

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра хірургії №2

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ З ХІРУРГІЇ
для студентів 6-го курсу Медичного факультету № 1, Медичного
факультету № 2, Медичного факультету № 3, Факультету підготовки
лікарів для Збройних Сил України
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

Тема 5. Синдром болю у животі. Особливості больового синдрому при гострих захворюваннях органів черевної порожнини. Його значення для диференційної діагностики.

Київ – 2024

Методичні розробки затверджено на засіданні кафедри хірургії №2
29 березня 2024 року, протокол №15.

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії №2:

Укладачі:

- Колосович І. В., д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії №2;
- Сіромаха С. О., д. мед. н., доцент;
- Ганоль І. В., к. мед. н., доцент

Тема 5. Синдром болю у животі. Особливості больового синдрому при гострих захворюваннях органів черевної порожнини. Його значення для диференційної діагностики.

1. Актуальність теми.

Біль в животі є причиною 5 до 10% відвідувань лікаря загальної практики та найчастішою причиною госпіталізації хворого у відділення загальної хірургії. Не дивлячись на існуючі діагностичні методи, недиференційований абдомінальний біль залишається у 25% пацієнтів, Біль в животі є складною діагностичною проблемою для лікарів швидкої допомоги. В багатьох випадках диференційний діагноз об'ємний та включає в себе патології як органів черевної порожнини, так і екстраабдомінальні причини, починаючи від захворювань з відносно доброякісним перебігом до життєнебезпечних станів. Симптоми, що супроводжують абдомінальний біль часто неспецифічні, іноді атипові, що ускладнює діагностичний пошук. Враховуючи розповсюдженість абдомінального болю серед пацієнтів та складності діагностики, необхідно систематично підходити до обстеження таких пацієнтів, керуючись алгоритмами діагностики.

2. Цілі.

1. зібрати та оцінити скарги хворого з болем в животі, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
2. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
3. правильно інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів досліджень;
4. проводити диференційну діагностику між патологічними станами, що супроводжуються болем в животі;

3. Студент має знати:

- анатоμο-фізіологічні особливості черевної порожнини, її інервацію та кровопостачання

- класифікацію пошкоджень грудної клітини;
- механізм травми грудної клітини;
- клінічну картину пошкоджень грудної клітини;
- методи діагностики пошкоджень грудної клітини;
- принципи лікування пошкоджень грудної клітини;
- надання першої допомоги при травмах грудної клітини;
- особливості хірургічних втручань при різних травмах грудної клітини;

- техніку дренування плевральної порожнини

4. Студент має вміти

- правильно зібрати анамнез та оцінити скарги хворого з болем в животі;

- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів досліджень;

- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;

5. Зміст теми

Характеристики абдомінального болю

Найпершим питанням, що постає при обстеженнями пацієнта з абдомінальним болем полягає у визначенні його типу. Розрізняють хронічний та гострий біль. Хронічний абдомінальний біль на відміну від гострого триває понад 3 місяців з перервами або без них.

Під час опитування пацієнта з гострим болем в животі лікар має одержати інформацію:




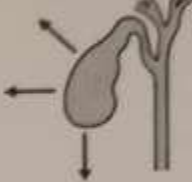








- Про початок болю (поступовий, повільний, раптовий)
- Про інтенсивність болю (легка, помірна, сильна)
- Про динаміку болю (стихання, наростання, зміна його характеру)

(рис.1)

- Про характер болю (постійний, переймоподібний)
- Про глибину болю (поверхневий, глибокий)

- Про залежність болю від рухів, сечовиділення, дефекації, дихання.
- Про локалізацію болю (локалізований, дифузний)
- Про іррадіацію болю
- Про вплив медикаментів на характер та інтенсивність болю з уточненням препаратів, що вживались хворим.

Слід зазначити, що гострий біль у животі є суб'єктивним відчуттям, яке кожний пацієнт може розцінювати по-різному. Здатність об'єктивно оцінювати ступінь і характер болю залежить від індивідуальних особливостей пацієнта й умов, у яких знаходився пацієнт під час виникнення болю.

Pain type	Diagnosis		
 <p>Perforation</p>	<p>Ulcer perforation</p> 	<p>Mesenterial infarction</p> 	<p>Gallbladder perforation</p> 
 <p>Colic</p>	<p>Biliary colic</p> 	<p>Ureter stone colic</p> 	<p>Ileus</p> 
 <p>Inflammation</p>	<p>Appendicitis</p> 	<p>Pancreatitis</p> 	<p>Cholecystitis</p> 

Мал.1 (Gastroenterology from symptom to diagnosis ; a guide for hospital and practice, Paul G Lankisch; Falk Foundation, Freiburg [Breisgau] Falk Foundation 2005)

Аналізуючи больовий синдром в животі, необхідно розрізняти вісцеральний, соматичний та іррадіюючий біль. Різниця між різновидами болю поляє у часі виникнення, характеристиках, тривалості і причині виникнення.

Вісцеральна біль – тупий, глибокий, переважно дифузний, часто переймоподібний (з варіабельною інтенсивністю) біль, виникає внаслідок подразнення рецепторів вісцеральної очеревини, що реагують на збільшення тиску в порожнистих органах. Часто поєднується з ознаками подразнення вегетативної нервової системи: нудотою, блюванням, тахікардією, потовиділенням, блідістю шкірних покривів.

Соматичний біль – гострий, пекучий, переважно локалізований біль, що посилюється при зміні положення тіла. Є наслідком запалення, травми або гострого порушення кровопостачання, проводиться волокнами симпатичної нервової системи з парієтальної очеревини. Рефлекторні механізми зумовлюють ригідність м'язів над ділянкою болю, що визначається при пальпації.

Іррадіюючий біль (рефлекторний) – біль, що виникає внаслідок конвергенції нервових волокон в спинному мозку, віддалено від ураженого органу в дерматомі, з якого на етапі ембріонального розвитку походить уражений орган.

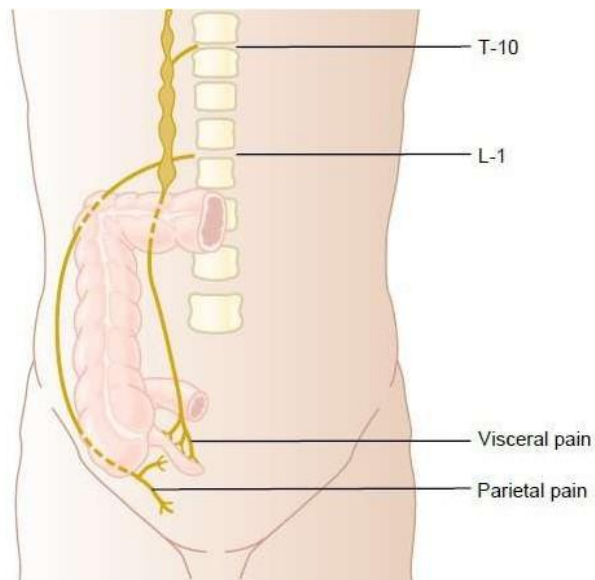


Рис. 2 (Arthur C. Guyton, John E. Hall Medical Physiology: Somatic Sensations: II. Pain, Headache, and Thermal Sensations, 2017)

На рис.2 зображена передача больового імпульсу з запаленого апендиксу. Больові імпульси з апендиксу сприймаються через вісцеральні больові волокна, розташовані в пучках симпатичних нервів. Потім імпульс передається в спинний мозок приблизно на рівні Th-10 - Th-11 і біль виникає в області пупка. Больові імпульси також виникають в парієтальній очеревині в випадку переходу запального процесу на неї з апендиксу, це гострий біль безпосередньо над подразненою очеревиною в правому нижньому квадранті живота.

Локалізація абдомінального болю

Локалізація болю в певному квадранті живота може вказувати на його джерело. На рис.3 схематично зображено найбільш часті причини абдомінального болю в залежності від його локалізації.

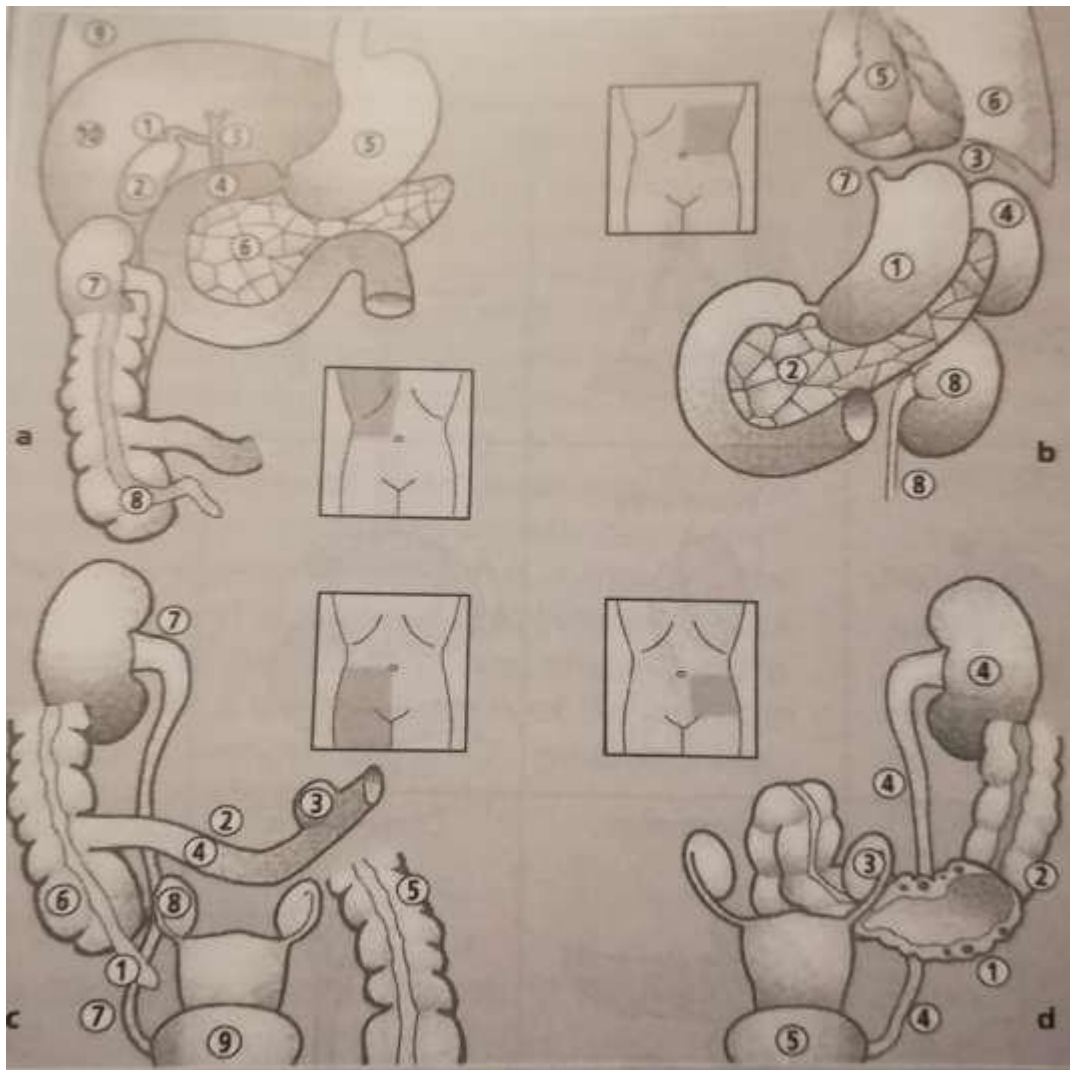


Рис. 3 (Gastroenterology from symptom to diagnosis ; a guide for hospital and practice, Paul G Lankisch; Falk Foundation, Freiburg [Breisgau] Falk Foundation 2005)

a. Верхній правий квадрант живота :

1. Обструкція жовчної протоки
2. Гострий холецистит, емпієма жовчного міхура, емфізематозний холецистит
3. Холелітіаз
4. Виразка дванадцятипалої кишки
5. Виразка шлунку
6. Гострий панкреатит
7. Правобічний конкремент нирки/сечоводу

8. Гострий апендицит у пацієнтів з довгим, ретроцекально розміщеним апендикулярним відростком

9. Правобічний базальний плеврит, пневмонія

10. Абсцес печінки, гострий гепатит

b. Верхній лівий квадрант живота :

1. Перфорація шлунку

2. Гострий панкреатит

3. Лівобічний піддіафрагмальний абсцес

4. Інфаркт або розрив селезінки

5. Інфаркт міокарду

6. Лівобічний базальний плеврит, пневмонія

7. Діафрагмальна грижа

8. Лівобічний конкремент нирки/сечоводу

c. Нижній правий квадрант живота:

1. Гострий апендицит

2. Мезентеріальна лімфаденопатія

3. Дивертикуліт Мекеля

4. Хвороба Крона

5. Дивертикуліт сигмоподібної кишки

6. Карцинома сліпої кишки

7. Конкремент правої нирки або сечоводу

8. Правобічний гострий процес в придатках матки, трубна вагітність

9. Гостра інфекція сечовивідних шляхів

d. Нижній лівий квадрант живота:

1. Дивертикуліт сигмоподібної кишки, перфорація дивертикулу

2. Карцинома сигмоподібної кишки

3. Лівобічний гострий процес в придатках матки, трубна вагітність

4. Конкремент лівої нирки або сечоводу

5. Гостра інфекція сечовивідних шляхів

Діагностика

Фізикальне обстеження хворого з гострим болем в животі включає в себе:

1. Оцінку загального стану пацієнта, його положення
2. Аускультацию легень та живота
3. Огляд живота (симетричність, наявність видимих випинань та новоутворень, видимої перистальтики)
4. Перкусію живота
5. Поверхневу пальпацію живота (напруження передньої черевної стінки, гіперестезія шкіри живота)
6. Глибоку пальпацію живота з визначенням локалізації болю
7. Визначення симптомів подразнення очеревини
8. Ректальний огляд

Положення хворого може допомогти в постановці діагнозу, так рухове збудження, вимушене положення тіла може вказувати на жовчну або ниркову кольку. Зігнуте положення тіла більш характерне для панкреатиту.

Нерухомий хворий, що намагається не виконувати зайвих рухів найвірогідніше має подразнення парієтальної очеревини.

Аускультация

При обстеження хворого з гострим абдомінальним болем необхідно проводити як аускультацию легень (з метою виключення екстраабдомінальних причин болю таких як пневмонія, базальний плеврит) та живота. Аускультация живота дозволяє оцінити перистальтику, виявити «шум плескоту», звук «падаючої краплі», що дозволяє запідозрити кишкову непрохідність.

Аускультация живота має завжди виконуватися перед проведенням пальпації та перкусії, оскільки останні методики можуть провокувати перистальтику та маскувати субілеус.

Нормальні кишкові шуми свідчать про не порушену перистальтику.

Посилені кишкові шуми можуть свідчити на користь ентероколіту, механічної кишкової обструкції.

Приглушені кишкові шуми вказують на запальні захворювання кишківника або новоутворення кишківника.

Зникнення або значне зниження кишкових шумів зустрічається при паралітичному ілеусі, рефлекторній реакції кишківника при нирковій кольці, панкреатиті, метаболічних розладах, ішемії, перитоніті.

Окрім того, при аускультатії живота можливе проведення аускультатії абдомінального відділу аорти, ниркових артерій.

Пальпація та перкусія

Перкусія живота дозволяє визначити межі печінкової тупості або її зникнення, що характерно для перфорації порожнистого органа, наявності вільної рідини у черевній порожнині, яка визначається при кровотечі. При кишковій непрохідності виявляється виражений тимпаніт, зумовлений накопиченням газів у кишечнику.

Пальпаторно при гострому животі визначається локальне або дифузне напруження передньої черевної стінки, місце локалізації болю. Необхідно пропальпувати всі можливі місця гриж передньої черевної стінки.

Якщо при пальпації запідозрений біль передньої черевної стінки:

Дуже простим є тест Карнетта, що дозволяє віддиференціювати інтраабдомінальний біль від болю передньої черевної стінки. Цей тест має завжди проводитись в пацієнтів, що вказують на невелику площу болю на передній черевній стінці. Пацієнта просять припідняти голову або нижні кінцівки для того, щоб відбулося напруження м'язів передньої черевної стінки. Якщо після напруження м'язів біль не змінюється або посилюється його інтенсивність, тест вважається позитивним і джерело болю знаходиться в передній черевній стінці. При зниженні чи зникненні болю тест негативний – джерело болю знаходиться в черевній порожнині.

При ректальному дослідженні можна виявити патологічні процеси у дистальному відділі прямої кишки (наприклад, пухлину) і параректальній клітковині, різку болючість передньої стінки прямої кишки, що свідчить про накопичення ексудату у порожнині малого тазу. Зниження тонуусу сфінктера

заднього проходу і розширення ампули прямої – характерні ознаки непрохідності кишечника.

Лабораторні методи обстеження:

Вибір лабораторних обстежень залежить від запідозреної причини абдомінального болю. Базові лабораторні обстеження включають:

- Базову метаболічну панель (електrolіти, креатинін, глюкозу крові)
- Загальний аналіз крові (лейкоцити, гемоглобін, гематокрит)
- Амілазу або ліпазу виворотки крові
- С-реактивний протеїн
- Лактат
- Загальний аналіз сечі

Інструментальні методи діагностики :

Рентгенографія

Рентгенографія органів грудної порожнини для виключення екстраорганних причин абдомінального болю виконується в двох проекціях. Рентгенографія органів черевної порожнини може виявити вільний газ, сторонні тіла та рівні рідини в черевній порожнині.



(SIXTH EDITION Greenfield's surgery : scientific principles and practice/editors, Michael W. Mulholland, Keith D. Lillemoe, Gerard Doherty, Gilbert R. Upchurch, Jr., Hasan B. Alam, Timothy M. Pawlik; illustrations by Holly R. Fischer, 5916 pages, 2017 year)

На рентгенограмі візуалізуються дилатовані пелі тонкої кишки та відсутність повітря в товстій та прямій кишці, що свідчить про тонко кишкову непрохідність.

Ультразвукова діагностика (УЗД):

Метод діагностичної візуалізації, що базується на реєстрації частини ультразвукових хвиль, відбитої від поверхонь розділу між середовищами з різними акустичними властивостями. Перевагами методу є його неінвазивність, не потребує особливої підготовки пацієнта. Зображення, отримане завдяки УЗ пошарове поліпроекційне (режим реального часу), серед переваг також високий м'якотканинний контраст, не існує протипоказань до застосування методу, дослідження триває 10-15 хвилин. Серед недоліків методу є суб'єктивність методу (оператор-залежний метод діагностики) , залежність інформативності від класу апаратури , наявність “непрозорих” для УЗ середовищ – повітря, кістки

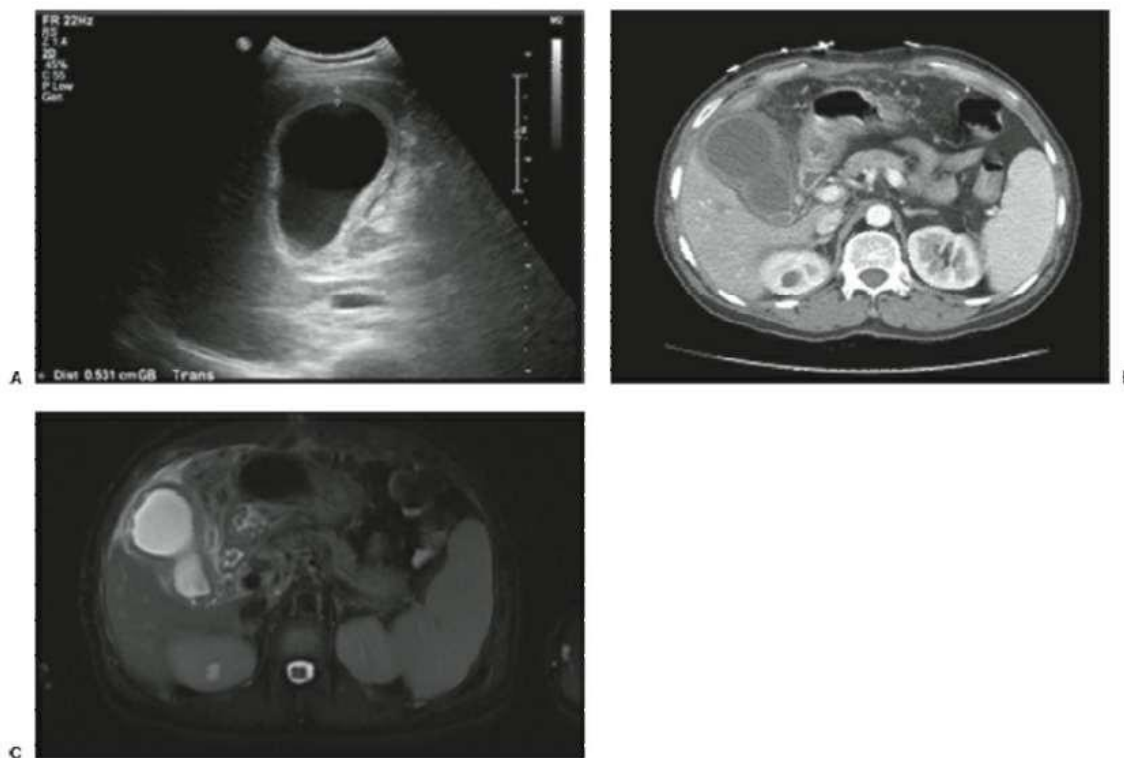
Комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням :

КТ є більш інформативним методом, ніж УЗД. Досліджується в середньому 16 зрізів, що триває 3-5 хвилин, також не потребує спеціальної підготовки пацієнта. Недоліком методу є обмежене використання та протипоказання у осіб з нирковою недостатністю, гіпертиреозом, плазмоцитомою, у осіб, що приймають метформін. Можливе виникнення побічної дії введення контрастних речовин у вигляді контраст-асоційованої нефропатії та алергічних реакцій, йодіндукованого гіпертиреозу.

Має виконуватися коли за допомогою УЗД, рентгенографії та фізикального обстеження не вдалося верифікувати причину абдомінального болю.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ)

Цей метод діагностики не широко використовується при гострому животі. У вагітних жінок з гострим болем в животі МРТ рекомендовано в випадку неінформативності УЗД.



(Image courtesy of Aarti Sekhar, MD and David Schuster, MD, Emory University
Department of Radiology)

Гострий холецистит при УЗД (А)та на КТ (В)і МРТ (С) Ендоскопія

Ендоскопія не займає центральну роль в діагностиці гострого болю, однак є провідним методом в діагностиці шлунково-кишкових кровотеч (при технічній можливості одночасно може бути виконаний ендоскопічний гемостаз), виразкових, запальних та пухлинних захворювань шлунково-кишкового тракту.

КТ-ангіографія

Виконується,коли підозрюється порушення перфузії кишківника, селезінки або нирок, інтраабдомінальний кровотечі з неверифікованого джерела.

ЕКГ

Кожному пацієнту з гострим болем в животі має бути виконана ЕКГ з метою виключення гострого інфаркту міокарду, як однієї з екстраабдомінальних причин гострого болю в животі. Окрім того, диспепсія та як наслідок дегідратація пацієнту може спричиняти значні електролітні порушення, що негативно впливає на провідність серця.

Література

- 1.Greenfield's Surgery: Scientific Principles & Practice (Mulholland, Greenfield's Surgery) Fifth Edition by Michael W. Mulholland MD PhD.
- 2.Lange QA Surgery McGraw Hill 2007 Fifth edition C. Gene Cayten, MD, FACS, MPH
- 3.Ferris Clinical Advisor 2018 Fred F. Ferri M.D., F.A.C.P. Elsevier
- 4.USMLE Step 2 CK 2017 KAPLAM Medical, division of Kaplan, Inc.
- 5.CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2018, 57th Edition, Maxine A. Papadakis, MD
- 6.Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 20 Edition 2016
- 7.Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 10th Edition (2 Vol Set)
- 8.Практикум з хірургії (навчальний посібник), Модуль 4, 2010, Мішалов В.Г. проф.
- 9.Методичні розробки до практичних занять з хірургії (навчальний посібник), Модуль 2, 2009, Мішалов В.Г. проф.

Тести вхідного рівня знань

1. 65-річний юрист переніс резекцію кишки 5-ту післяопераційну добу в нього з'явилась лихоманка, лейкоцитоз, а також наростаючий біль у животі та вздуття. Підозрюється недостатність анастомозу. Під час підготовки до КТ в назогастральному зонді з'явилась свіжа кров і виділення по типу кавової гущі. Який метод може найбільш точно діагностувати гострий стресовий гастрит?

- A. КТ
- B. УЗД
- C. Ангіографія
- D. Капсульна ендоскопія
- E. Ендоскопія верхніх відділів ШКТ

(E) Ендоскопічні дослідження можуть виявити ушкодження оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки від петехії до множинних виразок. Ендоскопію можна безпечно виконувати у ліжку в відділенні інтенсивної терапії. Оскільки кровотеча може бути вторинною внаслідок мілкої ерозії слизової оболонки, КТ, УЗД та ангіографія не є діагностичними в цьому випадку. Капсульна ендоскопія – це метод, що використовується при неефективності інших методик.

1. 55-річний чоловік скаржить на біль з лівого нижнього квадранті живота що триває протягом 2 днів і пов'язаний з закрепом. При пальпації живіт болісний в лівому нижньому квадранті, кількість лейкоцитів становить $22 \times 10^9/\text{л}$, температура тіла – $38,6^\circ\text{C}$. Який найкращий діагностичний метод має бути застосований у цього пацієнта?

- A. Діагностична лапароскопія
- B. Іригоскопія
- C. Рентгенограма черевної порожнини
- D. Комп'ютерна томографія (КТ) живота/тазу з пероральним та внутрішньовенним контрастом

Е. Колоноскопія

(D) Пацієнт, наймовірніше, страждає на дивертикуліт. Диференційна діагностика включає синдром подразненої товстої кишки, апендицит, запальні захворювання кишкового тракту, пієлонефрит, ішемічний коліт та перфорацію карциноми. Дивертикуліт – інфекційне ускладнення дивертикулозу, спричинене перфорацією дивертикулу товстої кишки, внаслідок чого запалення може призвести до запалення тканини навколо дивертикулу або до абсцесу, перфорації в вільну черевну порожнину, виникнення фістул або обструкції (ускладнений дивертикуліт). Клінічний спектр, відповідно, широкий від легких симптомів до перитоніту та сепсису. Пацієнти з ознаками та симптомами сепсису повинні госпіталізуватись і пройти діагностичне дослідження. КТ-сканування – найкраще дослідження для оцінки ступеня запального процесу, а також для виключення іншої патології. Простий рентген не може виявити специфічну патологію. Іригоскопія та колоноскопія в гострому стані є ризикованими і можуть спричинити перфорацію дивертикулу у вільну черевну порожнину, перетворення локалізованого процесу у генералізований перитоніт. Прийом барію обумовлює додатковий ризик хімічного перитоніту. Діагностична лапароскопія є інвазивною і може спричинити поширення локалізованого процесу.

2. 40-річний чоловік з кров'янистою діареєю протягом кількох років в анамнезі звернувся з приводу болю у животі, блювоти та лихоманки. Під час огляду він дегідратований, виявляється тахікардія та гіпотензія. Живіт при пальпації чутливий, з дефансом. Яка найбільш вірогідна причина?

- A. Токсичний мегаколон внаслідок виразкового коліту
- B. Перфорація тонкої кишки внаслідок ентериту
- C. Перфорація карциноми сигмовидної кишки
- D. Заворот сигмовидної кишки
- E. Гостра перфорація дивертикулу

(A) Тривала кров'яниста діарея вказує запальне захворювання кишечника. Гострий початок болю в животі разом із виявленням ознак гострого живота та системними проявами має викликати підозру на перфорацію кишки або гострий токсичний мегаколон при виразковому коліті. Всі інші перераховані варіанти можуть викликати симптоми гострого живота, але характерний довготривалий анамнез вказує на виразковий коліт.

3. 65-річна жінка госпіталізована з больовим синдромом в правому верхньому квадранті живота, що іррадіює в праве плече і супроводжується нудотою та блюванням. При пальпації живіт чутливий в правому верхньому квадранті, позитивний знак Мерфі. Встановлений діагноз гострого холецистититу. Що ще є характерним для цього діагнозу?

A. Рівні білірубіну в сироватці крові можуть бути підвищеними. (B) Холелітіаз присутній у 40-60% пацієнтів

B. Бактерії рідко зустрічаються під час операції

C. Підвищений рівень амілази виключає цей діагноз

D. Уражений жовчний міхур відзначається при УЗД

(A) Конкременти зустрічаються в жовчному міхурі у понад 90% пацієнтів з холециститом. Бактерії культивують у жовчі приблизно у половини пацієнтів, що проходять операцію; проте багато пацієнтів раніше отримували антибіотики. Захворювання жовчного міхура, як правило, розгортається у пацієнтів з гострим холециститом, але частіше при хронічному холециститі.

4. 40-річний чоловік, що страждає на алкоголізм, госпіталізований з важким болем в епігастрії, що поширюється на спину. Рівень амілази в сироватці крові в межах норми, але ліпаза в сироватці підвищена. Сироватка виявляється молочною за зовнішнім виглядом. Встановлено діагноз панкреатиту. Амілаза в сироватці нормальна, тому що:

- A. хворий має хронічну ниркову недостатність
- B. у пацієнта є гіперліпідемія у хворого є алкогольний цироз
- C. пацієнт має алкогольний гепатит
- D. діагноз панкреатиту неправильний.

(B) При панкреатиті рівень амілази в сироватці крові може бути нормальним. Причини включають: (а) гіперліпідемію, яка перешкоджає хімічному визначенню амілази; (б) підвищена екскреція амілази з сечею; і (в) майже повне знищення панкреатичної паренхіми внаслідок хронічного панкреатиту. З іншого боку, рівень амілази в сироватці крові може бути підвищений при відсутності панкреатиту (наприклад, перфоративна виразка печінки, гангренозний холецистит, або хронічна ниркова недостатність).

5. Які з нижченаведених заходів першочергово мають застосовуватись при корекції електролітного дисбалансу та дегідратації при кишковій непрохідності?

- (A) харчування через зонд, регідратація, і спостереження
- (B) Антихолінергічні препарати
- (C) Проносні речовини
- (D) Невідкладне оперативне втручання та резекція кишечника
- (E) Апендектомія

(A) Початкове лікування кишкової непрохідності полягає у корекції дисбалансу рідини та електролітів. Оперативне лікування вказане, якщо відсутній ефект від консервативного лікування.

6. 28-річний чоловік госпіталізований зі скаргами на біль у пупковій області, що перемістився до правої клубової ямки. Що є підтверджуючою ознакою гострого апендициту?

- A. Виникнення болю в правій частині живота при натисканні на його ліві відділи (симптом Ровзинга)
- B. Збільшення болю при піднятті яєчок

- C. Зниження болю в нижній частині живота при відведенні стегна
- D. Зниження болю в нижній частині живота при внутрішньому обертанні правого стегна

E. гіперантестезія у правому нижньому відділі живота

(A) Симптом Ровзинга вказує на гострий апендицит, інші ознаки підтверджують апендицит.

7. 63-річна жінка госпіталізована до лікарні з важкими болями у животі тривалістю 3 години. При пальпації визначаються позитивні перитонеальні знаки, кров'яний тиск 90/50 мм рт. ст., пульс 110 ударів на хвилину. Яке діагностичне дослідження слід проводити?

- A. Ангіографію бдомінальних судин
- B. Рентгенографію грудної клітини
- C. Контрастне дослідження шлунково-кишкового тракту з гастрографіном
- D. КТ
- E. УЗД

(B) Рентгенографія грудної клітини у вертикальному положенні виявляє вільний газ під діафрагмою приблизно у 70-75% пацієнтів з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки. УЗД може визначити вільну рідину, але не вільне повітря. Хоча КТ покаже як вільну рідину, так і вільний газ, це займе більше часу і може затримати лікування. Комбінація гострого живота і з вільним повітрям під діафрагмою надає достатньо інформації, щоб взяти пацієнта до операційної

8. При обстеженні пацієнти з апендицитом як правило мають найбільшу чутливість в при пальпації в наступній локалізації:

- A. Інгвінальний регіон
- B. Відразу над пупком
- C. У точці між зовнішньою 1/3 і внутрішньою 2/3 лінії між пупком і

передньою остю клубової кістки

D. У точці між зовнішніми 2/3 і внутрішньою 1/3 лінії між між пупком і передньою остю клубової кістки

E. Посередині лінії між пупком і передньою остю клубової кістки

(C) Це точка Мак-Бурнея. Окрім максимальної чутливості в цьому регіоні визначається також напруження м'язів передньої черевної стінки.

9. Ускладнення дивертикуліту включають:

A. Карцинома товстої кишки

B. Позакишкові прояви, такі як артрит, ірит, шкірні висипання

C. утворення нориць з сусідніми органами, такими як сечовий міхур

D. Артерієвенозні фістули кишечківника

E. Склерозуючий холангіт

(C) дивертикуліт викликаний гострим запаленням дивертикулів кишечківника. Процес може поширюватися на сусідні органи – сечовий міхур , тонку кишку, між органами можуть виникати нориці.

Тести кінцевого рівня знань

1. 19-річний чоловік доставлений до відділення швидкої медичної допомоги невідкладної медичної служби після удару у правому верхньому квадранті живота. FASTсканування показує вільну рідину, і пацієнт направляється в операційну для проведення експлоративної лапаротомії. Виявлено надрив правої частки печінки без активної кровотечі та розрив жовчного міхура. Що з переліченого нижче правильно?

- A. Пошкодження жовчного міхура можна лікувати холецистектомією.
- B. Ізольовані пошкодження жовчного міхура є рідкістю
- C. Жовч звичайно стерильна
- D. Розрив печінки не вимагає дренивання
- E. Повна ревізія не потрібна, якщо кровотеча обмежена правим верхнім квадрантом живота.

(B) Більшість травм жовчного міхура пов'язані з іншими травмами, найчастіше печінкою, товстого кишечника та / або тонкої кишки. Ізольовані пошкодження жовчного міхура зустрічаються рідко. Пошкодження у жовчному міхурі можна лікувати холецистектомією або холецистостомією. Надрив печінки без наявності кровотечі не потребує подальшого лікування. Ретельний пошук травм слід проводити під час лапаротомії

1. 74-річна жінка скаржиться на блювоту і періодичні колікоподібні болі в животі. Рентгенографія черевної порожнини вказує рівні рідини та повітря в біліарному дереві. Що є ймовірною причиною цього явища?

- A. Злуки в черевній порожнині
- B. Жовчнокам'яний ілеус
- C. Карцинома правого вигину товстої кишки
- D. Лімфосаркома черевної порожнини
- E. Попередня холедохододеностомія

(В) Жовчнокам'яний ілеус призводить до потрапляння повітря в міліарне дерево з просвіту кишки. Попередня холедохоуеностомія може давати повітря в жовчному дереві, але не обумовлює його обструкцію.

2. 68-річний чоловік з болями в животі, здуттям живота та блюванням. При фізикальному обстеженні виявлені післяопераційні рубці передньої черевної стінки. На рентгенограмі черевної порожнини кілька рівнів газу та рідини. Кількість лейкоцитів становить $12 \times 10^9/\text{л}$. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Злукова кишкова непрохідність
- B. Грижа
- C. Апендицит
- D. Запальне захворювання кишечника
- E. Каміні жовчного міхура та асцит

(А) Рентгенологічні дані свідчать про непрохідність кишківника . Клінічні особливості сприяють механічній обструкції, а не паралітичному ілеусу через інфекцію. Перешкоди, викликані спайками, зустрічаються частіше, ніж обструкція внаслідок грижі.

3. 36-річний чоловік госпіталізований після ДТП. Він скаржиться на лівобічний біль у грудях і болі в животі. Його артеріальний тиск становить 130/80 мм рт. Електрокардіограма показує синусовий ритм із частотою серцевих скорочень 95 ударів на хвилину. На рентгенограмі органів грудної порожнини переломів 8, 9 і 10 ребер зліва. На КТ візуалізований 3-см розрив у верхньому полюсі селезінки з невеликою кількістю крові навколо селезінки. Жодної іншої травми не виявлено. Яке з наведених тверджень правильне?

- A. Це травма класу I, що може лікуватись консервативно.
- B. Це травма класу II, що може лікуватись консервативно.
- C. Це травма класу II і потребує негайної лапаротомії.

D.Пацієнту повинна бути виконана профілактична гемо трансфузія в очікуванні масивної крововтрати.

E.Двухмоментний розрив селезінки неможливий з цією травмою.

(B) Розрив паренхіми селезінки глибиною до 1-3 см – травма класу II. Пошкодження класу I – це неперервна субкапсулярна гематома, що включає менше 10% площі поверхні селезінки. Консервативне лікування може бути застосовано при I та II класах. Цей пацієнт гемодинамічно стабільний і не потребує екстреної лапаротомії. Профілактична гемотрансфузія не показана. Двохмоментний розрив селезінки може відбутися протягом 2 тижнів або більше від травми селезінки у 10-15% пацієнтів.

4. 85-річний чоловік доставлений до лікарні з 2-денним анамнезом нудоти і блювоти. Протягом 5 днів у нього не відходять гази. На рентгенограмі дилатовані петлі тонкої кишки, немає повітря в прямій кишці і повітря в жовчному дереві. Яке з наступних тверджень є правильним?

A. Повітря в жовчному дереві, пов'язане з непрохідність дрібних протоків і передбачає діагностику жовчного міхура

B. Ентеротомія повинна бути віддалена від місця обструкції і камінь повинен бути вилучений

C.Жовчнокам'яний ілеус частіше зустрічається в молодому віці.

D.Холецистектомія протипоказана.

E.Зазвичай відбувається обструкція в дистальному відділі тонкої кишки.

(A) Жовчнокам'яний ілеус, як правило, є результатом утворення холецисто-єюнальної норичі і виникає переважно у літніх хворих. Найчастіше зустрічається обструкція проксимальних відділів тонкої кишки. Лікування полягає в лапаротомії та видаленні конкременту через ентеротомію в проксимальному напрямку до обструкції; Холецистектомія повинна бути виконана, якщо пацієнт може переносити додаткові оперативні втручання.

5. 70-річний курець госпіталізований з наявністю правобічної

пахового випинання, що збільшилося за останні місяці та викликає дискомфорт. Він скаржиться на утруднене сечовипускання і ноктурію. набряк, який не поширюється до калитки та зменшується при спокої. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Пряма пахова грижа
- B. Защемлена коса пахова грижа
- C. Гідроцеле
- D. Аневризма стегнової артерії
- E. Кіста сім'яного канатика

(A) Прямі грижі частіше зустрічаються у літніх пацієнтів, зустрічаються рідко у дітей та жінок. Існує збільшення захворюваності в пацієнтів з хронічним кашлем і простатитом. Цей тип гриж не поширюється на калитку.

6. 56-річна жінка скаржиться на біль у животі, верхніх його відділах. УЗД органів черевної порожнини виявляє тонкостінний жовчний міхур, наповнений рідиною і тверду ниркову масу зліва. Що має бути наступним діагностичним тестом?

- A. Сканування з гідроксиминодиуксусною кислотою (HIDA)
- B. Внутрішньовенна пієлограма (IVP)
- C. КТ сканування живота і тазу
- D. Пероральні холецистограми
- E. Ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

(C) Ультразвукові характеристики жовчного міхура є нормальними. Однак верифікована ниркова маса поребує КТ-сканування до і після введення контрастату.

7. 40-річний пацієнт проходить комп'ютерну томографію органів черевної порожнини внаслідок наявного болю у животі випадково визначено аневрризму селезінкової артерії. Що стосується аневрризми селезінкової артерії?

- A. Для оптимального лікування вимагає спленектомії
- B. Зустрічається частіше в чоловіків.
- C. В більшості випадків захворювання викликане атеросклерозом
- D. Може розриватися під час вагітності
- E. Рідко кальцифікується

(D) аневризми селезінкової артерії є рідкісними і найчастіше викликані медіальним некрозом. Малі безсимптомні аневризми, викликані атеросклерозом, частіше випадкові. Знахідки при аутопсії. Більші (> 3 см) аневризми переважають у жінок і часто розриваються під час пізньої вагітності.

8. Пацієнт похилого віку скаржиться на біль в черевній порожнині, вздуття. Живіт помітно здутий, визначається тимпаніт. При пальпації нечутливий. Рентгенологічно визначено виражену дилатацію петель кишківника переважно в правому верхньому квадранті. Ймовірний діагноз:

- A. Тонкокишкова непрохідність
- B. Товстокишкова непрохідність
- C. Жовчнокам'яний ілеус
- D. Оклюзія мезентеріальних судин
- E. Заворот сигмовидної кишки

(E) У пацієнта заворот сигмовидної кишки. На рентгені візуалізується розтягнення петель кишківника в правому верхньому квадранті, тому що сигмовидна кишка поступово розтягується і у результаті твісту її брижі, не лишається простору в лівому нижньому квадранті живота, тому вона займає найбільш доступну область, а саме правий верхній квадрант.

9. 50-річна жінка скаржиться на слабкість, масивну водянисту діарею та бідь в животі. Вона повідомляє про зниження ваги на 10 фунтів. Калій у сироватці становить 2,8 мек/л. Виберіть найбільш ймовірний діагноз.

- (A) зневоднення, діарея, гіпокаліємія, і синдром ахлоргідії
- (B) соматостатинома
- (C) глюкагонома
- (D) інсулінома
- (E) множинна ендокринна неоплазії 1 типу (MEN-1)

(A) ВІПома характеризується об'ємною діареєю, 5 л або більше щодня, втрату калію. Діарея є секреторною і стійкою до антидіарейних агентів. Пацієнти ослаблені внаслідок метаболічного ацидозу і гіпокаліємії. Октретойд зменшує діарею. Пухлина підшлункової залози повинна бути видалена. Секреторна діарея також зустрічається у деяких пацієнтів з синдромом Золлігера-Еллісона це є скаргою менш ніж на 10% пацієнтів. Більше 90% пацієнтів мають виразкову хворобу. У 15% пацієнтів з глюкагономою є діарея; Глюкагонома пов'язана з мігруючим некротизуючим дерматитом.