстренная операция

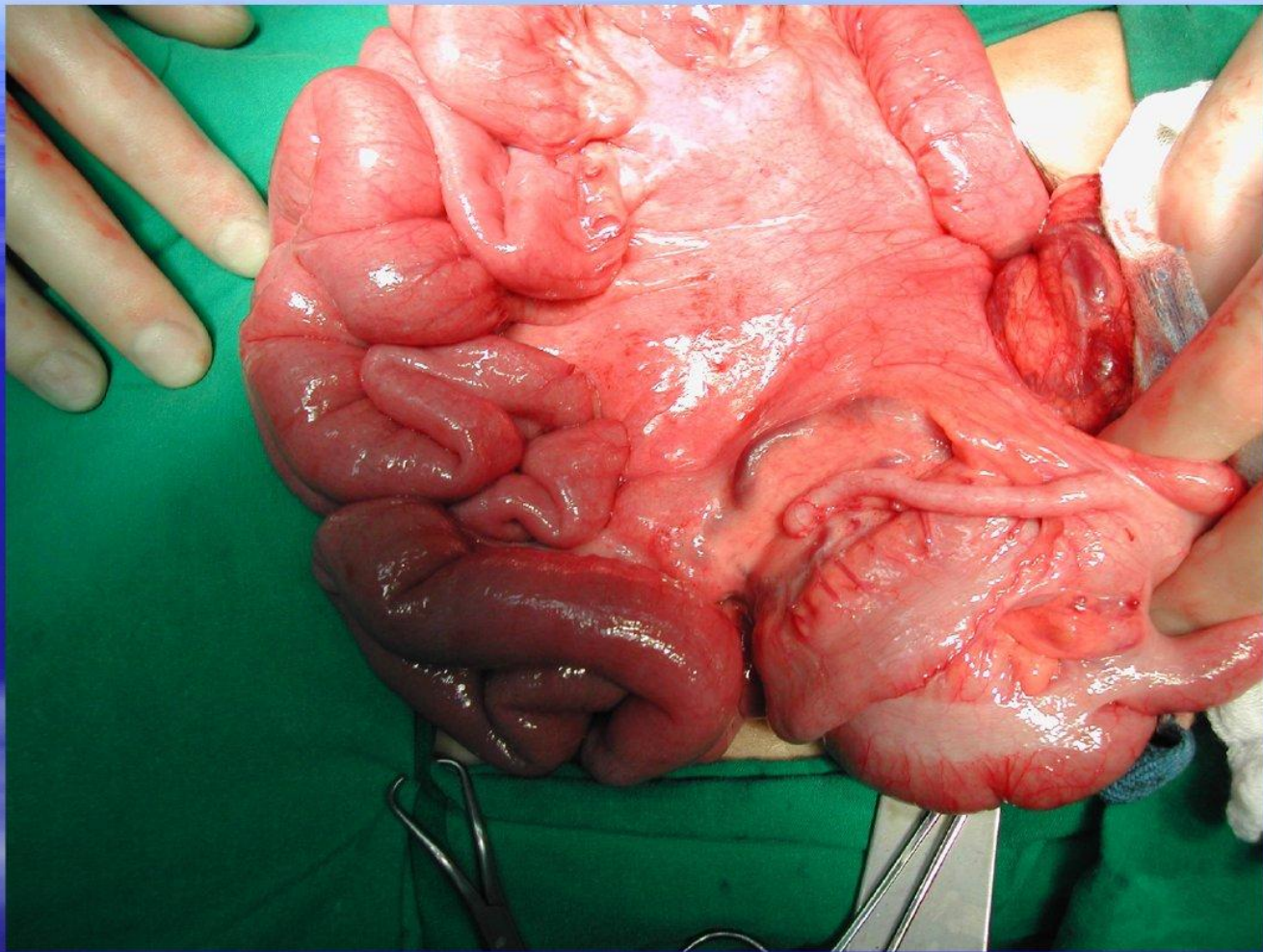
При неосложненной форме выполняется операция Ледда – ликвидация заворота, рассечение брюшинных тяжей между 12-перстной и слепой кишкой, расправление корня брыжейки, перемещение толстой кишки в левый фланг. Операция Ледда закончена тогда, когда 12-перстная кишка переходит в тощую справа от позвоночника











ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕДДА

При осложненной форме с-ма Ледда (очаговом или тотальном некрозе средней кишки) производится операция Ледда и попытка «реанимировать» пострадавшую кишку. При сохранении жизне-способности кишки операция завершается ушиванием послеоперационной раны. При очаговом некрозе кишки на небольшом протяжении (не более $1/3$ длины тонкой кишки) с четкой демаркацией выполняется резекция пораженного участка и двойная энтеростома.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕДДА

При субтотальном некрозе средней кишки (от начального отдела тощей до середины поперечноободочной) после неудачных попыток восстановить жизнедеятельность кишки рану брюшной стенки ушивают и через 36 часов выполняют релапаротомию.

Производят резекцию всей погибшей кишки и накладывают двойную энтеростому.

Обычно

жизнеспособными остаются около 10-15 см начального отдела тощей кишки и 15-20 см терминального отдела подвздошной. У подавляющего числа таких больных

