

Міністерство охорони здоров'я України  
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено  
на засіданні кафедри  
дитячої хірургії з  
травматологією  
та ортопедією  
протокол № 1 від 28.08.2020р.  
Зав. кафедри \_\_\_\_\_  
доц. Пелипенко О.В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РАБОТИ СТУДЕНТІВ ПІДЧАС  
ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ НА ЗАНЯТТІ**

<b>Навчальна дисципліна</b>	<b>Дитяча хірургія</b>
<b>Модуль</b>	<b>№ 5</b>
<b>Тема заняття</b>	<b>Вади розвитку, які супроводжуються високою кишковою непрохідністю.</b>
<b>Курс</b>	<b>VI</b>
<b>Факультет</b>	<b>Медичний № 1</b>

**1.Актуальність теми.** Вади розвитку, що проявляються у дітей симптомами високої кишкової непрохідності, зустрічаються відносно часто, окремі нозології з частотою 1 : 2000 – 3000 живих новонароджених дітей, потребують ранньої діагностики і хірургічного втручання. За умови своєчасної діагностики, оптимального об'єму передопераційної підготовки та радикального оперативного лікування можна досягнути відмінних та добрих результатів таких пацієнтів, їх медичної та соціальної реабілітації.

## **2. Конкретні цілі :**

1. Володіти даними про частоту розповсюдженості вад розвитку ШКТ в Україні та світі.
2. Аналізувати фактори ризику, що ускладнюють вагітність та можуть бути етіологічним фактором виникнення патології кишкової трубки.
3. Пояснювати особливості патогенезу вад розвитку, що обумовлюють обтураційну та странгуляційну кишкову непрохідність при високому та низькому рівнях.
4. Класифікувати вади розвитку та нозологічні форми вад розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю.
5. Розпізнати основні клінічні прояви та визначити клініко-діагностичні критерії при вродженій непрохідності.
6. Проводити диференційну діагностику вад розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю, в залежності від рівня перешкоди.
7. Трактувати загальні принципи лікування захворювань, які супроводжуються кишковою непрохідністю.
8. Визначити строки та критерії готовності до оперативного лікування, способи оперативних втручань при вадах розвитку, що обумовлюють кишкову непрохідність.
9. Володіти знаннями про особливості післяопераційного періоду та принципи реабілітації дітей з вродженою кишковою непрохідністю.

## **3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми ( міждисциплінарна інтеграція).**

№	Назви попередніх дисципліна	Отримані навички
1	Анатомія	Морфологія органів черевної порожнини. Оцінити особливості можливих варіантів анатомічної будови органів черевної порожнини, визначити особливості респіраторної та серцево-судинної систем у різні вікові періоди.
2	Гістологія	Знати гістологічну будову кишечника. Особливості будови стінки кишечника.
	Ембріологія	Ембріональний розвиток кишечника. Їх взаємозв'язок між собою та з іншими органами черевної порожнини

### **3.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.**

№	Термін	Визначення
1.	Вроджений гіпертрофічний пілоростеноз	Порушення прохідності воротарної частини (pars pylorica) шлунка, яка обумовлена вагою її будови: гіперплазією та гіпертрофією гладеньких м'язових волокон колового (циркулярного) шару, відсутністю чіткого розмежування колового і поздовжнього шарів, наявністю великої кількості сполучнотканинних волокнистих структур.
2.	Мембрана, атрезія	Вада розвитку антрального відділу шлунка, що полягає в

	шлунка.	порушенні його прохідності
3.	Дуоденальна кишкова непрохідність	Вада розвитку дванадцятипалої кишки, що супроводжується порушенням її прохідності внаслідок атрезії, мембрани чи зовнішнього стиснення кільцеподібною підшлунковою залозою
4.	Синдром Ледда	поєднання здавлення дванадцятипалої кишки і завороту середньої кишки навколо верхньої брижової артерії з високим стоянням куполу сліпої кишки.
5.	Вроджений гіпертрофічний пілоростеноз	Порушення прохідності воротарної частини (pars pylorica) шлунка, яка обумовлена вагою її будови: гіперплазією та гіпертрофією гладеньких м'язових волокон колового (циркулярного) шару, відсутністю чіткого розмежування колового і поздовжнього шарів, наявністю великої кількості сполучнотканинних волокнистих структур.
6.	Мембрана, атрезія шлунка.	Вада розвитку антрального відділу шлунка, що полягає в порушенні його прохідності
7.	Дуоденальна кишкова непрохідність	Вада розвитку дванадцятипалої кишки, що супроводжується порушенням її прохідності внаслідок атрезії, мембрани чи зовнішнього стиснення кільцеподібною підшлунковою залозою
8.	Синдром Ледда	поєднання здавлення дванадцятипалої кишки і завороту середньої кишки навколо верхньої брижової артерії з високим стоянням куполу сліпої кишки.

### **3.2.Теоретичні питання до заняття.**

1. Ембріогенез кишкової трубки.
2. Етапи повороту «середньої кишки».
3. Патогенез кишкової непрохідності.
4. Навести класифікацію вад розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю у дітей.
3. Навести клінічну картину вад розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю.
4. Володіти принципами використання допоміжних методів обстеження та інтерпретацією отриманих даних при даній патології.
5. Інтерпретувати напрямки терапії вад розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю у дітей.
6. Аналізувати можливості хірургічного втручання як методу впливу на вади розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю.
7. Визначати тактику ведення хворого з вадами розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю.
8. Раціональна інфузійна та антибактеріальна терапія новонароджених з вадами розвитку, що супроводжуються кишковою непрохідністю.

### **ЗМІСТ ТЕМИ**

- 1. Клінічна картина та діагностика вад розвитку, що супроводжуються високою кишковою непрохідністю**

При вадах розвитку, що супроводжуються високою кишковою непрохідністю в новонароджених з перших годин життя виникає блювання, іноді невпинне, з домішками жовчі, якщо перепона локалізується нижче від великого сосочка дванадцятипалої кишки. Дуже швидко розвиваються явища ексикозу й аспіраційної пневмонії. У дітей з високою природженою кишковою непрохідністю, як правило, спостерігається відходження меконію. Якщо місце перепони знаходиться вище від великого сосочка дванадцятипалої кишки, кількість і колір меконію не змінені і відходження його спостерігається до 3—4-ї доби. За низької кишкової непрохідності кількість меконію значно менша, консистенція його більш в'язка, сіруватого кольору. Ці особливості обумовлені неможливістю пасажу жовчі й амніотичної рідини в дистальні відділи кишок. При атрезії й субтотальних стенозах буває одноразове виділення зміненого меконію або виділення невеликими порціями протягом перших 2 діб.

Поведінка дитини з високою кишковою непрохідністю в 1-шу добу звичайна. З погіршенням загального стану дитина відмовляється від годування.

У динаміці відбувається прогресивне зменшення маси тіла до 250 г за добу. На 2-гу добу з'являються перші ознаки зневоднення.

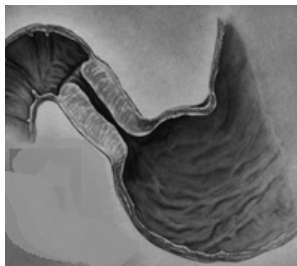
Визначається зміна конфігурації живота. У верхніх відділах (епігастральна ділянка) він здутий, у нижніх—запалий. Живіт звичайно м'який, безболісний. За наявності завороту кишок дитина неспокійна, живіт напружений і болючий.

Рентгенологічне дослідження починають з оглядової рентгенограми органів черевної порожнини в прямій і боковій проекціях у вертикальному положенні дитини. При високій кишковій непрохідності в прямій проекції видно два газові міхури з горизонтальними рівнями рідини, відповідно до розтягнутого шлунка і дванадцятипалої кишки, подібна картина визначається на знімках у бічній проекції. Діагностична цінність дослідження підвищується в разі введення розчину барію сульфату: 1 чайну ложку барію сульфату розчиняють у 30—50 мл грудного зцідженного молока. Інші відділи черевної порожнини не візуалізуються внаслідок відсутності газу в кишках.

Наявність вказаної рентгенологічної картини і клінічних даних дає підстави вважати діагноз високої кишкової непрохідності безумнівним, але для остаточного його підтвердження проводиться іригографія (40—60 мл водорозчинної контрастної речовини) для уточнення розташування товстої кишки. Якщо ободова кишка, яка частково заповнюється контрастною речовиною, розташована зліва, слід вважати, що в новонародженого заворот середньої кишки. Уточнення причини непрохідності дає можливість обґрунтувати правильність розрахунку часу на передопераційну підготовку.

## **2. Коротка характеристика нозологічних форм, які клінічно проявляються високою кишковою непрохідністю у дітей**

### **2.1. Вроджений гіпертрофічний пілоростеноз**



**Частота:** від 1.5 до 4 випадків на 1000 новонароджених

**Стать:** частіше у хлопчиків, співвідношення коливається між 2:1 і 5:1

**Вік.** Типова клінічна картина розвивається у віці 3-4 тижні. Описані випадки у віці від 1 тижня до 3-х місяців

Основними клінічними симптомами є: - блювота, як правило, без домішок жовчі, у вигляді —фонтану, - гіперперистальтика шлунка в епігастральній ділянці за типом —піскового годинника; - зниження маси тіла; - закріп; - зменшення кількості сечовипускання; Лабораторні дослідження виявляють ознаки згущення крові: підвищення вмісту гемоглобіну та гематокриту, ознаки метаболічного алкалозу, гіпокаліємію, гіпохлоремію.

Під час рентгенологічного дослідження (5% водну суспензію барію сульфату розводять грудним молоком в об'ємі 50-60 мл) через 30 хв. визначається сегментоподібна перистальтика шлунка й затримка первинної евакуації шлункового вмісту в дванадцятипалу кишку. У нормі в новонароджених і немовлят повна евакуація шлункового вмісту відбувається протягом 2,5-3 годин і починається вона з перших хвилин приймання контрастної речовини. Залежно від ступеня звуження, спазму воротаря та подовження воротного каналу звільнення шлунка відбувається протягом 6-36 годин. Найбільш перспективним і достовірним для діагностики пілоростенозу є застосування фіброезофагогастродуоденоскопії (ФГДС). На основі цього дослідження Ю.Ф.Ісаков зі співавторами розробили класифікацію вродженого пілоростенозу: 1) пролабуючий (70%); 2) лійкоподібний (25%); 3) несформований (5%). ФГДС дає можливість оцінити не тільки ступінь непрохідності воротної частини шлунка, але й оглянути стравохід, визначити ступінь вираженості рефлюкс-езофагіту. В останні роки ширше використовується також сонографічна (УЗД) діагностика вродженого пілоростенозу, яка, за даними Н.Keller, у 91-100% випадків допомагає у встановленні діагнозу.

#### **УЗ-ознаки вродженого пілоростенозу**

- Товщина пілоричного м'яза понад 3 мм
- Довжина пілоричного каналу понад 14 мм у дітей молодших 30 днів.



**Передопераційна підготовка** триває зазвичай 24-48 годин; включає корекцію водно-електролітного балансу та метаболічних розладів; аспірація шлункового вмісту.

**Операція:** пілороміотомія за Фреде-Рамштедтом сучасною альтернативою якої є лапароскопічна пілороміотомія

#### **Післяопераційний період**

- у неускладнених випадках: годування через 6 год. після операції - грудне молоко або адаптована суміш по 5-10 мл через 2 год, поступово збільшуючи об'єм та інтервали;
- При ускладненнях (перфорація слизової) – назогастральний зонд і голод 24 год.
- Звичайний режим – через 5-6 днів

**Прогноз:** сприятливий

#### **Післяопераційні ускладнення**

- Перфорація слизової оболонки

- Кровотеча.

## **2.2.Мембрана, атрезія шлунка**

**Частота:** 0,3 на 10000 новонароджених

**Етіологія:** Вважається, що атрезія шлунку входить у склад синдрому Herlitz(бульозний епідермоліз, шкірні дефекти, акроостеоліз). Найбільш вірогідною причиною є порушення ре каналізації передньої кишки в ембріональному періоді.

**Класифікація:** Відрізняють повну атрезію, мембранозну форму і стеноз.

### **Клінічні прояви**

**Блювання:** в перші часи від народження без домішки жовчі

**Здуття живота в епігастрії:** зникає після постановки шлункового зонду

**Рентгенологічно:** єдиний широкий рівень в шлунку, газонаповнення кишківника відсутнє.

**Меконій** після виконання очисної клізми відходить.

**Лікування:**Висічення перегородки з поперечною пілоропластикою. Рекомендується інтраопераційне проведення зонда для раннього ентерального годування.

## **2.3.Дуоденальна кишкова непрохідність**

### **Причини:**

- **Внутрішні:** атрезія, стеноз
- **Зовнішні:** здавлення кільцевидною підшлунковою залозою, аберантною судиною, ембріональними тяжами очеревини

### **Клініка дуоденальної кишкової непрохідності**

- Повторне блювання, наявність жовчі – залежно від локалізації перешкоди стосовно Фатерового сосочка
- Здуття верхньої половини живота, гіперперистальтика шлунка
- Можливий пасаж меконію чи стільця
- Ознаки зневоднення
- Симптоми перитоніту та шоку нехарактерні

**Діагностика:** оглядова рентгенографія та УЗД: симптом “подвійної бульбашки”

**Лікування:** мета хірургічного лікування – відновлення прохідності дванадцятипалої кишки: виконання дуоденоюноаснастомозу, дуодено-дуоденоанастомозу по Кохеру, висічення мембрани.

## **2.4.Аномалії ротації (фіксації) кишечника**

### **Етапи нормальної внутрішньоутробної ротації кишечника**

**ЕтапI**(7-12ий тиж.) поворот середньої кишки за межами черевної порожнини на 900 і перехід її із сагітальної у фронтальну площину

**ЕтапII:**(11-16тиж.) переміщення середньої кишки в черевну порожнину і поворот її на 1800

**ЕтапIII:**(від 17 тиж. до народження)опускання сліпої кишки в праву здухвинну діл. і фіксація кишечника

### **Ротація не відбулась**(порушення ембріогенезу на I етапі)

- Зв’язка Трейца вище і справа від a.mesentericasuperior
- Тонка кишка займає праву половину живота, товста – ліву
- Вузький корінь брижі тонкої кишки, що створює небезпеку завороту

### **Неповна ротація** (порушення ембріогенезу на II етапі)

- Ембріональні тяжі очеревини фіксують високо розміщену сліпу кишку і здавлюють нижню третину дванадцятипалої кишки
- Клініка непрохідності дванадцятипалої кишки

#### ***Неповна фіксація (внутрішні грижі)***

- Потенційні гризові ворота формуються, коли брижа товстої кишки та дванадцятипала кишка не фіксовані ретроперитонеально

#### ***Клінічні прояви ротаційних аномалій виникають:***

- У 40% пацієнтів протягом перших днів життя
- У 50% діагностуються до 1 місяця
- У 75% пацієнтів - до 1 року
- У решти 25% - у будь-який період життя, або є випадковою знахідкою під час лапаротомії з приводу іншого захворювання чи при секції

<b><i>Ускладнення</i></b>	<b><i>ротаційних</i></b>	<b><i>аномалій:</i></b>	<b><i>Синдром</i></b>	<b><i>Леда</i></b>
1.Заворот середньої кишки	навокolo	брижової	артерії	
2.Високе розміщення сліпої кишки та фіксація її ембріональними тяжами				
3.Здавлення дванадцятипалої кишки тяжами очеревини				

#### ***Клініка гострого (повного) завороту середньої кишки***

- Гострий початок, зазвичай у перші дні життя
- Повторне блювання із домішками жовчі
- Здуття живота, різкий біль, напруження м'язів
- Домішки крові в блювотних масах, іноді в калі
- Ознаки зневоднення і шоку (гіпотонія, олігурія, прогресування поліорганної недостатності)
- Зміна забарвлення шкіри

#### ***Клініка хронічного (неповного) завороту середньої кишки***

- Рецидивуючий чи частковий заворот спричинює порушення крово- і лімфовідтоку
- Основними симптомами є періодичний біль в животі і синдром мальабсорбції
- Фізикальне обстеження не виявляє змін у періоди між приступами
- При обстеженні в момент завороту – клінічна картина не відрізняється від гострого завороту

#### ***Інструментальні обстеження***

- Оглядова рентгенографія
- Пасаж барію
- Іригографія
- УЗД
- Комп'ютерна томографія

#### ***Пасаж барію***

- Ознаки нормальної ротації: підкова дванадцятипалої кишки пересікає серединну лінію, дуоденоєюнальний згин розташований ліворуч від хребта на рівні або вище пілоруса
- Обрив контрасту або його спіралеподібне звуження може бути ознакою завороту середньої кишки чи інших форм високої кишкової непрохідності

#### ***УЗ-ознаки завороту середньої кишки***

- Верхня брижова вена спіралеподібно закручена навколо верхньої брижової артерії

***Лікування*** Результат лікування залежить від своєчасної діагностики, адекватної хірургічної корекції вади розвитку, індивідуальної передопераційної підготовки і раціонального ведення післяопераційного періоду.

Якщо діагноз встановлено своєчасно, у 1-шу добу після народження, то передопераційна підготовка триває 3 — 6 год. Проводять пункцію підключичної вени (за Сельдінгером); ди-тину зігрівають, вводять серцеві засоби, проводять оксигено-терапію, вводять через ніс шлунковий зонд для евакуації вмісту й промивання шлунка з метою профілактики аспіраційної пневмонії.

Якщо госпіталізація дитини пізня, на 2-гу — 3-тю добу після народження, передопераційна підготовка триває до 12 — 24 год за відсутності природженого завороту середньої кишки. У цьому разі, у зв'язку з небезпекою виникнення некрозу кишок, трива-лість передопераційної підготовки скорочують до 3 — 4 год. У пе-редопераційний період діти знаходяться в кювезі при температу-рі 28 — 32 °С, постійно отримують кисень, активно проводиться інфузійна терапія (10 % розчин глюкози, білкові препарати) і протизапальна терапія.

При синдромі Ледда операція складається з усунення завороту середньої кишки шляхом повороту кишок навколо брижі за рухом годинникової стрілки і розтину ембріональних тяжів які здавлюють просвіт дванадцятипалої кишки. Не треба намагатися відновити нормальне положення сліпої кишки та її фіксацію в правій клубовій ділянці, тому що подібні маніпуляції ускладнюють операцію і призводять до рецидиву кишкової непрохідності.

## **МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

### **Тестові завдання**

1. Новонародженому 3 діб, який госпіталізований в хірургічне відділення з клінікою вродженої низької кишкової непрохідності виконана оглядова Ro - грама органів черевної порожнини в вертикальному стані. Які рентгенологічні симптоми ми очікуємо одержати?
  - А. Відсутність газу в кишечнику „німий живіт”
  - В. Наявність двох рівнів рідини та пузирів газу
  - С. Наявність багатьох широких рівнів рідини та низьких газових пузирів
  - Д. Підвищене рівномірне газонаповнення кишечника
  - Е. Різко розширений газом товстий кишечник
2. Новонароджений на 1 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному стані спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію слід думати у дитини?
  - А. Вроджений пілоростеноз
  - В. Вроджена низька кишкова непрохідність
  - С. Паралітична непрохідність кишечника
  - Д. Вроджена висока дуоденальна непрохідність
  - Е. Пілороспазм
3. Новонароджений, який надійшов до стаціонару з клінічною картиною кишкової непрохідності, визначається неспокій, блювота зеленню, здутий живіт, відсутність випорожнень, незначні домішки крові з прямої кишки. Виконана оглядова рентгенограма черевної порожнини в вертикальному



положенні, іригографія, на якій визначено високе розташування сліпої кишки в лівому підребер'ї. Назвіть можливий вид непрохідності?

- A. Синдром Ледда
- B. Гостра форма хвороби Гіршпрунга
- C. Атрезія здухвинної кишки
- D. Атрезія дванадцятипалої кишки
- E. Кільцеподібна підшлункова залоза

4. Всі вади розвитку, які проявляються вродженою непрохідністю згруповані в чотири основні групи, в залежності від порушення внутрішньоутробного розвитку. Назвіть ваду розвитку, яка відноситься до групи вад розвитку, порушення ембріогенезу кишкової стінки.

- A. Синдром Ледда
- B. Меконієва непрохідність
- C. Кільцеподібна підшлункова залоза
- D. Гостра форма хвороби Гіршпрунга
- E. Мембранозна форма атрезії

5. Всі вади розвитку, які проявляються вродженою кишковою непрохідністю згруповані в чотири основні групи в залежності від виду порушення внутрішньоутробного розвитку. До однієї з них відносять вади розвитку, які викликані порушенням внутрішньоутробного звороту кишок. Який вид непрохідності може виникнути при порушенні другого етапу звороту кишок?

- A. Меконієва непрохідність
- B. Кільцеподібна підшлункова залоза
- C. Мембранозна форма атрезії 12-палої кишки
- D. Синдром Ледда
- E. Шнуроподібна форма атрезії здухвинної кишки

6. Всі вади розвитку, які проявляються вродженою кишковою непрохідністю згруповані в чотири основні групи, в залежності від виду порушень внутрішньоутробного розвитку. Який вид кишкової непрохідності відноситься до групи вад розвитку, що зумовлені порушенням розвитку органів черевної порожнини?

- A. Синдром Ледда
- B. Мембранозна форма атрезії
- C. Ізольований заворот кишечника
- D. Кільцеподібна підшлункова залоза
- E. Шнуроподібна форма атрезії

7. Всі вади розвитку кишечника, які проявляються симптоматикою вродженої кишкової непрохідності згруповані в чотири основні групи в залежності від виду порушення внутрішньоутробного розвитку. Який вид непрохідності відноситься до групи вад розвитку, які зумовлені порушенням ембріогенезу кишкової трубки?

- A. Синдром Ледда
- B. Кільцеподібна підшлункова залоза
- C. Мембранозна форма атрезії

- D. Аберантна судина
- E. Меконієва непрохідність

8. Немовляті 1 місяць. Вже два тижні після кожного годування дитина блює зсілим молоком. Втрата маси тіла складає 15 відсотків, стан тяжкий, гіпотрофія другого ступеню. Живіт приступний пальпації, видно перистальтику шлунка у вигляді „пісового годинника”. Який діагноз у даної дитини?

- A. Пілороспазм
- B. Пілоростеноз
- C. Кільцеподібна підшлункова залоза
- D. Заворот шлунку
- E. Несправжня діафрагмова грижа

9. Дитина 3 діб від народження, переведена з полового будинку із клінікою вродженої кишкової непрохідності. Під час оперативного втручання виявлено меконієвий ілеус. Що лежить в основі патогенезу цього захворювання?

- A. Ферментативна недостатність кишкового тракту
- B. Порушення функції підшлункової залози (кістофіброз)
- C. Порушення функції печінки
- D. Запалення підшлункової залози
- E. Травма підшлункової залози під час пологів

10. Новонароджений на 5 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, асиметричний. Із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному положенні спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію у дитини слід думати?

- A. Вроджений пілоростеноз
- B. Вроджена низька кишкова непрохідність
- C. Паралітична непрохідність кишечника
- D. Вроджена висока дуоденальна непрохідність
- E. Пілороспазм

**Відповіді:** 1-C, 2-D, 3-A, 4-D, 5-E, 6-D, 7-C, 8-B, 9-B, 10-D.

### **Ситуаційні задачі:**

**Задача 1.** Новонароджений на 1 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному стані спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію слід думати у дитини?

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Тактика лікаря при виявленні захворювання.
3. Етіологія та патогенез захворювання.

4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Висока дуоденальна кишкова непрохідність.
2. Госпіталізація в хірургічне відділення для проведення обстеження (рентгенологічне контрастне обстеження) та оперативного лікування.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі. Чинниками дуоденальної непрохідності можуть бути: перетинкова атрезія, перетинковий стеноз. Якщо просвіт кишкової трубки закривається на великій відстані, утворюється атрезія у вигляді фіброзного тяжа. Іноді вона виникає внаслідок недорозвинення відповідної гілки брижових судин. Частіше ці вади виникають у ділянках складних ембріональних процесів — великого сосочка дванадцятипалої кишки, у місці переходу дванадцятипалої кишки в тонку.
4. Хірургічне лікування визначається в залежності від причини, яка призвела до непрохідності.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 2.** Новонароджений, який надійшов до стаціонару з клінічною картиною кишкової непрохідності, визначається неспокій, блювота зеленню, здутий живіт, відсутність випорожнень, незначні домішки крові з прямої кишки. Виконана оглядова рентгенограма черевної порожнини в вертикальному положенні, іригографія, на якій визначено високерозташування сліпої кишки в лівому підребер'ї. Назвіть можливий вид непрохідності?

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Тактика лікаря при виявленні захворювання.
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Синдром Ледда.
2. Госпіталізація в хірургічне відділення для проведення обстеження та оперативного лікування.
3. Перехід із первинного ембріонального положення — фази фізіологічної ембріональної грижі — відбувається шляхом обертання кишкової трубки. Порушення цього процесу (його затримка) на різних етапах призводить до виникнення різних вад, які можуть бути причиною кишкової непрохідності. Якщо порушується другий етап обертання, сліпа кишка, яка розташована в епігастральній ділянці, фіксується ембріональними тяжами спереду від дванадцятипалої кишки, стискаючи її. Можливе поєднання стискання дванадцятипалої кишки і завороту навколо верхньої брижової артерії — *синдром Ледда повний*, за відсутності завороту — *неповний*. Атипове

розташування сліпої кишки разом з червоподібним відростком ускладнює діагностику гострого апендициту в дітей старшого віку і навіть у дорослих.

4. Хірургічне лікування.

5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 3.** Немовляті 1 місяць. Вже два тижні після кожного годування дитина блює зсілим молоком. Втрата маси тіла складає 15 відсотків, стантяжкий, гіпотрофія другого ступеню. Живіт приступний пальпації, видно перистальтику шлунка у вигляді „пісчаного годинника”.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Тактика лікаря при виявленні захворювання.
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Пілоростеноз.
2. Госпіталізація в хірургічне відділення для проведення обстеження (фіброгастроскопія, контрастне рентгенологічне обстеження) та оперативного лікування.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі, які пов'язані з порушенням іннервації й кровопостачання кишкової трубки.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 4.** Дитина 3 діб від народження, переведена з полового будинку із клінікою вродженої кишкової непрохідності. Під час оперативного втручання виявлено меконієвий ілеус.

1. Чим зумовлена ця патологія?
2. Тактика лікаря при виявленні захворювання.
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Кістофіброзом підшлункової залози.
2. Корекція терапії у гастроентерологічному відділенні після відновлення прохідності кишечника.
3. Меконієвий ілеус виникає внаслідок природженого кістофіброзу підшлункової залози. Недостатня ферментативна активність та відсутність панкреатину сприяють підвищенню в'язкості меконію, який закупорює

просвіт клубової кишки перед клубово-сліпокишковим клапаном (баугінієвою заслінкою).

4. Лікування в гастроентерологічному відділенні після відновлення прохідності кишечника.

5. Диспансерний нагляд у гастроентеролога, хірурга.

**Задача 5.** Новонароджений на 5 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, асиметричний. Із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному положенні спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію у дитини слід думати?

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Яке обстеження необхідно провести для визначення чинника даного захворювання?
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Висока дуоденальна кишкова непрохідність.
2. Госпіталізація в хірургічне відділення для проведення рентгенологічного контрастного обстеження та визначення ступеню тяжкості порушень.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі. Це може бути: перетинкова атрезія, перетинковий стеноз. Якщо просвіт кишкової трубки закривається на великій відстані, утворюється атрезія у вигляді фіброзного тяжа. Іноді вона виникає внаслідок недорозвинення відповідної гілки брижових судин. Атрезія може бути поодинокую та множинною. Частіше ці вади виникають у ділянках складних ембріональних процесів — великого сосочка дванадцятипалої кишки, у місці переходу дванадцятипалої кишки в тонку.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 6.** Новонародженому 3 діб, який госпіталізований в хірургічне відділення з клінікою вродженої кишкової непрохідності: блювотою із домішками жовчи, занепокоєння дитини, наявністю пухлино-подібного утворення в черевній порожнині, виконане оглядове та контрастне рентгенологічне обстеження органів черевної порожнини в вертикальному положенні. Визначається два рівня рідини та два газових міхура, на ірігограмі - високе розташування сліпої кишки в лівому підребер'ї.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Тактика лікаря при виявленні захворювання.
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.

5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Синдром Ледда.
2. Госпіталізація в хірургічне відділення для проведення оперативного лікування.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі. Перехід із первинного ембріонального положення — фази фізіологічної ембріональної грижі — відбувається шляхом обертання кишкової трубки. Порушення цього процесу (його затримка) на різних етапах призводить до виникнення різних вад, які можуть бути причиною кишкової непрохідності. Якщо порушується другий етап обертання, сліпа кишка, яка розташована в епігастральній ділянці, фіксується ембріональними тяжами спереду від дванадцятипалої кишки, стискаючи її. Можливе поєднання стискання дванадцятипалої кишки і завороту навколо верхньої брижової артерії — *синдром Ледда повний*, за відсутності завороту — *неповний*. Атипове розташування сліпої кишки разом з червоподібним відростком ускладнює діагностику гострого апендициту в дітей старшого віку і навіть у дорослих.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 7.** Новонароджений на 1 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному стані спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію слід думати у дитини?

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які методи діагностики необхідно провести хворому для визначення чинника захворювання?
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Висока дуоденальна кишкова непрохідність.
2. Рентгенологічне контрастне обстеження ШКТ.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі. Чинниками високої дуоденальної непрохідності може бути перетинкова атрезія, перетинковий стеноз, атрезія у вигляді фіброзного тяжа, недорозвинення відповідної гілки брижових судин. Атрезія може бути поодинокую та множинною. Частіше ці вади виникають у ділянках складних ембріональних процесів — великого сосочка дванадцятипалої кишки, у місці переходу дванадцятипалої кишки в тонку.

4. Хірургічне лікування.

5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 8.** Новонароджений, який надійшов до стаціонару з клінічною картиною кишкової непрохідності, визначається неспокій, блювота зеленню, здутий живіт, відсутність випорожнень, незначні домішки крові з прямої кишки. Виконана іригограма з барієвою сумішшю на якій визначено високе розташування сліпої кишки в лівому підребер'ї.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді**

1. Синдром Ледда.

2. Дуоденальна непрохідність, незавершений поворот кишечника.
3. Порушення процесу (його затримка) повороту кишечника на різних етапах призводить до виникнення різних вад, які можуть бути причиною кишкової непрохідності. Високе стояння сліпої кишки, стискання дванадцятипалої кишки і заворот середньої кишки навколо верхньої брижової артерії це - *синдром Ледда повний*, за відсутності завороту — *неповний*.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 9.** Немовляті 3 тижня. Вже тиждень після кожного годування дитина блює зсілим молоком. Втрата маси тіла складає 15 відсотків, стан тяжкий, гіпотрофія другого ступеню. Живіт приступний пальпації, визначається перистальтику шлунка у вигляді „пісового годинника”.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

**Відповіді** 1. Пілоростеноз.

2. Пілоростеноз, аденогенітальний синдром.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі, які пов'язані з порушенням іннервації й кровопостачання кишкової трубки.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

**Задача 10.** Новонароджений на 5 добу, госпіталізований зі скаргами на блювоту, неспокій. При огляді: живіт роздутий в епігастральній ділянці, асиметричний. Із прямої кишки меконій сірого кольору. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини в вертикальному положенні спостерігаються два рівня рідини та два газових міхура. Про яку патологію у дитини слід думати?

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. З якими захворюваннями проводиться диференціальна діагностика?
3. Етіологія та патогенез захворювання.
4. Назвати основні напрямки лікування.
5. Які особливості диспансерного нагляду за дитиною після одужання?

### ***Відповіді***

1. Висока дуоденальна кишкова непрохідність.
2. Синдром Ледда, кільцеподібна підшлункова залоза.
3. У новонароджених етіологічними чинниками вродженої кишкової непрохідності є вади розвитку кишкової трубки в ембріогенезі. Вади розвитку кишкової трубки формуються в період органогенезу перші 3-4 тижня внутрішньоутробного розвитку, коли порушується один з процесів формування кишкової стінки, просвіту кишок. Це може бути перетинкова атрезія, перетинковий стеноз, атрезія у вигляді фіброзного тяжа, аберантна гілка брижових судин.
4. Хірургічне лікування.
5. Диспансерний нагляд у хірурга протягом не менше 2-х років з моменту оперативного лікування.

### **Рекомендована література:**

#### **Основна література :**

1. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1996. – Т. 1. – 384 с.
2. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1997. – Т. 2. – 392 с.
3. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1999. – Т. 3. – 394 с.
4. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей: Руководство для врачей. -Л.: Медицина, 1983.-408 с.
5. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997.-464 с.
6. Библюк Й.І., Библюк Ю.Й. Хірургія дитячого віку – Івано-Франківськ: ІФДМУ, 2006. – 380 с.
7. Исаков Ю. Ф., Долецкий С. Я. Детская хирургия.- М.: Медицина, 1971.-432 с.
8. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: Учебник для студ. мед. ин-тов. - М.: Медицина, 1983.- 624 с.
9. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте.- М.: Медицина, 1980.-192 с.
- 10.Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия (национальное руководство) - М.: Медицина, 2009.-1641с.
- 11.Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит у детей раннего возраста.-М.: Медицина,1974.-136 с.



12.Сушко В.І. Хірургія дитячого віку – К. Здоров'я, 2002. – 468 с.

#### **Додаткова література:**

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. - М.: Медицина, 1988.-416 с.
2. Исаков Ю.Ф., Бурков И.В., Ситковский Н.Б. Ошибки и опасности в хирургии пищевого канала у детей. -К.: Здоров'я, 1980.-200 с.
3. Пугачев А.Г. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста: Монография. - М.: Медицина, 1982.-288 с.
4. Тошовский В. Аппендицит у детей: Монография. Пер. с чешск. В.Д.Сухарева. – М.: Медицина, 1988.-208 с.

#### **Інформаційні ресурси**

<http://studmedic.narod.ru/>  
<http://www.med-edu.ru/>  
<http://www.med.siteedit.ru/>  
<http://medvuz.info/>  
<http://www.pharm-med.ru/page.php?view=31>  
<http://ambarsum.chat.ru/>  
<http://www.ty-doctor.ru/>  
<http://studentmedic.ru/>  
<http://6years.net/>  
[http://vk.com/student\\_unite](http://vk.com/student_unite)  
<http://nmu-s.net/>  
<http://www.amnu.gov.ua/>  
<http://medsoft.ucoz.ua/>

<http://www.medvedi.ru/>  
<http://www.rmj.ru/>  
<http://www.medwind.ru/>  
<http://www.allmedbook.ru/>  
<http://www.arhivknig.com/>  
<http://www.formedik.narod.ru/>  
<http://www.medobook.ru/>  
<http://www.freebookspot.in/>  
<http://www.booksmed.com/>  
<http://www.medprizvanic.org/>  
<http://www.medkniga.ukoz.net/>  
<http://www.mednik.com.ua/>  
<http://www.libriz.net/>

#### **Медична література в електронних бібліотеках**

PubMed  
Embase  
Scirus  
Google Scholar  
eLIBRARY.RU

#### **Відкриті електронні бібліотеки з медицини (повнотекстові версії статей)**

PubMed Central  
BioMed Central  
Directory of open access journals - Health Sciences  
Public Library of Science - Medicine  
FreeMedicalJournals.com

[http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa\\_hiryrgia/book\\_4109/Spravochnik\\_detskogo\\_hirurga-Katko\\_VA-2013-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_4109/Spravochnik_detskogo_hirurga-Katko_VA-2013-pdf)

[http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa\\_hiryrgia/book\\_1764/Detskaya\\_operativnaya\\_hirurgiya-Tihomirova\\_VD-2011-djvu](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1764/Detskaya_operativnaya_hirurgiya-Tihomirova_VD-2011-djvu)

[http://royallib.com/book/droz dov\\_a/detskaya\\_hirurgiya.html](http://royallib.com/book/droz dov_a/detskaya_hirurgiya.html)

[http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa\\_hiryrgia/book\\_264/Detskaya\\_hirurgiya-Losev\\_AA-2009-pdf](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_264/Detskaya_hirurgiya-Losev_AA-2009-pdf)

[http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa\\_hiryrgia/book\\_1296/Hirurgicheskie\\_bolezni\\_u\\_detey-Podkamenev\\_VV-2012-djvu](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1296/Hirurgicheskie_bolezni_u_detey-Podkamenev_VV-2012-djvu)

[http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa\\_hiryrgia/book\\_1173/Detskaya\\_hirurgiya\\_Klinicheskie\\_razbo ri-Geraskin\\_AV-2011-djvu](http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1173/Detskaya_hirurgiya_Klinicheskie_razbo ri-Geraskin_AV-2011-djvu)

[illegible]