

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ №1

**Тема: «ПРИБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ»**

Ташкент – 2007

Тема №11

1. ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

2.ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов самостоятельной постановке раннего диагноза в первичном звене здравоохранения в условиях города и села, (СВП, поликлинике, скорая помощь) в условиях дневного стационара и на дому при наиболее распространенных формах кишечной непроходимости у детей различных возрастных групп, их принципам лечения.

3. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЙ:

Обучить студентов:

1. Этиологии, патогенезу, классификации приобретенной кишечной непроходимости.
2. Клинике приобретенной кишечной непроходимости.
3. Проведению обследования детей с подозрением на острые процессы в брюшной полости (осмотр, пальпация, перкуссия, ректальные исследования).
4. Назначению необходимых лабораторных методов обследования больных с приобретенной кишечной непроходимости.
5. Дифференциальной диагностике приобретенной кишечной непроходимости.
6. Принципам лечения приобретенной кишечной непроходимости.

ВОПРОСЫ РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ:

1. Понятие о приобретенной кишечной непроходимости.
2. Симптомы приобретенной кишечной непроходимости.
3. Виды приобретенной кишечной непроходимости.
4. Особенности осмотра ребенка с приобретенной кишечной непроходимостью.
5. Рентгенологическое исследование и признаки приобретенной кишечной непроходимости (обтурация, странгуляция, инвагинация).
6. Дифференциальная диагностика приобретенной кишечной непроходимости.
7. Методы лечения приобретенной кишечной непроходимости.
8. Профилактика спаечной болезни.
9. Реабилитация больных приобретенной кишечной непроходимости.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Этиологию, патогенез, классификацию приобретенной кишечной непроходимости.
2. Клиническую картину приобретенной кишечной непроходимости.
3. Методы обследования приобретенной кишечной непроходимости.
4. Принципы лечения приобретенной кишечной непроходимости.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Определять симптомы приобретенной кишечной непроходимости.
2. Интерпретировать данные лабораторных анализов приобретенной кишечной непроходимости.
3. На основании полученных клинических, лабораторных, инструментальных и данных специальных методов обследования установить клинический диагноз.
4. Проводить дифференциальную диагностику приобретенной кишечной непроходимости от других заболеваний, сопровождающихся с болями в животе.

ПЛАН ЗАНЯТИЯ.

1. Перекличка
2. Участие на утренней врачебной конференции

3. Определение темы и цели занятия, обоснование актуальности, особенностей течения приобретенной кишечной непроходимости. Важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики приобретенной кишечной непроходимости.
4. Устный опрос,
5. Разбор ОЛКМС.
6. Интерактивные методы.
7. Курация больных и обсуждение результатов
8. Решение тестов и ситуационных задач.
9. Оценка знаний студентов. Занесение баллов в учебный журнал и
10. конспекты студентов.
11. Объяснение новой темы.
12. Домашнее задание

1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Кишечная непроходимость – заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по ЖКТ.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

По клиническому течению на полную и частую, на острую и хроническую.

Приобретенную кишечную непроходимость подразделяют на механическую и динамическую.

В группе механической непроходимости выделяют обтурационную, странгуляционную, инвагинацию.

В динамической: паралитическую и спастическую формы.

Странгуляционная непроходимость чаще обусловлена спаечным процессом

А. Анамнез. 3 основных симптома: боли в животе, рвота, задержка стула и газов.

Б. Клинический осмотр. В послеоперационном периоде. Пациент обычно принимает вынужденное положение. Часто меняет позу. Беспокоен. Мечется. Обычно неукротимая рвота облегчения не приносит. При низких заворотах она приобретает каловый характер. Задержка стула и газов обычно полная, лишь иногда бывает однократный стул за счет опорожнения дистальных отделов кишечника.

Состояние живота зависит от локализации процессов. Один из кардиальных симптомов при странгуляционной непроходимости симптом Валя – асимметрия живота, видимая перистальтика, прощупывается выпуклость, тимпанит на рентгене. Чаши Клойбера, симптом арки.

Инвагинация – особый вид механической желтухи, которая сочетается признаками обтурации так и странгуляции. Внедрение возможно в различных участках тонкой и толстой кишки начало острое. Часто в возрасте 3-9 мес. Хорошего питания, внезапно становится беспокойным, плачет, корчится. Приступ беспокойства проходит так же быстро, как и начинается, однако через короткий промежуток времени наступает вновь.

Каловые массы: со слизью, имеют вид «малинового желе».

Осмотр ребенка заканчивают исследованием через прямую кишку. При этом, в ряде случаев, бимануально удастся прощупать опухоль. После извлечения исследуемого пальца из заднего прохода выделяется слизь с кровью без примеси каловых масс.

Обтурационная непроходимость – причиной чаще является копростаз, реже – опухоль, аскариды. В анамнезе ранние запоры. Положительный симптом ямки.

Динамическая непроходимость характеризуется стойким спазмом мышечного слоя стенки кишки вследствие интоксикации (отравление тяжелыми металлами), метаболическими нарушениями, либо стойким парезом кишечника. Обусловлено полным прекращением перистальтики, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки.

Паралитическая развивается как следствие различных хирургических и нехирургических заболеваний органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства .

В клинике основными симптомами являются рвота с примесью зелени, нарастающее равномерное вздутие живота, отсутствие стула и газов, выраженная интоксикация . На рентгенограмме – множественные «чаши Клойбера», размер их невелик и расширения равномерны.

Спастическая кишечная непроходимость . Характеризуется внезапным началом. Ведущий симптом сильные схваткообразные боли не имеющие определенную локализацию.

ЗАДАНИЕ №1 - Диагностика

Рентгенологическая. На обзорной рентгенограмме выявляются спастически - атоническое состояние кишечника и по ходу тонкого кишечника видны мелкие чаши Клойбера
Лечение в зависимости от вида кишечной непроходимости.

Обтурационная кишечная непроходимость.

- Консервативное лечение : очистительные клизмы 1% раствором натрия хлора. Если очистительные клизмы не помогают, делают сифонные клизмы до размыкания каловых масс и восстановления проходимости кишечника, растительное или вазелиновое масло, внутрь слабительные средства, электростимуляция кишечника 15-20 сеансов.

При закупорке илеоцекального угла клубочком аскарид, если сифонные клизмы не помогают, оперативное лечение . После операции, противоглистное лечение.

Примеры практических навыков:

1.Расскажите и Этапы выполнения

покажите

технику

определения

инвагината

1. Больной лежит на спине, ноги согнуты в коленном суставе

2. Врач расположен с права от больного

3. Руки врача должны быть теплые.

4. Просим больного оголить живот

5. Поэтапно начиная с левой подвздошной области производим глубокую пальпацию до правой подвздошной области, где определяется овальной формы опухолевидное образование

**Пальцевое
исследование
прямой
кишки.**

ИНВАГИНАЦИЯ КИШКИ

Цель: Диагностика инвагинации кишки.

Показания: Наличие опухолевидного образования в малом тазу

Оснащение: Резиновые перчатки и вазелин.

Проводимые шаги:

1. Надеть перчатки

2.Общий подход к пациенту. Положение больного – коленно-локтевое, на боку или спине с приведенными к животу коленями.

3.Описание при наружном осмотре в области заднего прохода – нет ли геморроя, полипа, трещины и стеноза анального канала.

Надевают перчатку, второй палец смазывают вазелином и вводят в анальный канал, больному необходимо слегка потужиться.

2. Последовательно по всей окружности исследуют прямую кишку, левой рукой надавливаем на опухолевидное образование в сторону малого таза.

Пневмоир- ригография.

3. При инвагинации отмечается резко болезненное плотное образование без четких границ, Слизистая прямой кишки гладкая.

Снимают перчатки.

Цель: Диагностика и консервативное лечение инвагинации.

Показания: Определение головки инвагината.

- В первые 12 часов от начала заболевания.

- Дальнейшая тактика зависит от длительности заболевания. При раннем поступлении ребенка в клинику, продолжают нагнетание воздуха с целью расправления инвагината.

- Критерием чего является проникновение воздуха в дистальный отдел подвздошной кишки.

- Консервативное расправление опасно после 12 часов от начала заболевания или при неясном анамнезе, так как возможен некроз кишки в области головки инвагината.

- Разрыв инвагинации любой формы и локализация не должны расправляться консервативным путем.

Оснащение: Рентгеноскоп, баллон Ричардсона, obturator прямой кишки, резиновый зонд, манометр, три стерильных пинцета, резиновые перчатки, стерильный глицерин.

Проводимые шаги:

1. За 30-40 мин. до вмешательства больному вводят подкожно раствор промедола или атропина в возрастной дозировке.
2. Положение больного - укладывают горизонтально на стол рентгеновского аппарата.
3. Обработка ануса 5% мыльным раствором (2 стерильные салфетки) и высушить (1 стерильная салфетка).
4. Смазанный стерильным глицерином резиновый катетер № 9-10 вводят в прямую кишку на глубину 15-20 см. и соединяют тройником с баллоном Ричардсона и манометром.
5. В прямую кишку под контролем рентгеновского экрана с помощью баллона Ричардсона осторожно нагнетают воздух и следят за постепенным его распространением по толстой кишке до выявления головки инвагината. При этом инвагинат хорошо виден на фоне газа в виде округлой тени с четкими контурами, чаще в области печеночного угла толстой кишки.
6. Повышают давление до 60-90 мм.рт.ст. в первые 12 часов от начала заболевания.

После окончания исследования в прямую кишку вводят газоотводную трубку, для удаления избыточного газа из толстой кишки.

ЗАДАНИЕ №2 - ЛЕЧЕНИЕ

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

- Консервативное при частичной спаечной непроходимости сифонные клизмы 1% р-ром натрия хлора и паранефральная новокаиновая блокада в/в 10% раствор натрия хлорида и кальция хлорида в возрастной дозировке, прозерин, 5% раствор глюкозы в/в капельно, для регидратации .

- Оперативное при неэффективности консервативной терапии и при полной спаечной кишечной непроходимости – лапаротомия, иссечение спаек, или тяжей.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ –

- Консервативное лечение: очистительные, сифонные, гипертонические клизмы.
в/в калий хлор электростимуляция, прозерин, паранефральная новокаиновая блокада зондирование желудка. Интубация кишечника.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА.

Лечение.

Консервативное. У детей до 1 г. при давности инвагинации до 12 ч. введение воздуха в кишечник – дезинвагинация.

- оперативное – при безуспешности консервативного лечения, при давности инвагинации 12 часов, у детей старше 1 г.

Срединная или трансректальная лапаротомия, дезинвагинация кишечника методом «выдавливания». При некрозе участка кишечника, резекция некротизированного участка кишки с наложением анастомоза.

ЗАДАНИЕ №3 –

1. Новорожденному –

Rp : S. Analgini 25% - 1.0 ml

Dtd № 6 in ampull

По 2 мл. в мышцу.

2. Ребенку 6-12 мес.

Rp : Paracetamoli

Acidi acetilsalicylici 0,025

M.t.pulv. l.t.d № 10

S. По 1 пор. 2 - 3 в день.

3. Ребенку 5 лет

Rp : S. Proserini 0,05 - 1.0 ml

Dtd № 6 in ampull

S. По 0,4 мл под кожу 1-2 р.

1. Ребенку 12 лет

Rp : S. Platyphillini hydrochloratis 0,2 % - 1.0 ml

Dtd № 10 in ampull

S. Подкожно по 1 мл. х 2 р. в день.

2. Взрослому

Rp : Sulfocamphocaini 10% - 2.0 ml

Dtd № 10 in ampull

S. По 2,0 мл. под кожу 2 - 3 р. в день.

в день.

Задание №5

ТЕСТЫ.

№

ТЕСТЫ

Заметки
препода-
вателя

1	ПРИЧИНЫ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА	1
	1. ГЛИСТНАЯ ИНВАЗИЯ	
	2. СИНДРОМ ПЕЙТЦА -ЕГЕРСА	4
	3. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ	
	4. НЕПРАВИЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА	
	5. ОПУХОЛИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ	
2.	КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШКИ ПОКАЗАНО	1
	1. ДО 12 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ	
	2. ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОМ ВНЕДРЕНИИ	
	3. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСЛЕ 12 ЧАСОВ	
	4. ПРИ РЕЦИДИВАХ ИНВАГИНАЦИИ	
	5. ПРИ ВЫПАДЕНИИ ИНВАГИНАТА	
3.	КАКОЙ СИМПТОМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПРИ КОПРОСТАЗЕ	1
	1. СИМПТОМ "ЯМКИ"	
	2. СИМПТОМ ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ	
	3. СИМПТОМ РОВЗИНГА	
	4. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО	
4.	5. СИМПТОМ ЩЕТКИНА - БЛЮМБЕРГА	
	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШКИ	1.
	1. ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ СО СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ	
	2. НОЮЩИЕ БОЛИ	
	3. КОЛИКООБРАЗНЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В НИЗ ЖИВОТА	
	4. ПОСТОЯННЫЕ РЕЖУЩИЕ БОЛИ	
5.	5. КИНЖАЛЬНЫЕ БОЛИ	4
	ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕ ПРОИСХОДИТ ИНВАГИНАЦИИ	
	1. ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА	
	2. ЭНТЕРОКОЛИТ	
	3. ДИСПЕПСИЯ	
6.	4. КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ	2
	5. ПОЛИП КИШЕЧНИКА	
	КАКИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНВАГИНАЦИИ	
	1. ОСТРЫЕ, ПОСТОЯННЫЕ	
	2. ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ	
7.	3. НОЮЩИЕ, ПОСТОЯННЫЕ	
	4. СЛАБЫЕ	1
	5. РЕЖУЩИЕ	
	СРОКИ ПРОЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
	1. ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА НЕТ	
	2. ДО 1 МЕС	
8.	3. ДО 1 ГОДА	
	4. ДО 3 МЕС	
	5. ПОСЛЕ 1 ГОДА	2
	В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНВАГИНАЦИИ КИШКИ	

ЛЕЖИТ

1. НАРУШЕНИЕ БРЫЖЕЕЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
2. ДИСКООРДИНАЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНЫХ И ПРОДОЛЬНЫХ МЫШЦ КИШКИ
9. 3. АГАНГЛИОЗ КИШКИ 2
4. РЕФЛЮКС ИЛЕУСА
5. БАУГИНИОСПАЗМ
- ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИМПТОМ ВАЛЯ** 3
1. АССИМЕТРИЯ ЖИВОТА
2. ВИДИМАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА
3. ДОСКООБРАЗНЫЙ ЖИВОТ
4. РАВНОМЕРНОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА
5. ВЫБУХАНИЕ ЭПИГАСТРИИ

К КАКОМУ ВИДУ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСИТСЯ ИНВАГИНАЦИЯ КИШКИ

1. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ
2. ОБТУРАЦИОННАЯ
3. СМЕШАННАЯ
4. СПАСТИЧЕСКАЯ
5. ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

№	Ситуационная задача	Преподавательские заметки
1.	У ребенка на протяжении 12 часов приступообразные боли в животе, задержка отхождения газов, рвота. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование начинают:	1. с обзорной рентгенографии;
2.	У больного неоднократно оперированного по поводу спаечной непроходимости кишечника, во время очередной операции выявлен выраженный спаечный процесс. Ваша тактика:	операция Нобля; энтеростомия на наиболее раздутую петлю кишечника.
3.	Ребенку 12 лет, 7 дней после аппендэктомии. Картина странгуляционной непроходимости. ЦВД-0. Ваша тактика:	срочная операция;
4.	Ребенок оперирован год тому назад по поводу перитонита. Жалобы на боли в животе, задержку стула. Обследование начинают с:	обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
5.	У ребенка 8 месяцев приступообразные боли в животе, рвота. Per rectum – обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Ваш предварительный диагноз:	инвагинация кишечника;
6.	Ребенку 7 месяцев, клиника инвагинации. Длительность заболевания 8 часов. Оптимальный способ исследования:	ирригография с воздухом;

- У ребенка инвагинация. Давность заболевания более 24 часов. Выраженная картина непроходимости. Требуется
7. выполнить: правосторонний параректальный доступ.
8. Ребенок 3 лет повторно госпитализирован по поводу инвагинации кишечника. При первом поступлении проводилось консервативное расправление инвагината. Ваша тактика: срочная операция;

8. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА.

1. Какие общие симптомы характерны для приобретенной кишечной непроходимости.
2. При какой непроходимости и как определяется симптом ямки.
3. На основании, каких данных ставят диагноз приобретенной кишечной непроходимости.
4. Рентгенологические исследования и признаки приобретенной кишечной непроходимости.
5. Самая частая локализация инвагинации.
6. Характер стула при различных видах приобретенной кишечной непроходимости.
7. Дифференциальная диагностика приобретенной кишечной непроходимости.
8. Принципы лечения приобретенной кишечной непроходимости.
9. Профилактика спаечной болезни.

Деловая игра.

Выбор темы:

1. Подбираются роли и участники.
2. Для начала преподаватель дает подробное описание общей ситуации.
3. Преподаватель вручает участникам полный сценарий и предлагает им проиграть его для соприкосновения с ситуацией.
2. Проводится деловая игра среди студентов группы.
3. Каждый студент предлагает свою версию диагноза.
4. Все студенты обсуждают правильность действий участников, допущенные недостатки при сборе анамнеза, клиническом обследовании, назначении и интерпретации результатов лабораторных, рентгенологических и других инструментальных методов исследования.
5. Проводят дифференциальную диагностику.
6. Преподаватель подводит итог обсуждения игры и оценивает участие каждого студента.
7. Длительность проведения деловой игры от 30 до 40 мин.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА. СЦЕНАРИЙ ОСМОТРА БОЛЬНОГО.

Возраст больного 6 мес.

Врач – Что у Вас случилось!

Мать больного – Мой ребенок резко начал плакать колотить ножками, долго не успокаивался. Потом заснул, но не долго. Вздрагивал во сне.

Врач – Скажите, а рвота у Вас была?

Мать больного – Да, 2-3 раза.

Врач – Когда это случилось?

Мать больного – Часов 7-8 назад, с тех пор он временами плачет, сучит ножками.

Потом успокаивается. Плохо ест. Не испражняется.

Врач: Давайте я осмотрю больного.

При осмотре ребенка – общее состояние ребенка средней тяжести, отмечается вздутие живота. Пальпаторно живот мягкий. В правой подвздошной области определяется

опухолевидное образование. При ректальном исследовании положительный симптом «Обуховской больницы», следы крови на перчатке.

На рентгене: наличие симптома «серпа» - воздуха вокруг головки инвагината.

Пневмоирригография. Задержка воздуха в области головки инвагината.

Диагноз инвагинация кишечника.

Лечение консервативное дальнейшее нагнетание воздуха в кишечник под контролем ЭОП, при неэффективности оперативное лечение - дезинвагинация.

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

- 1.Анатомо-физиологические особенности кишечного тракта в детском возрасте.
2. Понятие о приобретенной кишечной непроходимости.
3. Обтурационная кишечная непроходимость.
4. Странгуляционная кишечная непроходимость.
5. Инвагинационная кишечная непроходимость.
6. Этиология и патогенез приобретенной кишечной непроходимости.
7. Клиническая картина приобретенной кишечной непроходимости.
8. Диагностика приобретенной кишечной непроходимости.
9. Дифференциальная диагностика приобретенной кишечной непроходимости с дизентерией.
- 10.Дифференциальная диагностика приобретенной кишечной непроходимости с опухолью кишечника.
11. Принципы лечения приобретенной кишечной непроходимости.
12. Осложнения приобретенной кишечной непроходимости.