

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 6. Синдром гострого живота. Діагностика, диференційна діагностика
і лікувальна тактика. Диференційна діагностика гострих захворювань
органів черевної порожнини.*

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;
- Копйов Ю. О., к. мед. н., доцент;
- Іванов М. А, к. мед. н., доцент

Тема 6. Синдром гострого живота. Діагностика, диференційна діагностика і лікувальна тактика. Диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини.

Актуальність теми.

У повсякденній практиці більшість хірургів і лікарів загального профілю неодноразово стикаються з хворими на гостру хірургічну патологію живота. Результати лікування цих пацієнтів значною мірою залежать від своєчасної і правильної діагностики.

Організація ургентної служби та діагностична техніка постійно удосконалюються, однак, як і раніше, провідні хірурги світу зазначають, що розпізнавання гострих хірургічних захворювань живота все ще залишається недосконалим. Навіть найдосвідченіші хірурги часто зазнають діагностичних утруднень і мають відчуття невпевненості під час лікування таких хворих.

Мета.

Теоретичне вивчення та вміння використовувати на практиці знань і практичних навичок з оцінки скарг, об'єктивного статусу, результатів лабораторного й інструментального дослідження під час диференційної діагностики гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

Студент має знати:

1. Визначення поняття «гострий живіт».
2. Класифікацію «гострого живота».
3. Основні форми «гострого живота».
4. Класифікацію псевдоабдомінального синдрому.
5. Клінічні синдроми, властиві «гострому животу».
6. Основні клінічні симптоми гострих хірургічних захворювань.
7. Перелік обов'язкових досліджень у хворого із «гострим животом» в умовах стаціонару.
8. Алгоритм діагностики «гострого живота».
9. Диференційну діагностику «гострого живота» і

псевдоабдомінального синдрому.

10. Лікарську тактику при «гострому животі» на догоспітальному етапі.

Студент має вміти:

1. Зібрати анамнез у хворого із «гострим животом».
2. Провести об'єктивне обстеження хворого з «гострим животом» (зокрема пальпацію, перкусію, аускультацию живота, ректальне дослідження).
3. Визначити специфічні симптоми «гострого живота» залежно від його нозології.
4. Оцінити дані лабораторних і інструментальних досліджень у хворих із синдромом «гострого живота».
5. Провести диференційну діагностику «гострого живота» згідно з діагностичним алгоритмом.
6. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Термінологія

Термін	Визначення
«Гострий живіт»	Збірне поняття, що включає гострі захворювання й ушкодження органів черевної порожнини та заочеревинного простору, які призводять (або можуть призвести) до перитоніту і потребують термінової медичної (переважно хірургічної) допомоги
Псевдоабдомінальний синдром	Збірне поняття, що включає захворювання, здатні сформувати клінічну картину, схожу на атаку при синдромі «гострого живота»

Визначення

Синдром гострого живота – гострий напад інтенсивного болю в черевній порожнині викликаного подразненням та гострим запаленням очеревини.

Синоніми

Вторинний перитоніт Хірургічний живіт

Епідеміологія та демографія

Епідеміологічні та демографічні особливості гострого живота відсутні.

Від 5% до 10% популяції переносять гострий апендицит, як приклад синдрому гострого живота.

Фізикальне дослідження та клініка

- Гострий біль в черевній порожнині
- Здуття живота та асцит
- Ригідність передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини та м'язевий дефанс

- Лихоманка та озноб
- Посилення болю при рухах
- Відсутність апетиту, нудота та рвота
- Закреп
- Зникнення перистальтичних шумів
- Гіпотензія та тахікардія
- Тахіпное, диспное

Етіологія

- Гострий живіт викликаний гострим запаленням органу черевної порожнини

- Перфораційний гострий живіт при розриві стінки порожнистого органу черевної порожнини, ішемія кишки, пельвіоперитоніт та ін.

- Постопераційний гострий живіт
 - неспроможність анастомозу
 - раптова перфорація
 - деваскуляризація

- Посттравматичний перитоніт викликаний тупою чи проникаючою травмою черевної порожнини

- Мікробіологія: найбільш частою причиною є грам-негативна флора (*Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*), грам-позитивна флора (ентерококи, стафілококи), анаеробні бактерії (*Bacteroides*, *Clostridium*) та грибки

Діагностика

Диференціальний діагноз

- Постопераційні стани

- абсцес,
- сепсис
- кишкова непрохідність
- травма внутрішніх органів

- Шлунковокишкові патології

- перфорація порожнистого органу
- апендицит
- запальні захворювання кишківника
- інфекційний коліт
- дивертикуліт
- гострий холецистит
- перфорація пептичної виразки
- панкреатит
- кишкова непрохідність
- синдром подразненої товстої кишки та інші функціональні болі

в черевній порожнині

- Гінекологічні патології

- позаматкова вагітність
- запальний процес органів малого тазу
- розрив та кровотеча кісти яєчника
- перекрут яєчника

- дегенеруюча лейоміома
- міттельшмерц
- Урологічна патологія
 - Нефролітіаз
 - інтерстиціальний цистит
- Інші:
 - травма черевної порожнини
 - проникаючі поранення черевної порожнини
 - інфекційні ускладнення, викликані інтраперитонеальним діалізом.
- Неоплазія
- Діабетичний кетоацидоз Діагностичний протокол
- Гострий живіт – клінічний діагноз, що базується на фізикальному дослідженні та вивченні анамнезу хвороби
 - Лабораторні дослідження (див. Лабораторні дослідження) допомагають в оцінці стану пацієнта та стратегії його лікування, в тому числі хірургічного втручання
 - У разі, якщо пацієнт гемодинамічно нестабільний рекомендовано проведення лапароцентезу та діагностичної лапаротомії.
- Лабораторні дослідження
 - Клінічне дослідження крові
 - Лейкоцитоз зі зсувом вліво
 - Анемія
 - Метаболічна панель
 - Електролітний дисбаланс
 - Порушення функції нирок
 - Печінкова панель
 - Асцит
 - Холелітіаз
 - Бактеріологічне дослідження крові

- Бактеріємія
- Сепсис
- Посів асцитичної рідини
- Інфекційні ускладнення
- Клінічне та бактеріологічне дослідження сечі
- Інфекції сечовивідних шляхів
- Мазок із піхви на гонорею та хламідіоз
- Сеча та сироватка крові на хоріональний гонадотропін

Методи візуалізації

- Оглядова рентгенографія черевної порожнини
 - вільний газ під куполом діафрагми (РИС.) при перфорації
 - розширення петель тонкої або товстої кишки при непрохідності,
 - копроліт
- Оглядова рентгенографія грудної порожнини
 - Високе стояння купола діафрагми
 - Пневмонія
 - Реактивний плеврит
- УЗД органів малого тазу, черевної порожнини
 - Абсцес
 - Об'ємне утворення черевної порожнини
 - Диференціація маткової та позаматкової вагітності
 - Вільна рідина в черевній порожнині
 - Кровотеча
 - Асцит
 - Перфорація
- КТ черевної порожнини
 - Абсцес
 - Об'ємне утворення



Мал. Газ під куполом діафрагми. Оглядова рентгенографія. Лікування

Нефармакологічне лікування

- Парентеральна регідратація для корекції дегідратації, гіповолемії
- Переливання крові для корекції вираженої анемії від крововтрати
- Встановлення назогастрального зонду для декомпресії, особливо у випадках непрохідності
- Оксигенотерапія
- Покій
- Хірургічне лікування
 - Оперативні втручання для корекції основної патології, а також:
 - Зупинка кровотечі
 - Закриття перфорації
 - Дренування абсцесу
 - Усунення непрохідності
- Фармакологічне лікування
 - Антибіотики широкого спектру дії для покриття грам-позитивної анаеробної та грам-негативної анаеробної флори
 - Легкий та помірний ступінь тяжкості

- Піперацилін-тазобактам 3.735 г внутрішньовенно кожні 6 годин або 4.5 г внутрішньовенно кожні 8 годин

- Тікарцилін-клавуланат 3.1 г внутрішньовенно кожні 6 годин

- Альтернативними засобами є ципрофлоксацин 400 мг внутрішньовенно кожні 12 годин або левофлоксацин 750 мг внутрішньовенно кожні 24 години одночасно з метронідазол 1 г внутрішньовенно кожні 12 годин.

○ Високий ступінь тяжкості та критичні стани

▪ Іміпінем 500 мг внутрішньовенно кожні 6 годин

▪ Меропенем 1 г кожні 12 годин

▪ Альтернативним засобом є ампіцилін *одночасно з*

метронідазолом та

одночасно з ципрофлоксацином.

- Знеболення – не призначати до підтвердження діагнозу

○ Морфін

○ Меперидин КЛІНІЧНИЙ АЛГОРИТМ

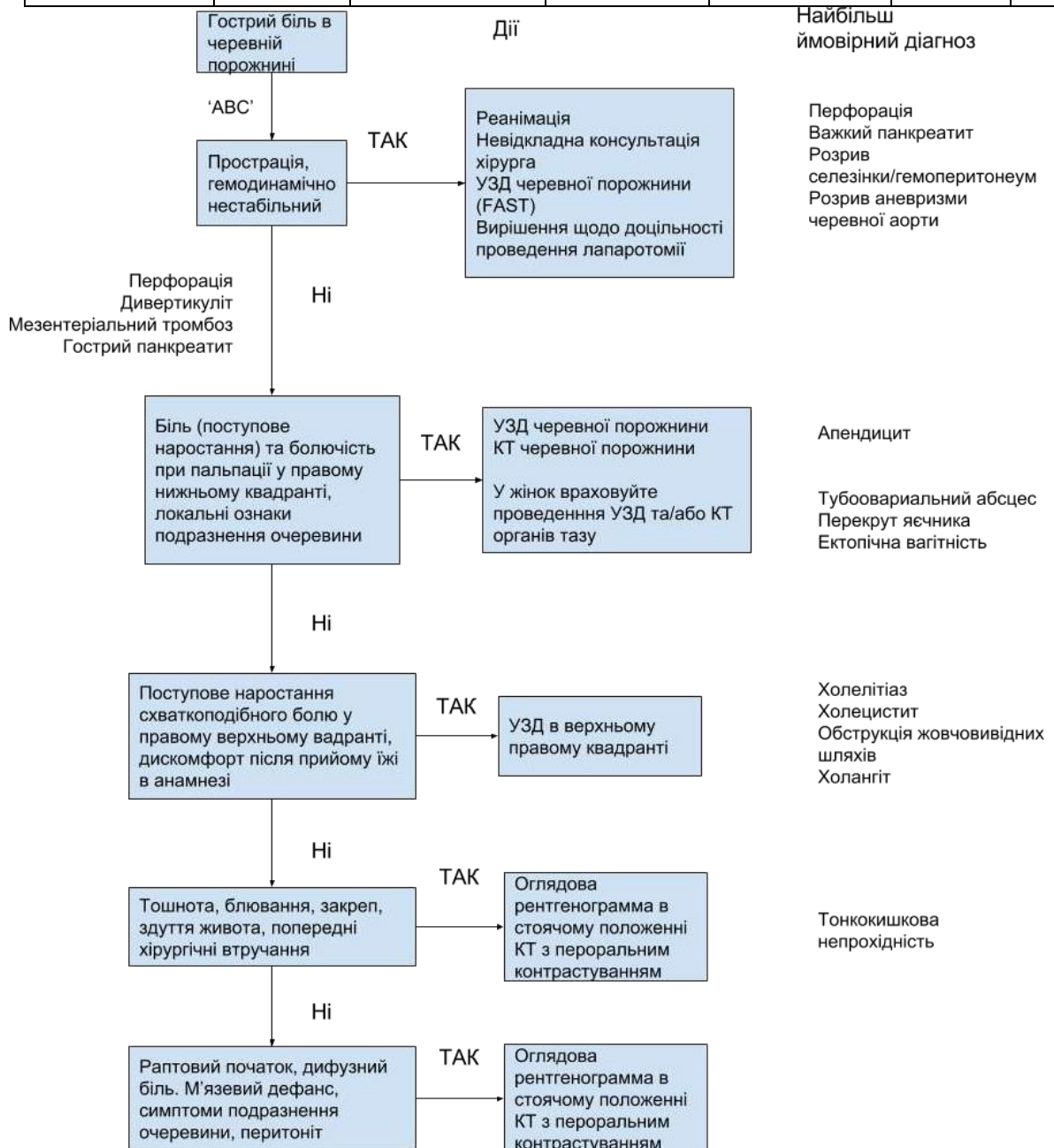
Таб. 1

Порівняння найчастіших причин виникнення синдрому гострого живота

Причина	Початок	Локалізація	Характер	Опис	Іррадіація	Інтенсивність
Апендицит	Поступовий	Периумбілікально ранніх етапах, правий нижній квадрант на пізніх етапах	Діфузний на ранніх етапах, локалізований на пізніх	Ниючий	Ні	++

Холецистит	Гострий	Правий верхній квадрант	Локалізований	Стискаючий	Лопатка	++
Панкреатит	Гострий	Епігастрій, спина	Локалізований	Надоїдливий	Середня частина спини	++ до +++
Дивертикуліт	Поступовий	Нижній лівий квадрант	Локалізований	Ниючий	Ні	++ до +++
Перфорація пептичної виразки	Раптовий	Епігастрій	Локалізований на ранніх етапах, дифузний на пізніх	Пекучий	Ні	+++
Тонкокишкова непрохідність	Поступовий	Периумбілікально	Дифузний	Нападоподібний	Ні	++
Мезентеріальний тромбоз, інфаркт кишки	Раптовий	Периумбілікально	Дифузний	Агонізуючий	Ні	+++
Розрив аневризми аорти	Раптовий	Весь живіт, спина, по фланку	Дифузний	Розриваючий	Ні	+++
Гастроентерит	Поступовий	Периумбілікально	Дифузний	Спазмуючий	Ні	+ до +++

Запальний процес малого тазу	Поступовий	Нижні квадранти, таз	Локалізований	Ниючий	Верхня частина стінки	++
Розрив позаматкової вагітності	Раптовий	Нижні квадранти, таз	Локалізований	Гострий	Ні	++



Тести початкового рівня

1. Хвора 25 років доставлена в відділення невідкладної допомоги із болем в правому нижньому квадранті, тошнотою та відсутністю апетиту. Стан розвинувся 24 години тому. Який найбільш вірогідний діагноз:

- A Запальний процес органів тазу
- B Хвороба Крона
- C Апендицит
- D Розрив аневризми черевної аорти

Правильна відповідь C – апендицит. Не зважаючи, що вік пацієнтки характерний для розвитку гінекологічної патології, гінекологічна патологія дала б урологічну та/або гінекологічну симптоматику. Для хвороби Крона немає інформації щодо діареї або закрепів (ці симптоми також, але дуже рідко, спостерігаються при апендициті). Локалізація (більш центрально) та характер (дуже інтенсивний, гострий, розриваючий) та вік пацієнтки (аневризма рідко розвивається в молодому віці) не характерні для розриву аневризми черевної аорти.

2. Які результати діагностики ви очікуєте отримати від пацієнта з гострим апендицитом?

- A Лейкоцитоз та підвищений рівень та активність С-реактивного білку
- B Підвищений рівень бета-ХГТ в сечі
- C Температура тіла 37 С
- D Артеріальний тиск 90/40 мм рт ст

Правильна відповідь A – апендицит – запалення апендиксу, ознаки якого будуть виявлені в аналізі крові – лейкоцитоз та підвищення активності та кількості С-реактивного білку. Бета-ХГТ – аналіз із діагностики вагітності, може бути корисним для дифдіагностики апендициту з позаматковою вагітністю. Підвищення температури тіла характерна ознака запалення та апендициту, але у випадку апендициту, пацієнт може бути доставлений в

лікарню після піку підйома температури. Гіпотензія характерна під час перфорації – втрата рідини приводить до втрати ОЦК та зниження тиску.

3 Що з перерахованого НЕ викликає апенцитит:

A Копроліти

B Запальні захворювання кишківника

C Гельмінтоз

D Туберкульоз

E Синдром подразненої кишки

Правильна відповідь E – синдром подразненої кишки. Копроліти можуть блокувати просвіт апендиксу та спричиняти розвиток запалення, хвороба Крона може вражати апендикс, гельмінтоз та туберкульоз також викликають апендицит. Синдром подразненої кишки – функціональне захворювання без будь-якої органічної патології.

4 Хворий 45 років доставлений в хірургічне відділення з інтермітуючим болем у верхніх відділах черевної порожнини, що не іррадіює та погіршується при лягання та інших змінах положення тіла. Який найбільш ймовірний діагноз?

A Інфаркт міокарда

B ГЕРХ

C Гепатит

D Гострий панкреатит

E Печінкова коліка

Правильна відповідь B – ГЕРХ. Status gastralgicus при інфаркті міокарда дуже рідкісний стан, та біль не змінюється при ляганні та інших змінах положення тіла. Для гастроезофагеальної рефлюксної хвороби характерний біль у епігастрії, що характер якого змінюється, коли пацієнт лягає. Пацієнта з ГЕРХ необхідно дообстежити на органічну патологію у вигляді пептичної виразки. Жодний із симптомів, що описані не підходить для

гепатиту. Для гострого панкреатита характерна локалізація болю - лівий верхній квадрант, інтенсивний, постійний, оперізуючий біль, що іррадіює в спину, тахікардія, лихоманка, жовтуха та шок. Печінкова коліка характеризується постійним, або схваткоподібним болем у верхньому правому квадранті, що іррадіює в стегно або плече, не погіршується при зміні положення тіла.

5 Ознака затульного м'язу – це:

A Підняття випрямленої правої ноги

B Згинання ноги пацієнта в коліні та стегновому суглобі, та розгинання коліна

C Пацієнт видихає, лікар ставить пальці кисті під праву реберну дугу та просить пацієнта глибоко вдихнути

D Згинання ноги пацієнта в коліні та стегновому суглобі та ротація стегна назовні

E Посилення болю в правій нижній здухвинній ділянці при глибокому тисненні прямими пальцями кисті в лівій здухвинній ямці та швидкому прибиранні руки

Правильна відповідь D – згинання ноги пацієнта в коліні та стегновому суглобі та ротація стегна назовні, що викликає напруження затульного м'язу, що є ознакою апендициту, при тазовому розміщенні апендиксу. Підняття випрямленої правої ноги – симптом Образцова, симптом, що базується на напруженні великого поперекового м'язу, при якому подразнюються рецептори очеревини навколо запаленого апендиксу. Згинання ноги пацієнта в коліні та стегновому суглобі, та розгинання коліна – симптом Керніга при менінгіті. «Пацієнт видихає, лікар ставить пальці кисті під праву реберну дугу та просить пацієнта глибоко вдихнути» – так проводиться визначення одного з пухирних симптомів – симптома Мерфі. Посилення болю в правій нижній здухвинній ділянці при глибокому тисненні прямими пальцями кисті в

лівій здухвинній ямці та швидкому прибиранні руки – симптом Ровзинга при гострому апендициті.

6 Пацієнт доставлений до відділення невідкладної допомоги з болем, що мігрував у правий нижній квадрант черевної порожнини, тошнотою, блюванням, болем при пальпації у правому нижньому квадранті. Лейкоцитоз в апалізі крові. Відповідно до шкали Альварато - яка стратегія лікування такого пацієнта:

A Виписати

B Спостереження, госпіталізація

C Лапароскопія

Правильна відповідь C – 1 бал за мігрування болю, 1 – за тошноту, 2 – за болісність при пальпації, 2 бала за лейкоцитоз, сумарно – 6. За шкалою Альварато - рекомендована госпіталізація та спостереження пацієнта. Дуже вірогідно, але не достовірно, що пацієнтові буде виконана лапароскопічна апендектомія.

Шкала Альварато в діагностичке острого апендицита

Критерии	Баллы
<i>Симптомы</i>	
Мигрирующие боли в правой подвздошной ямке	1
Анорексия (отсутствие аппетита)	1
Тошнота, рвота	1
<i>Признаки</i>	
Болезненность в правой подвздошной ямке	2
Положительный симптом Шеткина—Блюмберга	1
Лихорадка	1
Положительный симптом Ровзинга, либо положительный кашлевой признак, либо болезненность при ректальном исследовании	1
<i>Лабораторные данные</i>	
Лейкоцитоз	2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	1

7 Хвора 19 років доставлена до відділення невідкладної допомоги з болем внизу живота, лихоманкою, частими покликами до сечопускання. Вона визнає нещодавні незахищені статеві акти. Аналіз крові негативний на білок

чи лейкоцити. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A Апендицит
- B Інфекція сечовидільних шляхів
- C Запальний процес порожнини тазу
- D Ектопічна вагітність
- E Полікістоз яєчника

Правильна відповідь – С – запальний процес у порожнині тазу. Локалізація болю нехарактерна для апендициту, навіть при атипівних розміщеннях апендиксу. Дизуричні явища більш характерні для запального процесу органів тазу. Відсутність білку чи лейкоцитів в аналізі сечі виключають інфекцію сечовидільних шляхів. Ектопічна вагітність можлива – тільки біль буде більш локалізований, лихоманка та інші ознаки запалення не характерні. Полікістоз яєчника характеризується порушеннями менструального циклу та проблемами фертильності, не болями.

8 Хворий 35 років доставлений в відділення невідкладної допомоги з болем в правому нижньому квадранті, закрепом, блюванням. З анамнезу – ЖКХ, калькульозний холецистит, він вважає, що була проведена холецистектомія. Аналіз крові, С-реактивний пептид, сечовина та електроліти повернулися до норми. Який вірогідний діагноз?

- A Кишкова непрохідність
- B Апендицит
- C Холецистит
- D Дивертикуліт
- E Гастроентерит

Правильна відповідь А – кишкова непрохідність – біль, закреп та блювання ключові симптоми непрохідності. Апендицит також можливий, хоча закрепи спостерігаються дуже рідко, та немає запальних змін у крові, що робить апендицит дуже маловірогідним діагнозом. Холецистит маловірогідний, якщо пацієнт каже, що йому видалено жовчний міхур, але

можливо мати жовчні камені без жовчного міхура, проте щоб викликати кишкову непрохідність (дистальну тонкокишкову) жовчний камінь повинен вийти в просвіт кишки через норичу, сформованою пролежнем каменя між стінкою жовчного пузиря та тонкою кишкою. Дивертикуліт рідко викликає блювання та немає ознак запалення. Гастроентерит може викликати блювання, закреп не характерний та немає ознак запалення.

9 Все з перерахованого нижче викликає гіпотензію в пацієнтів з гострим панкреатитом, ОКРІМ:

A Вазодилатація

B Кровотеча

C Гіповолемія

D Підвищена проникність сулин

E Знижений онкотичний тиск плазми

Правильна відповідь E – знижений тиск білків крові не викликає гіпотензію у хворих на гострий панкреатит. Відповідно до патогенезу панкреатиту – ферментемія та масивне виділення медіаторів запалення та продуктів, що призводить до відвищення проникності судин, розширення судин, пропотівання рідини та втратою ОЦК, що призводить до гіповолемії, та, у разі прогресуванні до шоку, при гострому панкреатиті кровотечі часті – часті ускладнення.

10. Хворий 78 років скаржиться на регургітації під час їжі та порушення дихання. Який діагностичний метод потрібен для діагностики стану пацієнта.

A Фізикальне дослідження та клініка достатні для встановлення діагнозу

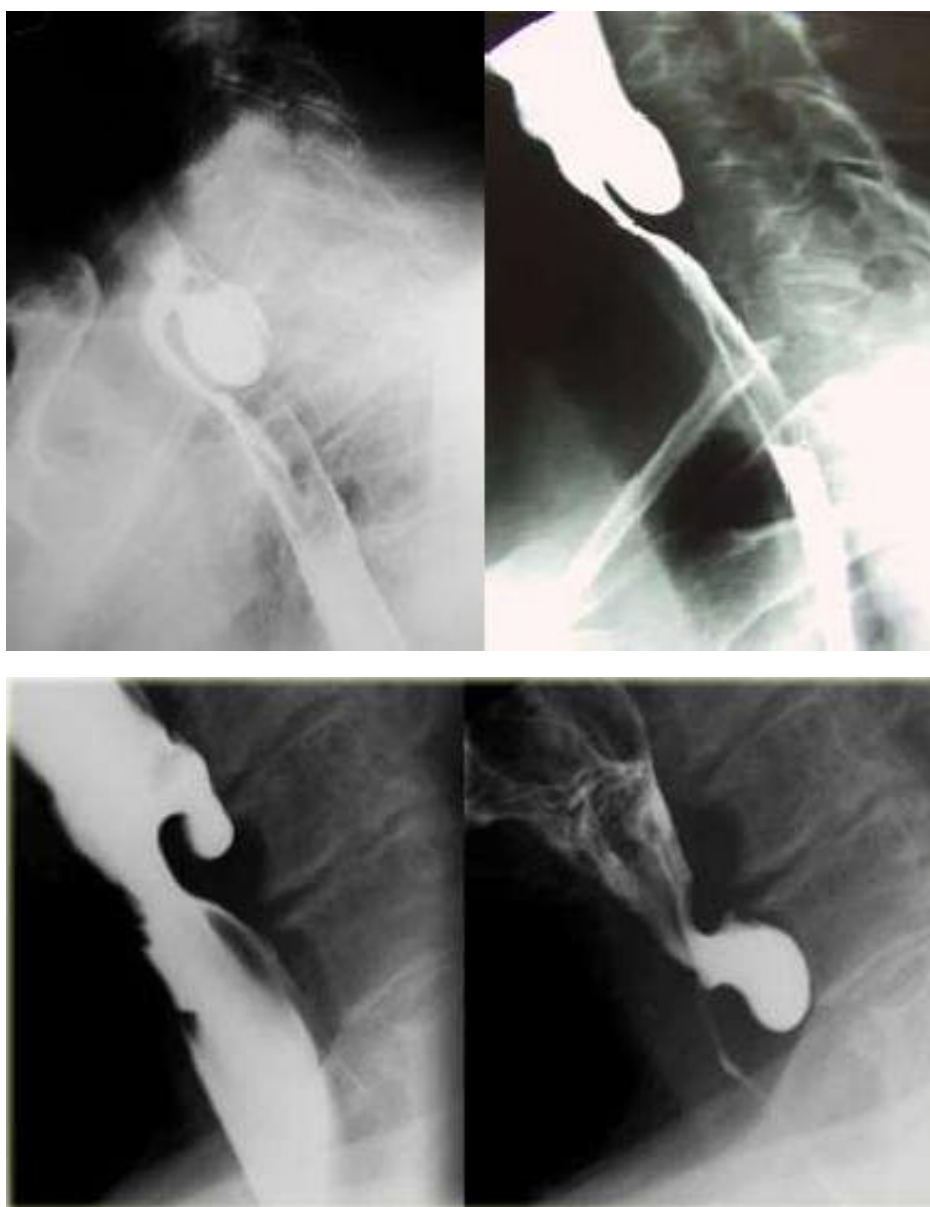
B Ендоскопічне дослідження стравоходу

C Рентгенографія грудної порожнини

D Відеорентгеноскопія стравоходу з пероральним прийомом барію

E Манометрія

Правильна відповідь D – у пацієнта дивертикул Ценкера. Для точної діагностики необхідно провести відеорентгеноскопію стравоходу з пероральним прийомом барію, при якій фіксуються моменти проходження барію по стравоходу (див. мал.). При значному розмірі дивертикул Ценкера може призводити до відтіснення стравоходу допереду та стисненню глотки та трахеї, що призводить до порушення дихання. Фіброзофагоскопія також може бути інформативною.



Література

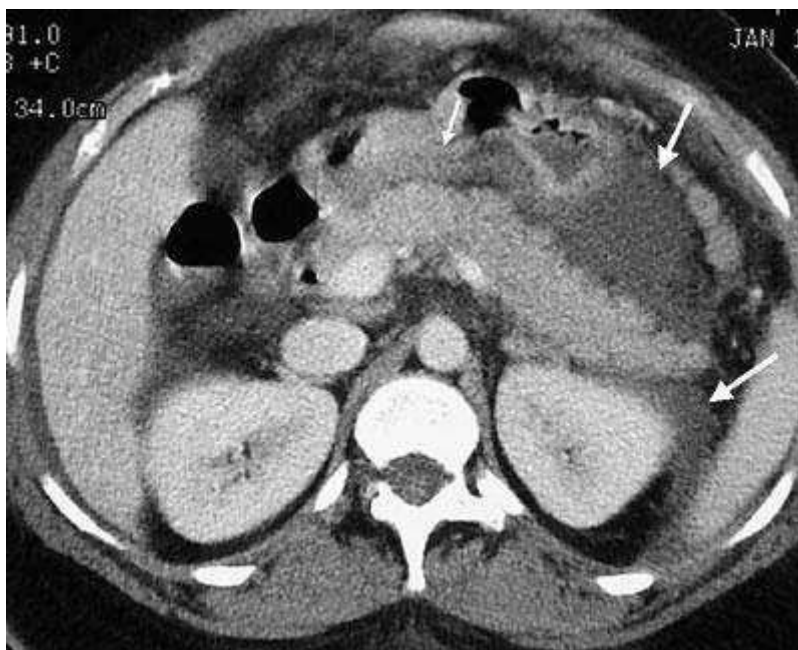
- 1.Greenfield's Surgery: Scientific Principles & Practice (Mulholland, Greenfield's Surgery) Fifth Edition by Michael W. Mulholland MD PhD.
- 2.Lange QA Surgery McGraw Hill 2007 Fifth edition C. Gene Cayten, MD, FACS, MPH
- 3.Ferris Clinical Advisor 2018 Fred F. Ferri M.D., F.A.C.P. Elsevier
- 4.USMLE 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 кінцевий рівень

1. Хвора 47 років доставлена до відділення невідкладної допомоги з 4 годинами болю в черевній порожнині, що іррадіює в спину, тошнотою та блюванням. Вона не палить не вживає алкоголь. На КТ з контрастуванням – зріз на рівні епегастрію. На УЗД – датчик розміщено в правому верхньому квадранті. УЗД проводилось попереднього року з приводу дискомфорту та інтермітуючого болю. Парентеральна регідратація та знеболення повністю купували симптоми. Яким повинен бути наступний крок у діагностиці?

- A Спостерігання та вичікування
- B Лапароскопічна холецистектомія
- C ЕРХПГ
- D Перкутанна баліарна декомпресія
- E Літотрипсія

Правильна відповідь B – у пацієнта була клініка панкреатиту викликаного жовчокам'яної хворобою – обструкцією каменем, що був ефективно пролікований консервативно. КТ виявило ознаки гострого панкреатиту – періпанкреатичний та ретроперітонеальний набряк (великі стрілки), та відносно нормальна підшлункова залоза (мала стрілка).



На УЗД – жовчний камінь в жовчному міхурі.



Пацієнтці рекомендоване проведення планової лапароскопічної холецистектомії.

2. Хворий 55 років доставлений до лікарні із болем у нижньому лівому квадранті черевної порожнини, що триває 2 дні та закрепом. При фізикальному дослідженні – біль при пальпації в лівому нижньому квадранті, хворий скаржиться на відчуття розпирання в цій ділянці. Лейкоцити 22×10^9 , температура $38,6^{\circ} \text{C}$. Який метод діагностики найбільш інформативний для оцінки стану пацієнта?

- A. Діагностична лапароскопія.
- B. Іригографія.
- C. Оглядова рентгенограма черевної порожнини.
- D. КТ черевної порожнини з пероральним та внутрішньовенним контрастуванням.
- E. Колоноскопія.

Правильна відповідь D – у хворого дивертикуліт. Необхідно провести диференційну діагностику з синдромом подразненої кишки, запальними

захвореннями кишки, пієлонефритом, ішемічним колітом та перфорацією, викликаною карциномою. Дивертикуліт – інфекційне ускладнення дивертикулярної хвороби, що розвивається на фоні перфорації дивертикулу товстої кишки. Запалення може обмежитися за рахунок оточуючих місце перфорації органів (сальник, петлі тонкої кишки та ін.), або може призвести до формування абсцесу, вільної неприкритої перфорації, формування норичі та непрохідності (ускладнений дивертикуліт). Клініка варіабельна – від слабо вираженого больового синдрому до перитоніту та сепсису. Пацієнти з ознаками перитоніту та сепсису потребують невідкладної госпіталізації, обстеження та хірургічної допомоги. КТ – найкращий метод діагностики, що дозволяє оцінити розповсюдженість запального процесу, та виключити іншу патологію. Оглядова рентгенографія черевної порожнини не виявить специфічної патології. Виконання іриграфії та колоноскопії при гострих станах ризиковане та може призвести до неприкритих вільних перфорацій, контамінації черевної порожнини, перетворюючи локальний перитоніт в розлитий. Витікання барієвої суміші додає ризик виникнення хімічного перитоніту викликаного барієм. Діагностична лапароскопія – інвазивна процедура та може сприяти розповсюдженню локального процесу.

3. Хворий доставлений в відділення невідкладної допомоги із спазмоподібним болем у правому верхньому квадранті та лихоманкою. Він пов’зує початок болю із споживанням жирної їжі, але зараз біль з’являється без зв’язку з їжею. Він також відмічає озноб. Об’єктивно: температура 39.1 С, ЧСС 110, частота дихальних рухів 15 за хвилину, сатурація кисню 99%. При фізикальному обстеженні: перистальтичні шуми нормальні, живіт не здутий, болісність при пальпації в правому верхньому квадранті. При пальпації правого верхнього квадранту, під час прохання зробити глибокий вдих пацієнт гримасує. Пацієнту призначені внутрішньовенно антибіотики, та запланована лапароскопічна холецистектомія. Під час дослідження резектованого жовчного міхура, хірург виявив утворення, що відображено на мал. 1 та мал.

2. Що із свого анамнезу пацієнт забув вказати під час опитування?



А Хвороба Крона

В Діабет

С Муковісцидоз

Д Гіперліпідемію

Е Протезування клапана серця

Правильна відповідь Е – Штучні клапани серця викликають постійне руйнування еритроцитів – гемоліз, що призводить до збільшенню

концентрації пігментів та забарвлення конкрементів жовчного міхура у чорний колір. Причиною гострого холециститу звичайно є обтурація жовчовивідних шляхів, що призводить до запалення. Чорний колір конкрементів може свідчити про серповидно-клітинну анемію, таласемію, спадковий сфероцитоз та протезування серцевих клапанів. Коричневі конкременти - при алкогольному циррозі.

Мал 1 - лапароскопічна картина запаленого жовчного міхура, що свідчить про холецистит. Мал 2 - вміст резектованого жовчного міхура, чорні пігментовані конкременти.

4. Хвора 68 років перенесла ваготомію та пілоропластику з приводу виразкової хвороби ДПК. Під час операції виявлені жовчні камені. Через 8 днів після операції у хворої розвинувся гострий біль в черевній порожнині та болісність під час пальпації в правому верхньому квадранті. Для визначення, не є причиною цього стану жовчокам'яна хвороба, яке з досліджень необхідно виконати?

A Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини в положенні лежачи

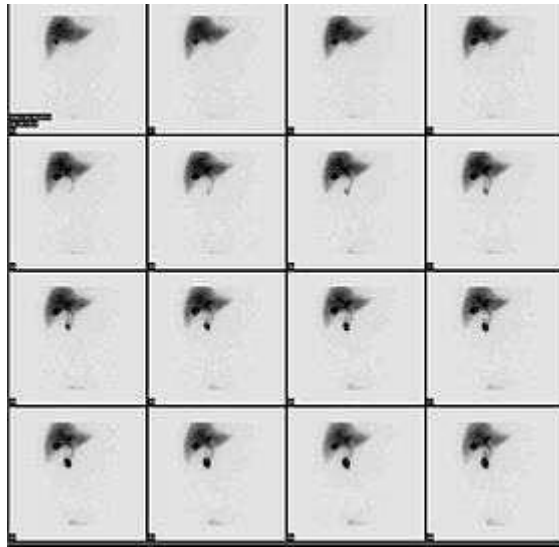
B Холесцинтиграфія (HIDA)

C УЗД

D Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини в положенні стоячи

E Холангіографія

Правильна відповідь: B – холесцинтиграфія (див. мал.) не виявить жовчного міхура, якщо є гостре запалення жовчного міхура, або є обтурація жовчовивідних протоків. У пацієнта з холангіолітазом після проведеної ваготомії підвищується ризик виникнення ускладнень щодо пасажу жовчі. Сонограма може вказати на конкременти, але не диференціює гострий процес.



5. Хворому 32 роки проводиться лапаротомія з приводу множинних ушкоджень органів, викликаних травмою. Він був виписаний з лікарні через 2 тижні, але через 3 дні знов поступив з приводу болю в черевній порожнині та сепсису. КТ дослідження вказує на скупчення рідини в підпечінковому просторі (див. мал.). Накопичення рідини в цьому просторі прямо відноситься до травми якого органа?

- A Нижній полюс правої нирки
- B Шлунок
- C Гачкоподібний відросток підшлункової залози
- D Біфуркація аорти
- E Правий поперековий м'яз



Правильна відповідь В – інфекційні процеси підпечінкового простору – часте ускладнення оперативних втручань чи перитоніту верхнього поверху черевної порожнини. Окрім шлунку, підпечінковий простір може бути залученим при ушкодженнях жовчного міхура, 12-палої кишки, передні порції підшлункової залози або печінки. Гачкоподібний відросток – частина головки підшлункової залози, розташований дозад від верхньої брижової вени.

6. Хвора 17 років доставлена в хірургічне відділення з болем у черевній порожнині, що триває 1 день. Під час фізикального дослідження найбільш болісна пальпація в правому нижньому квадранті, та гіпогастрії. Лейкоцити 13×10^9 , температура тіла 38.5 С. Встановлений попередній діагноз неускладнений апендицит, та запропонована лапароскопічна апендектомія. Під час операції знайдений нормальний апендикс. Що повинен зробити хірург, якщо під час операції виявляється незмінений апендикс?

А Оцінити органи тазу на наявність гінекологічних патологій – тубооваріальний абсцес, злоякісні новоутворення, ектопічна вагітність, запальні захворювання тазу

В Видалити апендикс

С Оцінити термінальний відрізок здухвинної кишки та сліпу кишку

Д Оцінити ймовірність холецистититу та перфорації виразки 12-палої кишки

Е Виконати ревізію дивертикула Меккеля

Правильна відповідь В – видалити апендикс, аби в майбутньому не виникало сумнівів щодо діагностики з можливим апендицитом. Необхідно провести повну ревізію черевної порожнини на наявність іншої патології. Якщо інша патологія знайдена – вирішення питання щодо її хірургічного лікування лапароскопічним або перехід на відкриту операцію.

7. Ускладненням дивертикуліту є:

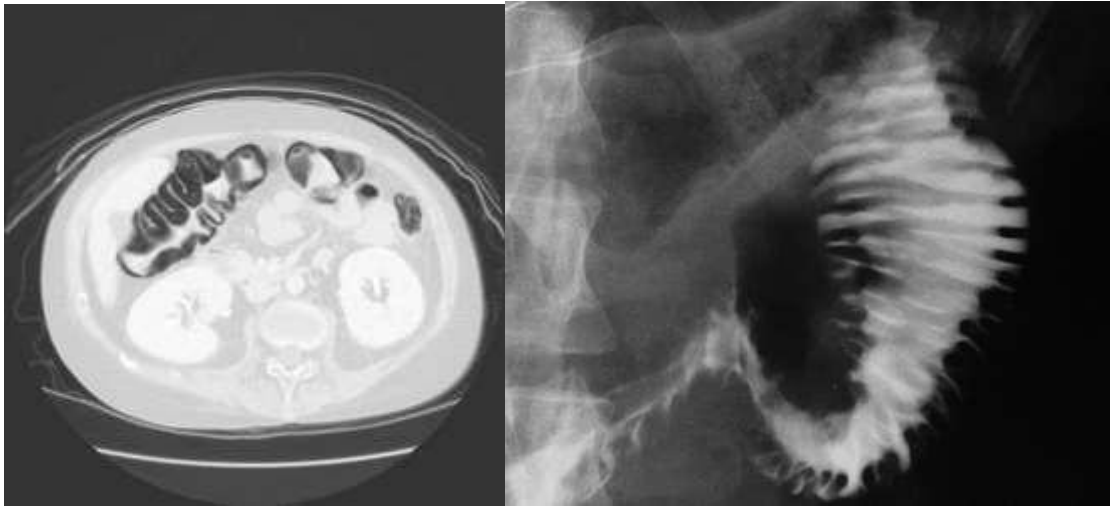
- A Карцинома товстої кишки
- B Позакишкові прояви: артрит, ірит та шкірна висипка
- C Утворення нориць до прилеглих органів
- D Артеріовенозна фітсула кишки
- E Склерозуючий холангіт

Правильна відповідь C – дивертикуліт це запалення дивертикулу, яке може розвиватись на оточуючі органи – сечовий міхур, жовчний міхур, петлі кишки та ін. Симптомами можуть бути пневматурит, фекалурія – вихід кишкового газу або калу з сечею. Лікування – хірургічне, резекція ураженого сегмента кишки, закриття норицевих ходів.

8. Хвора 64 роки з захворюванням серцево-судинної системи в анамнезі доставлена до лікарні з сильним болем в черевній порожнині. Об'єктивно – тиск 150/95 мм рт. ст., пульс 84 уд/хв. Ознаки втрати циркулюючої крові мінімальні. Яка ознака характерна для інфаркту тонкої кишки?

- A Радіологічна ознака «стопки монет»
- B Розтягнення петель кишки
- C Повітря в жовчовивідних шляхах
- D Повітря між шарами кишкової стінки (інтрамуральний газ)
- E Повітря під лівим куполом діафрагми

ПОЯСНЕННЯ: Правильна відповідь D – Гангрена кишки характеризується ознакою інтрамурального газу (див. Мал. – КТ зріз). Ознака «стовпчик монет» характерна для кишкової непрохідності, коли проксимальний до обтурації відрізок кишки збирається у складки, що на оглядовій рентгенографії дає характерний малюнок (див. мал.)



9. Хвора 64 роки з захворюванням серцево-судинної системи в анамнезі і епізодом тривалої гіпотонії доставлена до лікарні з сильним болем в черевній порожнині. Ознаки втрати циркулюючої крові мінімальні. Під час операції на відстані 2.5 м від ілеоцекального кута виявлений сегмент гангренозно зміненої кишки. Пульсація верхньої брижової артерії та її головних гілок є. Що могло стати причиною гангрені тонкої кишки у цього пацієнта?

- A Артеріальний тромбоз
- B Ембол
- C Неокклюзивна ішемічна хвороба
- D Хвороба Фон-Віллебранда
- E Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Правильна відповідь – С – неокклюзивна ішемія тонкої кишки, необхідно підтвердження на ангіографії. Якщо гангрені не виявлено – регідратаційна терапія, інтраартеріальне призначення папаверину у верхню брижову артерію може бути достатньою, та можна уникнути хірургічного втручання. Хвороба Фон-Віллебранда характеризується помірним дефіцитом фактора VIII (псевдогемофілія), і з тенденцією кровотеч, ніж тромбоутворення, що могло би призвести до окклюзії артерії.

10. Яке з тверджень щодо летальності гострого апендициту є вірним?

А У загальній популяції летальність 4/10 000

В Якщо є перфорація, розрив – 4-5%

С За відсутності перфорації, розриву – 2%

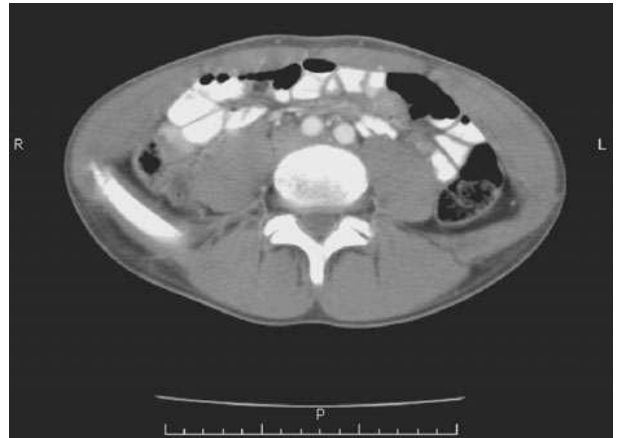
Д 80% якщо сформований абсцес

Е Летальність підвищилася за останні 40 років

Правильна відповідь – В. Летальність від гострого апендициту 4/1000 000 в загальній популяції. Летальність зменшилася у 20 разів за останні 50 років. Летальність від апендициту, ускладненого розривом 4-5%, а дітей 9%, та 15% у пацієнтів літнього віку більше 65 років, та у тих, що мають важку супутню патологію. Висока частота перфорацій викликана затримкою на етапі встановлення діагнозу та оцінки стану пацієнта. Сучасна летальність 0.1% від апендициту без перфорації вказує, що апендицит все ще є потенційно летальним станом. Діагностика апендициту зазвичай базується на фізикальному та клінічному дослідженні, рідко потребує КТ (див. мал.)



Мал. 1 Копроліт у просвіті апендиксеу. КТ скан. Аксіальний зріз.



Мал. 2 Апендикс розширений за рахунок рідини у просвіті. КТ скан.

Аксіальний зріз.