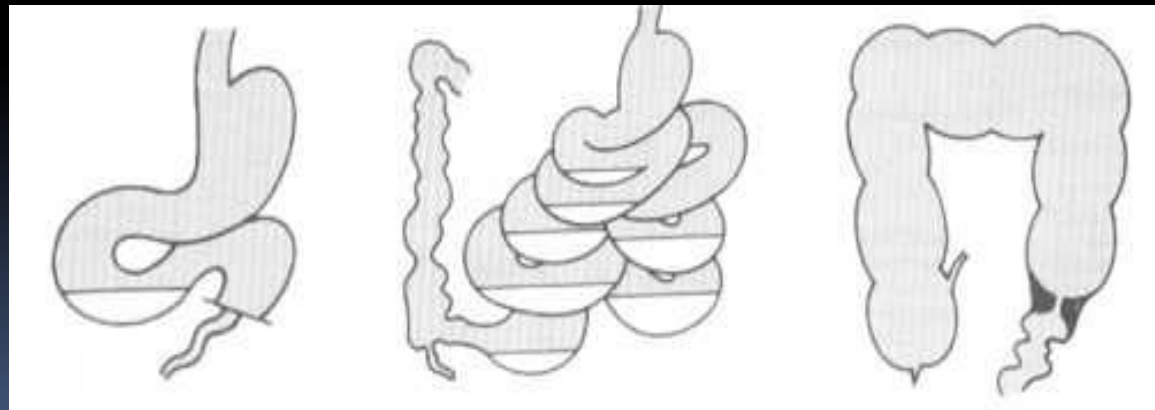


# ВРОЖДЁННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ



Выполнил: студент 610 группы  
пед.фак-та Вторых Е.А.

- Кишечная непроходимость врожденная — это симптомокомплекс, характеризующийся нарушением проходимости содержимого по ЖКТ.
- Встречается у детей любого возраста, однако чаще в период новорожденности.



# Причины:

- пороки развития кишечной трубки (атрезии, стенозы);
- пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне (кольцевидная поджелудочная железа, aberrантный сосуд, энтерокистомы);
- пороки развития кишечной стенки (гипоганглиоз, аганглиоз - болезнь Гиршпрунга, нейрональная дисплазия);
- пороки, приводящие к обтурации просвета кишки вязким меконием (мекониевый илеус - муковисцидоз);
- пороки поворота и фиксации брыжейки (синдром Ледда, изолированный заворот средней кишки, заворот изолированной кишечной петли)

# Классификация:

В зависимости

от уровня локализации и препятствия:

- высокая
- низкая

от степени сужения просвета кишки:



полная



частичная

от времени возникновения:



Внутриутробная



и постнатальная

# Причины высокой кишечной непроходимости :

- атрезия или стеноз двенадцатиперстной кишки
- синдром Ледда, заворот средней кишки,
- сдавлении кишки тяжами брюшины, кольцевидной поджелудочной железой, aberrантным сосудом
- при ущемлении в грыже Трейтца.

# Клиническая картина

- Проявляется высокая непроходимость кишечника с первых часов или суток жизни.
- Основной ее симптом - упорная рвота застойным желудочным содержимым с примесью желчи или зелени.
- Дети быстро теряют массу тела; нарастают нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-щелочной системы, возникает олигурия, растет гематокрит.

- Атрезия кишечника в 10% случаев располагается выше Фатерова сосочка и в этих случаях в рвотных массах не будет выявляться примеси желчи.
- В течение первых суток может быть стул - меконий. При полной кишечной непроходимости, развившейся внутриутробно, отсутствует мекониальный стул.

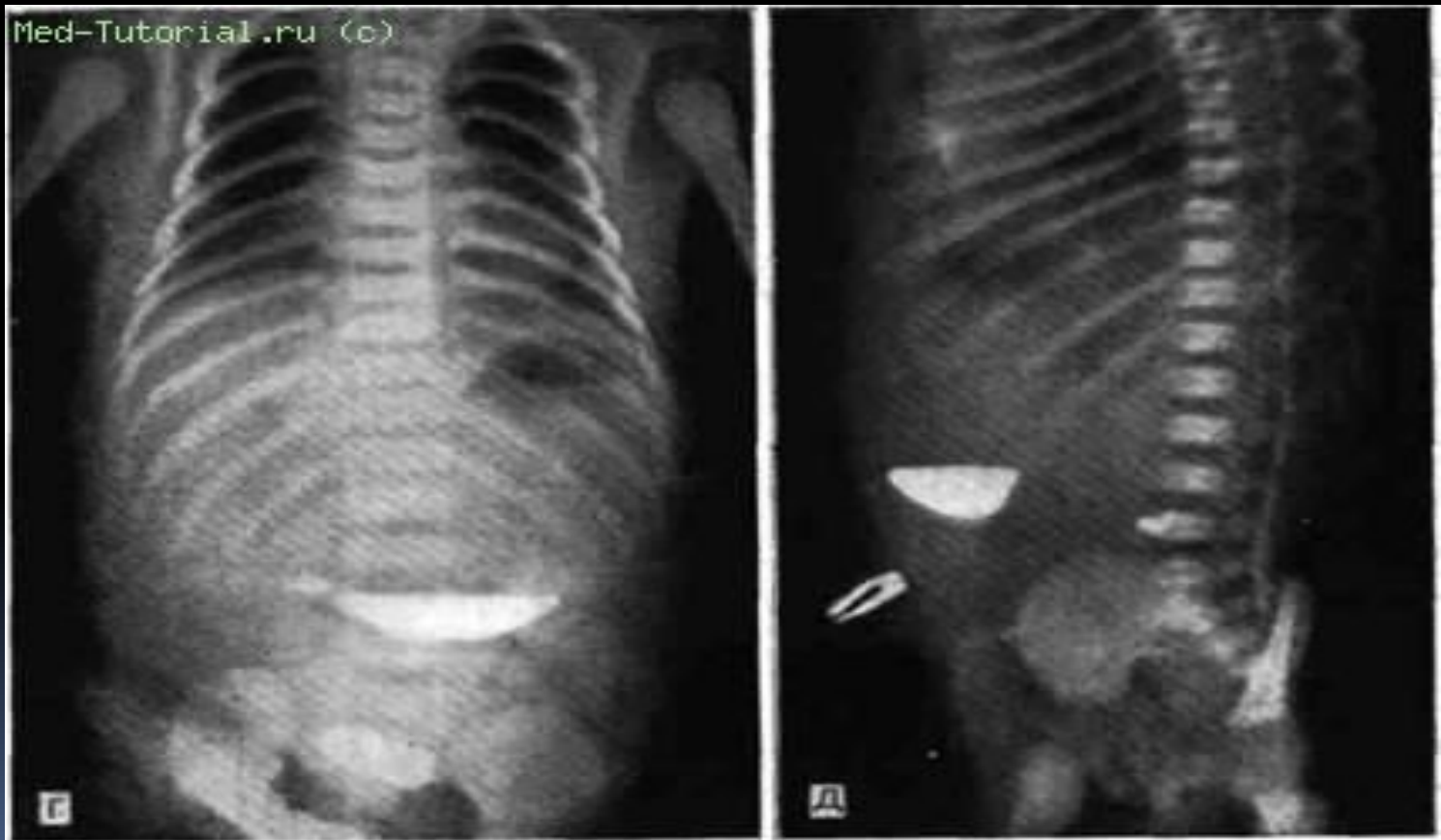
- При осмотре живот выглядит запавшим, на фоне которого после кормления отчетливо видно вздутие эпигастральной области, исчезающее после рвоты.



# Диагностика

- Ранняя диагностика основана на зондировании желудка, застойное содержимое желудка превышает объем введенной жидкости.
- Диагноз подтверждается на основании обзорной рентгенографии органов брюшной полости в вертикальном положении, в 2-х проекциях – прямая и боковая.
- При атрезии кишечника выявляется два газовых пузыря и уровня жидкости, соответствующие желудку и 12-перстной кишке, в остальных отделах кишечника газа не определяется или его количество резко снижено.

# Непроходимость двенадцатиперстной кишки





*По ширине уровня жидкости можно судить об анатомическом варианте порока развития.*

- При атрезии уровень жидкости в желудке равен или превышает диаметр желудка.
- При незавершенном повороте кишечника размеры двенадцатиперстной кишки нормальные, отмечается скудное наполнение петель кишечника газом.

- Если обзорное рентгенологическое исследование не дает достаточной информации, применяют контрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Водную взвесь сульфата бария в количестве одноразового кормления вводят в грудном молоке.
- Для высокой кишечной непроходимости характерно нарушение эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, поэтому на рентгенограмме видны два депо контрастного вещества — в расширенном желудке и двенадцатиперстной кишке.

- При подозрении на незавершенный поворот кишечника исследование дополняют ирригографией с воздухом или бариевой взвесью. Неправильное положение слепой кишки в эпигастральной области или высоко под печенью подтверждает диагноз.

При подозрении на врожденную кишечную непроходимость врач родительного дома должен проводить исследование больного по следующей схеме:

- Оценка анамнеза (характерны неблагоприятное течение беременности, многоводие);
- Оценка общего состояния ребенка (выявление интоксикации, обезвоживания — дефицит массы тела больше физиологической потери, высокие цифры гемоглобина и гематокрита, нарушения КЩС);
- Осмотр и пальпация живота;
- Зондирование желудка с оценкой количества и качества содержимого;
- Ректальное исследование (при атрезии меконий отсутствует).

# Тактика ведения в род.доме

- С момента подозрения на кишечную непроходимость энтеральное кормление отменяется.
- Устанавливают постоянный назогастральный зонд для декомпрессии из желудка, начинают заместительную инфузию кристаллоидов с коррекцией КОС и электролитных нарушений, парентеральное питание.
- Показано динамическое исследование билирубина, мочевины и креатинина.



# Тактика ведения в род.

## доме

- После консультации с детским хирургом перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение может осуществляться по прохождении раннего периода адаптации, на 2-3 сутки жизни.
- Оперативное вмешательство проводится после 5 суток жизни.
- Перед транспортировкой в обязательном порядке удаляется содержимое из желудка, зонд остается открытым.

# Лечение



- Лечение врожденной непроходимости кишечника только оперативное.
- Его проводят после оценки риска наркоза и операции, предварительной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений гомеостаза и функций жизненно важных органов.

# Лечение

- Характер оперативного вмешательства зависит от порока развития: создание непрерывности просвета кишечной трубки путем выполнения энтеростомии, дуодено-, дуоденоэнтеростомии, иссечения мембраны.

# Лечение

- При незавершенном повороте кишечника производят расправление заворота и разделение эмбриональных тяжей.
- При мекониевом илеусе необходимо промывание кишечника после вскрытия его просвета раствором химотрипсина с последующим выполнением Т-образной энтеростомии и применением панкреатина в послеоперационном периоде.

# Прогноз

- При своевременно выполненном оперативном вмешательстве и отсутствии других пороков развития благоприятный. Исключение составляют дети с множественными пороками развития.

Спасибо за внимание!

