

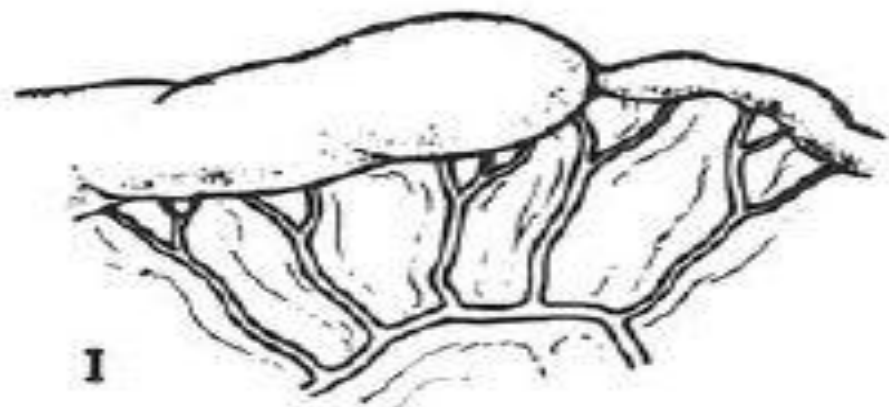
Низкая кишечная непроходимость

Кафедра детской хирургии

■ Рвота с желчью у новорожденного ребенка должна считаться признаком хирургической патологии, пока не доказано обратное

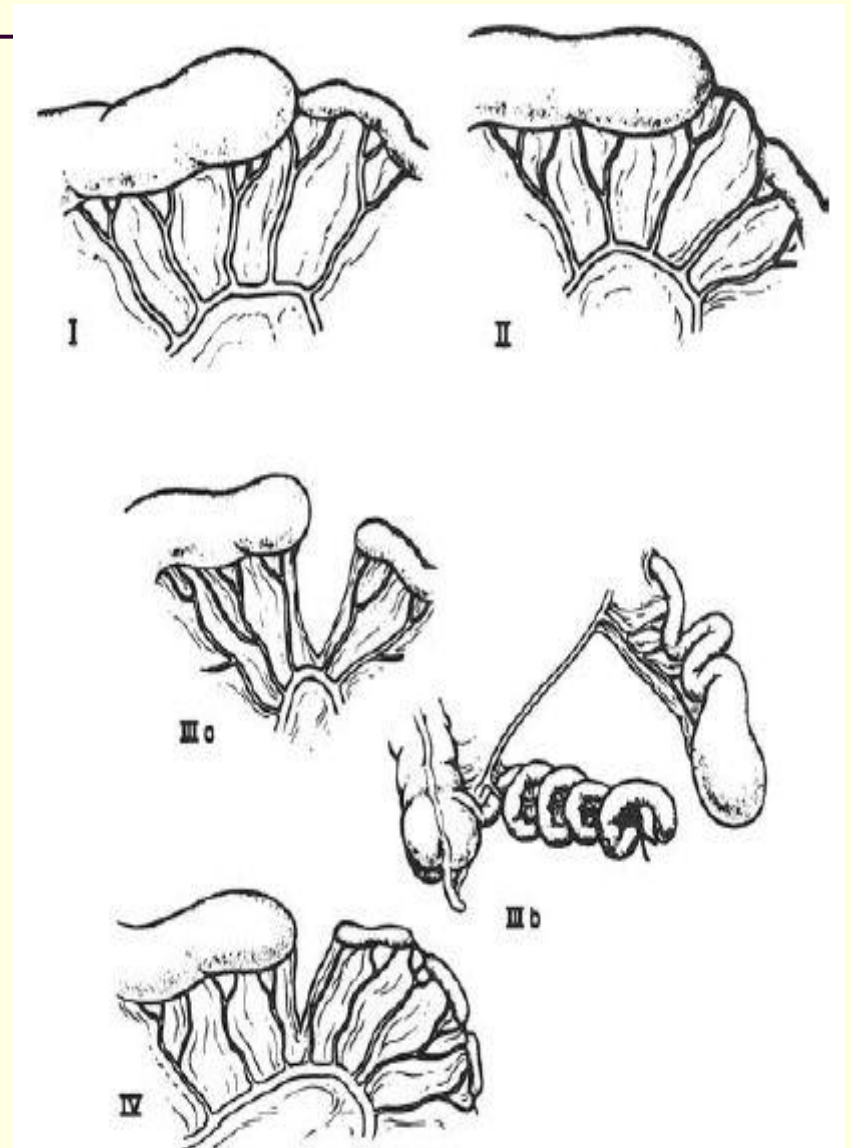
Дифференциальный диагноз

- Кишечная непроходимость
- Меконивый илеус
- Атрезия подвздошной кишки
- Болезнь Гиршпрунга



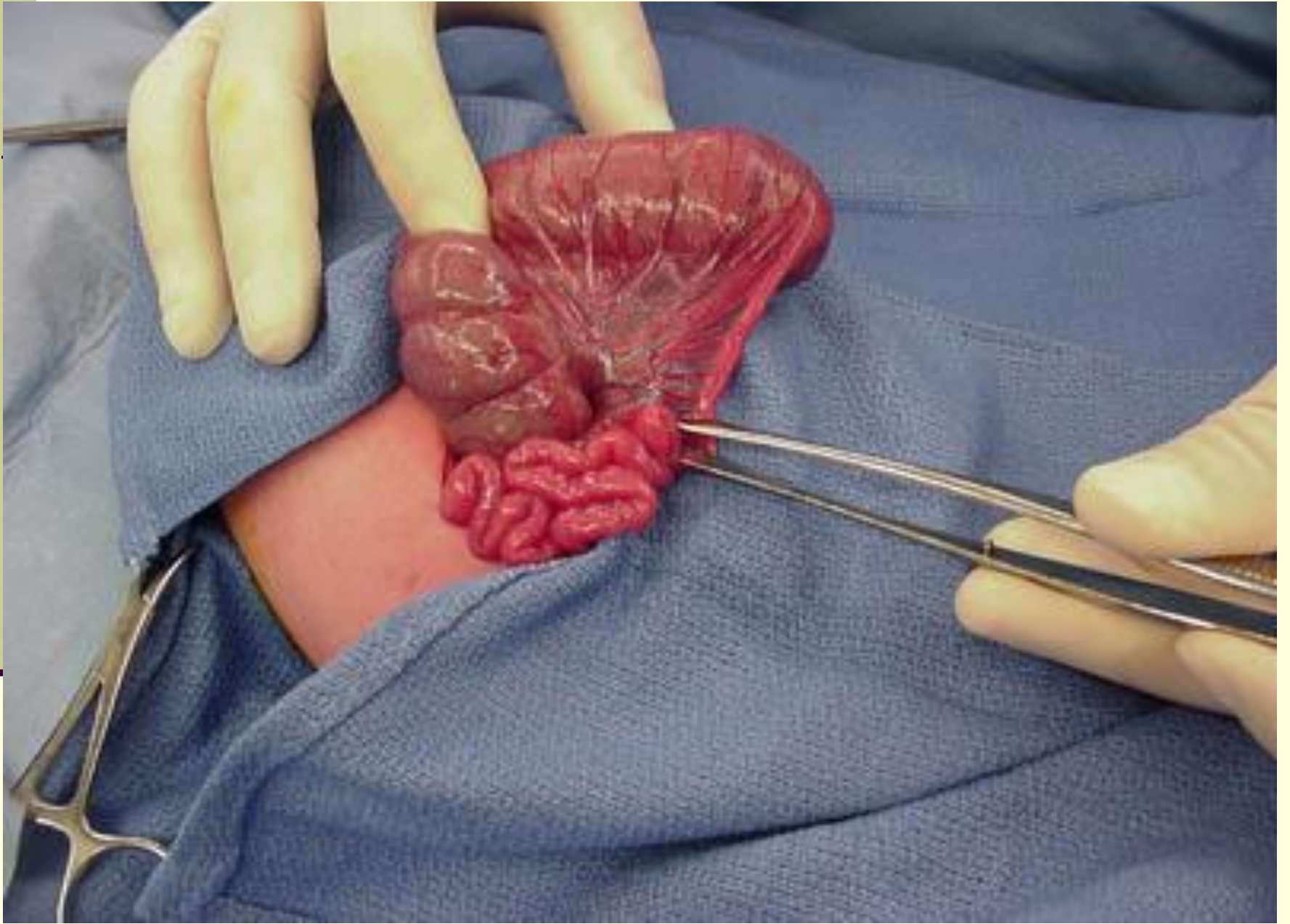
Классификация

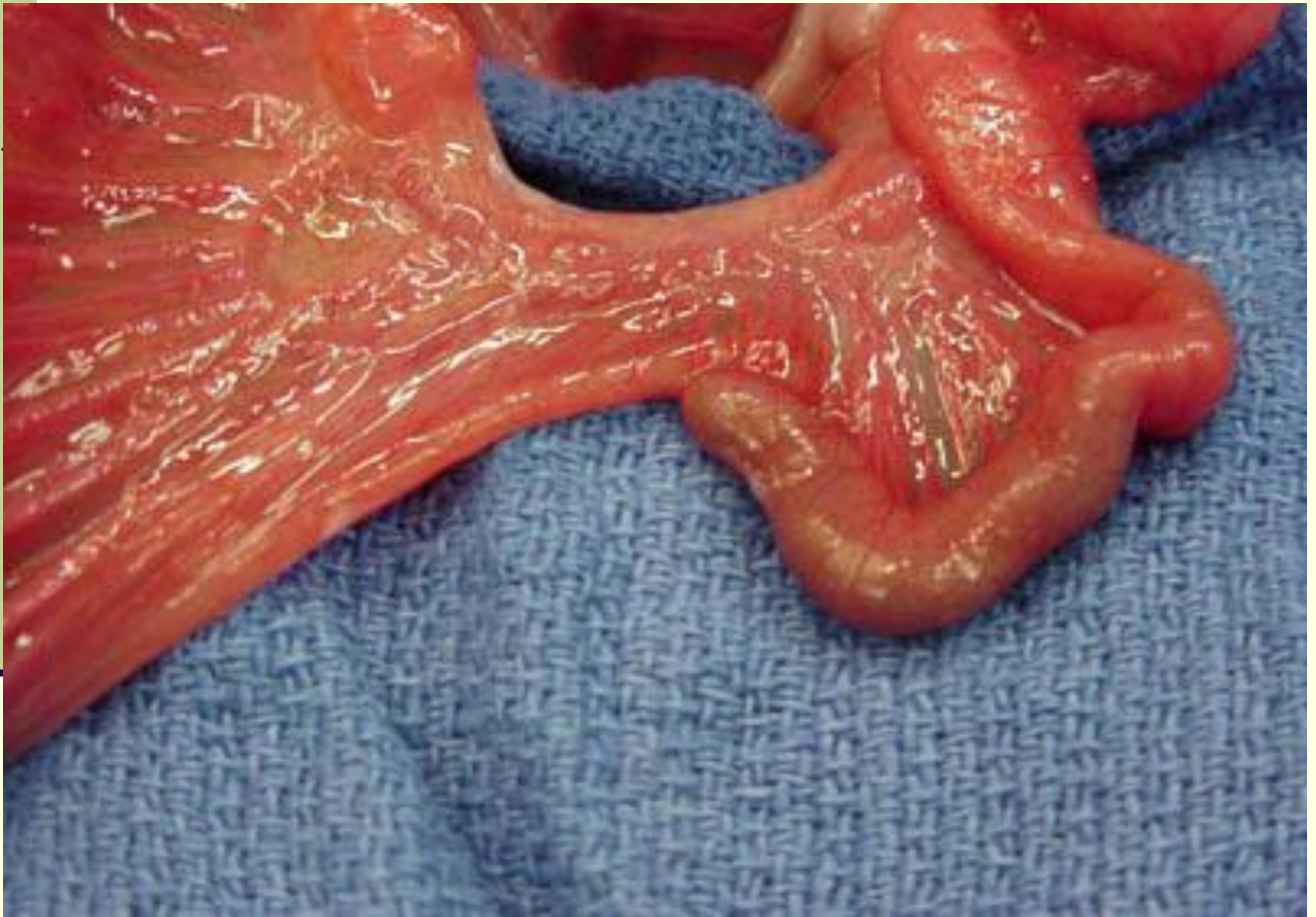
- Type I: мембрана тонкого кишечника
- Type 2: интактная брыжейка с фиброзным тяжем
- Type 3:
 - А- два слепых сегмента с V-образным дефектом брыжейки между ними
 - В- “Christmas tree”, с-м «яблочной кожуры», «пагоды»
 - Дистальный отдел атрезированного кишечника кровоснабжается за счет а. ileocolica или а/colica dextra
- Type 4- Множественные атрезии в виде сосисок или бусинок



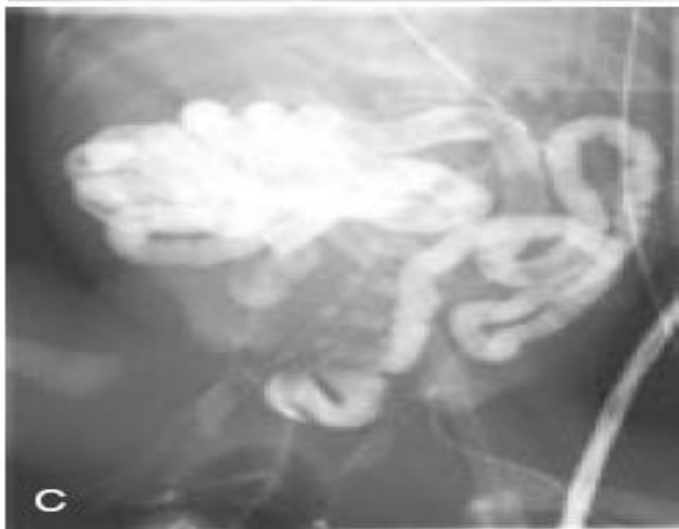












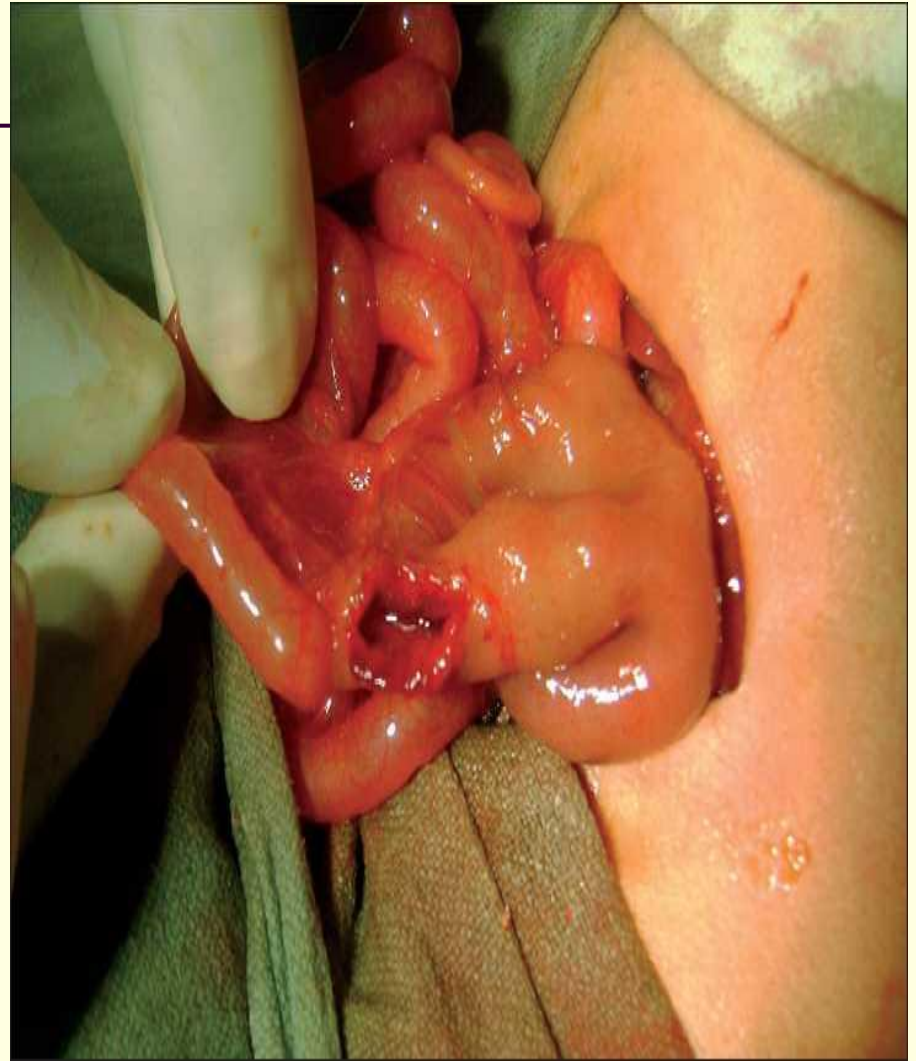
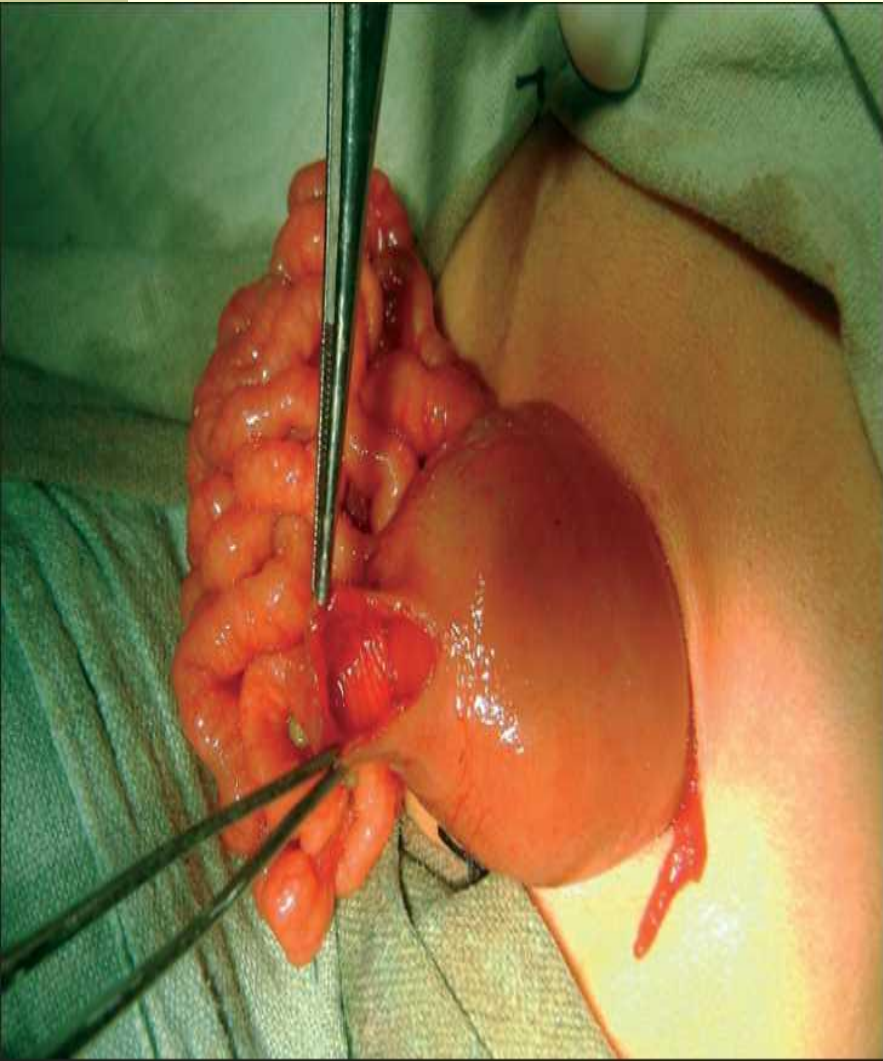


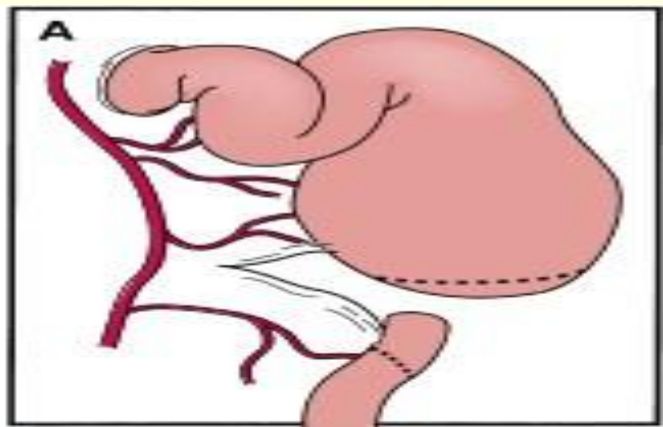




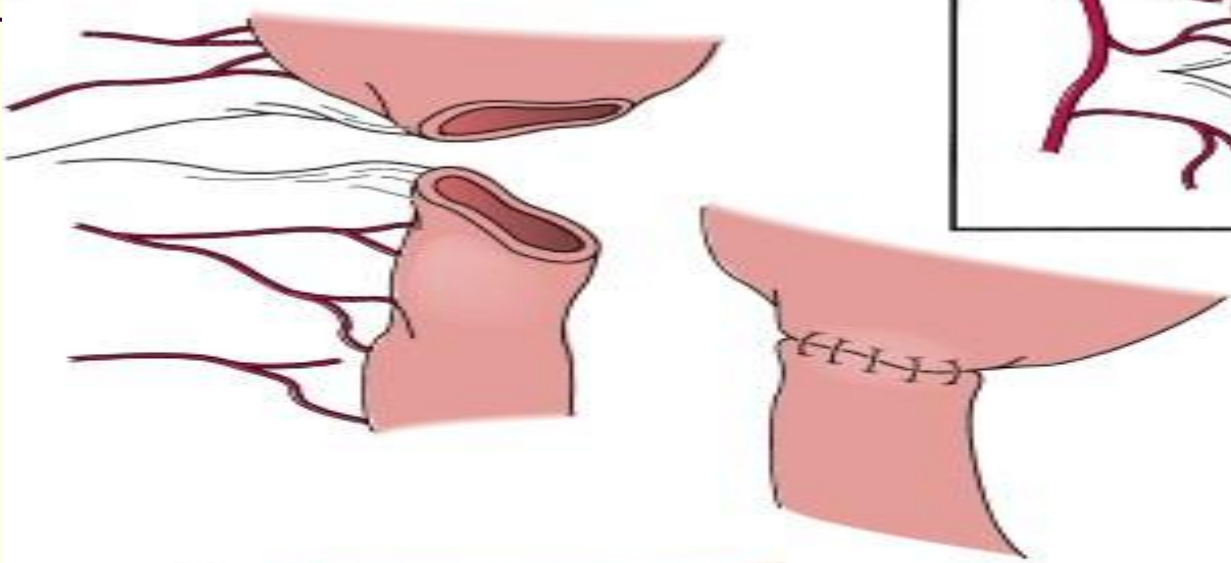
Оперативное лечение

- При проксимальной атрезии тощей кишки – резекция до связки Трейц и наложение анастомоза по технологии конец в спину.
- При ограниченной длине – конусообразная энтеропластика.
- Энтеростомия
- Обуживающая энтеропластика

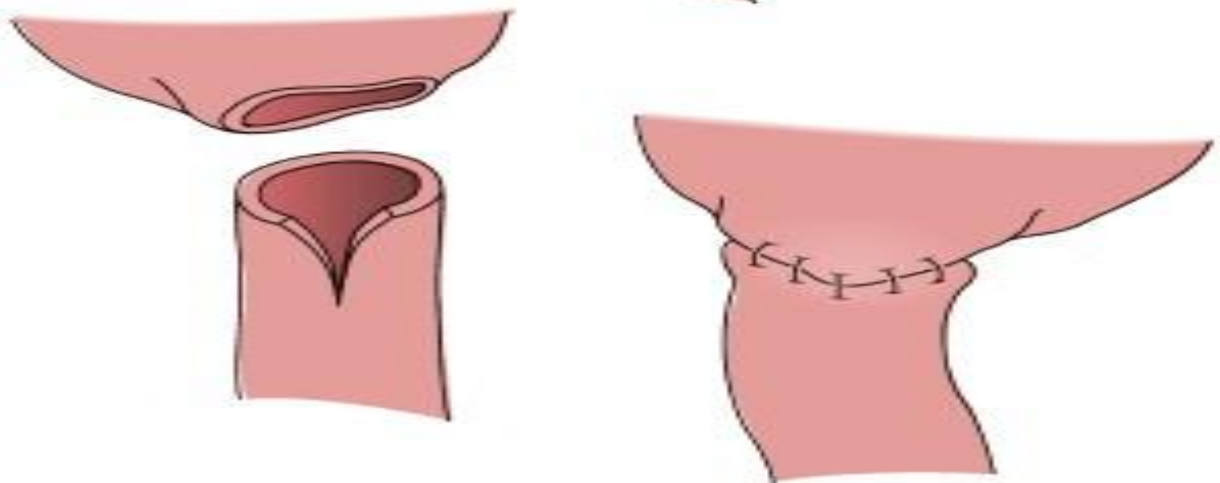




B

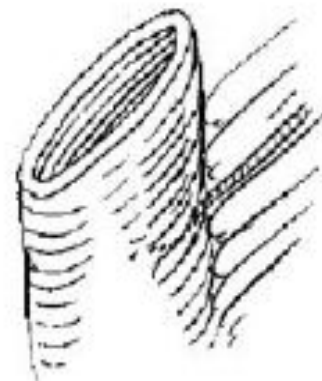


C

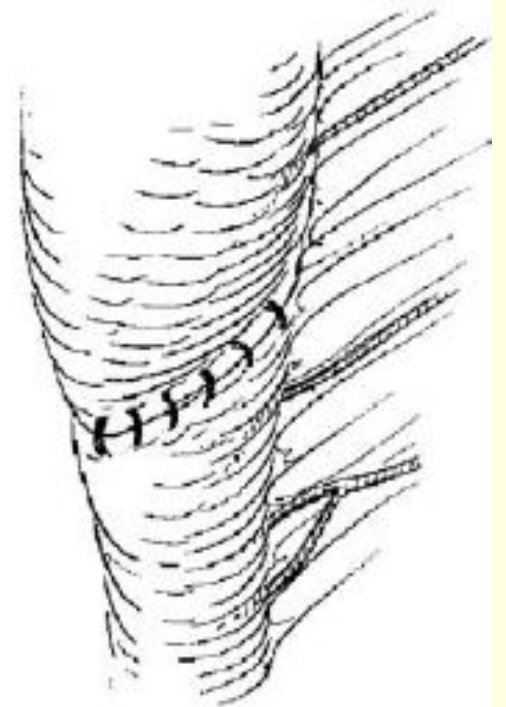


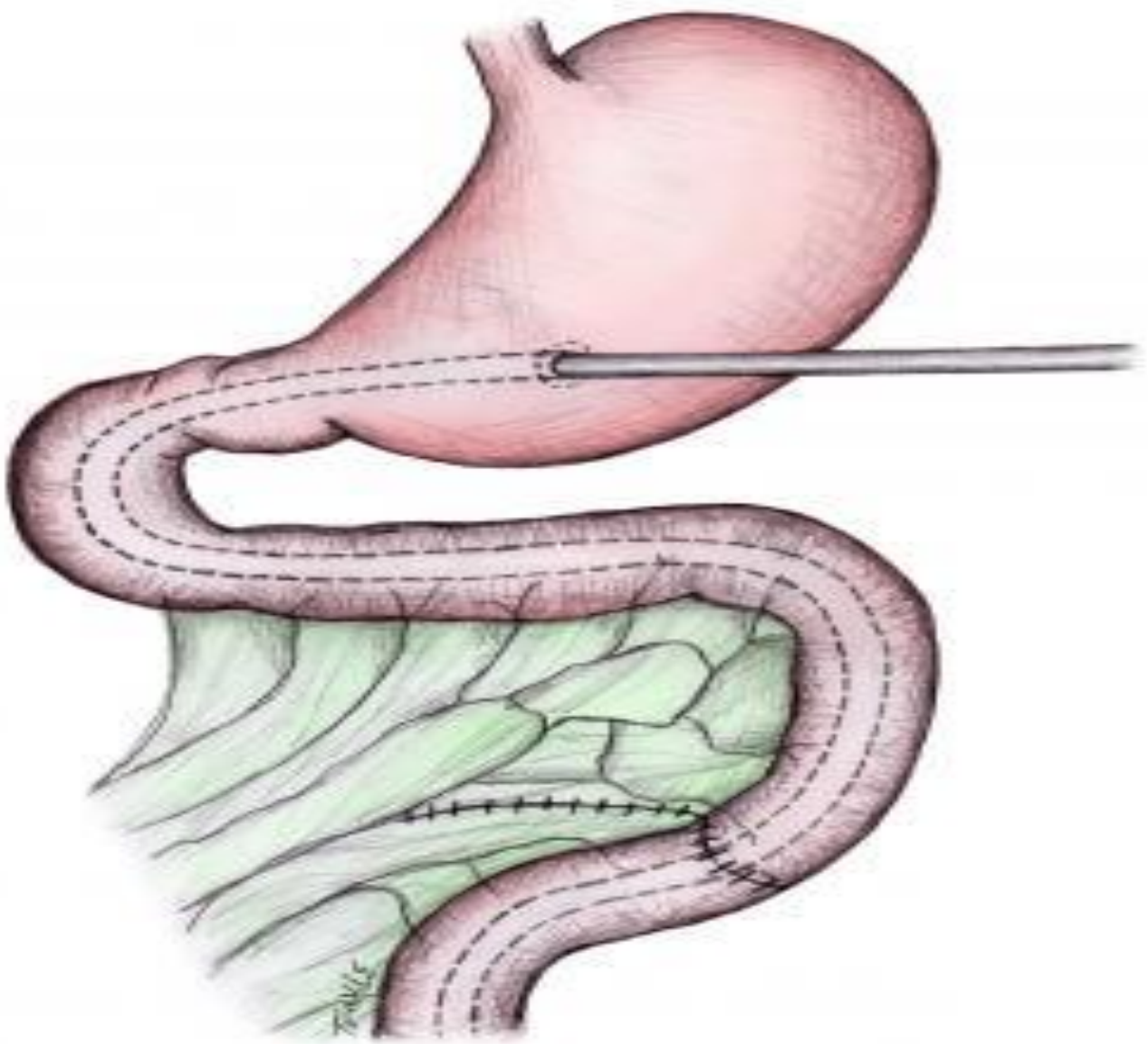


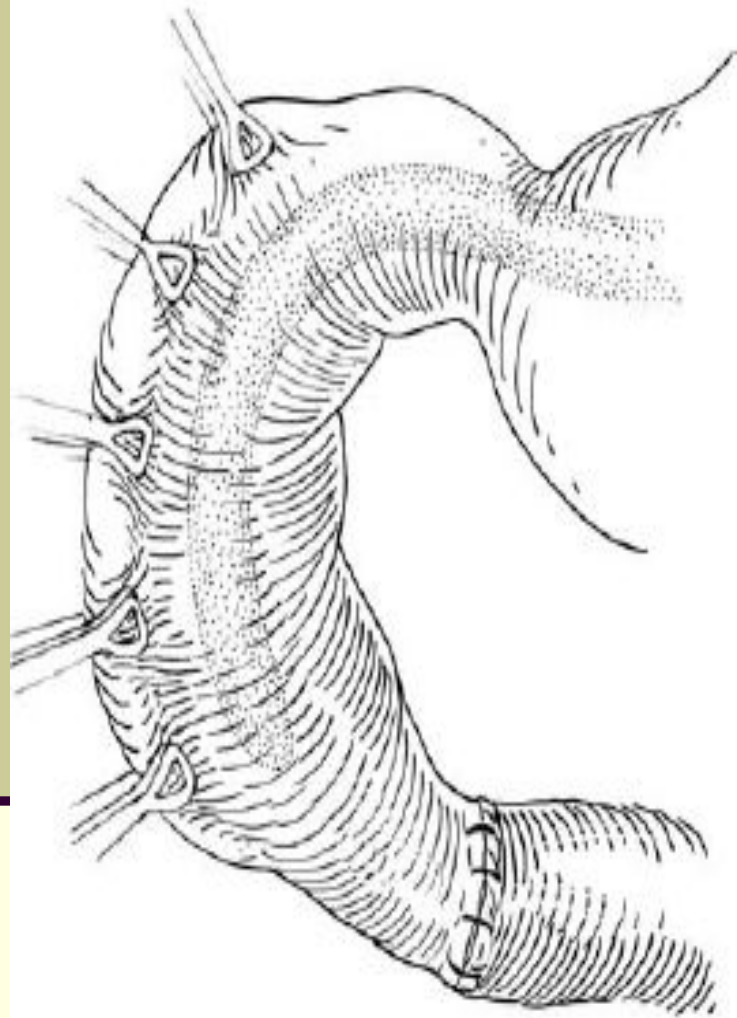
A



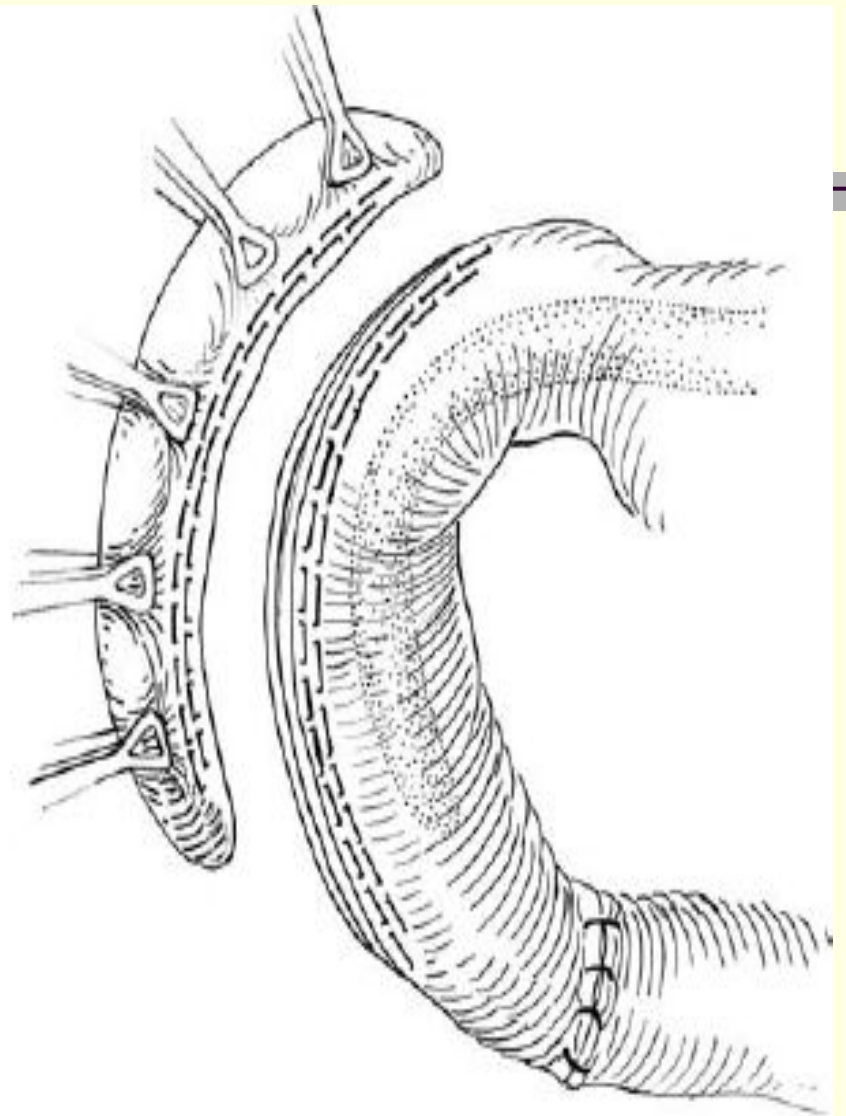
B



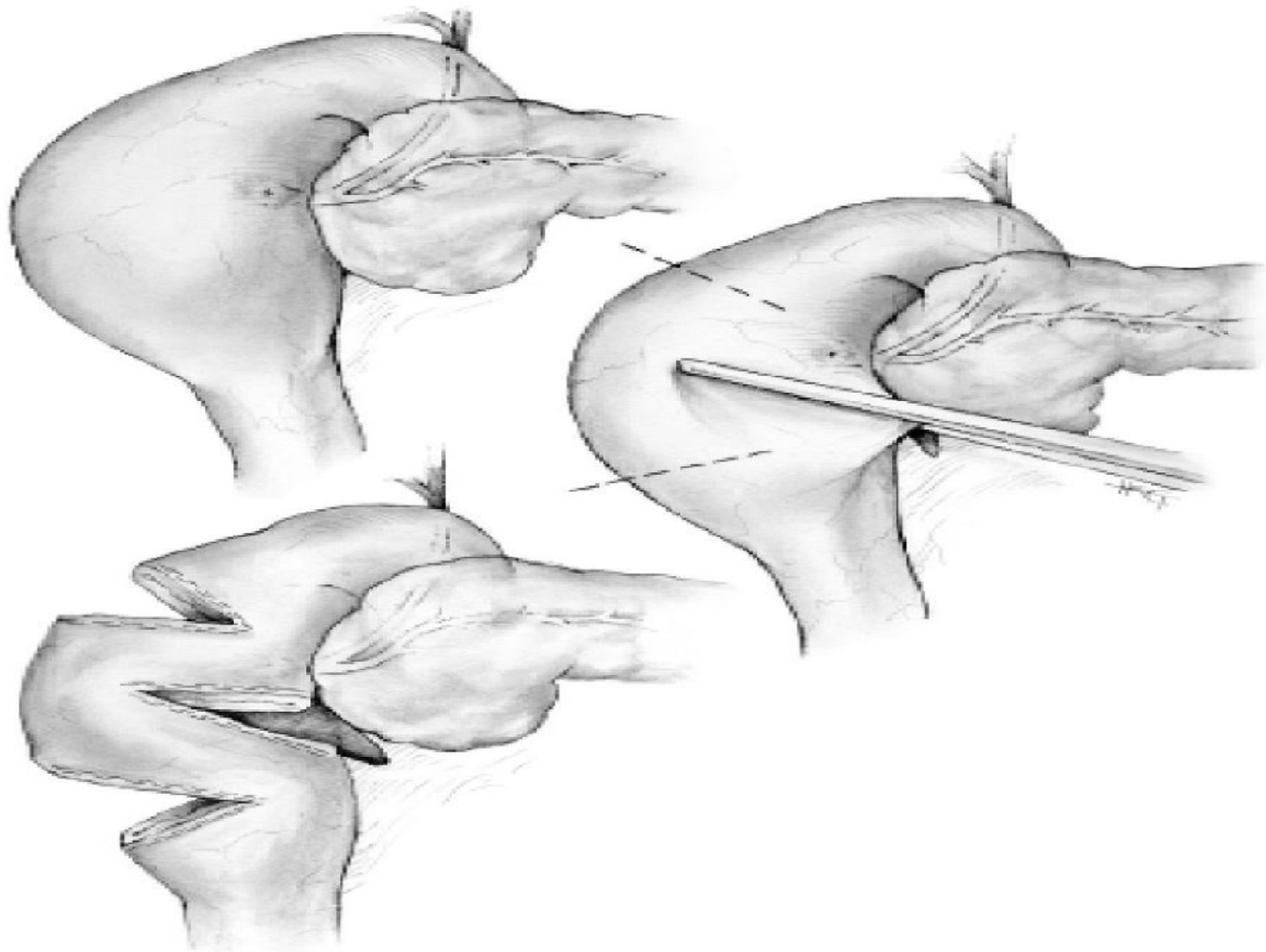




A



B



Возможные осложнения

- Сохранение расширенной проксимальной петли - функциональная обструкция с сохранением симптомов кишечной непроходимости

Причина: гипертрофия гладких мышц и увеличение диаметра кишечника приводит к неэффективной перистальтике и сохранению функциональной обструкции

- Перфорация кишечника
- Сепсис
- Несостоятельность анастомоза
- Мальабсорбция

Причины неудовлетворительных исходов

- Самые частые причины летальных исходов: пневмония, перитонит или сепсис

Послеоперационные осложнения :

- функциональная обструкция
- Несостоятельность анастомоза (15%)
- De Lorimier считает, что резекция расширенного участка кишки при тощекишечной атрезии улучшит выживаемость с 39% до 66%.

Мекониевый илеус

- **Этиология:**

Встречается у 10-15% пациентов с кистозным фиброзом. Очень редко возникает при отсутствии кистозного фиброза (дефицит фермента поджелудочной железы).

- **Типы:**

1-50% простая или неосложненная форма

2-50% осложненная форма , связанная с заворотом, непроходимостью, атрезией кишечника, перфорацией, перфоративным перитонитом

Симптомы

- Семейный анамнез 10-33%
- Полигидрамнион
- Увеличение размеров живота
- Видимые расширенные петли кишечника
- Положительный симптом сдавления
 - Увеличение размеров живота, застойное или чаще отсутствие отделяемого по назогастральному зонду
- Пальпируемое образование в брюшной полости
- Отсутствие самостоятельного отхождения мекония или после клизмы .

Диагноз

Обзорная рентгенография

- Несколько расширенных петель с округлыми образованиями в просвете
- Отсутствие уровней
- Кальцинаты в брюшной полости

■ Ирригография

- Микроколон

Потовый тест:

- Na > 60 mEq
- Cl > 60 mEq
- Исследование стула
- Альбумин в меконии >80mg/g
- Трипсин в меконии >80 mg/g

Консервативное лечение неосложненного мекониевого илеуса

- У 40-60% новорожденных возможно неоперативное лечение:
 - 1) инфузионная терапия до достижения достаточного уровня диуреза (проводится перед выполнением контрастной клизмы в обязательном порядке)
 - 2) антибактериальная терапия
 - 3) назогастральный зонд
 - 4) Контрастная клизма с гастрографинном или урографинном (гиперосмолярный раствор)
- NB! Контроль диуреза и состояния гемодинамики (угроза развития гиповолемии)
- NB! Клизма с контрастом может быть повторена через 12 – 24 часа
- NB! Контраст должен проходить в расширенные петли кишечника
- 5) Если клизма с гастрографинном или урографинном неэффективна, то возможно введение N – ацетилцистеина в составе клизмы с гипертоническим раствором
- При достижении пассажа возможно начало энтерального кормления смесью
- Эффективность консервативного лечения составляет 30-50%

Показания к хирургическому лечению

- Неэффективность консервативного лечения
- Этапы:
 - 1) Поперечная супраумбиликальная лапаротомия
 - 2) Энтеротомия с эвакуацией мекония
 - 3) Промывание тонкой кишки 1% раствором N-ацетилцистеина
 - 4) Ушивание энтеромического отверстия при нормальном состоянии кишечника
 - 5) Энтеростомия

Варианты хирургического лечения

- Энтеротомия с промыванием кишки теплыми изотоническим раствором
- Сцеживание мекония дистальной толстую кишку или энтеротомия.
- Энтеростомия по Бишоп – Кооп
- Ретроградное дренирование толстой кишки с промыванием просвета
- Энтеростомия по Микулич
- Проксимальная энтеростомия по Сантулли

MECONIUM ILEUS- Management



**Paul Mikulicz
Double Barrel
Ileostomy**

**Bishop-Koop's
Distal chimney
Ileostomy**

**Santulli's
Proximal
chimney
Ileostomy**

Bishop-Коор энтеростомия (оптимальный способ)

- Позволяет уменьшить интраоперационную травму кишечника в неонатальном периоде.
- Позволяет восстановить проходимость кишечника без отведения кишечного содержимого по стоме
- Обеспечивает возможность проведения катетера дистально в толстый кишечник для ретроградного промывания ободочной кишки
- Позволяет без обширной лапаротомии закрыть энтеростому методом лигирования

Послеоперационное лечение

- Инстилляция 2% -4% ацетилцистеина, через назогастральный зонд, для растворения остаточного мекония
- Тотальное парентеральное питание, а при достижении пассажа по ЖКТ – начало энтерального питания
- Обязательное введение ферментов
- Антибактериальная терапия
- Выживаемость достигает 100%