

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний
Кафедра Хірургії з післядипломною освітою

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард Бурячківський

« _____ » _____ 2025 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс _____ Медичний 6 курс _____

Навчальна дисципліна _____ Хірургія _____
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 10

Тема “Локальні та розповсюджені гнійно-запальні процеси органів черевної порожнини та черева. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика і лікування”

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії з післядипломною освітою

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн. Горячий В.В., доц.. Нікітенко Р. П., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В., ас Медведєв О. В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 10

Тема практичного заняття:

“ ЛОКАЛЬНІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЧЕРЕВА. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ”

1. Актуальність теми.

Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини займають важливе місце серед усіх хірургічних захворювань. Під гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини мають на увазі захворювання, що виникають раптово, протікають гостро, супроводжуються болючими відчуттями різної сили, раніше або пізніше ускладнюються при несвоєчасно розпочатому лікуванні перитонітом, мають ряд загальних симптомів. Залежно від причин виникнення всі ці захворювання можна розділити на наступні **підгрупи**:

- гострі захворювання запального походження (гострий апендицит, гострий холецистит, панкреатит, перитоніт і т.д.);
- гострі захворювання, викликані деструкцією органа (перфоративні виразки шлунка й дванадцятипалої кишки, шлунково-кишкові кровотечі, розриви маткової труби при позаматковій вагітності, розриви яєчника, інфаркти кишечнику);
- усі види гострої кишкової непрохідності;
- захворювання жіночої полові сфери;
- захворювання змішаного генеза від впливу ферментів і бактерій (деякі форми холециститу й панкреатиту);
- відкриті й закриті ушкодження грудей і живота;
- захворювання, що симулюють синдром «гострого живота».

Велика кількість хворих з гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини, складність діагностики та лікування, значна летальність – все це обумовлює актуальність проблеми адекватного лікування хворих цієї категорії.

2. Цілі заняття:

2.1. Загальні цілі:

Здобувач вищої освіти повинен навчитися:

1. Виявляти анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки захворювань, що призвели до розвитку локальних та розповсюджених гнійно-запальних процесів органів черевної порожнини та черева. II рівень
2. Анатомічні дані й фізіологічні властивості очеревини. II рівень
3. Основним принципам діагностики та проведення диференціальної діагностики гострих хірургічних хвороб органів черевної порожнини. II рівень
4. Призначати план обстеження з використанням лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних методів обстеження. III рівень
5. Надати екстрену консервативну допомогу хворим з гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини III рівень
6. Визначати покази до оперативного втручання та теоретично знати методику їх проведення. II рівень
7. Навчитися принципам клінічного обстеження хворих з гострим перитонітом, вміти узагальнити отримані дані для побудови діагнозу, проведення диференціальної діагностики, вибору тактики лікування. II рівень.
8. Навчитися принципам діагностики, диференціальної діагностики, хірургічної тактики при лікуванні розповсюджених форм гострого перитоніту, абсцесів черевної порожнини. II рівень

2.2. Виховні цілі:

1. Формування професійально значущої особистості лікаря.

Підкреслити досягнення національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування локальних та розповсюджених гнійно-запальних процесів органів черевної порожнини та черева.

2.3. Конкретні цілі:

знати:

- Анатомію черевної порожнини та черева;
- Клінічну картину гострих хірургічних хвороб органів черевної порожнини ;
- Диференціально-діагностичні ознаки гострих хірургічних хвороб органів черевної порожнини ;
- Методики інструментального та лабораторного дослідження хворих з гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини;
- Консервативне та оперативне лікування хворих з гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини.
- Знати принципи клінічного обстеження хворих з гострим перитонітом, вміти узагальнити отримані дані для побудови діагнозу, проведення диференціальної діагностики, вибору тактики лікування.
- Знати принципи діагностики, диференціальної діагностики, хірургічної тактики при лікуванні розповсюджених форм гострого перитоніту, абсцесів черевної порожнини

2.4. На основі теоретичних знань з теми.

Вміти (оволодіти методиками):

- Зібрати анамнез захворювання.
- Проводити клінічне обстеження хворих з гострим перитонітом.
- Провести диференціальну діагностику між різними гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини;
- Визначити діагноз захворювання.
- Сформулювати розгорнутий клінічний діагноз відповідно до класифікації МКХ, обґрунтувати його на основі диференціального діагнозу.
- Призначити консервативну терапію захворювання.
- Визначити хірургічну тактику. Сформулювати показання до консервативного й оперативного лікування.
- Надати невідкладну допомогу хворому з гострим перитонітом на догоспітальному етапі.
- Зондувати та промивати шлунок
- Оформити історію хвороби з обґрунтуванням плану обстеження хворих і показань до оперативного втручання.
- Виконувати пальцеве дослідження прямої кишки.
- Прочитати й інтерпретувати результати загальноклінічних досліджень, інструментальних досліджень, результати рентгенограм з урахуванням вікових особливостей і семіотики захворювання.
- Оцінити раневий процес і виконати перев'язку з урахуванням фази раневого процесу, оцінити виділення по дренажах.

3. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки. (міждисциплінарна інтеграція).

п/п	ліни	Дисцип	Знати	Вміти
-----	------	--------	-------	-------

	2	3	4
I. Попередні дисципліни			
я	Анатомія	Будову черевної порожнини та черева	Навчитися під час операцій виконувати адекватну санацію черевної порожнини.
ія патфізіологія	Фізіологія та патфізіологія	Особливості патогенетичних механізмів розвитку ендогенної інтоксикації при перитоніті	Вміти інтерпретувати порушення внаслідок ендогенної інтоксикації у хворих з гострими хірургічними хворобами органів черевної порожнини.
	Біохімія	Біохімію запалення.	Вміти інтерпретувати дані лабораторних досліджень
логія	Фармакологія	Механізм дії антибактеріальних препаратів та препаратів для симптоматичної терапії	
II. Внутрішньоопредметна інтеграція			
гострі захворювання запального походження	гострі захворювання запального походження	Стадія перебігу захворювань, клінічна картина ускладнень, диференціальна діагностика	Застосовувати отримані знання при вивченні етіології та патогенезу під час проведення диференційної діагностики та лікування
гострі захворювання, викликані деструкцією органа	гострі захворювання, викликані деструкцією органа	Стадія перебігу захворювань, клінічна картина ускладнень, диференціальна діагностика	Застосовувати отримані знання при вивченні етіології та патогенезу під час проведення диференційної діагностики та лікування
усі види гострої кишкової непрохідності	усі види гострої кишкової непрохідності	Стадія перебігу захворювань, клінічна картина ускладнень, диференціальну діагностику	Застосовувати отримані знання при вивченні етіології та патогенезу під час проведення диференційної діагностики та лікування
Захворювання жіночої полові сфери	Захворювання жіночої полові сфери	Знати особливості клінічної картини та дифдіагностики	Застосовувати отримані знання при вивченні етіології та патогенезу під час проведення диференційної діагностики та лікування

захворювання змішаного генеза від впливу ферментів і бактерій.	Знати клінічної дифдіагностики	особливості картини та	Застосовувати отримані знання при вивченні етіології та патогенезу під час проведення диференційної діагностики та лікування
відкриті й закриті ушкодження грудей і живота	Знати клінічної дифдіагностики	особливості картини та	
захворювання, що симулюють синдром «гострого живота».	Знати клінічної дифдіагностики	особливості картини та	

4. Зміст теми.

ЛОКАЛЬНІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЧЕРЕВА. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

Діагностика

Діагностика гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини є невідкладною. На догоспітальному етапі обстеження гостре захворювання органів черевної порожнини не завжди вдається розпізнати досить точно й швидко. Продовжувати спостереження за хворим протягом довгого часу для уточнення діагнозу неприпустимо. Це неминуче приводить до ускладнень, серед яких — перитоніт, омертвляння органів тканин, непоправна крововтрата.

На догоспітальному етапі сімейний лікар не розташовує рядом додаткових методів дослідження, без яких уточнення діагнозу вкрай утруднене й нездійсненне; неможливо виявити хворому в повному обсязі необхідну допомогу ще до уточнення діагнозу.

Не можна за всяку ціну домагатися уточнення діагнозу. Досить установити, що у хворого є гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини й він потребує термінової госпіталізації.

Саме в таких випадках виручає не дуже точне, не дуже конкретне, але корисне визначення «гострий живіт».

Воно відрізняється стислістю й виразністю, несе інформацію про гостре хірургічне захворювання, при яким показана негайна госпіталізація в хірургічне відділення.

Термін «гострий живіт» є не діагнозом, а лише збірним поняттям і одночасно сигналом до дії, причому до дії конкретному, рішучому й відповідальному — до напрямку хворого в стаціонар.

Необхідно чітко представляти, що зволікання при цьому стані смерті подібно.

У цей час точно встановлене, що результати лікування хворих з гострим животом залежать від строків вступу їх у хірургічне відділення.

Одним з постійних ознак гострого живота є біль, який може виникнути із самого початку захворювання або розвиватися поступово, повільно, досягаючи максимуму протягом багатьох годин, але частіше виникає блискавично (при перфоративних виразках шлунка й дванадцятипалої кишки, деяких видах кишкової непрохідності, гострому панкреатиті).

Г. Мондор писав, що штучне зняття болі не усуває причини її виникнення, а тимчасове заспокоєння хворого тільки віддаляє цілеспрямоване лікування й приносить величезна й непоправна шкода.

Розв'язок про госпіталізацію хворого з гострим животом є єдино правильним.

Потрібно твердо знати, чого не слід робити й до чого може привести гадана корисної, але небезпечна допомога.

Слідом за зменшенням хворий хворий відмовляється від госпіталізації й операції й тільки через якийсь час після поновлення хворий і погіршення стану знову звертається по допомогу, яка виявляється запізнілою.

Величезна шкода приносить приймання проносних засобів.

При нудоті, блювоті болях, що розпирають, у надчревної області роблять промивання шлунка. Однак зондувати й промивати шлунок до уточнення діагнозу не можна.

В одних випадках такі маніпуляції приводять до різкого підвищення внутрішньочеревного тиску й посиленню кровотечі (позаматкова вагітність, розривши яєчника), в інших — сприяють розриву збудженого органу (гострий апендицит), прогресуванню перитоніту (перфоративні виразки шлунку й дванадцятипалої кишки).

Не можна до повного уточнення діагнозу призначати гарячу грілку на живіт, тому що може підсилитися кровотеча або поширення запального процесу. Хворому з гострим животом необхідно забезпечити спокій, не можна допускати його самостійного пересування, його потрібно транспортуватися лежачи, на спині або на боці.

Анамнез

Анамнез захворювання має велике значення для діагностики. Слід уточнити час виникнення захворювання й з'ясувати не тільки день, але, по можливості, годину й навіть хвилину. Уточнити характер і первинну локалізацію болі, іррадіацію.

Не повинні залишитися без уваги запаморочення, непритомність, тривала втрата свідомості, блювота (однократна, багаторазова, рясна або вбога), характер блювотних мас (їжа, жовч, кров, застійний уміст, «фекалоїдна» і т.д.), нудота, відрижка, гикавка.

Особлива увага слід приділити особливостям стільця, характеру калу (фарбування, консистенція, наявність крові), відходженню або затримці газів, сечовипусканню (нормальне, прискорене, утруднене, повна затримка, болі при сечовипусканні).

З анамнезу впливає з'ясувати, чи були коли-небудь подібні напади, лежав чи в лікарні, який установлений діагноз; чи зазнав хірургічним операціям і яким, для жінок — час останніх менструацій, кількість пологів, абортів, викиднів, гінекологічні захворювання.

Об'єктивне дослідження хворого.

1. Загальний стан хворого: а) ступінь важкості стану (украй важке, дуже важке, важке), б) поведінка (спокійне, стогне від болів), в) типовий вид особи, "маска Гіппократа", змушене положення — на спині, напівсидячи, з наведеними до живота ногами, г) тип статури й ступінь угодваності, д) стан шкірних покривів (колір, блідість, пропасний рум'янець), тургор (звичайний, знижений), вологість (холодний піт, сухі), е) температура тіла (підвищення, зниження — у градусах), ж) стан серцево-судинної системи (зниження ПЕКЛО, тахікардія, шум тертя перикарда) і легенів (шум тертя плеври, наявність випота в плевральній порожнині, високе стояння діафрагми), з) язик (сухий, наліт), і) стан свідомості.

2. Дослідження органів черевної порожнини:

Огляд: форма, утягнутість, здуття, асиметричність, ступінь участі в акті подиху (не бере участь, бере участь поверхово, не бере участь права, ліва або нижня половина живота).

Пальпація: хворобливість (локалізація й ступінь виразності), напруга черевних м'язів (локалізація, ступінь виразності), симптоми подразнення очеревини — Щьоткіна-Блумберга й Менделя (їх локалізація й ступінь виразності), наявність і розміри альпуючого інфільтрату (окреслити на шкірі границі), його локалізація, характер поверхні, рухливість, пальпація печінки й селезінки, їх границі, поверхня, консистенція, край, хворобливість.

перкусія: високий тимпаніт, притуплення перкуторного звуку над інфільтратом при обмеженому перитоніті, притуплення перкуторного звуку в пологих місцях, розміри печінки по Курлову (збільшення розмірів печіночної тупості нагору).

Аускультация: перистальтичні шуми, ступінь їх виразності, відсутність перистальтики, "шум плескоту" і "шум падаючої краплі".

3. Вагінальне або ректальне дослідження – нависання заднього зводу піхви, набухання в просвіт передньої стінки прямої кишки, бімануально, що визначається інфільтрат у малому тазі, його розміри, рухливість, хворобливість, наявність флуктуації, взаємовідношення з органами малого таза.

Додаткові дослідження

1. Лабораторні а) загальний аналіз крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації – ЛІІ; б) біохімічний – глюкоза, амілаза, білірубін, трансамінази, залишковий азот, сечовина, креатинін крові, молочна кислота, молекули середньої маси, коагулограма, білок і його фракції, КЩС), в) загальний аналіз сечі, добовий діурез. 2. Рентгенологічне: а) високе стояння діафрагми, обмеження рухливості її, б) чаші Клойбера. 3. Інструментальне дослідження: а) лапароцентез із бактеріологічним дослідженням випоту й на наявність ферментів підшлункової залози, б) лапароскопія. 4. Бактеріологічне дослідження випоту із черевної порожнини з визначенням чутливості мікрофлори до антибіотиків.

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Гострий апендицит — неспецифічне запалення червоподібного відростка, викликуване гнієрідними мікробами, — стрептококами, стафілококами, ентерококками, кишковою паличкою й ін.

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини стоїть на першому місці (58—72 %). 99 % хворих зазнають оперативного втручання. Загальна й післяопераційна летальність найнижча, алі число хворих, що щорічно гинуть, із цим захворюванням більше, ніж при перфоративній виразці.

Основною причиною летальності є запізнілі операції, а основною причиною запізніх операцій є пізня госпіталізація хворих.

Що стосується основних причин запізньої госпіталізації, ті отут на першій місці є пізні розпізнавання гострого апендициту й відмова хворих від госпіталізації. Видалося б, основні питання діагностики й лікування були вирішені в нашій країні, але дотепер лікарями на різних етапах допускається чимало діагностичних і лікувально-тактичних помилок, які негативно позначаються на результатах лікування цього захворювання.

І.І. Греків називав апендицит через надзвичайне різноманіття клінічних проявів «хамелеоноподібним захворюванням».

Природно, що можливі діагностичні помилки на всіх етапах обстеження хворого.

Положення сліпої кишки й червоподібного відростка відрізняється мінливістю.

Найчастіше апендикс перебуває в правій клубовій області, але при сліпій кишці, що часто зустрічається рухливий, він може перебувати в різних відділах черевної порожнини (під печінкою, у малому тазі, у лівій клубовій області, займати ретроцекальне положення — (за сліпою кишкою).

Згідно **класифікації** В.І. Колесова, розрізняють 4 форми гострого апендициту:

- аппендикулярная колька;
- простий (поверхневий, або катаральний) апендицит;
- деструктивний апендицит: а) флегмонозний, б) гангренозний, в) прободний (перфоративний) гангренозний;
- ускладнений апендицит: а) аппендикулярний інфільтрат, б) аппендикулярний абсцес, в) розлитий гнійний перитоніт, г) інші ускладнення (сепсис, пилефлебит).

Аппендикулярная колька зустрічається в 3 % випадків і характеризується незначними запальними явищами, які можуть ліквідуватися або перейти у важку форму.

На догоспітальному етапі при слабо вираженій симптоматиці гострого апендициту не можна затримувати хворого для спостереження — необхідна госпіталізація.

Прорив червоподібного відростка є наслідком порушення цілості стінки під впливом некротичного процесу. Воно може виникнути під впливом стороннього предмета, що потрапив у просвіт (риб'яча кістка, шкарлупа, аскарида і т.д.). Патологічний процес

найчастіше не обмежується тільки відростком, але виходить за його межі (обмежений або розлитий перитоніт).

Одним з видів ускладненого гострого апендициту є апендикулярний інфільтрат — запальний конгломерат, що полягає зі збудженого відростка і його брижі, сліпої й частини висхідної кишки, великого сальника й петель тонкої кишки. Апендикулярні інфільтрати на качану захворювання дуже щільні, малорухомі, займають усю праву клубову область, розсмоктуються дуже повільно. У деяких випадках інфільтрати невеликі, рухливі, швидко розсмоктуються.

Інфільтрат може збільшитися в розмірах, розм'якшитися й загрозувати проривом гною в черевну порожнину, приводячи до розлитого перитоніту.

Дріботимо ускладненням деструктивного апендициту є обмежені гнійники (апендикулярні абсцеси) різної локалізації (клубові, міжкишкові, тазові, підпечінкові, піддіафрагмальні, ретроцекальні).

Дуже рідко спостерігаються внутрішньопечінкові абсцеси (пілефлебіт) внаслідок переносу інфекції з відростка по венах.

Клініка гострого апендициту

Болі в животі при гострому апендициті виникають внаслідок подразнення нервових закінчень, розташованих у стінці відростка його очеревині, що покриває, і в брижі, і чим більше виражене запалення, тем сильніше болі. Болі відрізняються різноманітністю: частіше смороду з'являються раптово, мають постійний характер.

Переймоподібні, що різуть, колють, оперізують болі нетипові для апендициту. У перші 6-12 рік від качану захворювання болі найчастіше локалізуються в правій клубовій області. Іррадіація хворій у праві стегно спостерігається в 10 % хворих.

Виникнення й остаточна локалізація хворій у правій клубовій області є характерним симптомом гострого апендициту.

У типових випадках (30—35 % хворих) захворювання починається з помірного болю в епігастрії, яка через 4—6 рік зміщається в праву клубову область (симптом Кохера-Волковича). Може бути затяжна епігастральна фаза, на якій треба звернути увагу.

Нудота турбує 60 % хворих, в 40—45 % вона супроводжується блювотою, яка носить рефлекторний характер, не приносячись полегшення.

Деструктивні форми гострого апендициту супроводжуються багаторазовою блювотою.

Турбує почуття переповнення шлунка, ваги в животі.

Один з типових варіантів важкої токсичної форми апендициту — це бурхливий качан захворювання, виражена нудота, кількаразова блювота, здуття живота й почуття переповнення в епігастральній області.

Порушення функції кишечника виражаються в затримці стільця або в рідкому стільці. Іноді спостерігається затримка газів.

Розладу сечовипускання виникають при тазовому або ретроцекальному розташуванні відростка.

Загальний стан хворих у початковому періоді задовільно.

При деструктивних формах стан важкий. На самому качану захворювання хворі воліють лежати на спині з ногами, зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах, або на правому боці з ногами, наведеними до живота.

Температура тіла коливається в межах від нормальної до 39 °С и вище. У літніх і старих хворих температура тіла нормальна або субфебрильна.

В 45—50 % хворих пульс не частішає, в 40 % — до 100 ударів в 1 хв і в 10—15 % — більш 100 ударів в 1 хв.

Частішання пульсу відповідає підвищенню температури, а невідповідність між ними вказує на інтоксикацію й на деструктивну форму апендициту (перитоніт).

В 60 % хворих язик вологий, але обкладений, в 10 % — сухої.

Живіт хворих найчастіше нічим не залучає уваги.

При аускультатції живота вислуховуються кишкові шуми.

При перкусії притуплення в пологих місцях живота виявляється при розвиненому

перитоніті зі значною кількістю ексудата.

Пальпація живота винна проводитися теплими руками, починати впливає подалі від того місця, де, за словами хворого, він відчуває біль.

Необхідно розв'язати, чи є хворобливість і де вона локалізується, чи їсти напруга черевної стінки.

Дихальні рухи й кашель викликають посилення болю в правій здухвинній області.

Слід виділити основні симптоми, характерні для патології червоподібного відростка:

- симптом Щьоткіна-Блюмберга (80—85 %) — різке посилення болі в момент швидкого відібрання руки від черевної стінки при помірному тиску в правій здухвинній області;
- симптом Ровзинга (60—70 %) — поява болі в правій здухвинній області при поштовхоподібні лещатах на спадну товсту кишку;
- симптом Воскресенського (симптом ковзання) — поява різанням болі в правій здухвинній області при швидким проведенні долонею по передній стінці живота від правого підребер'я вниз до правої здухвинної області;
- симптом Ситковського — поява болі в правій здухвинній області при положенні хворого на лівому боці.

Зміни крові при гострому апендициті виражаються в підвищеній кількості лейкоцитів зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво. Гіперлейкоцитоз відзначається частіше при важкому плинні апендициту, а також у дітей. Обов'язковий вимір температури тіла й ректальне (різниця в 1 °С винна насторожити лікаря).

Описана клініка типового розташування червоподібного відростка, але зустрічаються атипіві положення: ретроцекальне, тазове й підпечінкове.

Ретроцекальне положення відростка характеризується болями, що розпирають, іррадіючими в праві стегно. Права бічна черевна стінка трохи напружена, хвороблива. Інші перераховані вище класичні симптоми нерізка виражені.

Тазове розташування червоподібного відростка має деякі особливості. Болі виникають над правимо паховим зв'язуванням, у нижній частині правої здухвинній області; прискорене й хворобливе сечовипускання, прискорений стілець із домішкою слизу й крові свідчать про залучення в запальний процес сечового міхура й прямої кишки. При залученні в процес матки й придатків відзначаються болі в низі живота.

При підпечінковій локалізації відростка спочатку з'являються болі в шлунку, потім локалізуються в правім підребер'ї, де визначається напруга. Відсутня іррадіація болів у праві плечі й лопатку. Позитивні симптоми Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковського.

Різноманітні клінічні вияви гострого апендициту пояснюються не тільки різними положеннями відростка, але й віком хворого.

Вікові особливості гострого апендициту

Гострий апендицит у дітей може розвиватися в будь-якому віці, частіше після 5 років життя.

Протікає з вираженими загальними й місцевими симптомами (підвищення температури тіла до 38—39 °С, тахікардія, розбіжність між частотою пульсу й температурою).

Хворобливість і напруга живота в правій здухвинній області, позитивний симптом Щеткина-Блюмберга. Швидке прогресування захворювання, похилість до поширення патологічного процесу.

У дітей старшого віку протікає менш гостро.

Гострий апендицит у людей літнього віку характеризується стертим плинном, недостатньо вираженими місцевими й загальними симптомами, що пов'язане зі зниженою реактивністю.

Апендицит протікає без вираженого болючого нападу, з нормальною температурою, без лейкоцитозу й тахікардії. Напруга м'язів передньої черевної стінки й симптом подразнення очеревини недостатньо виражені, визначається тільки локальна

хворобливість в області відростка.

Гострий апендицит у вагітних після 2-3 мес. вагітності протікає своєрідно у зв'язку зі зміною положення сліпої кишки, викликаною збільшеною маткою. У зв'язку зі зсувом сліпої кишки догори місцеві симптоми апендициту локалізуються вище, при більших рядках вагітності — в області правого підребер'я.

Напруга м'язів виражена слабо. Вагітну необхідно направити в гінекологічне відділення з обов'язковим оглядом хірургом.

Гострий апендицит найчастіше необхідно диференціювати із захворюваннями брунчок, придатків матки, позаматковою вагітністю, гострим холециститом, панкреатитом, гастритом, ентероколітом, харчовою токсикоінфекцією й іншими захворюваннями. Важка діагностика в дітей, жінок і старих, при атипівому його розташуванні. Найменшого припущення про наявність апендициту цілком достатньо, щоб невідкладно направити хворого в хірургічне відділення.

Лікування гострого апендициту

Загальноновизнаним методом лікування гострого апендициту є термінова апендектомія.

Основним завданням, що коштує перед сімейним лікарем, є встановлення або припущення гострого апендициту, напрямком хворого для госпіталізації в хірургічне відділення. Хворому забороняють приймання їжі й питва, застосування болезаспокійливих засобів.

Заподій, що впливають на летальність: пізня госпіталізація через несвоєчасний обіг за медичною допомогою, а тому й пізня операція (пізніше 24 ч).

Протипоказанням до термінової операції є наявність щільного, нерухливого апендикулярного інфільтрату, який утворюється на 2-4 добу від качану захворювання.

Післяопераційне лікування гострого апендициту

При неускладненому апендициті після апендектомії хворі одержують антибактеріальну терапію. Протягом перших 2 днів хворому дають бульйон, кефір, рідку кашу, кисіль. На 3- 4-й день — протерті супи; на 5-й день — парові котлети, надалі переводять на спільне харчування. Дозволяється вставати з ліжка на 2-й день.

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Гострий панкреатит — гостре захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать деструктивно-запальні процеси, викликані аутолізом тканин залози її власними ферментами. У цей час питома вага гострого панкреатиту серед інших хірургічних захворювань органів черевної порожнини становить 10—12 %. Гострий панкреатит по частоті уступає лише гострому апендициту й гострому холециститу. Загальна летальність при гострому панкреатиті становить 5—10 % і досягає 35 % при виникненні ускладнень.

Етіологія й патогенез гострого панкреатиту

Фактори, які можна вважати причинними для розвитку гострого панкреатиту, можна представити у вигляді декількох синдромів.

- Панкреатична гіперінфекція (харчова, алкогольна, медикаментозна).
- Панкреатична протокова гіпертензія (спазм великого сосочка дванадцятипалої кишки, набряк сосочка при гастродуоденіті, жовчні камені); околососочкові дивертикули дванадцятипалої кишки; підвищення внутрішньодуоденального тиску при дуоденостазе, парезі кишечника, перитоніті, травмі кишки (післяопераційний панкреатит).
- Ішемія підшлункової залози (судинна патологія).
- Токсичний вплив на підшлункову залозу (нітрофарби, лаки, розчинники, отрута скорпіона, лікарські засоби (кортикостероїди, гипотіазід), токсично-алергійні й інфекційно-токсичні впливи (частіше в дітей).
- Травми підшлункової залози.
- Ендогенні фактори (вроджені й придбані): підвищена в'язкість панкреатичного соку (при вагітності, хронічному алкоголізмі, розладах водно-електролітного обміну); алергійний статус; хронічні захворювання печінки (гепатоз, гепатит, цироз).

Відповідно найпоширенішій ферментативній теорії патогенезу гострого панкреатиту, в основі захворювання лежить ушкодження кліток підшлункової залози під впливом того або іншого фактора.

Класифікація гострого панкреатиту

Існує 4 форми гострого панкреатиту:

- гострий набряк підшлункової залози;
- гострий геморагічний панкреатит;
- гострий панкреонефроз;
- гострий холецистопанкреатит.

На думку А.Д. Толстого, основною структурною ознакою класифікації повинен бути обсяг некрозу підшлункової залози.

- Набряковий (інтерстиціальний) панкреатит (85 % випадків) відрізняється легким плином. У клінічній картині визначальне значення має набряк тканин.

- Мілкоочаговий жировий некроз підшлункової залози (середня тяжкість стану). Ускладнення (перитоніт, жовтяниця), летальність — 6,7 %.

- Великоочаговий розповсюджений некроз залози з вираженим геморагічним компонентом (важкий стан). На початку розвивається панкреатогенний шок, а потім — гнійні ускладнення. Летальність — 36,4 %.

- Тотально-субтотальний панкреонекроз (летальність — 80 %).

Клінічна картина гострого панкреатиту

Клініка гострого панкреатиту залежить від фази, локалізації й просторості патологічних змін, від ступеня активності ферментів, ускладнень.

Захворювання зустрічається в будь-якому віці. Хворіють переважно жінки (90 %). З даних літератури відомо, що гострий панкреатит у дітей — рідке захворювання.

Найбільш характерними ознаками гострого панкреатиту є біль, блювота, явища динамічної кишкової непрохідності.

Біль у животі — постійний і провідний симптом — буває дуже сильною й може привести до шоку. Частіше вона постійна, тупа або ріжуча. Біль локалізується високо в епігастральній ділянці й носить характер, що оперізує; у деяких хворих біль відчувається в правім підребер'ї. Від сильних болів хворі стогнуть, навіть кричать і ухвалюють різні положення в ліжку. Одні лежать нерухомо, інші маються. Сильні болі в животі пов'язані із залученням у патологічний процес черевного нервового сплетіння. Іррадіація хворій різноманітна: у попереку праворуч або ліворуч, у спину й хребет, у грудну клітку, в ділянці серця і т.д.

Блювота є частим симптомом. Вона буває повторної, неприборканої, болісної, частої й не приносить полегшення. У блювотних масах присутня жовч. При важкій формі панкреатиту блювотні маси мають вигляд «кавової гушавини», що може вказувати на поганий прогноз.

Болісні гикавка й відрижка гіркотою.

Загальний стан важкий. Шкірні покриви бліді, нерідко виявляється жовтушність шкіри й склер. У деяких хворих рано з'являється ціаноз, іноді з «мармуровим» малюнком, що пов'язане з порушенням мікроциркуляції.

Симптом Мондора (фіолетові плями на шкірі особи й тулуба).

Симптом Холстеда (ціаноз шкіри живота), симптом Гріючі-Тернера (ціаноз бічних стінок живота). При більш важкому стані наростають явища інтоксикації й задишка. Шкірні покриви покриті дрібним потом, підвищується температура тіла, пульс частішає, язик сухий, артеріальний тиск поступовий знижується, живіт роздутий, особливо в надчеревній ділянці, через парез поперечно-ободової кишки.

Вздуття всього живота спостерігається при розвитку розлитого перитоніту. Черевна стінка бере участь у подиху. Кашльовий поштовх завжди підсилює біль в ділянці шлунка. Пальпація передньої черевної стінки хвороблива в надчеревній ділянці. Зона хворобливості й ригідності відповідає проекції підшлункової залози на 6-7 днів від плевральної порожнини.

Диференціальна діагностика гострого панкреатиту

Можливості правильної й своєчасної діагностики гострого панкреатиту на догоспітальному етапі вкладені в знання особливостей панкреатичної кольки й змін симптоматики.

Щоб правильно оцінити діагностичні помилки на догоспітальному етапі, їх треба розділити на 2 групи:

- помилки хірургічного профілю;
- помилки терапевтичного профілю.

Якщо хворі з помилковим діагнозом «гострий панкреатит» і страждають іншими гострими хірургічними захворюваннями направляються в хірургічне відділення, то така помилка не є грубою, тому що діагноз швидко уточнюється, і вони одержують своєчасну допомогу.

Хворі з подібними ж помилками терапевтичного профілю, що страждають гострими терапевтичними захворюваннями (інфаркт міокарда, плевропневмонія, інсульт), при вступі в хірургічне відділення, де діагностика терапевтичних хвороб менш досконала й несвоєчасна, не одержують своєчасного лікування, така помилка є грубою.

Гострий панкреатит слід диференціювати з гострим холециститом, гострим гастритом, з перфоративною виразкою шлунка або дванадцятипалої кишки, кишковою непрохідністю, нирковою колькою й серцево-судинними захворюваннями.

Гострий холецистит, на відміну від гострого панкреатиту, характеризується наявністю болю в правім підребер'ї, ірадіююча у праву лопатку, плече, підвищенням температури, різко вираженою хворобливістю й напругою в правім підребер'ї. Гострий холецистит звичайно не супроводжується швидко наростаючими симптомами інтоксикації, колапсом. Симптоми паралітичної кишкової непрохідності з'являються поступово при розвитку перитоніту.

Напад жовчної кольки характеризується відсутністю змін з боку черевної порожнини, які виражені при гострому панкреатиті (хворобливість при пальпації в ділянці підшлункової залози, ригідність м'язів передньої черевної стінки, парез кишок).

Біль ірадіює у праве плече, лопатку, купірується наркотиками. При гострому панкреатиті наркотики не впливають на інтенсивність болю.

Гострий гастрит супроводжується менш різким болючим синдромом, чому панкреатит, хоча біль по своїй локалізації ідентична. Гострий гастрит виникає при прийманні їдких речовин, алкогольних сурогатів або гострої їжі, супроводжується різко вираженою печією, відрижкою й блювотою, після якої відчувається тимчасове поліпшення. При гострому панкреатиті після блювоти спостерігається погіршення.

Хронічний гастродуоденіт супроводжується менш інтенсивними, непостійними болями. Вони виникають або вночі, або натще.

На відміну від перфоративної виразки, гострий панкреатит протікає зі швидко наростаючими симптомами інтоксикації, повторною блювотою. У хворих відсутній виразковий анамнез і пневмоперитонеум. При рентгенологічному дослідженні для перфорації характерна наявність вільного газу під куполом діафрагми.

Гостра кишкова непрохідність

Для механічної кишкової непрохідності характерні схваткоподібна біль, багаторазова блювота шлунковим, а потім кишковим вмістом у більш пізніх стадіях, виражене здуття живота, симптоми Валячи, Склярєва. Симптоми гострої кишкової непрохідності при гострому панкреатиті носять функціональний характер і швидко зникають при консервативному лікуванні. При рентгенологічному дослідженні для механічної кишкової непрохідності характерна наявність чаш Клойбера.

Ниркова колька характеризується сильними болями в поперековій ділянці, ірадіюючими в праву половину живота, пахову ділянку, прискореним, утрудненим сечовипусканням. Хворі під час нападу хворі не знаходять місця у ліжку. В аналізі сечі — білок, свіжі еритроцити у великій кількості.

Тромбоз мезентеріальних судин диференціювати з гострим панкреатитом дуже важко у зв'язку з наявністю загальних симптомів інтоксикації, порушенням серцево-

судинної діяльності, парезом кишок і виразністю болючого синдрому. При тромбозі може відзначатися рідкий стілець із домішкою крові, рідко блювота. Біль носить розлітий характер, відзначається рівномірне здуття живота, немає локальної хворобливості при пальпації в проекції підшлункової залози. Характерні акроціаноз і мраморність шкіри. У цих випадках треба з'ясувати, немає чи у хворого захворювань серця (пороки серця, миготлива аритмія, тромбофлебії нижніх кінцівок і т.д.).

Гострий панкреатит

Може супроводжуватися сильним болем у надчревіній ділянці, але не характерна блювота жовчу, локальна хворобливість живота в проекції підшлункової залози, виражений парез кишечника й ригідність м'язів живота. Дані ЕКГ свідчать про виражені порушення серцевої діяльності.

Діагностичні затруднення виникають у хворих похилого віку. У них гострий панкреатит протікає на тлі супутніх захворювань, сприяють його розвитку серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання органів травлення. Ці захворювання можуть сприяти виникненню не одного, а декількох гострих захворювань живота (комбінація гострого панкреатиту судинного походження й тромбоемболії мезентеріальних посудин з інфарктом кишечника).

Лабораторна діагностика гострого панкреатиту

- Загальний аналіз крові й сечі.
- Визначення амілази крові й сечі.
- Цукор крові.
- Білірубін.
- Загальний білок.
- Сулемова проба.
- Визначення активності амінотрансфераз і лужної фосфатази крові.
- система, Що Згортає, крові.
- Визначення кальцію крові.
- Визначення сечовини, креатиніну.
- Визначення електролітів.
- Дослідження КЩС.

Інструментальна діагностика

• Рентгеноскопія (графія) грудної клітки, черевної порожнини для виявлення непрямих ознак панкреатиту (високе стояння й обмеження рухливості діафрагми, у черевній порожнині видні пневматизовані тонкокишкові арки ліворуч на рівні тіл II-III поперекових хребців, горизонтальний рівень рідини внаслідок дуоденостазу).

- ЕРХГ (ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія).
- УЗД.
- Ендоскопічні методики: лапароскопія (забір ексудату для дослідження).
- Селективна ангиографія черевного стовбура.
- Комп'ютерна томографія.

Лікування гострого панкреатиту

Основним методом лікування гострого панкреатиту є консервативний. Консервативне лікування спрямоване на створення максимального функціонального спокою, інактивацію ферментів підшлункової залози, детоксикацію, нормалізацію функцій серцево-судинної й центральної нервової систем, подиху, порушень водно-сольового, вуглеводного й білкового обмінів.

I. Гальмування панкреатичної секреції:

місцева гіпотермія (холод на епігастральну ділянку);

- голод протягом 3-5 доби із заборотою через рот не тільки їжі, але й води;
- відсмоктування шлункового вмісту;
- атропінізація (0,5 мг 2-3 рази в день); введення вілугуючих засобів через зонд — альмагель; внутрішньовенно -циметідін — антагоніст H₂-рецепторів;

- внутрішньшлункова гіпотермія (промивання шлунка холодною водою).

II. Боротьба з болем:

- блокада чревних нервів або паранефральна блокада (0,25%-ний розчин новокаїну);
- нітрогліцерин під язик, спазмолітики (2%-ний розчин папаверину, но-шпа, галідор, 0,2%-ний розчин платіфіліна);
- наркотичні анальгетики (промедол), дроперідол — 2,0 мл протягом 4-6 ч. Морфін протипоказаний, тому що він має вагомиметичну дію, викликає спазм великого дуоденального сосочка, у зв'язку із чим настає застій жовчі й панкреатичного соку;
- ненаркотичні анальгетики (анальгін 50%-ний розчин — 4-5 мл, баралгін — 5 мл, димедрол 1%-ний — 2,0 мл);
- новокаїнова терапія (0,5%-ний розчин — 20-40 мл новокаїну внутрішньовенно одномоментно або 0,25%-ний розчин з додаванням 5%-ний глюкози, 400 мл повільно).

III. Антиферментна терапія.

Антиферментна терапія складається із введення препаратів, що блокують трипсин і калікреїн (гразілол, контрікал, гордокс), або препаратів, що гальмують протеїновий синтез у залозі й вироблення ферментів (цитостатики — 5-фторурацил, фторафур):

- контрікал 100 тис. — 120 тис. ОД у фізіологічному розчині 3- 4 рази в добу;
- гордокс. Спочатку вводити 500 тис. ОД повільно внутрішньовенно, а потім 5 тис.

ОД щогодини;

- епіклонамінокапронова кислота (ЕАКК) є потужним інгібітором фібрінолізу, що виявляють гальмуюче дію на активацію плазміногена в плазміні. Уводять внутрішньовенно 5%-ний розчин у кількості 200-300 мл.

IV. Корекція водно-електролітного балансу:

- розчин Рінгера до 2000 мл у добу;
- 5%-ний розчин глюкози, 1500 мл + інсулін;
- 10 мл 10%-ного розчину хлористого кальцію;
- суха плазма, альбумін;
- гемодез.

V. Протишокова терапія:

- реополіглюкін або поліглюкін;
- 10%-ний розчин альбуміну;
- 125 мл гідрокортизону внутрішньовенно;
- норадреналін, 2-3 мг у добу.

VI. Антиалергічна терапія: піпольфен, димедрол.

VII. Протизапальна терапія: препарати тетрациклінового ряду, пеніцилін.

VIII. Симптоматична терапія.

У випадку безуспішності консервативного лікування протягом 24 год проводиться лапароскопічне дренування черевної порожнини.

У лікуванні деструктивного панкреатиту застосовуються цитостатики (5-фторурацил, середня добова доза — 350 мг, у течетромбоз мезентеріальних судин 1-4 доби; фторафур — 4%-ний розчин, 10 мл).

Висока летальність, розвиток різних ускладнень у хворих з гострим панкреатитом пояснюють актуальність пошуку нових методів лікування.

У цей час доведена висока ефективність сандостатину. Останній являє собою синтетичний октапептід, що є похідним природнього гормону соматостатину, вироблюваного передньої часткою гіпофіза й травним трактом. Препарат пригнічує секрецію пептидів — гастрину, глюкагона, інсуліну, холецистокініну, вазоактивного інтестинального пептиду, панкреатичного поліпептиду, а також ферментів підшлункової залози (амілази, ліпази, трипсину), знижує шлункову кислотність і обсяг панкреатичного секрету.

Сандостатин має більший період напіввиведення, що дозволяє збільшити інтервал його призначення. При гострому панкреатиті сандостатин зменшує інтенсивність болючого синдрому (він зникає на 2-е доба лікування) і знижує частоту ускладнень, особливо при застосуванні високих доз препарату (600-1500 мкг у добу).

Клінічні дані про зменшення набряку підшлункової залози й навколишніх тканин, зникненні панкреатичного асцити й активації ретикулоендотеліальної системи печінки й селезінки під впливом сандостатина дозволяють припустити наявність цитопротективного ефекту цього препарату.

Лікування високими дозами сандостатина (200—500 мкг 3 рази в день) вірогідно поліпшував клінічний перебіг панкреатиту й зменшував число випадків смерті (8,3 % проти 14,8 %).

Оперативне лікування гострого панкреатиту

Показання до ранньої операції:

- наростання ознак перитоніту;
- наростаюча жовтяниця й ознаки деструкції жовчного міхура;
- відсутність ефекту від проведеної терапії протягом 24-48 ч. Ранні операції

проводяться в перші 2-3 доби захворювання.

Відстрочена операція (через 2-3 тижні після початку захворювання)

Показання:

- відсутність ефекту від консервативного лікування;
- клінічні й рентгенологічні ознаки септичної деструкції залози;
- аррозивні кровотечі з судин панкреатодуоденальної ділянки.

Обсяг хірургічного лікування може варіювати залежно від морфологічних змін у залозі й поширеності процесу.

В основному операції зводяться до дренивання чепцевої сумки, черевної порожнини, декомпресії жовчних шляхів.

Ускладнення:

Ранні ускладнення гострого панкреатиту:

- ферментативний розлитий перитоніт;
- плеврит і перикардит;
- серозно-геморагічний панкреатит;
- ранні гострі виразки, ерозії шлунка й дванадцятипалої кишки;
- ранні тромбози судин черевної порожнини;
- інфаркт міокарда;
- набряк легенів.

Пізні ускладнення гострого панкреатиту:

- абсцеси залози;
- гнійний парапанкреатит, оментобурсит, перитоніт;
- абсцеси черевної порожнини;
- абсцеси печінки, легенів;
- гнійний плеврит;
- сепсис;
- свищі залози;
- пізні ерозії й виразки шлунково-кишкового тракту;
- аррозивні кровотечі.

ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ

Гострий холецистопанкреатит являє собою сполучення двох взаємоотягощаючих дин одного процесів — холецистити і гострого панкреатиту. У 85 % випадків холецистопанкреатит є ускладненням жовчнокам'яної хвороби, у 15 % — вторинні, ферментативні холецистити.

Клініка гострого холецистопанкреатита

При гострому холецистопанкреатиті на перший план виступають симптоми поразки жовчного міхура і жовчних проток. На панкреатит указує велика поширеність хворій у епігастрії, правому підребер'ї, правом бічному каналі, що оперізують болі. Найбільша хворобливість відзначається в правому підребер'ї, характерні болісна блювота, рання жовтяниця.

Поколачивание по правому підребер'ю супроводжується різкою хворобливістю.

Діагностика гострого холецистопанкреатита

Діагностика ґрунтується на анамнезі, клініці з урахуванням лабораторних даних.

Лікування гострого холецистопанкреатита

Показання до термінового оперативного лікування:

- виражений перитоніт;
- наявність клініки деструктивного холециститу або панкреатиту;
- безуспішність консервативного лікування.

ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Серед основних форм гострого живота гострий холецистит по загальній кількості хворих посідає друге місце, уступаючи лише гострому апендициту. Хворіють переважно жінки (90 %). Вік різний, старше 30—40 років — 80 %. У дітей відзначається рідко.

Під терміном «гострий холецистит» слід розуміти ситуацію, коли у хворого вперше в житті або страждаючого хронічним (калькульозним) холециститом виникає напад з характерною клінічною картиною. Холецистит поєднує всі запальні захворювання жовчного міхура й жовчовивідних проток. У розвитку гострого холециститу провідну роль грає фактор застою, погіршуючий приєднанням інфекції на тлі порушення хімічного складу жовчі. Причиною можуть бути гостра непрохідність міхурної протоки (камінь або його перегин), набрякання слизуватої, сторонні предмета (аскариди), а наслідком — розвиток гіпертензії в міхурі.

Класифікація

гострого холециститу А.М. Джавадяна й Л.Б. Крилова (1976 р.):

I. Неускладнені холецистити:

- катаральний (простий) холецистит (калькульозний або бескамений), первинний і загострення хронічного;
- деструктивний (калькулезний або безкам'яний), первинний або загострення хронічного: флегмонозний, флегмонозно-виразковий, гангренозний.

II. Ускладнені холецистити:

- обтураційний (водянка, флегмона, емпієма, гангрена міхура);
- перфоративний (місцевий або розлитої перитоніт);
- гострий, ускладнений поразкою жовчних проток: а) холедохолитиаз, холангіт; б) стриктура холедоха, папилліт, стеноз фатерова соска;
- гострий холецистопанкреатит;
- гострий холецистит, ускладнений жовчним перитонітом.

Клініка гострого холециститу

Клініка гострого холециститу залежить від змін у жовчному міхурі, тривалості захворювання, наявності ускладнень і реактивності організму. Залучення в запальний процес органів, що оточують жовчний міхур (печінка, шлунок, жовчні протоки, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка), накладає відбиток на клінічну картину й плин.

Гострий холецистит протікає бурхливо, виникає раптово, після погрішності в дієті (приймання жирної, смаженої, солоної їжі і т.д.), але йому передують довгостроково існуюча жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит. Захворювання починається нападом болю в правім підребер'ї, іррадіюючий в область правого плеча й лопатку, у праву надключичну область.

Блювота спостерігається в 60 % хворих і найчастіше буває багаторазовою. Рясна або вбога блювота ніколи не приносить полегшення. Характерне почуття гіркоти в роті. Температура тіла підвищується до 38—39 °С, іноді з ознобом.

В осіб літнього й старечого віку важкий деструктивний холецистит може протікати з невеликим підвищенням температури тіла й лейкоцитозом.

Загальний стан хворих значно страждає. Апетит зникає, з'являються відразу до будь-якої їжі, спрага, сухість у роті. Ці явища виражені при деструктивних формах гострого холециститу з різними ускладненнями.

Під час нападу хворий перебуває лежачи на правому боці, але може ухвалювати інше положення.

Пульс при простих холециститах частішає відповідно температурі тіла, при деструктивному й перфоративному з розвитком перитоніту відзначається тахікардія до 100-120 ударів в 1 хв.

Артеріальний тиск найчастіше знижений і тільки при болючому шоку, що розвивається на висоті нападу гострого холециститу, може бути різко зниженим.

Подих трохи прискорений і поверхово. Мова сухувата, обкладений білим або коричневим нальотом.

При пальпації живота визначаються різка хворобливість у правім підребер'ї, напруга передньої черевної стінки. Воно може бути виражене по-різному, але ніколи не досягає стану «доскообразного живота». В 60 % хворих вдається прощупати трохи збільшену печінку, що виступає з-під краю реберної дуги, і в 85—92 % — збільшений хворобливий жовчний міхур.

Перешкоджати пальпації жовчного міхура при гострому холециститі може:

- інтенсивна напруга черевних м'язів;
- надмірний розвиток підшкірної клітковини;
- низьке розташування реберної дуги.

Важливе значення має симптом Ортнера (хворобливість при поколачиванню по правій реберній дузі).

Симптом Мерфи — хворий не може зробити глибокий вдих при глибокій пальпації в правім підребер'ї.

Симптом Мюсси (френікус-симптом) — хворобливість при пальпації в правій надключичній області в крапці, розташованій між ніжками правої грудинно-ключично-сосцевидного м'яза.

У початкових стадіях захворювання можна визначити збільшений, напружений жовчний міхур. При важкому деструктивному холециститі відзначається різка хворобливість при поверхневій пальпації в правім підребер'ї. При дослідженні крові відзначається лейкоцитоз, при жовтяниці — гіпербілірубінемія.

Гострий холецистит може протікати дуже важко зі швидким, протягом 1-2 доби, розвитком гангрені й перфорації міхура, особливо в осіб літнього й старечого віку.

Труднощі розпізнавання гострого холециститу у хворих літнього й старечого віку обумовлені як зміненою реактивністю, так і наявністю в них супутніх захворювань. Якщо у всієї групи хворих з гострим холециститом різкі болі в животі відзначені в 68 %, то в старих — в 7,5 % випадків. Тупі болі в животі спостерігаються в 93 % випадків.

Супутні захворювання, що утрудняють діагностику, різноманітні: порушення мозкового кровообігу, захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, інфаркт міокарда, аневризму серця). Жовчна колька, як правило, розвивається при існуванні каменю в жовчному міхурі. В 74 % жовчна колька закінчується розвитком запалення.

Причиною виникнення жовчної кольки є гостра обструкція відтоку жовчі з жовчного міхура каменем, що вклинилися в міхуровий проток. Порушення відтоку жовчі викликає скорочення м'язів міхура й викликає сильні болі.

Відзначаються болі різної інтенсивності в правім підребер'ї, ірадіючий в праве плече, лопатку, багаторазова блювота, що не приносить полегшення. Пальпаторно при м'якому животі часто визначається збільшений жовчний міхур. Відсутність міхура зв'язана зі склерозом його стінок. Температура нормальна.

Можлива комбінація гострого холециститу й механічної жовтяниці.

Жовтяниця є одним із частих симптомів різних захворювань печінки й жовчовивідних шляхів. Діагностичні труднощі приводять до того, що хворі

паренхіматозною жовтяницею можуть перебувати в хірургічних відділеннях, а механічної — в інфекційні.

Жовтяниці механічного походження викликають значні зміни в печінці, серці, бруньках.

Обтураційну жовтяницю викликають найбільше часто жовчнокам'яна хвороба, запальні й рубцеві поразки жовчних проток, пухлини.

Причиною механічної жовтяниці при жовчнокам'яній хворобі є камені жовчних проток. Як правило, у протоку попадають камені з жовчного міхура.

Симптоми. Біль дуже інтенсивний (печіночна колька) з типовою іррадіацією в спину, праву лопатку, плече.

Виникненню болі передують погіршеність у дієті.

Почуття ваги, розпирання, блювота. Через 12-24 год з'являється жовтушність склер і шкіри. Сеча темна, стілець ясно-сірого фарбування (ахолічний). У хворих виникає шкірна сверблячка. При тривалих жовтяницях на шкірі є розчіс.

При огляді живота відзначається напругу м'язів черевної стінки, збільшення печінки, край її тупий, хворобливий. При глибокій пальпації визначається хворобливість в області жовчного міхура й в епігастрії.

Що приєднався холангіт обумовлений спалахом інфекції в жовчних протоках і проявляється високим підйомом (до 39—40 °С) температури, ознобами, заливним потом.

На відміну від холедохолітиаза жовтяниця розвивається поволі, поступово прогресуючи, шкіра має оливково-зелений колір. Болі постійний і виникають пізніше. У дожовтушному періоді турбують стомлюваність, схуднення, слабкість. Страждають частіше чоловіки. При огляді живота визначається збільшена, малоболісна печінка.

При пухлинах голівки підшлункової залози можна пропальпувати збільшений, напружений, хворобливий жовчний міхур (симптом Курвуазьє).

Гострий холецистит у дітей

З умов, що сприяють виникненню запального процесу в жовчному міхурі в дітей, найбільш частими є застій жовчі в міхурі, впровадження паразитів і проникнення інфекції ентерогенним, гематогенним або лімфогенним шляхом.

Для інфекційного холециститу характерно гострий початок захворювання, найчастіше пов'язане з тією або іншою хворобою, перенесеної дитиною (ангіна, інфекційний гепатит, катар верхніх дихальних шляхів). У животі з'являються приступоподібні болі.

Старші діти скаржаться на біль у правім підребер'ї, а потім по всьому животі, але більше праворуч. У дітей молодшого віку визначити локалізацію болів не вдається. Підвищується температура, відзначається субіктеричність склер.

При пальпації живота відзначається напруга в правому верхньому квадранті. Печінка хвороблива, збільшена в розмірах. Позитивні симптоми подразнення очеревини. У період загострення — лейкоцитоз, підвищення СОЕ, еозинофілія.

При флегмонозному й гангренозному видах клінічна картина характеризується більш вираженими симптомами: болі носять різкий характер, блювота, висока температура. Стан хворого важкий, виражені симптоми інтоксикації, мова сухої. Живіт рівномірно роздутий, напруга м'язів черевної стінки по всій правій половині.

Дуоденальне зондування дозволяє диференціювати інфекційний холецистит від лямбліозу.

Хірургічний метод лікування гострого холециститу в дітей застосовують рідко. Це пов'язане з тим, що деструктивні форми запалення жовчного міхура в дитячому віці є виключенням, так само як і камені жовчних шляхів. У рідких випадках прибігають до оперативного втручання.

Диференціальна діагностика гострого холециститу

Гострий холецистит найчастіше доводиться диференціювати від ниркової

кольки, гострого панкреатиту, перфорації виразки шлунка й дванадцятипалої кишки й гострого апендициту.

Ниркова колька, на відміну від нападу гострого холециститу, характеризується виникненням гострого болю в поперековій області з іррадіацією донизу — в область полових органів, стегно, а також розвитком дизурічних розладів. Температура нормальна, лейкоцитоз відсутній. Зміни з боку черевної порожнини при нирковій кольці відзначаються рідко.

У важких випадках ниркової кольки, при каменях сечоводу, можуть з'явитися здуття живота, напруга м'язів черевної стінки й повторна блювота.

При нирковій кольці відзначається позитивний симптом Пастернацького й відсутні симптоми подразнення очеревини.

В аналізі сечі при захворюваннях бруньок знаходять еритроцити, лейкоцити, солі.

Гострий апендицит при високій локалізації червоподібного відростка може симулювати гостре запалення жовчного міхура.

Гострий холецистит протікає з повторною блювотою жовчу, характерною іррадіацією хворій у праву лопатку, плече. Гострий апендицит характеризується більш важким плином зі швидким розвитком гнійного перитоніту.

Перфоративні виразки дванадцятипалої кишки, головним чином прикриті, можна неправильно діагностувати як гострий холецистит.

Для гострого холециститу, на відміну від перфоративної виразки, характерна відсутність виразкового анамнезу, наявність раніше перенесених нападів холециститу й жовчнокам'яної хвороби.

Гострий холецистит протікає з повторною блювотою, іррадіацією хворій у плече, лопатку, підвищеною температурою, лейкоцитозом.

Прикриті перфорації протікають із гострим початком і вираженою напругою м'язів передньої черевної стінки в першій годинник після початку захворювання; відзначається локальний біль у правій здухвинній області внаслідок затікання вмісту шлунка й дванадцятипалої кишки, що не характерно для гострого холециститу.

Діагноз полегшує при наявності вільного газу в черевній порожнині, що характерно для перфорації виразки.

Гострий панкреатит протікає зі швидко наростаючими симптомами інтоксикації, тахікардією, парезом кишок. В області шлунка характерний біль характеру, що оперізує, неприборкана блювота.

Підвищений вміст діастази в крові й сечі характерно для гострого панкреатиту.

Можлива комбінація гострого холециститу й механічної жовтяниці внаслідок obturaції каменем загальної жовчної протоки (описане вище).

Для диференціальної діагностики між холециститом і вірусним гепатитом має значення визначення активності трансаміназ у сироватці крові. При легких формах вірусного гепатиту активність трансаміназ зростає в 10 раз, при важких — в 40 раз. Виражений підйом Алат.

Діагностика гострого холециститу

- Оглядова рентгенографія правої підреберної області. В 10—70 % випадків при гострому холециститі визначаються рентгеноконтрасні камені, тінь збільшеного жовчного міхура.

- Пероральна холецистографія неефективна, жовчний міхур звичайно не контрастується через блокаду пузирчатої протоки.

- Внутрішньовенна холецистохолангіографія.

- Інфузійно-Краплинна холецистохолангіографія сприяє більш швидкому й точному встановленню діагнозу, полегшує вибір лікувальної тактики.

- УЗД.

- ЕРХПГ (ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія).

- Лапароскопія.

Лапароскопія дозволяє уточнити діагноз, оцінити ступінь деструкції жовчного міхура, виразність перитоніту, провести ряд лікувальних заходів.

Лабораторна діагностика гострого холециститу

- Загальний аналіз крові й сечі.
- Загальний білок.
- Білірубін.
- Трансаміназа.
- Лужна фосфатаза.
- Сулемова проба.
- Протромбін.
- Визначення активності амінотрансфераз.
- Цукор крові.

Лікування гострого холециститу

При встановленні діагнозу «гострий холецистит» хворого слід госпіталізувати в хірургічне відділення. Лікування вдома або в терапевтичному відділенні неприпустимо. Перед транспортуванням можна ввести спазмолітики (0,2 %-ний розчин платифиллина, атропін, нітрогліцерин і т.д.). Після підтвердження діагнозу не всім хворим пропонується негайна операція. Вибір методу лікування залежить від ваги нападу, виразності симптомів запалення, характеру ускладнень.

Консервативна терапія при гострому холециститі спрямована на поліпшення або відновлення відтоку з жовчного міхура й позапечінкових жовчних шляхів, зняття запальних явищ інтоксикації, корекції різних порушень (діабет, гіпертонічна хвороба, порушення серцевого ритму).

Зняття спазму з м'язових гнітів пузирчатого протоки й термінального відділу холедоха. Уведення спазмолітиків (но-шпа, атропін, платифиллин, нітрогліцерин). Новокаїнова блокада круглого зв'язування печінки й паранефральна блокада. Внутрішньовенно капельно — 0,25%-ний розчин новокаїну, 200 мол.

Дезінтоксикаційної терапія (5%-ний розчин глюкози, розчин Рінгера, гемодез).

Для профілактики печінкової недостатності призначаються кокарбоксілаза й аскорбінова кислота.

При порушенні серцевого ритму або хронічної коронарної недостатності показане застосування панангіна.

Антибіотики спочатку не призначаються. Вони показані при деструктивних формах холециститу, перитоніту.

Хірургічне лікування гострого холециститу

Оперативні втручання при гострому холециститі діляться на екстрені, термінові й відстрочені операції.

Екстрені операції проводяться протягом першої доби з моменту вступу (перфоративний холецистит, перитоніт і при важкій наростаючій інтоксикації у зв'язку з жовтяницею, гнійним холангітом).

Термінову операцію роблять протягом 24-48 год з моменту вступу, якщо почата консервативна терапія виявилася неефективною.

Відстрочені операції проводяться через 2-3 тижні після гострого нападу й консервативного лікування.

Основною операцією при гострому холециститі є холецистектомія. Операція із приводу гострого холециститу має на меті ліквідувати вогнище запалення в черевній порожнині, відновити прохідність жовчних шляхів.

Холедохотомія (розтин холедоха)

Показання: наявність жовтяниці, камені в жовчній протоці, звуження жовчних проток, широкий холедох діаметром 1,5 див, наявність дрібних каменів, жовтяниця в анамнезі.

Холедоходуоденастомія

Показання: широкий холедох, стриктур, що невидальємий, включений в великий дуоденальний сосок камень, малі камені загального жовчного протока, холангит

При дуже важкому стані хворих роблять холецистостомію.

Харчування після операції починається на 2-3 день. З 4-5 дня після операції дозволяється сидати, а потім вставати.

Сімейному лікареві необхідно запам'ятати, що рання госпіталізація є неодмінною умовою успішного лікування хворих з гострим холециститом. При гострих болях у животі не слід вводити знеболюючих засобів. Призначення морфію протипоказане.

Затримка з госпіталізацією хворого небезпечна тим, що в першу добу після початку гострого холециститу в тканині печінки виявляються дистрофічні зміни.

Хворих з обтураційної жовтяницею слід госпіталізувати раніше.

Фітотерапія при жовчнокам'яній хворобі можлива лише при відсутності ускладнень, якщо немає прямих показань до оперативного лікування. Застосовують барбариси, безсмертник, суницю, кукурудзяні рильця, жостір, пижмо, чистотіл, корінь шипшини і т.д.

ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА ШЛУНКА Й ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Хірургії шлунка й дванадцятипалої кишки присвятили багато свої роботи С. І. Спасокукоцький, С. С. Юдин, А. В. Вишневський, Петров, Малт, Кузин і інші.

Перфорація є одним із самих небезпечних і розповсюджених ускладнень виразкової хвороби. Займає 4 місце після гострого апендициту, защемлених гриж і гострої кишкової непрохідності. Перфорація ускладнює перебіг виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки, за даними різних авторів, в 6-20 % випадків, відсутність виразкового анамнезу зустрічаються в 5-10 % хворих молодого віку. Серед хворих із перфоративною виразкою чоловіка становлять 95 %. Частіше зустрічається в осіб у віці 20-50 років (80 %), старше 60 — в 4,2 %.

Перфорація може спостерігатися в будь-якому віці, навіть у немовлят. Прорив виразки відбувається в будь-який час року, але частіше навесні й узимку. Можливо, що така сезонність пов'язана з особливостями харчування.

Прорив може відбутися в будь-який час доби.

Фактори, що сприяють прориву виразки:

- уживання алкоголю;
- рясна їжа;
- фізична напруга;
- нервова перенапруга (стрес);
- після зондування шлунка.

Оскільки прорив є не самостійним захворюванням, а ускладненням виразкової хвороби, слід очікувати, що в анамнезі хворого із перфоративною виразкою можна без особливої праці виявити вказівки на типові для виразкової хвороби скарги в минулому. Є безсимптомні виразки, що протікають, шлунка й дванадцятипалої кишки («німі»), що проявляються клінічно в момент прориву.

У хворих старше 60 років дуже часто відсутній виразковий анамнез або він виявляється коротким. Збираючи анамнез, потрібно наполегливо домагатися відомостей про період, що передував прориву: чи була печія? Ухвалював хворий соду чи ні? Перебіг хвороби й симптоми залежать від локалізації прориву. Перфоративний отвір при виразці шлунка більше й виявляється прикритим рідше, ніж перфоративний отвір при виразці дванадцятипалої кишки.

Хворий із перфоративною виразкою зараховується до розряду хірургічних, тому що для порятунку його життя необхідна екстрена операція, здатна усунути, що розвивається перитоніт і причину його виникнення.

Клініка перфоративної виразки шлунка й дванадцятипалої кишки

На думку Н. І. Неймарк (1972 р.), у клінічній картині перфоративної гастродуоденальної виразки доцільне виділення трьох періодів.

I. Період «гострого живота» (шоку або перфорації). Тривалість 6-8 ч. Ця стадія, за словами Мондора, є найлегшою для діагностики й самої сприятливою для лікування за умови термінової операції.

Біль — раптова, жорстока, болісна. Кожний хворий описує біль по-своєму, але найчастіше: «Ножем ударило під ложечку», «страшно кольнуло», «щось лопнуло», «удар кинджалом у живіт». Нерідко хворі говорять, що через нестерпний біль непритомніли й падали.

Болі звичайно локалізуються в епігастрії або правом підребер'я, тривають 2-3 год, іррадіують у плече, лопатку, ключицю (симптом Елеккера, або «френікус-симптом»).

Огляд. Хворий лежить на спині або на правому боці з наведеними до живота ногами. Шкіра бліда, покрита холодним потом, вираження особи перелякане.

Хворий стогне, пульс у першій годинник рідкий (вагус-пульс), до 50-60 ударів у хвилину.

Наприкінці фази шоку брадикардія починає перемінятися частішанням пульсу.

Артеріальний тиск протягом першої фази залишається зниженим, але вже через 1,5-2 год може нормалізуватися. Зниження тиску залежить від швидкого розвитку й ваги перитоніту. Нестійким виявляється артеріальний тиск у літніх і старих хворих.

Температура нормальна.

Подих у першій фазі прискорено до 25-30 у хвилину. Спроба хворого вдихнути глибше приводить до різкого посилення хворій у животі.

Після прориву хворої випробовує спрагу. Передня черевна стінка на початку захворювання нерухлива, не ухвалює участі в подиху, утягнена.

Пальпація. Дотик до живота викликає значну хворобливість у надчеревній області, правом підребер'я й ближче до середньої лінії. Головним симптомом є різка напруга черевної стінки, «м'язовий захист».

Пальпація напруженого живота хвороблива. Напруга черевної стінки й симптом Щеткина-Блюмберга ставляться до самого початкового періоду, пізніше в міру зміни клінічної картини змінюється й ступінь напруги, і зона виявлення симптому Щеткина-Блюмберга.

При перкусії живота визначається сильна хворобливість в епігастрії й правом підребер'я. Дуже часто вдається встановити зникнення печіночної тупості, тимпаніт, високий коробковий звук над печінкою.

Цей симптом викликаний тим, що в момент прориву виразки через отвір у шлунку або дванадцятипалій кишці в черевну порожнину виходить не тільки рідкий уміст, пища, але й повітря, що спрямовується догори. Повітря розташовується під діафрагмою, над печінкою.

Чим більше повітря проникнуло в черевну порожнину, тим більше виразним буде цей симптом. Але відсутність цього симптому в жодному разі не може служити підставою для виключення прориву. У більш пізній період при перкусії живота визначається притуплення в пологих частинах.

При дослідженні прямої кишки пальцем визначається хворобливість прямокишкового пузирчатого поглиблення в чоловіків, прямокишково-маткового в жінок (симптом Куленкамппфа).

II. Фаза «уявного благополуччя» (8-12 ч), поліпшення. Саме в цій фазі особливо часті діагностичні помилки, через які хворий пізно госпіталізується. Цю фазу зовсім справедливо називають «зрадницькою».

Найгостріші, нестерпні болі зменшилися, стали не такими різкими.

Хворий як би приходиться у себе, йому починається видатися, що ще небагато — і «усе налагодиться». Подих вільний, глибше. Особа не виглядає блідим.

Суб'єктивне поліпшення оманне. Процес у черевній порожнині триває й поширюється, про що свідчать багато ознак. Через 5—6 год температура піднімається до 37,5—38 °С.

Чим більше часу пройшло, тем частіше пульс, тем помітніше невідповідність між частотою пульсу й температурою («ножиці»).

Артеріальний тиск знижується. Подих прискорений, мова стає сухим.

Відзначається здуття живота.

При пальпації — виразна ригідність, але вже не дошкоподібний живіт. Напруга виражена в правій здухвинній області не менше, чим у верхніх відділах живота. Позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга. При ректальнім дослідженні завжди визначається різка хворобливість.

Ш. Третя фаза (перитоніт) — 24 год і більш. Стан хворого важкий: запалі очі, синюшність губ, особи, частий і поверхневий подих, спрага, безперервний біль у животі. Швидкість розвитку перитоніту залежить від кількості шлункового вмісту, його кислотності, виду бактерій, величини перфоративного отвору, локалізації, віку патології, що супроводжує.

Температура тіла — до 38—39 °С, пульс частий, слабкого наповнення. Артеріальний тиск знижений.

Роздутий, напружений, хворобливий живіт. Позитивні симптоми подразнення очеревини.

У деяких хворих вдається виявити попередню прориву передопераційну симптоматику, що характеризується значним посиленням болі під ложечкою й нудоти, появою блювоти. Названі симптоми є свідченням загострення запального процесу в зоні виразкового дефекту. Дана обставина повертає до виникнення прориву. Сприятливим цьому ускладненню обставиною служить підвищення внутрішньошлункового тиску, обумовленого блювотою й фізичною напругою.

Відомі випадки виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки («німа» виразка), що вперше проявляється проривом. Думка про відсутність виразкового анамнезу відбиває не дійсну частоту «німих» виразок, а частоту невміло зібраних даних.

В 3—4 % усіх спостережень відзначаються випадки атипичних перфорацій (прориву виразки, розташованої забрюшинно, на задній стінці дванадцятипалої кишки, у кардіальному відділі шлунка або на його задній стінці).

Вміст шлунка надходить не у вільну черевну порожнину, а забрюшинно або в чепцеву сумку. Не спостерігається сильних болів і різкої напруги черевної стінки, як при типовій формі. Тільки у випадках гнійника або його прориву в черевну порожнину виникають показання до операції.

Діагностичні помилки звичайно зустрічаються при атипичних перфораціях, прикритих. Помилки є наслідком поверхово зібраного анамнезу, недбалого обстеження хворого, невміння зіставляти дані анамнезу й симптоми.

Прикриті перфорації гастродуоденальних виразок зустрічаються в 5 % випадків.

Перфоративний отвір прикривається грудкою їжі або ж внаслідок приклеювання сусідніх органів (печінки, жовчного міхура, попереково-ободової кишки, сальника). Прикриття можливе за певних умов: невеликий перфоративний отвір, знаходження його на задній стінці шлунка або дванадцятипалої кишки, порожньому або незначно наповненому шлунку.

Початок захворювання нічим не відрізняється від перфоративних виразок у черевну порожнину. Фаза шоку триває 15-30 хв, а потім розвиток захворювання обривається. Відзначається тільки напруга черевної стінки на обмеженій ділянці й хворобливість.

Крім поновлення захворювання (прорив), можливий утвор гнійника в області прикритої перфорації, який може привести до розлитого перитоніту.

Диференціальна діагностика перфоративної виразки шлунка й

дванадцятипалої кишки

У хворих літнього й старечого віку перфоративну виразку важко диференціювати від стенокардії й інфаркту міокарда, гострого холециститу, апендициту, кишкової непрохідності.

При стенокардії й інфаркті міокарда спостерігається абдомінальний біль в області мечоподібного відростка, а не по всій надчревній області, як при перфоративній виразці, хворий не скаржиться на нудоту, блювоту; хворобливість у верхньому відділі живота виражена нерізка; напруга відсутня, симптоми подразнення очеревини негативні.

Гострий холецистит частіше спостерігається в жінок, а перфоративна виразка — у чоловіків. Сильний біль у правім підребер'ї характерна для гострого холециститу, не спостерігається шокоподібного стану, менше виражена напруга, не так різке

виражений симптом Щеткина-Блюмберга, рано підвищується температура.

Якщо при перфоративній виразці хворої нерухливий, то при гострому холециститі — неспокійний. Після блювоти хворої із перфоративною виразкою відзначає полегшення, чого не буває при холециститі. При гострому холециститі може бути виявлене збільшення жовчного міхура.

При гострому апендициті біль і хворобливість у надчревній області зникають або мало виражені через 6 год від початку захворювання.

Напруга при гострому апендициті охоплює здухвинну ділянку, при перфоративній виразці — локалізується в надчерев'я й правій половині живота.

Симптом Щеткина-Блюмберга при гострому апендициті визначається тільки в подвздошній області.

Для кишкової непрохідності характерні схваткоподібні болі, при перфоративній виразці — постійні. Блювота при кишкової непрохідності завзята, носить каловий характер. Здуття живота, його асиметрія характерні для непрохідності. Симптом шуму плескоту виявляється при кишкової непрохідності.

Діагностика перфоративної виразки шлунка й дванадцятипалої кишки

- Анамнез захворювання (виразковий).

- Клініка.

- Оглядова рентгеноскопія або рентгенографія черевної порожнини у вертикальній положенні пацієнта або в положенні на лівому боці (латерографія).

- Рентгенологічне дослідження в 70 % хворих виявляє присутність вільного газу в черевній порожнині, під правим куполом діафрагми.

- Пневмогастрографія або введення контрастної речовини через зонд у шлунка, після чого виконується оглядова рентгенографія черевної порожнини. Виявлення на рентгенограмі газу під діафрагмою або контрастної речовини у вільній черевній порожнині вказує на перфорацію виразки.

- Фіброгастродуоденоскопія. При прикритих перфораціях внутрішньошлункове нагнітання повітря під час фіброгастродуоденоскопії здатне спровокувати поява повітря під діафрагмою, а також сприяти виявленню виразки. Під час дослідження можлива поява сильних болів у животі при нагнітанні повітря, це теж діагностичний симптом.

- Лапароцентез за методикою катетера, що шарить, для виявлення перитоніту, выпота в черевній порожнині.

- Проведення діагностичної проби Неймарка (2-3 мл ексудата із черевної порожнини й 4-5 крапель 10%-ний йодної настойки).

- Якщо в рідині є домішка шлункового вмісту, то під впливом йодної настойки вона здобуває темне брудно-синє фарбування (через залишок крохмалю).

- Лапараскопія, яка дозволяє виявити ознаки перитоніту.

- З додаткових методів дослідження для виключення захворювань серця зробити ЕКГ, огляд терапевтом.

Лікування перфоративної виразки шлунка й дванадцятипалої кишки

Методом лікування хворих із перфоративними гастродуоденальними виразками є хірургічний.

Метою оперативного втручання є припинення повідомлення порожнини шлунка із черевною порожниною й санація останньої.

У світовій літературі описане близько 40 способів і їх модифікацій лікування перфоративних виразок шлунка й дванадцятипалої кишки. Однак до хірургічного лікування слід підходити диференційовано, тобто до дуоденальної виразки один підхід, до шлункової — інший.

Важлива роль приділяється проміжку часу з моменту перфорації до початку виконання хірургічного втручання. Вік пацієнта і його стан також відіграють певну роль у виборі методу операції.

На визначення ступеня операційного ризику у хворого здатна впливати супутня соматична патологія й ступінь її виразності; професійна підготовка хірурга.

У ході проведення операції велике значення надається вазі й поширеності перитоніту.

При перфоративних виразках використовуються 3 виду операцій:

- резекція виразки;
- резекція шлунка;
- органзберігаючі операції в комбінації з ваготомією.

Показання до ушивання виразки

• Особи молодого віку з «свіжою» виразкою без морфологічних ознак хронічного й виразкового стенозу.

• При розповсюджених формах перитоніту.

• При високому ступені операційного ризику (похилий вік, важка супутня патологія).

• Більш 6 год з моменту перфорації.

У зв'язку з тим, що після ушивання перфоративної виразки більш ніж у половини хворих спостерігається прогресування виразкової хвороби, відзначається значна кількість ускладнень, переважніше операції радикального характеру (антрумектомія, або висічення виразкового дефекту з пілоропластикою і ваготомією).

Показання до резекції шлунка при перфоративній виразці

- Строк з моменту перфорації не більш 6 ч.
- Наявність в анамнезі тривалого виразкового процесу.
- Відсутність важкої супутньої патології.
- Підозра на малігнізацію, стеноз, кровотеча, пенетрацію.

Показання до органзберігаючих операціям

- Молодий вік.
- Відсутність поширеності перитоніту.
- Комбінація перфорації й кровотечі.
- Перфорація передньої стінки пілородуоденального каналу при відсутності великого виразкового інфільтрату, що переходить на навколишні органи.

Ваготомія з висіченням виразки й ваготомія з висіченням виразки й пілоропластика, лоропластика

• При виразці дванадцятипалої кишки (передня стінка) або пілорічного відділу, не супроводжуваної більшим інфільтратом, рубцевою деформацією.

• При комбінації перфорації й кровотечі, стенозі, пенетрації.

Дренувальні операції: піропластика; гастродуодепіропластиканостомія; гастродуоденостоміягастроеюностомія.

Лікувально-тактичні помилки

• На догоспітальному етапі (лікар коливається між діагнозом хірургічного захворювання й терапевтичного) напрямок хворого в терапевтичний стаціонар є помилковим.

• Помилковим є виконання складних операцій у хворих у віці 70 років і більш, з важкою супутньою патологією.

Пізня госпіталізація (пізніше 6-24 ч) зв'язана не тільки з пізнім обігом хворих за допомогою, відмовою їх від госпіталізації, але й з несвоєчасною діагностикою й помилками в розпізнаванні хвороби.

Причини помилок різноманітні:

- поверхневе ознайомлення з анамнезом;
- недостатньо ретельне обстеження в момент огляду лікаря вдома й у поліклініці;
- випадки атипичних перфорацій;
- прикриті перфорації;
- зміни в клінічній картині, які зв'язані згодом, що пройшли від початку захворювання.

Важливим заходом профілактики слід уважати раннє оперативне лікування хронічних виразок.

Вчасно поставлений діагноз, своєчасна операція, сучасний наркоз і післяопераційна терапія сприяють поліпшенню результатів лікування хворих з перфоративними виразками.

ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ

Шлунково-кишкові кровотечі розділені на виразкові й невиразкові. Виразкові геморагії становлять 60 % усіх гострих шлунково-кишкових кровотеч. Механізми розвитку гастродуоденальних кровотеч тісно пов'язані з патогенезом виразкової хвороби шлунка й дванадцятипалої кишки. У цей час відоме більше ста захворювань, що викликають гострі шлунково-кишкові кровотечі. Гострі виразки органів травлення спостерігаються в будь-якому віці — як у немовлят, так і в осіб старечого віку (Матвеев, Н. О. Миколаїв, 1970 р.). Раптовість розвитку ускладнення, рецидивуючий характер важко прогнозовані результати обумовлюють високу летальність — 32—33 % у пацієнтів з розвиненим рецидивом кровотечі (Есперов Б. Н., Циганок Н. С., 1990 р.).

У виникненні кровотечі з виразки шлунка або дванадцятипалої кишки має значення трохи основних патогенетичних факторів:

- підвищення активності кислотопептичного фактора;
- зниження стійкості слизуватої травного тракту до впливу соляної кислоти, ферментів, харчових продуктів, лікарських препаратів;
- первинне ушкодження судинної стінки, обумовлене її варикозним розширенням, підвищеною проникністю й ламкістю, атеросклеротичною поразкою;
- порушення у систем гемостаза, у дисонанс, що згорта крові, що

Джерелом кровотечі при виразці шлунка й дванадцятипалої кишки найчастіше є артерійна судина, рідше — вена.

При виразковій кровотечі відбуваються наступні порушення:

- гіповолемічний шок;
- гіпоксія мозку;
- ниркова недостатність;
- печіночна недостатність;
- гіпоксія міокарда;
- інтоксикація продуктами розпаду крові в кишечнику. Найбільш улюбленою локалізацією гострих виразок є тіло шлунка.

В 30 % хворих поява симптомів кровотечі є дебютом виразкової хвороби.

Клініка шлунково-кишкових кровотеч

Клініка шлункового дуоденального кровотечі не має яких-небудь особливостей. Вона типова для внутрішніх кровотеч будь-якої локалізації.

На самому початку розвитку ускладнення пацієнти відзначають появу загальної слабості, запаморочення. Шкірні покриви бліді, холодний піт, ціаноз губ. Турбує почуття страху, порушення слуху у вигляді дзенькоту у вухах, тахікардія до 100-120 ударів у хвилину, зниження артеріального тиску.

Під час фізичного навантаження або акту дефекації деякі пацієнти раптово

короткочасно непритомніють і падають.

У це ж час, іноді пізніше з'являється кривава блювота або блювота кольору «кавової гушавини».

Сімейний лікар повинен цікавитися блювотними масами, їх кількістю, кольором.

Кривава блювота й рідкий кал чорного кольору — melena є абсолютними ознаками кровотечі.

Кривава блювота більш характерна для захворювань із джерелом кровотечі, що локалізуються в стравоході й шлунку.

Влучення крові в кількості 50 мл і більш у верхній відрізок травного каналу досить для утвору дегтеподібного калу. Таке фарбування обумовлене утвором сірчаноокислого заліза з гемоглобіну загубленої крові під впливом ферментів кишечника.

При профузних кровотечах можливо одночасне виникнення кривавої блювоти й мелени.

Клінічна картина виразкової кровотечі залежить від кількості крові, що вилив у шлунково-кишковий тракт, темпу її втрати, а також індивідуальної реакції організму у відповідь на крововтрату.

Найбільш точним методом визначення ваги крововтрати є дослідження обсягу циркулюючої крові й дефіциту цього обсягу (ДЦК).

Розрізняють три **ступені важкості** крововтрати:

- I ступінь — легка; крововтрата 20 % обсягу циркулюючої крові. Цей показник не перевищує 500 мл;
- II ступінь — середньої ваги; крововтрата становить від 20 до 30 % ОЦК (від 500 до 1000 мл);
- III ступінь — важка. Дефіцит обсягу циркулюючої крові від 30 до 50 % (понад 1000 мл).

Диференціальна діагностика

Диференціальна діагностика причин гастродуоденальних кровотеч представляє складне завдання. Потрібно правильно зібрати анамнез захворювання, перенесені захворювання, відомості про, що мали місце кровотечах і їх лікуванні.

Виразковій кровотечі передують посилення болю у верхньому відділі живота, пов'язане із загостренням виразкового процесу.

Друге місце займає ерозивно-геморагічний гастрит.

Він може виникнути гостро й на ґрунті загострення хронічного гастриту. У тілі й антральному відділі шлунка виявляються виразки.

Кровотечі не носять профузного характеру й не супроводжуються колапсом.

Третє місце як причину кровотечі з верхнього відрізка травної трубки належить раку, що розпадається, шлунка. Літній вік, відсутність апетиту, відрижка тухлим, різке схуднення, стомлюваність наводять на думку про те, що дана кровотеча має пухлинну природу.

Повторна блювота у хворих, що мають атрофію слизуватої оболонки шлунка, після вживання алкоголю приводить до розвитку синдрому Меллорі- Вейсса: з'являються поздовжні розриви кардіоезофагальної слизуватої шлунка.

При огляді живота визначається асцит і розширення мережі підшкірних вен передньої черевної стінки — «голова медузи». Пальпаторне збільшення розмірів печінки або селезінки повинне навести на думку про кровотечу з розширених вен стравоходу.

При цирозі печінки порушується відтік крові через воротну вену. Це приводить до утвору великих венозних анастомозів між системами портальної й порожньої вени.

Діагностика шлунково-кишкових кровотеч

Загальний аналіз крові: ДЦК, Hb, група крові, Rh-Фактор система, що згортає, кислотно-лужний стан. Усім хворим при виявленні в просвіті шлунка значної

кількості крові й згустків проводиться промивання його холодною водою.

Усім хворим із кровотечею або підозрою проводиться екстрене ендоскопічне дослідження (FGS).

У результаті дослідження важлива роль приділяється методам фізичного й фармакологічного впливу на джерело кровотечі.

Ефективність гемостазу контролюється постійним назогастральним зондом і повторним ендоскопічним дослідженням.

Лікування шлунково-кишкових кровотеч

При виявленні ознак кровотечі будь-який фахівець у поліклініці або сімейний лікар повинен почати всі можливі заходи для доставки пацієнта в хірургічний стаціонар у горизонтальній положенні. На область шлунка покласти холодну грілку.

Слід повністю виключити приймання їжі, рідини через рот. При важкій крововтраті проводиться інфузійна, гемостатична терапія, яка полягає у введенні:

- реополиглукина — 200 мл;
- 5%-ного розчину епсилон-амінокапронової кислоти, 200 мл;
- 4%-ного розчину бікарбонату натрію, 200 мл;
- 10-20%-ного розчину альбуміну,
- 100-150 мл свіжозамороженої плазми;
- переливання однокрупної донорської крові хворим, у яких ДЦК більш 500

мл.

Неприпустиме введення хворим з гастродуоденальними кровотечами серцевих і судинозвужувальних препаратів при розвитку колапсу. Вони можуть бути використані у випадках безуспішності масивної інфузійної терапії. Хворим необхідна противиразкова терапія (антациди, спазмолітики, седативні препарати й речовини, що стимулюють процеси репарації).

Важлива роль приділяється місцевому впливу на джерело кровотечі (міхур з льодом на область шлунка).

Внутрішньошлунково вводиться 150 мл охолодженої епсилон-амінокапронової кислоти з 10 г тромбіну, 4 мл 0,1%-ного розчину норадреналіна в 150 мл фізіологічного розчину.

Ендоскопічні використовують зрошення джерела кровотечі розчином азотнокислого срібла, ін'єкцію судинозвужувальних препаратів у підслизовий шар навколо ділянки, що кровоточить. У комплекс лікувальних заходів показане включення гіпербаричної оксигенації (ГБО).

Після зупинки виразкової кровотечі призначається постільний режим і дієта Мейленграхта.

Хірургічне лікування шлунково-кишкових кровотеч

Вибір методу оперативного втручання у хворих з виразковою кровотечею залежить від стану хворого, від даних ендоскопічного дослідження, показників гемостазу й місцезнаходження пацієнта, ступені активності кровотечі.

Залежно від строків виконання при виразці, що кровоточить, розрізняють наступні види операцій: екстрена, термінова й відстрочена.

Хірургічне втручання при виразці, що кровоточить, припускає зупинку кровотечі й лікування. Зупинка кровотечі може бути досягнута виконанням як радикальних, так і паліативних хірургічних операцій. У хворих із триваючою

кровотечею на тлі супутньої важкої патології, в осіб похилого віку доцільні малотравматичні, швидковиконувані втручання.

Лікування від виразкової хвороби досягається використанням радикальних операцій.

При локалізації виразки в тілі шлунка й при відомій нормальній або зниженій секреторній функції його, при відсутності ознак дуоденостаза краща пілорозберігаюча резекція шлунка.

Виявлення виразкового дефекту, що кровоточить, у кардіальному або

субкардиальному відділах при стабільній гемодинаміці — схова́ва резекція шлунка.

При виконанні екстреної операції на малій кривизні шлунка може бути виявлений інфільтрат 3-4 див у діаметрі. Якщо під час операції не можна із упевненістю виключити злоякісний характер утвору, операція повинна проводитися по онкологічних принципах — субтотальна резекція шлунка, або гастректомія.

Виявлення виразки, що кровоточить, більш 1 див у діаметрі у дванадцятипалій кишці вимагає виконання антрум- або гемігастректомії в комбінації з ваготомією. Триваюча кровотеча на тлі крововтрати важкому ступеня у хворих літнього або старечого віку служить показанням до висічення дуоденальної виразки, розташованої на передній стінці.

Локалізація джерела триваючого кровотечі на задній стінці дванадцятипалої кишки вимагає прошивання посудини, що кровоточить, у виразці. При механічній можливості необхідне виведення кратера пенетруючого виразки за межі просвіту дванадцятипалої кишки — екстрадуоденізації виразки.

При синдромі Меллори-Вейсса лікування починають із консервативної терапії: переливання крові, плазми, гемостатики; промивання шлунка холодною водою; лікувальна ендоскопія; нанесення аерозольної плівки, фотокоагуляція розриву Аиг-Лазером.

У випадку неефективності консервативної терапії й триваючого кровотечі показана операція — лапаротомія, гастротомія, ушивання розривів у слизуватій.

При кровотечі з варикозних вен стравоходу й шлунка на ґрунті портальної гіпертензії проводиться перерахована вище гемостатична терапія, як і при іншій причині кровотечі. Широко застосовується зонд-обтуратор типу Блекмора.

СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВІ КРОВОТЕЧІ В ДІТЕЙ

Причини стравохідно-шлункових кровотеч у дітей

- Портальна гіпертензія.
- Рефлюкс-Езофагіт.
- Приймання ацетилсаліцилової кислоти.
- Механічні травми.
- Стресові ситуації.

Клініка стравохідно-шлункових кровотеч у дітей

Кровотечі в дітей з портальною гіпертензією частіше виникають до 6-літнього віку. За 1-3 доби до початку кровотечі реєструється підйом температури, нездужання, блідість шкіри, нудота; з рота з'являється захід крові, що розклався.

На тлі повного здоров'я рясна («фонтаном») блювота з домішкою червоної крові й згустків, чорний кал.

Артеріальний тиск падає, тахікардія.

Синдром кривавої блювоти виникає при кровотечі з виразки шлунка й дванадцятипалої кишки виразці, що гостро виникла, у хворих, лікованих гормонами, при грижі стравохідного отвору діафрагми і т.д.

При виразці, що кровоточить, шлунка в анамнезі в дітей ниючі, голодні болі, зміни апетиту, схуднення.

У дітей із грижею стравохідного отвору діафрагми виникаюча кривава блювота й «чорний кал» не відразу відбиваються на загальному стані дитини. Госпіталізують із анемією неясної етіології, лише при ФГС установлюють грижу діафрагми.

Діагностика стравохідно-шлункових кровотеч у дітей

- Рентгеноконтрастне дослідження стравоходу й шлунка.
- Фіброгастродуоденоскопія.

Лікування стравохідно-шлункових кровотеч у дітей

Лікування треба починати з консервативної терапії. Дитині призначають

суровий ліжковий режим. Припиняють годівлю й питво через рот.

Внутрішньовенна гемостатична терапія. За показниками проводять переливання однокрупної крові, свіжозамороженої плазми. При кровотечі на ґрунті портальної гіпертензії застосовується питуитрин і гифотоцин, що вибірково знижують портальний тиск, спрямовані на зупинку кровотечі (5 ЕД питуитрина вводять на 10-20 мл ізотонічного розчину NaCl внутрішньовенно).

Застосовується локальна гіпотермія шлунка.

Склерозуюча терапія через езофагоскоп.

У випадку неефективності консервативної терапії показане оперативне лікування (гастротомія із прошиванням варикозних вен кардіального відділу стравоходу й шлунка).

ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ.

Класифікація перитоніту

1. За поширеністю:

- місцевий
- обмежений
- відмежований
- загальний
- дифузійний (розповсюджений)
- тотальний

2. За термінами від початку захворювання

- реактивна фаза
- токсична фаза
- термінальна фаза.

Лікувально-діагностична допомога в прийомному відділенні

Основна задача - діагностувати перитоніт і в екстреному порядку госпіталізувати хворого. Варто пам'ятати, що клінічна картина буде залежати від термінів з моменту початку захворювання (фаз розвитку захворювання).

Реактивна фаза. Змушене положення на спині з підгорнутими до живота ногами, холодний піт, поверхневий подих, утягнений і нерухомий живіт, різка напруга м'язів живота - "дошкоподібний живіт", край різка його хворобливість. Симптом Щьоткіна-Блюмберга різко позитивний.

Токсична фаза. З наростанням інтоксикації з'являються: загострені риси особи (особа Гіппократа), суха мова, тахікардія, здуття живота, відсутність перистальтичних шумів. Хворобливість при пальцевому дослідженні прямої кишки. Термінальна фаза - наявність симптомів поліорганної недостатності

Лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові з гематокритом.
- Група крові і Rh-фактор.
- Біохімічні аналізи крові (цукор, білірубін, білок, сечовина, амілаза, протромбін).
- Загальний аналіз сечі

Апаратні дослідження

- ЕКГ - необхідно виконати всім пацієнтам.
- Рентгенологічне дослідження - оглядова рентгенографія черевної порожнини – за показниками.
- У неясних випадках виконується діагностична лапароскопія.

Примітка. Розширювати діагностичний пошук для уточнення причини перитоніту і відтягати терміни оперативного втручання не доцільно.

Передопераційна підготовка

- Перед операцією в обов'язковому порядку ставиться шлунковий зонд і евакуюється шлунковий вміст без промивання шлунка.
- Виробляється спорожнювання сечового міхура і гігієнічна підготовка області оперативного втручання.
- При важкому стані (у стадії розлитого перитоніту) разом з анестезіологом проводиться інтенсивна терапія протягом 1 - 3 годин і після цього - операція.
- У передопераційному періоді доцільне введення антибіотиків.

Анестезіологічне забезпечення операції

Операція виконується тільки під загальним знеболюванням, засобом вибору є ендотрахеальний наркоз.

Хірургічне лікування розповсюдженого гнійного перитоніту

- Доступ – широка середина лапаротомія.
- Видалення, усунення або обмеження джерела перитоніту.
- Санація черевної порожнини (лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків).
- Інтубація тонкої кишки при ознаках парезу кишечника.
- Дренування черевної порожнини.
- При сприятливому пліні перитоніту (I ступінь ваги) – закриття лапаротомної рани, при важкому пліні перитоніту (II і III ступінь ваги) – проведення програмованих релапаротомій.

Для оцінки ваги стану хворого і прогнозу захворювання використовують бальну систему - Мангеймський індекс перитоніту (МИП). Для оцінки по цій шкалі використовують стандартну інформацію (фактор ризику), засновану на клінічних даних (табл. 3).
Таблиця

Мангеймський індекс перитоніту

Фактор ризику	Оцінка ваги (бали)
Вік старше 50 років	5
Жіноча стать	5
Наявність органної недостатності	7
Наявність злоякісної пухлини	4
Тривалість перитоніту більш 24 годин	4
Товта кишка як джерело перитоніту	4
Перитоніт дифузійний	6
Ексудат (тільки одна відповідь):	
<ul style="list-style-type: none"> • прозорий • мутно-гнійний • калово-гнійний 	0
	6
	12

МИП передбачає 3 ступеня ваги перитоніту. При індексі 20 балів (I ступінь ваги) летальність складає 0%, у межах 20-30 балів (II ступінь ваги) - 29%, більш 30 балів (III ступінь ваги) - 100%. Ця шкала добре обґрунтована, відрізняється високою чутливістю і точністю в оцінці ваги, лікування і прогнозу захворювання.

Лікування

1) Термінова госпіталізація в хірургічне відділення і можливо більш рання операція після мінімальної передопераційної підготовки (спорожнювання шлунка зондом, дезінтоксикаційна, інфузійна терапія, серцеві засоби).

2) Вид знеболювання (комбінований наркоз з ИВЛ, рідко – місцеве).

3) Протокол операції.

4) Обґрунтування тактики подальшого лікування (консервативне, планована лапаросанация, лапаростомія, абдомінальний лаваж).

5) Ведення післяопераційного періоду: а) положення хворого в постелі (Фовлеровское); б) місцева гіпотермія (лід на живіт); в) антибіотики (вибір, спосіб уведення – у черевну порожнину, внутрішньовенно, внутрішньом'язово, у пупочну вену, в аорту, у черевний стовбур, в артерії черевної порожнини); г) дезінтоксикаційна терапія, включаючи методи екстракорпоральної детоксикації; д) боротьба з парезом кишечника; е) серцеві засоби; ж) профілактика легеневих ускладнень; з) вітамінотерапія; і) інгібітори протеолізу, протизапальні засоби; к) боротьба з нирковою недостатністю (форсований діурез); л) засобу, що підвищують загальну реактивність організму; м) парентеральне

харчування, дієта; н) післяопераційний плин (час заміни і видалення дренажів, зняття швів, характер загоєння операційної рани).

б) Час виписки, рекомендації при виписці, термін непрацездатності.

5. План та організаційна структура заняття.

/п	Основні етапи заняття. Їхня функція, зміст.	Навчальн і цілі у рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання.	Матеріали методично о забезпечення	Час у хвилинах
	2	3	4	5	
Підготовчий етап					
.	Організація заняття.				хв.
.	Постановка навчальних цілей і мотивація теми.				0 хв.
.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь.				
	а) Анатомія і фізіологія органів черевної порожнини	II	1. Індивідуальне усне опитування.	1. Таблиці 2. Слайди 3. Презентаційні, комп'ютерний контроль	0 хв.
	б) Етіологія та патогенез органів черевної порожнини	II	2. Письмове теоретичне опитування	4.3	
	в) Діагностична програма при гострому животі	III		адачі III рівня	
	г) Консервативна терапія та підготовка до операції	II	3. Рішення нетипових задач		
	д) Оперативні втручання при гострому животі	II	4. Рішення типових задач. 5. Призначення лікування хворому.	5. У статкування, рентгенограми, історії хвороби.	
Основний етап					
.	Формування фахових умінь і навичок				
	1. Оволодіти методами об'єктивного обстеження хворих з синдромом гострого живота	III	Метод формування навичок практичного тренінгу	Учбове обладнання, орієнтуючі карти.	
	2. Провести курацію хворого з синдромом гострого живота	III	Метод формування умінь. А) фаховий тренінг у рішенні типових і нетипових задач.	Нетипові задачі у формі: хворий, історії хвороби, тестові си-	

				туаційні за- дачі, ділові ігри, пере- в'язки	30 хв.
Заключний етап					
.	Контроль і корекція рівня фахових умінь і навичок	III	Метод контролю: індивідуальний контроль практичних навичок	Устаткування	0 хв.
.	Підведення результатів заняття.				хв.
.	Домашнє завдання, навчальна література з теми.		Орієнтовані карти самостійної роботи з літературою		хв.

6.еріали щодо методичного забезпечення заняття

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання

- Анатомічні дані і фізіологічні властивості очеревини.
- Класифікація перитонітів за етіологією, причинами виникнення, характером плину, характером збудника, випотом, поширеністю, обмеженістю, фазою плину.
- Патогенез гострого вторинного неспецифічного інфекційного перитоніту і захворювання, які його викликають.
- Клінічна картина гострого перитоніту за фазами його плину.
- Особливості плину перитоніту у дітей, старих, ослаблених хворих, у післяопераційному періоді.
- Диференціальна діагностика перитонітів.
- Профілактика і хірургічне лікування перитонітів (етапи операції, види дренивання і показання до нього, перитоніальний лаваж, лапаростомія, плановані лапаросанації).
- Післяопераційне ведення хворих з гострим хірургічними захворюваннями черевної порожнини.
- Летальність у залежності від термінів операції, віку, виду перитоніту.
- Відмежований перитоніт, його форми в залежності від локалізації, лікування.
- Пневмококовий, гонококовий перитоніт.
- Хронічний перитоніт, його етіологія, форми, лікування.
- Післяопераційні перитоніти.
- Абдомінальний сепсис, системи оцінки ваги стану.

Ситуаційні задачі

1. При виконанні апендектомії з доступу Мак – Бурнея – Волковича – Дьяконова з черевної порожнини виділилося 20 мл мутного ексудату. Відросток стовщений, гіперемований, покритий фібринозним нальотом. Накладення фібрину знаходяться на дистальній частині сліпої кишки та у підставі відростка. Відросток вилучений. Його кукса перитонізована кісетним і Z-образним швом. Чи були у хворого явища перитоніту? Фаза захворювання? Сформулюйте діагноз. Як би Ви закінчили операцію?

2. Хворий, 44 років, надійшов у клініку з приводу перфоративної виразки шлунка. Перфорація виникла 9 годин тому. Виразковою хворобою страждає близько 10 років з частими загостреннями. Стан при надходженні: середньої важкості. При ревізії: в черевній порожнині велика кількість мутного ексудату, особливо багато його в піддіафрагмальних ділянках. Невелика кількість ексудату в правому фланку живота і малому тазі. Перфораційний отвір на малій кривизні 0,5?0,3, в його окружності видні відкладення фібрину. Кишкові петлі злегка гіперемовані, не роздуті. Яким повинно бути оперативне втручання? Як варто закрити черевну порожнину?

3. У хворого, 30 років, на 5 добу після операції з приводу гострого апендициту з'явилося здуття живота, тупі розпираючі болі у животі, багаторазова блювота. Язик сухий. Пульс 120 уд/хв. Різко окреслені межі розтягнутого шлунка. Живіт болючий, напружений у правій половині. Позитивні симптоми Щьоткіна – Блюмберга, Воскресенського. Затримка газів і стулу. Лейкоцитоз з $9,0 \cdot 10^9$ /л виріс до $16,0 \cdot 10^9$ /л. Під час УЗД визначається незначна кількість рідини в малому тазі і за печінкою. Петлі тонкої кишки діаметром до 25 мм. Яке ускладнення можна запідозрити у хворого? Якою буде Ваша лікувальна тактика?

6.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

1. Хвора, 56 років, надійшла з картиною гострого рецидивуючого калькульозного холециститу на другу добу після виникнення приступу. Загальний стан хворої при надходженні: середньої важкості. Температура – $38,1^\circ \text{C}$. Пульс – 92 уд/ хв. Живіт болючий в правому підребер'ї, де виявлено легко виражену захисну м'язову напругу і позитивний симптом Щьоткіна - Блюмберга. Інші відділи живота в порядку. Хвора одержувала консервативне лікування. Через півтори доби з моменту госпіталізації стан хворої різко погіршився: з'явився сильний біль у животі, відчуття страху, задуха, блювота, температура підвищилася до 40°C . Пульс – 120 уд/ хв. Лейкоцитоз зріс з $9,0 \cdot 10^9$ /л до $25,0 \cdot 10^9$ /л. Живіт здувся, визначаються розлита болючість у всьому животі і позитивний симптом Щьоткіна - Блюмберга у всій правій половині живота. Що відбулося трапилося з хворою? якою повинна бути тактика хірурга?

2. У молодій жінки раптово виник сильний біль у нижній половині живота праворуч. Біль носить постійний характер, ірадіює в пряму кишку. Загальний стан хворої – задовільний, температура $38,8^\circ \text{C}$, пульс 100 уд/ хв. Язик вологий. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання. При пальпації черевної стінки у правій здухвинній області – напруження, різка болючість. Симптом Щьоткіна-Блюмберга – позитивний, симптом Ситковського – негативний, але при найменшому русі хворої біль у животі підсилюються. Лейкоцитоз $12,3 \cdot 10^9$ /л. Яке захворювання Ви могли б запідозрити у хворої? Які додаткові обстеження їй потрібно провести? Якою буде Ваша тактика лікування?

3. Хворий, 29 років, доставлений у клініку гелікоптером на третю добу від початку захворювання у вкрай важкому стані: в'ялий, апатичний, адинамічний, не може повідомити про початок і плин захворювання. Найявний типовий вид особи, «маска Гіпократата». Температура – 39,2° С, пульс – 132 уд/ хв, слабкого наповнення, артеріальний тиск – 80 і 40 мм рт. ст. Дихання поверхневе, до 36 подихів/хв. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Живіт різко і дифузно роздутий, при пальпації – помірковано хворобливий у всіх відділах. Симптом Щьоткіна - Блюмберга негативний, «печінкова тупість» відсутня. У вільній черевній порожнині визначається рідина. Перистальтика не вислуховується. Через зяючий сфінктер виділяється рідкий з неприємним запахом кал. Який діагноз Ви поставите хворому? Як будете його лікувати?

6.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття

1. **Хвора К., 26 років, захворіла 10 годин тому після виникнення болю в нижніх відділах черевини, у зв'язку з цим звернулася до лікарні, де була госпіталізована з діагнозом: гострий апендицит. Позаматкова вагітність. Яке дослідження найбільш інформативне для диференційної діагностики?**
 - A. Пункція заднього склепіння піхви.
 - B. Торакоцентез.
 - C. Лапаротомія.
 - D. ЕФГДС.
 - E. УЗО черевної порожнини.
2. **Хворий Н., 34 років, госпіталізований з діагнозом: гострий панкреатит. Хворіє 9 діб, скаржить на біль в епігастрії і в лівому підребер'ї, нудоту, блювоту. При обстеженні виявлені лейкоцитоз, різко підвищена діастаза сечі. Який із показників є основним для негайного оперативного втручання?**
 - A. Перитоніт.
 - B. Хворіє 9 діб.
 - C. Різко підвищена діастаза сечі.
 - D. Лейкоцитоз.
 - E. Постійний біль в епігастрії та в підребер'ях.
3. **Хворий О., 33 років, госпіталізований зі скаргами на різучий біль в епігастральній області. При обстеженні хворого: живіт напружений в усіх відділах. Виявляється симптом Щьоткіна. Діагноз: перфоративна виразка шлунка. Який з нижче перелічених методів буде найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?**
 - A. Обзорна рентгенографія органів черевної порожнини.
 - B. Лапароцентез.
 - C. УЗД органів черевної порожнини.
 - D. ЕКГ.
 - E. Лапароскопія.
4. **Хвора Л., 24 років, звернулася до лікарні зі скаргами на біль у нижніх відділах живота, слабкість, нудоту, підвищення температури тіла до 38°С. Хворіє 3 доби. При обстеженні в приймальному відділенні встановлений діагноз: гострий апендицит, перитоніт. Необхідний доступ для виконання операції:**
 - A. Серединна лапаротомія.
 - B. По Пирогову.
 - C. По Волковичу-Дьяконову.
 - D. Параректальний.
 - E. По Пфаненштілью.
5. **Чоловік, 63 років, вважає себе хворим останні пів року після того, як з'явилися скарги на затримку стулу, втрату маси тіла на 20 кг. Звернувся до лікарні через добу після виникнення різких болів у лівій половині живота. При обстеженні знайдені показники для негайного оперативного втручання. Під час операції з**

- приводу розповсюдженого перитоніту виявлена перфорація пухлини сліпої кишки. **Яка операція буде найбільш оптимальною?**
- А. Зашивання місця перфорації, ілеостомія.**
 - В. Правостороння геміколектомія.
 - С. Резекція сліпої кишки, іліотрансверзоанастомоз.
 - Д. Ілеостомія.
 - Є. Дренування черевної порожнини.
6. **Хвора М., 38 років, госпіталізована з діагнозом пельвіоперитоніт. Хворіє 7 діб, температура 38,5°C. Скаржиться на болі в нижніх відділах живота. Язик сухий, пульс 96 ударів за хвилину, живіт при пальпації різко болючий у нижніх відділах, визначається позитивний симптом Щьоткіна. Якою буде Ваша лікувальна тактика?**
- А. Лапаротомія.**
 - В. Інфузійна дезінтоксикаційна терапія.
 - С. Діагностична вичистка.
 - Д. УЗО органів малого тазу.
 - Є. Протизапальна терапія.
7. **Хворий Л., 29 років, поступив із защемленою паховою грижею, гангреною кишки, флегмоною передньої черевної стінки. Якою буде Ваша хірургічна тактика?**
- А. Лапаротомія, резекція защемленого органу, розтин та дренування флегмони черевної стінки.**
 - В. Розтин та дренування флегмони.
 - С. Антибактеріальна та протизапальна терапія.
 - Д. Лапаротомія, ревізія черевної порожнини.
 - Є. Пластика передньої стінки.
8. **Хворий Н., 26 років, скаржиться на біль в епігастрії, який поступово змістився у праву половину черевної порожнини, нудоту, температура 37,3°C. Хворіє 10 годин. Раніше не хворів нічим. Яким буде Ваш найбільш вірогідний діагноз?**
- А. Гострий апендицит.**
 - В. Гострий панкреатит.
 - С. Гострий холецистит.
 - Д. Перфоративна виразка.
 - Є. Ниркова коліка.
9. **Пацієнтка, 35 років, звернулася до лікарні зі скаргами на біль у правій здухвинній ділянці, підвищення температури до 37,8°C, нудоту та блювання. Біль з'явився 12 годин тому і поступово посилювався. Пальпація живота болюча, найбільш виражений біль у правій клубовій ділянці. Ваш попередній діагноз?**
- А. Гострий апендицит.**
 - В. Гострий холецистит.
 - С. Гострий панкреатит.
 - Д. Перфоративна виразка.
 - Є. Позаматкова вагітність.
10. **Хворий, 40 років, звернувся зі скаргами на гострий біль у животі, який з'явився раптово 6 годин тому. Біль носить постійний характер, супроводжується нудотою і блюванням. Під час обстеження: напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга. Ваш найбільш вірогідний діагноз?**
- А. Перфоративна виразка шлунка.**
 - В. Гострий апендицит.
 - С. Гострий панкреатит.
 - Д. Гострий холецистит.
 - Є. Заворот шлунка.

6.4. Матеріали методичного забезпечення для самопідготовки здобувачі вищої освіти

Знати:

- Сучасні методи клінічного, лабораторного, інструментального обстеження хворих з гострими хірургічними захворюваннями.
- Етапи обстеження черевної порожнини, характеристику кожного етапу.
- Спеціальні методи дослідження, застосовувані при обстеженні хірургічних хворих
 - Визначення поняття «анатомо-фізіологічні особливості очеревини».
 - Класифікації гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.
 - Джерела розвитку гострого гнійного перитоніту. Особливості поширення інфекції черевної порожнини при різних гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. Патологоанатомічні зміни при гострому гнійному перитоніті, патогенез. Значення порушення усмоктування з

черевної порожнини, парезу кишечника, ендотоксемії, порушення гідроїдної рівноваги і мікроциркуляції в розвитку клінічної картини перитоніту.

- Клініка, діагностика, диференціальний діагноз. Сучасні принципи комплексного лікування. Особливості оперативного втручання. Показання до дренивання і тампонади черевної порожнини, лапаростомії, проведення програмних санацій. Роль антибіотиків у комплексному лікуванні перитоніту. Боротьба з порушеннями гемодинаміки і мікроциркуляції, гідроїдними порушеннями, інтоксикацією і парезом кишечника в післяопераційному періоді.

- Методи екстракорпоральної детоксикації організму. Результати лікування. Роль організації екстреної допомоги в ранній діагностиці і лікуванні перитонітів.

- Гінекологічні перитоніти. Клініка, діагностика, лікування.

- Туберкульозний перитоніт. Класифікація (за течією, за морфологічними формами). Клініка, діагностика і лікування різних форм.

Уміти:

- Проводити клінічне обстеження хворих з гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини.

- Сформулювати розгорнутий клінічний діагноз відповідно до класифікації МКБ, обґрунтувати його на основі диференціального діагнозу.

- Визначити хірургічну тактику. Сформулювати показання до консервативного й оперативного лікування.

- Надати невідкладну допомогу хворому з гострим перитонітом на догоспітальному етапі.

- Зондувати і промивати шлунок

- Оформити історію хвороби з обґрунтуванням плану обстеження хворих і показань до оперативного втручання.

- Виконувати пальцеве дослідження прямої кишки.

- Прочитати й інтерпретувати результати загальноклінічних досліджень, інструментальних досліджень, результати рентгенограм з урахуванням вікових особливостей і семіотики захворювання.

7. Література для здобувачів вищої освіти

I. Навчальна основна:

1. Хірургічні хвороби під редакцією професора Грубника В.В. Одеса, Одеський мед університет, 2003 р. , 420с.
2. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб./В. М. Запорожан, В. В. Грубнік та ін.; за ред. В. М. Запорожана, В. В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592с.
3. 3Хірургічні хвороби (За ред. П.Г. Кондратенка) Харків, 2006 р.
4. Хірургія /За ред. П.Г. Кондратенка, В.І. Русина,. – Вінниця: Нова книга, 2018. – Т.1. – 710 с.
5. Хірургія /За ред. В.І. Русина, П.Г. Кондратенка. – Вінниця: Нова книга, 2018. – Т.2. – 710 с.

II. Додаткова (наукова, методична):

1. Хірургія. Підручник, за ред. Л.Я.Ковальчука. м. Тернопіль, Укрмедкнига, 2010 р. – с.390-401.
2. Передерій В.Г. Практична гастроентерологія: Сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами: посібник для лікарів / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 736 с.
3. Діагностична та лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. /Кумакович В.І., Грубнік В.В., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. – Львів, Видавництво М.С., 2003.