

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 7. Синдром локального та поширеного гнійно-запального процесу
очеревини. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікувальна тактика.*

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;
- Корольова Х. О., к. мед. н., асистент;
- Сейковський О. В., к. мед. н., асистент

Тема 7. Синдром локального та поширеного гнійно-запального процесу очеревини. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікувальна тактика.

Актуальність теми. Гострий перитоніт залишається складною проблемою абдомінальної хірургії. Це обумовлено значною частотою його виникнення при гострих хірургічних захворюваннях і травмах живота – у 3,1-43,1% хворих, летальністю в межах 30-50%. При поширеному перитоніті та при перитоніті в септичній стадії, наявній поліорганній недостатності летальність збільшується до 80-90%. Частка перитоніту в структурі післяопераційної летальності становить 15-50%.

Мета:

1. Засвоїти анатомо-фізіологічні особливості очеревини, які сприяють виникненню та розвитку гострого перитоніту.
2. Засвоїти етіологію, патогенез та класифікацію гострого перитоніту.
3. Знати клінічну картину захворювання в залежності від особливостей його клінічного перебігу, наявних ускладнень.
4. Знати методи лабораторних та інструментальних досліджень, їх ефективність залежно від особливостей клінічного перебігу захворювання, диференціальну діагностику з іншими патологічними станами.
5. Засвоїти принципи лікувальної тактики хворих на гострий перитоніт залежно від характеру захворювання.
6. Вміти оцінювати ступень ризику оперативного втручання при гострому перитоніті.
7. Вміти прогнозувати результати лікування гострого перитоніту.

Студент має знати:

1. Анатомію і фізіологію черевної порожнини та очеревини.
2. Особливості мікробіологічного спектру різних анатомічних відділів травного каналу.
3. Класифікацію перитоніту.

4. 4.Клінічну картину перитоніту. 5.Методи діагностики перитоніту.
6. Диференціальну діагностику перитоніту.
7. Хірургічну тактику лікування гострого перитоніту (особливості передопераційної підготовки, виконання хірургічних втручань залежно від особливостей перебігу перитоніту, ведення хворих в післяопераційному періоді).

Студент має вміти:

- 1.Збирати анамнез та інтерпримувати його дані.
- 2.Здійснювати фізикальні методи обстеження пацієнтів.
3. Визначати програму діагностики перитоніту залежно від особливостей клінічного перебігу захворювання з використанням лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних методів, УЗД, КТ.
4. Визначати лікувальну тактику у хворих на гострий перитоніт, зокрема, обсяг передопераційної підготовки, хірургічного втручання, особливості ведення пацієнтів в післяопераційному періоді.

Термінологія

Термін	Визначення
Гострий перитоніт	Гостре запалення вісцеральної та парієтальної очеревини, внаслідок дії фізичного, хімічного та бактеріологічного факторів, яке проявляється місцевими змінами та структурними змінами внутрішніх органів та систем.
Місцевий перитоніт	Запальний процес вражає лише одну анатомічну ділянку черевної порожнини.
Внутрішньочеревний абсцес	Гнійник черевної порожнини, обмежений піогенною капсулою.
Поширений перитоніт	Запальний процес очеревини вражає більше однієї анатомічної ділянки очеревини.
Серозний перитоніт	Запальний процес очеревини з наявним серозним випотом в черевній порожнині
Фібринозний перитоніт	Запальний процес з наявними фібринозними нашаруваннями на поверхні очеревини
Гнійний перитоніт	Запальний процес очеревини з наявним гнійним випотом
Первинний перитоніт	Зустрічається рідко, переважно у жінок внаслідок інфікування черевної порожнини через статеві органи. Можливе лімфогенне та гематогенне інфікування найчастіше при виникненні специфічного перитоніту.
Вторинний перитоніт	Найчастіша форма перитоніту, виникає внаслідок поширення інфекції в черевній порожнині при гострих хірургічних захворюваннях.

Третинний перитоніт	Найчастіше це рецидивуючий або в'яло протікаючий перитоніт переважно у пацієнтів з ослабленими механізмами захисту.
---------------------	---

Зміст теми:

Етіологія
1. Гострі запальні хірургічні захворювання органів черевної порожнини.
2. Перфоративні стани порожнистих органів.
3. Післяопераційний перитоніт.
Травма живота.
Гострий мезентіальний тромбоз.
Асцит-перитоніт.

Класифікація гострого перитоніту

Практичного значення набувають наступні класифікації гострого перитоніту:

1. За стадіями перебігу запального процесу;
2. За площею враження очеревини;
3. За характером ексудату.

Класифікація перитоніта за стадіями запального процесу

(К. С. Симонян, 1971 г.) реактивна (до 24 год.) токсична (24-72 год.) септична (більше 72 год.)

Класифікація перитоніта за площею враження очеревини

1. Місцевий

- обмежений (абсцес)

- необмежений

2. Поширений

- дифузний (виходить за межі однієї анатомічної ділянки)

-розлитий (охоплює значну частину, або всю черевну порожнину)

Класифікація перитоніта за характером ексудату: серозний, серозно-фібринозний (3 доби) фібринозно-гнійний, гнійний (5-10 діб) гнійно-некротичний (14 діб і більше)

Клінічна картина.

a. Реактивна стадія. Переважає симптоматика з боку черевної порожнини (біль, дефанс передньої черевної стінки, симптом-Щеткіна-Блюмберга, парез кишечника, меншою мірою синдром інтоксикації, зокрема, висока T° тіла, лейкоцитоз, тахікардія. Відсутні ознаки синдрому поліорганної недостатності.

b. Токсична стадія. Домінує синдром інтоксикації, меншою мірою симптоми з боку черевної порожнини, наявна латентна або компенсована поліорганна недостатність.

c. Септична (термінальна) стадія. Характерні ознаки синдрому поліорганної недостатності, меншою мірою синдрому інтоксикації.

Діагностика.

Рентгенологічні методи: наявний газ у вільній черевній порожнині при перфоративних станах, вихід контрасту при неспроможності швів анастомозу, тонкокишкові «арки», миски Клойбера.

УЗД: наявна рідина в черевній порожнині, діаметр петель тонкої кишки більше 3 см, збільшена товщина, набряк стінки тонкої кишки, наявний рідкий вміст в порожнині тонкої кишки, рідина між петлями тонкої кишки, відсутня перистальтика.

Інвазивні методи: лапароцентез з дослідженням перітонеального вмісту, пункція черевної порожнини через задній звід вагіни, лапароскопія з використанням відеосистем, мікролапаротомія, діагностична лапаротомія.

Бактеріологічні: ідентифікація мікрофлори з метою призначення антибіотиків, чутливих до виділених штамів, визначення домінуючого штаму мікрофлори.

Диференціальна діагностика.

Гострий перитоніт слід диференціювати з: гострою непрохідністю кишечника, гострим панкреатитом, гострим гнійним паранефритом, травмою нирки, станами «діабетичного живота», «уремічного живота».

Програма обстеження пацієнта:

Обов'язкові лабораторні дослідження.

-загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі

-цукор крові

-амілаза сечі

-група крові, резус-фактор

-біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, тимолова

-проба, електроліти, сечовина, білок, креатинін, азот сечовини, сечова кислота);

-білок і білкові фракції

-коагулограма

С - реактивний білок (в кількісних одиницях).

Обов'язкові інструментальні дослідження.

-оглядова рентгенографія органів черевної порожнини;

-рентгенографія органів грудної порожнини;

-УЗД органів черевної порожнини:

-антибіотикограма;

-посів крові на стерильність;

- біохімічний, бактеріологічний аналіз ексудату черевної порожнини (якщо було проведено лапароцентез);

- КТ органів черевної порожнини, коли є підозра на абсцес черевної порожнини.

Додаткові лабораторні методи дослідження:

-імунограма (включаючи визначення ІЛ 1, 2, 6, 8, 10, ТНФ -а);

-концентрація прокальцитоніну (визначення концентрації прокальцитоніну в плазмі крові може бути простим і надійним способом оцінки тяжкості протікання бактеріальної інфекції);

- малоновый диальдегід;
- церулоплазмін, α 1-антитрипсин, поліморфноядерна еластаза, фосфоліпаза А2 І типу;
- амілаза, ліпаза крові.

Додаткові інструментальні методи дослідження:

- Езофагогастродуоденоскопія;
- Магнітнорезонансна томографія.

Лікувана тактика.

Передопераційна підготовка.

Оперативне втручання. Позитивний результат лікування поширеного перитоніту на 80% залежить від оптимальної хірургічної тактики і лише на 20% від антибактеріальної та інтенсивної терапії. (В. С. Савельєв 2003 г).

Ведення хворих у післяопераційному періоді.

Передопераційна підготовка:

- Декомпресія шлунка.
- Корекція показників водно-електролітного обміну.
- Білково-енергетичного обміну.
- Детоксикаційна терапія.
- Корекція поліорганної недостатності.

Хірургічне втручання:

- Ліквідація джерела перитоніта (апендектомія, холецистектомія, видалення перфоративної виразки, резекція кишки. Перевагу надають накладанню первинних анастомозів (тонко-тонкокишкових, тонко-ободовокишкових), лівобічну геміколектомії рекомендують виконувати обструктивного типу.

- Лаваж черевної порожнини.
- Назоінтестинальна інтубація з метою ліквідації парезу кишечника (за наявності показань).
- Дренування черевної порожнини.
- Дренування з метою проточного діалізу рекомендують виконувати

лише за наявного місцевого перитоніту.

Варіанти завершення хірургічного втручання:

Методи: Оперативні втручання:

Закритий – Пасивне, активнее дренивання.

Перитонеальний діаліз. Лапаротомія в режимі «за необхідністю» при виникненні внутрішньочеревних ускладнень.

Напіввідкритий – Етапна ревізія, санація відповідно до програми

Тимчасове закриття лапаротомної рани

Відкритий – Лапаростомія, оментобурсостомія, люмбостомія.

Етапне хірургічне лікування (метод програмованих санаційних релапаротомій).

Лапароскопічний – Метод дозволяє контролювати динаміку запального процесу, виконувати повторні санаційні маніпуляції, попередити виконання неоправданої релапаротомії.

Останнім часом перевагу надають методу ваκτηрапії, який забезпечує активну аспірацію гнійного випоту, запального ексудату з черевної порожнини.

Ведення хворих в післяопераційному періоді.

- Антибактеріальна терапія. Перевагу надають моноантибіотикотерапії - циклоспорінам останнього четвертого покоління (цефоксітин, цефметазол,)+препарати метранідазолу;
 - фторхінолонам (ципрофлоксацину, левофлоксацин, гатифлоксацин);
 - похідним карбапенемів (тіенам, меронем, карбопенем, інванз).
- Детоксикаційна терапія.
- Корекція гіповолемії, водно-електролітного балансу, білкового дефіциту, системи згортання крові, поліорганної недостатності.

Література

1. Невідкладна хірургія : підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів / за ред. В. В. Бойка, В. М. Лісового ; Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. – Харків : НТМТ, 2019. – 514 с.
2. Surgery : textbook for students of higher medical educational institutions / К. М. Amosova [et al.] ; ed. by.: Ya. S. Bereznyts'kyu, V. G. Mishalov, M. P. Zakharash ; рец.: V. V. Grubnik, P. D. Fomin. - 3rd ed. - Vinnytsya : Nova Knyha, 2021. - 712 p.
3. Хірургія : підручник / Я. С. Березницький О.В. Білов, Л. С. Білянський [та ін.] ; за ред. Я. С. Березницького.– Вінниця : Нова Книга, 2020. – 528 с.
4. Хірургічні хвороби. Частина I. Підручник для студентів VI курсу медичних факультетів спеціальностей «Медицина», «Педіатрія». / Никоненко А. О., Грушка В. А., Головка М. Г., Гайдаржі Є. І., Перцов І. В., Матерухін А. М., Матвєєв С. О., Вільданов С. Р., Зубрик І. В. Запоріжжя, 2021. 277 с.

Тестові завдання для контролю вхідного рівня знань:

1. Вкажіть найбільш частий етіологічний фактор виникнення гострого перитоніту.

A. Гострі хірургічні запальні захворювання органів черевної порожнини.

B. Відкрита та закрита травма живота.

C. Неспроможність швів стравохідно-кишкових, шлунково-кишкових та міжкишкових анастомозів.

D. Перфоративні стани органів травного каналу.

E. Синдром гострої ішемії тонкої та товстої кишок.

«А». У зв'язку зі значною поширеністю і переважно пізнім зверненням за медичною допомогою саме гострі хірургічні запальні захворювання органів черевної порожнини є найбільш частою причиною перитоніту.

2. Вкажіть найбільш типові первинні чинники патогенезу гострого перитоніту.

A. Враження очеревини фізичними, хімічними та мікробним факторами.

B. Механічне пошкодження очеревини.

C. Поширення з током крові факторів перитонеальної агресії (цитокінів, фактору некрозу пухлин, NO).

D. Активація біологічно-активних систем організму (калікреїн-кінінової, системи коагуляції, тканевих ферментів (колагенази, еластази).

E. Порушення мікроциркуляції та перфузії тканин.

«А». Більшість авторів де дія о первинних чинників патогенезу гострого перитоніту відносять ті, які безпосередньо викликають пошкодження очеревини. Це дія на очеревину фізичних, хімічних та мікробних факторів. Саме ці фактори є пусковими для інших ланок патогенезу перитоніту.

3. Вкажіть найбільш типовий кінцевий наслідок патогенетичних процесів та важких метаболічних порушень при гострому перитоніті?

- A. Поліорганна недостатність.
- B. Деструктивні запальні зміни очеревини.
- C. Гострі виразки травного каналу.
- D. Гіперкоагуляція та порушення трофіки тканин.
- E. Порушення мікроциркуляції.

«А». Поліорганна недостатність є завершальною ланкою тяжких патогенетичних процесів при гострому перитоніті. Саме вона домінує в термінальній стадії захворювання і є основною причиною виникнення смерті.

4. Вкажіть стадію перебігу гострого перитоніту в якій переважає синдром інтоксикації.

- A. Реактивна.
- B. Токсична.
- C. Септична.
- D. Токсико-септична.
- E. Термінальна.

«В». Синдром інтоксикації найбільш виражений в токсичній стадії гострого перитоніту у зв'язку з тим, що саме в цій стадії токсини потрапляють в кров і поширюються в організмі з током крові.

5. Вкажіть ознаки гострого поширеного перитоніту за даними УЗ дослідження.

- A.Потовщення стінки кишечника.
- B.Збільшення діаметру петель тонкої кишки.
- C.Наявність вільної рідини в черевній порожнині.
- D.Відсутність або наявність незначних перистальтичних скорочень стінок тонкої кишки.

«А, В, С, D». Зазначені варіанти правильних відповідей вказують на інфільтрацію кишкової стінки, парез кишечника, наявність запальної рідини в черевній порожнині. Саме ці зміни властиві поширеному перитоніту.

6. Відповідно до послідовно вказаних ланок патогенезу гострого перитоніту: дія етіологічного фактору, контамінація мікроорганізмів, утворення та поширення факторів перитонеальної агресії, активація біологічно-активних систем, порушення кровопостачання та мікроциркуляції, гіпоксія, дистрофія, мікронекрози тканин внутрішніх органів, поліорганна недостатність, вкажіть найбільш доцільні напрямки консервативної терапії.

A. Антибактеріальна терапія.

B. Детоксикаційна терапія.

C. Корекція гіповолемії, водно-електролітного балансу, білкового дефіциту, системи згортання крові.

D. Корекція поліорганної недостатності.

E. Дегідратаційна терапія.

«A, B, C, D». Зазначені напрямки антибактеріальної, детоксикаційно, корегуючої метаболічні порушення та поліорганну недостатність терапії найбільш обгрунтовано відповідають ланкам патогенезу гострого перитоніту.

7. Вкажіть найбільш важливі заходи передопераційної підготовки при гострому перитоніті.

A. Катетеризація центральної вени, сечового міхура, зондування шлунка.

B. Інфузійна корегуюча метаболічні порушення терапія.

C. Перидуральна анестезія.

D. Виконання очисної клізми.

E. Виконання сифонної клізми.

«A, B, C». Вказані у варіантах правильних відповідей заходи є надзвичайно важливими для корекції в передопераційному періоді тяжких метаболічних порушень викликаних гострим перитонітом. Виконання очисної і, особливо, сифонної клізми при гострому перитоніті протипоказано, може призвести до поширення запального процесу, погіршити стан пацієнта.

8. Вкажіть групи антибіотиків, які використовують при гострому перитоніті.

A. Циклоспоріни.

B. Фторхінолони.

C. Карбапенеми.

D. Аміноглікозиди

E. Макроліди.

«A, B, C». Вказані групи антибіотиків використовують при перитоніті у зв'язку з тим, що вони найбільш ефективні стосовно більшості спектрів мікроорганізмів причетних до перитоніту.

9. Вкажіть як розташовані по відношенню до очеревини: шлунок, тонка кишка, сліпа, попечеречноободова, сигмовидна кишка, червоподібний відросток.

A. Інтраперитонеально.

B. Мезоперитонеально.

C. Екстраперитонеально.

D. В черевній порожнині.

E. Заочеревно.

«A, D». Органи вказані в умовах тестового завдання покриті майже повністю очервиною тому розташовані інтраперитонеально, а відтак в черевній порожнині.

10. Вкажіть як розташовані по відношенню до очеревини: печінка, низхідна та нижня горизонтальна ділянка дванадцятипалої кишки, висхідна та низхідна ободова кишка, попечеречноободова, сигмовидна кишка, червоподібний відросток.

A. Інтраперитонеально.

B. Мезоперитонеально.

С.Екстраперитонеально.

Д.В черевній порожнині.

Е.Заочеревно.

«В, Д». Органи вказані в умовах тестового завдання покриті покриті очервиною переважно з трьох сторін, тому розташовані мезоперитонеально, а відтак в черевній порожнині.

Тестові завдання для контролю вихідного рівня знань:

1. Пацієнтка 40 років госпіталізована в хірургічне відділення через 1 годину після автомобільної аварії. За її словами під час зіткнення отримала удар кермом автомобіля в ділянку живота. Скарги на сильний біль в животі. Живіт в акті дихання обмежено приймає участь. При пальпації м'язи передньої черевної стінки напружені у всіх відділах. Вкажіть які дослідження та послідовність їх виконання будуть найбільш інформативними?

А Оглядова рентгенографія черевної порожнини, УЗД черевної порожнини, лапароцентез.

В Фіброгастроуденоскопія, оглядова рентгенографія черевної порожнини, УЗД черевної порожнини.

С Оглядова рентгенографія черевної порожнини, термографія живота, фіброгастроуденоскопія.

Д Пальцеве дослідження прямої кишки, фіброгастроуденоскопія.

Е Лапароцентез, оглядова рентгенографія черевної порожнини, фіброгастроуденоскопія.

«А». У зв'язку з тим, що зазначені у варіанті «А» інструментальні дослідження та послідовність їх виконання дадуть можливість в даному випадку визначити патологічний вміст в черевній порожнині, його характер, зокрема, газ та рідину (кров, вміст порожнини органів травного каналу) і встановити характер пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини. Кожне з попередніх досліджень не буде створювати негативний вплив на результат наступного дослідження.

2. Пацієнт 67 років звернувся за медичною допомогою через 12 годин з часу виникнення захворювання. Страждає на гастрит, гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця. Захворів раптово. Виник біль інтенсивного характеру в епігастральній ділянці, який через 4 години змістився і локалізувався в правій клубовій ділянці. Двічі було блювання. Стан тяжкий.

Біль в правій клубовій ділянці посилюється при пальпації де визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини. На оглядовій рентгенограмі живота вільного газу під правим куполом діафрагми не виявлено. Температура тіла 37,8° С. Лейкоцити – 11,5x10⁹/л. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз?

- A** Гострий апендицит.
- B** Гострий холецистит.
- C** Гострий панкреатит.
- D** Атипова перфоративна виразка.
- E** Інфаркт міокарда

«А». Вибір цього варіанту пояснюється типовим початком гострого апендициту, зокрема синдромом «Волковича-Кохера» – міграцією больового синдрому в праву клубову ділянку – найбільш часту область локалізації червоподібного відростка, наявністю помірно вираженого синдрому інтоксикації.

3. У хворого 30 років виник біль в правій клубовій ділянці живота, тошнота, двічі було блювання. Згодом підвищилась температура тіла до 37, 8° С. За медичною допомогою не звертався. В зв'язку з гіпертермією приймав антибіотики. Тимчасово відчув покращення загального стану. Однак на 7 добу з часу виникнення захворювання був госпіталізований. У зв'язку з посиленням болю в правій клубовій ділянці, підвищенням температури тіла до 38,8° С. При цьому кількість лейкоцитів підвищилася до 21,5x10⁹. В проєкції правої клубової ділянки пальпаторно став визначається щільний, помірно болючий, обмежено рухливий інфільтрат. Симптоми подразнення очеревини негативні. Встановіть найбільш ймовірний діагноз захворювання.

- A** Туберкульоз сліпої кишки
- B** Гострий мезаденіт
- C** Рак сліпої кишки
- D** Апендикулярний інфільтрат
- E** Нефроптоз справа. Правобічний пієлонефрит.

«D». Він обумовлений особливостями анамнезу захворювання, властивого початку гострому апендициту, виникненню інфільтрату в строки утворення апендикулярного інфільтрату.

4. Пацієнт 38 років госпіталізований у лікарню. Стан тяжкий. Скарги на слабкість, нудоту, біль і здуття живота, невідходження газів і відсутність випорожнень. Протягом останніх 5 років переважно у весняно-осінні періоди року, скаржився на голодний біль у верхній ділянці живота, який посилювався вночі. Чотири доби тому раптово виник інтенсивний біль в животі. Об'єктивно: шкірні покриви бліді з сіро-землистим відтінком. Язик сухий, дихання поверхове, пульс слабкий 116 уд. за 1 хв.. А/т - 80/40 мм рт ст. Температура тіла 38,7° С. Лейкоцитоз $18,4 \times 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів 17%. Живіт надутий, наявні ознаки генералізованого подразнення очеревини, кишкові перистальтичні шуми значно ослаблені. Встановіть найбільш ймовірний попередній діагноз.

A Перфоративна виразка, поширений перитоніт, септична стадія.

B Гострий панкреатит, ускладнений поширеним перитонітом.

C Гострий апендицит, ускладнений поширеним перитонітом.

D Гостра обтураційна непрохідність кишечника.

E Гостра странгуляційна непрохідність кишечника.

«A». Правильність відповіді обумовлена наявністю тривалого виразкового анамнезу, несподіваністю виникнення захворювання, характерними ознаками поширеного перитоніту властивого типовій перфоративній виразці.

5. У пацієнта 64 років на третю добу після резекції ділянки тонкої кишки, виконаної з приводу некрозу защемленої післяопераційної грижі виник біль в животі, здуття живота, затримка газів, повторне блювання. При цьому живіт піддутий, болючий при пальпації, перистальтичні кишкові шуми не вислуховуються, симптоми подразнення очеревини нечітко виражені. З

дренажів розташований в черевній порожнині з'явилися мутні виділення з відтінком жовто-зеленого. Пульс 112 уд. за 1 хв.. А/т - 110/70 мм рт. ст. Температура тіла 38,7° С. Лейкоцитоз $19,2 \times 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів 14%. Вкажіть найбільш вірогідну причин такого стану?

А Паралітична післяопераційна непрохідність кишечника.

В Неспроможність міжкишкового анастомозу. Поширений післяопераційний перитоніт.

С Тромбоз мезентеріальних судин.

Д Місцевий необмежений перитоніт.

Е Післяопераційний панкреатит.

«В». Він обумовлений чіткістю клінічних і лабораторних ознак, властивих післяопераційному поширеному перитоніту внаслідок неспроможності швів, а також характерними строками виникнення.

6. Пацієнтка 35 років, перебуває на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з приводу апендикулярного інфільтрату. На 8-у добу від початку захворювання відмічає посилення болю в правій клубовій ділянці. Язик сухий. Живіт приймає участь в акті дихання. Значна болючість визначається в правій здухвинній ділянці, де пальпується округлої форми патологічне утворення. Частота пульсу збільшена до 114 за 1 хв. Підвищена температура тіла до 39,0°С, лейкоцитозу до $19,2 \times 10^9$. Який з наведених діагнозів є найбільш ймовірним?

А Місцевий необмежений перитоніт.

В Апендикулярний абсцес.

С Рак сліпої кишки, ускладнений параканцерозним запальним процесом.

Д Пілефлебіт.

Е Апендикулярний інфільтрат.

«В». У зв'язку з наявними клінічними і лабораторними ознаками абсцедування апендикулярного інфільтрату.

7. Пацієнт 67 років на 7 добу після висічення перфоративної виразки цибулини дванадцятипалої кишки та виконання дуоденопластики відчув погіршення загального стану, біль в ділянці правого підребер'я, лихоманку. Живіт м'який доступний глибокій пальпації за винятком ділянки правого підребер'я де пальпаторно визначається болючий інфільтрат. Пульс 106 уд. за 1 хв., А/т 120/70 мм рт. ст., температура тіла 38,9° С, лейкоцитоз $19,4 \times 10^9$, сегментноядерні лейкоцити становлять 64%, паличкоядерні – 17%. На підставі наведених клінічних та лабораторних даних виникла підозра на піддіафрагмальний абсцес справа. Вкажіть найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження цього діагнозу.

А Оглядова рентгенографія черевної порожнини, УЗД черевної порожнини.

В Фіброгастродуоденоскопія, оглядова рентгенографія грудної клітки, оглядова рентгенографія черевної порожнини.

С Оглядова рентгенографія грудної клітки, оглядова рентгенографія черевної порожнини, термографія живота, фіброгастродуоденоскопія.

Д Оглядова рентгенографія грудної клітки, оглядова рентгенографія черевної порожнини, УЗД живота, КТ грудей і живота.

Е Оглядова рентгенографія грудної клітки, оглядова рентгенографія черевної порожнини, лапарацентез,

«Д». У зв'язку з тим, що піддіафрагмальний абсцес є локальним рідинним утворенням. А також тому, що він досить часто викликає комплекс змін з боку органів грудної клітки та органів черевної порожнини які найбільш чітко можна об'єктивізувати за допомогою зазначених інструментальних методів дослідження.

8. У Пацієнта 54 років на 8 добу післяопераційного періоду після виконання правобічної геміколектомії з приводу ракової пухлини висхідної ободової кишки на підставі наявного локального болю, пальпаторно встановленого болючого інфільтрату в ділянці правого підребер'я, лихоманки,

високої температури тіла до $38,0^{\circ}\text{C}$, лейкоцитозу – $17,2 \times 10^9$, зсуву лейкоформули вліво. А також на підставі наявного локального рідинного утворення в ділянці правого підребер'я за даними УЗД та КТ встановлено піддіафрагмальний абсцес справа. Вкажіть найбільш доцільний метод хірургічного лікування пацієнта.

А Розкриття та дренивання абсцесу з відкритого локального доступу в ділянці правого підребер'я.

В Пункція та дренивання порожнини абсцесу.

С Пункція та дренивання порожнини абсцесу під контролем УЗД або КТ.

Д Розкриття та дренивання абсцесу шляхом виконання серединної лапаротомії.

Е Розкриття та дренивання абсцесу з поясничного доступу за методом Клермона.

«С». У зв'язку з тим, що локальне гнійне утворення, яким є піддіафрагмальний абсцес відповідно до сучасних тактичних вимог доцільно дренивати за допомогою атравматичних, пункційних методів під контролем УЗД або КТ. Це забезпечує ефективність дренивання абсцесу і майже повністю виключає ризик небажаного пошкодження парієтальної плеври та органів черевної порожнини.

9. Пацієнт 63 років був госпіталізований в хірургічне відділення і оперований через 3 доби з часу виникнення перфорації дивертикулів низхідної та сигмовидної ободової кишок. Йому була виконано лівобічну геміколектомію, формовання кукси прямої кишки та монотрансверзостоми, санацію та дренивання черевної порожнини. Вкажіть найбільш доцільний метод завершення хірургічного втручання в даному випадку, враховуючи наявний поширений гнійний перитоніт і значний ризик прогресування запального процесу в черевній порожнині в післяопераційному періоді.

А Дренивання черевної порожнини, зашивання рани черевної стінки.

В Метод планових санаційних релапаротомій.

С Метод вакуумної терапії.

Д Метод локального відкритого живота для виконання регіональних санацій черевної порожнини.

Е Виконання релапаротомії залежно від виникнення відповідних показань.

«С». Метод вакуумної терапії в даний час вважають найбільш ефективним при поширеному гнійному перитоніті у зв'язку з тим, що від забезпечує достатньо ефективну аспірацію патологічного вмісту з черевної порожнини протягом періоду його використання, що сприяє більш швидкому зменшенню запального процесу з мінімальною травмою органів черевної порожнини.

10. Пацієнт 62 років госпіталізований в хірургічне відділення з приводу перфорації пухлини сигмовидної ободової кишки на 5 добу з часу виникнення зазначеного патологічного стану. Загальний стан пацієнта тяжкий. Пульс 118 уд. за 1 хв., А/т 90/60 мм рт. ст., температура тіла 38,7° С. Живіт надутий, при поверхневій орієнтовній пальпації помірно болючий, симптоми подразнення очеревини помірно виражені, перистальтичні кишкові шуми значно ослаблені. Пацієнт відмічає зменшення кількості сечі протягом останніх двох діб. Лейкоцитоз $21,3 \times 10^9$, сегментноядерні лейкоцити становлять 67%, паличкоядерні – 19%. Білірубін (загальна фракція) – 39 мкмоль/л, переважає фракція непрямого білірубину – 23 мкмоль/л., рівень креатинину плазми крові становить 173 мкмоль/л. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини наявні множинні, незначних розмірів горизонтальні рівні рідини в просвіті тонкої кишки на тлі її пневматизації. Вкажіть стадію клінічного перебігу перитоніту.

А Реактивна.

В Токсична

С Реактивно-токсична.

Д Токсична з ознаками поліорганної недостатності.

Е Септична.

«Е». Відповідно до класифікації перитоніту за К.С. Симоняном стан пацієнта відповідає септичній стадії захворювання. На це вказує його тривалість (5 доба), зменшення вираженості клінічних ознак перитоніту з боку черевної порожнини, зокрема, відчуття болю, симптомів подразнення очеревини. Важливою ознакою цієї стадії є виникнення синдрому поліорганної недостатності: серцево-судинної, ниркової, печінкової.