

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра хірургії №3

ЛЕКЦІЯ: “ Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини. Гострий апендицит. Перитоніти.”

Лекцію обговорено на методичній нараді кафедри
« » _____ 2020 р. Протокол № 1
Зав. кафедрою проф. Ткаченко О.І

Одеса - 2020

1. Актуальність теми. Обґрунтування теми.

Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини - поширена патологія. Ця проблема актуальна й актуальність її обумовлена тим, що успіхи лікування і порятунки життя людей знаходяться в прямої зв'язку від своєчасної правильної діагностики і своєчасного надання кваліфікованої хірургічної допомоги. У хірургічний стаціонар поступає біля 70% таких хворих. Майже в 1/3 негайно госпіталізованих хворих гостра хірургічна патологія не підтверджується: діагностуються другі стани, що протікають із несправжнім абдомінальним синдромом /терапевтичні, гінекологічні, урологічні, інфекційні інші захворювання /.

Ось чому, лікарі будь-якої спеціальності, мають бути знайомі з цими загрозливим захворюваннями і знати основи діагностики гострих захворювань органів черевної порожнини. Одним з найбільш поширених гострих хірургічних захворювань є гострий апендицит. Ця паталогія потребує негайної хірургічної допомоги, а результат лікування залежить від своєчасно поставленого діагнозу.

Практично усі гострі хірургічні хвороби супроводжуються тяжким ускладненням – перитонітом. Тому в край необхідно знати клінічні прояви, фази та основні принципи лікування перитоніту.

Матеріал, який викладається в лекції має важливе значення у професійній підготовці фахівця:

- студенти у майбутній практичній роботі мають бути освідченні з цих питань і вміти діагностувати та проводити диференційну діагностику гострих захворювань органів черевної порожнини; орієнтуватися в організаційній та лікувальній тактиці;
- студенти стоматологічного факультету мають орієнтуватися в цих питаннях, у зв'язку з тим, що патологія ротової порожнини, зубів має безпосередній вплив на травлення у хворих і виникнення гострої патології органів черевної порожнини.

2. Цілі лекції:

- навчальні

Знати:

- місце гострих захворювань органів черевної порожнини в структурі захворюваності;
- загальні питання захворюваності мешканців України на гострі захворювання органів черевної порожнини;
- поняття : діагноз, діагностика, диференційна діагностика;
- класифікацію методів діагностики;
- класифікацію “діагнозу” – медичного висновку;
- структуру клінічного діагнозу;
- основні /загальні/ принципи діагностики;
- види болю, як основного прояву синдрому “Гострого животу”;
- клінічну характеристику соматичних та вісцеральних болів;
- основні принципи організаційній та лікарської тактики;
- клінічні прояви та тактику лікування хворих залежно від стадії захворювання;
- основні принципи хірургічного та післяопераційного лікування. Етапи апендектомії;
- класифікацію перитоніту;
- особливості перебігу у різні періоди захворювання, основні засади лікування;

- виховні

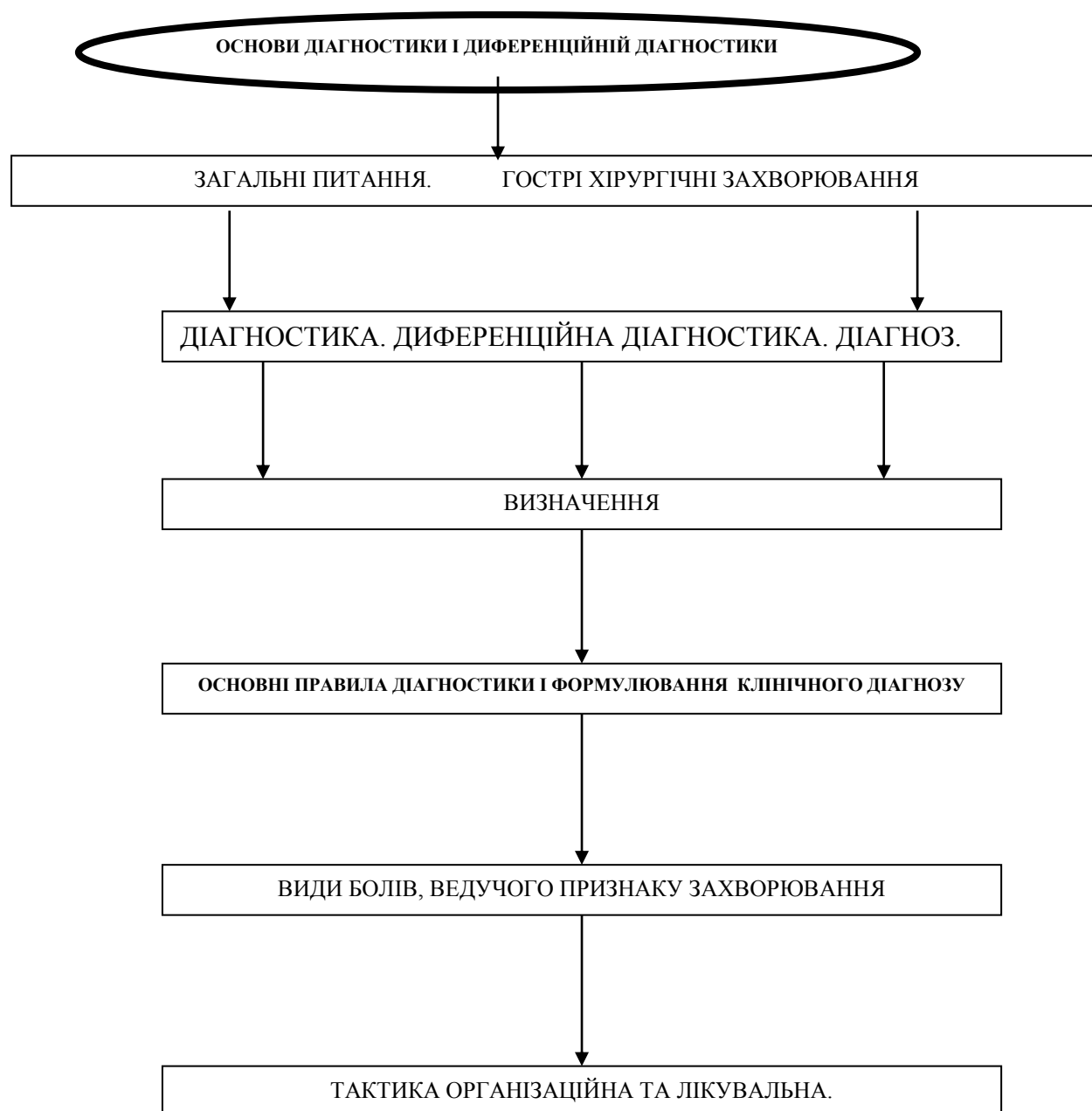
Матеріал лекції спрямован на формування у студентів логічного і клінічного професійного мислення, відповідальності лікаря за стан хворої людини. Освітлюються питання медичної етики і деонтології.

3. План та організаційна структура лекції.

№№ п. п.	Основні етапи лекції та їх зміст.	Цілі у рівнях абстракції.	Тип лекції, оснащення лекції.	Розподіл часу.
1	2	3	4	5
	<i>Підготовчий етап</i>			
1.	Визначення навчальних цілей.	I-II	тематична	3%
2.	Забезпечення позитивної мотивації.	I-II	лекція	2%
	<i>Основний етап</i>			
3.	Викладення лекційного матеріалу. План:		Таблиці, схеми,	90%
	1.Основні положення організації невідкладної хірургічної допомоги.	I-II	кодограми,	
	2.Загальні відомості про діагностику, диференційну діагностику і діагноз.	I-II	слайди. Відеофільм.	
	3. Класифікація.	I-II		
	4. Методи обстеження хворих з гострими хірургічними захворюваннями.	I-II		
	5. Основні положення в діагностиці.	I-II		
	6.Поняття про види болю і їх значення в невідкладній хірургії.	I-II		
	8.Організаційна і лікувальна тактика в невідкладній хірургії..	I-II		
	<i>Заключний етап</i>			5%
4.	Резюме лекції			
5.	Відповіді лектора на можливі запитання.		Список літератури	
6.	Завдання до самопідготовки		Питання. Завдання.	

4. Зміст лекційного матеріалу:

структурно-логічна схема змісту теми;



Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини - поширена патологія. Ця проблема актуальна й актуальність її обумовлена тим, що успіхи лікування і порятунки життя людей знаходяться в прямій зв'язку від своєчасної правильної діагностики і своєчасного надання кваліфікованої хірургічної помочі. У хірургічний стаціонар поступає біля 70% таких хворих. Майже в 1/3 негайно госпіталізованих хворих гостра хірургічна патологія не підтверджується: діагностуються другі стани, що протікають із несправжнім абдомінальним синдромом /терапевтичні, гінекологічні, урологічні, інфекційні інші захворювання /.

З цього слідують два висновки:

1. Труднощі в діагностиці можуть привести до пізнього діагнозу, а це значить, що хірургічна допомога буде додана з спізнанням і може привести не тільки до ускладнень у післяопераційному періоді, але, і загрожує хворому летальним виходом. 2. При неправильному діагнозі гострого хірургічного захворювання буде зроблена даремна лапаротомія, що також чревате ускладненнями і можливим летальним виходом.

Таким чином, ДІАГНОЗ Є ОСНОВОЮ ПРАВИЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ. Древня приказка греків говорить: «*Qui bene diagnoscit bene curat*».

Це положення набуває особливого значення при виникненні раптових гострих болів у животі.

Англійський лікар Кон вважав, що «Сильний біль у животі, що з'явився на фоні повного благополуччя і продовжується більш 6 годин, вимагає частіше усього невідкладного хірургічного лікування».

До невідкладних хірургічних станів, що зустрічаються в повсякденній практиці лікаря загального профілю і лікаря-хірурга, відносяться:

- травми різноманітного походження з геморагічним або перитонеальним синдромом,
- гострий апендицит,
- гострий холецистит,
- перфоративна виразка шлунка і 12-ти палкої кишки,
- перфорації полого органу різноманітного походження,
- защемлена грижа,
- гостра кишкова непрохідність,
- гострий панкреатит,
- розірвання піосальпінгса,
- мезентеріотромбоз,
- позаматкова вагітність,
- гострий перитоніт і інші «гострі» стани, що у практиці зустрічаються рідше.

У медичній літературі й у практичній роботі, при гострих болях, що почалися раптово, у животі, часто використовують термін - «ГОСТРИЙ ЖИВИТ».

Цей термін повинний насторожувати лікаря і може свідчити про початок або катастрофу, що розігралася, у черевній порожнині.

ПОНЯТТЯ: ДІАГНОЗ. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ. ДІАГНОСТИКА.

ДІАГНОСТИКА / Diagnostics - здатний розпізнавати / - це процес, на підставі якого виникає логіка мислення і призводить до вирішення поставленої клінічної задачі / хворий перед лікарем - клінічна задача з усіма невідомими /.

ДІАГНОСТИКА /у широкому розумінні значення терміна/ - це розділ клінічної медицини, що вивчає зміст, методи і послідовні ступені процесу розпізнавання хвороб і оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних особливостей суб'єкта, що включає цілеспрямоване медичне обстеження, тлумачення отриманих результатів і їхнє узагальнення у вигляді діагнозу.

Всі існуючі методи діагностики, що використовуються в практичній роботі, підрозділяються:

- фізикальна, -біохімічна, -інструментальна, -лабораторна, -машинна, -морфологічна,
- радіоізотопна, -радіонуклідна, -рентгенологічна, -серологічна, -топічна,
- функціональна, -фізична, -цитологічна, -електрофізіологічна, -ендоскопічна, -донозологічна.

ДІАГНОЗ /Diagnosis - розпізнавання/ - медичний висновок про стан здоров'я людини, що обстежиться, про наявні захворювання /або причині смерті/, виражене в термінах, що позначають назву хвороб.

ДІАГНОЗ, це медичний висновок, що підрозділяється по ознаках.

I. За часом виявлення:

- Ранній. -Ретроспективний. -Пізній. -Посмертний.

II. По методі побудови:

а/ Діагноз прямий або за аналогією.

б/ Диференціальний діагноз - це етап діагностики, що установлює відмінність даної хвороби від других, подібних по клінічних проявах /діагностика будується на принципі методу логічного виключення.

в/ Повний діагноз.

г/ Діагноз шляхом спостереження.

д/ Діагноз по лікувальному ефекті.

III. Діагноз по ступені обґрунтованості:

1. Діагноз попередній або гіпотетичний.
2. Діагноз остаточний або обґрунтований.
3. Діагноз під сумнівом.

Повний обґрунтований клінічний діагноз повинний бути сформульований в історії хвороби протягом 72 годин із моменту госпіталізації хворого.

Клінічний діагноз має структуру.

1. Основний діагноз.

1а. Конкуруючий діагноз.

Ускладнення основного.

2. Супутній діагноз.

Ускладнення супутнього.

Для лікаря будь-якого спеціальності основними умовами успішної діагностики є:

- 1 - добре знання семіології захворювань,
- 2 - спостережливість,
- 3 - вміння користуватися методами об'єктивного обстеження.

Саме собою зрозуміло, що неможливо дати якісь тверді правила або схеми, установлені для постановки діагнозу через різноманітні прояви всякого, навіть того ж самого захворювання, у різних людей. Можна намітити тільки той спосіб, по якому йдуть до встановлення діагнозу.

I. Звичайно вже в момент збирання анамнезу з'являється припущення про сутність захворювання.

Такий діагноз являються попереднім або припустимий.

Щоб це припущення перетворилося у впевненість, або, навпаки, було відкинене, перевіряють об'єктивні дані, що повинні цілком підтвердити припустимий діагноз.

Для того, щоб бути упевненим у правильності отриманих даних, треба пам'ятати наступні правила:

- 1.- кожний об'єктивний симптом повинний бути правильно виявлений /досліджуваний/ і оцінений. Ніяких сумнівів у його існуванні виникати не повинно.

Приклад: Асцит - скупчення рідини в черевній порожнині. Він характеризується притупленням у спадистих місцях, переміщенням тупого звука при зміні положення тіла, симптомом "зиблення".

Дослідження в лежачім і стоячому положенні дає ознака появи і зникнення тупості в різноманітних областях живота.

Клінічна ситуація. Вночі взимку у приймальний відділок лікарні поступила молода жінка 36 років у непритомному стані, із слабким пульсом і низьким тиском, великим животом. Шкіряні покрови багрово-ціанотичного кольору. Лікар швидкої помочі довів до відома, що жінка була підібрана в привокзальному сквері. З огляду на асоціальний статус доставленої, лікар приймального відділення вирішив, що

жінка БОМЖ - алкоголік, великий живіт обумовлений скупченням рідини в черевній порожнині /асцит/ у зв'язку з цирозом печінки, а показники гемодинаміки можуть бути проявом кровотечі з розширених вен стравоходу. Для того щоб затвердитися в цій концепції і мати підтвердження асциту. Він вирішив виконати діагностичний лапароцентез. При лапароцентезі він одержав 600 мл прозорої рідини. Утвердившись після виконаної маніпуляції у своїй концепції, він залишив хвору під спостереженням. Хвора через 24 години померла від наростаючої серцево-судинної недостатності. На автопсії виявлена вагітність 26 тижнів. Причиною летального виходу було переохолодження і виснаження.

Помилковий перебіг міркувань лікаря ясний і не потребує коментарю.

Помилкові результати при дослідженні можна одержати при недотриманні правил мануального дослідження.

Приклад: Ригідність м'язів передньої черевної стінки можна виявити при дослідженні холодними руками. Необхідно дотримуватися умови, при яких виконується дослідження: пальпація при подиху хворого з відкритим ротом, зігнутими в колінах нижніми кінцівками. Недотримання цих правил може привести до неправильного висновку і помилкова напруга м'язів передньої черевної стінки лікарем буде розцінене як справжнє.

II. - Потрібно пам'ятати про дуже відносне значення багатьох симптомів. Симптом - не хвороба, а тільки одне з її продовжень. Той самий ознака може спостерігатися при самих різних захворюваннях і поразках різних органів. Тому для кожної хвороби характерний не якийсь окремий симптом, а певний закономірний їхній взаємозв'язок, що залежить від тих або других виробляючих причин, характер яких виявляється нами в процесі збирання анамнезу.

- При деяких процесах бувають ознаки, що носять назву «абсолютні» - патогномонічні, властиві тільки даної патології «пневмопелітонеум, гемоперітонеум».

- Різноманітні патологічні стани можуть давати іноді об'єктивні однакові ознаки. Притуплення при перкусії живота в спадиєтих місцях:

- асцит, -гемоперітонеум, -запальний ексудат, -інфільтрат, - пухлина і переповнена кишкова петля.

Це диктує необхідність диференціації з застосуванням додаткових досліджень: інструментальних, ендоскопічних, лабораторних, УЗД й ін.

III. Необхідно знайти пояснення походженню кожного об'єктивного явища, що відкривається нами при обстеженні хворого. Як показує практика, якщо сутність якогось симптому в картині захворювання остається нез'ясованою, висновки в більшості випадків зрадливі, а діагноз - помилковий.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА.

В міру обстеження хворого і накопичення клінічної і лабораторної інформації, доводиться з ряду подібних захворювань виключати поступово одне за другим, залишивши те, що цілком підтверджується отриманими даними обстеження.

Цей метод установа т.зв. «Диференціального діагнозу» /являється етапом діагностики / заснований на принципі ЛОГІЧНОГО ВИКЛЮЧЕННЯ і дуже часто застосовується в клінічній практиці.

Таким чином, для правильного діагнозу необхідні три умови:

1. Всі ознаки захворювання повинні бути істинними.

2. Сутність /патогенез/ цих змін повинні бути правильно поняті.

3 усіх захворювань, що дають подібну симптоматологію, треба виділити таке, що найкраще /повніше/ підтверджується усіма даними обстеження /тобто поставити диференціальний діагноз/ **НЕДОТРИМАННЯ ПЕРЕРАХОВАНИХ УМОВ ВЕДЕ ДО ПОМИЛКИ У ДІАГНОЗІ, НЕПРАВИЛЬНІЙ ТАКТИЦІ І НЕПРАВИЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ.**

ДІАГНОЗ.

1. Серед так названих суб'єктивних симптомів захворювань органів черевної порожнини /гострих і хронічних/ - біль займає перше і ведуче місце.

Не випадково терміни «хвороба» і «хворий» - генетично пов'язані з поняттям «біль».

Ми не будемо розбирати сучасні теорії болю.

2. Самий біль супроводжується цілим рядом об'єктивних ознак, що можуть бути виявлені при безпосередньому обстеженні хворого.

До них, у першу чергу, відносяться:

- багаті мімічні реакції / різко виражене перекичування обличчя – лице Гіпократата,

- рухове занепокоєння хворого,

- анталгічні пози: «скам'янілість», вимушене положення,

- значні зміни під впливом болю в багатьох системах організму людини:

- морфологічні і хімічні зміни крові,

- реакції з боку ССС /колапс, брадикардія, тахікардія/,

- зміни частоти подиху,

- порушення сечовиділення,
- порушення травлення /гальмування секреції/,
- порушення ендокринної системи,
- порушення ЦНС.

Іншими словами, виявляється по теорії Село «ЗАГАЛЬНА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ».

Тому, «біль», як правило, це явище своєрідного першого біологічного сигналу неблагополучності, що варто розглядати як могутнє джерело патологічної імпульсації.

БОЛІ виникаючі при захворюваннях органів черевної порожнини мають різне походження:

Вони можуть бути зв'язані з незвичайними по інтенсивності подразниками різноманітних рецепторів, що закладені у внутрішніх органах /механо-, баро-, термо-, хеморецептори /. До їхнього подразнення призводить запалення, розтяг, тиск, натяг.

Надмірне подразнення цих рецепторів веде до формування так називаних «вісцеральних» болів.

А. Механізм вісцеральних болів:

Больові подразнення, що походять із внутрішніх органів, направляються до головного мозку по важливих нервових вегетативних провідниках: прикордонному стовбуру, нерву, що блукає, черевному нерву, змішаним спинномозковим нервам - потім через задні корінці до задніх рогів спинного мозку, спиноталамічним шляхам - до великих буграх, підбугор'є, ретикулярної формації і до кори головного мозку.

Вісцеральні болі мають клінічну характеристику:

1. Локалізація болю нечітка /дифузійна/, але обмежена топікою органа.
2. Характер болю колікоподібний, приступоподібний.
3. Болі тривалі й інтенсивні.
4. Болі супроводжуються нудотою, блювотою, потовідділенням.

Під час болів живіт напружений, але між приступами стають м'який і відсутні ознаки подразнення очеревини.

ТАКІ БОЛІ ХВОРИМ НЕ ЛОКАЛІЗУЮТЬСЯ.

Можна виділити трьох зони вісцеральних болів.

1. Надчревьє.
2. Середню колопупкову область.
3. Подчревьє.

Імпульси, що походять із внутрішніх органів у спинному мозку можуть конвергувати з імпульсами, що направляються по дошкульних нервах від шкіри.

По цьому механізмі виникають зона підвищеної гіперестезії шкіри /зони Захар'їна-Геда/.

Нерідко виникають і зона підвищеного тонусу /по цьому ж механізмі/ окремих черевних м'язів. Це вісцеромоторні рефлекси, клінічним проявом яких являється ознака м'язового захисту.

Цим механізмом пояснюється і поява т.зв. «больових точок»: передньої і задньої точок Боаса, Ланца, Опенховського, Кюмеля, Гербста, Синакевича, Мейо-Робсона, Кера.

Необхідно мати на увазі можливість виникнення вісцеро-вісцеральних рефлексів. При цьому болі відчуються і локалізуються хворим не в черевній порожнині, а в серці /синдром Боткіна при ЖКХ, абдомінальний синдром інфаркту міокарда /.

Б. СОМАТИЧНІ БОЛІ.

Механізм соматичних болів пов'язаний із подразненням міжреберних нервів Д5-Д12, що іннервують парієтальну очеревину. Вони виникають при подразненні дошкульних закінчень парієтальної очеревини токсинами, стравоварильними соками, механічному подразненні /розтягу, перекручуванні /. Вони виникають при ушкодженні міжреберних нервів поза очеревиною на їхньому протязі гематомами, інфільтратом, пухлиною.

Соматичні болі мають клінічну характеристику:

1. Соматичні болі дуже точно локалізуються хворими.
2. Соматичні болі носять постійний характер. Хворий лежить спокійно. Болі супроводжуються місцевою реакцією. При пальпації визначається ригідність м'язів передньої черевної стінки.

Дошкульна соматична іннервація поширюється цілком парієтальною очеревину, малий сальник, брижу тонкого і товстого кишечника. У брижі межа між соматичною іннервацією і симпатичною проходить у 3-4 см від стінки кишки.

Соматичні болі хворим локалізуються чітко, тому що міжреберні нерви мають поле проєкції в корі головного мозку. Соматичні болі можуть супроводжувати вісцеральні болі.

ОЦІНЮВАННЯ БОЛІ ЯК ВЕДУЧОЇ ОЗНАКИ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Біль як ведуча ознака захворювання оцінюється по ознаках: характер болі, час їх виникнення, іррадіація, локалізація. На цих ознаках також засновується диференціальний діагноз.

ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА.

Після встановлення діагнозу, що слідує діями лікаря являються організаційні і лікувальні заходи, що обумовлюються етапом медичної допомоги.

1. Тактика лікаря при ясному діагнозі:

- організаційна тактика,
- лікувальна тактика.

Питання тактики вирішуються просто: надання допомоги на місці, транспортування, госпіталізація в профільне відділення.

2. При нечіткому діагнозі варто пам'ятати про неприпустимість затягування часу спостереження / не більш 6 годин в умовах стаціонару /.

-госпіталізація у відповідне профільне лікувальне установу для надання кваліфікованої спеціалізованої допомоги.

У КОЖНОМУ ДІАГНОСТИЧНОМУ ВИПАДКУ ЛІКАР ПОВИННИЙ ПРАГНУТИ ПОСТАВИТИ РАННІЙ, ПОВНИЙ І ОБГРУНТОВАНИЙ ДІАГНОЗ.

Відхилення від цих положень веде до помилок у діагнозі, пізньому діагнозу, пізньої госпіталізації, і отже, неправильному або невчасному лікуванню, небезпекою розвитку ускладнень і смертельного виходу.

ЛЕКЦІЯ: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Лікування хворого починається з вирішення діагностичного завдання. *Qui bene diagnoscit bene curat* - хто ставить правильний діагноз, той добре лікує. Цей канонізований афоризм пройшов випробування часом і залишається незмінним. Правильний діагноз забезпечує вибір оптимальної лікувальної тактики, помилковий діагноз веде лікувальну програму на хибні шляхи. Між тим, побудова діагнозу вважається одним із найважчих станів лікування, особливо - в ургентній ситуації, коли немає часу на консультації та довгі міркування.

В курсі пропедевтики внутрішніх хвороб ми вивчали семіотику, в основі якої конкретні ознаки, симптоми (біль, підвищення температури тіла, напруження м'язів черевної стінки тощо). Обговорюючи генез кожного симптому, ми визначали, при яких захворюваннях він може проявитися. Наприклад, біль в животі характерна для виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, гострого апендициту, непрохідності кишечника, перекрута кістки яєчника та інш. Мені не відомий клінічний симптом, який достовірно вказував би на одне (і лише одне!) захворювання.

В курсі факультетської хірургії ми охарактеризували певні комплекси симптомів, синдроми, властиві конкретному захворюванню. Наприклад, гострий апендицит характеризується болем в животі, який починається в епігастрії, спускається в праву здухвинну ділянку, де визначається напруга м'язів і симптом Блюмберга-Щоткіна; захворювання супроводжується нудотою та блюванням, підвищенням температури тіла, тахікардією. Знайомлячись в рамках "факультетського курсу" з цим синдромом, ми звикаємо до того, що він асоціюється з діагнозом "гострий апендицит". Між іншим, цей синдром, частково або в цілому, може зустрічатися у хворого з проривною виразкою, гострим панкреатитом, гострим холециститом та при інших захворюваннях.

В курсі госпітальної хірургії ми наближаємось до того, з чим зустрічається лікар в реальній дійсності, в повсякденній роботі.

Тому об'єктом сьогоднішніх міркувань буде не симптом, не хвороба, не графа логічної структури, а хвора людина. Ви повинні чітко розуміти, що якщо на лекції по темі "Проривна виразка" перераховуються симптоми проривної виразки, то вони відносяться до даної теми, і лектор прагне подати вам всього лише клініку типових, що найчастіше зустрічаються, захворювань. Коли ж надходить хворий з діагнозом "проривна виразка" і лікар знаходить у нього звичні, типові симптоми, це ще не означає, що діагноз направлення достовірний. Подібна клінічна картина можлива й при іншій патології. Діагностичні помилки в цій ситуації припускають і починаючи, і досвідчені лікарі. Більш того, "разом із знаннями росте і сумнів". Цей вислов належить Гете, авторові "Фауста", ерудиту-енциклопедисту, одному із великих умів людства. В пам'яті досвідченого лікаря зберігається більше діагностичних альтернатив, ним допускається і переживається більше діагностичних помилок, ніж молодим фахівцем. Тому показлива легкість, з якою досвідчений хірург вирішує діагностичні задачі і приймає рішення, обманлива. За нею криється велика інтелектуальна і емоційна напруга.

Сьогоднішня лекція типова для курсу госпітальної хірургії. Я постараюся на прикладах показати, які сумніви та коливання відчуває лікар, вирішуючи задачі диференціальної діагностики гострих хірургічних захворювань живота. До того ж, основна увага буде приділена не хрестоматійним відмінностям, відомим вам з курсу факультетської хірургії, а загальним ознакам в клінічних картинах різноманітних захворювань, які обумовлюють їх подібність, затруднюють діагностику і приводять до помилок.

Почнемо з захворювання, яке найчастіше зустрічається в практиці ургентного хірурга, з гострого апендицита. Здавалося б, що спільного в класичній клінічній картині *гострого апендицита* з типовою клінікою *проривної виразки*? Між тим, діагностичні помилки допускаються в обох напрямках. Уявіть собі хворого, який поступив зі скаргами на біль у животі, котрий почався гостро в підложечній ділянці 3 години тому назад, стих і появився з новою силою в правій здухвинній ділянці. Стан хворого задовільний. Температура тіла 37,3°. Пульс 90, ритмічний. В правій здухвинній ділянці - різкий біль при пальпації, жорсткий *defence musculaire*, позитивний симптом Блюмберга-Щоткіна. Лейкоцитоз 10 Г/л. З діагнозом "гострий апендицит" хірург здійснює лапаротомію в правій здухвинній ділянці, де він виявляє мутну рідину з домішками жовчі та харчових грудок. Червоподібний відросток гіперемірований не більше, ніж сліпа і близьколежачі петлі здухвинної кишки. Зрозуміло, що передопераційний діагноз був помилковим. Операційні знахідки патогномонічні для проривної виразки. Якщо лапаротомія була виконана леннандерівським розтином, допускається його продовження вверх. При розтині по Мак-Бурнею-Волковичу-Д'яконову треба виконати верхню серединну лапаротомію, яка забезпечить оптимальний доступ до дванадцятипалої кишки та до шлунка. Звичайно виявляється точковий, діаметром не більше 3 мм проривний отвір, що спонтанно прикрився частиною сальника або закупорився харчовим куском. Діагностична помилка отримує просте пояснення. Первісний біль в епігастрії виник в момент прориву в зв'язку з попаданням в черевну порожнину вмісту шлунка та дванадцятипалої кишки. Потім прорив прикрився і біль стих, а вміст, що вилився, спустився в здухвинну яму і симулював ознаки гострого апендициту. Якщо б хірург припустив можливість проривної виразки, він шукав би фізикальні та рентгенологічні симптоми, накопичення газу під діафрагмою. Однак тимпаніт над печінкою та "серп" або "півмісяць" газу під діафрагмою можуть бути відсутніми, якщо через перфораційний отвір в черевну порожнину надійшла рідина без газу.

Можлива діаметрально протилежна помилка. Хворий поступає з гострим "кинжальним" болем в животі, напруженням м'язів та ознаками подразнення черевини по всьому животу, інколи даже - перкуторними й рентгенологічними ознаками накопичення газу під діафрагмою. Хірург екстренно оперує хворого з підозрою на проривну виразку. В черевній порожнині виявляється фібрино-гнійний екссудат з колі-бацилярним запахом, а шлунок та дванадцятипала кишка виявляються інтактними. При ревізії черевної порожнини виявляється гангрена червоподібного відростка з великою перфорацією у основи апендикса, інколи - з ампутацією червоподібного відростка. Із сліпої кишки потрапляє кишковий вміст та газ. Така картина характерна для судинних форм гострого апендициту, які перебігають з самого початку з появою некрозу та деструкції стінки. Найчастіше такі форми зустрічаються на тлі вираженого атеросклерозу у людей похилого віку та/або хворих цукровим діабетом. Діагностичні помилки в подібних випадках не пов'язані із суб'єктивними якостями лікаря-хірурга. Вони пояснюються об'єктивними труднощами діагностики в зв'язку з загальністю клінічних проявів гострого апендициту та проривної виразки.

Серйозну проблему становить диференціальна діагностика *гострого апендициту* та *патології сечовивідних шляхів*, які проявляються правосторонньою нирковою колькою. Відмінні ознаки ниркової кольки загально відомі. Це біль у ділянці попереку або в животі з іррадіацією в поперек, часті позиви до сечовипускання, болісність під час постукування в проекції XII ребра (симптом Пастернацького), макро- або мікрогематурія, піурія. Як не парадоксально, ці симптоми можуть супроводжувати напад гострого апендициту.

В хірургічне відділення був доставлений хворий 47 років з альтернативним діагнозом "гострий апендицит? Ниркова колька?". Він скаржився на біль в правій половині живота з іррадіацією в поперек, нудоту, одноразове блювання. Живіт був болісним лише при глибокій пальпації в правій здухвинній ділянці, напруження м'язів черевної стінки не було. Позитивний симптом Пастернацького. Температура тіла 37,2°. Пульс 78, ритмічний. Лейкоцитоз 9,4 Г/л. В сечі - еритроцити до 30 в колі зору, місцями накопичення лейкоцитів. Хромоцистоскопія з'ясувала нормальну функцію лівої нирки (індігокармін з'явився на 4-й хвилині), різке послаблення сечовиділення із правого вічка (індігокармін виділяється слабою в'яло пульсуючою цівкою на 12-ій хвилині). На оглядній рентгенограмі живота тіні конкрементів в проекції нирок та сечовивідників не виявлені. Встановлений діагноз - правостороння ниркова колька, призначена спазмолітична, анальгезуюча, протизапалювальна терапія. На третю добу в правій і здухвинній ділянці з'явився інфільтрат, котрий на 5-у добу, недивлячись на антибіотичну терапію, досягнув розмірів великого чоловічого кулака. На 7-му добу - температура 38,8°, озноб. Операція: позачеревинно розрізаний абсцес, котрий вміщував 100 мл смердячого гною. Через 4 місяці виконана операція апендектомія. З'ясувалось, що червоподібний відросток розміщувався ретроцекально і майже на протязі всієї позачеревини. Ретроспективна оцінка визначила причину діагностичної помилки. Хворий поступив з нападом гострого апендициту. Позачеревинне розміщення червоподібного відростка виключило ознаки роздратування черевини. Запальний процес розповсюджився по позачеревинній клітчатці, досягнув парауретеральної клітчатки та сечовика, що призвело до звуження просвіту сечовика, уростазу, підвищення тиску сечі в нирковій мисці, розвитку ниркової кольки. Запалення стінки сечовика обумовило появу еритроцитів та лейкоцитів у сечі. Послаблення видільної функції з правого боку, кінцево запевнило хірурга в наявності патології сечовивідних шляхів і призвело до діагностичної помилки.

Переміщення каменя по сечовику не завжди супроводжується характерним для ниркової кольки сильним болем, а поступово поступаюча обструкція сечовика не обов'язково призводить до різкого підвищення тиску у верхніх сечових шляхах, який супроводжується болем в крижіх та симптомом Пастернацького. Сечовий камінь, який застряг в нижній третині сечовика, може визвати біль та болісність при пальпації в пахо-здухвинній ділянці, які нерідко сприймаються за проявлення апендициту. Така діагностична помилка тягне за собою марну апендектомію. Лише після видалення "невинного" червоподібного відростка використовується урологічне дослідження, яке виявляє обтурацію сечовика каменем, гідроуретер, пієлектазію, а інколи - і гідронефроз. Відсутність еритроцитів та лейкоцитів у сечі пояснюється тим, що нерухомий камінь блокує сечовик та відсікає верхні сечові шляхи від сечового міхура.

Важкі завдання ставить перед хірургом диференціальна діагностика *гострого апендициту* у *жінок*. Синтопія органів нижнього поверху черевної порожнини, особливо - при тазовому розположенні червоподібного відростка, зближує клінічну картину гострого апендициту з ознаками гострого запалення придатків матки, перекрутом кісти чи порушенням живлення або запаленням яєчника. Дуже часто, оперуючи з попереднім діагнозом "гострий апендицит", хірург виявляє позаматкову вагітність, яка супроводжується внутрішньочеревною кровотечею. Помилки припускаються і гінекологами. Часто прийнявши жінку зі скаргами на біль внизу живота та хибні потяги до дефекації, визначивши при бімануальному дослідженні болісність при зміщенні матки та флюктуруюче циліндричне утворення в тазі, гінеколог починає екстренну операцію з приводу тазового перитониту, піосальпінгсу, і виявляє емпієму червоподібного відростка, розміщеного глибоко в малому тазі. Пункція заднього склепіння піхви може дати цінну діагностичну інформацію та сприяти правильному передопераційному діагнозу, якщо дугласів карман черевини не облітерований зрощеннями і якщо під час пункції вдається добути кров або гній. При облітерації матково-прямокишкового кармана пункція виявляється "сухою" та неінформативною. При отриманні гнійного ексудату підтверджується пельвеоперитоніт, але достовірно визначити його джерело на підставі макроскопічної оцінки гною неможливо. Додаткову діагностичну інформацію дає УЗД, але ультразвукова діагностика не вирішує пробле-

ми. Трубний аборт та апоплексія яєчника невеликою кровотечею не дають ехо-сигналу. Піосальпінгс неможливо відрізнити від емпієми червоподібного відростка. Кіста чи пухлина яєчника чітко відрізняються при ультразвуковому дослідженні. Однак виявлення пухлини не означає, що саме вона є причиною гострого захворювання. Найбільш інформативним способом передопераційної диференціальної діагностики є лапароскопія. За відсутності лапароскопії діагностичні проблеми вирішуються за допомогою лапаротомії.

Апендикулярний інфільтрат - часте ускладнення гострого апендициту. У хворих із апендикулярним інфільтратом у правій здухвинній ділянці пальпується щільне болісне утворення. Якщо лікар спостерігає появу та ріст цього утворення, яке виникло на 3-4 добу болі у животі і який супроводжується вираженим фебрилитетом, сумнівів у апендикулярному виникненні інфільтрату не виникає. Бувають, однак, ситуації, коли пацієнт "пропускає" перші дні хвороби, не надаючи значення терпимому болю в правій половині живота, а інфільтрат або дуже повільно збільшується, або "застиває" не абсцедуючи і не розсмокчуючись. Тоді хворий потрапляє з пальпуючою пухлиною в правій половині живота, і у лікаря виникають проблеми диференціальної діагностики *апендикулярного інфільтрату та раку сліпої або висхідної кишки*. Якщо хворий потрапляє в плановому порядку, ці проблеми вирішуються рентген-контрастною ірригоскопією ободової кишки, колоноскопією (при показниках - з біопсією), лапароскопією. Інколи кінцевий діагноз визначається тільки після діагностичної лапаротомії, в процесі якої також виникають неоднозначні ситуації.

Ми спостерігали хворого, який потрапив з проявами кишкової непрохідності на другу добу захворювання. Відмічається вздуття живота, невідходження калу та газів. При огляді та аускультатії - типовий симптом Валя, шум плеску в животі. У правій здухвинній ділянці прощупується щільна, безболісна, обмежено рухома пухлина розміром з чоловічий кулак. Хворий, людина із зниженим інтелектом, цю пухлину не помічав. При рентгеноскопії живота виявили горизонтальні рівні (чаші Клойбера) в тонкій кишці. Екстренна операція з попереднім діагнозом "рак сліпої кишки, гостра кишкова непрохідність". Під час лапаротомії за макроскопічною оцінкою підтверджується діагноз раку сліпої кишки і виконана правостороння геміколектомія. Хворий одужав. При гістологічному дослідженні верифікована запальна природа "пухлини", яка утворилась навколо червоподібного відростка. Якщо б правильний діагноз був поставлений до операції, можна було б обмежитися значно менше ризикованою операцією - шунтуючим ілеотрансверзоанастомозом з наступною антибактеріальною та протизапальною терапією апендикулярного інфільтрату, після розсмоктування якого можна було б виконати апендектомію.

Наступна історія хвороби ілюструє можливість помилки іншого плану. Хвора 59 років потрапила зі скаргами на біль в животі протягом 7-8 днів. У правій здухвинній ділянці прощупується болісна пухлина розміром з дитячий кулачок. Діагностований апендикулярний інфільтрат, призначені антибіотики. На 5-6 день лікування болі та болісність при пальпації зникли, інфільтрат зменшився. При наступному спостереженні розміри інфільтрату залишились незмінюваними. Підозрюється рак сліпої кишки. Колоноскопія з біопсією підтвердили діагноз. Хвору було прооперовано. Виконана правостороння геміколектомія. Одужання.

Суб'єктивне та об'єктивне покращення після антибіотичної терапії пояснюється зняттям перифокального запалення, яке привело до зменшення розмірів пухлини та ліквідації болі і болісності.

При високому підпечінковому розміщенні сліпої кишки *гострий апендицит* приходиться диференціювати з *гострим холециститом*. Підтікання ексудату в праву здухвинну ділянку призводить до того, що за симптомами гострого апендициту ховається *гострий панкреатит*. Понос найчастіше є ознакою *гострого ентероколіту*. Однак при важких формах флегмонозного апендициту розповсюдження флегмони на стінку сліпої кишки може привести до поносу. Це дуже небезпечно, тому що зробивши понос основою діагностичної концепції, лікар розпочинає лікування ентероколіту та порушує оптимальні терміни хірургічної операції з приводу гострого апендициту. Така помилка може статися фатальною: понос, який ускладнює перебіг гострого апендициту, свідчить про важку форму запалення червоподібного відростка та зволікання з операцією різко погіршує прогноз.

Защемлена грижа. Здавалося б, які діагностичні проблеми можуть бути зв'язані з защемленою грижею! Захворювання з чітко визначеними проявленнями, які досяжні візуальній та пальпаторній оцінці. Найчастіше діагноз "защемлена грижа" визначає сам пацієнт. Однак, проблеми є, і помилки в

діагностиці защемленої грижи погрожують грубими тактичними помилками, інколи - із трагічними наслідками.

Найчастіше ургентному хірургу приходится диференціювати защемлену стегову грижу з *патологією лімфовузлів*, розміщених в скарповському трикутнику. Щільне болісне утворення, яке розташоване в паху нище пупартової зв'язки, може виявитись защемленою грижею, банальним лімфанедітом, метастазом злоякісної пухлини в лімфовузлі. Наведу декілька прикладів.

Хворий 67 років звернувся зі скаргами на біль у лівому паху, де на протязі 2-х діб прощупується болісне утворення. Об'єктивно: шкіра пахової ділянки трохи гіперемірована, під пупартовою зв'язкою прощупується болісне утворення діаметром біля 4 см. Шкіра міжпальцевих проміжків лівої стопи запалена, відмічаються злущування та мокнуття, які характерні для грибкового ураження. З діагнозом "абсцедируючий паховий лімфаденіт" хворого взяли в гнійну операційну. Після розтину шкіри, інфільтрованої клітковини та поверхневої фасції виявилось, що причиною запалення є не лімфаденіт, а защемлена стегова грижа з герніітом. Хворого перевели в "чисту" операційну. У процесі операції виявилось пристінне (ріхтеревське) защемлення з гангреною стінки здухвенної кишки. Резекція кишки. Одуjuanня.

В цьому випадку діагностична помилка не потягла за собою тактичної помилки, тому як помилково діагностований абсцедируючий лімфаденіт також вимагав виконання екстреної операції.

Нерідко припускаються помилки іншого плану. Хворих ургентно оперують з припущеним діагнозом "защемлена стегова або пахова грижа", а виявляється аденофлегмона або абсцес. В цьому випадку діагностична помилка не призводить до трагічних наслідків. Їх попереджує своєчасна операція, яка уточнює діагноз та коригує лікувальну практику.

Значно небезпечним є помилковий діагноз, який заперечує необхідність екстреної операції. До таких помилок відноситься діагностика метастазу в пахові лімфовузли у хворого з защемленою грижею.

Хворий 71 року в минулому оперований з приводу раку нижнього ампулярного відділу прямої кишки. Поступив зі скаргами на біль у правому паху, де прощупав болісне утворення розміром з вишню. Вважав себе хворим 3 дні. Хірург виключив діагноз защемленої грижи і госпіталізував пацієнта з припущенням метастазу раку прямої кишки в паховий лімфовузол. Було вирішено після традиційних досліджень піддати хворого лімфаденектомії з гістологічним дослідженням препарату. Наступного дня стан пацієнта погіршився. Біль в паху посилювався, з'явилося почервоніння шкіри та інфільтрація підшкірної основи. Це розцінили як наслідок розпаду пухлинного метастазу з перифокальним запаленням. Були назначені антибактеріальні препарати. Ще через день - різке погіршення: розлиття болю в животі, захисне напруження м'язів черевного пресу, ознаки роздратування черевини. Термінова лапаротомія: в черевній порожнині - кишковий вміст, мутний ексудат, фібринозний наліт на кишках. На противибрижівій поверхні здухвенної кишки ділянка некрозу 2,5x2,0 см з перфорацією в центрі. Резекція деструйованої ділянки кишки. Розтин у правій паховій ділянці. Розсічені набрякша шкіра, підшкірна клітковина та фасція. Видалена інфільтрована черевина грижевого мішка, витиняючогося під пупартовою зв'язкою. Пластика по Бассіні. Хворий помер від перитоніту. Ознаків прогресування онкологічного захворювання на секції не виявлено.

Таким чином, діагностична помилка зіграла фатальну роль. Недіагностування та неоперування ріхтерівського зацімлення призвело до некрозу та перфорації зацімленої стінки, гернііту, опорожнення кишки у черевну порожнину, перитоніту із смертельним кінцем. Чому нас навчав сумний досвід таких спостережень? - Диференціальна діагностика зацімленої стегової грижи та патології лімфовузлів не може бути проведена на основі лише клінічних оцінок. Тому невідкладна хірургічна ревізія в сумнівних випадках є обов'язковим і рішучим методом.

Пухлини органів черевної порожнини часто метастазують в пупок. Метастаз раку в пупок являє собою щільний, помірно болісний вузол, "сягаючий" в черевну порожнину. Частіш за все в пупок метастазують рак шлунка та рак яєчника. Інколи рак шлунка метастазує в яєчник (крукенберговський метастаз) та в пупок. За візуальними та пальпаторними ознаками *метастаз раку в пупок подібний на пупкову грижу*, яка вміщує жорстко зацімлений жмут великого сальника. Некроз вмісту грижи ускладнюється герніітом, який проявляється гіперемією та набряком тканин пупкової ділянки. Подібний набряк та гіперемія можливі при розпаді чи інфікуванні метастатичного пухлинного вузла. Помилки диференціальної діагностики припускаються часто. Так, метастаз раку в пупок приймають

за зацімлену пупкову грижу, ургентно оперують і ставлять правильний ліагноз лише тоді, коли при розтині "випирання" на зрізі виявляється типова картина злаякісної пухлини. Така помилка безпечна. Вона лише сприяє діагностиці розповсюдженої форми злаякісної пухлини, яка перебігала до того ж безсимптомно та неочікувано і виявляється на першій стадії. Значно небезпечніше прийняти зацімлену грижу за метастаз раку в пупок і відмовитися від термінової операції. Для того, щоб уникнути можливості невиправних помилок, необхідно взяти за правило - сумнів у діагностиці є показником до термінової операції. Лише операція може підтвердити або відхилити припущення про зацімлену пупкову грижу. Зрозуміло, що мова йде лише про ті варіанти зацімлення, коли тверде утворення в пупковій ділянці за клінічними ознаками важко відрізнити від метастазу злаякісної пухлини. Великі, напружено еластичні випирання з ознаками кишкової непрохідності не викликають діагностичних сумнівів і не складають діагностичних альтернатив метастазам раку в пупок.

Актуальною є диференційна діагностика *зацімленої грижи та кишкової непрохідності*. Хворі з зацімленою грижею часто направляються в хірургічний стаціонар із діагнозом "кишкова непрохідність". Справа в тому, що це - не помилковий діагноз, тому що зацімлена грижа в більшості випадків (якщо зацімлена кишка!) супроводжується проявами непрохідності, які виявляються ведучими ознаками захворювання.

Хвора 63 років, повна жінка, потрапила на 3-ю добу з болями в животі, нудотою, повторним блюванням. Живіт вздутий, чіткий симптом Валя у лівій здухвинній ділянці, шум плеску в животі. Рентгенологічно визначаються горизонтальні рівні та чаші Клойбера. З діагнозом "гостра кишкова непрохідність" хвора прооперована. Середина лапаротомія. Товста кишка та аборальні 70 см здухвенної кишки у спавшомуся стані. Петля здухвенної кишки фіксована в паховому каналі. Кишка легко витягнута з пахового каналу. Ознаків некрозу немає. Операція закінчена герніопластиком за Жираром.

Важко сказати, чи є діагностична помилка наслідком огрядності хворої і об'єктивною важкістю вияву грижевого випирання, чи вона сталась через недостатньо ретельного лікарського дослідження. Так чи інакше, правильний діагноз зацімленої пахової грижи дозволив би виконати операцію із значно меншим травматичним доступом - розтином в паховій ділянці. Ретельна ревізія пахових ділянок, яка направлена на пошук можливого випирання грижи, необхідна у всіх хворих із гострою хірургічною патологією животу.

Ми спостерігали хворих, направлених із діагнозом "бешихове запалення пупкової ділянки", "флегмона пахової ділянки". Яскрава гіперемія із характерними, чітко окресленими "язиками полум'я", набряки, інфільтрація тканин, висока температура тіла, озноби - всі ці ознаки неначе підтвердили правильність первинного діагнозу. Однак, анатомічні свідчення, результати огляду та пальпації дозволили в більшості пацієнтів виявити зацімлену пахову, стегову чи пупкову грижу, ускладнену *герніітом* та запаленням навколишніх тканин. Під час термінової операції у них виявлялось невелике грижеве випирання із зацімленим некротизованим сальником, рідше - пристіночне (ріхтерівське) зацімлення кишки з гангреною стінки.

Гостра кишкова непрохідність характеризується чітким синдромом, який вміщує хароактерні суб'єктивні та об'єктивні ознаки. Пацієнти скаржаться на біль у животі, нудоту, блювання, невідходження калу та газів. Об'єктивно відмічається вздуття животу, високий тимпаніт над передньою черевною стінкою, шум плеску, а при рентгенологічному дослідженні - горизонтальні рівні та чаші Клойбера в кишечнику.

Основне питання диференціальної діагностики - визначення *механічного* або *динамічного* генезу непрохідності. Від рішення цього питання залежить вибір адекватного - хірургічного чи консервативного - методу лікування. Об'єктивні труднощі пов'язані з тим, що перераховані клінічні та рентгенологічні ознаки непрохідності зустрічаються як при механічному, так і при динамічному варіанті.

Симптом Валя - міцна, яка часто супроводжується незвичним голосним буркотінням, "ричача" перистальтика - характерна для механічної непрохідності. Видима через передню черевну стінку, "здиблена" петля кишки, напружуючись та послаблюючись, здійснює змієподібні рухи, намагаючись здолати ділянку стенозу і проштовхнути крізь нього кишковий вміст. Причини стенозу різноманітні. Звуження проміжку кишки (аж до повної обтурації) може бути обумовлене пухлиною, рубцевою деформацією, спайками, інвагінацією, великим жовчним каменем, клубком аскарідів, каловим "завадом". Симптом Валя, не уточнюючи нозологічної природи звуження, як правило, вказує на механіч-

ний генез непрохідності та визначає показання до невідкладної операції. В цьому його диференціально діагностичне значення. Однак, якщо наявність симптому Валя є суттєвою ознакою механічного генезу непрохідності, то відсутність престенотичної перистальтики не заперечує механічної перепони та не знімає показників до лапаротомії. Симптом Валя може бути відсутнім і в пізніші терміни непрохідності, коли занедбаність захворювання призводить до виснаження моторики кишки, або ускладнюючий непрохідність перитоніт паралізує перистальтику. Таким чином, симптом Валя не може вважатися абсолютно достовірною диференціально-діагностичною ознакою, яка відрізняє механічну кишково непрохідність від динамічної.

Певне значення мають рентген-контрастні дослідження товстої кишки (ірригоскопія) та колоноскопія. Якщо механічна перепона локалізується в товстій кишці, ці дослідження вирішують діагностичну проблему. За допомогою ірригоскопії та колоноскопії виявляються пухлини товстої кишки, поліпи, інвагінація, рубцеві деформації, копростаз, заворот сігмоподібної кишки, мегадоліхоколон. Але якщо рівень механічної перепони знаходиться поза товстою кишкою, діагностика виявляється за межами можливості цих методів. Вони дозволяють виключити механічну перепону лише на рівні товстої кишки.

Інформаційність спостереження за ортоградним пасажем прийнятої *per os* рентген-контрастної речовини (барію сульфату, йодоліполу) також обмежена. Справа в тому, що у випадках механічної непрохідності рівень зупинки ("стоп") контрастної маси звичайно відповідає рівню механічної перепони. В той же час, в умовах динамічної непрохідності, коли механічна перепона відсутня, рентген-контрастний препарат стопориться на непередбаченому рівні в зв'язку з відсутністю перистальтичних хвиль, які забезпечують його наступовий рух в абсорбальному напрямленні. Це може призвести до оманливо-позитивної діагностики механічної непрохідності з наступною даремною лапаротомією.

Найбільш інформативним методом диференціальної діагностики є лапароскопія, можливість якої значно більша одного тільки визначення механічного чи динамічного генезу непрохідності. Можливості лапароскопії співставляються з діагностичною інформативністю лапаротомії, яка визначає не тільки механізм непрохідності, але і її нозологічну приналежність. При механічній непрохідності лапароскопія визначає рівень та причину перепони, сприяючи таким чином вибору оптимального варіанту операції. Загальновідомо, що механічна непрохідність визначає абсолютні показання до невідкладної операції, а при динамічній непрохідності операція, як правило, не показана. Але немає правил без винятків! Існує форма динамічної кишкової непрохідності, при якій показання до невідкладної операції такі ж категоричні, як і при механічній непрохідності. Це - динамічна непрохідність, обумовлена перитонітом. Динамічна кишкова непрохідність супроводжує фібринозно-гнійний перитоніт, який ускладнює гострий апендицит, проривну виразку, гострі запалення придатків матки, жовчний пропотний перитоніт, характерний для ферментативного холециститу, геморагічний панкреатогенний перитоніт при деструктивному панкреатиті. Ендоскопічна картина всіх цих захворювань досить характерна, і лапароскопія могла б стати вирішуючою процедурою в диференціальній діагностиці кишкової непрохідності, якщо б небезпеки лапароскопії не обмежували її використання в умовах кишкової непрохідності. Ризик ушкодження утонченої стінки надуті кишки винятково високий, тому в сумнівних випадках експлоративну лапаротомію використовують частіше, ніж лапароскопію.

Ми обговорили діагностичні можливості, які підтверджують або не підтверджують, чи - рідше - виключають механічний генез непрохідності і прийшли до висновку, що в сумнівних випадках останнім актом діагностики стає лапаротомія. Однак, якщо при ревізії черевної порожнини з'ясується, що непрохідність динамічна, операція суттєво ускладнює прогноз. Тому прийняттю рішення про діагностичну лапаротомію повинні передувати дії, які спрямовані на пошук і виявлення можливих екстраперитонеальних причин динамічної кишкової непрохідності.

Частою причиною динамічної кишкової непрохідності є *патологія сечовивідних шляхів*, яка проявляється епізодами ниркової кольки.

Хворого 35 років було доставлено з діагнозом "гостра кишкова непрохідність" на третю добу захворювання, яке проявляється опоясуючими болями в животі, нудотою, вздуттям, невідходженням газів. Із додаткового анамнезу з'ясувалось, що він страждає нирково-кам'яною хворобою, виділяв дрібні камені з сечею. Останній сильний напад ниркової кольки переніс 5-6 днів тому. Після нападу, який був купірований спазмолітиками та знеболюючими засобами, залишився тупий біль в лівій половині живота. Три дні тому біль посилювався, і він щоденно приймав платифілін, баралгін, но-шпу. Загальний стан середньої важкості. Пульс 86, ритмічний. Живіт

різко вздутий. Над черевною стінкою - високий тимпаніт. Шум плеску. Перистальтика не визначається візуально, пальпаторно та аускультативно. Симптом Пастернацького сумнівний. Ампула прямої кишки порожня. На рентгенограмі живота - виражений метеоризм в тонкій та товстій кишках. Хромоцистоскопія: з правого боку індигокармін поступає на четвертій хвилині добрим струменем. З лівого боку через 15 хвилин барвник не потрапляє. Діагно: сечокам'яна хвороба, лівостороння ниркова колька, динамічна кишкова непрохідність. Знеболюючими, вагомиметичними препаратами, клізмами вдалося справитись з динамічною непрохідністю кишечника. Після ліквідації метеоризму на внутрішньовенній екскреторній урограмі були виявлені обтурируючий камінь юкставезикального відділу лівого сечоводу, уретероектазія, піелектазія. Камінь видалений оперативним шляхом. Одушання.

В цьому випадку діагностичні зусилля мали успіх, і хворий уникнув даремної лапаротомії, яка могла б бути використана по показникам, аргументованим діагнозом направлення. На жаль, зустрічаються інші сумні спостереження, зв'язані з драматичними наслідками діагностичних помилок. Хворий 67 років, який страждав на сечокам'яну хворобу, був доставлений з сильними болями у лівому боці, нудотою, блюванням, вздуттям живота. В минулому переніс піелолітотомію з лівого боку. Стан після надходження середньої важкості. Живот вздутий. Визначається шум плеску. На рентгенограмі - горизонтальні рівні в тонкій кишці. В лівому підребер'ї прощупується щільне утворення, яке виступає на 5-6 сантиметрів нижче реберної дуги. В аналізі сечі урати, 5-10 еритроцитів в полі зору. Прощупуване в підребер'ї утворення кваліфікується як гідронефроз, а вздуття, шум плеску та горизонтальні рівні кваліфіковані як прояви динамічної кишкової непрохідності. Вирішено готувати хворого до урологічного обстеження та операції з приводу уролітіазу. На другу добу під час сіфонної клізми почався гострий біль у животі. Холодний піт, тахікардія, падання артеріального тиску, захисне напруження м'язів та ознаки подразнення черевини по всьому животі не залишали сумнівів в тому, що виникла внутрішньочеревинна катастрофа. Екстрена лапаротомія. У черевній порожнині мутна рідина, введена в якості клізми, з домішками калу. Утворення, що кваліфікувалося як гідронефроз, виявилось великою пухлиною лівого, селезіночного повороту ободової кишки. На ділянці розтягнутої газом та заповненої рідким калом приводячої петлі ободкової кишки - перфорація діаметром біля трьох сантиметрів. Обструктивна резекція ободкової кишки за типом операції Гартманна. Важкий післяопераційний перебіг. Виписаний на 50 добу після операції.

Таким чином, у хворих з клінікою гострої кишкової непрохідності можливі два варіанти помилок диференціальної діагностики з нирковою патологією: діагностика механічної непрохідності у хворих з нирковою колькою погрожує даремною лапаротомією, і діагностика нирково-кам'яної хвороби у хворих з механічною непрохідністю, що тягне за собою відкладання життєво-необхідної операції.

Особливе місце серед ознак динамічної кишкової непрохідності займає *інфаркт міокарда*. Це загрозливе, прогностично важке захворювання часто уражає людей, які не страждали в минулому ішемічною хворобою серця і вважали себе практично здоровими. Спалахнувши "як грім серед ясного неба" катастрофа застає хворого знанецька, болі в підложечній ділянці, характерні для гастральгічної форми інфаркту, породжують хибні діагностичні прогнози. А приєднані явища рефлекторного парезу кишечника та гастропарезу інколи вводять в оману навіть досвідчених лікарів.

Відомий лікар, здоровий чоловік 58 років захворів гостро, перебуваючи на рибалці в теплий літній полудень. Спочатку він розцінив нудоту, яка з'явилась, як наслідок перегріву та угойдування, однак сильний біль в животі та блювання заставили його прилягти на березі, де стан його різко погіршився, він укрився липким холодним потом, було коротке запаморочення. Коли через 1,5 години з міста приїхала швидка допомога, хворий перебував у колапсі, живіт був різко вздутим, пальпація черевної стінки болісна. З діагнозом "кишкова непрохідність" він був доставлений у хірургічну клініку, де на підставі клінічних та рентгенологічних даних діагноз підтвердили і розпочали передопераційну підготовку. Але на електрокардіограмі, виконаній в рамках обов'язкових передопераційних обстежень, виявився осередок ішемії. Консіліум досвідчених лікарів без сумнівів зупинився на діагнозі "інфаркт міокарда, динамічна кишкова непрохідність" і відмінив операцію, що готувалася. Інфаркт був підтверджений даними клініки і повторними електрокардіограмами. Прояви динамічної кишкової непрохідності вирішилися. Через два місяці, коли в стані хворого спостерігалось суб'єктивне та об'єктивне покращення, ста-

вся повторний інфаркт і хворий помер.

Можна повторити, що рішення про відміну операції з приводу кишкової непрохідності консіліум прийняв після довготривалої дискусії, без впевненості в достовірності прийнятої діагностичної концепції. Простіше було б діяти за канонами ургентної харургії, у відповідності з якими при сумнівах необхідно оперувати. Якщо б хворого оперували, був би неминучий смертельний кінець, який, вірогідно, наступив би швидко після операції, і лікарі мали б підставу побачити причинно-наслідковий зв'язок між своїм помилковим рішенням та смертю хворого. З іншого боку, прийняте нами і ставше правильним рішення, не було аргументом беззаперечним. Воно могло бути помилковим. У хворого був інфаркт міокарда з проявами вторинної кишкової непрохідності. Все могло бути навпаки. Первинною могла бути внутрішньочеревна катастрофа (механічна кишкова непрохідність, гострий панкреатит, навіть проривна виразка), а з'ясована на електрокардіограмі ішемія міокарда могла виявитися наслідком рефлекторного спазму коронарних судин, які реагували на болевий синдром. І тоді відмова від термінової операції виявилася б помилкою.

Хворі, у яких інфаркт міокарда перебігає з проявами динамічної кишкової непрохідності, зустрічаються часто, також зустрічаються гострі захворювання органів живота, що перебігають під клінічною маскою інфаркту міокарду. Не існує рецептів, які гарантували б нас від діагностичних помилок. Зменшити вірогідність помилок може включення електрокардіограми в число обов'язкових передопераційних обстежень у хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини.

Екстраабдомінальні, які розташовані в грудній клітці, причини динамічної кишкової непрохідності не вичерпуються інфрактом міокарда. Ми спостерігали хворих, у яких *кишкова непрохідність провокувалась нижньодолевою пневмонією або плевритом*.

Одного разу швидкою допомогою був привезений хворий маляр 47 років з діагнозом "кишкова непрохідність". Він скаржився на розпираючий біль у животі та віддишку, неможливість глибоко вдихнути, нудоту, невідходження газів протягом двох діб. Стул був три дні тому. Після уточнення анамнестичних деталей з'ясувалося, що три тижні тому він був "неначе" застужений, але після трьох-чотирьох днів лікування "домашніми засобами" він вийшов на роботу, де відчував слабкість, потливість, слабування, підвищену утомленість. Три дні тому стан погіршився, з'явився біль у правому підребер'ї, затруднений вдих. Дуже швидко приєдналось вздуття живота, перестали відходити гази. Після прийняття до стаціонару клінічна картина непрохідності кишечника не викликала сумнівів: куполоподібний вздутий живіт, високий тимпаніт, контуруючі через черевну стінку роздуті неперистальтуючі петлі кишок, шум плеску під час постукування черевної стінки. Права половина грудної клітки явно відставала в акті дихання, при перкусії з правого боку нижче вугла лопатки визначалася стенова тупість, а під час аускультатії не прослуховувалися дихальні шуми. На рентгенограмі живота множинні широкі горизонтальні рівні та чаші Клойбера підтверджували діагноз кишкової непрохідності, а затемнення правого гемітораксу нижче рівня VI ребра по лопаточній лінії підтверджувало встановлений по фізикальним даним діагноз ексудативного плевриту. Анамнез та об'єктивні ознаки представляли аргументи для двох альтернативних концепцій. 1). У хворого механічна кишкова непрохідність, можливо, обумовлена обтурируючою пухлиною товстої кишки, яка метастазувала в легені, плевру і викликала явище канцероматозного плевриту. В цьому випадку захворювання, яке передувало протягом трьох тижнів непрохідності, необхідно розцінювати як клінічні прояви метастазів у легені та плевру. 2). Хворий переніс пневмонію, котра ускладнилася плевритом з проявами рефлекторної динамічної кишкової непрохідності. Перша діагностична концепція обумовила показники до термінової операції, яка спрямована на усунення непрохідності. Друга концепція спрямувала лікувальні заходи на усунення плевриту - джерела патологічних імпульсів, які підтримують парез кишечника. Виходячи із другої концепції, була виконана плевральна пункція, аспірирований 1 л прозорого ексудату, була призначена антибактеріальна, протизапалювальна терапія та стимуляція перистальтики кишечника. З плевритом удалося справитись, прояви динамічної кишкової непрохідності вирішилися. Хворий одужав.

Можна було б навести приклади, коли правильною була концепція механічної непрохідності, яка обумовлена пухлиною. Наше спостереження може бути ілюстрацією об'єктивних труднощів диференційної діагностики механічної кишкової непрохідності пухлинного генезу та динамічної кишкової непрохідності, яка визвана плевритом чи базальною пневмонією.

Важким завданням є виявлення генезу кишкової непрохідності у хворих з *гострим порушенням мозкового кровообігу*. Ішемічний чи геморагічний інсульт, як правило, супроводжується парезом кишечника, який призводить до копростазу. Довготривалий копростаз закінчується obturaцією термінальних відділів товстої кишки щільними, що перетворюються в копроліти, масами, які обумовлюють механічну перепону пасажу кишкового вмісту. Із закінченням гострого періоду порушень мозкового кровообігу відновлюється перистальтика, а кишкова непрохідність, що почалася як динамічна, набуває клінічних ознак механічної. З'являється візуальна аінколі й слухова, "ричаща" перистальтика (симптом Валя), на рентгенограмі живота визначаються горизонтальні рівні і чаші Клойбера, виникають показання до невідкладної операції. Так як абсоральна частина калового завалу звичайно застряє у нижньому ампулярному відділі прямої кишки, діагностичні та тактичні проблеми вирішуються під час пальцевого обстеження *per rectum*. Зруйнування копролітів за допомогою пальця з наступною клізмою ліквідують копростаз та позбавляють хворого від непрохідності. Однак, в перші дні гострого порушення мозкового кровообігу, коли копроліти ще не сформувались, прояви динамічної непрохідності бувають дуже небезпечними, та хірурги інколи використовують лапаротомію, котра різко погіршує прогноз основного захворювання. На жаль, бувають помилки протилежного роду. Знаючи, що гостре порушення мозкового кровообігу супроводжується динамічними розладами перистальтики, хірург аргію будь-яку непрохідність у хворого з інсультом кваліфікує як динамічну і помиляється у тих випадках, коли у хворого на тлі гострого порушення мозкового кровообігу розвивається механічна непрохідність, що обумовлена стенозуючою пухлиною, защемленням грижи, рубцевою спайкою або заворотом кишки. І тоді хворий помирає не від інсульту, а від внутрішньочеревної катастрофи.

Що необхідно зробити, щоб зменшити вірогідність помилок? - Необхідно пам'ятати про те, що гостре порушення мозкового кровообігу обумовлює порушення моторики кишечника, загрожує динамічною непрохідністю та копростазом. Тому не слід необачливо використовувати лапаротомію, не спробувавши відновити перистальтику та ліквідувати копростаз. З іншого боку, не слід кожний випадок кишкової непрохідності у хворого з інсультом кваліфікувати як динамічну кишкову непрохідність та категорично відкидати невідкладну операцію. Необхідно виконати комплекс заходів, що направлені на диференціальну діагностику генезу непрохідності. В цей комплекс входить пальцеве обстеження *per rectum*, ірригоскопія товстої кишки, рентгенологічні обстеження пасажу барію, прийнятого *per os*, лікувальні заходи, що направлені на стимуляцію кишечника та уточнення діагнозу *ex juvantibus* (введення парасимпатоміметиків, клізми, паранефральні блокади). Якісне виконання цього комплексу не гарантує від помилок, але зменшує їх чисельність.

Диференціальна діагностика динамічної та механічної непрохідності актуальна, головним чином, по відношенню до obturaційної непрохідності, яка звичайно перебігає м'якше, ніж странгуляційна. Странгуляція, як правило, із самого початку проявляє себе жорстким, знеацьким болем у животі, обумовленим гострою ішемією органа. Тому, під час *странгуляційного варіанту* непрохідності асоціацій з динамічними порушеннями пасажу кишкового вмісту не виникає, та диференціально-діагностичні зусилля направляються на гострі захворювання живота, що супроводжуються болевим синдромом - *проривну виразку, деструктивний панкреатит, перекручену кісту яєчника*. Необхідно вказати на те, що якщо диференціальна діагностика генезу кишкової непрохідності робить вирішувачи вплив на вибір лікувальної тактики (консервативної чи хірургічної), то диференціальна діагностика з гострою хірургічною патологією живота лише уточнює нозологічну приналежність захворювання, яке також, як странгуляційна непрохідність, диктує показники до термінової операції. Уточнення діагнозу в цьому випадку сприяє вибору оптимального операційного доступу, а інколи впливає на склад операційної бригади, в котру при вагомій підозрі на патологію жіночих геніталій включають гінекологів. Ми неодноразово оперували хворих, у котрих під личиною перекрученої кісти яєчника ховався заворот сігмоподібної кишки чи странгуляція здухвенної кишки рубцевим тяжем. Роздута газом, еластично напружена петля кишки нерідко сприймається за перекручену кісту яєчника. Операцію в цих випадках розпочинає гінеколог, а закінчує хірург. Великих бід така передопераційна діагностична помилка не приносить, так як корективи вносяться під час невідкладної операції. Необхідно лише пам'ятати про те, що добре розроблений, улюблений гінекологами доступ за Пфаненштилем, не повинний використовуватись в ургентній хірургії: він обмежує можливості ревізії черевної порожнини і у випадку помилкового доопераційного діагнозу суттєво ускладнює дії хірурга.

Дуже часто хірург приймає кісту за перерозтягнуту петлю кишки, розпочинає операцію з припущенням про странгуляційну кишкову непрохідність і уточнює діагноз лише після лапаротомії. Вірогідність передопераційної діагностичної помилки збільшується ще в зв'язку з тим, що порушення живлення пухлини яєчника звичайно супроводжується динамічною кишковою непрохідністю. В цих випадках виникає проблема визначення оптимального обсягу операції. Під час доброякісної кісти достатньо буде цистектомії. Під час виявлення ознак злоякісної пухлини яєчника показана ампутація (або екстирпація) матки з придатками та резекцією великого сальника. Визначення оптимального обсягу операції у хворой з порушенням живлення пухлини яєчника являє собою складне завдання, обговорення якого виходить за межі теми нашої лекції.

Зненацький гострий біль в животі, що виникає під час странгуляційної кишкової непрохідності, характерний для проривної виразки та для гострого деструктивного панкреатиту. Загальновідомі хрестоматійні диференціально-діагностичні ознаки, що відрізняють ці нозоформи. Відсутність печінкової тупості та наявність газу під діафрагмою характерні для хворих з проривною виразкою. Високі показники амілази крові та сечі, випіт у лівому реберно-діафрагмальному синусі відмічаються під час панкреатиту, ізольований широкий горизонтальний рівень та чаша Клойбера в зацімленій, що виявилась ізольованою, петлі, вказують на странгуляційне непрохідність. Все це - так, ці ознаки сприяють уточнюючій диференціальній діагностиці. Але у хворих із проривною виразкою може не бути газу під діафрагмою, гострий панкреатит може перебігати з порівняльними показниками амілази та діастази, а горизонтальний рівень у кишкової петлі може спостерігатися і під час динамічної непрохідності. Тому помилкові передопераційні діагнози неминучі. Але в зв'язку з тим, що будь-який із діагнозів, що вказують на гостру хірургічну патологію органів живота, диктує необхідність швидкої операції, діагностичні помилки не тягнуть за собою тактичних прорахунків та коригуються під час операції.

Ми обговорили деякі варіанти диференціальної діагностики гострих хірургічних захворювань живота. Це всього лише мала частина можливих альтернатив, які приходиться співставляти, вивагувати і оцінювати ургентному хірургові в практичній роботі. Схожість клінічних проявів різких захворювань створює об'єктивні передумови діагностичних помилок. Для зменшення кількості помилок необхідно розширити показання до використання "шукального катетера". Якісні зрушення в діагностиці гострих хірургічних захворювань живота можуть бути досягнуті лише під час забезпечення ургентних хірургічних стаціонарів ендоскопічною апаратурою та кадрами ендоскопістів, які несуть цілодобове чергування, що дозволяє виконати діагностичну лапароскопію в будь-який час доби.

Гострий апендицит - неспецифічний (часто флегмонозно-гнійний) запальний процес червоподібного відростка, що виникає в результаті дії (переважно сукупної) ряду факторів: первинної неспецифічної інфекції, змін загальної та місцевої реактивності, порушення кровопостачання, зумовленого дисфункцією нейрогуморального апарату місцевого чи загального походження. Термін запропонований R. Fitz у 1886 р.

Гострий апендицит - одне з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Захворюваність дещо більша в жінок, переважно вона залежить від віку і складає (В.Г. Зайцев, 1989)- у дітей до 1 року - 3,48 випадку на 10 тис. населення, в дітей від 1 до 14 років - 11,4, від 15 до 59 років - 114,9, від 60 до 69 років - 29,7, 70 років і більше - 15,8. Таким чином, якщо умовно середня тривалість життя становитиме 60 років, то кожній 12-15 особі до кінця життя буде видалень червоподібний відросток.

У колишньому Радянському Союзі за рік виконували в середньому 1 млн. апендектомій з приводу гострого апендициту, тобто одну на 230 чоловік. В Україні - 200-250 тис. Післяопераційна летальність становила 0,09%.

Протягом останніх 10 років післяопераційна летальність в Україні при гострому апендициті коливається в межах 0,16-0,24%.

Особливо вражають абсолютні цифри: 0,2% від 220 тис. оперованих становить 440 осіб!

Летальність при гострому апендициті по 10 областях України в 1985 р. визначалась такими факторами:

- важкістю захворювання 19,7%
- пізньою госпіталізацією 46,1%
- технічними помилками під час операції 5,2%
- тактичними помилками 6,8%

- дефектами післяопераційного лікування 7,7%
- супровідними захворюваннями 9,3%
- пізньою операцією 5,2%

Анатомо-фізіологічні дані.

Про існування червоподібного відростка відомо ще з часів древнього Єгипту. Перші описи і замальовки відростка людини належать Леонардо да Вінчі (1472 р). Червоподібний відросток (*Processus vermiformis s. appendix*) як самостійний орган формується в ембріона довжиною 60-75 мм. У новонародженого він має лійкоподібну форму, що широкою основою переходить у купол сліпої кишки де остаточно формується у трубчастий орган до 7-8 років життя. Особливості ембріогенезу, анатомії та фізіології червоподібного відростка, мають значення для клініциста-хірурга.

Дуже рідко, але зустрічається агенезія червоподібного відростка. Також описано випадки, коли в однієї особи було два і навіть три відростки. Можливе відходження відростка не від сліпої, а від висхідної кишки;

дугоподібний відросток, обома кінцями відкривається в просвіт сліпої кишки.

М'язова оболонка біля основи відростка утворює циркулярне потовщення - жом, сфінктер Робінсона. Слизова оболонка біля гирла відростка утворює 1-2 складки - клапан, або заслінка Герлаха. Сам відросток верхівкою, як відомо, сліпо закінчується. Ці обставини можуть сприяти утворенню замкнутої порожнини з інфікованим вмістом.

У підслизовій оболонці червоподібного відростка розміщується велика кількість лімфоїдних фолікулів: у дорослого - до 70-80 на 1 кв. см а загальна кількість у всьому відростку становить 1200-1500 при розмірах фолікула 0,5-1,5 мм. У цитоплазмі ретикулярних клітин фолікулів часто виявляють гетерогенні вclusions у вигляді фрагментів мікробних тіл, хромоліпідів, полісахаридних комплекси, що може обумовлювати виникнення запального процесу стінці відростка. Відома, у зв'язку з цим, інша назва апендикса - мигдалик черевної порожнини.

Кровопостачання червоподібного відростка здійснюється *a. appendicularis*, яка відходить від *a. ileocolica*, а остання - від *a. mesenterica sup.* Апендикулярну артерію вважають артерією кінцевого типу. Кровопостачання відростка має чіткий сегментарний характер, тобто тривалий спазм чи закупорка однієї гілочки апендикулярної артерії провокує адекватну зону ішемії стінки відростка, що теж може бути причиною виникнення запального процесу.

Виділяють чотири типи будови самої артерії червоподібного відростка:

один стовбур, що кровопостачає тільки апендикс (1/3 випадків);

один чи два стовбури, що кровопостачають 1/4-5 відростка, проксимальна 1/5 кровопостачається за рахунок ілеоцекальної артерії (1/4 випадків);

3) один чи два стовбури, що кровопостачають відросток і, частину стінки сліпої кишки в ділянці його впадання (1/4 випадків);

4) У інших випадках є множинні петлеподібні анастомози між одним, двома стовбурами, що кровопостачають відросток і прилеглу частину кишки. Без врахування цих типів перев'язкою основного стовбура *a. appendicularis* можна спровокувати ішемічний некроз частини сліпої кишки. При досконалій перев'язці кукси відростка можлива кровотеча з неї в ранній післяопераційний період.

Крововідтеча від червоподібного відростка здійснюється по однойменній вені *v. appendicularis* у систему *v. portae*. Це може зумовити поширення запального процесу (пілефлебіт) по останній аж до печінки (солітарні чи множинні абсцеси) при ускладнених формах гострого апендициту.

Головні лімфатичні колектори червоподібного відростка - апендикулярні та ілеоцекальні лімфовузли - зв'язані з лімфатичними системами багатьох інших органів (сліпої кишки, правої нирки і навколониркової клітковини, шлунка і дванадцятипалої кишки, жовчного міхура, внутрішніх статевих органів). Цей зв'язок може зумовити поширення патологічного процесу в обох напрямках.

У слизовій оболонці, іноді в поверхневому епітелії, розміщені аргентофільні клітини Кульчицького, які, на думку багатьох дослідників, продукують гормонативний активний інкрет, що бере участь у регуляції моторної діяльності самого відростка і взагалі кишечнику. Напевно тому багато осіб після апендектомії в подальшому схильні до закрепів.

Нерви червоподібного відростка мають у своєму складі волокна як симпатичні, так і парасимпатичні волокна та походять із сонячного, верхньобрижового і крижового сплетень. Як і в інших відділах кишечнику, вони утворюють два основних сплетення: м'язове (ауербахівське) і підслизове (мейснерівське). Та, на відміну від інших відділів кишечнику, кількість нервових елементів на одиницю

поверхні відростка приблизно втричі більша. Це може зумовити особливість індивідуального суб'єктивного сприйняття окремими особами запального процесу у відростку: первинну локалізацію болю в епігастральній ділянці, особливість поширення болю, вираження і прояви диспепсичного синдрому тощо.

Хірургічна анатомія

Ілеоцекальний кут - кінцевий відділ клубової кишки, сліпа кишка з червоподібним відростком, початок висхідної кишки, проектується на черевну стінку правої здухвинної ділянки.

Черевна стінка здухвинної ділянки складається з таких шарів:

1. шкіра і підшкірна жирова клітковина із сіткою кровоносних судин та шкірних нервів.
2. поверхнева фасція яка, є продовженням поверхневої фасції живота, прикріплюється до гребеня клубової кістки і пупартової зв'язки, ділиться на два листки: поверхневий і глибокий. Останній - фасція Томпсона - достатньо виражений, міцний, іноді помилково може бути прийнятий за апоневроз зовнішнього косого м'яза.
3. власна фасція безпосередньо біля апоневрозу, тонка.
4. апоневроз зовнішнього косого м'яза живота.
5. м'язовий шар - внутрішній косий і поперечний м'язи живота, між якими, пронизуючи їх, проходять два головних нервових стовбури nn. ilioinguinalis, ileohypogastricus.
6. поперечна фасція живота.
7. передочеревинна клітковина.
8. парієтальна очеревина.

Кровообіг цієї ділянки здійснюється за рахунок вказаних поверхневих і глибоких (aa. epigastrica inf., circumflexa ilei profunda) судин. Лімфовідтік відбувається в основному в паховій й, частково, підпаховій лімфатичні вузли поверхнево і в міжреберні, поперекові, клубові-глибокі. Важливо, що у зв'язку з іннервацією черевної стінки у здухвинній ділянці за рахунок нижніх міжреберних, поперекових, клубово-підчеревного і клубово-підпахового нервів можлива поява напруження черевних м'язів не тільки як ознаки запального процесу в черевній порожнині, а і в результаті базального плевриту, нижньочасткової пневмонії.

Оскільки хід вказаних нервів навскісний (зверху вниз і ззовні всередину), то більш раціональні у цій ділянці косий косо поперечні лапаротомні доступи.

Сліпа кишка і червоподібний відросток у більшості випадків розміщуються у правій клубовій ямці. Але її положення разом з відростком, положення самого паростка значно варіабельні, що є підставою для розуміння особливостей клінічних проявів гострого апендициту і його ускладнень.

Найчастішими і найважливішими у практичному відношенні відхиленнями від нормального положення сліпої кишки є такі:

1. Високе, (печінкове) положення - 2-11%.
2. Низьке, (тазове) положення - 16-30%.
3. Рідкісні положення: лівобічне, посередині живота, в лівому підребер'ї, у мильку кили тощо.

Червоподібний відросток, як правило, відходить від задньовнутрішнього сегменту купола сліпої кишки на 2-3 см донизу від ілеоцекального переходу в місці сходження трьох *teпiae*. Розрізняють п'ять основних положень розміщення червоподібного відростка відносно сліпої кишки.

Топографічна близькість відростка до тонкої кишки й органів малого таза нерідко визначає те, що гострий апендицит симулює їх запалення (аднексит, цистит, ентерит). Таке положення зумовлює утворення відмежованих "бокових" інфільтратів (абсцесів) при деструктивному апендициті. Клінічне гострий апендицит при цьому положенні симулює ентерит, а при деструктивних формах створює приємні умови для виникнення розлитого перитоніту і міжпетлевих інфільтратів (абсцесів).

Задне (ретроцекальне, дорсальне) положення - 9-13%. При цьому відросток направлений доверху, інколи досягаючи правої нирки, навіть печінки, гострий апендицит може симулювати ниркову коліку, пієліт, паранефрит. Задне положення буває: внутріочеревинним, внутрістінковим (інтрамуральним) і позаочеревинним.

Етіологія і патогенез.

Жодна із загальновідомих у минулому теорій виникнення гострого апендициту - застою і закритих порожнин Делафуа, глистяної інвазії Рейндорфа, ангіоневротична Ріккера, інфекційна Ашофа, "мигдалика черевної порожнини" Г.А. Давидовського, функціональної залежності від баугінівої за-слінки, пілоруса І.І. Трекова, фазового розвитку запального процесу ІД. Анікіна - не може пояснити

виникнення і розвиток патологічного процесу в конкретному випадку гострого апендициту. На сьогоднішній день більшість хірургів вважають, що гострий апендицит - неспецифічне інфекційне запалена червоподібного відростка, що виникає на фоні зміненої загальної і місцевої реактивності організму в тих зонах відростка, в яких наявні дистрофічні зміни тканин. Останні, ж правило, є результатом порушення кровопостачання - ішемії - відповідних зон чи всього відростка у відповідь на нервово-регуляторні кортико-вісцерального, вісцеро- вісцерального або аутовісцерального походження спазми апендикулярної артерії чи її тромбозу.

Запальний процес у червоподібному відростку може розвиватись такими напрямками:

1. Запальний процес або не переходить у деструктивну (незворотну) стадію і регресує або без наслідків, або з трансформацією у вторинний хронічний апендицит.
2. Запальний процес прогресує з утворенням деструктивної (незворотній) стадії і розвитком ускладнень:
 - а. Апендикулярного інфільтрату різної локалізації, який може регресувати з трансформацією вторинний хронічний апендицит чи прогресувати з трансформацією в апендикулярний абсцес.
 - б. Апендикулярний абсцес або перфорує у вільну черевну порожнину (розлитий гнійний перитоніт) або перфорує в порожнину кишечника (самовилікування).
 - в. Перфорації відростка і виникнення розлитого гнійного перитоніту (чи відмежованого абсцесу).
 - г. Пілефлебіту (гнійного тромбофлебіту у ворітної вени), поодинокі або множинних абсцесів печінки, сепсису.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

Клінічна класифікація (В.І. Колесов, 1959).

I. Гострий простий (поверхневий) апендицит:

- а) без загально-клінічних ознак і з вираженими, швидко зникаючими, місцевими проявами;
- б) з незначними загально-клінічними ознаками і вираженими, місцевими проявами захворювання.

II. Деструктивний апендицит (флегмонозний, гангренозний, перфоративний):

- а) з клінічною картиною захворювання середньої важкості й ознаками місцевого перитоніту,
- б) з важкою клінічною картиною й ознаками місцевого перитоніту.

III. Ускладнений апендицит:

- а) з апендикулярним інфільтратом;
- б) з апендикулярним гноєм (абсцесом);
- в) з розлитим перитонітом;
- г) з іншими ускладненнями (пілефлебітом, сепсисом).

Ця класифікація є базовою, багатьох диспутів набула у клінічній практиці коротшої, загальнозживаної форми;

I. Гострий простий апендицит.

II. Гострий деструктивний апендицит:

З місцевим невідмежованим перитонітом.

2 Ускладнений:

- а) апендикулярним інфільтратом різної локалізації;
- б) апендикулярним абсцесом різної локалізації;
- в) розлитим гнійним перитонітом;
- г) пілефлебітом;
- д) абсцесами печінки;
- е) сепсисом.

Патанатомічна класифікація гострого апендициту (А.І. Абрикосов, 1957).

I, Катаральний (поверхневий) апендицит, первинний афект.

II. Флегмонозний апендицит

1. Простий флегмонозний апендицит.

2. Флегмонозно-виразковий апендицит.

3. Апостематозний апендицит:

- а) без перфорацій,
- б) з перфорацією.

III. Гангренозний апендицит (первинний, вторинний).

а) без перфорації;

б) з перфорацією.

При катаральному (простому) апендициті паросток гіперемійований з вираженим судинним малюнком, брижа не змінена. При пальпації він м'який або помірно напружений, у просвіті часто виявляють калові камінці. На розрізі в порожнині відростка наявні слиз, кал, калові конкременти, гострики тощо. Шари його стінки чітко диференціюються, слизова оболонка дещо набрякла, гіперемійована, з точковими крововиливами, підслизовий і м'язовий шари не змінені або дещо набряклі. Гістологічні зміни або відсутні, або мінімальні: венозний чи артеріальний стаз, повнокрів'я, набряк слизової чи підслизової, склероз і ліпоматоз підслизової та м'язової оболонок.

При флегмонозному деструктивному апендициті червоподібний відросток збільшений, потовщений, напружений, червоний, іноді багряний і навіть землистий. На потовщеній гіперемійованій сочистій вісцеральній очеревині є фібринні нашарування. Брижа відростка в більшості випадків набрякла, потовщена, гіперемійована, розпушена, рідко вона залишається без змін. У просвіті відростка наявна гнійна, іноді геморагічна, з каловим запахом рідина. Стінка відростка потовщена, шари майже не диференціюються, слизова оболонка набрякла, багряно-червона, з виразкуванням. Можливі чергування змінених і незмінених ділянок, перехід процесу на стінку сліпої кишки. Гістологічно визначають вогнищеву або дифузну лейкоцитарну інфільтрацію всіх шарів стінок з вогнищами некрозу. Нерідко спостерігають мезентеріоліт, періапендицит з лейкоцитарною інфільтрацією, набряком, тромбозом. Морфологічно гангренозний (деструктивний) 12 > апендицит поділяють на первинний (1-6%), коли процес починається з тромбування судин брижі, й вторинний (94- 99%), коли некроз є наслідком прогресування флегмонозного процесу. Він може бути вогнищевим, з перфорацією, сегментарним або тотальним. Стінка відростка в'яла, витончена, брудно-сірого кольору, легко руйнується. У просвіті відростка наявна брудно-сіра, з різким неприємним запахом рідина. Слизова оболонка не диференціюється, структура лейкоцитарна інфільтрація, вогнища гомогенних мас, тромбовані судини. Перфоративний апендицит (ускладнення деструктивних форм) - порушена цілісність стінки в результаті гнійно- некротичного процесу. Перфоративний отвір майже не видимий (мікроперфорація), але буває і великих розмірів, через який можуть випадати у вільну черевну порожнину калові камінці. Морфологічна і гістологічна картини ідентичні до таких при деструктивних формах.

Клінічна симптоматика.

1. Біль у животі - найбільш часта і характерна ознака. Початок - гострий, інколи (при раптовій закупорці відростка) раптовий. Локалізація - права здухвинна ділянка в багатьох випадках - спочатку епігастральна ділянка, потім переміщується у праву здухвинну ділянку чи іншу, залежно від варіанту локалізації сліпої кишки і червоподібного відростка (епігастральна фаза) - симптом Волковича-Кохера. Біль постійний (рідше спочатку переймоподібний), прогресуючий за інтенсивністю. Суб'єктивне зменшення інтенсивності попередньо інтенсивного болю може бути проявом деструкції відростка. Біль посилюється при глибокому диханні, кашлі, рухах у кульшовому суглобі, поперековому відділі хребта. Інтенсивність болю буває неадекватною ступеню деструкції відростка.

2. Диспепсичний синдром: нудота - часта, але не постійна, помірно виражена, передуює і супроводжує біль; блювота - теж не постійна, помірна, переважно одноразова, шлунковим вмістом; затримка газів, рідко затримка випорожнень; іноді при тазовому положенні відростка можливі, рідкі випорожнення, а при ретроцекальному і ретроперитонеальному положеннях - дизуричні ознаки; відчуття сухості в роті.

3. Загальні ознаки хвороби такі як зниження апетиту, підвищення температури тіла, загальна слабкість, нездужання помірно виражені.

Об'єктивні ознаки (виявлені при об'єктивному фізикальному обстеженні).

Загальні поділяються на загальні і місцеві обмеження рухів у правому кульшовому суглобі при ході (хворий "тягне" праву ногу), підтримує правою рукою здухвинну ділянку, в ліжку переважно лежить на правому боці з дещо зігнутою у кульшовому суглобі правою ногою: язик часто різного ступеня сухий і обкладений; температура тіла помірно підвищена (до 38° С), постійна; ректальна температура - підвищена більше ніж на один градус від температури тіла (симптом Ленандера); пульс - адекватна підвищенню температури тіла тахікардія.

Місцеві: обмеження дихальних рухів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота; гіперестезія шкіри у правій здухвинній ділянці; напруження м'язів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці й правій половині живота при поверхневій пальпації, часто у поєднанні з підвищеною чутливістю і помірною болючістю; виражений локальний біль при глибокій

пальпації у правій здухвинній ділянці, інколи з іррадіацією в параумбілікальну й епігастральну ділянки; ослаблені перистальтичні шуми при аускультатії живота.

Позитивні апендикулярні симптоми:

Ровзінга - поява або посилення болю у правій здухвинній ділянці в результаті поштовхоподібних подразнень передньої черевної стінки при перетиснути сигмоподібній кишці в лівій здухвинній ділянці. Причиною болю прийнято вважати різке переміщення товсто кишкового вмісту в напрямі до сліпої кишки і запаленого червоподібного відростка .

Образцова - посилення болю у правій здухвинній ділянці при пальпації під час піднімання випрямленої в колінному суглобі правої ноги.

Сітковського - виникнення або посилення болю у правій здухвинній ділянці при зміні положення хворого з лежачого на спині в лежаче на лівому боці.

Бартам'є-Міхельсона - посилення болю при глибокій пальпації у правій здухвинній ділянці в положенні хворого лежачи на лівому боці.

Позитивні симптоми подразнення очеревини у правій здухвинній ділянці:

Кашльовий (Черемського-Кушніренко) - поява чи посилення болю при кашлі.

Щоткіна- Блюмберга - посилення болю при різкому відніманні пальців після попереднього м'якого натискання на передню черевну стінку (біль різкої декомпресії).

Воскресенського ("сорочки") - поява різкого болю при швидкому проведенні долонею по передній черевній стінці від правої (чи лівої) реберної дуги до правої здухвинної ділянки по натягнутій сорочці хворого.

Роздольського - поява чи посилення болю при дозованому постукуванні по передній черевній стінці.

Подразнення парієтальної очеревини при гострому апендициті можна також виявити за допомогою симптому Кримова - біль при введенні пальця в зовнішнє кільце пахового каналу, Думбадзе - біль при введенні кінчика пальця в пупкове кільце, поява чи посилення болю при пальпації правого і заднього склепін'я піхви під час вагінального дослідження в жінок або передньої стінки прямої кишки під час пальцевого її дослідження в чоловіків.

Наявність, вираження і характер (локалізація) наведених суб'єктивних і об'єктивних клінічних ознак і симптомів залежать від клінічної форми гострого апендициту, варіантів положення червоподібного відростка в конкретного пацієнта й індивідуальних особливостей кожного хворого. Діагноз встановлюють на підставі сукупності характерних клінічних ознак.

Клінічна характеристика атипичних форм гострого апендициту

Ретроцекальний і ретроперитонеальний апендицити зустрічаються в 9- 21% випадків, характеризуються дещо меншою інтенсивністю болю у правій здухвинній ділянці, можливою іррадіацією болю в попереку, ділянку статевих органів, праву пахову і праве стегно. При об'єктивному обстеженні визначають порівняно меншу болючість, менш виражене напруження м'язів черевної стінки у правій здухвинній ділянці й, разом з тим, біль у поперековій ділянці, в зоні трикутника Петіта (симптом Яуре-Розанова), напруження м'язів і позитивні ознаки подразнення очеревини там же (симптом Габая).

При заочеревинному розміщенні відростка можна спостерігати помірні дизуричні ознаки у хворого, позитивний симптом Пастерацького справа, а в сечі - визначити свіжі (менше) й вилужені (більше) еритроцити.

Тазовий апендицит найчастіше зустрічається в жінок. Залежності від розміщення червоподібного відростка відносно сечового міхура, прямої кишки, матки та її придатків можна спостерігати у хворого дизуричні ознаки, одноразові чи повторні рідкі випорожнення, тенезми, біль при пальпації над паховою зв'язкою і лобком, болючість та інфільтрацію при пальпації склепін'я піхви, пшики матки, передньої стінки прямої кишки під час проведення вагінального і пальцевого досліджень.

Медіальний (мезоцеліакальний) апендицит - рідка форма, клінічна картина пояснюється раннім захопленням у запальний процес петель і брижі тонкої кишки та характеризується більшою інтенсивністю болю, ранньою появою парезу кишечника, важчим загальним станом хворого, поширенням болю і напруженням м'язів черевної стінки, ознаками подразнення очеревини в параумбілікальній ділянці.

Лівобічний апендицит зумовлений або надмірно рухомою і подовженою сліпою кишкою, або повним чи частковим оберненим положенням нутрощів і характеризується тими ж клінічними ознаками, що і при звичайній локалізації відростка, тільки зліва.

При всіх клінічних формах гострого апендициту виділяють фази клінічного перебігу:

Епігастральна - початкова, впродовж 2- 4 годин, больові відчуття локалізуються як правило, в епігастральній ділянці, часто асоціюються з більш вираженим диспептичним синдромом, виражена в більшості випадків, буває відсутньою.

Фаза локальних проявів - через 4-6 годин від початку захворювання, клінічна картина залежить від варіанту розміщення червоподібного відростка, найбільш виражена;

Фаза ускладнень - через 12- 48 годин від початку захворювання. Найбільш типовими і небезпечними прогностичне є такі ускладнення: апендикулярний перфоративний розлитий перитоніт (див. розділ "Перитоніт"), апендикулярний інфільтрат, апендикулярний абсцес, пілефлебіт, абсцеси печінки, сепсис.

Апендикулярний інфільтрат - наслідок гострого деструктивного апендициту; являє собою запальний конгломерат органів черевної порожнини (деструктивне змінений відросток, петлі тонкої кишки, сальник, стінка сліпої кишки, матка з придатками, стінка сечового міхура), злиплих між собою і з парієтальною очеревиною. Інфільтрати зустрічаються в 0,3-1,5% хворих на гострі деструктивні апендицити, частіше в жінок. Вік хворих - понад 50-60 років. Клінічне апендикулярний інфільтрат виявляють на 3-4-5 добу від початку захворювання.

Суб'єктивними ознаками його є: перенесений напад гострого апендициту декілька днів тому з подальшим покращанням загального стану, помірний, незначний постійний біль у правій здухвинній ділянці, що може дещо посилюватись при рухах, і кашлі.

Об'єктивні ознаки: субфебрильна температура тіла (до 38,0-38,5 С); адекватна температура тіла; у правій здухвинній ділянці (чи в іншій, залежно від локалізації і положення червоподібного відростка в конкретного пацієнта на фоні різною мірою виражених напруження м'язів черевної стінки і запальних ознак подразнення очеревини пальпаторно визначають пухлиноподібний утвір неправильної форми з більш-менш чіткими контурами, не зовсім гладкою поверхнею, щільний, мало- або нерухомий, болючий, розміром від 3-4 до 10-12 см; такий самий пухлиноподібний утвір можна визначити при вагінальному чи ректальному дослідженні; помірний лейкоцитоз із незначним зсувом лейкоцитарної формули вліво і збільшенням ШОЕ.

Диференціальну діагностику апендикулярного інфільтрату інколи необхідно проводити з пухлинами сліпої кишки, туберкульозом чи актиномікозом, хворобою Крона.

Апендикулярний абсцес - гнійник черевної порожнини, що виникає як результат прогресування запального інфільтрату (на фоні чи без відповідного лікування). Ознаками абсцедування інфільтрату є: посилення і поширення місцевого болю (суб'єктивно й об'єктивно); погіршення загального стану (підвищення температури тіла, нездужання, інтоксикація); гектична температура тіла при погодинному вимірюванні, іноді лихоманка; поява чи зростання ознак подразнення очеревини в зоні інфільтрату, можлива поява симптому флюктуації при пальпації інфільтрату через передню черевну стінку чи при вагінальному (ректальному) дослідженні; виражене зростання лейкоцитозу і зсуву лейкоцитарної формули вліво; ознаки абсцесу черевної порожнини при ультразвуковому обстеженні.

Пілефлебіт - гнійне, запалення апендикулярної вени, що розповсюджується на систему ворітної вени аж до її внутрішньопечінкових розгалужень; можливі відрив інфікованих тромбів-емболів, міграція їх у печінку з утворенням солітарного чи множинних абсцесів. Це одне з найнебезпечніших ускладнень гострого апендициту з високою летальністю. Пілефлебіт зустрічається в 0,15-1,3,0% випадків, летальність досягає 50-80%.

Клінічні ознаки пілефлебіту це:

загальний стан важкий, обличчя бліде, суб- чи іктеричні склери, постійний помірний біль переважно в правій половині живота, правому підребер'ї, різка загальна слабкість; температура тіла 39-40 С, інтермітуюча, з вираженою лихоманкою, проливними потами; пульс частий, слабкий; живіт помірно здутий, м'який, незначно болючий, ознаки подразнення очеревини негативні; збільшена, болюча при пальпації, позитивний симптом Ортнера, іноді збільшена селезінка; високий нейтрофільний лейкоцитоз (15-30000) з вираженим зсувом вліво, прогресуюча анемія, гіпербілірубінемія; у правій плевральній порожнині нерідко з'являється реактивний ексудат, що верифікується рентгенологічно чи УЗД; наявність ознак абсцесу печінки при УЗД.

Перитоніт по визначенню Давидовського – гостре гнійне запалення очеревини.

Захворювання зустрічається часто і супроводжується високою летальністю. Російський хірург Веґнер у першій половині ХХVIII на засіданні лікарського суспільства Москви вирік таку фразу: « Я й моє покоління хірургів виховані в страху перед богом і перитонітом». Страх перед богом у

хірургів зник, а страх перед перитонітом завжди залишається за плічми в діяльності абдомінальних хірургів.

От чому, лікарі будь-якої спеціальності, повинні бути знайомі з цією патологією.

Матеріал, що приводиться в лекції має важливе значення в професійній підготовці фахівця:

- студенти медичного факультету в майбутній практичній роботі повинні вміти діагностувати різні форми гострого перитоніту, знати методи діагностики й орієнтуватися в організаційній і лікувальній тактиці;
- студенти стоматологічного факультету повинні орієнтуватися в цих питаннях, у зв'язку з тим, що патологія ротової порожнини, зубів має безпосередній вплив на виникнення і клінічний плин запалення очеревини і вміти вчасно його чи розпізнати запідозрити.

2. Цілі заняття:

- навчальні

Знати:

- топографічну анатомію і функціональні особливості очеревини;
- класифікацію перитоніту;
- клінічний плин і симптоматику різних форм гострого перитоніту;
- методи обстеження хворих;
- показання до консервативного і хірургічного лікування хворих гострим перитонітом;
- ускладнення гострого перитоніту і лікарська тактика;
- методи оперативного лікування хворих;
- можливі ускладнення під час і після операції;
- питання непрацездатності й інвалідності.

- виховні

Матеріал заняття спрямований на формування в студентів логічного і професійного клінічного мислення, відповідальності лікаря за стан здоров'я хворої людини. Висвітлюються питання медичної етики і деонтології.

3. План і організаційна структура заняття.

№№ пп.	Основні етапи лекції та її зміст.	Мети в рівнях абстракції.	Тип лекції, оснащення лекції.	Розподіл часу.
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап			
1.	Визначення навчальних цілей.	I-II	тематична	3%
2.	Забезпечення позитивної мотивації.	I-II	лекція	2%
	Основний етап			
	План:			
	1.Топографо-анатомічні і функціональні особливості очеревини.	I-II	схеми, кодограми,	
	2.Загальні зведення про захворюваність населення України.	I-II	Слайди. Відеофільм.	
	3. Класифікація перитоніту по ознаках.	I-II		
	4. Методи обстеження хворих і діагностика.	I-II		
	5. Клінічний плин захворювання. Клінічний плин ускладнень.	I-II		
	6.Лікування гострого перитоніту. Показання до консервативного і хірургічного лікування.	I-II		
	7. Ускладнення. Хірургічна тактика.	I-II		
	8.Питання непрацездатності.	I-II		
	Заключний етап			5%
4.	Резюме			
5.	Відповіді викладача на можливі питання.		Список літератури	
6.	Завдання для самопідготовки		Питання. Задачі.	

4. Зміст матеріалу:

структурно-логічна схема змісту теми;



Перитоніт - запалення очеревини, що супроводжується як місцевими, так і загальними симптомами.

Частота

1. Первинні перитоніти зустрічаються рідко, приблизно в 1% випадків.
2. Вторинні перитоніти - ускладнення гострих хірургічних захворювань і травм органів черевної порожнини.

Прогноз

1. Летальність при важких формах гнійного перитоніту складає 25-30%, а при розвитку поліорганної недостатності - 80-90%.
2. У прогностичному відношенні хірургії повернулися до позицій, що ще в 1926 р. сформулював С.И. Спасокукоцький: "При перитонітах операція в перші часи дає до 90% видужань, у перший день - 50%, пізніше третього дня - всього 10%".

Анатомічні особливості будівлі очеревини

Вона є шаром полігональної форми плоских кліток, що тісно стикаються один з одним і одержавших назву мезотелія. За ним впливають прикордонна (базальна) мембрана, потім поверхневий волокнистий колагеновий шар, еластическая мережа і глибокий гратчастий колагеновий шар. Очеревина рясно пронизана мережею лімфатичних і кровоносних судин, що у глибокому гратчастому шарі. Кровоносні судини супроводжуються великим числом нервових стовбурів з нервовими гангліями.

Очеревина не тільки виконує роль покриву, але, головним чином, несе захисну, резорбційну, видільну і пластичну функції. Навіть при важких гнійних перитонітах, якщо усувається джерело запалення, відбувається розсмоктування великих кількостей гною з черевної порожнини. Загальна площа очеревини коливається від 17000 до 20400 див². Очеревина людини за добу може всмоктати до 70 л рідини. Це її ведуча захисна функція.

Етіологія

Основна причина розвитку перитоніту - інфекція.

1. Мікробний (бактеріальний) перитоніт.
 - Неспецифічною, викликаною мікрофлорою ЖКТ. Найбільше значення мають штами наступних мікроорганізмів:
 - Аэробы грамнегативні - кишкова паличка, синегнойна паличка, протей, клебсиеллы, энтеробактер, акинетобактер, цитробактер
 - Аэробы грампозитивні; стафілококи, стрептококи
 - Анаэробы грамнегативні : бактероиди, фузобактерії, вейлонелли;
 - Анаэробы грампозитивні: клостридії, эубактерії, лактобацилли, пептострептококки, пептококки
 - Специфічні, викликаною мікрофлорою не має відносини до ЖКТ - гонококки, пневмококи, гемолитический стрептокок, мікобактерії туберкульозу
2. Асептичний (абактеріальний, токсично-хімічний) перитоніт
 - вплив на очеревину агресивних агентів неінфекційного характеру: кров, жовч, шлунковий сік, хилезная рідина, панкреатичний сік, сеча
 - асептичний некроз внутрішніх органів
3. Особливі форми перитоніту:
 - Канцероматозний (при запущених стадіях пухлин органів черевної порожнини)
 - Паразитарний
 - Ревматоидний
 - Гранулематозний (у результаті висихання поверхні очеревини в ході операції, впливу тальку з рукавичок хірурга, ниток перев'язного чи часток шовного матеріалу).

Класифікація перитонітів

По клінічному плині розрізняють гострий і хронічний перитоніт. Останній у переважній більшості випадків носить специфічний характер: туберкульозний, паразитарний, канкротозний асцит-перитоніт і т.д. У практичній хірургії найчастіше приходиться зустрічатися з гострим перитонітом

як проявом нагноительного процесу в черевній порожнині. У зв'язку з цим по характері ексудата і выпота розрізняють серозний, фібринозний, серозно-фібринозний, гнійний, фібринозно-гнійний, гнильний, геморагічний, сухий; частіше зустрічаються чисто гнійні перитоніти. По походженню перитоніти поділяють на первинні і вторинні. У більшості випадків перитоніт не самостійна хвороба, а ускладнення запальних чи захворювань ушкоджень органів черевної порожнини. По нашим даним, близько 20% гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ускладнюються перитонітом.

Джерелами перитонітів є:

1. Червоподібний відросток (30—65%) - апендицити: перфоративний, флегмонозний, гангренозний;
2. Шлунок і дванадцятипала кишка (7-14%) - прободная виразка, перфорація рака, флегмона шлунка, сторонні тіла й ін.;
3. Жіночі полові органи (3 - 12%) - сальпингоофорит, ендометрит, пиосальпинкс, разрыв кист яєчника, гонорея, туберкульоз;
4. Кишечник (3 - 5%) - непрохідність, обмеження грижі, тромбоз судин брижі, перфорація брюшнотифозных виразок, перфорація виразок при коліті, туберкульоз, хвороба Крона, дивертикули;
5. Жовчний міхур (10 - 12%) - холецистити: гангренозний, перфоративний, флегмонозний, пропотной жовчний перитоніт без перфорації;
6. Підшлункова залоза (1%) - панкреатит, панкреонекроз.
7. Післяопераційні перитоніти складають 1% від усіх перитонітів. Рідко зустрічаються перитоніти виникають при абсцесах печінки і селезінки, циститах, нагноєнні хилезного асцити, прориві паранефрита, плевриті, деяких урологічних захворюваннях і інших.

У деяких випадках першопрічину перитоніту неможливо установити навіть на розкритті; такий перитоніт називають криптогенним.

Загальноприйнятим є розподіл перитонітів по поширеності запального процесу, оскільки від цього залежить вага плин у захворювання. Ґрунтуючись на загальноновизнаному розподілі черевної порожнини на дев'ять анатомічних областей (підребер'я, епігастрій, мезогастрій, гіпогастрій, пупочная, лобкова і т.д.), виділяють розповсюджені і місцеві форми захворювання. Перитоніт вважається:

- місцевим, якщо він локалізується не більш ніж у двох з дев'яти анатомічних областей черевної порожнини,
- в всіх інших випадках перитоніт позначають як розповсюджений.
- у свою чергу серед місцевих перитонітів виділяють:
 - необмежені й обмежені форми. В останньому випадку мова йде про абсцеси черевної порожнини. Розповсюджені перитоніти підрозділяють на дифузійний (запальний процес займає від двох до п'яти анатомічних областей) і розлитий (понад п'яти анатомічних областей).

У плині гострого гнійного перитоніту виділяються кілька стадій (фаз). В основу класифікації перитонітів по фазах (стадіям), запропонованої И. И. Греков (1952), був покладений фактор часу:

- рання стадія - до 12 ч,
- пізня - 3 - 5 днів
- кінцева - 6 - 21 день від моменту захворювання.

Однак у практичній роботі спостерігається значна різниця динаміки патологічного процесу в залежності від індивідуальних особливостей організму, причин і умов розвитку перитоніту.

Виділення стадій (фаз) перитоніту в залежності від мобілізації, гноблення захисних механізмів, від чи наявності відсутності паралічу кишечника, представляється надмірно загальним, що виключає можливість вироблення досить переконливих клінічних критеріїв.

Найбільш доцільною вважається класифікація перитонітів з виділенням реактивної, токсичної і термінальної фаз (Симонян К. С., 1971). Перевага такої класифікації складається в прагненні ґрунтувати вага клінічних проявів з патогенетическими механізмами перитоніту.

Характеристика стадій захворювання гострого гнійного перитоніту така:

1. реактивна (перші 24 ч) - стадія максимальних місцевих проявів і менш виражених загальних

- проявів;
2. токсическая (24 - 72 ч) - стадія стихання місцевих проявів і превалювання загальних реакцій, типових для інтоксикації;
 3. термінальна (понад 72 ч) - стадія глибокої інтоксикації на грані оборотності.

Експериментальні і клінічні дані багатьох авторів, у тому числі і результати досліджень, виконаних И. А. Ерюхиным і соавт., привели до переконання, що патогенетическая сутність переходу від реактивної фази перитоніту до токсической складається в прориві біологічних бар'єрів, що стримують ендогенну інтоксикацію (до них, прежде, відносяться печінка, очеревина, кишкова стінка), перехід до термінальної фази перитоніту визначається виснаженням захисно-компенсаторних механізмів.

Патогенез

Перитоніти незалежно від причини, їх що викликала, у переважній більшості випадків являють собою типове бактеріальне запалення. Найбільш частими збудниками гнійних перитонітів є кишкова паличка (65%) і патогенні коки (30%). У сучасних умовах відзначається також значна активація умовно-патогенної флори, що участвують у нагноительном процесі в черевній порожнині: облигатних анаэробов, бактероидов і ін. Нерідке виникнення перитоніту обумовлене декількома бактеріальними збудниками одночасно; подібні асоціації спостерігаються в 35% хворих.

У патогенезі перитонітів основна роль належить інтоксикації. Підраховано, що очеревинний покрив людини приблизно дорівнює по площі шкірному покриву. Тому розвивається в черевній порожнині нагноительный процес швидко приводить до повені організму токсинами як бактеріального, так і небактеріального (ендогенного) походження, здатними як избирательно, так і в різних сполученнях викликати різку імунологічну перебудову організму, що одержала в літературі назва стресу.

У початковій стадії перитонітів спостерігається стійкий парез кишечника, гіперемія очеревини, її набряклість і початок ексудации в порожнину живота через розтягнуті клітки ендотелія кровеносних судин. Надалі при запаленні очеревини відзначаються розлади гемодинамики у виді портального застою зі зниженням артериалізації і гіпоксією печінки. За гіпоксією впливає падіння функції органа, що белково-образует: спочатку різко знижується рівень білка, а потім порушуються його синтез (одержання) і ресинтез (розщеплення). Убуває дезамінірующая і мочевинообразовательная функції печінки. Наростає в крові зміст амонію і гликоля. Зникає запас глікогену в печінці. Пізніше порушуються асиміляція (використання) органом моносахаридов і синтез глікогену. Первісна гипогликемия (зниження глікогену) змінюється гіперглікемією (підвищення глікогену). Розвивається дегідратація організму з розладом електролітного обміну, падінням змісту хлоридів. У надпочечниках відбувається зміна кліток з вираженим некробіозом коркового шару і збіднінням його хромаффинной субстанцією. У судинах легень розвиваються застій крові, гіперемія, в основному внаслідок слабості м'яза серця і численних гипостазов; у легенях — набряк. Нерідко в них можна відзначити метастатичні абсцеси. Важкі зміни відбуваються в нервовій системі у виді дегенерації кліток нервових гангліїв різного ступеня. Це приводить до парезу, а далі паралічу гладких м'язових волокон кишечника. Розвивається спочатку гипокалиемия і, як наслідок, адінамія, пізніше виникає гиперкалиемия (відповідно стадіям розвитку перитоніту).

При важких формах перитоніту желудочки серця розширені, маються набрякання кліток серцевого м'яза, а також їхнє жирове переродження і набряк. Бруньки виявляються набряклими. Під їхньою капсулою виявляється ексудат з великою кількістю білка. Клітки ниркових каналців набрякли, з жировим і зернистим переродженням. У деяких ниркових каналцях спостерігаються скупчення білкової речовини, а також гиалиновые і зернисті циліндри.

Клітки головного мозку набухають, кількість спинномозкової рідини збільшується. Судини мозку і його оболонки розширені.

Таким чином, запалення очеревини веде до загальної інтоксикації організму, сутність якої укладена в порушенні водяного, електролітного, вуглеводного і вітамінного обміну. Настає білкове голодування. Порушуються білковий метаболізм і функції печінки — нагромадження проміжних продуктів обміну, незнешкоджених біогенних амінів, як аміак і гистамин.

Клініка розлитих гнійних перитонітів

Клінічні прояви перитонітів різноманітні і залежать від стадії процесу.

1 стадія - початкова. Тривалість її складає від декількох годин до доби і більш. К. С. Симонян називає її реактивною.

У цій стадії запальний процес у черевній порожнині ще тільки починає розвиватися; місцевий перитоніт переходить у розлитий. Выпот серозний чи серозно-фібринозний.

Якщо перитоніт починає розвиватися в зв'язку з перфорацією органа, то його клінічна картина складається із симптомів, властивих прободній виразці, перфорації жовчного міхура, кишки, перфоративному апендициту і т.д. Загальними симптомами цієї початкової фази перитоніту, що розвивається в зв'язку з перфорацією, будуть більш-менш раптові різкі болі в животі, що супроводжуються картиною шоку (дуже різко вираженого, наприклад, при прободній виразці, менш різко - при прободном апендициті і т. д.). Перитоніт, що ускладнює запальні захворювання органів черевної порожнини, не має такого різкого початку — немає катастрофи, але є більш-менш швидко прогресування місцевого процесу.

У першому періоді перитоніту хворі завжди скаржаться на болі, інтенсивність і іррадіація, яких залежать від причини, що викликала перитоніт. Болю можуть відсутствовать лише в найрідших випадках блискавичного чи скороминучого септичного перитоніту. Крім болю, майже завжди бувають рефлекторна блювота і нудота.

Звичайно із самого початку хворої має вид важко страждаючої людини, покритого холодним потом, що лежить у змушеному положенні (нерідко на спині з приведеними до живота ногами), позбавленого можливості глибоко дихати, але знаходиться в повній свідомості. Настрій може бути тривожна, подавленим, мова звичайна.

Температура тіла може бути нормальною, але частіше підвищена. Пульс частий і мале наповнення, не відповідає температурі. Артеріальний тиск у цей період частіше злегка знижено.

Мова — обкладена білим нальотом, суховат, але слизувата щік ще волога. Черевна стінка не приймає участі в акті подиху (утягуються при вдиху лише міжреберні проміжки), іноді оком можна визначити її ригідність.

Пальпувати живіт треба ніжно, починаючи з поверхневої пальпації найменш хворобливого місця, прагнучи визначити захисна напруга м'язів. Клінічне значення цього симптому неоцінено. М. Мондор (1937) вважав, що: "у всій патології важко знайти більш вірний, більш точний, більш корисний і більш рятівний симптом". Це "сверхпризнак всіх абдомінальних катастроф". В міру прогресування перитоніту виразність цього симптому зменшується через наростаючу інтоксикації і здуття черевної стінки. Хворобливість при спробі глибокої пальпації, симптом Щеткина - Блюмберга, виражені в різному ступені, виявляються із самого початку перитоніту.

При аускультатії в першій годині хвороби можна відзначити посилені кишкові шуми, потім перистальтика стає усе більш млявий, непостійної, живіт починає здуватися.

II стадія - токсическая. Настає спустя 24 - 72 ч від початку захворювання (іноді раніш). Тривалість її 2 - 3 сут (може бути менше).

Характеризується вираженим процесом запалення. У выпоте-фибрин і гній, фагоцитоз ослаблений, у кишкових петлях порушений кровообіг.

Стан хворого стає важким. Його турбують слабкість і спрага. Продовжується болісна блювота, до кінця вона приймає характер срыгивания. Блювотні маси темні, бурі з неприємним запахом ("фекальна блювота"). Шкіра волога. Обличчя блідне, загострюється, ока западають. Виявляється ціаном кінчика носа, вушних мочок, губ. Кінцівки стають холодними, нігті - синіми.

Подих прискорене, поверхневе, іноді переривчасте, аритмічне. Артеріальний тиск низьке, зменшений пульсовий тиск. Пульс прискорений, 120 - 140 уд/хв, не відповідає температурі, м'який, те ледь відчуємо, те більш повний, Серцеві тони глухі.

Мова сухий, обкладений темним, що погано знімається нальотом. Слизувата щік також суха. Сухість у роті заважає хвору говорити. Живіт роздутий, помірковано напружений і помірно хворобливий при пальпації, явно виражений симптом Щеткина - Блюмберга. При перкусії живота визначається рівномірний високий тимпаніт, а в пологих місцях живота — притуплення перкуторного звуку, що змінює свій рівень при поворотах хворого, що свідчить про скупчення рідини (екссудата).

Аускультатія виявляє різке ослаблення, частіше повна відсутність кишкових шумів. Іноді чут-

ний «шум падаючої краплі». Гази не відходять, стілець отсутствует. Сеча стає темної, її мало (менше 25 мол у годину). Сечовипускання може бути хворобливим. Дослідження через пряму кишку болісно.

Хворі в цей період звичайно зберігають свідомість, хоча часом можуть виникати порушення і марення. Частіше хворі подавлені, пригноблені, тужливі.

III стадія - необоротна (по К.С.Симоняну - термінальна). Настає спустя 3 сут і більш від початку хвороби, іноді пізніше, триває 3 - 5 сут. Стан хворого у край важке. Вид його відповідає опису Гіппократа. Свідомість поплутане, іноді спостерігається ейфорія. Шкіра бліда і желтушна, ціаноз. Болю в животі майже відсутні. Подих поверхневе, аритмічне, частий еле відчутний пульс, низьке тиск. Хворий те лежить нерухомо, те метастється, здригається, «ловить мушок», очі стають тьмяними.

Живіт роздутий, пальпація його малоболезненная, при вислуховуванні—"гробова тиша".

Перехід перитоніту з однієї стадії в другу відбувається поступово, чітких границь між стадіями немає. При блискавичних септичних формах перитоніту (перитонеальний сепсис) виділення фаз неможливо.

Існують і інші класифікації перитоніту, але для клінічної практики найбільш зручна трьох стадійна.

В даний час класичну картину розвитку перитоніту можливо спостерігати не завжди. Її розвитку заважають більш зроблені методи обстеження, а отже, більш рання діагностика й активні методи комплексного лікування з застосуванням антибіотиків. У патогенезі важких розладів при перитоніті важливе значення мають нервово-рефлекторний фактор і інтоксикація, що обумовлена проникненням бактеріальних токсинів; а також виникненням токсических продуктів, унаслідок розладу окисних процесів, з появою в крові і міжклітинних просторах недоокислених продуктів. Так, у вмісті черевної порожнини і просвіті кишечника при перитоніті з'являються індикан, гистамин і інші токсические речовини. У результаті рефлекторних впливів і внаслідок безпосереднього впливу токсических речовин бактеріального походження збільшується проникність капілярів, що викликає нагромадження в черевній порожнині запального ексудата, кількість його може досягати 7 - 8 л у добу в людини масою 70 кг. Організм не може заповнити втрату такої кількості рідини через постійну блювоту і депонування крові в судинах черевної порожнини. Що розвивається гиповолемия супроводжується рефлекторним підвищенням тону прекапілярів унаслідок гіперпродукції адреналіну і норадреналіна. Спазм судин підвищує периферичний судинний опір і збільшує навантаження на серце, і без того працююче з великою напругою в умовах зменшеного венозного повернення. Усе це приводить до важких змін мікроциркуляції і сприяє проникненню мікробних токсинів у нервовий апарат кишечника, сонячного сплетення і центральну нервову систему.

Доведено значні зміни усіх функцій печінки, що приймає на себе перший удар токсических продуктів, що попадають із кров'ю воротної вени. Порушуються усі види обміну, особливо білковий і електролітний. Это потрібно враховувати при лікуванні перитонітів.

Алгоритм лікування перитоніту

Лікування

Методи лікування

Хірургічні

- Лапаротомія, раннє чи видалення ізоляція джерела перитоніту;
- Интра- і післяопераційна санація черевної порожнини
- Декомпресія тонкої кишки

Загальні

- Масивна антибіотикотерапія спрямованої дії
- Медикаментозна корекція порушень гомеостазу
- Стимуляція або тимчасове заміщення найважливіших детоксикационных систем організму методами екстракорпоральної гемокорекції

Передопераційна підготовка

1. Краще відкласти операцію на 2-3 години для цілеспрямованої підготовки, чим починати її в непідготовленого хворого.

2. Центральні ланки передопераційної підготовки

- Дозована по обсязі, часу і якісному складу інфузійна терапія
 - Доцільна катетеризація центральних вен. Це забезпечує:
 - Велику швидкість інфузії
 - Можливість контролю ЦВД
 - Продовження інфузії під час і після операції
 - Обсяг інфузійної терапії визначається термінами захворюваннями.
 - На ранніх стадіях перитонітів, коли гемодинамічні розлади не різко виражені (зневоднювання не перевищує 10% від маси тіла), загальний обсяг інфузії до операції складає 20-35 мол/кг, чи 1.5 - 2.0 л протягом 2ч.
 - При запущених процесах, виражених порушеннях гемодинаміки і водяного обміну (утрата рідини більш 10% маси тіла) обсяг інфузії збільшується до 25-50 мол/кг, чи 3-4 л протягом 2-3 ч.
 - Доцільна катетеризація сечового міхура для виміру погодинного діурезу як об'єктивного критерію ефективності трансфузійної терапії.
 - Підготовка ЖКТ:
 - На ранніх стадіях захворювання досить однократного спорожнювання шлунка за допомогою зонда
 - При запущених процесах зонд повинний знаходитися в шлунку постійно, протягом усього передопераційного періоду
 - У зв'язку з активацією мікробної флори в результаті оперативного процесу на самому початку інтенсивної терапії внутрішньо вводять антибіотики широкого спектра дії.
 - Здійснити повну корекцію порушень гомеостазу до операції практично неможливо. Досить домогтися лише стабілізації ПЕКЛЮ і ЦВД, збільшення діурезу.
- 1. Знеболювання. Основний метод знеболювання при операціях із приводу перитоніту - багатокомпонентна збалансована анестезія з застосуванням м'язових релаксантів і ИВЛ.
 - Останнім часом стала широко застосовуватися спинномозкова анестезія
 - При будь-якому варіанті загальної анестезії хірург повинний виконувати інтраопераційну новокаїнову блокаду рефлексогенних зон і кореня брижі тонкої, поперечно-ободочної і сигмовидної кишки.
- 2. Хірургічна тактика. Оперативне лікування перитоніту не може бути стандартизоване через розмаїтість причин зухвалих його. Операція складається із шести послідовно виконуваних етапів:
 - **Серединна лапаротомія** забезпечує оптимальний доступ до усіх відділів черевної порожнини. У залежності від локалізації вогнища рань черевної стінки можна розширити чи нагору вниз.
 - Якщо розповсюджений гнійний перитоніт виявлений тільки в процесі операції, виконаної з іншого розрізу, то варто перейти на серединну лапаротомію.
 - Корекція доступу ранорасширителями дозволяє швидко, технічно просто і малотравматично підійти до будь-якого органа черевної порожнини.
 - **Чи усунення надійна ізоляція джерела перитоніту.**
 - Обсяг хірургічного втручання повинний бути мінімальні. Ціль операції - усунення джерела перитоніту (апендектомія, ушивання перфоративного отвору, резекція некротизованого ділянки ЖКТ, накладення колостоми) чи отграничення вогнища від вільної черевної порожнини. Усі реконструктивні операції переносять на другий етап і виконують у більш сприятливих для пацієнта умовах.
 - Перитонізація. При ушиванні дефекту необхідно ретельно перитонізувати різні ділянки, позбавлені очеревинного покриву.
 - Такі місця малостійкі до інфекції
 - Десерозированые поверхні - джерело утворення спайок
 - Шви, накладені на тканині без наступної перитонізації останніх, можуть прорізуватися, що приведе до дегерметизації і прогресування перитоніту
 - **Інтраопераційна санація черевної порожнини.**

- Неприйнятне видалення гноячи шляхом протирання марлевими серветками через травматизацію серозної оболонки
- Промивання знижує зміст мікроорганізмів у ексудаті нижче критичного рівня, створюючи тим самим сприятливі умови для ліквідації інфекції
 - Якісний склад промивної рідини не має принципового значення, тому що короткочасний контакт з очеревиною навряд чи може зробити належна бактерицидна дія на перитонеальну флору, але при перитоніті, викликаному анаеробної флорою патогенетически обґрунтоване використання 0.3% електрохімічески активованого розчину калію хлориду (Эхар-анолит), оскільки він містить активований хлор і кисень.
 - Для промивання використовують розчини, попередньо охолоджені до температури +4-6 градусів. Доцільність досягається при цьому інтраопераційної локальної абдомінальної гіпотермії полягає в наступному:
 - Зниженні інтенсивності обмінних процесів, різко підвищених при перитоніті;
 - Придушенні резорбтивної функції очеревини і зменшенні ендотоксикоза
 - Досягненні судинозвужувального ефекту з підвищенням системне ПЕКЛЮ
 - Щільно фіксовані відкладення фібрину не видаляють через небезпеку десерозирования.
- **Декомпресія кишечника.**
 - Накладення стом при дифузійному розповсюдженому перитоніті небажано.
 - Альтернатива - назогастроінтестинальна інтубація тонкої кишки по Эбботу-Миллеру двох просветними хлорвініловими зондами. Її проводять у токсической і термінальної стадіях перитоніту, коли парез кишечника здобуває самостійне клінічне значення.
 - Довжина інтубації - на 70-90 див дистальнее зв'язування Трейтца
 - Толста кишка. Дренують через заднепроходное отвір.
 - Зондовая корекція ентеральной середовища, що включає декомпресію, кишковий лаваж, ентеросорбцію і раніше ентеральное харчування приводить до раннього відновлення функціональної активності ЖКТ, знижує проникності кишкового бар'єра для мікрофлори і токсинів.
- **Завершення операції.**
 - Дренування черевної порожнини
 - При дифузійному місцевому перитоніті дренують хлорвініловими чи гумовими трубками, що підводять до гнійного вогнища і виводять назовні найкоротшим шляхом.
 - Добре себе зарекомендували многоканальные хлорвінілові дренажі. По одному каналі дренаж промивають антисептиком. По іншому активно аспирируют перитонеальный ексудат.
 - Дренаж з напівпроникної мембрани дає гарний дренажний ефект (завдяки його хворій сумарній поверхні, високому ступеню смачиваемости, капілярним властивостям).
 - Ушивання лапаротомной рани роблять із залишенням дренажів у підшкірній жировій клітковині. При запущених формах перитоніту можливе використання відкритого і закритого методів.
 - Відкритий метод - залишення на завершальному етапі операції черевної порожнини відкритої чи тимчасове її закриття для того, щоб у післяопераційному періоді можна було проводити систематичні ревізії і лаваж
 - Термінологія. З безлічі термінів, використовуваних для позначення методу, найбільш удалим варто вважати термін "перитонеостомия". Він точно відбиває суть методу - створення оперативним шляхом зовнішнього свища порожнини очеревини.
 - Показання. Метод перитонеостомии - серйозна травматична агресія, а тому показання до нього повинні бути строгими й абсолютно аргументованими.
 - Термінальна фаза дифузійного розповсюдженого перитоніту з явищами поліорганної недостатності.
 - Будь-яка фаза дифузійного розповсюдженого перитоніту з масивним каловим

- забрудненням очеревини.
- Дифузійний розповсюджений перитоніт із клінічними і інтраопераційними ознаками анаеробної інфекції.
- Эвентрація при гнійному чи перитоніті її високий ризик (нагноєння післяопераційному рані по типі неклостридиальної флегмони).
- Закритий метод. При закритій перитонеостомії черевну стінку не зашивають, але кишечник ізолюють від зовнішнього середовища (марлеві серветки, поліпропілен, мерсилен, пороло, диплен і т.п.)
- Терапія, що коригує, у післяопераційному періоді.
 - Адекватне знеболювання. Поряд із традиційними способами лікування болючого синдрому за допомогою наркотичних анальгетив, усе ширше застосовується пролонгована епидуральна анальгезія місцевими анестетиками, наркотичними анальгетиками, иглорефлексоанальгезія.
 - Збалансована інфузійна терапія. Загальна кількість рідини, що уводиться хвор протягом доби, складається з фізіологічних добових потреб (1500 мл/м²), дефіциту води на момент розрахунку і незвичайних утрат за рахунок блювоти, дренажів, посиленого потоотделения і гіпервентиляції. При неможливості визначення втрат електролітів і їхнього змісту в різних середовищах дефіцит орієнтовно заповнюється в кількості, що перевищує в 2-3 рази добову потребу в них (калію - 1 ммоль/кг, натрію - 2 ммоль/кг, хлору - 1.5 ммоль/кг).
 - Профілактика і лікування синдрому поліорганної недостатності.
 - Забезпечення адекватної легеневої вентиляції і газообміну з проведенням ранньої ИВЛ.
 - Стабілізація кровообігу з відновленням ОЦК, поліпшенням і підтримкою роботи серця.
 - Нормалізація мікроциркуляції в органах і тканинах.
 - Корекція метаболіческих зрушень.
 - Виведення токсинів методами ефферентної хірургії.
 - Антиоксидантна захист.
 - Профілактика і лікування ниркової і печіночної недостатності
 - Інактивація лизосомальних ферментів.
 - Підтримка імунологічного статусу хворого.
 - Парентеральное харчування.
 - Антибактеріальна терапія:
 - Шляху введення:
 - Місцевий (внутрішньочеревний) - через іригатори, дренажі.
 - Загальний:
 - Внутрішньовенний
 - Внутріартеріальний
 - Внутрішньозовнішній
 - Внутріпортальний - через реканалізовану пупочну вену в круглому зв'язуванні печінки
 - Эндолимфатический
 - Антероградний. Через мікрохірургічно катетеризовану периферичну лімфатичну судину (звичайно на тилу стопи) чи депульпированный лімфатичний вузол (звичайно паховий).
 - Ретроградний - через грудну лімфатичну протоку (звичайно в області лівого венозного кута).
 - Лимфотропний внутрішньочеревний - через лімфатичну мережу гомілки, заочеревинного простору.
 - Найбільш адекватний режим емпіричної антибактеріальної терапії (до мікробіологічної верифікації збудника) - комбінація цефалоспоринов (мандол), аміноглікозидов (гентамицин чи ванкомицин) і метронідазол. Таке сполучення діє

практично на весь спектр можливих збудників перитоніту.

- Імунна терапія. Антибактеріальну терапію не можна вважати повноцінною, якщо вона не сполучається зі стимуляцією іммуногенеза, тому що використанням антибіотиків широкого спектра дії супроводжується іммунодепресією.
 - Виснаженим хворим в ареактивному стані проводять неспецифічну іммунотерапію пирогеналом чи продигіозаном (не більш одного разу протягом 3-5 днів).
 - Зі специфічних препаратів поліпшуючих іммунореактивні властивості організму, застосовують внутрівеноно імуноглобулін, антистафілококковий гамма-глобулін, а також (за показниками) лейкоцитарну масу, антистафілококкову плазму, левамізол, тималин.
 - При лікуванні перитоніту в онкологічних хворих застосовують лейкинферон - комплекс інтерферонів людини й інших медіаторів імунної відповіді - цитокинов.
- Відновлення функції ЖКТ
 - Ліквідація перерозтягання шлунка і здуття кишечника. Токсическое вміст аспирируют по 2-м зондах (уведеному через ніс у тонку кишку і встановленому в товстій кишці через задній прохід).
 - Нормалізація нервової регуляції і відновлення тонуусу кишкової мускулатури:
 - Для стимуляції перистальтики кишечника застосовують антихолинестеразные препарати (прозерин, убретид), гангліоблокаторы (димеколин, бензогексоний) і антихолинєргические засоби (атропін).
 - Для відновлення функції кишечника в післяопераційному періоді заповнюють дефіцит калію.
- ГБО для насичення киснем тканин проводять ГБО. За рахунок повного насичення гемоглобіну і збільшення розчиненого в крові кисню ГБО здатна купировать усі типи гіпоксії, що розвиваються при перитоніті. ГБО сприяє прискореному зниженню бактеріальної обсемененности очеревини, підсилює моторно-євакуаторную функцію кишечника.
 - Призначити ГБО хворим із гнійним перитонітом можна тільки після ліквідації його джерела.
 - Підвищення тиску в кишечнику при лікуванні ГБО необхідно приймати в увагу, тому що воно може привести до неспроможності анастомозу.
 - Доцільне використання ГБО не у виді монотерапії, а в сполученні з медикаментозним лікуванням.

Проблема лікування гнійних перитонітів є однією з актуальних у сучасній хірургії. Відсоток летальних виходів від перитонітів дотепер залишається високим. За даними П. Н. Напалкова, внутрілікарняна смертність від перитонітів складає 15—16% від усіх розкриттів. Однією з причин є неспроможність захисних систем людини, порушення мікроциркуляції в життєво важливих органах і їхній необоротній деструкції.

Успішний результат при лікуванні перитонітів залежить від своєчасної діагностики, де відіграють роль досвід лікаря, показники лабораторних і рентгенологічних досліджень. Тому що перитоніти в більшості випадків є вторинним захворюванням, лікування їхній варто починати з усунення першоджерела, що викликає перитоніти: видалення червоподібного відростка при флегмонозному, гангренозному його зміні, ушивання прободной виразки чи шлунка дванадцятипалої кишки, видалення гнійно-запального жовчного міхура, резекції омертвілої петлі кишки і т.д. З огляду на важкий стан хворого з перитонітом, перед операцією необхідно робити короткочасну, але інтенсивну підготовку: переливання крові, даху рідин, що заміняють, складно сольових розчинів, білкових препаратів, слабких диуретиків, введення антибіотиків. Зазначені вище заходу необхідно продовжувати під час операції й у післяопераційному періоді. Операція виробляється під загальним знеболюванням (єндотрахеальний наркоз із застосуванням миорелаксантов). У деяких випадках вигідніше робити перидуральную анестезію, що фракціонно можна продовжувати й у післяопераційному періоді для боротьби з парезом кишечника. Робиться широка серединна лапаротомія. Після усунення причини, що викликає перитоніт, черевна порожнина ретельно звільняється від выпота за допомогою електроотсоса і марлевих тампонів. У висушену черевну порожнину заливається

200—300 мол 0,25% розчину новокаїну з антибіотиками (канамицин, мономицин і ін.). Потім ліворуч від пупка робиться прокол черевної стінки, через який у черевну порожнину вводиться ніпельний дренаж діаметром 0,5 див з бічними отворами під поперечну ободочную кишку до її печіночного кута. Через цю трубку в післяопераційному періоді систематично вводяться антибіотики широкого спектра дії в розчині новокаїну. При необхідності черевна стінка проколюється в обох підребер'ях. Через ці проколи в області правого і лівого поддиафрагмальних просторів проводяться гумові трубки, що з'єднуються трійником. За допомогою даної системи налагоджується перитонеальний діаліз, тобто тривале промивання черевної порожнини розчинами, у тому числі розчином антибіотиків, що впливають на кишкову флору. Для відтоку діалізату в обох подвздошних областях також через проколи вводяться силіконові трубки з бічними отворами. Лапаротомная рань зашивається наглухо. За добу через установлену систему введених трубок протікає капельно до 3 л розчини Рингера. Спочатку відтікає рідина має мутний характер. У ній багато фібрину, лейкоцитів, мікробів. Поступово рідина світлішає і стан хворих поліпшується. Введення антибіотиків повинне бути широкого спектра дії, але з обов'язковою перевіркою чутливості до них мікрофлори. При проведенні діалізу необхідний строгий контроль за електролітами крові. Варто враховувати втрати електролітів з диалізуємою рідиною. При лікуванні перитонітів можна використовувати перидуральную анестезію, неї варто проводити й у післяопераційному періоді для боротьби з парезом кишечника. Необхідно систематично виводити вміст зі шлунка і кишечника, що при перитонітах звичайно знаходяться в стадії парезу, шляхом уведення через ніс (трансназально) постійного зонда в шлунок (чи шляхом створення в ньому мікростомы по ДО). М. Дедеру, 1975) і худу кишку.

При важких перитонітах, коли відзначається різке здуття тонкої кишки на всьому протязі, накладається цекостома (свищ сліпої кишки) із проведенням гумової трубки зі сліпої кишки в подвздошную по методу И, Д. Житнюка (1966).

Лікування перитонітів повинне бути комплексним. При цьому необхідно забезпечити виконання ряду задач для попередження післяопераційних ускладнень. 1. Стабілізація показників центральної гемодинамики. У хворих із загальним перитонітом у післяопераційному періоді в зв'язку зі зменшенням ОЦК і інтоксикацією дуже часто з'являються виражена тахікардія, блідість шкірних покривів, олигурия, знижується ПЕКЛЮ, ЦВД. Основна увага повинна бути приділена відновленню ОЦК шляхом уведення колоїдних і кристаллоїдних розчинів (під контролем ЦВД). Найбільше часто це досягається шляхом застосування поліглюкіна, реополіглюкіна, протеїну, альбуміну, плазми, 5—10% розчину глюкози, розчину Рингера. При вираженій тахікардії додається строфантин по 0,25 мол на 500 мол розчину 2—3 рази в день.

2. Антибактеріальна терапія. Найчастіше етіологічним фактором перитонітів є стафілокок і кишкова паличка, тому при відсутності екстреного бактеріологічного контролю антибактеріальна терапія емпірично будується в розрахунок на дану мікрофлору. З огляду на також, що застосування двох-трьох антибіотиків, особливо із сульфаніламидами й іншими антисептиками, дає високий терапевтичний ефект, антибактеріальна терапія у всіх випадках повинна бути комплексної. При з'ясуванні чутливості мікрофлори призначення антибіотиків коригуються.

Добові дози антибіотиків при гнійних перитонітах досить великі. Нижче приведені їхні значення для різних; груп антибіотиків.

Пеницилины: а) бензилпенициллин—10—15 млн. ЕД; б) напівсинтетичні (ампицилін, ампиокс, метицилін і ін.) —3—5 р.

Аминогликозиды: а) канамицин і мономицин—2—3 м; б) гарамицин (гентамицин) — 160—240 мг. Цефалоспорины: цепорин, кефзол і ін. — 3—5 р. Аминогликозиды (крім гарамицина) призначають переважно для внутріпорожнинного введення, у той час як пеницилины і цефалоспорины застосовують в основному у виді внутрім'язових ін'єкцій. В особливо важких випадках гнійного перитоніту, у його термінальній стадії, доцільно внутрішньовенне (повільне, краплинне) введення антибіотиків. Інші групи антибіотиків (стрептоміцин, тетрацикліни) при лікуванні перитонітів застосовують рідко внаслідок них від-, нефро- і гепатотоксического ефекту. 3. Профілактика гіпертермічного синдрому. Не часто, але іноді в післяопераційному періоді, особливо при значному зневоднюванні організму, розвивається гіпертермічний синдром. Його легше попередити, чим лікувати. Тому, насамперед, потрібно прагнути швидко відновити водяний баланс. Потім (у ранньо-

му післяопераційному періоді) необхідно налагодити систематичне спостереження за хворим з реєстрацією ПЕКЛЮ, пульсу і температури з інтервалом 1—2 ч. При установленні факту прогресуючого підвищення температури, значного частішання пульсу і зниження ПЕКЛЮ повинні застосовуватися всі засоби для нормалізації цих показників (фізичне охолодження, внутрим'язове введення амидопірина, пипольфена, аминазина, гідрокортизону, внутрішньовенне введення охолодженого 10% розчину глюкози з інсуліном і т.д.). Зазначена терапія дозволяє попередити подальше підвищення температури і розвитку важкого ускладнення. 4. Дезинтоксикація.

Будь-яка інфузійна терапія робить визначене детоксицируюче дію. З метою посилення даного ефекту застосовуються трансфузії крові, гемодеза, 1% розчину хлористого кальцію (200 мол), введення антигістамінних препаратів, антиферментів (контрикал, гордокс і ін.). Найбільш вираженого ефекту від зазначеної терапії можна домогтися при комбінації її з форсованим діурезом.

5. Зниження інтенсивності катаболическої реакції. У хворих з гострими запальними процесами різко підвищується обмін речовин, після операції в подібних хворих інтенсивність обміну настільки висока, що вона одержала назву «катаболическая бура». У зв'язку з цим різко порушується обмін вуглеводів, білків і жирів. Швидко виснажуються запаси вуглеводів і для енергетичних потреб, у цих умовах витрачаються білки і жири.

З метою зниження катаболическої реакції широко застосовуються анаболіческие стероїди (ретаболил 50—100 мг внутримышечно) і введення великих кількостей глюкози (10—20% розчини по 1000—1500 мол) з інсуліном, останній як гормон також володіє анаболіческим дією. Крім того, інсулін поліпшує фосфорилування в мітохондріях кліток і підвищує енергетичні запаси печінки. Широко застосовується внутрішньовенне введення метацила (1 мол на 500 мол 5—10% розчину чи глюкози фізіологічного розчину), останній має широкий спектр дії, у тому числі на обмін речовин і гемопоєз.

Установлено, що хворий із гнійним перитонітом втрачає в розпал захворювання 160—180 м білка. З метою заповнення втрат білка, у тому числі в зв'язку з катаболическої реакцією, щодня, до відновлення ентерального харчування, вводиться від 400 до 1000 мол білкових препаратів. Зокрема, потребі організму в білку можна заповнити за рахунок білкових гідролізатів чи сумішей вільних амінокислот, що утилізуються протягом 1—2 сут. Тут же необхідно підкреслити, що плазма крові і цільна кров не є кращим засобом компенсації білкових утрат, тому що білкова частина плазми засвоюється протягом 5—7 днів, а перелита в плин 100—120 днів. 6. Нормалізація водно-електролітних порушень. Відновлення ОЦК і параметрів системного кровообігу в значній мірі зменшує водно-електролітні порушення. Однак нормалізації цих порушень вдається досягти не відразу, а шляхом цілеспрямованої інтенсивної терапії.

При нормалізації водяного балансу варто мати на увазі, що при перитоніті відбувається перекручений шлях втрати рідини. Якщо в нормальних умовах внепочечные втрати рідини складають приблизно 74 чи 1/3 частина виділеної з організму рідини, то при перитоніті ці втрати зростають і складають 1/4 обсягу виділеної рідини. Тому, відновлюючи водяний баланс, кількість виділеної сечі в цих хворих варто розглядати тільки як частина рідини, виділеної з організму.

При збереженій функції бруньок у середньому при перитонітах вводиться 40—50 мол рідини на 1 кг маси хворого, а при важких розповсюджених перитонітах — 50—60 мол і більш на 1 кг маси тіла.

Електролітні порушення в хворих з гострим перитонітом залежать від багатьох причин, але особливо великі втрати електролітів спостерігаються при порушенні моторної функції шлунково-кишкового тракту, рясній і повторній блювоті. При цьому розвиваються грубі порушення електролітного балансу, що супроводжуються гіпохлоремією, гипонатриемією, гипокалиемією, гипомагниемією і т.д. Природно, що нормалізація цих порушень виробляється відповідно до виявлених змін. Разом з тим при повторній блювоті, навіть без дослідження електролітів, необхідно парентерально вводити гіпертонічні розчини хлористих солей натрію, калію, кальцію, солі магнію. Наступна корекція виробляється в залежності від виявленого зрушення електролітів.

У зв'язку з необхідністю проведення інфузійної терапії доцільно ще до чи операції під час її зробити катетеризацію однієї з центральних вен. Загальний обсяг інфузії в перші дні післяопераційного періоду складає не менш 3—4 л/сут, при цьому інфузійну середовище потрібно збалансувати так, щоб хворий одержав усі необхідні інгредієнти. З огляду на, що хворий із гнійним пе-

ритонітом утрачає

у розпал захворювання близько 4 м калії і близько 6 м натрію в добу, його добові енергетичні потреби складають не менш 2500—3500 ккал. Нормалізація електролітного балансу і білкового обміну забезпечує фізіологічну регуляцію кислотно-лужної рівноваги. 7. Профілактика гострої ниркової недостатності. Практично у всіх хворих з гострим гнійним перитонітом мають місце виражена катаболическая реакція і гиповолемія. Операційна травма, незважаючи навіть на її радикальність і сучасне знеболювання, збільшує зазначені порушення. Це приводить, поряд з інтоксикацією, до спазму ниркових судин, ішемії і порушенню функції бруньок, що виявляється насамперед олигуриєю (Соколович Г. Е., 1973; Чепкий Л. П. і ін., 1978].

Разом з тим не всяка олигурия свідчить про наявність гострої ниркової недостатності. Вище було зазначено, що при перитоніті внепочечные втрати рідини різко зростають, у цих умовах олигурия буде проявом порушення водяного балансу. Прямим підтвердженням ниркової недостатності служать зниження питомої ваги сечі, азотемія, збільшення концентрації креатиніна в сироватці крові (більш 2 мг%), гиперкалиемія.

При розповсюджених перитонітах і важких місцевих гнійних перитонітах необхідно проводити профілактику гострої ниркової недостатності. При цьому чому раніш почате лікування, тим краще результати. З цією метою застосовується зниження інтенсивності катаболической реакції, про що сказано вище, введення гемодеза, лазикса по 20 мг чи внутрівенно внутримышечно 2—3 рази в день, гепарина по 5 тис. ЕД внутримышечно 2—3 рази в день. Уведення гепарина варто проводити, починаючи з першої доби після операції, що має велике значення, оскільки він поліпшує реологические властивості крові, а отже, і мікроциркуляцію, а також здатний придушувати активність кининовой системи, утворення серотоніна і гистаміна. Зазначена терапія в гнітючого більшості хворих виявляється дуже ефективною.

Якщо повторне введення лазикса не приводить до вираженого посилення діурезу, то необхідно додати внутрішньовенне введення еуфіліна (10 мол 2,4% розчину з 40% розчином глюкози), розчину маннітола (0,5—1 м на 1 кг маси тіла), 4% розчину бікарбонату натрію (100—200 мол).

Варто додати, що застосування регіонарного перитонеального діалізу полегшує лікування ниркових порушень при перитоніті, тому що з діалізної рідиною, що відтікає з черевної порожнини, віддаляється в добу до 600—700 мг залишкового азоту.

8. Відновлення моторної функції шлунково-кишкового тракту. Паралітична непрохідність кишечника, що чи рано пізно розвивається при гострому гнійному перитоніті, є важливою ланкою в патогенезі патологічного процесу і нерідко саме вона обумовлює результат захворювання. Тому відновлення моторної функції шлунково-кишкового тракту — задача першорядної важливості. Варто мати на увазі, що боротьба з парезом і атонією шлунково-кишкового тракту повинна бути комплексної, а проведення заходів повинне носити профілактичний характер.

Унаслідок порушення моторики, як правило, відбувається заброс вмісту дванадцятипалої кишки в шлунок, останнє, розкладаючи, підсилює інтоксикацію, викликає нудоту і блювоту. Тому в післяопераційному періоді необхідно налагодити постійну аспірацію шлункового вмісту через назогастральний зонд із періодичним промиванням його 5—10% розчином хлористого натрію.

Як зазначено вище, дуже ефективні в профілактиці моторних порушень інтраопераційні блокади кореня брижі, мезаколон, малого сальника розчином новокаїну з антибіотиками. Позитивний вплив робить періодичне введення в черевну порожнину через мікроіригатори підігрітого 0,25% розчину новокаїну (80—100 мол). Більш ефективні антихолинэстеразные препарати, особливо убретил (дистиг-минбромид) внутримышечно (0,5—1 мол 0,1% розчину). Звичайно добову дозу розподіляють на 2—3 ін'єкції. Ефективно також внутрим'язове введення 0,1% розчину прозерин у тих -же дозах.

У післяопераційному періоді велике значення в профілактиці моторних порушень має адекватне знеболювання. Методом вибору для знеболювання в післяопераційному періоді є тривала перидуральная блокада через катетер розчинами чи новокаїну тримекаїна. Дана блокада не тільки знижує болі, вона поліпшує зовнішній подих, сприяє порушенню моторики кишечника [Трунин М. А., 1968]. Важливу роль у профілактиці моторних порушень грає нормалізація електролітного балансу, оскільки відомо, що розладу його ведуть до парезу кишечника.

Змушена постійна аспірація вмісту шлунка і дванадцятипалої кишки приводить до значних утрат хлоридів, калію і магнію. Тому рівень електролітів і їхня корекція повинні постійно контролюватися лікуючим лікарем. Крім зазначених заходів, широко застосовується рання стимуляція моторики шлунково-кишкового тракту шляхом повторних гіпертонічних клізм, внутрішньовенного введення 10% розчину хлористого натрію, маннітола, внутрим'язового введення прозерина, ацеклидина, нібуфина, питуитрина, реглана й інших препаратів.

Відомий ефект у відновленні перистальтики робить і електростимуляція кишечника або спеціально призначеними для цієї мети апаратами, або диадинамічними струмами Бернара, генераторами яких оснащені багато фізіотерапевтичних відділень.

Дуже обережно варто відноситися до декомпресії кишечника через черевну стінку. Тому якщо під час операції маєтся виражений застій у тонкій кишці, то виробляється одномоментна декомпресія її шляхом проведення зонда через шлунок у тонку чи кишку (при аппендэктомии) через цекостому; при застої в товстій кишці спорожнювання виробляється товстим зондом, уведеним через пряму кишку. Спорожнювання необхідно сполучити з промиванням кишечника теплим розчином фурацилина.

Раннє комплексне застосування зазначених заходів дозволяє відновити моторику шлунково-кишкового тракту практично у всіх хворих.

9. Профілактика тромбоемболіческих ускладнень. При гострих гнійних перитонітах, особливо в обличчя літнього і старечого віку, дуже часті тромбоемболіческие ускладнення. З метою профілактики флеботромбозів варто застосовувати лікувальну гімнастику, введення малих доз гепарина (5 тис. ЕД 2—3 рази підшкірно) і внутрішньовенне введення реополиглокіна чи поліглокіна. Гепаринів вводиться через 4—6 ч послі операції. Раннє введення гепарина поліпшує реологіческие властивості крові, запобігає коагулопатію і сприяє відновленню функції шлунково-кишкового тракту.

При сприятливому плинні захворювання на 4—5-й день призначаються антикоагулянти непрямої дії й аспірин по 0,25 м 2—3 рази в день. На 6—7-й день скасовується гепаринів. Антикоагулянти непрямої дії призначаються до виписки зі стаціонару, а аспірин рекомендується приймати ще протягом 2 нед після виписки.

10. Лікування і профілактика дихальних розладів. Здійснюється шляхом призначення дихальних вправ, відкашлювання, аспірації слизу з глотки і трахеї, частого повторення теплих содових інгаляцій, призначення аерозолей з антибіотиками, протеолітичними ферментами, бронхолітичними ліками, банок, гірчичників, вдихання кисню. II. Харчування.

Харчування хворих при перитоніті надзвичайно складно. У перший період (наявність блювоти, парезу шлунково-кишкового тракту) можливо тільки парентеральное харчування, 12. Гемосорбція.

У токсической фазі перитоніту проводиться гемосорбція (чи лимфосорбція). Для этого хвор накладається артеріовенозний шунт по Скрибнеру на судинах передпліччя або переводиться катетеризація стегнових судин, ліктьовий, підключичний вен по Сельдингеру. До судин за допомогою силіконової гумової трубки підключається стандартний чи стовпчик флакон-стовпчик обсягом 500 див², заповнена сорбент-сорбент-активованим вугіллям ИГИ, СКТ чи іншими марками вугіль. Швидкість перфузії 90—120 мол/хв, тривалість від 1 до 2 ч. Цього часу досить, щоб пропустити 1—2 обсяги крові через стовпчик.

Унаслідок гемосорбції токсичність удається знизити в 2 рази. Крім того, гемосорбція дозволяє поліпшити функціональні показники печінки, знизити зміст білірубіна, азотистих шлаків, імунних комплексів і ін. Метод гемосорбції при лікуванні перитоніту рекомендують Р. П. Панченков і соавт. (1981, 1984).

Хворий з перитонітом повинний міститися в палату інтенсивної терапії. 13. Гипербарическая оксигенация.

При наявності анаеробної інфекції, що викликала перитоніт, клінічне плин захворювання більш важке; при цьому відзначається висока летальність. При лікуванні цього захворювання, крім описаної терапії, позитивний ефект робить гипербарическая оксигенация з застосуванням різних варіантів антибактеріальних препаратів. Б. В. Петровский рекомендує ряд сполучень цих препаратів у добовій дозі, наприклад: 1) 160—320 мг гентамицина і 4—6 м ампициллина внутримышечно, 3 м трихопола в чи свічах 1,5 м у таблетках; 2) 1,5—2 м линкомицина внутримышечно, гентами-

цин, трихопол; 3) 2—3 м левоміцетини внутрим'язно, гентамицин, трихопол.

У силу того, що внутрішньовенне введення різних розчинів продовжується протягом декількох днів, те кращим способом є використання для цього центральних вен — підключичної вени. Канюлювання нижньою полою, пупочною і інших периферичних вен рук і ніг частіше викликає розвиток тромбофлебітів і погано переноситься хворими через необхідність тривалого утримання кінцівки в змушеному положенні.

Такий принциповий план комплексного лікування хворих з гострим розлитим перитонітом. У процесі лікування всі лікувальні заходи, дози препаратів і т.д. повинні індивідуалізуватися стосовно до клінічної і патофізіологічної характеристики захворювання.

Система ведення хворих з гострим перитонітом у післяопераційному періоді дуже складна, многопрофильна, вимагає постійної уваги лікаря і середнього медичного працівника. Тому призначення повинні бути строго регламентовані за часом. А для цього зовсім необхідно мати погодинний графік ведення хворого. Природно, цей графік у залежності від чи стану виявлених додаткових даних може змінюватися, однак стратегічна лінія при цьому буде збережена

5. Матеріали активізації студентів під час викладення лекції.

Матеріал лекції в процесі читання зв'язується з питаннями медичної етики та деонтології.

6. Загальне матеріальне та методичне забезпечення лекції:

На лекції використовуються таблиці!, схеми, малюнки, слайди, кодограми, слайдоскоп, кодоскоп, затемнена аудиторія, шкільна дошка.

7. Матеріали для самопідготовки студентів:

А) з теми викладеної лекції /, питання, література, завдання /.

Контрольні питання:

- Назвіть, які можуть передбачатися труднощі в діагностиці і диференціальній діагностиці гострих захворювань органів черевної порожнини;
- Дайте визначення “Діагностика”, “Диференційна діагностика”, “Діагноз”;
- По яких признаках підрозділяється “Діагноз”?
- З яких складових частин формулюється клінічний діагноз?;
- Яких слід дотримуватись правил в діагностиці?;
- Як підрозділяються діагностичні методи в клінічній практиці?;
- Які два види болю Вам відомі?;
- Дайте клінічну характеристику вісцеральним болям;
- Дайте клінічну характеристику соматичним болям;
- Назвіть основні види тактики лікаря.

Література:

1. Загальна хірургія. — Желіба М.Б., Хіміч С.Д. — 2010р.

Методическую разработку лекції склав професор Ю.В. Грубнік