

**Тvф 6Набута кишкова непрохідність. Злукова непрохідність. Інвагінація кишечнику. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика з інфекційними хворобами. Показання до консервативного та хірургічного лікування, профілактика ускладнень**

**4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

**4.1. Перелік основних термінів, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.**

<b>Термін</b>	<b>Визначення</b>
1.Інвагінація	Ввертання одного відділу кишечника в інший.
2.Пневмоколографія	Метод рентгенологічного дослідження кишечника, коли контрасною речовиною є повітря.
3.Тонometr	Прилад для вимірювання артеріального тиску.
4.Дезінвагінація	Розправлення кишкового інвагіната
5. Інтубація кишечника	Проведення спеціального зонду в шлунково-кишковий тракт.

**Зміст теми**

**Кишкова непрохідність** – патологічний стан, пов'язаний з виникненням перешкоди в просуванні кишкового вмісту (при механічній непрохідності) чи в результаті порушення перистальтики (при функціональній непрохідності). Механічна непрохідність поділяється на природжену та набуту, за механізмом виникнення на обтураційну, странгуляційну і змішану (інвагінація), а також заворот, за рівнем виникнення на високу (рівень початкової третини порожньої кишки) і низьку. Висока непрохідність розвивається більш бурхливо, швидко приводить до водно-електролітного та гемодінамичного порушень. Низька непрохідність протікає більш повільно, ведучим синдромом є розвиток інтоксикації.

Набута кишкова непрохідність може зустрічатися в будь-якому віці. Найбільш характерні для дітей інвагінація кишечнику, спайкова кишкова непрохідність, динамічна непрохідність.

За станом прохідності кишкового вмісту: повна і часткова.

За клінічним перебігом: гостра і хронічна.

За причинним фактором: механічна і динамічна.

*До механічної гострої кишкової непрохідності (ГКН) відносять:*

- странгуляційну ГКН (порушення кровопостачання, веностаз): защемлення, заворот;

- obturaційну ГКН (пухлина, стороннє тіло, клубок глистів, копростаз, стиснення зовні);
- змішану ГКН (інвагінація, злукова ГКН);
- вузлуотворення.

*До динамічної ГКН:*

- спастичну (неврогенна, істерична, отруєння окисом цинку, свинцю, миш'яку, нікотину, грибами);
- паралітичну (перитоніт, ушкодження спинного мозку, отруєння та ін.);

За рівнем непрохідності розрізняють високу ГКН (тонкокишкову) та низьку ГКН (тонко- та товстокишкову).

При гострій obturaційній кишковій непрохідності, починаючи від місця перешкоди, проксимально, кишечник роздувається переповнюється кишковим вмістом і газами. Стінка набрякає, потім стоншується, в ній виникають крововиливи, тромбози дрібних судин (вен), що призводить до некрозу.

Для странгуляційної ГКН характерним є швидке порушення кровообігу, лімфовідтоку і альтеративно-деструктивні процеси. Найбільш виражені зміни є в місцях стиснення (странгуляційних ліній). Макроскопічно уражена петля спочатку синювато-червона, а через 20-24 години стає чорною з наявними крововиливами та тромбованими венами. В місці странгуляційної лінії зміни проходять в п'ять стадій:

- стиснення всіх країв з малокрів'ям;
- розтиснення, некроз слизової, витончення підслизового шару та деформація м'язових волокон;
- руйнування м'язових волокон;
- передперфоративний стан серозної оболонки;
- перфорація серозної оболонки.

Перерозтягнена привідна кишка стоншується, в ній настає капілярний стаз, крововиливи, які уже через 20-24 години розповсюджуються від місця стиснення на 40-60 см. Деструктивні зміни відвідної петлі кишки нижче місця ураження простягаються до 8-10 см. Перерозтягнена кишка стає атонічною, легкопроникною для мікроорганізмів та їхніх токсинів. В черевній порожнині з'являється прозорий трансудат, в який поступово через кишкову стінку проникають форменні елементи та бактерії – трансудат стає мутним, темно-бурим з гнилісним запахом. Виникає перитоніт.

### **Основні патоморфологічні зміни при ГКН**

- Порушення пасажу кишкового вмісту → стаз → розширення кишки → розлад моторної функції → веностаз → парез;
- Порушення шлунково-кишкової секреції в сторону її збільшення. В нормі (у дорослого) впродовж доби поступає 6-8 л травних соків: слини – 1500 мл; шлункового соку – 1500 мл; жовчі – 800-1000 мл; панкреатичного вмісту – 1000-1200; кишкового вмісту – 4000-5000 мл. Всього 6000-8000 мл, які в нормальних умовах повністю реабсорбуються.

- Порушення всмоктування з кишечника (теорія Самаріна);
- Втрати великої кількості води і електролітів як назовні (блювання), так і в просвіт кишечника "секвестрація в третьому просторі" та фільтрації в черевну порожнину. Гіповолемія, гіпокаліємія, гіпопротеїнемія, дефіцит серотоніну. Слід відмітити, що добова втрата білка в грамах складає: при обтураційній непрохідності – 50-100 г, при завороті тонкої кишки – 100-170 г, при злуковій непрохідності - 100-150 г, при вузлуотворенні – 300 г;
- Зниження ОЦК, пов'язане з втратою рідини → гемоконцентрація (зростання гематокриту) → гіповолемічний шок, з розвитком синдрому ДВЗ → виникнення шокової легені, печінкової і ниркової дисфункції, гіпоксії;
- Інтوكсикація організму в результаті всмоктування токсинів, мікробів та продуктів розпаду білків з кишечника та черевної порожнини.

### **В клінічній картині механічної ГКН виділяють три періоди або стадії:**

- Початкова або "ілеусного крику" – від 2 до 12 годин. Розвивається внаслідок порушення пасажу по кишці, характеризується гіперперестальтикою, розтягненням кишки вище місця обтурації, переймоподібним болем, блюванням. Змертвіння наступає швидко.
- Стадія гемодинамічних розладів – від 12 до 24 годин. Біль стає постійною, живіт здутий, асиметричний, є повна затримка відходження калових мас і газів. Перистальтика кишечника в'яла, з'являються гемодинамічні зміни, пов'язані з гіповолемією та централізацією кровообігу. Спостерігається спрага, сухість язика, зниження тургору шкіри, зниження тонуусу очних яблук, зниження АТ, тахікардія, підвищення гематокриту, спадіння шийних вен, зменшення діурезу.
- Стадія перитоніту і поліорганної дисфункції. Стан хворого вкрай тяжкий, обличчя Гіппократа, сухий язик, калове блювання, живіт здутий, перистальтика не вислуховується, висока температура тіла, частий пульс, АТ до 60-70 мм. рт. ст. Розвивається гіповолемічний шок, гіпокаліємія, ацидоз крові. Про гіпокаліємію свідчить м'язова гіпотонія, зниження рефлексів, загальна слабкість, апатія, зниження АТ, порушення серцевого ритму, систолічний шум на верхівці серця, парез кишечника. У тяжких випадках – параліч дихання, асистолія, енурез.

### **Основні клінічні ознаки ГКН:**

- Нападоподібний біль. При странгуляційній ГКН – постійний біль, який підсилюється на висоті перистальтичного руху. При обтураційній ГКН – біль тільки на висоті перистальтики, в запущених випадках – постійний біль;

- блювання. При високій ГКН не приносить полегшення. При низькій ГКН – на початку захворювання відсутнє. В блювотних масах шлунковий вміст, потім жовч, в запущених випадках – темна рідина з запахом калу;
- затримка випорожнень і газів;
- загальний стан – у більшості випадків тяжкий;
- положення в ліжку на спині або на боці (нечасто). Хворий неспокійний під час нападу болю, його обличчя виражає страждання;
- температура тіла спочатку нормальна, потім знижується. При наявності перитоніту температура зростає до 38-40°C;
- пульс спочатку без змін, потім частішає, слабкого наповнення і напруження;
- АТ знижується (результат гіповолемії та гіпокаліємії);
- язик спочатку вологий, вкритий сірим нальотом, потім сухий з брудним нальотом;
- живіт здутий, при вузлуотворенні – асиметричний;
- перистальтика спочатку підсилена і дзвінка, потім слабне і стихає (симптом "гробової тиші");
- симптом Валя – при огляді живота видно контури роздутої петлі, або пальпується балоноподібно роздута петля кишки;
- симптом Скларова – "шум плеску" при легкому струшуванні черевної стінки;
- симптом Ківуля – при перкусії з одночасною аускультациєю живота відмічається високий тимпаніт з металевим відтінком над переповненою газами і роздутою петлею кишки;
- симптом Спасокукотського – при аускультациї чути "шум падаючої краплі";
- симптом Шланге – підсилення перистальтики при легкому струшуванні чи пальпації передньої черевної стінки;
- симптом "гробової тиші" – не прослуховується перистальтика;
- симптом Лотейсена – при аускультациї не прослуховується перистальтика і вислуховуються дихальні шуми та серцеві тони (ознака перитоніту);
- симптом Мондора – ригідність передньої черевної стінки, яка нагадує консистенцію роздутого м'яча (ознака перитоніту);
- симптом Дансе – асиметрія правої здувниної ділянки при завороті сліпої кишки;
- симптом Байера – асиметрія живота ("косий живіт") через шиноподібне роздуття сигмоподібної кишки;
- симптом Цеге-Мантейфеля – в пряму кишку вдається ввести (дорослому) тільки 300-500 мл води. Більший об'єм виливається повз наконечник клізми (ознака низької товстокишкової ГКН);
- симптом Грекова – атонія і зіяння ануса;
- симптом лікарів Обухівської лікарні – балоноподібне роздуття порожньої ампули прямої кишки;
- симптоми Щоткіна-Блюмберга, Воскресенського, кашльовий симптом (ознака перитоніту);

- огляд per rectum: каловий завал, пухлина, інвагінат, кров на рукавичці.

Для діагностики мають значення скарги, анамнез хвороби і життя, фізикальні методи обстеження, загальний аналіз крові (еритроцитоз, лейкоцитоз, зсув формули вліво, високий гемоглобін, гематокрит і ШОЕ), загальний аналіз сечі (олігурія → анурія, наявність білка, лейкоцитурія, циліндрурія), біохімічний аналіз крові (диспротеїнемія, зниження загального білка, зменшення вмісту Cl, K, Na, підвищення креатиніну, сечовини, азоту), оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (чаші Клойберга та симптом автомобільної шини).

Странгуляційна ГКН. До неї відносять: заворот, вузлуотворення та защемлення. Перекрут брижі по осі може бути на 180-360° і більше.

Заворот тонкої кишки – початок раптовий з сильного "роздираючого" болю в епігастрії або мезогастрії. Біль нападаподібний і нестерпний з іррадіацією в спину, поперек, грудну клітку, постійно підсилюється при диханні та рухах. Майже одночасно з'являється блювання, яке не приносить полегшення. Відмічається блідість шкірних покривів і слизових, обличчя виражає страх, язик обкладений сірим нальотом, сухий. Живіт спочатку звичайної конфігурації, м'який та малоболючий, за винятком ділянки в зоні странгуляції. Пізніше живіт здутий, позитивні симптоми Валя, Склярєва, Ківуля, Спасокукотського, Обухівської лікарні. Швидко виникає тахікардія, гіпотонія, виявляються чаші Клойберга в мезогастральній зоні.

Заворот сліпої кишки – початок гострий, з сильним болем в правій половині живота або в ділянці пупка, живіт асиметричний, позитивні симптоми Валя, Дансе, Ківуля, виявляються чаші Клойберга.

Заворот сигмоподібної кишки частіше виникає в літньому віці, виникає нападаподібний біль в лівій здухвинній ділянці з іррадіацією в поперек. Нудота і блювання в пізніх стадіях, швидко виникає затримка відходження калу і газів, позитивні симптоми Байєра, Ківуля, Склярєва, Спасокукотського, Цеге-Мантейфеля, Грекова, Обухівської лікарні, виявляються чаші Клойберга.

Вузлуотворення – заворот двох чи більше сегментів кишки з утворенням стійкого конгломерату. Клінічна картина така ж, як і при завороті, однак загальний стан хворого більш тяжкий.

Диференційний діагноз проводять з механічною ГКН, динамічною ГКН, розшаровуючою аневризмою черевної аорти, абдомінальною формою інфаркту міокарду, плевропневмонією, перфоративною виразкою, гострим панкреатитом.

Лікування странгуляційної ГКН. Після короткої (1-1,5 години) передопераційної підготовки (сифонна клізма, спазмолітики, знеболюючі, масивна інфузійна терапія з продовженням її під час операції (сольові розчини, плазма, альбумін, рефортан, стабізол, інфезол, лактопротеїн з сорбітолом, оксигенотерапія) проводять оперативне лікування:

- лапаротомія з розкрутом кишок та ліквідацією перетягу;
- якщо петля кишки нежиттєздатна – резекція, анастомоз «кінець до кінця»;

- при завороті сигми – розкрут та сигмопексія (операція Гаген –Торна);
- при ущемленні петлі кишечника в грижових воротах – розсікання (ліквідація) кільця, що защемлює;
- декомпресію і механічне видалення кишкового вмісту із тонкої кишки проводять через назогастральний зонд, або здійснюють деувальсію сфінктера прямої кишки і видалення вмісту через пряму кишку.

В післяопераційному періоді: рання стимуляція перистальтики, антибактеріальна і інфузійна терапія ,повне парантеральне харчування на протязі 1-3 діб.

#### **Обтураційна ГКН може бути зумовлена:**

- обтурацією просвіту кишки стороннім тілом, каловим або жовчним каменем, клубком аскарид, безоаром;
- звуженням просвіту кишки за рахунок патологічних процесів в її стінці (пухлина, рубці при хворобі Крона, туберкульоз кишечника);
- стисненям просвіту кишки ззовні: зрощення, пухлина, запальний інфільтрат.

Захворювання розпочинається з сильного нападоподібного болю, який в міжприступному періоді зникає, а потім наростає. В подальшому нападоподібний біль переходить в постійний. Позитивні симптоми Валя, Шланге, Склярова, Спасокукотського, Лотейсена, рентгенологічно – чаші Клойберга та симптом "автошини". При пухлинах клінічна картина розвивається поступово.

Лікування обтураційної ГКН. Після проведення 3-4 годинної передопераційної підготовки (очисна та декілька сифонних клізм, спазмолітична терапія, інфузійно-замішувальна терапія, антибактеріальна терапія) ГКН може ліквідуватися. В цьому випадку проводять планову операцію після встановлення причини ГКН. При неможливості ліквідувати ГКН консервативними заходами – ургентна операція:

- при наявності калових мас, жовчних каменів, сторонніх тіл, клубка аскарид – ентеротомія та ліквідація інших причин ГКН;
- при зрощеннях – їх розсічення;
- при некрозі тонкої кишки – резекція некротизованої ділянки + 10-20 см привідної петлі та 5-15 см відвідної. Анастомоз доцільно накласти “кінець до кінця” ;
- при пухлині сигмоподібної кишки – операція Гартмана з видаленням пухлини.

**Інвагінація** – змішана форма кишкової непрохідності, що має ознаки як странгуляційної так і обтураційної непрохідності, і проявляється як входження одного відділу кишечника в просвіт іншого. Цей вид непрохідності складає до 80% усіх видів непрохідності у дітей раннього віку. Характерний вік – 3-9 місяців. Розрізняють тонкокишечну, товстокишечну та ілеоцекальну інвагінацію.

Самі пускові чинники можна поділити на три групи.

У дітей до 1 року:

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

У дітей після 1 року - зворотня послідовність.

Якщо урахувати фонові чинники, їх минушість у дітей до року, стає зрозумілою важливість принципово консервативного підходу до лікування. Внаслідок дії наведених чинників виникає стійкий спазм ділянки кишечника , яка під дією перистальтики просувається в каудальному напрямку. Інвагінат просувається вприсвіт кишки, що розташована дистальніше. Його просування супроводжується утягненням усередину брижі та її подальшому защемленні. Порушується венозний кровобіг, виникають стази, набряк, а потім – діapedез та кровотеча, набряк кишкової стінки, запальні зміни в ній, відкладення фібрину між зовнішнім і внутрішнім циліндрами, їх склеювання. Інвагінат мігрує за ходом кишечника, внаслідок чого може випасти крізь пряму кишку. Циркуляторні порушення призводять до некрозу кишки, перш за все у зоні найбільшого защемлення. Таким чином, як писав Мондор «...захворювання летить галопом і нам, клініцистам не слід рухатися за ним черепашачою ходою...»

Основні клінічні ознаки – нападopodobне занепокоєння, рефлекторна блювота з'їденою їжею, кров'янистий кал ("малинове желе"). При пальпації визначається інвагінат, діагностичну цінність представляє ректальне дослідження. Допоміжним методом дослідження є пневмоколографія. Діаностичний тиск 30-40 мм.рт.ст., не більше 60. Лікування інвагінації визначається терміном захворювання, видом інвагінації та загальним станом пацієнта. В умовах спеціалізованого дитячого стаціонару консервативне лікування проводиться в перші 24 години від початку захворювання, методом вибору є дозована інсуфляція повітря в товсту кишку. Терапевтичний тиск 80-120 мм.рт.ст. В рідких випадках з метою діагностики (у дітей старшого віку) та оцінки стану інвагінату проводиться лапароскопія. Оперативне лікування включає інтраопераційну дезінвагінацію та різні види резекції кишечника.

Динамічна непрохідність – одна з найчастіших форм у дитячому віці. Розрізняють паралітичну (парез кишечника) та спастичну. Розвивається на фоні інших важких патологічних станів – родова черепно-мозкова травма, пневмонія, сепсис, кишкові інфекції, у післяопераційному періоді при операціях на черевній та грудній порожнинах. Паралітична КН. Характерними є: біль, блювання, затримка газів та калу. Живіт рівномірно здутий, при пальпації – напруження м'язів передньої черевної стінки. Перистальтика різко ослаблена, визначаються симптоми "гробової тиші", Лотейсема. На оглядовій рентгенографії – рівномірне здуття всіх ділянок кишечника. Лікування: усунення причини ГКН, декомпресія назогастральним зондом, гіпертонічна клізма, корекція водно-електролітного балансу, стимуляція кишечника (прозерін, церукал, бісакоділ, 10 % р-н

NaCl), електростимуляція кишечника, перидуральна анестезія, сеанси гіпербаричної оксигенації.

Спастична КН: нападopodobний біль без чіткої локалізації, відсутня затримка газів і калу, загальний стан задовільний, живіт звичайний або втягнутий, іноді – напруження м'язів, дрібні арки та рівні. Лікування: усунення причини ГКН, введення спазмолітиків (атропін, но-шпа, папаверин), сифонні клізми, тепло на живіт.

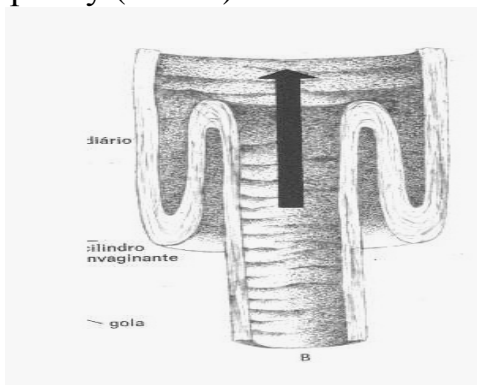
Оперативне лікування застосовується рідше, полягає в проведенні декомпресії (інкубація кишечника) чи накладенні кишкових стом.

## МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

1. **Інвагінація** - вид набуті механічної кишкової непрохідності змішаного характеру, який характеризується впровадження одного відділу кишечника в інший, як правило, каудальний (мал. 1)



2. **Основною особливістю інвагінації** кишечника є те, що довгий час немає повної непрохідності кишкової трубки, що визначає своєрідну клінічну картину (мал. 2)



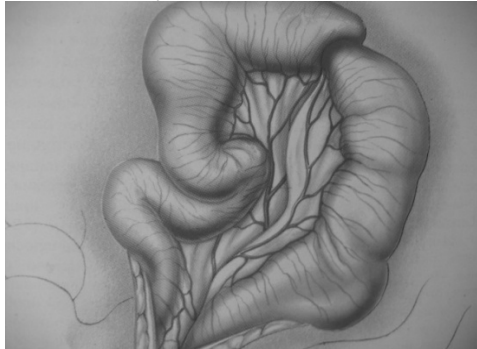
3. **Пусковим механізмом розвитку інвагінації** є первинний спазм кишкової стінки, який в подальшому стає головою інвагінату і після розправлення останнього має вигляд «блюдцеподібного вдавнення» (мал. 3)



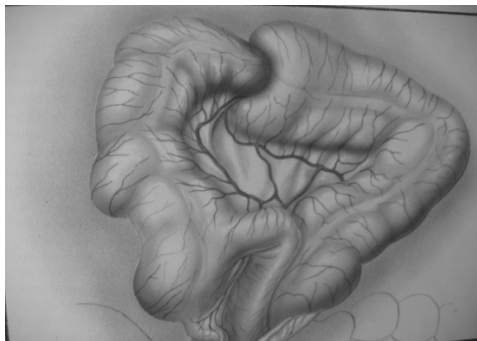


**4. Інвагінація** кишечника поділяється на:

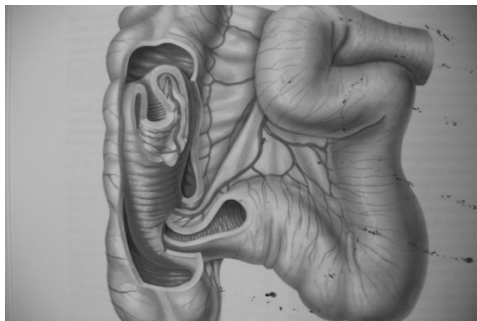
А) Тонкокишкову (мал. 4).



Б) Товстокишкову (мал. 5)



В) Інвагінацію ілеоцекальну (мал. 6)



**5. Основні клінічні симптоми:**

5.1. Біль, напади неспокою.

5.2. Блювота.

5.3. Виділення крові з заднього проходу у вигляді «малинового желе» (мал.7)

5.4. Наявність “ пухлини “ в животі, що палькується.

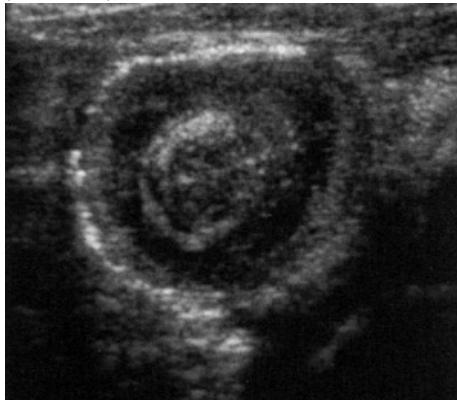


## 6. Методи діагностики:

6.1. Анамнестичні відомості.

6.2. Клінічні симптоми.

6.3 УЗД (мал. 8)



6.4. Пневмоколографія.

6.5. Лапароскопія.

**7. Пневмоколографія** - метод рентгенологічного дослідження кишечника, при якому контрастом є повітря

Тиск при діагностичній пневмоколографії-30-40 мм. рт. ст. Не більше 60 мм.рт.ст.

**Рентгенологічні симптоми інвагінації на пневмоколограмі:**

**Прямий-** тінь головки інвагінату.

**Непрямий** - 1. Повітря в товстому кишечнику.

2. Відсутність повітря в тонкому кишечнику (мал. 9)



Тиск при консервативній дезінвагінації 80-120 мм.рт.ст.

**Рентгенологічні симптоми успішної дезінвагінації:**

1. Відсутність тіні головки інвагінату.
2. Повітря в товстому кишечнику.
3. Повітря в тонкому кишечнику у вигляді «бджолиних стільників» (мал. 10)



**Ситуаційні завдання**

1. Сімейний лікар оглядає вдома 6-місячну дитину, що, зі слів матері, 8 годин тому стала різко неспокійною, кричить, тужиться, піджимає ніжки до животика. Спочатку захворювання напади перемінювалися «світлими проміжками», з'явилася повторна блювота а на пелюшках після випорожнень - темна кров. З анамнезу лікар з'ясував, що мама вперше дала дитині овочеve пюре, 50 мл. . При огляді пальпація живота безболісна, м'язової напруги немає, на рівні пупка справа визначається округлої форми утворення, права здухвинна область- пуста.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Визначте тактику лікаря

2. У дитини 8-ми років після порушення дієти з'явилися нападopodobні болі в животі, багаторазова блювота з домішкою жовчі, відсутність випорожнень протягом доби. Дитина 6 місяців назад перенесла оперативне втручання із

приводу гангренозного апендициту. При огляді стан дитини середньої важкості, перебуває в колінно-ліктьовому положенні, язик сухий, обкладений. Живіт асиметричний, роздутий у верхній половині, підвищена чутливість в області післяопераційного рубця, аускультативно - перистальтика посилена. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини є поодинокі чаші Клойбера.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Визначте тактику лікування.

3. Хвора 2 роки 4міс, знаходилась в інфекційній лікарні на протязі 3 діб, з діагнозом гостра кишкова інфекція. Із анамнезу відомо, що у дитини була діарея, яка змінилась закріпом, проведена гіпертонічна клізма, після чого виявився неспокій, однократна блювота, попри антибактеріальну терапію стан хворої прогресивно погіршувався, на 3 добу у калі з'явилась кров.

1. Встановіть попередній діагноз та вкажіть форму захворювання.
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Інструментальні дослідження необхідні у данному випадку?
4. Лікувальна тактика.

4. Дитина знаходилась у педіатричному відділенні з приводу мокнуття пупкової рани, але на 28 добу життя виявлено здуття черевної порожнини, петлі кишечника контурують на передню черевну стінку, блювота, відсутність стільця, при аускультативній німий живіт. Дитина заторможена, адинамічна.

**1. Встановіть попередній діагноз.**

**2. Вкажіть необхідні методи обстеження.**

5. Дитина 10 років була госпіталізована зі скаргами на нападоподібну біль в животі, відсутність стула та газів, одноразову блювоту. З анамнезу відомо, що хлопчик переніс оперативне втручання з приводу апендициту 2 місяці тому. Об'єктивно: дитина намагається прийняти коліно-локтьову позу, стогне, язик обложений. Живіт асиметричний за рахунок контурування розширеної петлі кишечника. Пальпаторно – симптомів подразнення очеревини нема, пальпується роздута петля кишечника. Аускультативно – перистальтика підсилена, патологічних шумів немає. Стул та газів не відходять. Дитина хворає 10 годин.

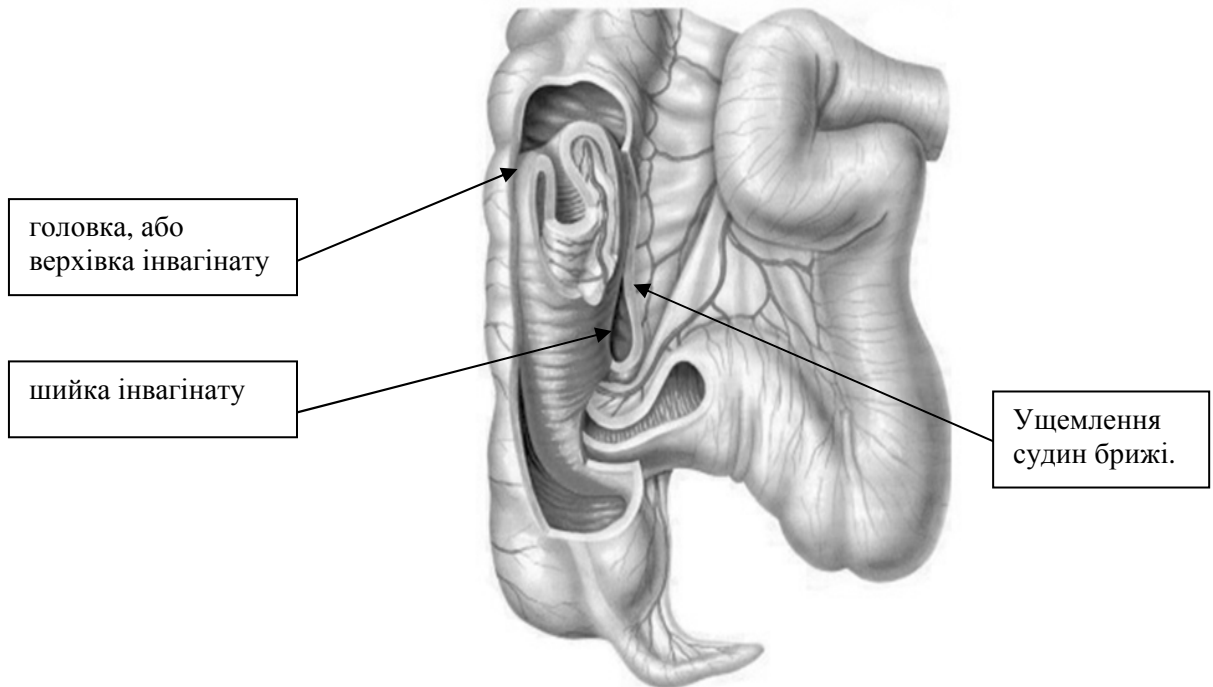
1. Встановіть діагноз.
2. Встановіть об'єм невідкладної допомоги дитині.

**Тестові завдання:**

1. Назвіть фази набутої странгуляційної кишкової непрохідності
  - А) Фаза ілеусного крику
  - Б) Реактивна фаза
  - В) Фаза інтоксикації

- Г) Фаза запалення слизової здухвинної кишки
- Д) Термінальна фаза
- Е) Фаза формування внутрішніх нориць

2. Встановіть послідовність дій при ранній злуковій непрохідності
  - 1) Оперативне втручання
  - 2) Регідратація
  - 3) Стимуляція кишечника
  - 4) Сифонна клізма
3. Назвіть структуру інвагінату



4. Встановіть відповідність різних форм набуті кишкової непрохідності та симптомів що виникають при них:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| А. Злукова кишкова непрохідність | а. нападopodobний біль, з періодичністю 15-20 хв.                    |
| Б. Інвагінація кишечника         | б. гострий біль.   |
| В. Копростаз.                    | в. блювота   |
|                                  | г. ранні закрепи в анамнезі  |
|                                  | д. порушення режиму годування в анамнезі                             |
|                                  | е. відсутність газів та випорожнень                                  |
|                                  | ж. кров у калі через 6 годин від початку захворювання                |
|                                  | з. перенесення оперативного втручання на органах черевної порожнини. |

5. Встановіть відповідність нозологій та клінічних симптомів

Симптоми	Перфоративна виразка	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Гострий апендицит	Кишкова непрохідність	Ниркова коліка	Харчове отруєння	Перитоніт
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Гострий початок</b>	+++	++	++	++	+++	++	++	-
Вираженість болю.	+++	++	+++	+	+	+	+-	++
Іррадіація болю	++	++	+	-	-	++	-	-
Напруження м'язів.	+++	++	+-	++	-	-	-	++
<b>Тимпаніт при перкусії</b>	-	-	-	-	++	-	+++	+
Аускультация (підсилення перистальтики)	-	-	--	-	++	-	+++	-
Підвищення температури	-+	++	-	++	-+	-	++	++
<b>Загальний аналіз крові:</b> лейкоцитоз, та прискорення ШОЄ	-	++	-	++	-	-	++	+++

6. Дитина 6 місяців поступила в хірургічну клініку через 16 годин з моменту захворювання, яке розпочалося раптово. Стала неспокійною, терла ніжками, відмовлялась від годування. Напад неспокою був короткочасним. Хлопчик заспокоївся та заснув. Прокинувся через 20-25 хвилин, з'явилися блювота та повторний виражений неспокій. Дитина бліда, адинамічна. Пелюшка просякла темно-червоним виділенням. Який попередній діагноз?

А. Ентероколіт.

В. Дивертикул Меккеля, що кровоточить.

- C. Інвагінація кишечника.
- D. Глистяна кишкова непрохідність.
- E. Пухлина черевної порожнини.