

НАБУТА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ

План лекції

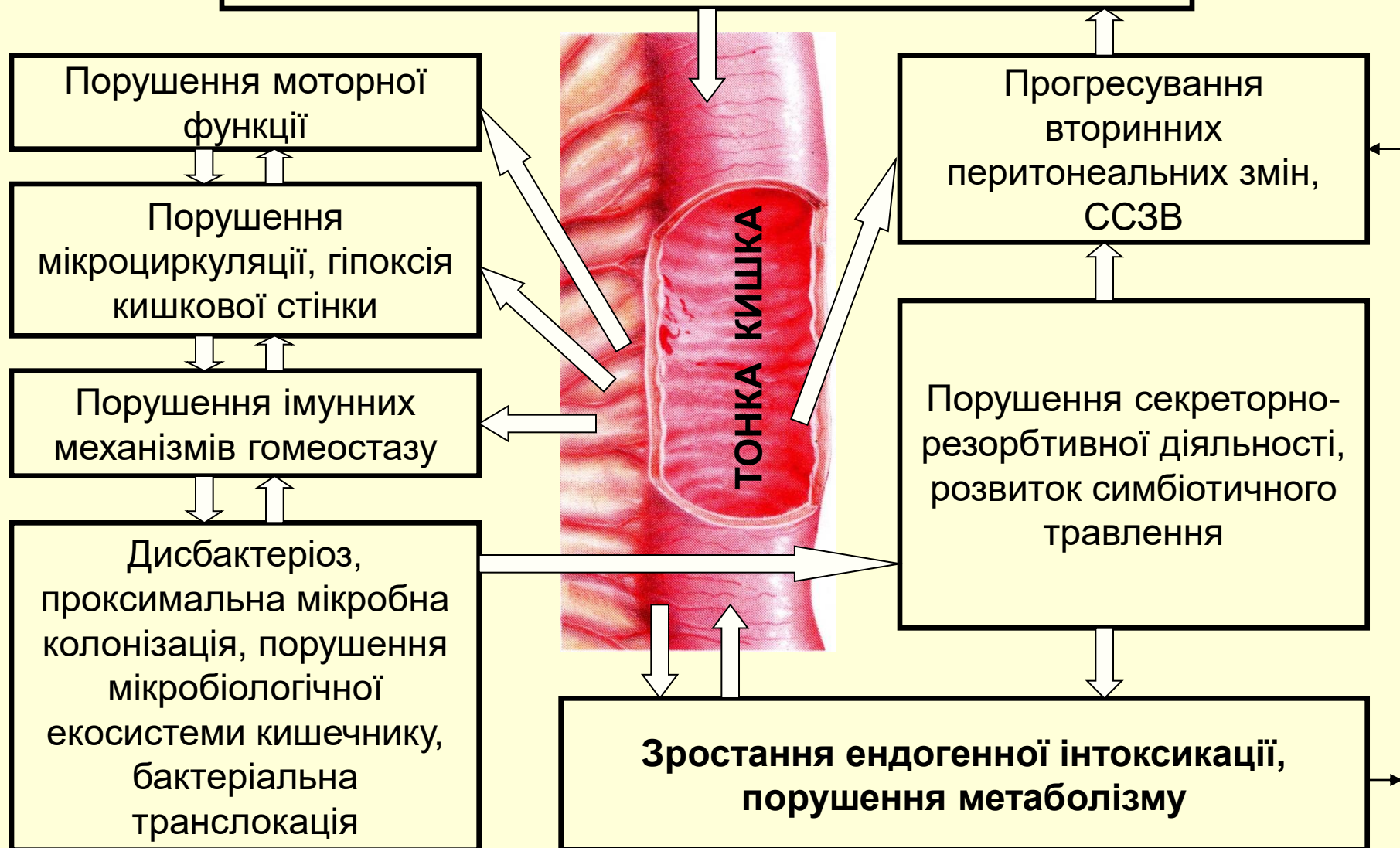
1. Класифікація кишкової непрохідності у дітей
2. Основні причини спастичної та паралітичної кишкової непрохідності.
3. Класифікація, патогенез, профілактика післяопераційної злукової кишкової непрохідності.
4. Принципи лікування злукової кишкової непрохідності.
5. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика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

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

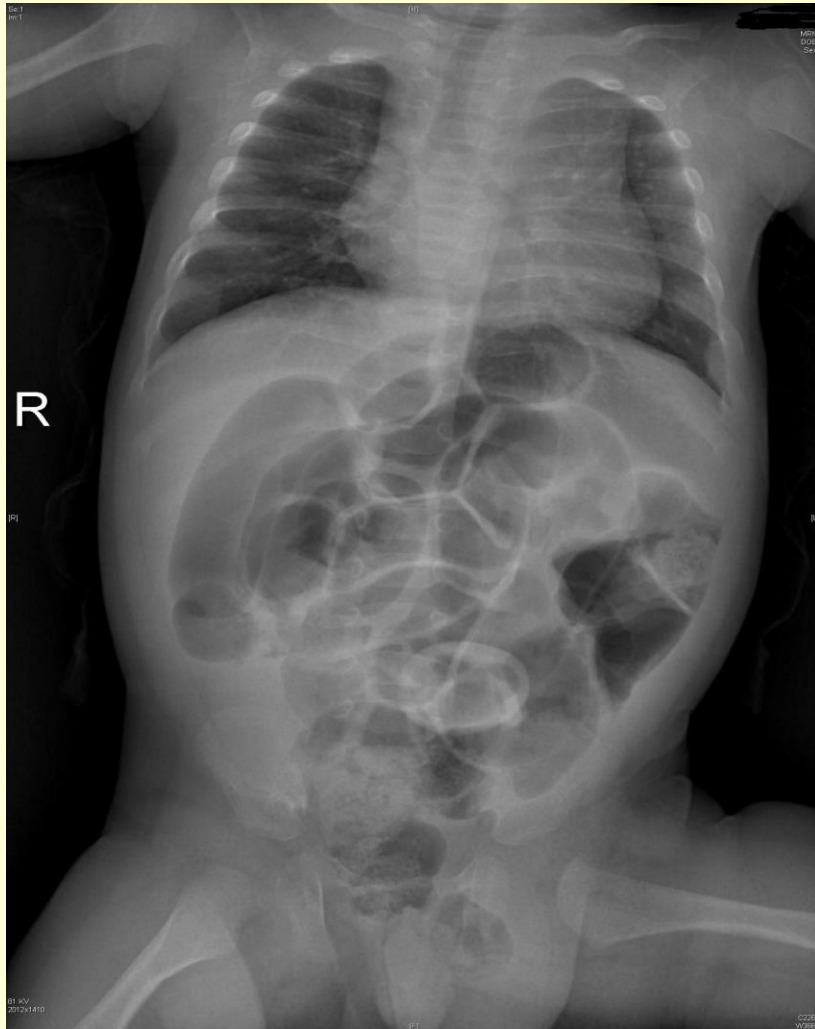
- спастична
- паралітична

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*

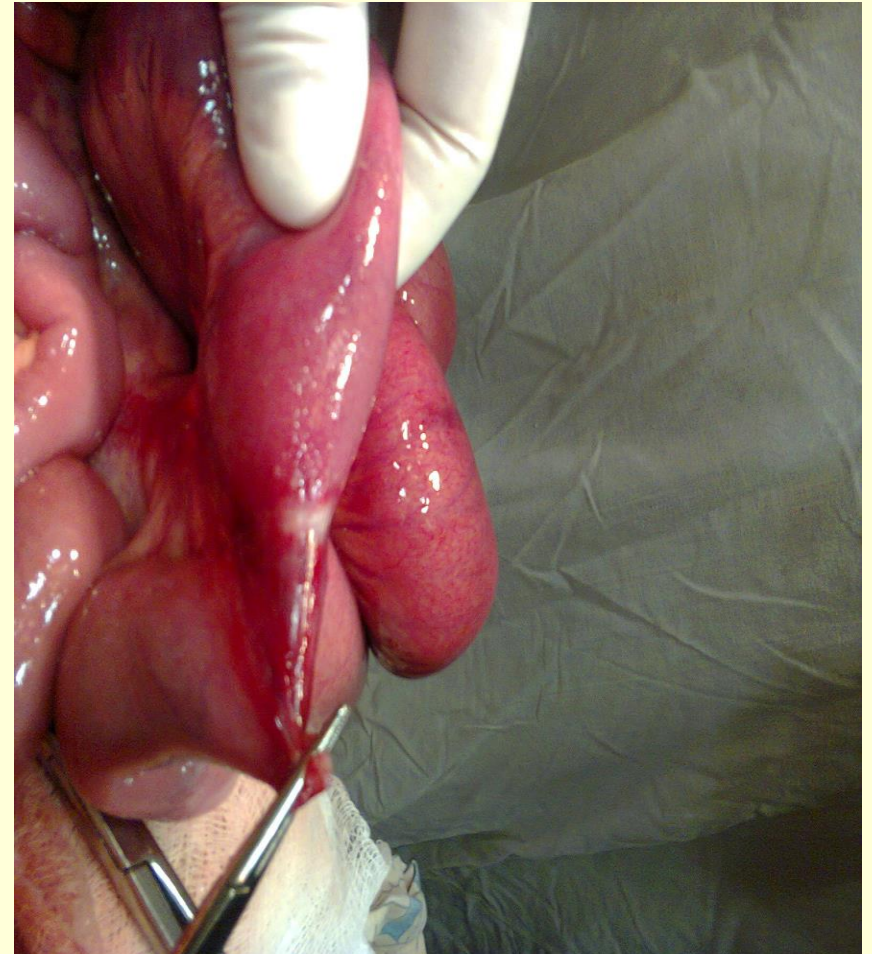
Обтураційна кишкова непрохідність Трихобезоар “Синдром Рапунцель”



Сторонні тіла ШКТ як причина кишкової непрохідності



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



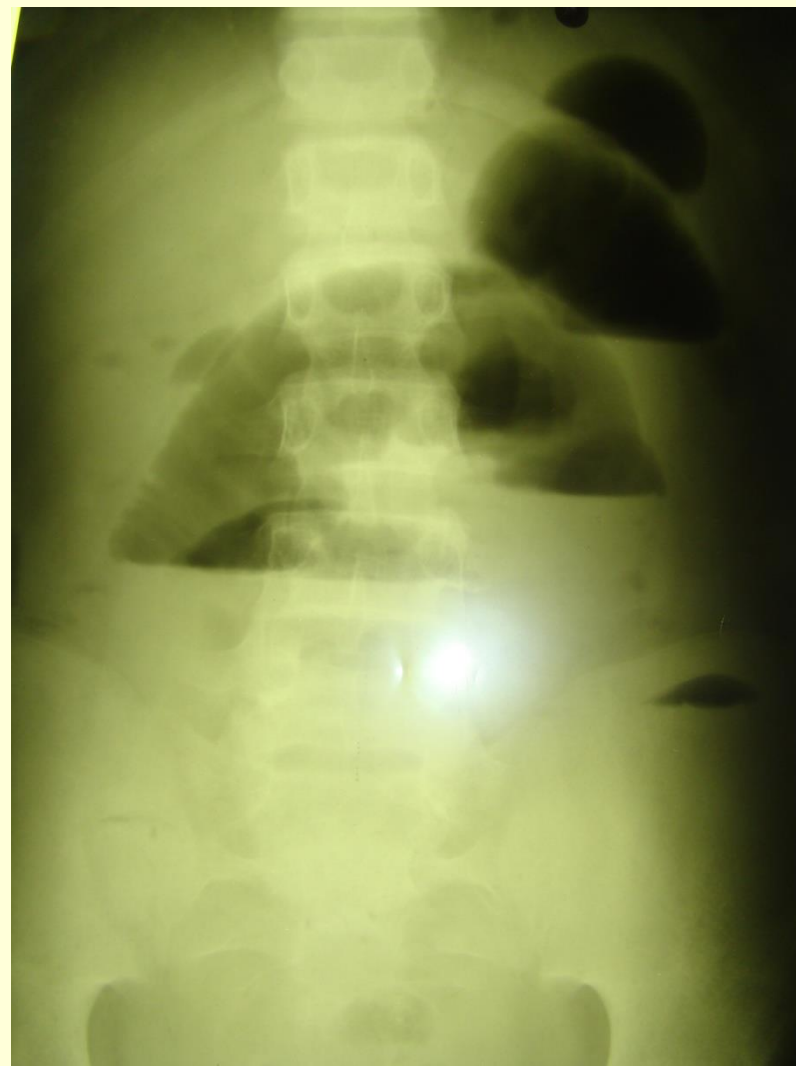
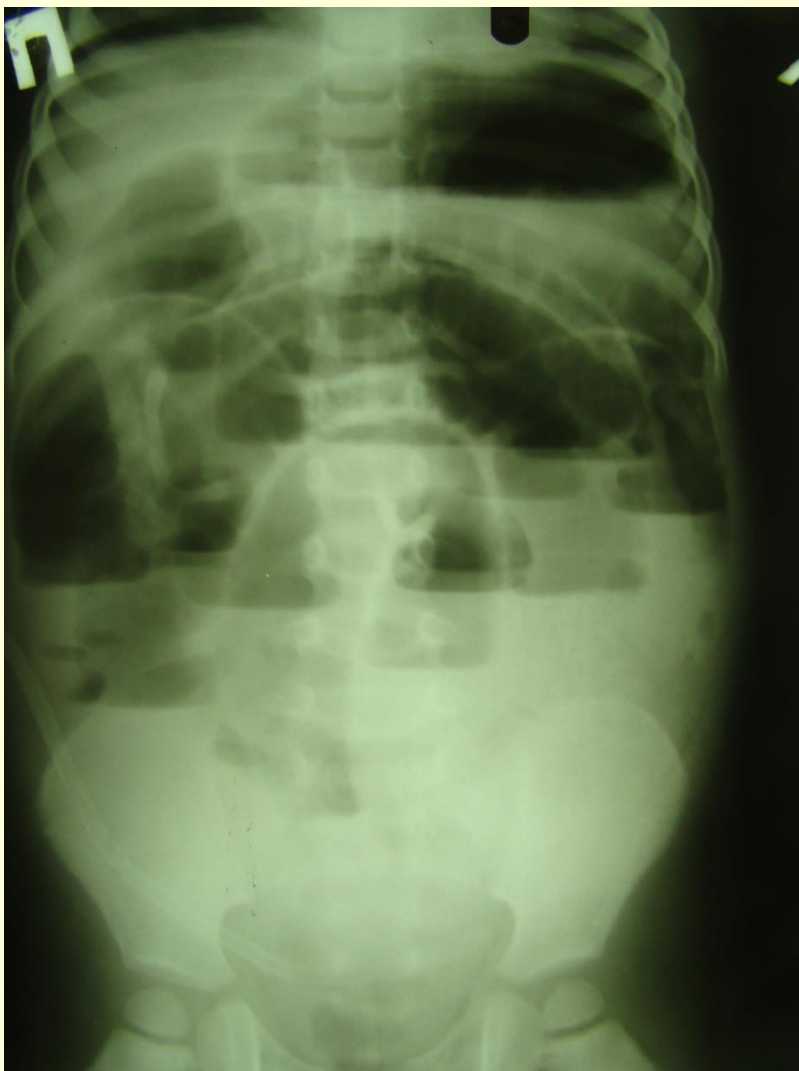
Класифікація злукової кишкової непрохідності (Г.А. Баіров, 1973)

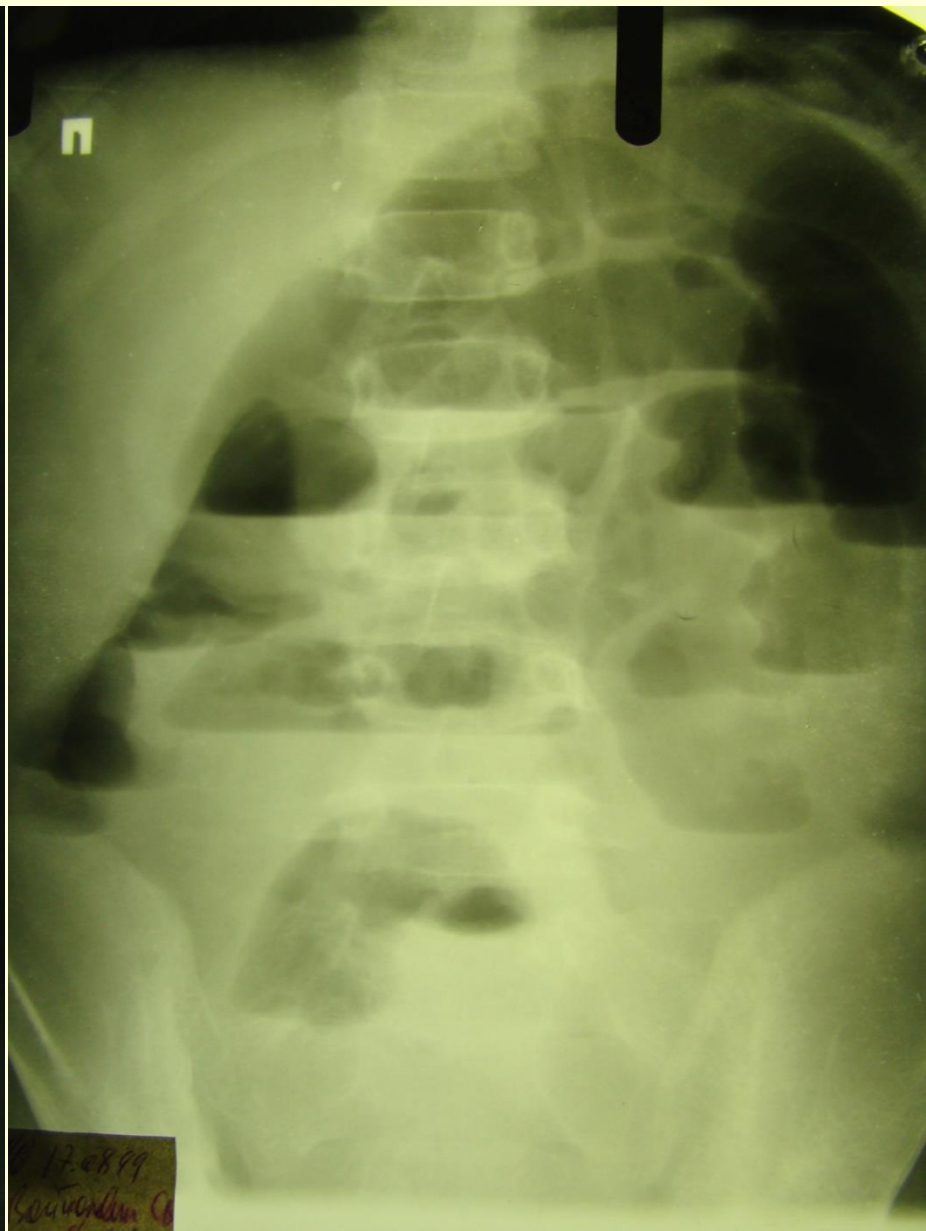
Рання злукова кишкова непрохідність (на протязі 1 місяця після оперативного втручання)

- 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)

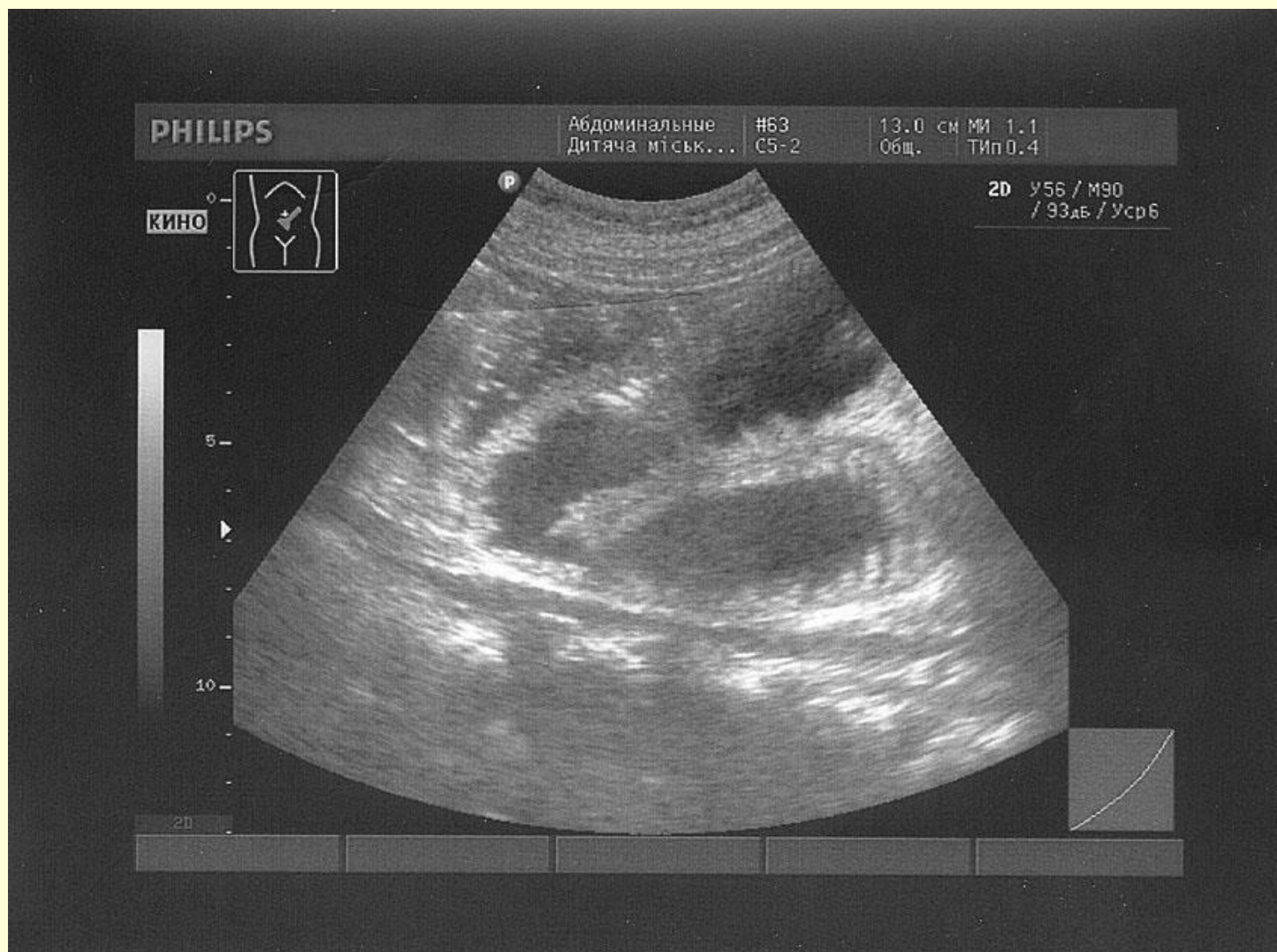
Пізня злукова кишкова непрохідність (більш ніж 1 місяць після оперативного втручання)

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 — антихолінестеразні препарати (прозерін), холіноміметики, периферійні антагоністи допаміну (мотіліум), гіпертонічні розчини в/в, різні види клізм.

Гостра кишкова інвагінація



“Діагноз надзвичайно легкий і має бути поставлений без вагань, і якщо лікареві довелося одного разу бачити це захворювання, він більше ніколи не помилиться” Г. Мондор

Хлопчики : дівчатка = 2 :1

Вік – до 1 року (4-9 місяців)

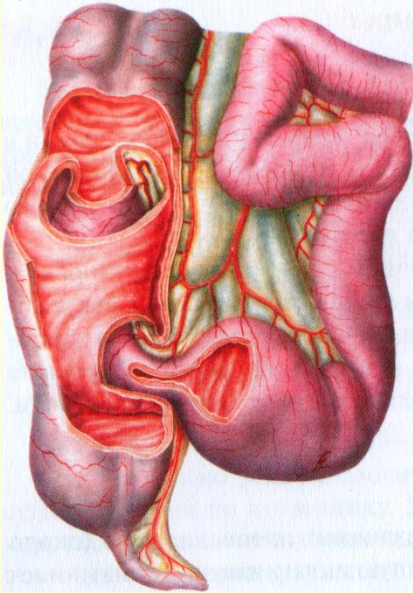
Етіологічні чинники:

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

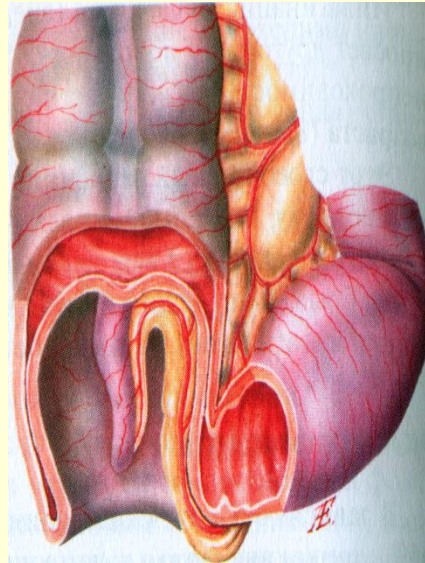
Її вибір падає на «чудову дитину, що вигодовується грудьми, нормальну, міцну, дуже спокійну, не плаксія» (Омбредан)



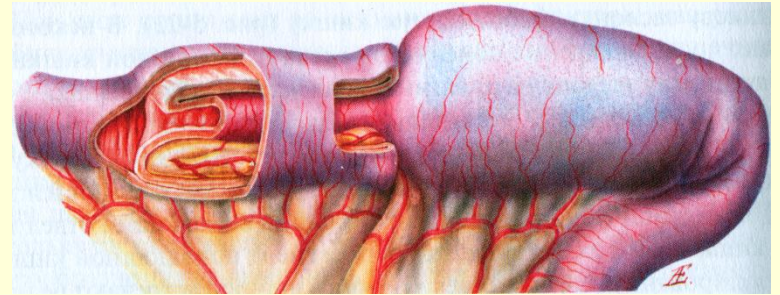
Класифікація кишкової інвагінації



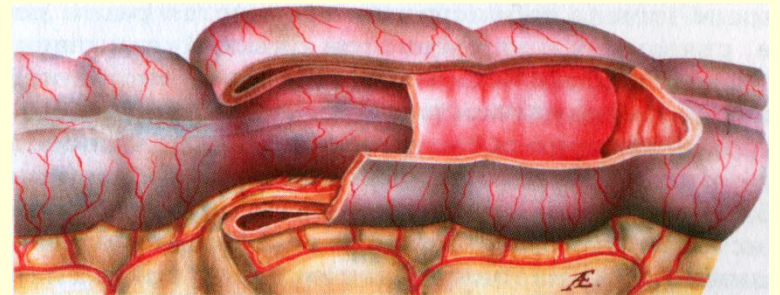
Здухвинно-
ободова
інвагінація



Сліпо-ободова
інвагінація



Тонко-тонкокишкова
інвагінація



Товсто-товстокишкова
інвагінація

Феликс Лежар «Невідкладна хірургія»

Треба ясно уявити собі, як насправді розвивається гостра кишкова інвагінація у немовляти, щоб зрозуміти, яку важку відповідальність доводиться брати він лікарю, покликаному прийняти негайне рішення у важкій обстановці сімейної тривоги.

Грудна дитина, цілком здорова дитина, добре бере груди; з вечора він спокійно заснув. Під ранок, після спокійно проведеної ночі, дитина прокинулася з голоду. Після першого ранкового годування він знову спокійно засинає. Все гаразд. Дві чи три години по тому він раптово прокидається, настільки пронизливо кричучи, що весь будинок приходить у хвилювання.

Мати налякана блідістю дитини, яка продовжує кричати, сучить ніжками, корчиться, тужиться, як за важкої дефекації, зригує насмоктане молоко. Мати відразу відчуває серйозність становища та вимагає викликати лікаря. Менш стурбований батько схильний приписати це колікам, розладу шлунка, хоча напад протікає надто важко для простого гастроентериту. Проте досить швидко все заспокоюється, і стомлена дитина засинає, а через чверть години, півгодини чи через годину так само раптово драма відновлюється. Цього разу немає сумнівів — треба негайно викликати лікаря. Розпитавши батьків, лікар, знайомий із подібними випадками, вже підозрює істину: він знає, що негайно зробити, які ознаки виявити.

Історія хвороби справді типова. Зазвичай справа стосується немовляти віком від 4 до 9 місяців, частіше хлопчика, ніж дівчинки, до того моменту зовсім здорової дитини. В наявності характерні ознаки: **раптові і надзвичайно різкі болі**, що супроводжуються жахливими криками, блідість обличчя, натужування, сильне і різке згинання нижніх кінцівок. **Блювота їжею або жовчю**. Ці явища то вщухають на більш менш тривалий проміжок часу, то знову відновлюються у вигляді всіх нападів, що настають через кожні півгодини, чверть години і, нарешті, через кожні 5 хвилин. Огляньте передусім пелюшки дитини. Можливо, ви там знайдете доказ на користь інвагінації — **випорожнення або слиз з домішкою крові**. Якщо ви нічого не знаходите, негайно здійсніть дослідження per rectum; не розраховуйте, що в цій стадії вам вдасться кінчиком пальця намацати головку інвагінату, бо це пізніша ознака. Але іноді на обережно введеному в глибину прямої кишки пальці ви виявите трохи яскраво-червоної крові або забарвленого кров'ю слизу без жодного запаху або з запахом риби. Найважливіше — це наявність крові. Якби її спочатку не виявилось, ви виявите її двома годинами пізніше при повторному відвідуванні хворого.



«Малинове желе» Це головна ознака, вона майже завжди в наявності. Це чудова, рятівна ознака! Воно виявляється дуже рано, його легко помітити, воно зустрічається майже постійно, воно незмінно турбує оточуючих... (Мондор)

Вам залишається обмацати живіт, але не під час нападу, а в період заспокоєння. Натисніть на черевну стінку спочатку праворуч, потім посередині нарешті зліва. Якщо ви маєте досвід і дієте обережно, вам у багатьох випадках вдається промацати довгасте утворення, розташоване поперечно в надчеревній або пупковій області або вертикально, що лежить в одному з бічних відділів живота. Це **ковбасоподібне утворення тестуваної консистенції**; щільність його змінюється у вас під рукою; воно то напружується, то розслаблюється, іноді стає рухливим, іноді раптом зникає. Ознака ця є кардинальною, хоча вона не завжди є; наявність його є безумовним підтвердженням діагнозу.

«Ознаки непрохідності + кров із заднього проходу = інвагінація кишок. Це основне рівняння» (Омбредан)

Клінічні прояви інвагінації кишечника у дітей



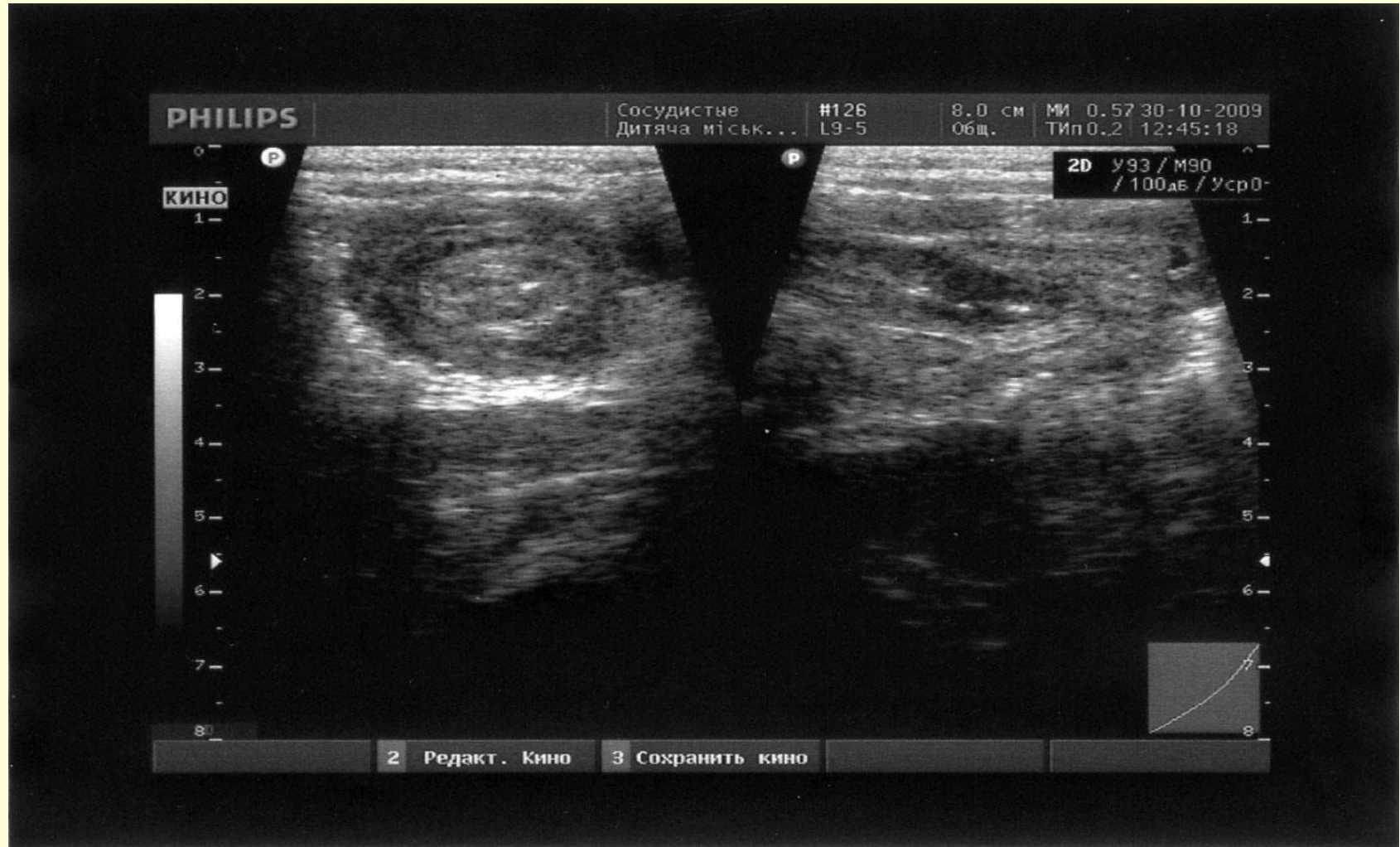
- Неспокій, болі в животі
- Блювота
- Симптом «малинового желе»
- Пухлиноподібне утворення (інвагінат) при пальпації.

Дитина у прострації, обличчя темне, сіре. Гострих, швидких реакції першого дня більше немає. Він ще кидається під час нападу болів, але в нього вже немає сил кричати. Ліжко його вся у блювотних масах, темних, фекалоїдних, смердючих. Припадки блювання безперервні. Нема ні калу, ні газів. Із задньопрохідного отвору тече чорна кров із гангренозним запахом. При ректальному дослідженні знаходять пухлину, що має форму та консистенцію шийки матки: це головна частина великого інвагінату. Пухлина, без сумніву, витяглася вздовж усієї лівої сторони живота; але як дістатися до неї? Живіт здутий, розтягнутий, болючий при пальпації. Пульсу майже немає. Температура 40 °. Це вже не інвагінація кишок, це не защемлена всередині живота грижа, це вже не є і непрохідністю кишок. Це – гангрена защемленої внутрішньочеревної грижі, що викликає смерть дитини внаслідок токсемії та перитоніту. Дитина, яку лікар учора залишив із «коліками», сьогодні вже не може бути оперованою. Риси обличчя загостряться, очі проваляться. Температура з 40 ° впаде до 35,6-36 °. Завтра він помре. Ось що стало з «чудовою дитиною, міцною, радісною, не плаксою!» (Мондор)

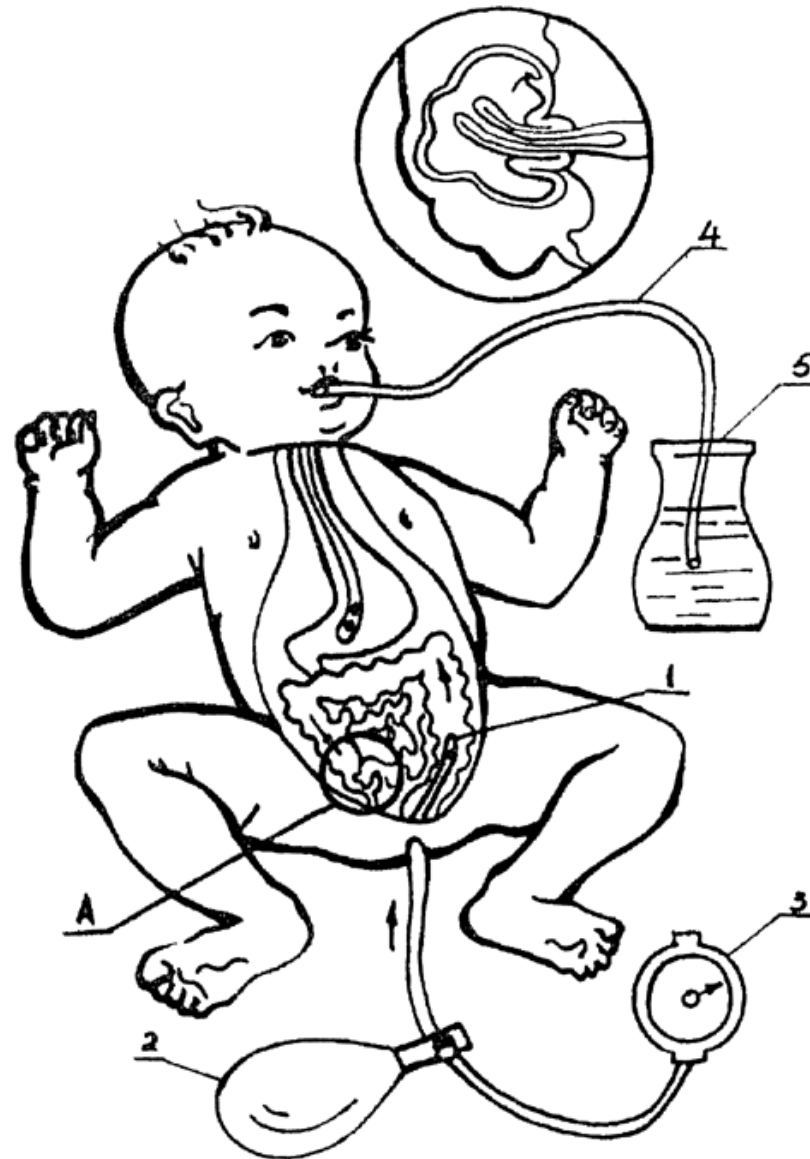
Рентгенологічне дослідження

- *Ірігографія з повітрям або контрастною речовиною*
- *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



Дякую за увагу!

