



НМУ – 175 років

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра хірургії №2**

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ХІРУРГІЇ (МОДУЛЬ 8)

За редакції проф. Б.Г.Безродного

Рекомендовано МОЗ України як навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів МОЗ України (протокол засідання Комісії для організації підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для осіб, які навчаються в вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах і закладах післядипломної освіти МОЗ України №2 від 02.05.2016)

Київ 2017

УДК 616.3-053.2

ББК 54.5 Я 73

А 45

Авторський колектив: проф. БЕЗРОДНИЙ Б.Г., проф. КОЛОСОВИЧ І.В., проф. КОРОТКИЙ В.М., д.м.н. ТЕПЛИЙ В.В., д.м.н. ЧЕРПАК Б.Д., доц. ФУРМАНЕНКО М.Ф., доц. ІВАНОВ М.А, доц. КАРТАШОВ Б.Т., доц. КОПІЙОВ Ю.О., доц. СИДОРЕНКО Р.А., ст.наук.с. СІРОМАХА С.О., к.м.н. ГАНОЛЬ І.В., к.м.н. ІОВІЦА А.В., к.м.н. МАРТИНОВИЧ Л.Д., к.м.н. МОЙСЕЄНКО А.І., к.м.н. ПЕТРЕНКО О.М., к.м.н. ЦИГАНOK А.М., к.м.н. ЧЕМОДАНОВ П.В., к.м.н. ЧЕРЕПЕНКО І.В., к.м.н. ЧИБІСОВ О.Л., КОЛОСОВИЧ А.І., КОРОЛЬОВА Х.О., ПРИСТУПЮК М.О.

Рецензенти:

НИЧИТАЙЛО М.Ю., д.м.н., професор, заступник директора з наукової роботи Національного інституту хірургії і трансплантології імені О.О.Шалімова НАМН України, лауреат Державної премії України, Заслужений лікар України; віце-президент Асоціації хірургів України, керівник відділу лапароскопічної хірургії та холелітіазу;

ПАНИЧКІН Ю.В., заслужений діяч науки і техніки України, д.мед.н., професор, заведуючий відділенням рентгенхірургічних методів діагностики і лікування захворювань серця і судин Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М.Амосова, лауреат Державної премії України;

КАЛАБУХА І.А., д.м.н., професор, завідує відділенням торакальної хірургії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського НАМН України, лауреат премії АМН України в галузі клінічної медицини;

Методичні вказівки до практичних занять з хірургії (модуль 8): Навчальний посібник/ Безродний Б.Г., Колосович І.В., Короткий В.М. та ін.; За ред. Б.Г.Безродного- Київ: ВПЦ «Експрес», 2017.- 614 с.

Посібник присвячено вивченню питань посиндромного підходу у діагностиці хірургічної патології та основних принципів патогенетичного лікування гострої і хронічної патології грудної та черевної порожнин, ендокринних органів, судин. На сучасному рівні представлені матеріали, які допомагають більш поглиблено систематизувати і засвоїти передбачені програмою питання, викладнені в підручниках з хірургії. Навчальний посібник призначений для студентів випускних курсів медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, а також для викладачів.

ISBN 978-966-8674-25-9

ЗМІСТ

№	Назва теми	Ст.
	Вступ	5
1	Історія хірургії України. Організація хірургічної допомоги в Україні. Етика та деонтологія в хірургії.	6
2	Нові технології в хірургії: мікрохірургія ендоскопічна, ендоваскулярна, лазерна, ультразвукова, зварювання тканин, імпланти. Сучасні методи діагностики та лікування.	27
3	Синдром системної запальної відповіді у хірургічних хворих. Патогенез та значення при різних захворюваннях і травмах. Вибір лікувально-діагностичної тактики.	57
4	Трансплантологія. Реплантація кінцівок. Пластична, реконструктивна та естетична хірургія. Клітинна терапія.	74
5	Критичні стани у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини. Надання хірургічної допомоги під час бойових дій, на етапах евакуації.	99
6	Гнійні захворювання шкіри та м'яких тканин. Діагностика, диференційна діагностика. Методи консервативного і хірургічного лікування.	131
7	Правила проведення антибіотикотерапії при профілактиці і лікування хірургічної інфекції. Хірургічні аспекти СНІДу.	145
8	Біль у животі, оцінка особливостей больового синдрому при диференційній діагностиці захворювань органів черевної порожнини.	159
9	Синдроми дисфагії і блювоти. Їх значення у діагностиці та диференційній діагностиці захворювань черевної порожнини та з гострою інфекційною патологією.	175
10	Синдроми кишкової дисфагії та порушення акту дефекації, гостра кишкова непрохідність, запальні захворювання товстої кишки.	191
11	Синдром гострого живота. Диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини. Синдром несправжнього гострого живота.	212
12	Локальні та розповсюджені гнійно-запальні процеси органів черевної порожнини та очеревини. Абдомінальний туберкульоз, туберкульозний перитоніт, псевдотуберкульоз.	230
13	Гострий апендицит, як найбільш часта причина синдрому гострого живота.	258
14	Механічна жовтяниця. Гостра печінкова недостатність при хірургічних захворюваннях, методи лікування та профілактики.	282
15	Кровотечі з травного тракту: причини виникнення, діагностика та диференційна діагностика, тактика лікування. Синдром портальної гіпертензії.	298
16	Синдром системної запальної відповіді при гострому панкреатиті. Дискутабельні та не вирішені питання у лікуванні гострого панкреатиту,	316
17	Травма живота, симптоматика ушкодження внутрішніх органів. Інструментальні методи діагностики. Лікувально-діагностична тактика.	338
18	Особливості протікання хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних. Особливості обстеження. Тактика. Запобігання передчасним пологам.	354
19	Перебіг гострих захворювань у осіб похилого віку	381
20	Хірургічні ускладнення у хворих з інфекційною патологією: черевний тиф, та паратифи, лептоспіроз, абдомінальний туберкульоз, псевдотуберкульоз,	402

	кишковий ієрсиніоз, опісторхоз, аскаридоз. Диференційна діагностика між гострими хірургічними та інфекційними захворюваннями.	
21	Сучасні методи діагностики та лікування захворювань серцево-судинної та дихальної систем	422
22	Синдроми: болю в груді, дихальної та серцевої недостатності. Їх значення при діагностиці та диференційній діагностиці захворювань органів грудної порожнини. Методи діагностики та лікування захворювань серцево-судинної та дихальної систем.	440
23	Діагностична програма при пораненнях серця. Тріада симптомів поранення серця. Тактика хірургічного лікування. Медіастиніт.	459
24	Синдром дуги аорти. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, вибір лікувально-діагностичної тактики.	481
25	Хірургічні захворювання легень та плеври. Диференційна діагностика між неспецифічними вогнищевими утвореннями і туберкульозом легень.	498
26	Травматичні ушкодження органів грудної порожнини. Клініка та діагностика пневмотораксу, гемотораксу і хілотораксу. Тактика хірургічного лікування.	516
27	Синдром ішемії кінцівок. Захворювання, що його викликають. Консервативне та хірургічне лікування оклюзій артерій нижніх кінцівок.	536
28	Проблеми тромбозів та емболій. Сучасні можливості консервативного лікування. Показання до хірургічного лікування і його основні методи.	552
29	Захворювання вен. Синдроми верхньої та нижньої порожнистих вен. Причини, діагностика, лікувальна тактика. Клініка, діагностика та лікування лімфостазу.	576
30	Хірургічна ендокринологія	595

ВСТУП

Навчальний посібник створено у відповідності до „Модулю 4” навчальної програми з дисципліни „Хірургія” для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації з спеціальності 7.110101 „Лікувальна справа”.

Його автори, співробітники кафедри хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (завідувач – д.м.н., професор Безродний Б.Г.), ставили перед собою завдання створити такий навчальний посібник, який би дозволив студентам систематизувати та засвоїти передбачені програмою знання відносно вибору лікувально-діагностичної тактики у пацієнтів з хірургічними захворюваннями, вивчення яких передбачене Модулем 4. У посібнику розглянуто основні напрямки розвитку хірургічної науки, хірургічні синдроми та гострі і хірургічні захворювання груді та живота.

Перевагами даного посібника є його відповідність «Типовій навчальній програмі з дисципліни „Хірургія” для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації з спеціальності: 7.110101 - Лікувальна справа», Київ, 2008; принципам Болонської декларації в системі вищої медичної і фармацевтичної освіти; а також основним нормативним документам, що регламентують вивчення медицини в вищих навчальних закладах України IV рівня акредитації.

Розроблені методичні рекомендації вибору лікувально-діагностичної тактики побудовані на принципах доказової медицини, оскільки базуються на сучасних класифікаціях, Національних і міжнародних протоколах надання медичної допомоги і враховують рекомендації міжнародних консенсусів відносно лікування пацієнтів в умовах як мирного, так і військового часу.

Колектив авторів буде вдячний читачам за цінні зауваження, побажання і пропозиції відносно покращання навчального процесу та даного посібника.

ТЕМА 1. ІСТОРІЯ ХІРУРГІЇ В УКРАЇНІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В ХІРУРГІЇ

ІСТОРІЯ ХІРУРГІЇ В УКРАЇНІ

Термін "хірургія" — cheirurgia — походить від двох грецьких слів: cheir - рука і ergon — робота, що в перекладі на українську мову означає; "рукодіяння". Із староукраїнських літературних пам'яток відомо, що хірургія була у великій пошані в наших предків. За часів Київської Русі (IX-XIII ст.) почали з'являтися перші професійні лікарі (так звані ремісники), які надавали медичну допомогу у великих містах. Основою їх знань був віковий досвід народної емпіричної медицини. Пізніше, у XIV ст., коли виникає цехова медицина, ремісники-медики, яких на той час вже називають "цирульники", об'єднуються в цехи. Саме цехи стали основою створення як перших шпиталів, так і школи медичних кадрів. Окремі цехульники володіли неабиякою майстерністю в лікуванні ран, вириванні зубів, проведенні ампутацій, операцій із видалення каменів і, особливо, в дуже поширеному в ті часи засобі лікування - кровопусканні. Найбільші цехи існували в Львові, Кам'янці-Подільському, Києві. У XV столітті в Україні виникають братства - організації українського православного міщанства. Вони займаються просвітницькою діяльністю, а також організують братські шпиталі, що, як і школи, утримуються коштом парафіян. У шпиталях роблять кровопускання, розкривають абсцеси, виривають зуби, перев'язують рани, вправляють вивихи, виготовляють лікувальні пластирі.

У цей час на Україні з'являється низка вищих навчальних закладів: відкриваються колегіуми в Острозі, Львові, Києві. Київський колегіум, створений в 1632 р. Петром Могилою, за гетьманування І. Мазепи набуває статусу академії. Своєрідною була організація хірургічної допомоги в Запорізькому війську. Під час походів козаки лікувалися самі. Запорізьке військо утримувало своїм коштом ряд шпиталів, найвідомішими з яких були Трахтемирівський та Межигірський.

У XVIII столітті в Російській державі започатковується низка шпитальних шкіл. Одна з них - на Україні, в Єлисаветграді. Учнями цих закладів переважно були вихідці з українських братських шкіл, колегіумів та Київської академії. Кращі випускники направлялись за кордон для здобуття докторського ступеня. Перші дев'ять лікарів, які здобули в Лейдені звання доктора медицини, були українцями, вихованцями Київської академії. Шпитальні школи багато уваги приділяли хірургії. Саме тому окремі талановиті представники українського народу, незважаючи на жорстоку антиукраїнську політику, яка проводилась у той час, змогли піднятися на вершину хірургічної науки. Ось кілька імен, про які варто згадати з цього приводу.

Ілля Васильович Буяльський (1789-1864) - син сільського священика з Чернігівщини. Був чудовим анатомом і віртуозним хірургом. Оpubлікував "Анатомо-хірургічні таблиці" з текстом про топографію й операції на судинах і видалення каменів. Атлас було перекладено на всі європейські мови. І.В. Буяльський перший успішно зробив операцію резекції верхньої щелепи, двічі перев'язав безіменну артерію, розробив оригінальний метод дренажу запальних процесів малого таза через foramen obturatorium, що в хірургії до наших часів носить його ім'я. Він запровадив у хірургічну практику багато різних інструментів, з яких ложечка і кюретка Буяльського збереглися в хірургічних наборах дотепер.

Першу капітальну працю з воєнно-польової хірургії під навою "Воєнно-похідна медицина" в 5-ти частинах (1836-1837), написав Яким Чаруківський (1798-1848 рр.), який родом із Полтавщини.

Піонером антисептики в Росії був Павло Петрович Пелехін (Пелех) (1842-1917). Уже через кілька місяців після опублікування праць англійського вченого Лістера з питань антисептики П.П. Пелехін їде до Англії і вивчає цей метод у самого автора, а після повернення додому опубліковує першу власну працю з антисептики "Успіх нових ідей у хірургії під час лікування ран, складних переломів та гнійних накопичень". Застосувавши

антисептичний метод, вчений понизив летальність від хірургічних операцій із 50-94% до 7%. У 1898 р. П.П. Пелехін передає заощадження своєї родини (70 тис. російських карбованців золотом) Науковому товариству ім. Т.Г. Шевченка у Львові для організації "Кафедри хірургії імені Петра Пелехіна" при першому українському університеті. До заснування кафедри треба було створити фонд стипендій "для виведення на велику дорогу людей із народу".

На українській землі поховано двох видатних хірургів XIX століття Миколи Івановича Пирогова (1810-1871) у с. Вишня, що під Вінницею, та Миколи Васильовича Скліфосовського (1836-1904) в с. Яківці на Полтавщині. М.І. Пирогов був хірургом до антисептичної ери. Його діяльність в основному була пов'язана з наданням хірургічної допомоги пораненим під час численних військових експедицій царської армії.

М.В. Скліфосовський, як і П.П. Пелехін, розвинувши антисептичний і асептичний методи, запровадив операції на жовчних шляхах, щитовидній залозі, резекції шлунка, кістково-пластичні операції. Микола Васильович досконало володів українською мовою і останні чотири роки свого життя провів в с. Яківці, де надавав місцевим жителям медичну допомогу в збудованій за його власні кошти амбулаторії.

В другій половині XIX століття хірургічні клініки медичних факультетів у Харкові та Києві стають справжніми осередками хірургічної науки. Так, у Харківському університеті кафедра хірургії існує спочатку на відділі лікарських та медичних наук, а з 1835 р. - на медичному факультеті. З 1814 р. при цьому навчальному закладі відкрито невеличку хірургічну клініку. Почесними членами Ради Харківського університету були Петро Загорський та Ілля Буяльський, а першим професором хірургії став Павло Шумлянський.

Павло Михайлович Шумлянський (1750-1824) народився на Полтавщині, вчився в Києво-Могилянській академії, Петербурзькій шпитальній школі при Генеральному сухопутному шпиталі, у 1779 р. отримав звання лікаря, після чого працював у війську та вчився за кордоном. У 1789 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини в Страсбурзькому університеті на тему: "De proxsma topicae inflammationes causa", з 1790 р. був викладачем медико-хірургічних шкіл у Петербурзі та Кронштадті, з 1795 р. - професором фармакології та хірургії Московського медико-хірургічного училища, а з 1799 р. - професором хірургії Московської медико-хірургічної академії. В 1805 р. його обрано професором хірургії та деканом медичного факультету Харківського університету. Наукові праці П.М. Шумлянського були присвячені різним питанням оперативної хірургії, зокрема вправленню вивихів, попередженню та лікуванню інфекційних хвороб, вивченню мінеральних вод Полтавської губернії тощо.

З 1821 до 1833 рр. кафедрою хірургії Харківського університету керував М.І. Єллінський. Микола Іванович Єллінський (1789-1834) у 1817 р. закінчив медичний факультет Харківського університету, працював у Петербурзькій медико-хірургічній академії, де вдосконалював свої знання з хірургії та анатомії. В 1821 р. його обрали професором хірургії медичного факультету Харківського університету (у 1830-33 рр. працював ректором університету). Перу М.І. Єллінського належить перший посібник із десмургії в двох томах, в якому подано найновіші досягнення тогочасних десмургії та травматології, зокрема докладно описано застосування гіпсу при лікуванні переломів.

У 1858 р. на кафедру хірургії Харківського університету обрано Вільгельма Федоровича Грубе (1827-1898). За походженням він був естонцем, закінчив у 1850 р. Юр'євський (Тартуський) університет. На кафедрі хірургії працював майже 40 років. У своїх "Нарисах та спостереженнях із факультативної хірургічної клініки" вчений повідомляв, що карболову кислоту він застосовував ще в 1865 р. У 1871 р. В.Ф. Грубе зробив у Харкові першу операцію під наркозом закисом азоту і опублікував у 80-их роках XIX століття ряд робіт, присвячених застосуванню хлороформу та морфію. У шістдесятих роках XIX століття вчений почав працювати над розробкою методик операцій при водянці головного мозку та мозкових грижах, питаннями лікування поранених, зокрема первинної хірургічної обробки вогнепальних ран.

Видатним українським хірургом XIX століття, що присвятив своє життя Харківському університету, був професор А.Г. Подрез. Аполлінарій Григорович Подрез (1852-1900) народився на Харківщині. В 1875 р. він закінчив медичний факультет Харківського університету, в 1878 - захистив докторську дисертацію на тему "О вытяжении нервов", потім працював ординатором воєнного шпиталю в Харкові. З 1884 р. Аполлінарій Григорович обраний приват-доцентом, із 1887 - екстраординарним, а з 1890 - ординарним професором та керівником хірургічної пропедевтичної клініки Харківського університету. З 1894 р. вчений керує шпитальною хірургічною клінікою. Подрез А.Г. перший у світі у 1897 р. видалив із серця стороннє тіло, у 1887 р. перший в Україні (і в Росії) зробив успішну спленектомію, написав перший в Україні та Росії підручник з урології, запропонував оригінальні методи колостомії, гастроентеростомії, лікування звужень сечового каналу, шов слизової оболонки, спосіб внутрішньочеревного з'єднання сечоводу з сечовим міхуром тощо. Крім того, вчений працював над питаннями нейрохірургії, кістково-суглобового туберкульозу, воєнно-польової хірургії. А.Г. Подрез є автором понад 50 наукових друкованих праць.

Учень М.Ф. Грубе - Микола Петрович Трінклер (1859-1925) — закінчив медичний факультет Харківського університету в 1883 р., працював у ньому на кафедрі хірургії, в 1889 році удосконалював свої знання в клініці Е. Бергмана (E. Bergmann) у Німеччині, того ж року захистив докторську дисертацію "К хірургії поперечных переломов надколенника". З 1905 р. він був професором кафедр хірургічної патології та терапії Харківського університету, аз 1913 р. - професором факультетської хірургічної клініки. Перу М.П. Трінклера належить 78 наукових праць, присвячених питанням онкології, нейрохірургії, хірургії органів черевної порожнини, травматології.

Першим професором хірургії Київського університету був В.О. Караваєв - один із найкращих хірургів XIX століття. Володимир Опанасович Караваєв (1811-1892) у 1831 р. закінчив медичний факультет Казанського університету, два роки працював у Петербурзі, потім був у закордонному відрядженні в Німеччині, в 1836-38 рр. працював у Дерпті (Тарту) під керівництвом М.І. Пирогова, у 1838 р. захистив дисертацію на тему "De phlebitide traumatica". В 1841 р. його запросили до Київського університету на посаду декана медичного факультету та професора хірургії. Заслуги В.О. Караваєва перед українською медициною дуже значні. Він був одним з організаторів медичного факультету Київського університету, талановитим педагогом, видатним клініцистом і науковцем. Його учнями були такі видатні хірурги, як М.М. Волкович, К.М. Сапежко, І.Ф. Сабанєєв, О.Т. Багаєвський, Я.Б. Зільберберг та інші. Наукові праці В.О. Караваєва були присвячені офтальмології, ринопластиці, оваріотомії, ампутації. Його перу належать посібники з оперативної хірургії: "Курсь оперативной хирургии" (Київ, 1858) та "Оперативная хирургия" (Київ, 1886), які довгий час були настільними книгами лікарів і студентів. Міська дума Києва обрала В.О. Караваєва почесним громадянином міста, назвала його ім'ям вулицю, де він жив, в аудиторії факультетської хірургічної клініки стоїть бронзове погруддя вченого, на Байковому цвинтарі дбайливо доглядається його могила.

Видатним українським хірургом, який почав свою наукову працю в XIX столітті, був М.М. Волкович. Микола Маркіянович Волкович (1858-1928) народився на Чернігівщині. У 1882 році він закінчив медичний факультет Київського університету, працював ординатором шпитальної хірургічної клініки професора Борнгаупта, а потім - керівником хірургічного відділу Олександрівської лікарні в Києві. У 1903 р. вченого обрали професором шпитальної хірургічної клініки, в 1911 - завідувачем кафедри факультетської хірургічної клініки Київського університету (потім медінституту). З 1923 р. до смерті М.М. Волкович керував науково-дослідною кафедрою медицини при Київському відділі Головного управління науки. У 1908 р. він заснував Київське наукове хірургічне товариство, головою якого був до кінця життя. У 1928 р. його обрано дійсним членом Всеукраїнської Академії Наук. Наукові дослідження вченого були присвячені різним проблемам хірургії, зокрема травматології, хірургії черевної порожнини, риносклеромі,

вивченню зоба тощо. Однією з перших його великих наукових праць була монографія "Риносклерома с клинической, патологоанатомической и бактериологической стороны", яку він захищав як докторську дисертацію і видав у 1888 р. в Києві. Цей твір і донині не втратив свого наукового значення. В 1926 р. М.М. Волкович опублікував свою славнозвісну монографію "Аппендицит, желчекаменная болезнь, туберкулезный перитонит" (Київ, 1926), а в 1928 р. - "Повреждение костей и суставов" (Київ, 1928), які стали капітальними працями, що заявили про М.М. Волковича як про видатного знавця проблем травматології та хірургії черевної порожнини й оригінального мислителя.

Після М.М. Волковича кафедрю в 1930 р. очолив О.П. Кримов. Олексій Петрович Кримов народився в 1872 р. у сім'ї видатного художника — члена Академії мистецтв. У 1898 р., після закінчення Московського університету, О.П. Кримову присвоєна золота медаль за наукову роботу "Камни почек и их лечение", що була написана ним на останніх курсах медичного факультету під керівництвом професора Боброва, у якого він і залишився працювати ординатором. У 1913 р. О.П. Кримов був запрошений на роботу в клініку госпітальної і факультетської хірургії Київського університету. З його приходом весь уклад життя клініки змінюється, широко вводяться ендоскопічні методи дослідження, створюється патолого-анатомічний музей, широко розгортається творча наукова робота. Саме тут О.П. Кримов і його учні проводили наукові дослідження, вписуючи нові сторінки в літопис вітчизняної хірургії. Олексієм Петровичем видано 135 наукових робіт, у тому числі десять монографій. Одна з них - "Учение о грыжах", написана у 1911 році, удостоєна премії академіка Буша і вважається одним із найвагоміших джерел світової літератури з цього питання. 30 наукових праць, які, до речі, не втратили свого значення і дотепер, вчений присвятив актуальним питанням воєнно-польової хірургії. Посібник "Частная хирургия", написаний О.П. Кримовим, став основним на той час підручником із хірургії для медичних інститутів України і в 1940 р. був удостоєний премії С.П. Федорова. О.П. Кримов відгукується на все нове, прогресивне. Так, під його керівництвом уже з 1933 р. у факультетській хірургічній клініці як один з активних біологічних методів лікування використовується тканинна терапія. Основну увагу Олексій Петрович зосереджує на застосуванні такої терапії в боротьбі з больовими синдромами та з'ясуванні її впливу на діяльність шлунка. Починаючи з 1943 р., за пропозицією вченого для тканинної терапії в хірургічній клініці використовується тільки жива тканина (свіжа очеревина або її водний екстракт), що максимально підвищує лікувальний ефект. Під керівництвом О.П. Кримова виконано і успішно захищено 20 докторських і близько 20 кандидатських дисертацій.

Медичний факультет у Львівському університеті діяв впродовж 1784-1805 рр. На другому курсі цього університету викладали загальну хірургію, а на четвертому - спеціальну хірургію. В 1795 р. при університеті відкрито кілька клінік. Хірургію читали Август Крігель, Фрід, Франс, Мазель, українських професорів медичний факультет на той час не мав. У 1805 р. замість медичного факультету у Львові було засновано дворічну медично-хірургічну школу, в 1833 р. її реорганізовано у трирічну. На другому та третьому курсах цієї школи викладали хірургію. У 1894 р. при Львівському університеті знову створюється медичний факультет, а професором хірургії з 1897 р. на ньому працює Л. Рідігер. Професор Рідігер вперше в світі виконав резекцію шлунка при виразці дванадцятипалої кишки, він є визнаним авторитетом у невідкладній хірургії, урології, ортопедії, проктології, пластичній хірургії.

В ХХ столітті набувають подальшого розвитку різні напрямки хірургічної науки і практики, які з часом відокремлюються в самостійні спеціальності. Так, досить успішно українські лікарі працюють у галузі кардіохірургії, засновником якої в Україні є М.М. Амосов. У 20-30 роки ХХ століття С.С. Брюхоненком і київським патофізіологом В.Д. Янковським створено перший у світі апарат штучного кровообігу (АШК). Цей винахід багато в чому визначив весь подальший розвиток серцевої хірургії в світовому масштабі.

Амосов Микола Михайлович (1913-2002 р.) Академік НАН (1969) та АМН (1993) України, член-кореспондент РАМН, доктор медичних наук (1953), професор (1953), заслужений діяч науки України (1955), лауреат Державних премій України (1978, 1988),

почесний директор Інституту серцево-судинної хірургії АМН України (з 1988 р.). Автор понад 400 наукових праць, 19 монографій. Підготував 35 докторів і 80 кандидатів наук. Автор таких наукових праць: "Очерки торакальной хирургии" (1958); "Операции на сердце с искусственным кровообращением" (1962); "Физическая активность и сердце" (1975, 1984, 1989); "Терапевтические аспекты кардиохирургии" (1982,1990); "Хирургическое лечение тетрады Фалло" (1982). Амосов М.М. - засновник резекційної хірургії легень і серцевої хірургії в Україні, один із провідних вчених-хірургів і біокібернетиків країни. Він вперше в Україні в 1952 р. Провів резекцію легень, у 1955 р. - хірургічне лікування вад серця, в 1958 р. - операції на серці з штучним кровообігом. У 1965 р. М.М. Амосов вперше в світі створив і запровадив антитромботичні протези клапанів серця. Створив першу в Україні клініку серцевої хірургії (1955), реорганізовану в 1983 р. в Інститут серцево-судинної хірургії, який став одним із найбільших кардіохірургічних центрів світу. В 1955 р. М.М. Амосов заснував кафедру торакальної хірургії і анестезіології в Київському інституті удосконалення лікарів. У 1959-1990 р.р. очолював відділ біокібернетики Інституту біокібернетики НАН України. Вніс великий вклад у розвиток біологічної, медичної і психологічної кібернетики.

В 1958 р. М.М. Амосовим та його співробітниками в Києві була створена оригінальна модель АШК і з того часу в Україні почали широко застосовуватись операції з АШК.

Даниленко Михайло Васильович (1918 - 2002), член-кореспондент НАН (1992) та АМН (1993) України, член-кореспондент РАМН (1975). Заслужений діяч науки України (1968), почесний доктор наук Печського медичного університету (Угорщина, 1974), дійсний член міжнародного товариства хірургів (1978), доктор медичних наук (1959), професор (1960), науковий консультант кафедри шпитальної хірургії Львівського державного медичного університету. Відомий вчений-хірург, педагог. Основними напрямками його діяльності є: хірургія серця та судин, загальна хірургія та анестезіологія, реаніматологія та інтенсивна терапія, історія медицини та вищої освіти. Автор 376 праць, у тому числі 10 монографій та посібників. Під його керівництвом підготовлено 15 докторів та 62 кандидати наук. Автор наукових праць: "Парагонимоз" (1963); "Митральний стеноз и его хирургическое лечение", (1970); "Трихлоретиленове знеболювання" (1971); "Корректирующая терапия в современной хирургии" (1974); "Наставление по хирургии" (1979); "Интенсивная послеоперационная терапия" (1984).

Вперше в Україні операції з приводу вад серця з 1955 р. стали систематично проводитися в Києві М.М. Амосовим, а з 1956-1958 рр. - у клініках Харкова (О.О. Шалімов), Києва (О.Л. Пхакадзе), Донецька (К.Т. Овнатян), Дніпропетровська (Д.П. Чухрієнко), Вінниці й Львова (М.В. Даниленко), Івано-Франківська (Г.А. Сардак), Одеси (І.Я. Дейнека) та інших міст. Перша спеціалізована клініка серцевої хірургії в Україні була створена М. М. Амосовим у 1955 р. Пізніше її реорганізовано в інститут серцево-судинної хірургії НАМН України імені М.М. Амосова, який став одним із найбільших у світі центрів серцевої хірургії, що очолив усю наукову і практичну роботу з кардіохірургії в Україні. Першим директором інституту був М.М. Амосов, з 1988 р. він стає почесним директором, а інститут очолює академік НАМН України Г.В. Книшов, а з 2015 р. директором інституту працює член-кореспондент НАМН України, професор В.В. Лазоришинець.

У 1992 р. відкрита перша в Україні кафедра серцево-судинної хірургії Київського інституту удосконалення лікарів (завідувач - Г.В. Книшов).

КНИШОВ Геннадій Васильович, (1934 – 2015) академік НАМН України (1994), член-кореспондент НАН України, доктор медичних наук (1975), професор (1984), лауреат Державної премії України (1988), заслужений діяч науки і техніки України (1994), директор Інституту серцево-судинної хірургії АМН України (з 1988 р.), завідувач кафедри серцево-судинної хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти (з 1992 р.). Один із провідних вчених-кардіохірургів країни. Основними напрямками наукових досліджень є: удосконалення хірургічного лікування набутих вад серця, ішемічної

хвороби серця та складних порушень серцевого ритму. Ним розроблено ряд оригінальних операцій для лікування мітрального стенозу, протезування клапанів серця. Він вперше в Україні впровадив і вдосконалив операції аорто-коронарного шунтування для лікування ішемічної хвороби серця, складні операції для лікування серцевих тахіаритмій. Під його керівництвом впроваджено в клінічну практику найбільш складні ургентні операції для корекції важких уроджених вад серця в новонароджених. Керує одним із найбільших кардіохірургічних центрів світу, в якому виконано понад 80000 операцій на серці (особисто Г.В.Книшовим — більше 5000). Автор 300 наукових робіт, 9 винаходів. Під його керівництвом захищено більше 20 докторських і кандидатських дисертацій, вперше в Україні відкрита кафедра серцевої хірургії в Київському інституті удосконалення лікарів. Президент Асоціації серцево-судинних хірургів України. Автор монографій: "Training program stimulator for the process of artificial circulation during open-heart operation" (1993); "До історії розвитку кардіохірургії в Україні" (1994); "Відновлення стенокардії у хворих на ішемічну хворобу серця після аортовінцевого шунтування" (1994); "Характеристики насосной функции сердца и системной регуляции кровообращения при острой сердечной недостаточности у кар-диохирургических больных" (1996); "Aortic aneurismas at the site of the repair of the aorta" (1996).

Україну треба вважати однією з провідних країн у започаткувати як експериментальних, так і клінічних розробок проблеми трансплантації органів та тканин. В.П. Філатов вперше зробив пересадку трупної рогівки, а В.М. Шамов - переливання трупної крові. З квітня 1933 року учнем професора В.М. Шамова - доктором Ю.Ю. Вороним вперше в світі, з випередженням західних вчених більше як на 20 років, була зроблена пересадка нирки від чоловічого трупа жінці, яка отруїлася сулемою. Нирка, вилучена з трупа через 6 годин після смерті та пересаджена на судини стегна реципієнтки, почала виділяти сечу. Концентрація сулеми в крові знизилася в 10 разів, але тяжкий загальний стан хворої все таки став причиною її смерті. Однак цим клінічним експериментом Ю.Ю. Вороний довів, що нирки від людей, які нещодавно померли, здатні оживати і функціонувати при пересадці новому господарю.

У 1969 р. під керівництвом В.С. Карпенка колектив урологів, нефрологів, імунологів, електрофізіологів, мікробіологів та морфологів почав вивчати експериментально-клінічні проблеми трансплантації нирки, що дозволило 16.05.1972 р. В.С. Карпенку із співробітниками Є.Я. Бараном, П.С. Вукаловичом, О.С. Переверзевим, Ю.Є. Сергійчуком, М.Т. Тереховим та П.С. Черненком виконати першу в Україні успішну пересадку нирки від живого донора його хворому братові з метою довгострокового лікування термінальної стадії хронічної ниркової недостатності на ґрунті хронічного гломерулонефриту.

КАРПЕНКО Віктор Степанович (1923- 2003 рр.). Лауреат Державної премії України (1983), заслужений діяч науки України (1976), доктор медичних наук (1968), професор (1969), директор Київського НДІ урології й нефрології (1969), завідувач відділення пластичної і відновлювальної урології Київського НДІ урології і нефрології (1987), головний уролог МОЗ України (1970-1987). Провідний вчений-уролог, педагог, організатор урологічної служби в Україні. Основними напрямками його діяльності є: трансплантація й автотрансплантація нирок, хірургія передміхурової залози, уретерогідронефроз, патологія єдиної функціонуючої нирки, рак сечового міхура. Автор понад 250 наукових праць, в тому числі 12 монографій, довідників, керівництв. Підготував 15 докторів і 34 кандидати наук, автор 11 винаходів. Автор монографій: "Склероз предстательной железы" (1985); Хирургическое лечение двухсторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей" (1983), "Хирургия аденомы предстательной железы" (1981); "Зпителиальные опухоли мочевого пузыря" (1986). Відділ трансплантації нирки в Інституті урології був відкритий у січні 1977 р. і очолив його професор Є.Я. Баран. Цей відділ отримав статус не тільки наукового та лікувального, але й організаційно-методичного центру з питань гемодіалізу та трансплантації нирки в Україні. З кінця 1992 р. однойменний відділ під керівництвом професора О.С. Ніконенка був відкритий у Запоріжжі.

НІКОНЕНКО Олександр Семенович, (9.09.1941 р.), доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України. Основні напрямки наукових досліджень: проблеми серцево-судинної хірургії, трансплантація органів. Із 1992 р. у клініці шпитальної хірургії Запорізького медінституту виконуються трансплантації нирок, в 1994 - вперше в Україні здійснена трансплантація печінки, в 1998 - трансплантація нирки і підшлункової залози при цукровому діабеті. Автор 189 наукових робіт. Підготував 4 докторів та 18 кандидатів наук. Рішенням Кабінету Міністрів у 1984 р. при МОЗ України організовано Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин. Групою спеціалістів підготовлений проект Закону про пересадку (трансплантацію) органів і (або) тканин в Україні.

Значні успіхи у розвитку української ендокринології пов'язані з ім'ям видатного вченого В.П. Комісаренка. Уже в перші роки своєї наукової діяльності В.П. Комісаренко очолив Харківський НДІ ендокринології (1935) та запропонував напрямок створення органопрепаратів, один з яких - спленін - успішно застосовується і в наш час. Під його керівництвом вперше на той час були отримані препарати багатьох ендокринних залоз, що сприяло розвитку експериментальної та клінічної ендокринології. Нова сторінка в розвитку вітчизняної ендокринології була відкрита В.П. Комісаренком у 1965 р., коли під його керівництвом організовано НДІ ендокринології та обміну речовин МОЗ України. Школа, створена В.П. Комісаренком, зробила великий внесок у розвиток теоретичної та клінічної ендокринології, зокрема у лікуванні ендокринопатій шляхом трансплантації органних культур відповідних залоз.

Основоположником ендокринної хірургії в Україні є І.В. Комісаренко. Комісаренко Ігор Васильович (1933-2013), член-кореспондент АМН України (1997), доктор медичних наук (1978), професор (1981), лауреат Державної премії України (1976, 1988), заслужений діяч науки і техніки України (1997), засновник і керівник хірургічного відділу Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України (з 1965 р.), засновник та директор Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації органів і тканин (з 1995 р.). Автор 240 наукових праць. Наукові дослідження І.В. Комісаренка присвячені вивченню взаємовідносин залоз внутрішньої секреції та вищих відділів центральної нервової системи, проблем хірургічної ендокринології та онкології залоз внутрішньої секреції, ендovasкулярної хірургії, авто- і гетеротрансплантації в ендокринології.

ЛЮЛЬКА Олександр Наумович (1924-2003), доктор медичних наук, професор. Основні напрямки наукових досліджень: вивчення патології щитовидної залози, зокрема функції кори надниркових залоз у хворих на тиротоксикоз, розробка методів передопераційної підготовки хворих, профілактика тиреотоксичного кризу, ведення післяопераційного періоду з використанням кортикостероїдів. Автор біля 200 наукових публікацій. Підготував 17 кандидатів і 2 докторів наук.

Ініціаторами наукових шкіл хірургії ендокринних органів у ендемічних зонах Західної України є професори Г.Г. Караванов, М.М. Ковальов, М.П. Павловський.

КАРАВАНОВ Георгій Григорович, (1899-1982), Заслужений діяч науки України (1969), доктор медичних наук (1939), професор (1940). Вчений, організатор, висококваліфікований хірург, прекрасний педагог. Основні напрямки наукових досліджень: хірургія стравоходу, судинна й ендокринна хірургія, відновлювальна хірургія травного тракту, хірургічне лікування цирозу печінки, гомотрансплантація кісткового мозку. Автор понад 300 наукових робіт. Підготував 12 докторів і 52 кандидати наук. Основні наукові праці: "Материалы к свободной пересадке костного мозга" (1940); "Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга" (1974); "Хирургическая деонтология" (1974); "Слоновость конечностей" (1967); "Циррозы печени и их хирургическое лечение" (1966); "Слоновость" (1972); "Хирургия желчного пузыря и желчевыводящих путей" (1966).

КОВАЛЬОВ Михайло Маркович, (1916-1990), Лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки України, доктор медичних наук (1960), професор (1961). Відомий

вчений-хірург, педагог. Основні напрямки наукових досліджень: сечокам'яна хвороба, невідкладна хірургія органів черевної порожнини, хірургічна ендокринологія. Автор майже 400 наукових робіт, в тому числі 8 монографій. Підготував 16 докторів і 52 кандидати медичних наук. Основні наукові праці: "Эндемический зуб на Украине" (1968); "Газы крови и водно-электролитный обмен при зобе" (1973); "Клиника и хирургическое лечение узловых форм зоба" (1966); "Острый холецистит" (1975); "Хирургия желчевыводящих путей" (1970); "Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни" (1979); "Комплексное лечение больных перитонитом"(1981).

ПАВЛОВСЬКИЙ Михайло Петрович, (1930-2013 рр.), академік НАМН України (1997), лауреат Державної премії України (1987), Заслужений працівник вищої школи України, доктор медичних наук (1970), професор (1971). Міжнародне визнання отримали роботи з алотрансплантації β -клітин підшлункової залози при цукровому діабеті. За цикл досліджень "Розробка, теоретичне обґрунтування і клінічне впровадження нових методів оперативного лікування, детоксикації і реабілітації хворих із захворюваннями печінки і жовчних проток" М.П. Павловський із групою співробітників удостоєний Державної премії України в галузі науки і техніки за 1987 рік. Автор більше як 370 робіт, 9 монографій, 10 винаходів. Підготував 7 докторів і 20 кандидатів наук. Основні напрямки наукових досліджень: хірургічна ендокринологія, хірургія цирозу печінки, хірургічні аспекти цукрового діабету, хірургічна корекція генетично зумовлених аномалій статевих органів.

БОНДАРЬ Григорій Васильович (1932-2014)- генеральний директор Донецького обласного протипухлинного центру, д.м.н, професор, академік НАМН України, завідувач кафедри онкології Донецького національного медичного університету імені М. Горького, Герой України. Народився 22 квітня 1932 року. З 1959 року - завідувач хірургічним відділенням Донецької обласної клінічної лікарні ім. Калініна. З 1962 року - асистент кафедри загальної хірургії; з 1967 - доцент кафедри хірургічних хвороб стоматологічного факультету. У 1975 році створив кафедру онкології на базі Донецького національного медичного університету, що стала згодом основою Донецького обласного протипухлинного центру. Депутат Донецької міської ради (з 2006). Під керівництвом академіка Бондаря захищено 14 докторських і 40 кандидатських дисертацій. Бондарь Г.В. - автор понад 800 наукових робіт.

Гусак Володимир Корнійович (1939-2002), член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор. З 1966 - асистент кафедри хірургії стоматологічного факультету Донецького медичного інституту. З 1973 - доцент, з 1983 - професор кафедри загальної хірургії; з 1984 - завідувач кафедрою госпітальної хірургії імені Владимира Богославського. З 1991 - генеральний директор Донецького обласного лікувально-клінічного об'єднання. У 1999 створив Інститут невідкладної і відновної хірургії НАМН України, був його першим директором. Автор понад 400 наукових праць, 2 монографій, 20 винаходів. Він підготував 3 докторів і 20 кандидатів медичних наук. Першим у Донбасі освоїв операції на відкритому серці, провідній системі серця, операції з реімплантації кінцівок, створив сучасний опіковий центр, організував наукову лабораторію з вирощування культури клітин шкіри.

Когорта видатних українських нейрохірургів представлена академіками А.П. Ромодановим, Ю.П. Зозулею, В.І. Цимбалюком, Є.Г. Педаченком.

ЗОЗУЛЯ Юрій Панасович (н. 1927) Академік АМН України (1994), член-кореспондент НАН України (1991), дійсний член Нью-Йоркської академії наук, доктор медичних наук (1966), професор (1968), лауреат Державної премії України в галузі медицини. Віце-президент АМН України (з 1993 р.), директор Інституту нейрохірургії АМН України (з 1993 р.), в якому працює з 1950 р. Провідний нейрохірург України, визначний вчений у галузі хірургічної патології центральної нервової системи, відомий організатор науки та педагог. Головні напрямки наукових досліджень - нейроонкологія, клінічна патофізіологія мозкового кровообігу, судинна нейрохірургія, проблеми нейротрансплантації, розробка методів хірургічних втручань при різних видах патології

головного мозку. Автор 360 наукових робіт, у тому числі 9 монографій, 21 винаходу. Під його керівництвом виконано 28 докторських і кандидатських дисертацій. Вченими інституту нейрохірургії розробляється один із нових напрямків нейрохірургії - відновна хірургія. Організатором цього напрямку є академік В.І. Цимбалюк.

ЦИМБАЛЮК Віталій Іванович (1947) - Заслужений діяч науки і техніки України (1997). Лауреат двох Державних премій України (1996, 2002), премії АМН України (2003) та Нагороди Ярослава Мудрого АН ВШ України (1998). Лауреат 2012 року премії НАН України імені О.О. Богомольця за цикл праць «Фізіологія та патологія аферентних систем мозку: розкриття механізмів та розробка новітніх методів медичної корекції». Нагороджений орденами «За заслуги» II та III ст., «Святого Володимира» III ст., а також 5 медалями. Президент НАМН (2016). Основні напрями наукової діяльності: відновна нейрохірургія, функціональна та стереотаксична нейрохірургія, нейрохірургія периферичної нервової системи, нейротрансплантація, нозокоміальні інфекції, історія нейрохірургії. Організатор та керівник нового напрямку в нейрохірургії - відновної нейрохірургії. Розробив технологію і вперше провів нейротрансплантацію у хворих з органічними ураженнями нервової системи (дитячий церебральний параліч, апалічний синдром, епілепсія, наслідки черепно-мозкової та спінальної травми, дегенеративні захворювання тощо). Впровадив у клініку вітчизняні електростимуляційні системи для лікування больових синдромів, спастичності, епілепсії. Автор близько 1000 наукових робіт, зокрема 28 книг (монографій, підручників, посібників, довідників), 46 авторських свідоцтв та патентів. Підготував 11 докторів та 51 кандидата медичних наук.

ШАЛІМОВ Олександр Олексійович, (1918- 2006), академік НАН (1978) та НАМН України (1993), доктор медичних наук (1958), професор (1961), заслужений діяч науки України (1967), лауреат Державної премії України (1977), удостоєний Почесної відзнаки Президента України (1993), почесний директор Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України. Висококваліфікований спеціаліст у галузі хірургічної гастроентерології, гепатопанкреатології, судинної і торакальної хірургії. Автор 802 наукових робіт, серед яких 25 керівництв і монографій, 112 винаходів, підтверджених авторськими свідоцтвами і патентами. Підготував 48 докторів і 82 кандидата наук. Основними науковими працями О.О. Шалімова є: "Болезни поджелудочной железы" (1970); "Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки" (1972); "Атлас операций на пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке" (1975); "Хирургия пищевода" (1975); "Хирургия кишечника" (1977); "Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике" (1979); "Хирургия пищеварительного тракта" (1987); "Хирургия печени и желчевыводящих протоков" (1993). Основними науковими напрямками діяльності інституту хірургії є удосконалення і розробка ефективних методів лікування захворювань травного тракту, гепатопанкреатобіліарної системи, судин, портальної гіпертензії, захворювань і наслідків травматичних пошкоджень і уроджених вад, що вимагають специфічних оперативних втручань з використанням мікрохірургічної техніки.

КОЛОМІЙЧЕНКО Михайло Сидорович, (1892 - 1973). У 1919 році закінчив медичний факультет університету св. Володимира. Працював під керівництвом М.М. Волковича і О.П. Кримова. Був секретарем Єдиного наукового медичного товариства (ЄНМТ), яке очолював О.О. Богомолець. У 1930-35 рр. — заступник директора Київського медичного інституту. З 1936 р. - завідувач кафедри хірургії. Першим в Україні в 1933 році зробив операцію з приводу панцирного серця. Після закінчення війни працював заступником директора Інституту удосконалення лікарів й очолював кафедру хірургії. У 1950 році був призначений головним хірургом МОЗ УРСР. Багато зробив для організації хірургічної допомоги в Україні, а також для підвищення кваліфікації хірургів. Із 1955 р. і до самої смерті очолював кафедру загальної хірургії Київського медичного інституту ім. О.О. Богомольця. Різносторонній вчений, мав дивовижний діапазон оперативних втручань, що включає операції на легенях, серці, шлунку, стравоході, жовчному міхурі, ендокринних залозах. Автор 5 монографій і більше 200 наукових праць.

Особливо цінний його доробок у галузі лікування кардіоспазму й створення штучного стравоходу (досвід із цього приводу викладено у монографії "Реконструктивная хирургия пищевода", 1967 р.).

БРАТУСЬ Василь Дмитрович, (1916-2008), Член-кореспондент НАН (1972) та НАМН (1993) України, доктор медичних наук (1962), професор (1962), Заслужений діяч науки і техніки (1986), лауреат Державної премії України (1981), професор кафедри хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України. Досвідчений хірург і організатор медичної науки, охорони здоров'я. Основні напрямки наукових досліджень: хірургія шлунково-кишкового тракту, опікової хвороби, історія та організація медичної науки і практики. Вперше в Україні досконало дослідив патогенез і лікування опікового шоку, проблеми дермотрансплантації опікових ран, диференційну діагностику гострих шлункових кровотеч та оперативного лікування їх при виразковій чи раковій природі ураження шлунку. Йому належить значний внесок у вдосконалення вищої медичної освіти та охорони здоров'я в Україні. Автор понад 300 опублікованих наукових праць, із них 18 у зарубіжних виданнях, 11 монографій. Перу В.Д. Братуся належать: "Хирургическое лечение термических ожогов" (1963); "Острые желудочные кровотечения" (1974); "На пути к антисептике и обезболиванию в хирургии" (1984); "Интенсивная терапия в неотложной хирургии" (1989); "Геморрагический шок" (1989).

МАТЯШИН Гнат Михайлович (1925-1979), Заслужений діяч науки України, доктор медичних наук (1970), професор (1971), головний хірург МОЗ України (1970-1979 рр.). Основні напрямки наукових досліджень: розробка конкретних проблем клінічної трансфузіології, відновлювальної хірургії органів травлення (езофагопластика, ілеоколопластика), невідкладної хірургії, організації хірургічної допомоги. Автор більше 250 наукових праць, в тому числі 5 монографій. Підготував 5 докторів і 15 кандидатів медичних наук. Основні наукові праці: "Тотальна пластика стравоходу товстою кишкою" (1971), "Осложнения аппендиктомии" (1974); "Воспалительные псевдоопухоли пищеварительного тракта и передней брюшной стенки" (1980); "Симптомы и синдромы в хирургии (зпонимы)" (1982);

"Справочник хирургических операций" (1979); "Вопросы хирургии желудочно-кишечного тракта" (1966); "Современные методы экстренной лабораторной диагностики кровотечений и объема кровопотери в хирургической практике" (1971); "Хирургия органов пищеварения" (1975).

БОНДАРЕНКО Віктор Олександрович (н. 18.10.1931) Академік НАМН України (1993), доктор медичних наук (1968), професор (1969), Заслужений діяч науки і техніки України (1991), директор Харківського інституту невідкладної хірургії, народний депутат України 1-го скликання. Один із провідних фахівців у галузі невідкладної хірургії. Наукові інтереси переважно зосереджені на хірургічному лікуванні запально-деструктивних пошкоджень, гострих захворювань органів дихання та черевної порожнини. Ним запропоновані методи корекції порушень функцій у хірургічних хворих, розроблені ефективні способи лікування захворювань легень, шлунка, кишок, жовчних шляхів. Автор понад 250 наукових праць, зокрема 11 монографій. Підготував 4 докторів та 26 кандидата наук.

На озброєння хірургії майбутнього прийде новітня й досконаліша техніка, яка дасть змогу швидко й безкровно з'єднувати тканини. В цьому аспекті широке застосування знайдуть лапароскопічна, ендоскопічна, ендovasкулярна, ендолімфатична, рентгенхірургія, лазерна хірургія, кріохірургія, літотрипсія, мікрохірургія, трансплантологія. Важливе значення отримає розвиток гнотобіологічних засобів, які забезпечать утримання оперованих хворих у безмікробному середовищі. Усе це сприятиме покращанню результатів хірургічних операцій.

НАРИС ІСТОРІЇ КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ № 2

Кафедру теоретичної хірургії з офтальміатрією і госпітальною клінікою у 1850р. очолив Христофор Якович Гюббінет. Він перший у Києві став застосовувати офтальмоскопію, виконав операцію видалення хрусталика, вивчав сифілідологію. На

початку Кримської війни Х.Я. Гюббинет із групою лікарів і добровольцями зі студентів-медиків 5-го курсу виїхав у Севастополь, де працював одночасно з М.І. Пироговим. У Севастополі під його керівництвом було прооперовано близько 3300 чоловік. До нього звертались Нахімов, Істомін, Тотлебен. Повернувшись до Києва, продовжував керувати кафедрою. З 1860 по 1869 р. очолював Київське суспільство лікарів. У 1870-1871 р. добровольцем брав участь у франко-пруській війні. У 1871 р. Х.Я. Гюббинет пішов у відставку. Відповідно до збереженого за 1862 р. звіту в його клініці на 64 ліжках за рік була зроблена 71 операція. У 1869 р. у самостійну кафедру була виділена офтальмологія. Її очолив А.В. Іванов.

Після відставки Х.Я. Гюббинета хірургія в Київському університеті була представлена тільки В. А. Караваєвим. Тому в 1870р. на кафедру теоретичної хірургії з госпітальною клінікою за рекомендацією М.І. Пирогова і В.А. Караваєва з Одеси був запрошений М. В. Скліфосовський, який після закінчення у 1859 р. Московського університету працював там завідувачем хірургічного відділення. У 1863 р. у Харківському університеті ним була захищена дисертація "Про кров'яні навколоматочні пухлини". Потім учився закордоном у Вірхова, Лангенбека, Нелатона, Сімсона. Брав участь в Австро-Пруській війні. Але недовго вражав він своїм хірургічним мистецтвом і красномовством Києв. У тім же 1870 р. М.В. Скліфосовський відправився на франко-пруську війну. А по поверненню був переведений до Петербурзьської медико-хірургічної академії. Тому до викладання хірургії у 1872 р. по конкурсі на 3 роки був запрошений доцент медико-хірургічної академії С. П. Коломнін. Він був прекрасним хірургом і досвідченим вченим, мав 33 наукові праці. Любив та знав військово-польову хірургію. Вивчав десмургію і вишукував нові матеріали для перев'язок. Зокрема досліджував лікувальні властивості торф'яного моху. Довів, що спеціально підготовлений мох сприяє очищенню гнійних ран не уступаючи в цій якості лігніну і перевершуючи гігроскопічну вату. С.П. Коломніну належить почесне місце в історії гемотрансфузіології.

Госпітальною хірургічною клінікою у 1876-1877 рр., а потім і у 1882-1883 рр. завідував доцент О. С. Яценко. Це був талановитий хірург і педагог. У 1875 р. В.А. Караваєв рекомендував його на посаду екстраординарного професора кафедри теоретичної хірургії з госпітальною клінікою. Гідний кандидат був обраний, але міністром не затверджений. Заслуги О. С. Яценко в хірургії, зокрема в галузі шкірної пластики незаперечні. Ю.Ю. Джанелідзе у своїй монографії "Пересадження шкіри в Росії і Радянському Союзі" писав, що О.С. Яценко був перший, що виконав у 1870р. пересадження шкіри по Ревердену для заміщення її дефекту після вогнепальних поранень. Не можна не вказати і на його величезний хірургічний досвід. О. С. Яценко зробив у клініках і лікарнях 5000 операцій, з успіхом виконував складні втручання - видалення матки, пухлин твердої мозкової оболонки, виконав першу в Росії гастротомію з гарним результатом. Брав участь у сербсько-турецькій війні, де застосовував антисептику при лікуванні вогнепальних поранень.

У 1878 р. завідувачем кафедрою був обраний О. Х. Рінек, чех за походженням. У 1864 р. він закінчив медико-хірургічну академію і був залишений при кафедрі хірургії. У 1867 р. став доктором медицини, 2 роки стажувався за кордоном. У 1872 р. призначений ординатором Київського госпіталю, потім був обраний доцентом кафедри. У 1876 р. брав участь у війні в Сербії. Після його обрання професором кафедри, клініка мала 80 ліжок у військовому госпіталі. З 1881 р. після відходу з університету В.А. Караваєва, О. Х. Рінек перейшов на його кафедру професором. За словами сучасників А.Х. Рінек по техніці виконання операцій, перевершував багатьох кращих європейських хірургів. Залишив про себе пам'ять у Києві тим, що став застосовувати в хірургічній практиці антисептику.

У 1883 р. на кафедру госпітальної хірургічної клініки бив обраний Федір Карлович Борнгаупт. Уродженець Риги, освіту отримав у Дерпті. Там же в 1867 р. став доктором медицини. Стажувався у Фолькмана. У Києві розкрився талант Ф.К. Борнгаупта, як педагога, клініциста, хірурга. Його лекції відрізнялися ясністю, у лікувальній діяльності проявилася велика ерудиція і досвід. У 1902 г. Ф.К. Борнгаупт вийшов у відставку, а в 1905

р. умер. Слід зазначити, що наукова і літературна його діяльність невелика, хоча їм був виданий гарний по того часу підручник по хірургічній патології і терапії.

У 1903 р. завідувати кафедрою госпітальної хірургії був обраний учень Ф.К. Борнгаупта приват-доцент М. М. Волкович, що працював завідувачем хірургічного відділення Олександрівської лікарні. Виконана ним у 1889 р. дисертація про риносклерому дотепер зберігає наукову цінність. Н.М. Волкович був блискучим ученим, хірургом, прекрасним клініцистом, чудовим викладачем. Залишив після себе більш 100 наукових праць. Працював завідувачем госпітальної (до 1912 р.), а потім факультетської (до 1922 р.) хірургічними клініками. Розробив операції відновлення носа із шкіри пальців, закриття пупирно-пихвових свищів, висічення коліна, геморою, розробив методику лікування переломів, запропонував свої шини, визначив нові клінічні ознаки хронічного апендициту, запропонував теорію викривлення хребта, досліджував гангрену кінцівок. Видані ним монографії про апендицит, жовчнокам'яну хворобу, а також переломах і вивихах служили настільними книгами в хірургів багатьох поколінь. Микола Маркіянович був одним із засновників Київської спілки хірургів і протягом 20 років його головою.

У 1912 р. завідувати кафедрою був обраний приват-доцент Московського університету Олексій Петрович Кримов. В роки першої світової війни він працював консультантом госпіталів Південно-Західного фронту. Опубліковані ним лекції по військово-польовій хірургії відбивають багатогранний практичний досвід лікування поранених. По закінченні війни продовжує викладацьку діяльність. Видає монографію "Навчання про грижі", у якій запропонував свій спосіб радикальної операції пахової грижі. Ним були розроблені операції при розширенні вен сім'яного канатика, метод нефропексії, опублікована серія робіт про вогнепальні поранення черепа, груди, живота, кровоносних судин, газової інфекції. У подальшому Олексій Петрович очолював кафедру факультетської хірургії.

З 1921 до 1930 р. кафедрою госпітальної хірургії завідував Олексій Григорович Радзівський, вихованець Київського університету, учень А.Х. Рінека. На кафедру він прийшов досвідченим фахівцем, і відомим вченим, оскільки з 1907 р. завідував кафедрою загальної хірургії, а потім і кафедрою факультетської хірургії Київського жіночого інституту. Особливо Олексій Григорович цікавився питаннями урології. Крім того, ним був розроблений спосіб фіксації прямої кишки при її випаданні.

А.Г. Радзівський був прекрасним лектором і уважним лікарем. Опублікував близько 50 наукових праць, серед яких слід зазначити "Про хірургічне лікування уремії", „Чи існують аутонефролізини?", "До питання про перев'язку стегнової вени", "140 випадків видалення передміхурової залози при її гіпертрофії". Крім того, їм був запропонований доступ до анатомічних структур глибоких шарів сідничної області. У цей період (1921 р.) клініка госпітальної хірургії була перенесена в лікарню ім. Жовтневої революції і розміщена на третьому поверсі головного хірургічного корпусу в другому хірургічному відділенні.

З 1930 по 1941 р. кафедру очолював професор Іван Петрович Корхов - вихованець Харківського університету, учень Н.Т. Тринклера. В ті роки клініку відремонтували, вона мала 100 ліжок; була оснащена гарним устаткуванням і апаратурою, одержала лабораторну службу. У штаті клініки складалося 2 доценти і 4 асистента. І.П. Корхов - автор 55 наукових праць. Запропонована ним сегментарна новокаїнова блокада при облітеруючому ендартерії дотепер застосовується в клініці.

У період евакуації київського медичного інституту у Харків, а потім і Челябінськ (1941-1944) кафедрою завідував професор І.С. Коган.

У 1944 р. Київський медичний інститут повернувся до Києва. У повоєнний час клінікою кафедри стало служити друге клінічне відділення Українського НДІ ортопедії і травматології. Завідувати кафедрою був обраний доктор медичних наук М.Є. Дудко, який керував партизанським госпіталем. Після ремонту Жовтневої лікарні, клініка кафедри була знову розміщена на її базі.

У 1962 р. завідувати кафедрою госпітальної хірургії був обраний проф. Михайло Маркович Ковальов. Наукові інтереси М.М. Ковальова були присвячені: сечокам'яній хворобі, невідкладній хірургії органів черевної порожнини, хірургії виразкової хвороби, захворюванням позапечінкових жовчних проток, зобу. Під його керівництвом захищено 16 докторських і 52 кандидатських дисертацій. Михайло Маркович автор 9 монографій і 400 наукових робіт. З 1972 р. клінічною базою кафедри стала клінічна лікарня № 4 м. Києва.

З 1985 до 2006 рр. кафедрою завідував лауреат Державної премії України, Заслужений діяч науки і техніки України д.м.н., професор Валерій Миколайович Короткий. Основним напрямком його наукових досліджень стали: хірургічна гастроентерологія, зокрема: хірургія захворювань печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози, портальної гіпертензії, шлунку та кишечника. За час роботи співробітниками кафедри отримано 52 авторських свідоцтв на винаходи та патентів, опубліковано більш, ніж 400 наукових статей, 5 монографій. Захищені 4 докторських та 16 кандидатських дисертацій.

З 2006 р. кафедрою завідує д.м.д., професор Б.Г. Безродний. Основними напрямками наукової діяльності є розробка питань хірургічного лікування захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони, лапароскопічна хірургія, хірургія виразкової хвороби, хірургічне лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок при варикозній хворобі, застосування стовбурових клітин при лікуванні хірургічних захворювань, питання невідкладної хірургії. Є автором понад 200 наукових робіт, 23 винаходів, 11 монографій, підготував доктора та чотирьох кандидатів медичних наук.

ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Організація медичної допомоги, в тому числі й хірургічної, громадянам України ґрунтується на закріпленому в ст.49 Конституції країни їх праві на безкоштовну державну медичну допомогу всіх видів. Хірургічна допомога - одна з найбільш масових форм медичної допомоги. Її особливість обумовлена великим поширенням хірургічних захворювань, природжених та набутих вад і травм та значними можливостями хірургії при лікуванні різних хвороб, корекції вад та заміні функціонально неповноцінних органів та тканин (трансплантація органів та ксенопротезування).

Основу системи організації хірургічної допомоги в Україні поки що складає система, успадкована від колишнього СРСР. Допомога ця була організована за територіальним принципом та етапністю її надання населенню країни з підпорядкуванням нижчого етапу вищому. Організація передбачає максимальне наближення до місця проживання хворого медичної допомоги взагалі та хірургічної зокрема, і забезпечується відповідними територіальними медичними закладами. Організація хірургічної допомоги включає, по висхідній, первинну медичну допомогу, кваліфіковану та спеціалізовану хірургічну допомогу. Хірургічна допомога поділяється на швидку, чи невідкладну, якої потребують хворі з гострими захворюваннями та пошкодженнями, та планову, яка здійснюється хворим з хронічними недугами.

Первинна невідкладна медична допомога хворим на гострі хірургічні хвороби та з травмами здійснюється в амбулаторіях фельдшерсько-акушерських пунктів та в дільничних сільських лікарнях - у селах, а у містах та в прирівнюваних до них населених пунктах - лікарнями-хірургами поліклінік, лікарями травмипунктів та бригадами станцій "Швидкої допомоги". Хворим із незначними ушкодженнями гострого типу, які не вимагають хірургічних втручань або можуть бути виконані лікарями даних етапів, та хворим з гострими захворюваннями, які не потребують госпіталізації, первинна допомога, що подається на цих етапах, фактично є кваліфікованою і на них завершується. Суть первинної медичної допомоги хірургічним хворим з гострими захворюваннями та травмами у сільських амбулаторіях та дільничних лікарнях, як і допомоги у поліклініках міст, яка за своїм характером перевищує обсяг запрограмованої для хірурга поліклініки допомоги, полягає в обстеженні хворого наявними засобами для встановлення попереднього діагнозу та направлення

хворого у хірургічне відділення районної або центральної районної лікарні з визначенням транспорту, яким хворий повинен транспортуватися.

У більшості випадків його перевозять машиною станції "Швидкої допомоги", або машиною "швидкої допомоги" самої районної лікарні, в яку хворого направляють. Рідше може бути запрошена санітарна авіація, якщо життю хворого загрожує смертельна небезпека. Хворих з хірургічних кабінетів поліклінік міст направляють у відповідні хірургічні відділення районних чи міських лікарень, або через станцію "Швидкої допомоги" (шляхом виклику з останньої машини) - при гострих захворюваннях внутрішніх органів, або - міським чи власним транспортом у разі легких гострих захворювань та травм.

У поліклініках міст та населених пунктів, у яких є хірургічні кабінети та відділення, хворим з невеликими поверхневими травмами та нескладними гострими захворюваннями (невеликі рани м'яких тканин тіла, обмежені опіки, фурункули, абсцеси, підшкірний панарицій тощо) надається і кваліфікована хірургічна допомога.

Кваліфікована невідкладна та планова хірургічна допомога хворим на найбільш поширені гострі захворювання черевної порожнини (гострий апендицит, защемлена грижа, гострий холецистит, перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, шлункова кровотеча, панкреатит, гостра кишкова непрохідність, тощо) та з травмами органів черевної порожнини, травмами м'яких тканин, гнійними процесами, а також хворим з хронічними захворюваннями черевної порожнини та деяких інших органів надається в загально хірургічних відділеннях центральних районних лікарень, міських та обласних, де є хірургічні відділення та відповідні для таких втручань умови (висококваліфікований хірург, засоби для точної лабораторної та інструментальної діагностики та анестезіологічне забезпечення). У великих містах, зокрема обласних центрах, поряд із районними та міськими лікарнями, що забезпечують хворих міста кваліфікованою хірургічною допомогою, остання надається також обласними лікарнями.

Розвиток сучасних хірургічних технологій (лапароскопічних, ендоскопічних, ендovasкулярних) зумовило потребу в диференціації, поділу хірургії на окремі дисципліни та розділи. Таким чином було започаткована спеціалізована хірургічна допомога з окремих розділів хірургії та виникли спеціалізовані хірургічні установи, що забезпечують хворих спеціалізованою хірургічною допомогою.

Так, з хірургії уже давно виділились у самостійні дисципліни травматологія та ортопедія, онкологія, урологія, нейрохірургія. Ще раніше стали самостійними галузями офтальмологія, оториноларингологія та стоматологія. У повоєнний період хірургія зазнала подальшої диференціації. В окремі дисципліни виділились хірургія легень та бронхів, хірургія стравоходу, кардіохірургія, судинна хірургія, хірургія прямої кишки (проктологія), хірургічна гастроентерологія, хірургічна ендокринологія. Процес диференціації хірургії на окремі розділи триває і зараз. Уже існують, наприклад, герніологічні та інші клінічні відділення. В усіх обласних та великих міських лікарнях практично є хірургічні відділення з усіх основних розділів хірургії (торакальне, нейрохірургічне, хірургічної гастроентерології, щелепно-лицеве, оториноларингологічне, офтальмологічне, опікове, судинне чи навіть серцево-судинне відділення), у яких надається спеціалізована хірургічна допомога хворим відповідних територій.

Велику роль у забезпеченні кваліфікованою та спеціалізованою допомогою населення відіграють хірургічні клініки медичних університетів та академій України, які діють на базах загально хірургічних відділень міських та обласних лікарень університетських міст. Висококваліфіковані кадри хірургів-викладачів (професори, доценти, асистенти) здійснюють великий обсяг спеціалізованої допомоги при різних захворюваннях. Багато з цих клінік є міськими центрами спеціалізованої хірургічної допомоги (хірургії печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози; хірургії шлунка та кишечника; хірургічного лікування кровотеч; хірургії легень; хірургії ендокринних залоз, хірургії прямої та товстої кишок, хірургії стравоходу тощо).

Спеціалізовану допомогу громадянам України незалежно від місця їх проживання надають науково-дослідні інститути хірургічного профілю, які є науково-методичними та

організаційними центрами з розробки та втілення новітніх засобів діагностики, лікування та профілактики захворювань і травм певних систем чи органів. Серед них Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова АМН України, Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії МОЗ України, Київський НДІ нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова АМН України, Київський НДІ кардіохірургії АМН України, Київський НДІ оториноларингології, Київський НДІ ендокринології та обміну речовин АМН України, Одеський інститут офтальмології ім. В.П.Філатова, Дніпропетровський НДІ гастроентерології, Київський НДІ гематології та переливання крові, Київський НДІ туберкульозу та легеневої хірургії та ін. Поряд з інститутами існує низка спеціалізованих республіканських центрів з деяких галузей хірургії (опіковий, проктологічний центри, центр хірургії щитовидної залози тощо).

У останні два десятиріччя в Україні у містах-мегаполісах та великих промислових центрах (Київ, Харків, Донецьк, Дніпропетровськ, Запоріжжя, Одеса, Львів, Кривий Ріг, Херсон та ін.) створено спеціалізовані лікарні невідкладної хірургічної допомоги, в структурі яких є відділення головних напрямків хірургії (нейрохірургічне, судинне, гастроентерологічне, відділення політравми та ін.), діяльність яких забезпечує ефективну спеціалізовану допомогу хворим з різними гострими захворюваннями та станами (шлункові кровотечі, перфоративна виразка, гострий панкреатит).

Спеціалізовану травматологічну (травма кісток та суглобів) та ортопедичну допомогу забезпечують травмпункти у містах, а також відповідні відділення центральних районних, міських та обласних лікарень, такі науково-методичні центри, як науково-дослідні інститути травматології та ортопедії (Київський, Харківський, Донецький).

Онкологічну допомогу хворим надають онкологічні міські та обласні диспансери та онкоцентри разом із кафедрами онкології медичних університети та академій, що розташовані на базах цих диспансерів, а також науково-дослідні інститути онкології, зокрема Український Національний центр раку з його численними багато профільними клініками (торакальною, гастроентерологічною, гінекологічною, проктологічною, щелепно-лицевою, клінікою пухлин молочної залози тощо).

Величезну роль у наданні невідкладної хірургічної допомоги відіграють міські, обласні, республіканські станції "Швидкої допомоги" та створені в їх складі спеціалізовані бригади з тих чи інших галузей невідкладної хірургії (шокових, тромбоемболічних, опікових тощо). Завдяки цьому медична допомога потерпілим подається швидко та кваліфіковано уже з місця виникнення травми чи захворювання.

Завдяки розвитку нових технологій, появі телевідеоапаратури та комп'ютерів, зокрема лапароскопічних апаратів, у останні роки з'явилися нові, нетрадиційні форми хірургічних втручань, які здійснюються ендоскопічно (лапароскопічне видалення деяких органів черевної порожнини при їх хронічних ураженнях - жовчного міхура, червоподібного відростка, маткових труб, сегментів кишок тощо, пластичне закриття черевних гриж та ін.) чи ендovasкулярно (балонне та лазерне розширення отвору звужених судин коронарних артерій тощо). Такі види спеціалізованої хірургічної допомоги надаються у спеціалізованих медичних установах.

В Україні розробляються та впроваджуються нові форми фінансування медичної допомоги, що стосується і надання хірургічної допомоги громадянам України, коли поряд із бюджетною медичною допомогою важливе місце належать страховій медицині, фондам соціального забезпечення та власним коштам населення.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЯ

Збереження, відновлення і зміцнення здоров'я населення є найважливішим завданням системи охорони здоров'я. Організація, зміст і якість хірургічної допомоги в амбулаторних умовах представляють один з важливих розділів повсякденної діяльності лікарського складу установ амбулаторно-поліклінічного профілю. У основу цієї роботи покладено:

- знання особливостей трудової діяльності населення району обслуговування, побуту, специфічної патології регіону, що несприятливо впливають на здоров'я;
- аналіз результатів медичного контролю за станом здоров'я населення і ефективності профілактичних заходів, що проводяться в регіоні;
- результати статистичного аналізу травматизму і захворюваності, їх причини і характеру пов'язаних з цим втрат працездатності.

Робота лікаря-хірурга поліклініки складається з наступних елементів:

- організація і надання хірургічної допомоги населенню;
- лікування хворих хірургічного профілю в амбулаторії і денних стаціонарах;
- організація лікування населення в домашніх умовах;
- організація евакуації хворих у відповідні хірургічні стаціонари та інші лікувальні установи;
- спостереження за хворими диспансерних груп та особами що перенесли хірургічні втручання, травми;

Таблиця 1

Принципи організації невідкладної допомоги в поліклініці

Місце надання допомоги	Об'єм діагностичних досліджень	Об'єм невідкладної медичної допомоги	Хто надає	Оснащення
1	2	3	4	5
На місці травми, захворювання	Огляд хворого, контроль пульсу, АД, дихання, t°C тіла, вивчення обставин травми (захворювання)	Тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі, відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів, штучне дихання, непрямий масаж серця, накладення пов'язок, шин, введення лікарських препаратів	Лікар, фельдшер	Аптечка медична, спеціальні комплекти медичного майна і медикаментів, шини, джгути, бинти тощо
Транспортування на санітарному автомобілі	Контроль загального стану хворого, пульсу, АД, дихання	Той же	—	Медична аптечка, укладанки лікарські, комплект шин, реанімаційне обладнання
Поліклініка	Лікарське обстеження хворого, лабораторна, інструментальна діагностика	Зупинка кровотечі, ШВЛ, непрямий масаж серця, інтубація трахеї, аналгезія, в/в інфузії та ін'єкції лікарських речовин, новокаїнові блокади, транспортна іммобілізація, трахеотомія, хірургічна обробка ран. Катетеризація сечового міхура, надлобкова пункція, пункція плевральної порожнини, введення дренажів при напруженому пневмотораксі	Лікар	Дихальна апаратура, аспіратор, комплект шин, лікарські укладки, протишокові розчини для трансфузій, оснащення процедурної і чистої перев'язувальної

— медичний контроль за станом здоров'я населення, організація лікувально-трудової експертизи і диспансеризації;

— розробка і проведення заходів щодо зниження хірургічної захворюваності і травматизму в регіоні.

Для надання хірургічної допомоги в поліклініці розгортаються:

- чиста перев'язувальна, яка служить і чистою операційною;
- гнійна перев'язувальна, де виконуються і гнійні операції;
- процедурний кабінет з оснащенням для надання невідкладної хірургічної допомоги;
- робочі місця для офтальмолога і отоларинголога.

Особливе місце в хірургічній роботі лікаря поліклініки займають організація і зміст невідкладної лікарської допомоги при хірургічних захворюваннях і травмах. Організація такої допомоги забезпечується чітким розподілом обов'язків медичних працівників на всіх її етапах - від місця захворювання (травми) до етапу кваліфікованої або спеціалізованої медичної допомоги включно. У загальному вигляді схема організації невідкладної допомоги в поліклініці представлена у табл. 1

У цій системі особливе місце займають організація, зміст і якість лікарської допомоги в поліклініці, за яку лікар несе персональну відповідальність. У постійній готовності до застосування повинне бути медичне обладнання для виконання:

- тимчасова або остаточна зупинка зовнішніх кровотеч;
- іммобілізація і знеболення переломів;
- усунення асфіксії за допомогою трахеостомії, інтубації, фіксації язика;
- накладення герметизуючої пов'язки при відкритому пневмотораксі;
- пункція і дренивання плевральної порожнини при напруженому пневмотораксі, гемотораксі;
- непрямий масаж серця;
- видалення чужорідних тіл із кон'юнктиви ока;
- внутрішньовенне введення лікарських препаратів;
- первинна хірургічна обробка ран;
- накладення швів на рани шкіри і підшкірної клітковини ;
- накладення асептичних пов'язок;
- тампонада носових ходів при кровотечах.

Другим надзвичайно відповідальним розділом хірургічної допомоги є організація амбулаторного прийому і лікування в умовах амбулаторії. Організація амбулаторного прийому повинна дозволяти виділення наступних груп хворих.

- що потребують невідкладної допомоги;
- що потребують стаціонарного лікування у денному стаціонарі або лікарні;
- що потребують додаткового амбулаторного і стаціонарного обстеження ;
- що продовжують лікування в амбулаторії.

Об'єм хірургічної допомоги в амбулаторії повинен включати:

- санацію поверхневих флегмон і абсцесів;
- зняття шкірних швів і зміну пов'язок при амбулаторному лікуванні ран;
- накладення швів при шкірних ранах невеликих розмірів за відсутності протипоказань до їх застосування;
- видалення поверхневих пухлин м'яких тканин за відсутності свідчень до їх термінового гістологічного дослідження.

У денному стаціонарі проводяться обстеження і лікування хворих, що потребують госпітального режиму і постійного лікарського спостереження на протязі до 10 діб. До таких зазвичай відносять хворих з:

- не ускладненим шкірним, підшкірним панарицієм і пароніхіями;
- флегмонами і абсцесами підшкірної клітковини;
- інфікованими поверхневими ранами м'яких тканин і потертостями;

- фурункулами;
- локальними формами стрептодермії і піодермії;
- опіками і відмороженнями I - II ст.

У денний стаціонар поміщаються ті хворі, що потребують направлення до лікарню після надання їм первинної медичної допомоги і нетранспортабельні хворі до поліпшення їх стану, що дозволяє здійснити безпечну евакуацію. Обстеження і лікування хворих у поліклініці проводиться лікарями поліклініки.

Лікування в домашніх умовах може проводитися при обмежених і неускладнених гнійних захворюваннях шкіри і підшкірної клітковини (за винятком фурункулів обличчя і волосистої частини голови, карбункулів незалежно від локалізації і тяжкості клінічної течії). У домашніх умовах може продовжуватися лікування пацієнтів, виписаних із лікувальних установ, які потребують реабілітаційних заходів. Лікування в домашніх умовах вимагає від лікаря широкої і систематизованої клінічної підготовки, оскільки серед цього контингенту можуть бути люди з самими різними захворюваннями.

Якщо в процесі лікування в домашніх умовах наступило погіршення стану хворого і виникла необхідність в госпіталізації, то лікар поліклініки направляє пацієнта до стаціонару.

Для виконання такого об'єму медичної допомоги *лікар поліклініки повинен:*

- знати і уміти розпізнати симптоми гострих хірургічних захворювань і пошкоджень внутрішніх органів;
- шляхом венепункції, а при неможливості - венесекції, проводити внутрішньовенні краплинні і струменеві вливання лікарських препаратів, трансфузійних середовищ, у тому числі і препаратів крові;
- проводити новокаїнову інфільтраційну анестезію і новокаїнові блокади переломів, сім'яного канатика;
- робити первинну хірургічну обробку поверхневих ран м'яких тканин ;
- проводити транспортну іммобілізацію;
- зупиняти зовнішню кровотечу тампонадою, перев'язкою судин в рані, накладенням затискувача на судину, що кровоточить, накладенням джгута;
- проводити катетеризацію та пункцію сечового міхура;
- проводити пункцію плевральної порожнини із введенням дренажу з клапаном при пневмотораксі;
- накладати оклюзійну пов'язку при проникаючому пораненні грудної клітки;
- здійснювати штучне дихання різними способами;
- проводити непрямий масаж серця;
- надавати першу лікарську допомогу при опіках, відмороженнях, електротравмах, в поліклініці лікувати обмежені опіки і відмороження I - II ст.;
- проводити операції з приводу підшкірних, піднігтьових і навколо нігтьових панариціїв, поверхневих абсцесів, врослого нігтя, видаляти деякі доброякісні утворення підшкірної клітковини (атерома, ліпома і ін.);
- проводити в поліклініці лікування постраждалих з поверхневими пошкодженнями (садна, підшкірні гематоми), забоями і нескладними пошкодженнями зв'язкового апарату кінцівок.

Широкий доступ до медичної документації створює певні деонтологічні труднощі в забезпеченні лікарської таємниці. Тому всі відомості хворому про стан його здоров'я повинен повідомляти тільки лікуючий лікар. Середньому медичному персоналу давати таку інформацію заборонено.

Направлення хворих для стаціонарного лікування до інших установ може бути за терміновими і звичайними показаннями, проте у будь-якому випадку *лікар поліклініки зобов'язаний:*

- визначити попередній діагноз захворювання і показання до госпіталізації;
- оцінити транспортабельність хворого і здійснити необхідні заходи щодо забезпечення безпеки під час транспортування;

— визначити вид транспорту, на якому хворий може бути евакуйований, і положення хворого в дорозі проходження;

— оформити всю документацію, яка повинна видаватися в поліклініці при напрямі на стаціонарне лікування до іншої лікувальної установи;

Терміновій госпіталізації до хірургічного стаціонару підлягають хворі і постраждалі, що мають наступні симптоми і стани:

- зовнішні і внутрішні кровотечі;
- гостру травму магістральних кровоносних судин або нервових стовбурів;
- проникаючі поранення;
- переломи кісток будь-якої локалізації;
- струси і забої головного мозку;
- шок;
- пневмоторакс, гемоторакс будь-якого походження;
- пошкодження сечостатевого органів;
- гострі захворювання або пошкодження органів черевної порожнини і зачеревного простору навіть у випадках їх підозри;
- ускладнені поверхневі і глибокі панариції;
- глибокі абсцеси і флегмони, карбункули будь-якої локалізації, фурункули голови;
- гострий остеомієліт і артрити;
- чужорідні тіла будь-яких органів;
- злякисні новоутворення будь-якої локалізації;
- дисфагія будь-якого походження;
- гематурія, піурія, гострий орхіт, епідидиміт, простатит;
- опіки і відмороження II—III ст.

Великої уваги і турботи вимагає організація донорства, що має не тільки медичне, але і велике виховне значення. Медичний персонал поліклініки проводить всю підготовчу роботу. Забір крові проводиться тільки у спеціалізованих відділеннях.

Дуже важливим розділом хірургічної роботи є диспансерне спостереження за хворими, що перенесли оперативні втручання, виявленню в процесі медичних оглядів захворювань, що підлягають хірургічному лікуванню (грижі, новоутворення і ін.). Лікар поліклініки виконує значну експертну роботу в якості члена ЛКК, ЛТЕК. Ця діяльність вимагає не тільки відповідної клінічної підготовки, але і знання певних юридичних документів.

Етикою з часів Арістотеля називають науку, предметом якої є визначення етичної цінності людських прагнень і вчинків. Згідно із цим вчинки, що мають позитивну етичну цінність, називають етичними (етичними, гідними, позитивними), а вчинки, позбавлені її, - неетичними (аморальними, негідними). Етика включає сукупність норм поведінки і моралі, унормовує почуття професійного обов'язку, честі, совісті та гідності лікаря. Той, хто одержав звання лікаря, добровільно бере на себе обов'язок бездоганно виконувати ці норми протягом усього життя.

Посилення технократизації медицини, боротьба за її економічну ефективність актуалізують питання біологічної етики та деонтології. При цьому поведінка лікаря біля ліжка хворого, манера спілкування з пацієнтами, взаємодія з родичами хворих, своїми колегами, а також молодшим медичним персоналом набуває вкрай важливого значення.

Слід розуміти, що успіх лікування безпосередньо залежить від здатності лікаря знайти не тільки потрібні професійні рішення, а й налагодити індивідуальний підхід до особистосних проблем кожного пацієнта, до кожного його страху, до кожної надії. Все це набуває особливої актуальності в умовах загальнодоступності довідкової медичної літератури у мережі Інтернет, що часто призводить до формування власного розуміння перебігу захворювання з боку пацієнта, схильності його до самолікування, підвищення інтересу до «альтернативних» методів лікування. В таких умовах особливо важливим слід вважати таке поняття, як милосердя, здатність лікаря до взаємопереживання,

встановлення емоційного контакту з хворим і є найважливішим компонентом успішного лікування хворого. Слід пам'ятати, що посмішка, відкритий, доброзичливий погляд, підбадьорюючий тон позитивно впливають на процес лікування та одужання. Навпаки, сумніви на обличчі, жести невпевненості, тривога у погляді лікаря здатні самі по собі спровокувати у хворого стан стресу й страху.

Клятва Гіппократа

Клянуся Аполлоном, Асклепієм, Гігієною і Панацеєю, і всіма богами і богинями, беручи їх у свідки, виконувати чесно, відповідно до моїх сил і розуміння таку присягу і письмове зобов'язання: поважати особу, що навчила мене лікарського мистецтва, нарівні з моїми батьками і в разі потреби допомагати їй у всьому; її нащадків вважати своїми братами, і це мистецтво, якщо вони захочуть його вивчати, викладати їм безплатно і без будь-якого договору; настанови, усні уроки і все інше в науці передавати своїм синам, синам свого вчителя і учням, пов'язаним зобов'язанням і клятвою за законом медичним, і нікому іншому. Я спрямую режим хворих на їхню вигоду, відповідно до моїх сил і мого розуміння, утримаюся від заподіяння будь-якої шкоди і несправедливості. Я не дам смертельного засобу нікому, хто проситиме його в мене, і не вкажу шляху до такого замислу; так само я не дам ніякій жінці абортивного песарія. Чисто і непорочно провадитиму своє життя і творитиму своє мистецтво. Ні в якому разі я не робитиму витину у хворих на кам'яну недугу, полишаючи це людям, які займаються цією справою. В який би дім я не зайшов, я ввійду туди для користі хворого, далекій від усього зловмисного, неправедного і згубного, особливо від любовних справ з жінками і чоловіками, вільними і рабами.

Що б під час лікування - а також і без лікування - я не побачив і не почув про життя людини, чого не слід коли-небудь розголошувати, я мовчатиму, вважаючи такі речі таємницею. Мені, який непорушно виконує клятву, нехай буде щастя в житті і в мистецтві і слава поміж усіх людей на вічні часи; тому, хто порушить або дасть нещирю клятву, нехай буде протилежне цьому.

В 1948 р. ВООЗ прийняла "Женевську клятву" лікаря, що ґрунтується на клятві Гіппократа. Українські медики взяли на озброєння кращі принципи лікарської етики, а студенти після закінчення навчання під час отримання диплома також дають урочисту обіцянку.

15 червня 1992 р. Президент України видав Указ про Клятву лікаря України

Клятва лікаря України

Набувши професії та усвідомивши важливість обов'язків, що покладаються на мене, в присутності моїх учителів і колег урочисто клянусь: усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, подавати медичну допомогу всім, хто її потребує, незмінно керуватися у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих, визнавати свої помилки, гідно продовжувати благородні традиції світової медицини; зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині, додержувати правил професійної етики, не приховувати правди, якщо це не зашкодить хворому; постійно поглиблювати і вдосконалювати свої знання і вміння, у разі потреби звертатися по допомогу до колег і самому ніколи їм у цьому не відмовляти, бути правдивим щодо колег; власним прикладом сприяти вихованню фізично і морально здорового покоління, утверджувати ідеали милосердя, любові, згоди і взаємоповаги між людьми.

Вірність цій клятві присягаю пронести через усе своє життя.

Складовою медичної етики є деонтологія — вчення про обов'язок медичного працівника (з грец. "deon" — обов'язок, "logos" — навчання, наука), принципи поведінки медика, які мають спрямовуватися на створення найліпших умов для швидкого одужання хворого. Медична деонтологія регламентує діяльність лікаря, фельдшера, акушерки, медичної сестри, студентів-медиків з урахуванням інтересів хворого або потерпілого і має етичні та моральні принципи, елементи правових норм, взаємовідносини медика й хворого, поняття лікарської таємниці, питання колегіальності. Завданням хірургічної

деонтології є стабілізація та збереження психіки хворого у передопераційному і післяопераційному періодах. Хірург разом із середніми медичними працівниками має вселити у хворого надію на одужання, проявити співчуття і високі моральні якості, високопрофесійне виконання лікувально-діагностичних заходів та усунення негативних психоемоційних факторів. Усіх принципів медичної етики й деонтології повинні дотримуватися і студенти - майбутні медичні сестри, акушерки, фельдшери, лікарі. Адже вони, перебуваючи в лікувальному закладі під час занять, безпосередньо спілкуються з медичними працівниками, хворими, виконуючи деякі маніпуляції, процедури. Тому студенти мають бути дуже обережними під час спілкування як між собою, так і з хворими, щоб випадково не порушити лікарську таємницю, не порушити психологічну рівновагу пацієнта, оскільки працю значної кількості медичних працівників можна звести нанівець.

Контрольні запитання з теми:

«Історія Хірургії. Етика та деонтологія в хірургії»

1. Дайте визначення поняттю «Дисципліна хірургія».
2. Назвіть родоначальників хірургії у європейських народів.
3. Хто був засновником перших хірургічних шкіл в Україні.
4. Назвіть першого завідувача кафедри хірургії нашого університету.
5. Роль М.І. Пирогова у розвитку хірургії у царській Росії.
6. Дайте визначення поняття «лікарська етика».
7. Дайте визначення поняття «деонтологія».
8. У чому полягають особливості хірургічної деонтології?
9. Назвіть найважливіші морально-етичні принципи у відносинах лікаря і хворого.
10. Що означає для лікарської практики підтримувати дух співпраці, співдружності, готовність прийти на допомогу один одному.
11. Якими морально-етичними принципами має керуватись хірург у своїй практичній діяльності.

Література.

1. Бобров О.Е. Нехирургические мысли. - Кировоград: Полиум, 2006. – 288с
2. Березницький Я.С., Захараш М.П., Мішалов В.Г. «Хірургія» Том І-ІІІ (книга 1). - Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-УАБ», 2011,- С. 21—74.
3. Грандо А.А., Грандо С.А. Врачебная этика. - К.: Триумф, 1994. - 255 с.
4. Деонтология в медицине / Под-ред. академика Б.В. Петровського: В 2-х т. - М.: Медицина, 1988. — 350 с., 414 с.
5. Ковальчук Л.Я., В.Ф. Саєнко, Г.В. Книшов – Клінічна хірургія. Том І-ІІ, Тернопіль, Укрмедкнига, 2000, 533 с.
6. Ковальчук Л.Я. (Редактор) Хірургія, Тернопіль, Укрмедкнига, 2010, 1060 с.
7. Мішалов В.Г. Практикум з хірургії. Модуль 1-4, Київ, ВІТ-А-ПОЛ, 2012
8. Хірургія: підручник з хірургії / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова. - Т. 1. - Дніпропетровськ: Дніпро-УАБ, 2006. - С. 7—8.
9. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. - 2-ге вид. доповнене. - К.: Здоров'я, 2004. - С. 7-29.

ТЕМА 2. НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ: МІКРОХІРУРГІЧНІ ЕНДОСКОПІЧНІ, ЕНДОВАСКУЛЯРНІ, ЛАЗЕРНІ, УЛЬТРАЗВУКОВІ, ЗВАРЮВАННЯ ТКАНИН, ВИКОРИСТАННЯ ІМПЛАНТАТІВ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

1.Актуальність теми.

Останні три десятиліття двадцятого сторіччя ознаменувалися стрімким впровадженням досягнень фундаментальних і прикладних наук в різні галузі медицини. В даний час важко представити повноцінну діагностику та лікування захворювань внутрішніх органів без застосування високотехнологічних методів інструментальних досліджень, таких як ендоскопія, ультразвукове дослідження, комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія, ангіографія. З їх допомогою можна здійснювати не тільки різні діагностичні процедури, але і малоінвазивні лікувальні заходи без розтину грудної або черевної порожнини. По ефективності лікувальної дії ці втручання аніскільки не поступаються традиційним ("відкритим") оперативним втручанням, а деякі з їх просто неможливо виконати "відкритим" хірургічним шляхом. Цей новий напрям отримав назву малоінвазивної хірургії.

Малоінвазивні оперативні втручання в даний час продовжують інтенсивно розвиватися, удосконалюватися і упродовжуватися в клінічну практику. З впровадженням оперативної ендоскопії багато ендоскопічних операцій практично повністю витіснили традиційні хірургічні втручання. До них відносяться видалення чужорідних тіл, невеликих доброякісних і злоякісних пухлин з бронхів, стравоходу, шлункової кишки, папілостомиї і видалення каменів із загальної жовчної протоки при жовчнокам'яній хворобі, установка ендопротезів (стентів) при протяжних стриктурах загальної жовчної протоки, розпрямлення завороту сигмовидної кишки при гострій кишковій непрохідності.

Останніми роками малоінвазивна хірургія розвивається по двох основних напрямках — відеоендоскопічна хірургія і інтервенційна радіологія-оперативні втручання під контролем комп'ютерної томографії і ангіографії. В даний час замість комп'ютерної томографії в більшості випадків використовують ультразвукове дослідження, яке є дешевшим, виключає променеве навантаження і може бути багато разів використано в процесі лікування.

2.Конкретні цілі.

2.1.Знати:

- Анатомо-фізіологічні данні про магістральні судини та органи грудної та черевної порожнини;
- Етіологію та патогенез захворювань легень, плеври, органів межістіння, магістральних судин, органів черевної порожнини;

- Показання до застосування УЗД, МРТ, КТ, ендоскопічних, ендovasкулярних та лапароскопічних методів обстеження та лікування хворих;
- Показання та можливості використання сучасних ендоскопічних, променевих та ендovasкулярних технологій при діагностиці та лікуванні захворювань людини;

2.2.Вміти:

- На підставі попереднього діагнозу призначити хворому ендоскопічне, лапароскопічне, променеве або ендovasкулярне обстеження;
- Визначити тактику обстеження і лікування хворого та призначити необхідний об'єм сучасних інструментальних та променевих методів обстеження;
- Оцінити результати сучасних ендоскопічних, променевих та ендovasкулярних методів обстеження;
- Визначити показання до малоінвазивних оперативних втручань, призначити передопераційну підготовку;

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та прогнозувати ймовірність виникнення ускладнень у пацієнтів при застосуванні певних високотехнологічних методів діагностики та лікування.

2.4.Виховні цілі: Сформулювати уявлення про вплив високих технологій на підвищення ефективності лікування хворих, формування лікаря високого професійного рівня, навчання деонтологічним принципам поведінки з хворими, виховання професійної відповідальності за результати обстеження та лікування хворих.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Уміти
<p>1.Раніше вивчені дисципліни</p> <p>Анатомія людини</p> <p>Гістологія</p> <p>Нормальна фізіологія</p> <p>Патологічна фізіологія</p> <p>Патологічна анатомія</p> <p>Пропедевтика внутрішніх хвороб</p>	<p>Топографія та анатомія крупних судин, органів черевної порожнини, грудної клітки та межістіння</p> <p>Гістологічна будова порожнистих, паренхиматозних органів, судин</p> <p>Патофізіологічні та патоморфологічні механізми захворювань судин, органів черевної порожнини, грудної клітки та межістіння.</p> <p>Клінічні прояви та методи інструментальної діагностики захворювань судин, органів черевної порожнини, грудної клітки та межістіння.</p>	
<p>2. Дисципліни, що вивчатимуться паралельно</p> <p>Госпітальна терапія</p> <p>Дитяча хірургія</p>	<p>Діагностика та консервативне лікування захворювань судин, органів черевної порожнини, грудної клітки та межістіння</p> <p>Особливості діагностики та лікування захворювань судин, органів черевної порожнини, грудної клітки та межістіння у дітей</p>	<p>Призначити сучасні високотехнологічні методи обстеження для верифікації діагнозу</p>
<p>3.Внутрішньопрямованна інтеграція</p>	<p>Показання до хірургічного лікування захворювань судин, органів черевної порожнини, грудної</p>	<p>Вміти диференційовано призначити „традиційні” або малоінвазивні методи діагностики та лікування хворих</p>

	клітки та межистіння	
--	----------------------	--

4. План і організаційна структура заняття

<i>№ з/п</i>	Етапи заняття	Розподіл часу (хв)	Види контролю (плануються відповідно до мети заняття в цілому та окремих його етапів, обговорюються і затверджуються на метод нараді кафедри)	Засоби (об'єкти) навчання (об'єкти, які використовуються в навчальному процесі як носії інформації та інструменти діяльності викладача і студента)
	1	2	3	4
I	Підготовчий етап	30		
<i>I.1</i>	Організація заняття	3		
<i>I.2</i>	Визначення конкретної мети і створення позитивної пізнавальної мотивації.	2		Навчально-методичні матеріали: підручники, посібники, довідники, атласи, методичні рекомендації, карти орієнтовної основи дії (ООД), як інструкції в процесі засвоєння практичних навичок та формування вмінь, алгоритми, протоколи обстежень, стандарти лікування, практичні завдання, стандартизовані переліки питань для усного та письмового опитування, історії хвороби тематичних хворих та безпосередня робота з ними, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Обладнання,

				муляжі, фантоми, комп'ютери з відповідним інформаційним забезпеченням, електронні довідники тощо.
1.3	Відповіді на запитання студентів, які виникли під час СРС, виставлення відповідної оцінки	5		
1.4	Контроль початкового рівня підготовки (теоретичної і практичної по темі заняття за результатами СРС, виставлення відповідної оцінки).	20	1.Тестовий контроль (бланковий або комп'ютерний). 2.Письмове або усне опитування за стандартизованими переліками питань.	
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	142	Практичний тренінг, контроль практичних навичок та професійних умінь в т.ч. оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень, проведення диференційної діагностики, встановлення діагнозу, призначення лікування та надання медичних рекомендацій хворому. Контроль уміння виконувати медичні маніпуляції.	
2.1	Курація пацієнтів	72		
2.2	Опанування професійних вмінь та навичок	30		
2.3	Проведення лабораторних та інструментальних досліджень	20		
2.4	Інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних досліджень за темою заняття.	20		
3.	Заключний етап	53		
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.	15	1.Вирішення системи задач з нетиповими та ускладненими ситуаціями, що наближені до практики. 2.Тестовий контроль III рівня. 3.Ділові (рольові) ігри.	
3.2	Перевірка СРС	30	Перевірка правильності розв'язання тестів та задач	Зошити для самостійної роботи студентів
3.3	Загальна оцінка	5 хв.		

	навчальної діяльності студентів за результатами їх роботи протягом трьох етапів.			
3.4	Інформування студентів про тему наступного заняття, конкретні завдання для самостійної поза аудиторної роботи, в т.ч. творчі та індивідуальні, що мають обов'язково перевіритись на першому етапі наступного заняття.	5 хв.		

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків потемі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з ургентними хірургічними захворюваннями органів грудної та черевної порожнини		+	
2.	Проводити фізикальне обстеження пацієнтів			+
3.	Виконувати бронохоскопію	+		
4.	Виконувати езофагоскопію	+		
5.	Оцінювати результати комп'ютерної томографії			+
6.	Оцінювати результати інструментальних методів дослідження (рентгенсндоваскулярних, лапароскопічних)			+
7.	Проводити диференційну діагностику захворювань органів грудної та черевної порожнини		+	
8.	Визначати лікувальну тактику при хірургічних захворюваннях органів грудної та черевної		+	

порожнини			
-----------	--	--	--

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Будову, технічні, діагностичні та лікувальні можливості лапароскопічної стійки	Вивчити з яких структурних частин складається типова лапароскопічна стійка, їх призначення, технічні можливості, принцип роботи.	
2. Будову, технічні, діагностичні та лікувальні можливості ендовідеоскопічної стійки	вивчити структуру, принцип роботи, технічні та діагностичні можливості ендовідеоскопічної стійки, види оперативних втручань, що на ній виконуються.	
3. Принцип дії, оснащення, що застосовується в рентгенендоваскулярній хірургії	Вивчити принцип дії, покази до застосування, діагностичні та лікувальні можливості рентгенендоваскулярної хірургії, отримати уявлення про застосовувану для цього апаратуру.	
4. Отримати уявлення про сучасні принципи електрохірургічного гемостазу.	Вивчити принцип дії та основні моделі сучасних електрохірургічних генераторів – діатермокоагуляторів, УВЧ- та НВЧ-коагуляторів, отримати уявлення про їх технічні можливості.	

5. Принцип електрозварювання біологічних тканин.	Отримати уявлення про можливості електрозварювання біологічних тканин та застосовувати для цього апаратуру.	
6. Застосування лазерів в медицині.	Отримати уявлення про види сучасних лазерів, сферу їх застосування в медицині, їх лікувальні можливості.	
7. Принципи інтервенційної ультразвукової хірургії	Отримати уявлення про види оперативних втручань, що виконуються під ультразвуковим контролем	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Вивчити сучасні висовотехнологічні види діагностики в медицині.	Бронхоскопія	-Стан слизової оболонки (колір, судинний малюнок), наявність патологічних утворень – виразок, поліпів, новоутворень, домішок – крові, слизу, гною.
	Езофагоскопія	-Стан слизової оболонки (колір, судинний малюнок), наявність патологічних утворень – виразок, поліпів, новоутворень, домішок – крові, слизу, гною.
	Медіастіноскопія	-Метод формування порожнини в медіастинумі, стан органів верхнього межистіння.
	Рентгенологічне дослідження стравоходу	-Інформативний метод виявлення доброякісних та злоякісних новоутворень стравоходу, оцінки функції кардіального сфінктеру, інформативний при наявності об'ємних процесів о межистінні.
	Комп'ютерна томографія	- вивчити діагностичні можливості КТ, її переваги та недоліки, ефект контрастування, види контрастів, принципи та правила контрастування.

	Магнітно-резонансна томографія	- вивчити діагностичні можливості МРТ, її переваги та недоліки, ефект контрастування, поняття МРТ-холангіографія.
Вивчити сучасні високотехнологічні методи виконання хірургічних втручань.	Лапароскопічна хірургія	-вивчити принцип виконання лапароскопічних втручань, будову та принцип дії сучасного лапароскопічного комплексу, принципи обробки тканин, види гемостазу, показання та протипоказання до виконання лапароскопічних втручань у плановій та ургентній хірургії.
	Ендовідеоскопічна хірургія	- вивчити будову відеоендоскопічної стійки, будову та принцип роботи сучасних операційних фіброгастроуденоскопів, види оперативних втручань, принципи ендоскопічного гемостазу;
	Рентгенендоваскулярна хірургія	- вивчити сучасні можливості ендоваскулярних втручань, показання до їх виконання, принципи катетеризації магістральних судин та порожнини серця, види стентів.
	Поняття про сучасній хірургічний гемостаз	- вивчити принципи гемостазу в сучасній хірургії, види генераторів (діатермокоагулятори, ультральтразвукові дисектори, лігашу, електрозварювання біологічних тканин)
	Інтервенційна ультразвукова хірургія	- принципи виконання оперативних втручань під ультразвуковим контролем, показання та протипоказання до їх виконання.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап– має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
--------	------------

Томографія	(від двох грецьких слів які окремо в перекладі означають перше — шматок або шар і друге — пишу або зображаю) — метод дослідження, який полягає в отриманні зображень окремих шарів (перерізів) досліджуваного об'єкта.
Лапароскопія	(від греч.(грецький) lapára — пах, черево і skoréō — дивлюся), діагностичний огляд черевної порожнини і її органів через прокол черевної стінки оптичним приладом — лапароскопом.
Рентгеноваскулярна хірургія	хірургічні втручання, що проводяться на кровоносних судинах черезшкірним доступом під контролем методів променевої візуалізації
Хірургічний пневмоперитонеум	введення газу в черевну порожнину з метою елевації передньої черевної стінки при виконанні лапароскопічних операцій.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Що означає термін лапароскопія?
2. З яких частин складається сучасний лапароскопічний комплекс?
3. Які Вам відомі способи елевації передньої черевної стінки в лапароскопічній хірургії?
4. Назвіть покази до діагностичної лапароскопії?
5. Які Вам відомі види лапароскопічних оперативних втручань?
6. Перерахуйте протипокази до проведення лапароскопії.
7. Особливості гемостазу в лапароскопічній хірургії.
8. Назвіть специфічні ускладнення лапароскопічної хірургії.
9. Назвіть діагностичні та лікувальні можливості фіброгастродуоденоскопії.
10. Роль ФГДС в діагностиці та лікуванні шлунково-кишкових кровотеч. Назвіть сучасні способи ендоскопічного гемостазу.
11. Види ендоскопічних операцій при захворюваннях гепатопанкреатобіліарної сфери.
12. Покази до ендоскопічної папілосфінктеротомії.

13. Назвіть відомі вам ендоскопічні оперативні втручання при холедохолітазі.
14. Покази та техніка виконання ендоскопічної поліпектомії.
15. Опишіть відомі вам способи катереризації магістральних судин та поожнин серця.
16. Покази на методика проведення стентування коронарних судин, види стентів.
17. Поняття про електрозварювання біологічних тканин.
18. Поняття про інтервенційне УЗД

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Прийняти участь у рентгенологічному дослідженні грудної клітки.
2. Прийняти участь у бронхоскопії.
3. Прийняти участь у езофагоскопії.
4. Прийняти участь у рентгенологічному дослідженні стравоходу.
5. Оцінити результати комп'ютерної томографії.
6. Оцінити результати магнітнорезонансної томографії.
7. Оцінити результати МРТ-холангіографії.
8. Визначити показники до оперативних втручань гепатопанкреатобіліарної сфери.
9. Переглянувши відеозапис діагностичної лапароскопії оцінити її результат та встановити наявність патології.
10. Встановити покази та пртипокази до лапароскопічної холецистектомії.
11. Відеоаситенція на лапарсокопічній апендектомії.
12. Переглянувши відеозапис відеофіброгастродуоденоскопії встановити причину кровотечі, запропонувати спосіб досягнення гемостазу.
13. Оцінити результати коронарографії, встановити покази до стентування коронарних артерій.
14. Ознайомитись з апаратурою для електрозварювання біологічних тканин.

6.4. Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

6.5.Лапароскопічна хірургія

Визначення	Медіастиніт - це гнійне запалення клітковини межистіння.
Історія розвитку	<p>До 90-х років лапароскопія використовувалася виключно в діагностичних цілях при закритій травмі живота, визначенні стадії онкологічних захворювань органів черевної порожнини, неясному діагнозі або для узяття біопсії (з печінки або абдомінальних лімфатичних вузлів, інших органів черевної порожнини).</p> <p>Перша лапароскопічна операція — апендектомія — була виконана німецьким гінекологом Куртом Семмом (Semm) в 1983 р. Проте в той час вона не отримала розповсюдження з огляду на те, що всі маніпуляції за допомогою спеціальних лапароскопічних інструментів здійснювалися під контролем звичайного лапароскопа, що було пов'язане із значними незручностями. Справжній бум у розвитку ендоскопічної хірургії почався після того, як лапароскоп був оснащений мініатюрною відеокамерою, що дозволяло спостерігати операційне поле на екрані відеомонітора. Першою відеоендоскопічною операцією — лапароскопічною холецистектомією — виконана французьким хірургом F. Mouret у 1987 р. У подальші декілька років лапароскопічна холецистектомія почала широко застосовуватися у різних клініках на всіх континентах. У 2003 р. в США було виконано близько мільйона таких операцій. Саме технічні успіхи і блискучі безпосередні результати стали могутнім стимулом розвитку інших відеолапароскопічних втручань. Так, більшість абдомінальних операцій (включаючи і такі складні як резекція шлунку, гастректомія, селективна проксимальна ваготомія (СПВ), резекція підшлункової залози, колектомія і ін.) можуть бути виконані за допомогою відеолапароскопічної техніки, про що свідчать численні публікації у вітчизняній і зарубіжній літературі. Ендоскопічна хірургія є технологічно залежним напрямом, оскільки клінічне застосування методу безпосередньо пов'язане з оснащенням операційної, використанням спеціальних мініатюрних хірургічних інструментів, устаткування.</p>
Лапароскопічне обладнання	<p>Набір апаратури і інструментів, необхідний для виконання будь-якої відеолапароскопічної операції можна розділити на 3 основних групи.</p> <p>1. Оптичне устаткування. У цей набір входить 10-міліметровий лапароскоп з приєднаною до нього мініатюрною відеокамерою, джерелом світла приєднане до лапароскопа, один або два відеомонітори, наякі за допомогою відеокамери передається зображення операційного поля. Всі хірургічні</p>

	<p>маніпуляції оператор і його асистенти виконуютьорієнтууючись на екранне зображення на моніторах. Крім тогозазвичай використовують відеомагнітофон для запису з монітора ходу всієї операції.</p> <p>2. Устаткування для забезпечення доступу до черевної порожнини. До нього відносятьсяінсуфлятор газу в черевну порожнину, приєднаний до балона згазом, і троакари різного діаметру, через які вводять інструменти.Пневмоперитонеум накладають за допомогою спеціальної атравматичноїголки (голка Вереша). Інсуфлятор забезпечує автоматичну подачу газуу черевну порожнину залежно від величини внутрішньочеревного тиску.Якщо воно перевищує певний показник, введення газу припиняється.Після накладення пневмоперитонеуму, для чого використовується вуглекислийгаз, в черевну порожнину вводять лапароскоп і оглядають органичеревній порожнині. Тільки після цього під контролем зору вводять троакари.У просвіті троакара є спеціальний кульковий клапан, що дозволяєбезперешкодно вводити через його просвіт різні інструменти,але перешкоджає виходженню газу з черевної порожнини.</p> <p>3. Набір лапароскопічних хірургічних інструментів. Зазвичай до ньоговходять мініатюрні затискувачі, дисектор, гачок для розтину і коагуляціїтканин, ножиці, атравматичні голки і голкотримач, інструментдля накладення на кровonosні судини металевих кліпс, ендоскопічнізшиваючі апарати, пластиковий мішок для приміщення в ньоговидаленого органу, наконечник електровідсмоктувача. Залежно від типу операціїкількість інструментів в наборі можна розширювати або, навпакискорочувати.</p>
Протипоказан ня до лапароскопії	<p>Протипоказання до виконання лапароскопічних операцій по мірівдосконалення техніки їх виконання і розробки нових інструментівпоступово звужуються. В основному це стосується відноснихпротипоказань.До абсолютних протипоказань відносять різні види некорригованихкоагулопатій, геморагічний шок, захворювання серця, що супроводжуютьсявираженою недостатністю кровообігу, бронхообструктивні захворювання легенів з дихальною недостатністю, поширенийгнійний перитоніт, вагітність, численні оперативнівтручання на органах черевної порожнини в анамнезі, тонкокишковунепрохідність з різким здуттям кишкових петель, спайкова хвороба,супутні захворювання, що вимагають виконання лапаротомії.Відносні протипоказання так чітко не визначені і залежать віддосвіду і майстерності хірурга, технічної оснащеності операційної.Серед них найчастіше називають місцевий дифузний перитоніт,</p>

	запущені онкологічні захворювання органів черевної порожнини, крайні ступені ожиріння, а також протипоказання для проведення загального знеболення.
Переваги лапароскопії	<p>До них відносяться:</p> <ul style="list-style-type: none"> • менший ступінь вираженості больових відчуттів після операції • зниження витрати знеболюючих засобів • коротший термін перебування в стаціонарі після операції швидке повернення до звичного життя і праці • гарний косметичний ефект • низька частота післяопераційних гриж.
Види лапароскопічних оперативних втручань	<p>Як вже наголошувалося, круг оперативних втручань, виконуваних лапароскопічно, досить широкий. Їх можна розділити на 2 основні групи. До першої групи відносяться загальноприйняті операції, використовувани частіше, чим "відкриті".</p> <p>Холецистектомія. У більшості лікувальних установ лапароскопічна холецистектомія витіснила "традиційну". Її виконують не тільки при хронічному, але і при гострому холециститі, у тому числі і деструктивному. Летальність при плановому втручанні коливається від 0 до декількох сотих доль відсотка; у досвідчених руках операція закінчується лапаротомією приблизно в 3 % випадків (у зв'язку з технічними труднощами). При екстрених операціях цей показник в кілька разів вище. За даними світової статистики, на початку 90-х років частота пошкоджень позапечінкових жовчних шляхів склала близько 0,6 %, що в 3-7 разів вище, ніж при відкритій "традиційній" операції; в кінці 90-х років цей показник став практично однаковим при обох способах оперативного втручання. Під час лапароскопічної операції при підозрі на холедохолітаз виконують інтраопераційну холангіографію за допомогою спеціальної канюлі. Якщо діагноз підтверджується, вдаються до ендоскопічної папілотомії з видаленням конкрементів за допомогою інструментів. В стадії розробки знаходяться операції лапароскопічного накладання біліодигестивних анастомозів.</p> <p>Апендектомія є досить простою лапароскопічною операцією. Її застосування допустиме при місцевому дифузному перитоніті, обмеженому правою клубовою областю, з обов'язковим промиванням і дренажуванням цієї зони в кінці операції. Попорівнянню з "відкритою" методикою лапароскопічна апендектомія супроводжується меншим числом нагноєнь післяопераційної рани. Інші переваги лапароскопічних</p>

операцій при даному типі втручання невеликі, що обумовлене невеликим по протяжності лапаротомним доступом.

Пахова **герніопластика** в технічному відношенні значно відрізняється від традиційних методів. Сенс її полягає в укріпті медіальної латеральною пахових ямок синтетичною сіткою. Враховуючи відносно недовгі терміни віддалених спостережень після втручання, судити про частоту рецидивів гриж досить складно. За попередніми даними при використанні лапароскопічної імплантації синтетичної сітки рецидиви виникають не більше ніж у 2 % випадків.

Фундоплікація при діафрагмальних грижах, що поєднуються з вираженим стравохідно-шлунковим рефлюксом, виконується в різних модифікаціях і її суть принципово не відрізняється від традиційної методики. Частіше використовуються спосіб Ніссена, результати якого не поступаються результатам "відкритої" операції. Протипоказаннями до виконання лапароскопічної операції є укорочення стравоходу і попередні втручання на шлунку.

Ваготомія. З різних варіантів ваготомії (стволова, селективна проксимальна) лапароскопічна селективна проксимальна ваготомія є найбільш складною, у зв'язку з чим ризик неповного перетину гілок блукаючого нерва і рецидиву виразки вельми високий. Тому зазвичай використовують задню ствову ваготомію в комбінації з передньою селективною проксимальною ваготомією (селективний перетин секреторних гілок переднього блукаючого нерва, що йдуть до секреторної зони шлунку), або з передньою сероміотомією. За попередніми даними, частота рецидивів виразки після різних варіантів лапароскопічної ваготомії не перевищує 5 %. Проте остаточно думка про ефективність методу може бути винесена при накопиченні значного числа спостережень захворими у віддалені (більше 5 років) терміни після оперативного втручання, оскільки у деяких хворих рецидиви виразкової хвороби виникають пізні терміни.

Спленектомія використовується як радикальний або паліативний метод лікування ряду гематологічних захворювань. Основними протипоказаннями є значне збільшення селезінки і виражені порушення в коагулограмі. Селезінку виводять з черевної порожнини, провівши мінілапаротомію з розрізом завдовжки близько 5—6 см, або за допомогою спеціального пристрою, що дозволяє подрібнити орган до гомогенної маси, а потім помістити до пластикового мішку і видалити.

Адреналектомія виконується зазвичай в спеціалізованих хірургічних ендокринологічних центрах. Починаючи з середини 90-х років операція міцно увійшла до хірургічної практики даних

клінік: доступ —трансабдомінальний, або ретроперітонеальний з використанням пластикового мішка-еспандера (розширювача) з метою створення простору для введення газу.

Резекція товстої кишки при доброякісних і злоякісних захворюваннях (дифузний сімейний поліпоз, дивертикульоз, хвороба Крону, ракові пухлини) виконується в двох варіантах: повністю лапароскопічні з накладенням міжкишкового анастомозу за допомогою зшиваючого апарату, введеного через анальний отвір, або з формуванням міжкишкового анастомозу через невеликий (3—7 см) розріз на передній черевній стінці по звичайній методиці.

При ранніх стадіях раку ободової кишки лапароскопічне видалення товстої кишки цілком допустимо. При проростанні пухлини за межі серозного покриву, мабуть, така методика недоцільна, оскільки вельми високий ризик дисемінації пухлини по очеревині, а також імплантація кліток пухлини в місцях введення троакарів.

Адгезіолізис — розтин спайок при гострій спайковій кишкової непрохідності. Операцію виконують за відсутності вираженого здуття петель тонкої і товстої кишки. Протипоказанням є також спайкова хвороба. При цьому ризик пошкодження кишечнику під час накладання пневмоперитонеуму, або введення троакарів до черевної порожнини зростає у багато разів.

При неоперабельних злоякісних новоутвореннях стравоходу і кардіального відділу шлунку досить широке розповсюдження отримала лапароскопічна гастростомія і єюностомія.

До другої групи відноситься досить широкий круг лапароскопічних втручань. Ушивання перфоративної виразки шлунку або дванадцятипалої кишки виконання якого найдоцільніше у хворих молодого віку з "безсимптомними" виразками. Адекватне дренивання черевної порожнини виконують аналогічно дрениванню при "відкритій" методиці. Дистальну резекцію підшлункової залози проводять при доброякісних новоутвореннях (найчастіше при нейроендокринних пухлинах, рідше — при початкових стадіях раку). Резекція шлунку при виразковій хворобі і ранньому раку шлунку проводиться як і по "відкритій" методиці, з видаленням всіх регіонарних лімфатичних вузлів. Гастроєюнальний анастомоз формують ендокорпорально, але за допомогою зшиваючих апаратів. Для видалення резектованого шлунку, використовують міні лапаротомію. Езофагокардіотомія при ахалазії кардії проводиться по звичайній методиці. Для фундоплекції використовують спосіб Ніссена (запобігання

	<p>шлунково-стравохідному рефлюксу).Лапароскопічні методики використовують при екстірпації прямої кишки при раку. При цьому забезпечується навіть повніший огляд органів тазу, чим при традиційній методиці.Видаляють пряму кишку через промежинний доступ. Колостому формують, проводячи мінілапаротомію.</p> <p>По мірі розвитку сучасних технологій список лапароскопічних операцій збільшується, вже лапароскопічно виконується резекція печінки, обширна резекція підшлункової залози при раку.</p> <p>До специфічних ускладнень лапароскопічних операцій відносяться пошкодження внутрішніх органів, обумовлені дефектами в техніці введення троакарів, а також газова емболія, гіперкапнія, респіраторний ацидоз, підшкірна емфізема. Друга група ускладнень може розвиватись при використанні так званої безгазової методики лапароскопічних втручань. При цьому адекватний повітряний простір в черевній порожнині, що забезпечує різні маніпуляції на органах черевної порожнини, створюють, застосовуючи спеціальні підйомники черевної стінки (лапароліфтинг). Недоліки лапароскопічної хірургії полягають в дорожчій устаткуванні, а також у проблемі, пов'язаній з навчанням хірургів.</p>
<p>Поняття про мініінвазивні ендобіліарну хірургію</p>	<p>Практично всі оперативні втручання у даній групі пацієнтів виконують в спеціальній операційній з рентгенівським устаткуванням.</p> <p>Абсцеси печінки. Тривалий час єдиним способом лікування бактерійних абсцесів печінки була операція лапаротомії і дренирування гнійних порожнин. Останніми роками дренирування абсцесів проводять за допомогою пункції і дренирування їх під контролем ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії з подальшим відмиванням вмісту гнійника розчинами антисептиків. Одночасно призначають антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікробної флори вмісту абсцесу до антибіотиків. При множинних абсцесах (найчастіше холангіогенних) пунктують і дрениують найбільші з них. Подібна тактика дозволяє більш ніж в 2 рази знизити післяопераційну діяльність і кількість ускладнень.</p> <p>Непаразитарні (прості) кісти печінки. В даний час операцією вибору в лікуванні хворих з простими кістами печінки є їх пункція і дренирування під контролем ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії з подальшою склеротерапією, метою якої є індукція асептичного некрозу епітеліальної вистилки кісти для поступової облітерації її порожнини на тлі через шкірного дренирування. Як склерозантов</p>

використовують абсолютний спирт. При невеликих кістах (діаметром не більш 3—4 см) буває достатньо одноразової пункції і експозиціясклерозуючого розчину протягом 10 хв. При кістах більшого діаметрунеобхідне зовнішнє дренажування. Подібна методика використовується іпри гігантських кістах печінки (діаметром 15—20 см і більш), що дозволяєуникнути досить складних в технічному відношенні "відкритих" оперативнихвтручань.

Ехінококоз печінки. Як відомо, загальноприйнятим способом лікуванняехінококозу печінки є традиційний хірургічний. У останніроки використовується малоінвазивна техніка. Суть її полягає в наступному. Спочаткупід контролем УЗД або КТ проводять пункцію кісти, аспірують її вміст і відправляють на термінове мікроскопічне дослідженняпри якому виявляють живі протосколекси паразита. Потіму порожнину кісти вводять проти паразитарний препарат (20—30 % розчиннатрію хлориду або концентрований розчин гліцерину). Після 10-15-хвилинній експозиції розчин аспірують і знов піддають мікроскопічному дослідженню. Виявлення в розчині загиблих протосколексів свідчить про адекватну протипаразитарну діюпрепарату. Операцію завершують зовнішнім дренажуванням порожнини кісти.Через декілька днів по металевому провіднику в порожнину кісти послідовновводять дренажі більшого діаметру для повноцінної аспіраціїфрагментованої хітинової оболонки через холедохоскоп, введенийчерез дренажну трубку. При загиблому ехінококу, що містить густий в'язкий детрит, а також прикальцинозі його стінок малоінвазивна техніка операції протипоказана.

Первинний і вторинний рак печінки. Для лікування хворих з первинним гепатоцелюлярним раком або метастатичним ураженням печінки застосовуютьчерез шкірну алкоголізацію пухлинних вузлів. З цією метою під контролемУЗД в периферичні відділи пухлини вводять абсолютний спирт (3—5 мл) — тканина пухлини разом з судинами, що живлять її, некротизується.У подальшому некроз розповсюджується і на центральні зони новоутвореннявідбуваються частковий регрес пухлини.Нерідко цю методику поєднують з хіміоемболізацією гілок печінкової артеріїщо збільшує тривалість життя пацієнтів.

Гострий холецистит. Широкого поширення набула операція холецистостомії під контролем УЗД у осіб літнього і старечого віку.Вона дозволяє швидко усунути запальний процес і підготуватипацієнта для планової операції.

Рубцева стриктура дистального відділу загальної жовчної протоки. У більшостівипадків ефективною є ендоскопічна

	<p>папілосфінктеротомія. Проте при протяжних стриктурах (більше 2 см) дана операція непридатна. При механічній жовтяниці і наявності протипоказань до виконання реконструктивної операції удаються до малоінвазивного втручання — зовнішньо-внутрішньому дрениванню жовчних шляхів. Для цього під контролем УЗД пунктують розширену внутрішньопечінкову жовчну протоку і проводять холангіографію. Далі поступово під контролем рентгенівського екрану проводять через звужену ділянку протоки в дванадцятипалу кишку металевий провідник, по якому проводять пластиковий дренаж з множинними бічними отворами на його дистальному кінці таким чином, що частина отворів залишається у розширеній частині загальної жовчної протоки, інша частина - в дванадцятипалій кишці. Це забезпечує нормальний відтік жовчі по дренажу у просвіт кишки. Через проксимальний кінець дренаж фіксований до шкіри, в післяопераційному періоді промивають розчинами антисептиків для попередження оклюзії бічних отворів. Через декілька місяців дренаж можна витягувати, якщо в зоні раніше звуженої загальної жовчної протоки утворюється добре сформований канал.</p> <p>Рубцева стриктура гепатікохоледоха або біліодигестивного співустя. У цих ситуаціях можна використовувати як традиційне лікування (реконструктивна операція), так і малоінвазивну методику дилатації жовчної протоки (біліодигестивне співустя). Реконструктивні операції достатньо складні в технічному відношенні, супроводжуються ускладненнями у післяопераційному періоді. Після пункції внутрішньопечінкової протоки під контролем УЗІ і холангіографії виконують балонну дилатацію звуженої ділянки позапечінкової жовчної протоки (або біліодигестивного співустя). Ефективність процедури контролюють за допомогою рентгеноскопії і потім дрениують жовчні шляхи наружньо-внутрішнім дренажем. Через декілька місяців після формування достатньо широкого каналу дренаж видаляють. Крім того, зовнішньо-внутрішнє дренивання жовчних шляхів застосовують при лікуванні цілого ряду захворювань, що супроводжуються механічною жовтяницею (рак поза печінкових жовчних проток, головки підшлункової залози, великого дуоденального сосочка).</p>
<p>Поняття про рентгеноскопію</p>	<p>Даний напрям малоінвазивної хірургії розвивається в основному в двох напрямках - ендovasкулярна хірургія і через шкірне введення різних інструментів (дренажів, катетерів, ендопротезів, балонних дилататорів і т. п.) у просвіт порожнистих, паренхіматозних органів, черевної порожнини або</p>

вивідні протоки (найчастіше жовчовивідні шляхи печінки).

Оперативні втручання, що виконуються за допомогою інтервенційної радіології, можна розділити на наступні групи: - відновлення просвіту звужених трубчастих структур (артерій, жовчовивідних шляхів, різних відділів шлунково-кишкового тракту); - дренажування порожнинних утворень у внутрішніх органах; оклюзія просвіту судин. Ендоваскулярна хірургія як галузь сучасної хірургії почала розвиватися у 60-х роках ХХ сторіччя. Перша операція черезшкірного бужування обмеженого атеросклерозного стенозу підколінної артерії під контролем ангиографії вперше була виконана С. Dotter і М. Judkins у 1964 р. Розширення ураженої артерії проводили за допомогою коаксіальних тфлюнових катетерів. Проте найбільше розповсюдження операція отримала після винаходу А. Gruntzig у 1974 р. двопросвітної балонної катетера, що дозволяє під контролем ангиографічного дослідження проводити прецизійне розширення звужених ділянок уражених артерій. Суть методу балонної дилатації (балонної ангиопластики) стенозів артеріальних судин полягає в наступному. Спочатку за допомогою ангиографічного дослідження судинного русла оцінюють можливість і доцільність застосування балонної ангиопластики. Зазвичай операцію виконують при обмеженому звуженні артерії, протяжністю 1—3 см, і хорошою прохідністю артерій дистальніше місця стенозу. В зону стенозу вводять двопросвітний балон-катетер у не надуту стані (зовнішній його діаметр рівний 1,5-2,3 мм). Після цього за допомогою спеціальних шприців під контролем манометрії нагнітають в просвіт балона рідину під тиском 10-15 атм. При цьому відбувається рівномірний тиск на стінки звуженої судини по всьому колу. У більшості хворих вдається добитися значного розширення і навіть повного відновлення нормального просвіту ураженої артерії. При рестенозі у віддалені терміни після операції можливо повторне застосування балонної ангиопластики. Перевагами даної малоінвазивної операції є атравматичність, рідкі післяопераційні ускладнення, відсутність цілого ряду місцевих і загальних ускладнень, властивих "відкритим" втручанням, нетривалий час перебування хворого у стаціонарі. У теперешній час для поліпшення віддалених результатів балонної ангиопластики, особливо у хворих із стриктурами на протягу, дану процедуру доповнюють ендопротезуванням (стентуванням) ураженого відділу судинного русла. Металевий стент в спавшомуся стані за допомогою металевого провідника через прокол у верхній частині стегнової артерії під контролем ангиографії вводять до ураженої судини. Потім металевий ажурний стент розкривають в просвіті артерії,

тим самим розширюючи її просвіт до необхідного діаметру. Існують два види стентів: що саморозширюються після видалення металевого провідника і стенти, що розпрямляються у просвіті судини за допомогою ендovasкулярного балона.

Найчастіше балонну ангіопластику у поєднанні з ендопротезуванням або без нього застосовують для лікування ішемічної хвороби серця. У багатьох хворих ангіопластика є альтернативою операції аортокоронарного шунтування. Можливе застосування дилатації і стентування одночасно декілька коронарних артерій. При гострому інфаркті міокарду методика перевершує по своїй ефективності результати тромболітичної терапії. Виконані по суворим показанням балонна дилатація і стентування коронарних артерій дозволяють уникнути серйозних ускладнень і операцій, пов'язаних з широкою торакотомією або стернотомією, використанням апарату штучного кровообігу. При цьому істотно скорочується тривалість перебування хворого в стаціонарі і час фізичної і соціальної реабілітації.

Мітральний порок серця. Малоінвазивне втручання застосовують при невираженому клапанному і підклапанному кальцинозі, відсутності критичного стенозу мітрального клапана і ознак його поєднаної недостатності. Балонну дилатацію звуженого мітрального клапана здійснюють під контролем рентгенотелебачення і ангіографічного дослідження. Вказаний спосіб не поступається по своїй ефективності операцією комісуротомії.

Атеросклеротичний стеноз клубових артерій. Малоінвазивне втручання виконують як при односторонньому, так і при двосторонньому ураженні загальної або зовнішньої клубової артерії. Кращі результати отримують при односторонній патології.

Ангіопластика при вазоренальній гіпертензії. У цих випадках хороша прохідність клубових артерій виявляється у 80—90 % хворих при 5-річному терміні спостереження.

Атеросклерозний стеноз артерій стегенно-підколіного сегменту. Показанням до ендovasкулярної дилатації і стентування судин є непротяжний стеноз артерії при збереженій прохідності відділів судинного русла, що розташовані дистальніше. Проте віддалені результати операції виконаною за строгими свідченнями, вельми сприятливі: при 5-річному терміні спостереження у 60—70 % хворих наголошується хороша прохідність судин в зоні операції

Вазоренальна гіпертензія. Як відомо, найбільш частими причинами розвитку вазоренальної гіпертензії є атеросклеротичний стеноз або оклюзія ниркових артерій, а також

їх фібромускулярна дисплазія. І у першому, і в другому випадках балонна дилатація може бути ефективною. У всіх випадках ангіопластику доцільно доповнювати стентуванням. Найкращі віддалені результати спостерігаються у хворих на фібромускулярну дисплазію.

Порівняти результати малоінвазивної методики з результатами традиційної операції досить складно, оскільки чіткі показання до її використання остаточно не сформульовані і часто операційний ризик дуже високий.

Стеноз сонних артерій атеросклеротичної етіології за наявності неврологічної симптоматики, звуженні просвіту судин більш ніж на 60 % зазвичай лікують за допомогою операції ендартеректомії. Перша операція балонної ангіопластики була виконана у 1980 р. (С. Kerber і співавт.). В більшості випадків використовують стентування ураженої судини після попередньої балонної ангіопластики.

Ендопротезування аневризми аорти здійснюють за допомогою спеціального ендопротеза, що саморозширюється. На думку більшості авторів, перевагу балонній ангіопластичній слід віддавати при "високій" локалізації зони стенозу (близько до входу внутрішньої сонної артерії в порожнину черепа). У осіб з підвищеним операційним ризиком дану операцію зазвичай виконують при рестенозі артерії після раніше перенесеної "відкритої" ендартеректомії.

Аневризми інфраренального відділу черевної аорти. Традиційним способом лікування цього захворювання є операція резекції аневризми з подальшим аортобедерним протезуванням. Перша операція стентування аневризми черевної аорти була виконана в 1991 р. (J. C. Parodi і співавт.). На відміну від техніки малоінвазивних ендоваскулярних втручань техніка ендопротезування аорти значно складніша, оскільки вимагає надійної фіксації проксимального і дистального кінців ендопротезу до стінок аорти і клубової артерії. Основною перевагою малоінвазивної методики є її малотравматичність і ускладнення і низька кількість післяопераційних ускладнень. Крім того, на відміну від "відкритої" операції, що виконується через широкий лапаротомний доступ, значно менше порушується функція легенів, серця, нирок, кишечника.

Слід згадати про інші ендоваскулярні малоінвазивні втручання на артеріях. Оклюзію селезінкової артерії проводять при портальній гіпертензії з вираженою сплено мегалією і гіперспленізмом хворим з високим ступенем операційного ризику як альтернативу спленектомії або уперед операційному періоді з метою зниження величини інтраопераційної крововтрати. Через

трансфеморальний доступ катетер просувають впроксимальном напрямі і вводять у дистальний відділ селезінкової артерії та проводять емболізацію основного стовбура або гілок селезінкової артерії. Для оклюзії просвіту судин використовують металеві спіралі Гиантурко, спеціальні композити на основі желатинової губки або полівінілалкоголя.

Оклюзія Боталлової (артеріальної) протоки при його незарощенні з допомогою малоінвазивної методики є високоефективним і мало травматичним втручанням, що дозволяє уникнути ряду ускладнень, пов'язаних з широкою стернотомією.

Селективна оклюзія гілок власної печінкової артерії використовується для лікування метастатичного ураження печінки при неможливості радикального хірургічного видалення метастазів печінки або при загальному важкому стані хворого, обумовленому основним захворюванням. Відомо, що кровопостачання метастатичних вузлів в печінці здійснюється переважно артеріями, тому блокада артеріального кровотоку викликає частковий некроз пухлинного вузла і уповільнення прогресу ракового процесу в печінці. При виконанні операції (доступ - через стегнову артерію) необхідно прагнути встановити катетер в дільову або сегментарну гілку печінкової артерії щоб уникнути ішемії і некрозу здорової паренхіми печінки і жовчного міхура. Хіміо емболізація судин печінки поєднує в собі регіональну хіміотерапію і блокаду притоки артеріальної крові до пухлинного вузла.

Для регіональної хіміотерапії найчастіше використовують доксорубіцин і мітоміцин. Враховуючи місцеву фіксацію хіміопрепарату в пухлинній тканині, можна застосовувати значно вищі дози, чим при системній хіміотерапії. Хіміо емболізацію печінкових артерій використовують також і при первинному гепатоцелюлярному раку.

Тромбектомія периферичних артерій частіше виконується при свіжому тромбозі або емболії або після перенесених реконструктивних операцій на артеріях ніг (аортобедренне або стегенно-підколінне шунтування). Подібна малоінвазивна техніка дозволяє уникнути часом досить складної хірургічної операції. Тромбектомію проводять за допомогою спеціального пристрою "Ангиоджет". При цьому його робоча частина, введена в просвіт судини, в результаті гідродинамічної дії дозволяє добитися повного руйнування тромбу і видалення його дрібних фрагментів.

Значно рідше використовуються малоінвазивні втручання на венозних судинах: це імплантація кава-фільтра,

транспечінковепортокавальне шунтування. Імплантація кава-фільтра здійснюється для профілактики тромбоемболії легеневої артерії при флеботромбозі ніг. Найчастіше використовують кава-фільтр Грінфілда, що нагадує веретеноподібний ажурний металевий кошик з радіально розташованими фіксаторами на проксимальному кінці. Операцію виконують з трансягулярного доступу. У складеному вигляді за допомогою металевого провідника кава-фільтр під контролем рентгенівського екрану проводять вниз порожнисту вену нижче рівня впадання ниркових вен. Після розкриття кошика гострі металеві фіксатори фіксуються в стінці вени. Показанням до використання кава-фільтра є рецидивуючі тромбоемболії гілок легеневої артерії і свіжі тромби, що флотують в просвіті крупних тазових і стегнових вен.

Транспечінковепортокавальне шунтування для лікування внутрішньої печінкової форми синдрому портальної гіпертензії застосовується недавно. Перша подібна операція була виконана G. M. Richter і співавт. у 1990 р. Показанням до виконання операції є кровотеча з варікозних розширених вен стравоходу (при безуспішності інших способів лікування), стійкий асцит, високий ступінь ризику операції портокавального шунтування. Нерідко дане втручання використовують у хворих перед операцією трансплантації печінки для декомпресії розширених абдомінальних вен. Результати малоінвазивної операції приблизно такі ж, як і при традиційній операції портокавального шунтування. Операція проводиться наступним чином: пунктують праву внутрішню яремну вену; потім провідник з пластмасовим катетером просують в дистальному напрямі і під контролем рентгенографії і УЗД транспечінково формують канал між правою печінковою веною і правою гілкою (або гілками першого порядку) портальної вени. Далі після контрольної ангіографії за допомогою спеціальних коаксіальних бужів розширюють канал усередині тканини печінки до діаметра 8 мм. Операцію завершують проведенням стента в сформований канал.

Додаткові методи дослідження хірургічних захворювань стравоходу та середостіння



Рис. 2.1. Лапароскопічна стійка – монітор, відеокамера, джерело світла, інсуфлятор, електрохірургічний блок, іригатор-аспіратор

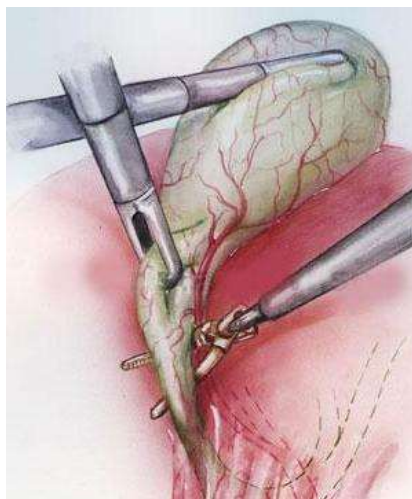


Рис. 2.2 Тракція жовчного міхура при виконанні лапароскопічної холецистектомії



Рис. 2.3. Схема ендоскопічної папілосфінктеротомії з літоекстракцією

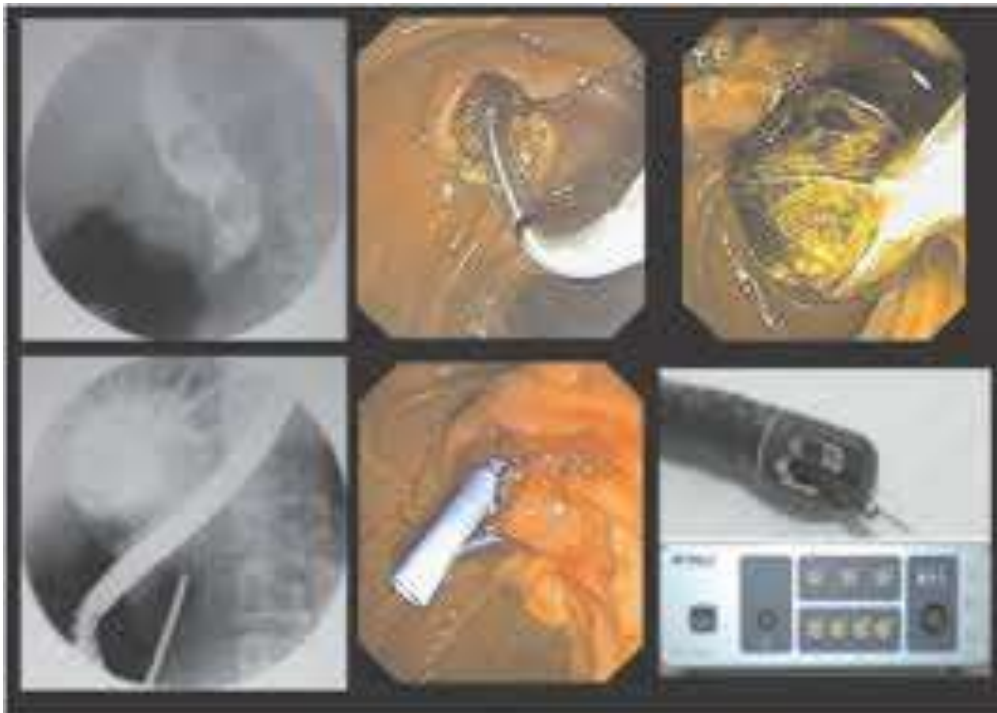


Рис. 2.4 Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія з видаленням конкрементів з холедоха за допомогою кошика Дорміа

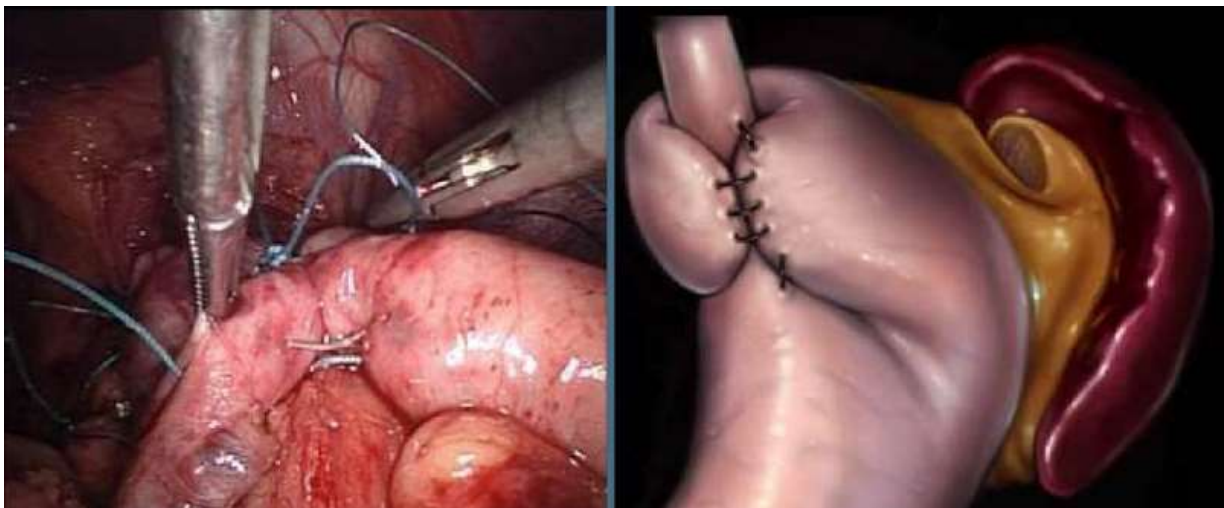


Рис. 2.5 Лапароскопічна фундоплікація за Нісеном



Рис. 2.6. Пересічення брижі тонкої кишки за допомогою електроварувального апарату



Рис. 2.7. Базовий набір інструментів та генератор для електроварування живих тканин

7. Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Вкажіть оптимальний метод лікування хворих на хронічний калькульозний холецистит.
 1. Лапароскопічна холецистектомія.
 2. Холецистектомія з лапаротомного доступу;

3. Літотріпсія конкрементів ультразвуком.
 4. Елімінація конкрементів урсохолом.
2. Вкажіть оптимальний метод лікування хворих на механічну жовтяницю, обумовлену холедохолітіазом.
1. Ендоскопічна ретроградна холангіографія з папілосфінктеротомією.
 2. Операція накладання холедоходуоденоанастомозу;
 3. Літотріпсія конкрементів ультразвуком.
 4. Трансшкірнатранспечінковахолангіостомія.
3. Вкажіть оптимальний метод лікування хворих на постнекротичну не інфіковану кісту підшлункової залози.
1. Зовнішнє дренивання шляхом пункції кісти підконтролем УЗД;
 2. Операція панкреатоцистоєюностомії з ізольованою по Брауну петлею тонкої кишки;
 3. Операція цистогастростомії з ізольованою петлею тонкої кишки;
 4. Інтенсивна терапія з використанням препаратів, що блокують екскреторну функцію підшлункової залози

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. У хворої 55 років з ішемічним інсультом в анамнезі раптово розвинулись сильні болі в лівому плечі і передпліччі, що супроводжувались парастезіями, онімінням пальців, слабкістю в лівій кисті. Можна припустити діагноз:

1. Гострий тромбоз плечової вени;
2. Тромбоемболія плечової артерії;
3. Остеохондроз шийного відділу хребта;
4. Патологічний перелом шийних хребців в наслідок мієломної хвороби.

2. У хворого діагностовано холангіогенний абсцес печінки діаметром 3 см. Оптимальним методом хірургічного лікування є:

1. Вскриття і дренивання абсцесу;
2. Лапаротомія та атипова резекція печінки з абсцесом;
3. Дренивання абсцесу за допомогою пункції під контролем ультразвукового дослідження з подальшим відмиванням вмісту розчинами антисептиків;

В. Контроль засвоєння практичних навичок

Література

Основна:

1. Хірургія. Захараш М.П. „Медицина”- Київ 2006 р.221 с.

2.Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. „Медицина” 2002
426 стр.

3.Шпитальна хірургія під редакцією Ковальчука Л.Я. – Тернопіль 1999
-590 стр.

Додаткова:

1. Лапароскопическая хирургия Атлас Паппас Н. Теодор
„ГЕОТАР Медицина”- Москва 2012 р. 370 с.
2. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии
Емельянов С.И.-Медицина 2004, 218 с.

ТЕМА 3 СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ. ПАТОГЕНЕЗ ТА ЗНАЧЕННЯ ПРИ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ І ТРАВМАХ. ВИБІР ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ

1.Актуальність теми.

сту, важкістю їх перебігу, високою летальністю, складністю лікування, яке в силу багатьох причин не завжди є ефективним. Системна запальна відповідь на сьогоднішній час є складною медичною, загально-біологічною проблемою, так як патогенетичні механізми його розвитку, підходи до лікування і профілактики мають важливе значення для розуміння загальних механізмів гомеостазу і запалення. Вивчення суті сепсису іде паралельно з намаганням дати чітке визначення цієї патології, так як зараз підходи до його трактування є дискусійними. Важливість вивчення теми "Сепсис" зумовлена частотою і поширеністю цієї патології в усіх верствах населення, високим відсотком пацієнтів з гнійно-септичною патологією в структурі хірургічних хворих, домінуванням серед післяопераційних ускладнень гнійної хірургічної інфекції. Зростання сепсису за останні роки спричинене збільшенням випадків агресивної онкологічної хіміо- та променевої терапії; поширенням вживання кортикостероїдів та імуносупресивної терапії при трансплантації органів і лікуванні запальних хвороб; збільшенням виживання пацієнтів, що мають схильність до сепсису (новонароджених, осіб похилого та старечого віку, діабетиків, онкохворих, осіб з полігранною недостатністю і/або грапулоцитопенією); збільшенням чисельності інвазійних методик (протезів, інгальційних приладів, внутрішньоосудинних та урологічних катетерів); неконтрольованим вживанням антибіотиків, яке формує сприятливі умови для селекціонування, розвитку і колонізації агресивної антибіотикорезистентної мікрофлори. Ці фактори попри збільшення частоти сепсису, сприяють і зміні його етіологічних чинників.

2.Конкретні цілі.

2.1.Знати: основні положення щодо синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих. Патогенез та значення при різних захворюваннях і травмах. Вибір лікувально-діагностичної тактики.

А також знати:

- визначення синдрому системної запальної відповіді;
- фізіологію утворення імуноглобулінів, інтерлейкінів, медіаторів запалення;
- загальні питання розвитку, діагностики і лікування синдрому системної запальної відповіді;
- лікування синдрому системної запальної відповіді;
- визначення сепсису;
- клінічний перебіг, діагностика та диференційна діагностика, ускладнення сепсису;
- диференційну діагностику сепсису;
- вибір антибіотикотерапії в залежності від причини виникнення сепсису;
- особливості ведення хворих в післяопераційному періоді.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого (стан шкіри та видимих слизових оболонок), формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при розвитку синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих.

Також вміти:

- правильно сформулювати діагноз захворювання;
- встановити його причини, клінічну форму, наявність ускладнень, системних порушень і супутньої патології;
- інтерпретувати результати сучасних методів дослідження, встановити причину синдрому системної запальної відповіді, сепсису і його ускладнень;
- аргументувати конкретний план обстеження хворого;

- аргументувати схему лікувальних заходів у хворих з синдромом системної запальної відповіді, сепсисі.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з синдромом системної запальної відповіді у хірургічних хворих. Патогенез та значення при різних захворюваннях і травмах. Вибір лікувально-діагностичної тактики.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на синдром системної запальної відповіді, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> анатомія людини, гістологія, нормальна фізіологія патологічна фізіологія, патологічна анатомія, пропедевтика внутрішніх хвороб	Анатомію печінки та селезінки; біохімію, фізіологію печінки; фармакологію; рентгенологію в прикладному аспекті.	Визначати топографію печінки, селезінки; інтерпретувати показники загальноклінічних, лабораторних, в тому числі біохімічних печінкових тестів, УЗ-грами та комп'ютерограми
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих, лікувальну тактику та прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблеми синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому вагу синдрому системної запальної відповіді, сепсису, в структурі хірургічних захворювань; зв'язок синдрому системної запальної відповіді, сепсису з іншими хірургічними, терапевтичними та інфекційними захворюваннями.	Оцінювати ефективність проведеного лікування хворих на синдром системної запальної відповіді, сепсис та його результати на підставі клінічного обстеження хворого і оцінки результатів подальшого його обстеження в динаміці; використовувати методи профілактики захворювання.

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з синдромом системної запальної відповіді у хірургічних хворих.		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд шкіри та видимих слизових оболонок; -визначення розмірів печінки, стану жовчного міхура; -визначення стану передньої черевної стінки, симптомів гострого живота			+
3.	Проводити диференційну діагностику синдрому системної запальної відповіді при різних захворюваннях і травмах		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при синдромі системної запальної відповіді у хірургічних хворих.		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологія	Назвати етіологічні фактори розвитку синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих.	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при різних захворюваннях і травмах	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих	
4. Клініку	Назвати основні клінічні симптоми синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих	
5. Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих.	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики синдрому системної запальної	

	відповіді у хірургічних хворих.	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування синдрому системної запальної відповіді у хірургічних хворих.	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1. Огляд хворого; 2. Визначення кольору шкіри, наявності розчухів, зміна кольору сечі та калу; 3. Визначення основних симптомів, що вказують на розвиток синдрому системної запальної відповіді, сепсису	- Колір шкіри, та слизових оболонок, свербіж, наявність розчухів, тріщин, ознак запалення, зміна кольору сечі та калу. - Наявність, відсутність клінічних симптомів синдрому системної запальної відповіді, сепсису, ступеня розвитку гострої печінкової недостатності.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	УЗД Дуоденоскопія КТ і МРТ ЕРХПГ	- Стан печінки, жовчного міхура, позапечінкових жовчних проток, підшлункової залози, нирок. - Стан великого сосочка ДПК, пасаж жовчі. - Наявність пухлинного процесу - Локалізація та характер перешкоди, протяжність
Визначити лікувальну тактику при синдромі системної запальної відповіді	<u>Консервативна терапія</u> Лікування є важким і складним, має бути індивідуальним. Воно також має бути етіопатогенетичним, загальним та місцевим. Лікування проводиться у реанімаційному відділенні або палаті інтенсивної терапії. <u>Оперативні втручання</u>	- Антибактеріальна терапія - всі види специфічної і неспецифічної імунотерапії. Детоксикаційна терапія Корекція системи згортання крові застосування при сепсисі гормональних препаратів Парентеральне харчування Симптоматична терапія гормональна терапія корекція в системі коагуляції крові повноцінна хірургічна обробка: висікати нежиттєздатні краї і дно рани. Після цього тривалий час промивати рану антисептиками. Якщо висічені всі нежиттєздатні тканини, обробку можна закінчити накладням первинного шва. В інших випадках накладають первинно-відстрочені (на 3-6-й день) або ранні

		вторинні (на 3-14-й день) шви. Місцево вогнище обов'язково треба іммобілізувати, місцево застосувати антибіотики, фізіотерапевтичні процедури.
--	--	---

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Інфекція	притаманний людині феномен, що характеризується запальною відповіддю на наявність або вторгнення мікроорганізмів у тканини організму, які в нормі є стерильними.
Бактеріємія	наявність візуалізованих (виявлених зором) бактерій у крові.
Синдром системної запальної відповіді (ССЗВ)	загально-біологічна неспецифічна імунітологічна реакція організму людини у відповідь на дію ушкоджуючого ендogenous чи екзогенного фактора.
Сепсис	ССЗВ, спричинений вогнищем інфекції.
Важкий сепсис	сепсис, поєднаний з органною дисфункцією, гіперперфузією та гіпотензією. Гіперперфузія і перфузійні розлади можуть супроводжуватися (але не обмежуються) лактатним ацидозом, олігурією або гострими розладами ЦНС.
Септичний шок	сепсис із гіпотензією, яка існує попри адекватну інфузійну

	інтенсивну терапію, і ознаками перфузійних розладів, які не обмежуються лактатним ацидозом, олігурією або гострими розладами ЦНС.
Синдром поліорганної недостатності (СПОН)	наявність розладів функції органів у пацієнтів із гострими захворюваннями, які унеможливають утримування гомео-стазу без медичного втручання.

6.2.Теоритичні питання до заняття:

1. визначення синдрому системної запальної відповіді;
2. фізіологію утворення імуноглобулінів, інтерлейкінів, медіаторів запалення;
3. загальні питання розвитку, діагностики і лікування синдрому системної запальної відповіді;
4. лікування синдрому системної запальної відповіді;
5. визначення сепсису;
6. клінічний перебіг, діагностика та диференційна діагностика, ускладнення сепсису;
7. диференційну діагностику сепсису;
8. вибір антибіотикотерапії в залежності від причини виникнення сепсису;
9. особливості ведення хворих в післяопераційному періоді..

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. правильно сформулювати діагноз захворювання;
2. встановити його причини, клінічну форму, наявність ускладнень, системних порушень і супутньої патології;
3. інтерпретувати результати сучасних методів дослідження, встановити причину синдрому системної запальної відповіді, сепсису і його ускладнень;
4. аргументувати конкретний план обстеження хворого;
5. аргументувати схему лікувальних заходів у хворих з синдромом системної запальної відповіді, сепсисі.
6. скласти індивідуальну програму ведення післяопераційного періоду;
7. діагностувати ускладнення після операції у раньому та пізньому періодах;
8. виконувати зміну пов'язок;
9. здійснювати догляд за дренажами;
10. промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати;
11. видаляти дренажі;
12. знімати шви;
13. виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів;
14. оформити історію хвороби;
15. оформити лікарняний лист;
16. виписати рецепт;
17. оформити витяг з історії хвороби;
18. надати правильні рекомендації після операцій з приводу ЖКХ щодо життя та трудової діяльності;
19. здійснювати прогноз результатів оперативного втручання;
20. виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4.Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Синдром системної запальної відповіді у хірургічних хворих. Патогенез та значення при різних захворюваннях і травмах. Вибір лікувально-діагностичної тактики. .

6.5. Синдром системної запальної відповіді у хірургічних хворих.

Визначення	загальнобіологічна неспецифічна імунітологічна реакція організму людини у відповідь на дію ушкоджуючого ендogenous чи екзогенного фактора.
Епідеміологія	Точна статистика випадків сепсису в Україні не відома. У США щороку реєструють 300 000—400 000 випадків цього захворювання. Септичний шок залишається найчастішою причиною смерті пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії, він розвивається у 40% септичних хворих. Попри інтенсивне лікування, летальність у разі сепсису сягає 50—60%, позаяк сепсис розвивається внаслідок взаємодії трьох головних чинників — мікроорганізму, місцевої та системної ланок захисту макроорганізму.
Етіопатогенез	<p><u>Причини виникнення хірургічного сепсису:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Неправильна хірургічна тактика та неадекватний об'єм хірургічного втручання; • Неправильний вибір об'єму та компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної та симптоматичної терапії; • Знижена або спотворена імунореактивність макроорганізму; • Наявність тяжкої супутньої патології (цукровий діабет, аліментарна дистрофія та ін.); • Широке розповсюдження антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів; • Зміна етіологічної структури збудників гнійної хірургічної інфекції. <p>Патогенез сепсису є надзвичайно складним. Сепсис розвивається як закономірне продовження локального вогнища інфекції, в якому триває локальне розмноження (мультиплікація) мікроорганізмів. Головним ініціатором сепсису є продукування чи звільнення бактеріями ендотоксину або інших запальних субстанцій бактерійного генезу. Ендотоксин діє на власні клітини людського організму (лейкоцити, тромбоцити, ендотеліоцити), які починають надмірно продукувати медіатори запалення, продукти неспецифічної та специфічної ланок імунного захисту — виникає синдром системної запальної відповіді (гіпо- або гіпертермія, тахікардія, тахіпноє, лейкоцитоз або лейкопенія). Оскільки головною мішенню цих медіаторів є ендотелій судин, пряме чи опосередковане його ушкодження, спазм чи парез судин, зменшення інтенсивності кровотоку призводять до розвитку синдрому підвищеної проникності капілярів — порушення мікроциркуляції в усіх важливих системах й органах, прогресування гіпотензії, поява гіпоперфузії чи порушення функції окремих або кількох важливих для життя систем організму. Власне ушкодження й недостатність мікроциркуляції є визнаним патогенетичним фіналом сепсису, який спричинює розвиток або прогресування синдрому поліорганної недостатності, а часто і смерті. Більшість дослідників вважають, що в разі запізнення з адекватним лікуванням сепсису ці механізми набувають тенденції до самопрогресування і втрачають залежність від первинного запального вогнища й продукування ендотоксину</p>
Класифікація	<ul style="list-style-type: none"> • 1. За збудником: стафілококовий, стрептококовий, пневмококовий, гонококовий, колібацилярний, синьогнійний, грибковий, протейний. • 2. За характером вхідних воріт: рановий, запальний, післяопераційний, при внутрішніх хворобах (запалення легень, сечових шляхів), криптогенний.

	<ul style="list-style-type: none"> • 3. За локалізацією первинного вогнища: отогенний (первинне вогнище у середньому вусі); одонтогенний (первинне вогнище у ротовій порожнині, звичайно це каріозні зуби); гінекологічний (запальні захворювання жіночих статевих органів); урологічний (запальні процеси сечових шляхів); післяпологовий. • 4. За часом виникнення: ранній сепсис (розвивається через два тижні з моменту ушкодження або початку запального процесу) та пізній (через 2 тижні і більше). • 5. За фазами розвитку: а) початкова фаза (токсемія); б) септицемія (бактеріемія без гнійних метастазів); в) септикопемія (бактеріемія з гнійними метастазами). • 6. За клінічним перебігом: блискавичний, гострий, підгострий, рецидивуючий, хронічний. • 7. За характером реакції організму: геперергічний, нормергічний, гіпоергічний. • 8. Первинний і вторинний сепсис. У випадках первинного сепсису немає явного вогнища інфекції (криптогенний сепсис).
Клініка	<p>В початковий період поряд з локальним гнійним процесом є симптоми токсикозу: анорексія, втрата маси тіла, в'ялість чи збудження, гіпертермія, гіпорексія, порушення функції кишківника, задишка, тахікардія, глухість тонів, періорбітальний ціаноз, акроціаноз, шкіра сіро-землиста або з жовтизною.</p> <p>Характерний “септичний габітус” – швидке виснаження, підвищена збудливість, дитина стогне, адинамія, на шкірі також проявляються геморагії, гнійнички, ділянки склереми. Зригування, часто блювота жовчу, анорексія. Збільшується печінка і селезінка.</p> <p>Основні зміни з боку органів і систем, які спостерігаються при сепсисі представлені в таблиці.</p> <p><u>Основні маркери сепсису.</u></p> <p>Гіпертермія (вище 38С) Тахікардія (ЧСС більше 90 уд/хв.) Лейкоцитоз (більше 12*10⁹/л) Тромбоцитопенія (Нижче 150*10⁹/л)</p> <p>Основні порушення з боку органів і систем, які спостерігаються при системній запальній відповіді</p> <p>Розлади дихання в ранній стадії системній запальній відповіді проявляються гіпервентиляцією (тахіпноє), яка приводить до розвитку дихального алкалозу і перевтоми дихальних м'язів, прогресуючої дихальної недостатності. Остання може бути усунена своєчасно інтубацією і переходом на ШВЛ. Наростання гіпоксемії, інтерстиціального набряку легень свідчить про розвиток респіраторного дистрес-синдрому (RDS), який є основною причиною смерті септичних хворих.</p> <p>Кардіоваскулярна відповідь – також результат субклітинної дисфункції і порушення метаболізму під дією комплексу цитокінів. Типовою кардіоваскулярною патологією при сепсисі є тахікардія, артеріальна гіпотензія, підвищений серцевий індекс, зниження ударного об'єму лівого шлуночка і зниження скоротливої функції міокарду. На пізніх стадіях сепсису приєднується ниркова недостатність з азотемією і олігоурією, дисфункції печінки з гіпербілірубінемією, порушенням</p>

активності амінотрансфераз, розвивається тромбоцитопенія, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Можливі дисфункції ЦНС з порушенням свідомості (дисорієнтація, збудження, психоз).

Феномен бактеріальної транслокації знаступним виходом в порталну систему, надалі в системний кровоток в результаті підвищеної проникливості кишок також має велике значення в патогенезі ПОН.

Термінальний відділ клубової кишки і сліпа кишка є природним резервуаром грамнегативних бактерій. При певних патологічних станах чи захворюваннях (ішемія, ушкодження стінки кишки, геморагічний шок, кишкова непрохідність) мікроорганізми проходять через стінку кишки, досягають мезентеріальних лімфатичних вузлів, порталної циркуляції, інтра-, екстраперитонеальних органів. Якщо печінка не справляється з бар'єрною дисфункцією, мікробні токсини попадають в загальне судинне русло.

Окрім цього, транслокація бактерій і токсинів зумовлює місцеву активацію клітин імунної системи, вироблення цитокінів, ін. медіаторів. Ці процеси ще більше порушують бар'єрну функцію кишківника і утворюється "хибне коло". Необхідно приймати до уваги те, що кишківник і його "gut associated lymphoid tissue" (асоційована з кишківником лімфоїдна тканина) є найбільшим імунним органом в організмі людини.

Підвищеній проникливості кишкового бар'єру сприяють наступні фактори:

- 1) ушкодження кишкового бар'єру (епітелію);
- 2) порушення гемодинаміки з розвитком регіонарної гіпотензії;
- 3) стреси;
- 4) імунологічна недостатність;
- 5) дисбіоз: порушення екологічного балансу нормальної кишкової флори і розвиток синдрому бактеріального суперросту;
- 6) підвищення концентрація антигенів, токсинів, інших в просвіті тонкої кишки;
- 7) порушення процесів епітеліальних клітин слизової кишківника.

Отже, наявність мікробних маркерів в крові відображає склад мікробного пейзажу тіла дитини, незалежно від місця існування мікробів або вогнища запалення. В умовах здорового організму маркери переважаючих в кишківнику бактеріодів, еубактерій і біфідобактерій або відсутні, або виявляються в крові у невеликих кількостях, що є непрямим доказом існуючої гіпотези про імунологічну толерантність до анаеробів-симбіонтів і відповідно низької ймовірності фагоцитозу цих мікробів. А тому бактерії, маркери яких визначаються в крові, необов'язково в ній є присутніми у вигляді бактеремії.

Тяжкий сепсис.

Діагноз "тяжкий сепсис" принципово відрізняється від діагнозу "сепсис" мірою ураження органів і систем та порушенням їх функції. В міжнародній класифікації виділено три об'єктивні критерії, наявність одного із них у хворого з сепсисом дає підставу ставити діагноз "тяжкий сепсис".

1. Порушення свідомості (< 15 балів за шкалою Глазго при відсутності захворювання ЦНС).
2. Концентрація лактату в артеріальній крові > 1,6ммоль/л або у венозній крові > 2,2 ммоль/л.
3. Діурез < 1мл/кг/год на протязі 2 годин.

Шкала Глазго для оцінки ступеня пригнічення свідомості		
Клінічна ознака	Характер реакції	Оцінка в балах
Відкриття очей	Спонтанне відкриття	4
	У відповідь на звернення	3
	У відповідь на больове подразнення	2
	Відсутня	1
Відповідь словами	Збереження орієнтації, швидкі правильні відповіді	5
	Незв'язана мова	4
	Окремі незв'язані слова	3
	Незрозумілі звуки	2
	Відсутність мови	1
Рухова активність	Цілеспрямована відповідь на інструкцію словами	6
	Може вказати місце локалізації болю	5
	Відсмикує кінцівку при больовому подразненні	4
	Патологічне тонічне згинання у відповідь на біль	3
	Патологічне тонічне розгинання у відповідь на біль	2
	Відсутність рухової реакції у відповідь на біль	1
Прогноз сприятливий		15
Прогноз несприятливий		3
<p>Тяжкий сепсис часто супроводжується летаргією і специфічними неврологічними симптомами (неврозність, припадки судом), які не завжди можна пояснити гіпоглікемією і гіпокальціємією. Типовими проявами неврологічних ускладнень при септичних станах у дітей є в'яла квадріплегія, потреба у респіраторній підтримці, при повному відновленні функції серцево-судинної і дихальної систем. Часто є аксональні полінейропатії, порушення нервово-м'язової передачі, гострі міопатії. В патогенезі розвитку даних ускладнень певне значення відіграють стероїдні гормони і блокатори нервово-м'язової передачі.</p> <p>Поліорганна недостатність (ПОН).</p> <p>Синдром ПОН поєднує: респіраторний дистрес-синдром дорослого типу, гостру надниркову недостатність, гостру недостатність печінки, гостру ниркову недостатність, ДВЗ-синдром, порушення функції ЦНС. При ПОН на перший план виділяються легені як “расе-mafer” синдрому ПОН і кишківника як його мотору. Легені є першим органом, функція якого декомпенсується, що супроводжується високою летальністю. Висока ранимість легень пояснюється теорією “першого фільтру”, згідно якої активовані клітини крові (“нейтрофільний респіраторний викид”), цитокіни, токсини, тканинний детрит найшвидше попадають в легеневі</p>		

	<p>капіляри.</p> <p>Діагноз ПОН ставимо при одночасному ураженні не менше двох органів у відповідності з віковими критеріями. ПОН є двох типів.</p> <p><u>Первинна ПОН</u> – одночасне порушення функції двох органів на протязі перших семи днів після поступлення у відділення АІТ без подальшої дисфункції інших органів. Частіше вона не зумовлена сепсисом і розвивається як наслідок безпосередніх тяжких ушкоджень органів (травма, операція, ін.).</p> <p><u>Вторинна ПОН</u> завжди виникає на фоні SIRS і пізніше, як через сім днів після поступлення у відділення АІТ або у випадку коли інтервал часу між постановкою діагнозу ПОН і втягненням в процес одночасно максимальної кількості уражених органів складає більше 72 години.</p> <p>Інтоксикація – основний патологічний синдром, який вимагає інтенсивної терапії при гнійно-септичних захворюваннях у дітей. Вона визначається нагромадженням 4 груп метаболітів: бактеріальних екзо- і ендотоксинів, токсичних органічних речовин (меркаптин, аміак, індол, скатол, псевдомедіатори і ін.), надмірної кількості фізіологічних продуктів обміну речовин (молочна кислота, сечовина, кетокислоти), біологічно активних амінів і медіаторів запалення (гістамін, серотонін, простагландини, лейкотрієні і ін.).</p> <p>Втягнення в патологічний процес на цьому фоні органів шлунково-кишкового тракту веде до різних видів ексикозу. В поєднанні з енергодефіцитом і порушенням трансмембранного переносу натрію і калію ексикоз зумовлює порушення водно-електролітного обміну, типові для будь-якої інтоксикації.</p> <p>Особливістю патологічної дії усіх названих груп токсинів – їх нейро- і ендотеліотропність. В результаті інтоксикація при інфекційно-запальному процесі – це стан з характерним поєднанням клініко-лабораторних ознак ушкодження системи мікроциркуляції, нервової системи і порушення водно-сольового обміну. Це неспецифічний інфекційний агент. Залежно від характеру цієї відповіді у дитини виділяємо важкість інтоксикації.</p> <p>В даний час немає загальноприйнятих клінічних і лабораторних критеріїв діагнозу, які би відповідали вимогам доказової медицини. Так як на даний час діагноз системної запальної відповіді є клінічним, то доцільно в термін від 5 до 7 днів ретроспективно його доказати або заперечити. Ліквідація симптомів ССЗВ паралельно з санацією вогнищ інфекції і відсутність зв'язку проявів ССЗВ з інфекцією заперечують діагноз “сепсис” і вимагають подальшої діагностики.</p> <p>Діагноз сепсису встановлюємо зразу при наявності первинного інфекційно-запального процесу і метастатичних гнійних вогнищ з єдиним збудником і наявністю хоча би трьох ознак ССЗВ.</p>
<p>Діагностика</p>	<p>-Скарги хворого, анамнез захворювання.</p> <p>-Загальний огляд хворого.</p> <p>Інструментальні методи:</p> <p>ультразвукова діагностика.</p> <p>Лабораторні методи:</p> <p>Загальний аналіз крові та сечі;</p> <p>біохімічне дослідження крові;</p> <p>електроліти крові;</p> <p>коагулограма.</p> <p>мікробіологічне дослідження гемокультури і виділень з первинного і метастатичних гнійних вогнищ. Позитивні результати гемокультури</p>

	<p>(бактеріємія) не є діагностичним критерієм сепсису, так як м.б. при будь-якому інфекційному захворюванні бактеріальної природи. Однак виявлення бактеріємії має велике значення у визначенні етіології процесу і обґрунтуванні раціонального вибору АБТ.</p> <p>Результати мікробіологічного дослідження частин тіла, що контактують з навколишнім середовищем (слизові оболонки кон'юнктиви, носа, порожнини носа, рота, шкіра, сеча, фекалії), якщо вони не є первинним гнійно-запальним вогнищем, не м.б. використані для етіологічного діагнозу сепсису. Однак мікробіологічне дослідження цих середовищ є показанням для оцінки ступеня і характеру дисбактеріозу. Останній є одним із постійних проявів сепсису і відображає зниження імунологічної реактивності організму дитини.</p>
<p>Лікувальна тактика</p>	<p>Підставою для початку повноцінного лікування сепсису є виявлення його ознак за рекомендаціями Чиказького консенсусу — подальші, глибші обстеження слід виконувати на фоні інтенсивного лікування.</p> <p>На дошпитальному етапі тактика медичного працівника щодо септичних пацієнтів повинна полягати в ліквідації загрозливих для життя симптомів та синдромів (гіпертермії, серцево-судинної недостатності, дихальної недостатності, психомоторного збудження) та негайному направленні хворого до найближчого хірургічного стаціонару.</p> <p>У лікарні лікування сепсису здійснюють в етіотропному та патогенетичному напрямках, що передбачає активний хірургічний вплив на локальні вогнища інфекції, загальну інтенсивну терапію, боротьбу з генералізованою інфекцією (антибіотикотерапія, імунотерапія). Посистемну корекцію по-ліорганної дисфункції наведено нижче.</p> <p>Принципи лікування септичних пацієнтів</p> <p>Стандартна терапія</p> <p>1. Антибактеріальна терапія, відповідна каузальним збудникам (моно-, подвійна або потрійна антибіотикотерапія).</p> <p>2. Інвазивні хірургічні або радіологічні процедури:</p> <ul style="list-style-type: none"> — розтин і дренування гнояків; — усунення інфікованих протезів і катетерів; — некректомія; — санаційна операція. <p>3. Лікування шоку та органної недостатності:</p> <ul style="list-style-type: none"> — стабілізація серцево-судинних та метаболічних розладів; — відповідна за обсягом і складом інфузивна терапія; — фармакологічні препарати (серцеві та судинні, протизапальні, дезагреганти, імуномодулятори, вітаміни, антиоксиданти); — оксигенотерапія; — детоксикація (гемосорбція, гемодіаліз, плазмаферез, ентеросорбція). <p>Нові терапевтичні можливості</p> <p>1. Специфічні до збудників:</p> <ul style="list-style-type: none"> — антиендотоксин; — поліклональна антиендотоксинова сироватка; — антигрампозитивна субстанція клітинної стінки; — антигрибкова субстанція клітинної стінки. <p>2. Специфічні до медіаторів:</p> <ul style="list-style-type: none"> — антимедіатори (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF); — моноклональні антитіла (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF); — антагоністи рецепторів (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF). <p>3. Полівалентної протисептичної дії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — ібупрофен;

- пентоксифілін;
- ацетилцистеїн;
- лактоферин;
- поліміксин В.

Незважаючи на сучасні розробки, пацієнти із сепсисом, септичним шоком та поліорганною недостатністю продовжують залишатися клінічною групою з у край високою смертністю. Швидке виявлення СЗСВ та застосування ранньої інтенсивної комплексної терапії сепсису зменшують летальність приблизно на 25%. Подальше поліпшення результатів лікування септичних хворих пов'язане, головним чином, із розробленням нових ефективних ліків, які дають змогу блокувати негативні впливи головних патогенетичних чинників сепсису — токсинів та медіаторів запалення, фізичною елімінацією бактерій з крові (магнітний фільтр Дональда Інгбера (Donald Ingber), та запровадженням “терапевтичних зв’язок” (англ. – bundle) – спеціально виокремлених на підставі доказової обґрунтованості (evidence based) переліків обов’язкових елементів лікування сепсису в різні фази його розвитку

ДОДАТОК

1. 6-годинна “зв’язка” для лікування септичного шоку (застосовується в перші 6 годин з моменту діагностики септичного шоку)

● Раннє виявлення:

– з’ясувати рівень сироваткового лактату

● Ранній посів крові/антибіотикотерапія:

– до 3 год. від маніфестації

● Рання цілеспрямована терапія (Early Goal-Directed Therapy - EGDТ): чітка стратегія ресусцитації яка передбачає пряме коригування серцевої функції (скоротливості) задля збалансування доставки і потреби O₂:

- ✓ Гіпотензія (ЦВТ < 90, САТ < 65) або лактат > 4 mmol/L:
- початковий болюс 20-40 мл/кг кристалоїдів (або еквіваленту колоїдів)
- ✓ Вазопресори:
- гіпотензія не реагує на інфузію рідин
- титрувати до САТ > 65 мм рт.ст.
- ✓ СШ або лактат > 4 mmol/L:
- контроль ЦВТ і ScvO₂
- CVP контроль > 8 mmHg.
- MAP контроль > 65 mmHg.
- ✓ ScvO₂ < 70% з ЦВТ > 8 мм рт ст, САТ > 65 мм рт. ст.:
- ЕрМ при Ht < 30%.
- Інотропи

2. 24-годинна “зв’язка” для лікування важкого сепсису та септичного шоку (застосовується в перші 24 годин з моменту діагностики)

● Контроль глюкози:

– контрольний рівень < 150 мг/дл (8.3 ммоль/л)

● Дротрекогін альфа (активований):

– введення згідно інструкції

● Стероїди:

– при СШ застосовувати під постійним прикриттям вазопресорів не менше 6 год.

● Стратегія протекції легенів:

– середнє плато тиску < 30 см H₂O для ШВЛ

Лабораторна та інструментальна діагностика

Діагностична програма має ґрунтуватися на принципі АВІ — *агресивній* пошуковій тактиці (застосування в короткий проміжок часу широкого діапазону досліджень), *візуалізації* ділянок можливого розташування гнояка (рентгенографія, комп'ютерна томографія, ехокардіографія, ультрасонографія, магнітоядерна резонансна томографія, ендоскопія) та *інвазивності* (пункція підозрілих місць, порожнин, вагінальне та ректальне дослідження, лапароскопія, діагностичні операції). Лабораторні та функціональні дослідження для діагностування сепсису не мають самостійного значення, але дають змогу з'ясувати ступінь ураження систем і органів, глибину інтоксикації та низку параметрів, необхідних для вибору відповідного лікування. Бактеріологічне дослідження крові дає змогу ідентифікувати збудник сепсису приблизно в 60% пацієнтів. Матеріал для посіву слід брати в різний час доби, бажано на висоті гарячки. Для позитивної бактеріологічної діагностики проростання культури крові матеріал бажано отримати три рази, що також уможлиблює призначення етіотропної терапії. Водночас треба пам'ятати, що відсутність росту бактерійних колоній крові не виключає наявності сепсису — так званого "сепсису без бактеріємії" за Nystrom (1998).

Консервативна терапія

Успіх лікування визначають:

- своєчасна діагностика;
- адекватна (відповідно до збудника) антибактеріальна терапія;
- різностороння підтримуюча терапія.

Стандартна терапія

1. Антибактеріальна терапія, відповідна каузальним збудникам (моно-, подвійна або потрійна антибіотикотерапія).

2. Інвазивні хірургічні або радіологічні процедури:

- розтин і дренивання гнояків;
- усунення інфікованих протезів і катетерів;
- некректомія;
- санаційна операція.

3. Лікування шоку та органної недостатності:

- стабілізація серцево-судинних та метаболічних розладів;
- відповідна за обсягом і складом інфузивна терапія;
- фармакологічні препарати (серцеві та судинні, протизапальні, дез-агреганти, імуномодулятори, вітаміни, антиоксиданти);
- оксигенотерапія;
- детоксикація (гемосорбція, гемодіаліз, плазмаферез, ентеросорбція).

Нові терапевтичні можливості

1. Специфічні до збудників:

- антиендотоксин;
- поліклональна антиендотоксинова сироватка;
- антигрампозитивна субстанція клітинної стінки;
- антигрибкова субстанція клітинної стінки.

2. Специфічні до медіаторів:

- антимедіатори (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF);
- моноклональні антитіла (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF);
- антагоністи рецепторів (анти-TNF, анти-IL-1, анти-PAF).

3. Полівалентної протисептичної дії:

- ібупрофен;
- пентоксифілін;
- ацетилцистеїн;
- лактоферин;
- поліміксин В.

Хирургічне лікування сепсису

- Раннє та радикальне санування гнійних вогнищ
- широкий доступ
- некректомія
- адекватне дренивання гнічного вогнища
- застосування сорбентів
- мазі на водній основі
- проточне дренивання
- іммобілізація ділянки
- застосування відстрочених швів на рану
- щодо черевної порожнини – програмована лапаротомія (лапароперція)

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Класифікація сепсису за збудником ґрунтується на:

- 1) локалізації первинного вогнища;
- 2) відсутності гнійних метастазів;
- 3) синдромі системної запальної відповіді;
- 4) визначенні етіологічного чинника;
- 5) маніфестації клінічних проявів.

2. Синдром системної запальної відповіді - це:

- 1) важкий сепсис;
- 2) септичний шок;
- 3) бактеріємія;
- 4) особлива відповідь організму на ураження;
- 5) поліорганна недостатність.

3. Бактеріємія діагностується за наступними ознаками:

- 1) клінічною картиною;
- 2) симптомами сепсису;
- 3) мікробіологічним дослідженням;
- 4) патологоанатомічними знахідками;
- 5) синдромом системної запальної відповіді;

4. Патологоанатомічні ознаки сепсису наступні:

- 1) ознаки ураження паренхіматозних органів;
- 2) неспецифічні;
- 3) характерні зміни крові;
- 4) піотракс;
- 5) піоперитонеум.

5. Провідна ознака септикопемії:

- 1) гіпертермія;
- 2) метастатичні гнійні вогнища;
- 3) дрощі;

- 4) блідість шкірного покриву;
- 5) різке погіршення загального стану.

6. Для розвитку септичного процесу необхідно:

- 1) високо вірулентна мікрофлора;
- 2) анаеробний збудник;
- 3) зниження захисних сил організму;
- 4) висока резистентність організму;
- 5) наявність опортуністичної інфекції;
- 6) поліорганна недостатність.

7. Сепсис можна діагностувати:

- 1) за типовою клінічною картиною;
- 2) за наявністю бактеріємії;
- 3) за ознаками синдрому системної відповіді та бакетріємією;
- 4) за інтоксикацією;
- 5) за ознаками шоку.

8. У випадку виявлення септичного шоку слід застосувати усе перелічене, крім:

- 1) інфузійної терапії;
- 2) оперативного лікування;
- 3) протишокової терапії;
- 4) антипіретичних препаратів;
- 5) наркотичних анальгетиків.

9. Лікувальна тактика при сепсисі передбачає:

- 1) негайне оперативне лікування;
- 2) санацію гнійного вогнища;
- 3) імунокорекцію;
- 4) інтенсивну терапію;
- 5) лікування поліорганної недостатності.

10. Яке з наведених захворювань можуть спричинити сепсис:

- 1) актиномікоз;
- 2) карбункул;
- 3) пневмонія;
- 4) виразкова хвороба шлунка;
- 5) гострий апендицит.

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	5	1	2	1	3	5	2	2

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. На фоні клінічного видужання після абсцесу легень у хворого раптово підвищилася температура, появився озноб, тахікардія, тахіпноє. Яке ускладнення можна запідозрити?

2. Пацієнт 75 років впродовж останніх 15 років хворіє цукровим діабетом середньої важкості. Два дні тому йому виконали ін'єкцію знеболюючих. Госпіталізований в ургентну хірургію з анаеробною флегмоною сідниці. Як попередити розвиток сепсису?

3. У хворого 35 років впродовж тижня прогресивно погіршується загальний стан, гіпертермія понад 38°C, тахікардія, тахіпное, лейкопенія. Чи можна трактувати дану клінічну картину як сепсис? Як це підтвердити?

4. У пацієнта з розкритими і дренованими множинними фурункулами спини виявлено погіршення загального стану, млявість, сонливість, гіпотермію, лейкопенію. Які обстеження слід провести для підтвердження або заперечення сепсису?

Література

1. Загальна хірургія за ред. С.П.Жученка, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча. Київ, "Здоров'я", 1999
2. Загальна хірургія. Вибрані лекції / за ред. Б.І.Дмитрієва. Одеса, 1999.
3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. Москва, 1991.
4. Волколаков Я.В. Общая хирургия. – Рига, "Медицина", 1989.
5. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999.
6. Методика обстеження хірургічного хворого / під. ред. М.О.Ляпіса. Тернопіль, 2000.
7. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, "Здоров'я", 2004.
8. Мокшенов И.Я., Гарелин П.В., Дубовин О.И. и др. Хирургические операции // Минск, 2004, 413с.
9. Мокшенов И.Я. Врачебная деонтология // Минск, 1998.
10. Чен Г., Соннендэй К.Дж., Лилремо К.Д. Руководство по технике врачебных манипуляций (2-е издание). Перевод с английского // Москва.: Медицинская литература. - 2002. - 384 с.
11. Хірургія. Т.І / За ред. Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2007. – 445 с.
12. Григорян А.В. «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии».- М.:Медицина, 1976.- 269 с.
13. Форрест А.П.М., Картер Д.С., Маклеод І.Б. Хірургія: основи і практика. – Київ: УКСП "Кобза", 1994. – 342 с.

ТЕМА 4. ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ, ЛЕГЕНЬ, ПЕЧІНКИ, НИРОК, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА КИШЕЧНИКА. РЕПЛАНТАЦІЯ КІНЦІВОК. ПЕРЕСАДКА КЛАПТІВ. ВІДНОВЛЕННЯ НЕРВІВ. ПЛАСТИЧНА ТА РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ КОРРЕКЦІЇ ВАД РОЗВИТКУ ТА НАБУТИХ ДЕФЕКТІВ. ЕСТЕТИЧНА ХІРУРГІЯ. КЛІТИННА ТЕРАПІЯ

1. Актуальність теми.

Трансплантація органів і тканин справді є найбільшим досягненням ХХ століття. Про заміну втраченої або хворої частини тіла органом, узятим іншої людини, люди мріяли стільки тисячоліть, скільки існує людина розумна. Пам'ятники історії свідчать про те, що задовго до нашої ери, в середні віки робилися спроби пересадки втрачених частин тіла. Проте ці спроби, як правило, були безуспішні у зв'язку з відсутністю наукової бази. Пересаджена тканина відторгалася, а переливання крові від однієї людини іншій закінчувалося смертю реципієнта.

Трансплантація органів розпочалась в ХХ столітті з розробки техніки судинного шва і перших експериментальних пересадок нирки [Ullmann E., 1902] і серця [Carrel A., 1905]. За період з 1902 по 1912р. А. Carrel, D. Guthrie із співробітниками провели серію трансплантацій органів на тваринах, включаючи пересадку нирки, серця, селезінки, яєчників, кінцівок і навіть голови. А. Carrel дивувався, чому орган, узятий від іншої тварини, відторгається, а орган, узятий від тварини і реплантований йому ж, приживається і нормально функціонує не дивлячись на застосування однакової хірургічної техніки. Він припустив, що цей феномен пояснюється біологічними властивостями реципієнта. Вивчення передбачуваного А. Carrel біологічного феномена відторгнення пересадженого органу зайняло декілька десятиліть і триває до теперішнього часу. Найбільш значущі успіхи були досягнуті за останні 10—15 років. До кінця 90-х років в світі було організовано більше 230 центрів по трансплантації органів (зокрема 7 в Росії), законодавчо регламентовані умови вилучення органів у донорів, взаємостосунки між донором, реципієнтом, родичами і медичним персоналом. У 1992 р. прийнятий закон Російської Федерації про трансплантацію органів і(або) тканин людини, що створило сприятливі передумови для пересадки органів у практично безнадійних хворих.

До 1990 р. у всьому світі було проведено 13 000 пересадок органів. У 1992 р. тільки за один рік було виконане 16 605, в 1996 р. вже 20 014, в 2000 р. — близько 50 000 трансплантацій в США і Європі і більше 10 000 в інших частинах світу. Більше половини з них — трансплантація нирок, одна третина — пересадка печінки і серця. Частина, що залишилася, доводиться на інші органи — підшлункову залозу, легені, тонку кишку, комбіновані пересадки. Швидко збільшується число пересадок печінки, підшлункової залози, серця.

Нестача донорських органів і труднощі, пов'язані з фінансуванням, лімітують проведення цих дорогих оперативних втручань. Хворих, чекаючих трансплантацію, в 3 рази більше числа пацієнтів, що одержали орган від донора. Для трансплантації тканин не потрібен донор з серцем, що б'ється, тому пересадка клапанів серця, рогівки, шкіри, кісток і продуктів сполучної тканини не обмежена.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати: визначення трансплантології, відновної, реконструктивної, естетичної хірургії, ознайомитися з статистичними даними, щодо поширення захворювань, які потребують трансплантаційних заходів та ускладнень пов'язаних з трансплантацією в передопераційному та післяопераційному періоді.

А також знати:

1. Анатомо-фізіологічні відомості всіх органів та систем .
2. Джерела донорських органів .

3. Особливості та спеціальна класифікація трансплантацій .
4. Імунологічні основи пересадки органів.
5. Особливості трансплантації серця, легень, нирок, печінки, підшлункової залоз, тонкої кишки
6. Техніка оперативних втручань .
7. Показання та протипоказання до трансплантації, критерії вибору реципієнта для трансплантації .
8. Ускладнення імунодепресивного лікування.
9. Реакція відторгнення пересаженого органу.
10. Принципи передопераційної підготовки і ведення післяопераційного періоду у трансплантаційних хворих .
11. Особливості реімплантації кінцівок, техніка оперативного втручання,
12. Показання та протипоказання до пластичних та реконструктивних операцій
13. Види пластичних та реконструктивних операцій.
14. Ускладнення в післяопераційному періоді
15. Сучасні можливості корекції вад розвитку та набутих дефектів.
16. Особливості естетичної хірургії.
17. Показання та протипоказання до клітинної терапії

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих , які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворих, які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, плевральної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначити лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими, які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Уміти
1. Раніше вивчені дисципліни Анатомія людини	Топографію та васкуляризацію печінки, нирок, підшлункової	

Гістологія	залози, легень, серця, тонкого кишківника.	
Нормальна фізіологія	Гістологічну будову печінки, нирок, підшлункової залози, легень, серця, тонкого кишківника .	
Біохімія	Хімічні процеси у органах які пересаджуються.	
Паталогічна анатомія	Морфологічні зміни у всіх органах які пересаджуються.	
2. Дисципліни, що вивчатимуться пізніше Хірургічні хвороби	Клініку, діагностику та лікування захворювань, які потребують трансплантації, прогноз майбутніх ускладнень.	
3. Внутрішньопредметна інтеграція		Диференційна діагностика ускладнень раннього та пізнього післяопераційного періоду з іншими захворюваннями органів та систем.

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих , які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані інструментальних та лабораторних обстежень			+
				+
				+
3.	Проводити диференційну діагностику		+	
4.	Визначати лікувальну тактику у хворих, які потребують пересадки органів, пластичних операцій, клітинної терапії,		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при захворюваннях захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів..	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів..	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослід-ження, котрі необхідні для діагностики захворювань захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів..	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної захворювань захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів..	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування захворювань захворювань серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого з захворюваннями серця, легень, печінки ,нирок, підшлункової залози та кишечника, вадами розвитку та набутими дефектами.	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізняти перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми, визначати границі серця, легень, печінки, нирок
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих з	Рентгенографія Плевральна пункція	Диференціювати об'ємні утворення в легенях, наявність патологічного вмісту в плевральній порожнині. Розрізняти характер отриманого вмісту.

захворюваннями серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вадами розвитку та набутими дефектами.	ЕКГ Ангіографія	Диференціювати ЕКГ зміни. Розрізняти характер отриманих результатів Диференціювати ангіографічні зміни. Розрізняти характер отриманих результатів
Визначити лікувальну тактику при захворюваннях серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вадами розвитку та набутими дефектами	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з незворотними змінами захворюваннями серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вадами розвитку та набутими дефектами	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні дихальної функції. Особливості трансплантації серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, корекція вад розвитку та набутих дефектами

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап– має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
аутогенна трансплантація	донор і реципієнт одна і та ж особа;
ізогенна трансплантація	донор і реципієнт однойцеві близнята;
сингенна трансплантація	донор і реципієнт родичі першого ступеня;
алогенна трансплантація	донор і реципієнт належать до одного виду (наприклад, пересадка від людини людині);
ксеногенна трансплантація	донор і реципієнт належать до різних видів (наприклад, пересадка від мавпи людині).
Алопластична трансплантація	заміна органу або тканини синтетичними матеріалами.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомічна будова серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника
2. Який патогенез в розвитку ускладнень захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.
3. Яка клінічна картина захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.
4. Методи діагностики захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.
5. Диференційна діагностика захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.
6. Принципи лікування захворювань серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вад розвитку та набутих дефектів.
7. Показання до різних методів лікування при захворюваннях серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вадах розвитку та набутих дефектах.
8. Особливості хірургічних втручань захворюваннях серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, вадах розвитку та набутих дефектах.
9. Особливості втручань в стетичній хірургії

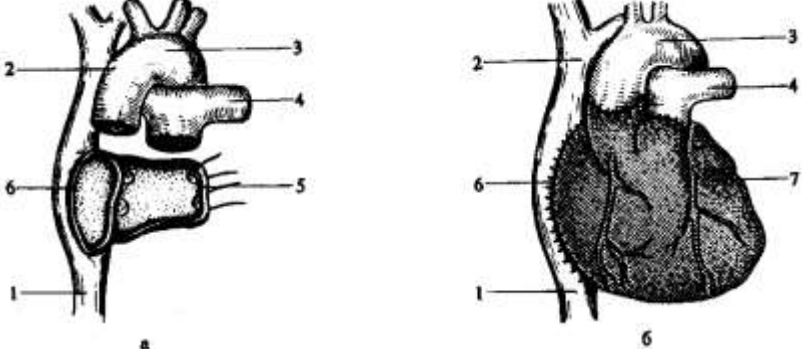
6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. зібрати та оцінити скарги хворого з захворюванням серця, легень, печінки, нирок, підшлункової залози та кишечника, при вадах розвитку та набутих дефектах, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
2. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
3. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, МРТ, рентгенологічних методів дослідження;
4. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
5. призначити передопераційну підготовку хворим;
6. вести післяопераційний період.

6.4. Зміст теми:

Графологічна структура теми.

Пересадка серця

Пересадка серця	<p>Пересадка серця проводиться порівняно часто і займає друге місце після пересадки нирок. Удосконалення методів консервації органів, придушення реакції відторгнення за допомогою сучасних препаратів, техніка штучного кровообігу і інтенсивної терапії дозволило ширше застосовувати пересадку серця в клінічній практиці (мал. 2).</p>  <p>Рис. 4.1. Пересадка серця</p> <p>а — общий вид после удаления сердца реципиента; б — вид после завершения операции трансплантации. 1 — нижняя полая вена; 2 — верхняя полая вена; 3 — аорта; 4 — легочная артерия; 5 — задняя стенка левого предсердия; 6 — задняя стенка правого предсердия (реципиента); 6 — правое предсердие донорского сердца; 7 — пересаженное донорское сердце.</p>
Показання	<p>Показаннями до трансплантації серця є хронічна ішемічна хвороба серця в термінальній стадії розвитку хвороби (близько 45 % всіх трансплантацій серця), кардіоміопатія з явищами вираженої серцевої недостатності (45 %), важкі комбіновані вади серця, значно рідше — інші види захворювань серця.</p>
Критеріями відбору реципієнтів для трансплантації серця є:	<ol style="list-style-type: none"> 1) серцева недостатність IV ступеня по класифікації Нью-Йоркської асоціації кардіологів або передбачувана тривалість життя пацієнта менше 6 міс; 2) вік реципієнта — від періоду новонародженості до 60 років (у деяких центрах до 65 років); 3) задовільний стан пацієнта до появи ознак кінцевої стадії розвитку серцевого захворювання; у реципієнта повинна бути нормальна функція або легко оборотна, тимчасова дисфункція легенів, печінки, нирок, ЦНС, а також емоційна стабільність і комунікабельність; 4) резистентність легеневих судин повинна бути нормальній або такій, що піддається фармакологічній корекції; 5) у реципієнта не повинно бути інфекції, що активно розвивається, або онкологічного процесу, недавно перенесеної тромбоемболії легеневої артерії, важкого судинного захворювання. <p>При виборі методу лікування лікар повинен бути упевнений в тому, що переїзд но серця є єдиним способом продовжити життя хворого, що всі можливості інших методів лікування важкого серцевого захворювання вичерпані.</p>
Протипоказаннями до трансплантації серця є:	<ol style="list-style-type: none"> 1) системні захворювання (наприклад, інсулінозалежний цукровий діабет, невіддатливі корекції хронічні захворювання нирок, ЦНС, психічні захворювання, активна інфекція в організмі); 2) високий тиск в системі легеневої артерії (легенева гіпертензія); 3) виражене ожиріння, алкоголізм або наркоманія.
Критерії відбору	<p>Як донор для пересадки серця може бути підібрана людина із</p>

донорів.	здоровим серцем, по можливості молодше 60 років з клінічно встановленою смертю мозку. Серцева діяльність донора повинна підтримується гіпертензивними препаратами нетривалий період часу. Донор і реципієнт повинні мати однакову групу крові. У сироватці крові реципієнта не повинно бути преформированих антитіл проти лімфоцитів донора. Донор повинен мати нормальну ЕКГ і ехокардіограму. Розміри донорського органу можуть коливатися від 20 до 50 % від розмірів серця реципієнта.
Техніка операції	<p>Пересадку серця виконують тільки у відділеннях серцевої хірургії, що мають в своєму розпорядженні досвід проведення штучного кровообігу з холодовою кардіоплегією, де є відповідне оснащення і кваліфікований персонал.</p> <p>Оперативний доступ — середина стернотомія. Після розкриття перикарду вводять канюлі в нижню і верхню порожнисті вени для підключення апарату штучного кровообігу. Тривалість штучного кровообігу і холодової кардіоплегії повинна бути можливо коротше.</p> <p>Серце донора і реципієнта висікають майже повністю, залишаючи невеликі ділянки задніх стінок обох передсердя (місця впадання порожнистих вен в праве передсердя і місце впадання легеневої артерії в ліве передсердя). Після огляду підготовленого відповідним чином серця донора його з'єднують швами із задньою стінкою лівого передсердя, що залишилася, перегородкою між ними, залишком правого передсердя, аортою і легеневою артерією реципієнта. Після зняття затиску з аорти вживають заходи для швидкого відновлення скорочень серця, якщо воно не відновлюється самостійно.</p>
Післяопераційне лікування та ускладнення	<p>Імуносупресію проводять за загальними правилами. Останніми роками в схему імуносупресії включають моноклональні антитіла (ОКТ3 і ін.).</p> <p>Протягом першого року після операції виживає близько 80 % пацієнтів, після 5 років — близько 64 % і після 10 років і більш — 45 %.</p> <p>Реакція відторгнення виявляється аритмією, гіпотензією, підвищенням температури, слабкістю, браком повітря. ЕКГ недостатньо інформативна. Для виявлення ранніх ознак реакції відторгнення використовують черезвенозну ендокардіальну біопсію міокарду з подальшим вивченням його гістологічної структури. Рутинно використовують також радіоізотопну вентрикулографію, яка дозволяє стежити за реакцією відторгнення і змінами в процесі лікування імуносупресантами.</p> <p>Виживає після успішної трансплантації серця і легенів така ж, як при пересадці серця. Імуносупресію проводять за тими ж правилами. Можливі ускладнення — реакція відторгнення, кровотеча, обтураційний бронхолітаз, який стримує широке розповсюдження методу.</p>

Трансплантація легенів

Показання	Трансплантацію легенів доцільно проводити реципієнтам з важкими захворюваннями легенів, підтвердженими клінічними, фізіологічними і лабораторними даними, у яких медикаментозне і хірургічне лікування неефективно, а передбачувана тривалість життя не перевищує 12—24 міс..
Критеріями відбору реципієнтів для	Реципієнт повинен бути нормально вгодований і не мати протипоказань до операції.

трансплантації легень є:	
Протипоказанням и до трансплантації легень є:	Основними протипоказаннями є неусувна інфекція, онкологічне захворювання, психічні порушення, наркоманія і алкоголізм, важке захворювання нирок, печінки, серця, куріння тютюну, вік більше 65 років.
Критерії відбору донорів.	<p>Донор повинен бути здоровою людиною у віці не більше 55 років (для односторонньої пересадки — 65 років), що мало палить (менше 20 пачок в рік), з нормальною рентгенограмою і відсутністю аспіраційних мас в бронхах (за даними бронхоскопії). Легеня донора повинна відповідати розмірам легені реципієнта. Перед трансплантацією проводять візуальний контроль легені донора, проби на гістосумісність. Тільки 20-25 % донорських легенів вважаються придатними для трансплантації.</p> <p>Перед проведенням консервації легені донору внутрішньовенно вводять розчин простагландину E1. Легеневу артерію промивають 3 л розчину Євро Коллінз при температурі +4 °С. Легеню вилучають і наповнюють 100 % киснем. Потім його поміщають в контейнер і транспортують при температурі 0 ± 1 °С.</p>
Техніка операції	Проводять торакотомію задньобоківим доступом, а при двосторонній пересадці – серединну стернотомію. Після видалення легені реципієнта зшивають спочатку бронх (трахею), потім сполучають анастомозом судини. Легеня донора постійно повинна бути закрита марлевою серветкою, змоченою в крихтах танучого льоду.
Післяоперацій не лікування та ускладнення	Після операції реципієнти потребують інтенсивної терапії, що ретельно спланувала, передбачає профілактику інфекції, постуральний дренаж, фізіотерапію, бронхоскопію за свідченнями, дренажу плевральної порожнини.

Пересадка нирок

Показання	В світі найчастіше проводять трансплантацію нирок (до 50 % всіх пересадок органів). Показанням до пересадки нирки є термінальна стадія хронічної ниркової недостатності, викликана хронічним гломерулонефритом або інсулінозалежним діабетом. Іншими важливими показаннями є полікістоз нирок, гіпертензивний нефросклероз, системний червоний вовчак, нефросклероз, пієлонефрит.
Критеріями відбору реципієнтів для трансплантації нирки є:	<p>Реципієнт повинен бути ретельно обстежений із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів. Необхідно визначити АВ0 і титрування HLA на гістосумісність.</p> <p>Якнайкращі результати трансплантації нирки спостерігаються у випадках, коли реципієнт і живий споріднений донор мають ідентичні HLA-антигени.</p>
Протипоказаннями до трансплантації нирки є:	Пересадка нирки абсолютно протипоказана пацієнтам з активною інфекцією і злоякісними захворюваннями, які не можуть бути усунені до операції, тому що застосування імуносупресивної терапії спричинить загострення обох захворювань. Літній вік, серйозні серцево-судинні і важкі супутні захворювання перешкоджають трансплантації нирок.

	Відносним протипоказанням є недостатня комунікабельність потенційного реципієнта, відсутність готовності до взаємодії з лікарем в процесі лікування (психічні захворювання, наркоманія, алкоголізм і ін.).
Критерії відбору донорів.	Кандидатами на пересадку нирки є молоді пацієнти, у яких хронічна ниркова недостатність не пов'язана з системним захворюванням, яке може пошкодити трансплантовану нирку.
Техніка операції	Донорську нирку звичайно пересаджують в клубову ямку (гетеротопічна пересадка) позаочеревинно. У дітей, яким пересаджують нирку дорослого, із-за великих розмірів органу використовують черезочеревинний доступ, поміщаючи нирку в поперекову область. Судини нирки зшивають із зовнішніми клубовими артерією і веною. Криво зрізаючий сечовід імплантують в сечовий міхур. Спочатку сполучають ниркову і клубову вени по типу кінець в бік, потім по такому ж типу сполучають ниркову і клубову артерії, в останню чергу накладають анастомоз між сечоводом і сечовим міхуром.
Післяоперацій не лікування та ускладнення	<p>Функція нирки в більшості випадків відновлюється відразу після накладення анастомозів, проте нормалізація її діяльності відбувається протягом декількох днів, а явища ниркової недостатності зникають через декілька тижнів, тому в післяопераційному періоді приходиться проводити декілька сеансів гемодіалізу. Імуносупресивну терапію проводять відповідно до загальних правил по одній з наявних схем.</p> <p>Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді. До них відносяться кровотеча, неспроможність анастомозу сечоводу з сечовим міхуром і утворення сечових свищів, інфікування рани і ложа нирки. Можуть виникнути і такі ускладнення, як гостра недостатність трансплантата, реакція відторгнення трансплантата, і ускладнення, пов'язані застосування їм імунодепресивної терапії.</p> <p>Тимчасова відсутність функції трансплантата спостерігається у 10—15 % реципієнтів. Воно звичайно обумовлене розвитком грубої дистрофії некрозу епітелію звитих каналців пересадженої нирки унаслідок ішемії і гіпоксії її до і під час узяття або подальшого зберігання до моменту пересадки. В результаті у хворого розвивається олігурія або анурія. Функція трансплантованої нирки звичайно відновлюється на протязі 2-х тижнів. Для видалення азотистих продуктів обміну протягом цього періоду хворому проводять гемодіаліз. Причиною олігурії і анурії може бути також тромбоз судинних анастомозів, обструкція сечоводу, здавлення пересадженої нирки сечовим набряком.</p> <p>Реакція відторгнення трансплантата робить великий вплив на клінічний перебіг в післяопераційному періоді.</p> <p>Надгостре відторгнення настає через декілька хвилин або годинників після трансплантації. Нирка набуває синюшного кольору, кровообіг в ній припиняється, сеча перестає виділятися, нирка гине. Гістологічно виявляють поширене відкладення фібрину і тромбоцитів в судинах, скупчення в клубочках і перитубулярних судинах нейтрофілів, тромбоцитів, еритроцитів і фібрину. Надгостре відторгнення не піддається лікуванню імунодепресантами.</p> <p>Гострий криз відторгнення звичайно виникає з 4-го дня після трансплантації і може виникати повторно протягом декількох місяців і навіть декількох років. При гістологічному дослідженні виявляють інтерстиціальний нефрит. У трансплантаті виявляють лімфоцитарну інфільтрацію (імунокомпетентні клітини реципієнта) паренхіми, набряк</p>

	<p>тканини У зв'язку з набряком нирки збільшується аж до надриву капсули і паренхіми з подальшою кровотечею. У області пересащеної нирки з'являється локальна болісність, підвищується температура тіла, розвивається слабкість, стійка гіпертензія. З'являється олігурія, наростає азотемія (підвищується креатинін і сечовина крові). Ці симптоми рідко виявляються у реципієнтів, одержуючих циклоспорин. У реципієнтів, що одержували циклоспорин А, не спостерігається набухання пересащеної нирки, не підвищується температура і лише олігурія або анурія свідчить про реакцію відторгнення, яка може бути підтверджена вивченням перфузії нирки радіоізотопним методом. Для уточнення діагнозу проводять біопсію нирки. При ультразвуковому дослідженні виявляється збільшення розмірів пересащеної нирки, товщини її кіркового шару.</p> <p>Гістологічне дослідження в ранньому періоді дозволяє виявити прилипання лімфоцитів до ендотелію перитубулярних капілярів і венул. Значне скупчення їх призводить до розриву цих судин, некрозу звитих каналців і інтерстиціальним інфільтратам. Клітинні інфільтрати утворені дрібними лімфоцитами. Пізніше в інфільтраті з'являються крупні лімфоцити і макрофаги. Якщо процес відторгнення наближається до необоротного, спостерігається набухання інтими і осередковий фібриноідний некроз медіа, що закінчується проліферацією ендотеліальних клітин і облітерацією просвіту дрібних артерій фібрином, тромбоцитами, лімфоїдними клітинами. Для уточнення діагнозу гострого відторгнення проводять транскутанну біопсію нирки. Як тільки встановлений діагноз, негайно приступають до лікування імунодепресантами (стероїдні гормони, ОКТЗ, антилімфоцитарна сироватка і ін.).</p> <p>Хронічна реакція відторгнення починається через 3— 4 тижні після операції трансплантації. Причиною її є поширена облітеруюче ураження судин нирки. Унаслідок різкого звуження просвіту судин порушується кровопостачання пересащеної нирки, зменшується клубочкова фільтрація, наростає азотемія. Хронічна судинна реакція відторгнення трансплантата є найбільш частою причиною втрати функції пересащеної нирки. Посилення імунодепресивної терапії звичайно малоєфективне, поступово нирка гине, виникає необхідність в її видаленні, переведенні хворого на гемодіаліз і в повторній пересадці нирки. Деяким хворим пересадку нирки приходиться повторювати кілька разів.</p> <p>Основою успішного результату пересадки нирки, крім дотримання принципів гістосумісності і хірургічної техніки, є імунодепресивна терапія.</p>
--	--

Пересадка підшлункової залози

Показання	Показання до пересадки підшлункової залози є суперечливими. Не викликає сумніву, що пересадка повинна бути проведена до появи важких або необоротних ускладнень цукрового діабету, таких як важка ретинопатія, загрозлива сліпотою, нейропатія, нефропатія, важке захворювання мікросудин і крупних стовбурів.
Критеріями відбору реципієнтів для трансплантації підшлункової залози є:	Реципієнт повинен бути ретельно обстежений із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів. Необхідно визначити АВ0 і титрування HLA на гістосумісність.

Протипоказання-ми до трансплантації підшлункової залози є:	Протипоказання до трансплантації підшлункової залози такі ж, як до трансплантації нирки і інших органів. Особливо ретельно повинно бути досліджено серце реципієнта. У зв'язку з нейропатією багато пацієнтів не відчують стенокардію навіть при значному ураженні коронарних судин. Для уточнення діагнозу рекомендується провести радіоізотопне дослідження серця, ангіографію коронарних судин.
Критерії відбору донорів.	Вибір донора і вилучення підшлункової залози мають велике значення для успіху трансплантації. Підшлункову залозу беруть звичайно у молодого, здорового донора з мозковою смертю. Вік донора може коливатися від 3 до 55 років. У дорослих донорів необхідно виключити атеросклеротичне ураження черевного стовбура. Абсолютним протипоказанням для вилучення підшлункової залози у донора є інфекція в черевній порожнині, травма залози, гострий панкреатит і наявність діабету у донора. Вміст глюкози і амілази в крові донора не відображає стан і придатність підшлункової залози для трансплантації. Панкреас вилучають разом з печінкою і дванадцятипалою кишкою або окремо. Після вилучення органів печінку відокремлюють від підшлункової залози. Останню консервують в спеціальному розчині (Віспан, ДюПонт) і зберігають в контейнері при низькій температурі до моменту пересадки. Максимальний термін зберігання консервованого органу 20—30 годин.
Техніка операції	<p>Для пересадки використовується або сегмент (хвіст і тіло), або вся підшлункова залоза разом з сегментом дванадцятипалої кишки. Існують різні думки з приводу відведення екзокринного соку. Вивідна протока панкреас може бути перев'язана, блокована спеціальним полімером або залишена відкритою (тоді панкреатичний сік виділяється у вільну черевну порожнину), сполучена співустям з ізольованою по Ру петлею тонкої кишки, сечовим міхуром або сечоводом.</p> <p>При пересадці цілої підшлункової залози разом з сегментом дванадцятипалої кишки останній сполучають анастомозом бік в бік з тонкою кишкою або сечовим міхуром. При пересадці сегменту підшлункової залози вивідну протоку її частіше блокують неопреном або іншим швидко тужавіючим синтетичним матеріалом. Проте ця методика менш популярна в порівнянні з відведенням панкреатичного соку в кишку або сечовий міхур. При відведенні панкреатичного соку в сечовий міхур зменшується небезпека інфекції, з'являється можливість контролювати вміст амілази в сечі і судити про реакцію відторгнення, що починається, і функціональний стан трансплантата, тому цю методику часто використовують у ряді центрів. Недоліком з'єднання протоки залози з сечовим міхуром є втрата великої кількості бікарбонатів з панкреатичним соком, розвиток ацидозу, гематурії, інфекції сечового міхура, стриктури уретри.</p> <p>Підшлункову залозу, як і нирку, пересаджують в клубову ямку. При цьому послідовно сполучають вени, артерії, вивідну протоку залози. Прийнято три варіанти пересадки підшлункової залози: пересадка тільки залози (у хворих в преуремічному стані), послідовна пересадка спочатку нирки, а потім підшлункової залози і, нарешті, симультанна (одночасна) пересадка нирки і залози. Перевага останньої пересадки, здається, полягає в тому, що панкреас пересаджують на фоні імуносупресивної терапії, з приводу пересадженої, що проводиться, раніше нирки. Проте результати послідовної пересадки виявилися гіршими за одночасну пересадку нирки і підшлункової залози. Тому в більшості випадків тепер проводять одночасну пересадку обох органів. При цьому пацієнт піддається тільки</p>

	одному оперативному втручанню і одержує однакову імуносупресивну терапію
Післяопераційне лікування та ускладнення	<p>Реакція відторгнення звичайно починається з лімфоцитарної інфільтрації ацинусів, розвитку васкуліту. Острівцева тканина підшлункової залози якийсь час не змінюється. Лімфоцитарна інфільтрація і пошкодження острівцевої тканини спостерігаються лише в пізній стадії реакції відторгнення. Отже, підвищення концентрації глюкози в крові не може служити раннім критерієм відторгнення, рівень її підвищується тільки в незворотній стадії реакції відторгнення. Ізольоване відторгнення панкреас без відторгнення нирки відбувається надто рідко. Тому ранні ознаки відторгнення нирки (олігурія, підвищення креатиніну і ін.) є одночасно ранніми ознаками відторгнення підшлункової залози. При послідовній пересадці панкреас, а потім нирки про початок реакції відторгнення судять по рівню амілази в сечі, що підтверджує перевагу пересадки панкреас з анастомозом протоки залози з сечовим міхуром.</p> <p>Морфологічно відторгнення виявляється набуханням трансплантата, розмитістю країв пересадженої панкреас, поганою візуалізацією її хвоста при УЗД. Магнітно-резонансна томографія і різні способи УЗД не дозволяють визначити відторгнення панкреас. Якщо при пересадці був накладений анастомоз між сечовим міхуром і сегментом дванадцятипалої кишки, що оточує головку підшлункової залози, то трапляється нагода для проведення біопсії панкреас через цистоскоп.</p> <p>Імуносупресивна терапія проводиться за загальними правилами із застосуванням 2—3 препаратів з різним механізмом дії по розробленій схемі. Ускладнення в післяопераційному періоді такі ж, як після пересадки нирок, — можливість кровотечі, скупчення рідини навколо трансплантата (віддаляється за допомогою аспірації під контролем УЗД), інфекція.</p>

Пересадка печінки

Показання	<p>Одна з найбільш складних і відповідальних операцій у трансплантології - пересадка печінки. Показаннями до неї служать невиліковні звичайним шляхом захворювання.</p> <p>Вірусні гепатити (В, С і Д)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аутоімунні гепатити: первинний біліарний цироз печінки, первинний склерозуючий холангіт • Порушення обміну Альфа-1-антитрипсину • Захворювання Вільсона • Гемохроматоз • Полікістоз печінки • Рак печінки • Гостра печінкова недостатність в результаті отруєнь • муковісцедоз
Критеріями відбору реципієнтів для трансплантації печінки є:	<p>Успішність трансплантації печінки залежить від коректного вибору реципієнта. Головним є стан його здоров'я до моменту пересадки, здатність перенести важку операцію. Реципієнт не повинен мати інших важких захворювань в кінцевій фазі їх розвитку. За 6 міс до операції хворий не повинен вживати алкоголю і наркотиків. Кандидат на пересадку печінки повинен бути ретельно обстежений фахівцями різних галузей медицини, включаючи психіатра. До операції необхідно провести лікування наявних захворювань, які можуть вплинути на успішність трансплантації.</p>

Протипоказання-ми до трансплантації печінки є:	<p>Абсолютними протипоказаннями до проведення трансплантації печінки є:</p> <p>Декомпенсовані захворювання серця, легенів, ЦНС.</p> <p>Системні інфекції, невіддатливі лікуванню (резистентний туберкульоз, Віл-інфекція, сифіліс), період активної реплікації вірусу гепатиту В, С.</p> <p>Онкологічні захворювання.</p> <p>Повна відсутність психологічної готовності пацієнта до пересадки печінки.</p> <p>Невіддатливий лікуванню алкоголізм (з причини відсутності доцільності операції).</p> <p>Усі інші протипоказання (вік старше 60 років, активний вірусний гепатит В, З, тромбоз ворітної вени, холангиоцеллюлярний рак печінки, ожиріння, операції, що раніше проводяться, на печінці і жовчовивідних шляхах і ін.) вважаються відносними</p>
Критерії відбору донорів.	<p>Печінку необхідно брати у донора з мозковою смертю і нормально функціонуючим серцем. Трансплантат повинен за розмірами відповідати або бути трохи менше печінки реципієнта. При значній величині печінки донора перевагу віддають пересадці лівої частки (2, 3, іноді 4 сегмента) печінки. Трансплантат вважається малоприсадним, якщо при біопсії виявляється, що 40% і більше паренхіми печінки заміщено жиром.</p>
Техніка операції	<p>В даний час застосовують два методи: пересадку донорської печінки на місце власної печінки реципієнта (ортотопічна пересадка), пересадку донорської печінки до судин в черевну порожнину на місце видаленої нирки, селезінки і залишення власної печінки реципієнта (гетеротопічна пересадка) і, нарешті, тимчасове підключення донорської печінки до кровоносних судин нижніх або верхніх кінцівок.</p> <p>Доступ: L -подібний розріз черевної стінки. Кровоносна судина по черзі перетинаються і хвора печінка видалається. У цей час механічний насос здійснює повернення крові з нижньої половини тіла до серця. Наступним етапом є сама трансплантація з формуванням судинних і жовчовивідних анастомозів. Так як донорський жовчний міхур видалається, відтік жовчі направляється в кишечник.</p> <p>Оскільки видалення декількох сегментів лівої частки печінки стало безпечним, деякі центри віддають перевагу пересадці лівої частки (2-3, іноді 4 сегмента) печінки від живого родинного донора, з'єднуючи судини трансплантуються частини печінки з судинами селезінки реципієнта, а жовчний проток - з виключеною по Ру петлею худої кишки.</p>
Післяопераційне лікування та ускладнення	<p>Поки трансплантат ще не почав нормально функціонувати, функцію печінки замінює апарат «штучна печінка». Після успішної трансплантації печінки терапія спрямована на придушення імунної системи. Небезпека відторгнення особливо велика в перші 6 місяців. Тим не менш, застосування новітніх імунодепресивних засобів, зокрема циклоспорину, дозволило добитися істотного прогресу при пересадці печінки: протягом 1 року трансплантати успішно функціонують в 70-80% випадків. У ряду хворих алотрансплантату печінки функціонують вже протягом 10 років</p>

Пересадка кишечника

Показання	<p>Трансплантація тонкого кишечника показана пацієнтам з синдромом мальабсорбції, пов'язаним із захворюваннями кишечника (гастрошизис, хвороба Гіршпрунга, аутоімунний ентерит) або з</p>
-----------	---

	резекцією кишечника (мезентериальна тромбоемболія або поширена хвороба Крону), з високим ризиком смерті (зазвичай внаслідок природженої ентеропатії, такої як інклюзійна хвороба). Кандидатами на трансплантацію також є пацієнти з локальними інвазивними пухлинами, які призводять до обструкції, абсцесів, фістул, ішемії або геморагій (зазвичай із-за десмоїдної пухлини, пов'язаної із спадковим поліпозом)
Критеріями відбору реципієнтів для трансплантації кишечника є:	Реципієнт повинен бути ретельно обстежений із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів. Необхідно визначити АВ0 і титрування HLA на гістосумісність.
Протипоказаннями до трансплантації кишечника є:	Протипоказання до трансплантації підшлункової залози такі ж, як до трансплантації і інших органів
Критерії відбору донорів.	Кишечник беруть у молодого, здорового донора з мозковою смертю.
Техніка операції	Спочатку пересажують ізольовану петлю кишки з виведенням обох кінців її на шкіру у вигляді фістули. Потім після того, що приживляється трансплантата здійснюють другий етап операції - сполучають кінці трансплантата, що прижився, з кишечником реципієнта. У клінічних умовах ця операція виконується рідко.
Післяопераційне лікування та ускладнення	Імуносупресивна терапія зазвичай включає антилімфоцитарний глобулін з подальшим призначенням високих доз такролімуса і микофенолата мофетилу в якості підтримувальної терапії. Для виявлення відторгнення щотижня проводиться ендоскопія. Симптоми і об'єктивні ознаки відторгнення включають діарею, лихоманку і абдомінальну біль. При ендоскопії виявляється еритема слизової оболонки, набряк, виразки, екзофіліція; зміни поширені нерівномірно, виявити їх важко і необхідно диференціювати від цитомегаловірусного ентериту шляхом виявлення включень вірусних тілець. При біопсії виявляються деформовані ворсинки і запальні інфільтрати у власній пластинці слизової оболонки. Лікування гострого відторгнення полягає в призначенні високих доз глюкокортикоїдів, антитимоцитарного глобуліну або їх обох

Реплантація кінцівки

Показання	<ol style="list-style-type: none"> 1) відрив сегменту кінцівки з малою зоною ушкодження тканин (ножем, верстатом гільйотини, електропилою і тому подібне); 2) задовільний загальний стан хворого; 3) час, передування реплантації, не більше 3 г, а при охолодженні сегменту - дещо довше; 4) наполягання хворого або батьків на реплантації.
Протипоказаннями до трансплантації кишечника є:	<ol style="list-style-type: none"> 1) значне розчавлювання тканин із забрудненням рани; 2) важкий загальний стан хворого; 3) час, передування реплантації, більше 5 г (усі випадки закінчуються невдачею).
Техніка операції	При травматичній ампутації кінцівки або її сегменти необхідно даний сегмент покласти в чистий целофановий пакет, потім зав'язати його вузлом, щоб сегмент опинився всередині замкнутої порожнини потім пакет вивернути (виходить «пакет в пакеті») і всередину заливається холодна (4-6 С°) вода, (при відсутності води можливо використовувати сніг, лід - що менш

	<p>бажано). При відсутності пакету, води, снігу, даний сегмент закривають чистою матерією (наприклад чисту хустку) і транспортом разом з пацієнтом доставляють в найближчий стаціонар, попередньо і паралельно надаючи першу допомогу, першу медичну, лікарську, спеціалізовану допомогу.</p> <p>Хірурги працюють в 2 бригади: одна бригада працює над первинною хірургічною обробкою (ПХО) кукси, друга готує відірваний сегмент, проводить ПХО і перфузію. Після ретельної первинної хірургічної обробки рани резекують суглобові кінці або укорочують відламки кістки (при відриві упродовж сегменту) і проводять стабільний металлостеосинтез для того, щоб без натягнення зшити м'які тканини (судини, нерви, м'язи, сухожилля і так далі) і створити надійну фіксацію.</p> <p>При значних дефектах судин застосовують аутовенозний трансплантат, а дефект нерва відновлюють через деякий час в плановому порядку. Операція повинна закінчуватися зшиванням країв шкіри рани, а при дефектах - пластикою шкіри.</p>
Післяопераційне лікування та ускладнення	<p>Після операції слід стежити за реплантатом і загальним станом хворого, проводити комплексне симптоматичне лікування. При появі ознак нежиттєздатності реплантата або вираженій інтоксикації організму, яка погрожує життю хворого, слід своєчасно провести ампутацію.</p>

Пластична хірургія

Визначення	розділ хірургії, що займається відновленням форми і функції тканин і органів.
Завдання	усунення різних дефектів, які можуть бути вродженими або набутими, виникати внаслідок ушкоджень, захворювань, оперативних втручань і викликати функціональні або анатомічні зміни. Будь-яка хірургічна операція містить елементи пластичної хірургії, так як передбачає відновлення тканин, органів.
Види пластичних матеріалів	<p>Пластичні матеріали поділяють на:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Аутогенні (свій шкірний клапоть і ін.) -Алогенні (від іншої людини - пересадка нирки) -Изогенні (від однойцевого близнюка) -Сінгенні (від родича 1-ї лінії) -Ксеногенні (від представника іншого виду - свиняча «ксено-шкіра») -Протези
Основні принципи	<p>Розрізи шкіри</p> <p>Розрізи проводяться паралельно шкірних лініях. Для профілактики «собачих вух» еліптичні розрізи на слизових оболонках робляться по поздовжній осі в 3-4 рази довше, ніж по поперечній.</p> <p>Закриття ран</p> <p>Включає первинну хірургічну обробку країв шкіри. Використовуються інструменти, які не викликають роздавлювання тканин. Надмірне натяг дає при загоєнні широкий рубець. Внутрішкірні і підшкірні розсмоктуються шви зменшують натяг, а раннє видалення швів - розміри рубця. Для поліпшення косметичного результату шви на обличчі видаляють на 3-5-ту добу.</p> <p>Трансплантація шкіри</p> <p>Розщеплені шкірні клапті складаються з епідермісу і частини дерми. Шкірні клапті у всю товщину представлені епідермісом і всієї дермою. «Взяття» шкірного клаптя вимагає адекватного кровообігу ділянки-реципієнта. Шкірні клапті беруть з мякою тканиною, навколишнім сухожиллям і окістям, але ніколи сухожилля або кістки не оголюють.</p>

	<p>Шкірні клапти зберігаються протягом 21 діб в стерильному фізіологічному розчині при температурі +4 ° С. Ніздрюваті шкірні клапти дозволяють закрити більшу ділянку; область з нерівними контурами закрити легше. Виділяється рідина накопичується під трансплантатом і сприяє його приживленню. На обличчі і кистях ніздрюваті трансплантати не застосовуються. При скупченні рідини під суцільним шматком необхідно видаляти її відсмоктуванням шприцом.</p> <p>Область тіла з пересадженим ділянкою шкіри повинна бути іммобілізована, так як при русі можливий розрив трансплантата. Кінцівки після трансплантації не повинні бути на витягненні. Шматки просочуються плазмою (48 год), потім відбувається вrostання капілярів (2-5 діб). Трансплантат не приживеться, якщо кількість бактерій в рані перевищує 10⁵ на 1 г тканини.</p> <p>Комбіновані клапти містять кілька видів тканин, наприклад вушні раковини і хрящі носа. З однієї ділянки не беруть клапот більше 1 см.</p> <p>Шматки</p> <p>Вільні клапти. Для закриття прилеглих дефектів використовуються Z-образні, зміщені, ротаційні, переміщені і інтерпольовані клапти з шкірно-підшкірними судинними сплетеннями.</p> <p>Осьові клапти. Їх приклади: лобові, дельтоподібного-грудні й чепцеві. В основі таких клаптів лежать специфічні судини, за рахунок чого вони краще васкуляризовані і більш придатні.</p> <p>Фасціальні-шкірні клапти. Використовуються підлягає фасція і підшкірні тканини. Гарне кровопостачання дозволяє брати більш довгі клапти.</p> <p>М'язові або м'язово-шкірні клапти. Представлені м'язами (з їх кровопостачанням) і лежить зверху шкірою.</p> <p>Вільне переміщення тканин. Багато м'язово-шкірні та фасціальні-шкірні клапти мають судинну ніжку, яка може бути розсічена і повторно зшита з судинами ділянки-реципієнта.</p> <p>Збільшення тканин в обсязі</p> <p>Збільшення тканин досягається введенням стерильного фізіологічного розчину під шкіру протягом декількох тижнів. Потім збільшені тканини видаляють, а дефект закривають переміщенням збільшеної в обсязі шкіри.</p>
--	---

Клінічна, лабораторна і інструментальна діагностика

Ехокардіографія - неінвазивний метод дослідження серця та магістральних судин за допомогою ультразвуку. Дозволяє візуалізувати анатомічні особливості та оцінити функцію серця та магістральних судин. У медицині застосовується УЗ частотою 1-1,5 МГц.

ЕхоКГ дозволяє:

- визначити розміри порожнин серця
- оцінити стан клапанів серця та їхню роботу
- визначити товщину стінок серця
- визначити стан скоротливості міокарда шлуночків серця
- виявити рубцеві зміни міокарда після інфаркту міокарда
- оцінити рух крові всередині серця
- оцінити стан великих судин - аорти та легеневої артерії
- виміряти тиск у легеневій артерії
- оцінити стан перикарда (зовнішня оболонка серця) та визначити кількість рідини в перикардальній порожнині

Показання до проведення ЕхоКГ:

- Ішемічна хвороба серця
- Інфаркт міокарда

- Артеріальна гіпертонія й артеріальна гіпотонія
- Діагностика вроджених та набутих вад серця та судин
- Ревматизм
- НЦД (нейроциркуляторна дистонія) за кардіальним і гіпертонічним типом
- Порушення ритму серця та провідності
- Хронічна серцева недостатність різного генезу
- Шум у серці, виявлений лікарем при аускультатії серця
- Перенесені важкі форми грипу та ангіни
- Діагностика новоутворень серця (пухлин)
- Діагностика ураження перикарда
- Діагностика перикардиту
- Діагностика кардіоміопатій
- Діагностика міокардиту
- Оцінка стану міокарда та клапанного апарату до і після операцій на серці
- Оцінка ефективності призначених лікарських препаратів (терапія ІХС, артеріальної гіпертонії, порушень ритму серця, міокардиту, ревматизму, ендокардиту та ін.)



Рис. 4.2. Ехокардіографія при ділятаційній кардіоміопатії

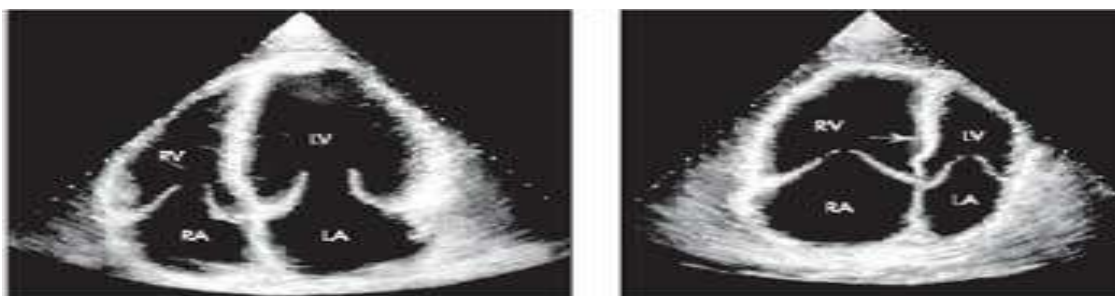


Рис.4.3. а) Ехокардіограма в нормі (а) та при хронічному легеневому серці з вираженою дилатацією порожнини правого шлуночка (б). В останньому випадку верхівка серця утворена ПШ, об'єм якого значно перевищує об'єм лівого шлуночка (ЛШ), відзначається парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки в бік ЛШ (відмічено стрілкою). RA — праве передсердя, RV — правий шлуночок, LA — ліве передсердя, LV — лівий шлуночок

Електрокардіографія — це метод графічної реєстрації електричних явищ, які виникають у серцевому м'язі під час його діяльності, з поверхні тіла. Електрокардіографія є одним з основних методів дослідження серця і діагностики захворювань серцево-судинної системи. ЕКГ є незамінним у діагностиці порушень ритму і провідності, гіпертрофій, ішемічної хвороби серця. Цей метод дає можливість з великою точністю говорити про

локалізацію вогнищевих змін міокарда, їх розповсюдженість, глибину і час появи. ЕКГ дозволяє виявити дистрофічні й склеротичні процеси в міокарді, порушення електролітного обміну, що виникають під впливом різних токсичних речовин. ЕКГ широко використовують для функціонального дослідження серцево-судинної системи.

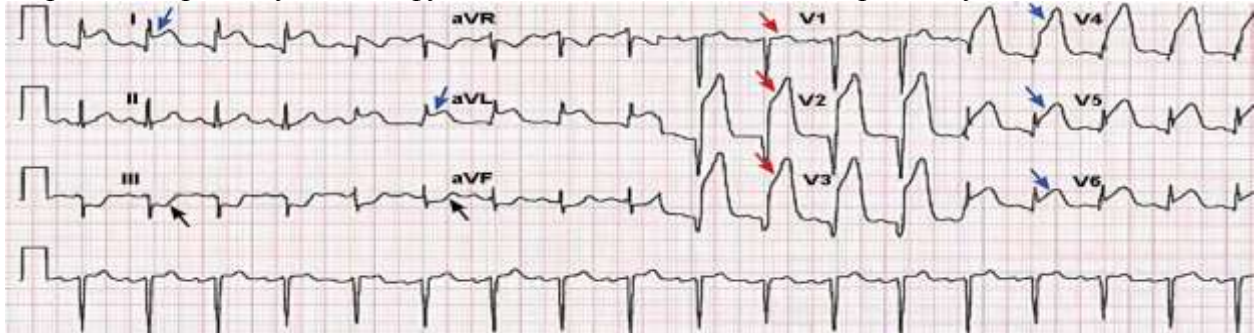


Рис. 4.4. Передньо-латеральний інфаркт міокарду з елевацією сегмента ST у відведеннях від V1 до V3, які вказують на передньо-септальний інфаркт (червоні стрілки), і у відведеннях від V4 до V6, а також I та aVL, які вказують на залучення в інфарктний процес бокової стінки (сині стрілки). Зверніть увагу на реципрокную депресію сегмента ST у нижніх відведеннях, а саме, III і aVF (чорні стрілки)

Рентгенологічне дослідження серця і крупних судин обов'язково включає дві основні методики — рентгеноскопія і рентгенографія, які істотно доповнюють один одного. При рентгеноскопії лікар-рентгенолог має можливість спостерігати природну картину пульсуючого серця і судин, постійно змінюючи положення пацієнта за екраном, щоб оглянути його з усіх боків, використовуючи принцип багатоосового рентгенологічного дослідження. Методика рентгенографії дає можливість об'єктивізувати численні деталі зміни тіні серця, зареєстровані в стандартних позиціях, і проводити достатньо точний кількісний аналіз виявлених порушень.



Рис. 4.5. Дилатаційна кардіоміопатія

Рентгенівська комп'ютерна томографія (РК-томографія) і магнітнорезонансна томографія (МР-томографія) є одними з найбільш перспективних і високоінформативних методів візуалізації органів і крупних судин. Отримання за допомогою РК-томографії послідовних тонких поперечних і подовжніх зрізів, особливо у поєднанні з введенням контрастної речовини, дозволяє отримати зображення органів з високою роздільною здатністю.

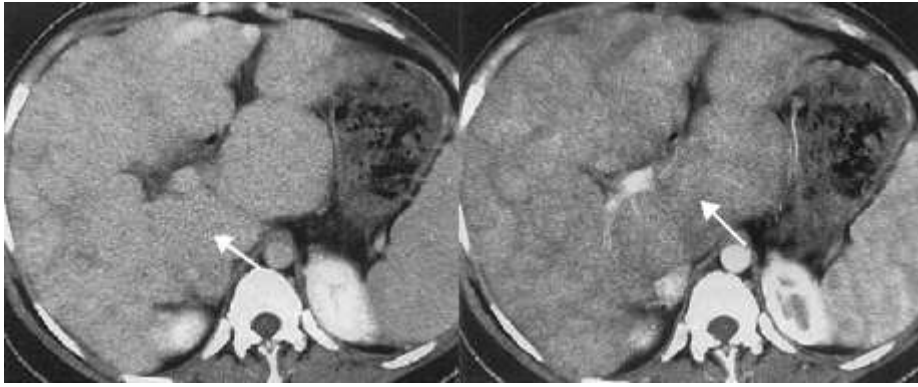


Рис. 4.6. Цироз печінки на КТ

Особливо перспективним представляється використання методу МР-томографії у зв'язку з її високою роздільною здатністю, зокрема, при застосуванні спеціальних методик контрастування і способів високошвидкісної реєстрації зображення, а також завдяки відсутності при дослідженні якого б то не було іонізуючого опромінювання.

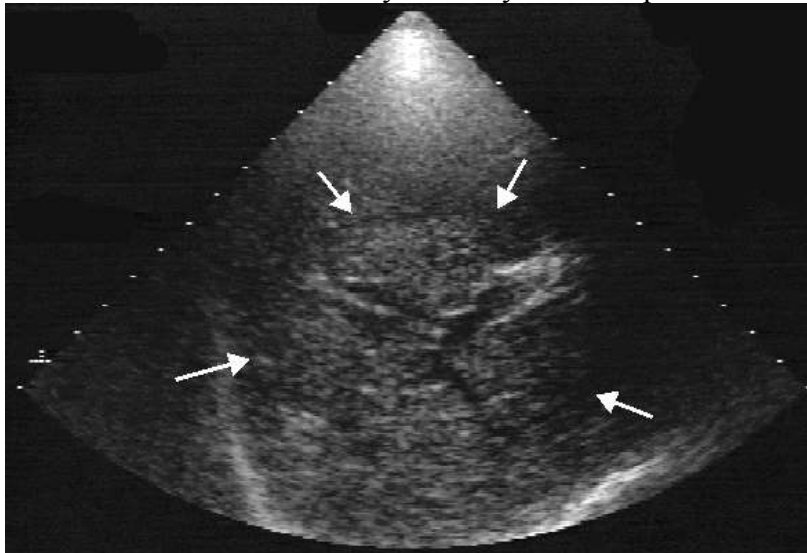


Рис. 4.7. Рак печінки на УЗД

7. Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Клітинна реакція проти несумісних HLA-антигенів залежить від:
 - A. Т-лімфоцитів
 - B. В-лімфоцитів
 - C. Моноцитів
 - D. Т- та В-лімфоцитів
 - E. Тромбоцитів
2. Показом до пересадки серця:
 - A. Синдром слабості синусового вузла.
 - B. Гострий інфаркт міокарда.
 - C. Параксизмальна тахікардія.
 - D. АВ-блокада I ст.
 - E. Дилатаційна кардіоміпатія
3. Який з нижче перелічених показників не характеризує мезенхімально - запальний синдром?
 - A. підвищення лужної фосфатази
 - B. СРБ
 - C. серомукоїд

- D. поява ревматоїдного чинника
E. антитіла до субклітинних чинників гепатоцита
4. Недостатності аортального клапану відповідає наступна ехокардіографічна картина:
A. ліве передсердя: норма, лівий шлуночок: гіпертрофія, аорта: норма
B. ліве передсердя: дилатація та гіпертрофія, лівий шлуночок: норма, аорта: норма
C. ліве передсердя: норма, лівий шлуночок: дилатація та гіпертрофія, аорта: дилатація
D. ліве передсердя: дилатація та гіпотрофія, лівий шлуночок: норма, аорта: дилатація
E. ліве передсердя: дилатація та гіпертрофія, лівий шлуночок: норма, аорта: дилатація.
5. Сингенна трансплантація це:
A. донор і реципієнт родичі першого ступеня
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт належать до одного виду
6. Ізогенна трансплантація це:
A. заміна органу або тканини синтетичними матеріалами
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт однояйцеві близнята.
7. Ортотопічна трансплантація це:
A. заміна органу або тканини синтетичними матеріалами
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт належать до одного виду
F.
8. Алопластична трансплантація це:
A. заміна органу або тканини синтетичними матеріалами
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт належать до одного виду
9. Алогенна трансплантація це:
A. заміна органу або тканини синтетичними матеріалами
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт належать до одного виду
10. Ксеногенна трансплантація це:
A. заміна органу або тканини синтетичними матеріалами
B. пересадки органу на його звичайне анатомічне місце
C. пересадка органу на будь-яке інше анатомічне місце
D. донор і реципієнт належать до різних видів
E. донор і реципієнт належать до одного виду

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	E	A	C	A	E	B	A	E	D

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хвора 25 років знаходиться у відділенні гемодіалізу з приводу декомпенсованої форми ХНН. Серед супутніх захворювань- двостороння пневмонія. Є донорська нирка, яка гістосумісна по системах АВ0 і HLA. В даному випадку чи може бути виконана хворій термінова операція з пересадки нирки?:
2. Хвора 57 років, страждає на тяжку форму ХНН, яка виникла після перенесеного гломерулонефриту. Окрім цього, пацієнтка страждає цукровим діабетом та його ускладненнями: потерпає від важкої ретинопатії, яка загрожує сліпотою, полінейропатії. Чи показана в даній ситуації пересадка нирки? Обґрунтуйте відповідь.
3. Хворий 40 років, доставлений в хірургічне відділення через 8 місяців після пересадки нирки. Скаржиться на помірний періодичний біль у животі з, який турбує хворого на протязі останнього тижня. Лабораторні показники вказують на підвищення рівнів лейкоцитів в крові, підвищення рівнів креатинину та сечовини. Магнітно-резонансна томографія та УЗД не визначають деструктивних змін в пересадженому органі. Розвиток якого стану можна запідозрити у данного хворого?
4. Хвора 42 років скаржиться на біль у ділянці серця, слабкість, брак повітря. Об'єктивно: пульс аритмічний(113 уд/хв), схильність до гіпотензії(АТ 80/40), температура тіла підвищенна(38.4). З анамнезу відомо, що 2 роки тому пацієнтці було проведено пересадку серця. За нез'ясованих обставин хвора 1 місяць тому припинила прийом імуносупресантів. Запідозрено виникнення реакції відторгнення трансплантату. Який метод буде найінформативнішим для уточнення діагнозу?
5. Хвора 38 років скаржиться на біль у ділянці серця, слабкість, брак повітря. Симптоми прогресивно наростають. Об'єктивно: пульс аритмічний(113 уд/хв), схильність до гіпотензії(АТ 70/35), температура тіла підвищенна(40.2). З дні тому пацієнтці було проведено пересадку серця. Запідозрено виникнення реакції відторгнення трансплантату. Який вид реакції відторгнення ймовірний у хворої?
6. Хвора 48 років, знаходиться у відділенні реанімації 1 добу після пересадки нирки. Скаржиться на інтенсивний біль у лівих відділах живота з іррадіацією в ліве стегно. Лабораторні показники вказують на підвищення рівнів лейкоцитів в крові, підвищення рівнів креатинину та сечовини. Магнітно-резонансна томографія та УЗД не визначають деструктивних змін в пересадженому органі. Який вид реакції відторгнення ймовірний у хворої?
7. Хвора 42 років, доставлена в хірургічне відділення через 8 місяців після пересадки підшлункової залози. Скаржиться на помірний періодичний біль у животі з іррадіацією в ліву ключицю та ліву лопатку, який турбує хворого на протязі останнього місяця. Лабораторні показники вказують на підвищення рівнів лейкоцитів в крові, підвищення ШОЕ, панкреатична амілаза в підвищена. Магнітно-резонансна томографія та УЗД визначають деструктивні зміни в пересадженому органі. Який вид реакції відторгнення ймовірний у хворої?
8. Хворий 25 років доставлений в хірургічне відділення з закритою травмою живота. Скаржиться на інтенсивний біль у животі. Об'єктивно: відмічається напруження м'язів передньої черевної стінки та різким боль при пальпації, симптоми подразнення очеревини та вільна мобільна рідина у відлогих місцях живота. Під час термінової операції діагностовано повний розрив та субтотальне розчавлення підшлункової залози. В даному випадку хворому показано:
9. Хвора 57 років, страждає на тяжку форму інсулінозалежного цукрового діабету, який виник після субтотальної резекції підшлункової залози з приводу її

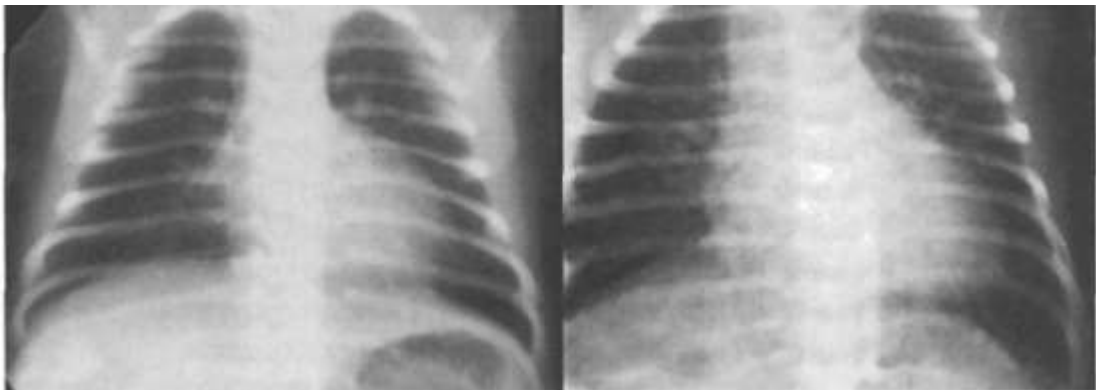
ракового ураження. При обстеженні через 5 років після операції будь-яких ознак рецидиву пухлини не виявлено. Однак хвора потерпає від важкої ретинопатії, яка загрожує сліпотою, полінейропатії, нефропатії, важке захворювання мікросудин і крупних стовбурівдіабетичної мікро- та макроангіопатій судин нижніх кінцівок. Чи показана в даній ситуації пересадка підшлункової залози? Обґрунтуйте відповідь.

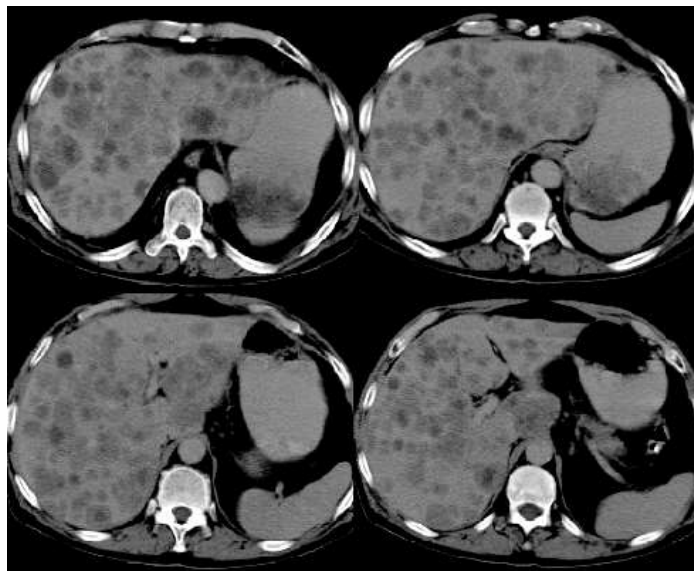
10. Хворий 40 років, доставлений в хірургічне відділення через 8 місяців після пересадки підшлункової залози разом з лівою ниркою. Скаржиться на помірний періодичний біль у животі з іррадіацією в ліву ключицю та ліву лопатку, який турбує хворого на протязі останнього тижня. Вказані симптоми з'явилися після прийому їжі(харчування в межах встановленої дієти). Лабораторні показники вказують на підвищення рівнів лейкоцитів в крові, підвищення рівнів креатинину та сечовини, панкреатична амілаза в межах норми. Магнітно-резонансна томографія та УЗД не визначають деструктивних змін в пересаджених органах. Розвиток якого стану можна запідозрити у данного хворого?

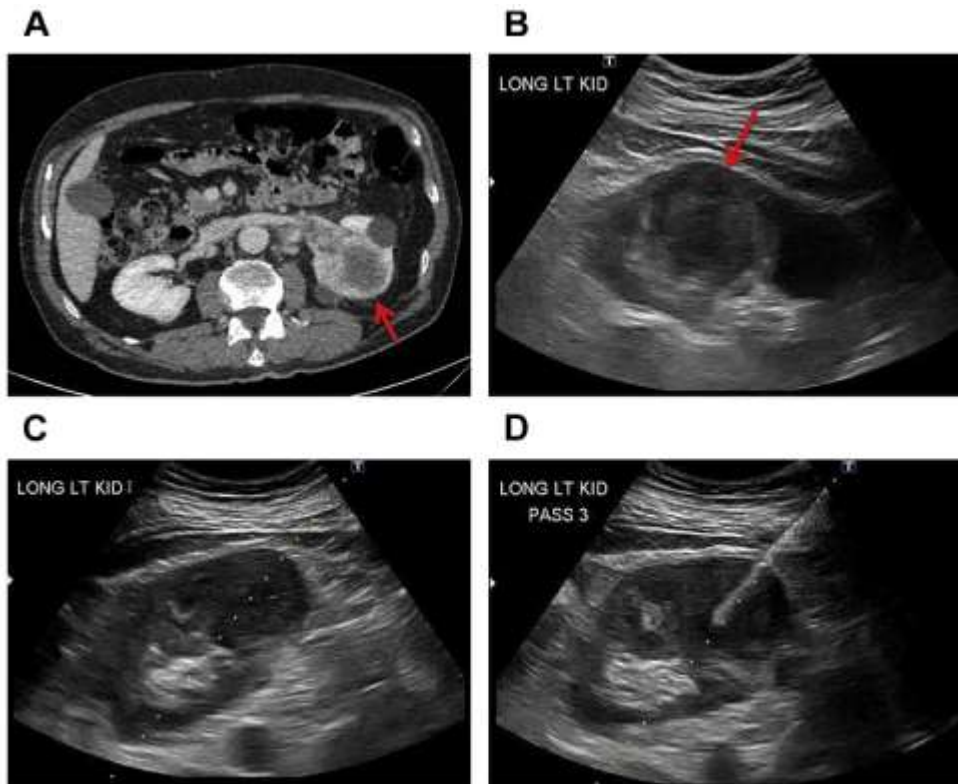
Правильні відповіді

1.	Показана після лікування супутнього захворювання
2.	Проведення трансплантації нирки непоказане через наявність тяжкої супутньої патології.
3.	Початок відторгнення нирки
4.	Черезвенозна ендокардіальна біопсія міокарду з подальшим вивченням його гістологічної структури.
5.	Гостра реакція відторгнення
6.	Надгостра реакція відторгнення
7.	Хронічна реакція відторгнення
8.	Видалення явно нежиттєздатних тканин, санація черевної порожнини, дренажування сальникової сумки та парапанкреатичної клітковини
9.	У хворої наявні тяжкі порушення ендокринної функції підшлункової залози, які призвели до необоротних змін «органів- мішеней», які не можуть бути ліквідовані шляхом пересадки підшлункової залози.
10.	Початок ізольованого відторгнення нирки

В. Результати додаткових методів дослідження для самоконтролю:







Література

А) основна:

1. Трансплантология. Руководство для врачей. / С. Готье, Ян Мойсюк.- Издательство: Е-ното. Серия: Фармакотерапия без ошибок, 2014.-432 с.
2. Общая хирургия: учебник / Петров С.В. - 3-е изд., перераб. и доп. - 2010. - 768с.:ил
3. Трансплантология. Руководство. Под ред. акад. В.И.Шумакова.-М.: Медицина, 2006.-544с.
4. Трансплантация почки/ Габриэль М. Данович.: Геотар Медиа.-2014.-323 с.

Б) додаткова:

1. Кемпбелл, А. Медична етика/А. Кемпбелл, Г. Джіллет - М.: ГЕОТАР-Медіа, 2007. - 400 с. Актуальные проблемы пересадки органов /Под ред. акад. Ю.М.Лопухина. М.: Медицина.-1974.-318с..
2. Готье С. В., Шевченко А. О., Кормер А. Я. и др. Три десятилетия трансплантации сердца в ФНЦТИО имени академика В.И. Шумакова: отдаленные результаты // Вестник трансплантологии и искусственных органов. — 2015. — Т. XVII, № 2. — С. 70-73.
3. Барбухатти К.О., Космачева Е.Д., Кижватова Н.В. и др. Первый опыт трансплантации сердца в Краснодарском крае // Вестник трансплантологии и искусственных органов. — 2012. — Т. XIV, № 3. — С. 42-47.
4. Барбухатти К.О., Белаш С.А., Болдырев С.Ю., Якуба И.И., Скопец А.А., Порханов В.А. Трансплантация сердца на Кубани: Трёхлетний опыт одного центра // Кубанский научный медицинский вестник. — Кубанский государственный медицинский университет, 2013. — № 7 (142). — С. 11-18.
5. Колсанов А. В., Харитонов Б. И., Иванова В. Д., Миронов А. А., Яремин Б. И., Юнусов Р. Р., Бардовский И. А. Вопросы трансплантации органов. — Самара: ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России. — 2008.

ТЕМА 5. КРИТИЧНІ СТАНИ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ: ШОК, КОЛАПС, ГОСТРИЙ РЕСПІРАТОРНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ, СИНДРОМ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ. ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ, НА ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ

1.Актуальність теми.

Кожен медичний працівник повинен вміти діагностувати критичні стани хворого, а також надавати невідкладну допомогу.

2.Конкретні цілі.

2.1.Знати: Критичні стани у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини. Причини, діагностика та лікувальна тактика. Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації.

А також знати:

- анатоמו-фізіологічні дані про діяльність серцево-судинної та легеневої систем;
- класифікацію критичних станів;
- механізм розвитку критичних станів;
- клінічну картину критичних станів;
- методи діагностики критичних станів;
- принципи лікування критичних станів;
- надання першої допомоги при критичних станах;
- особливості хірургічних втручань у хворих з критичними станами;
- техніку ШВЛ;
- особливості ведення хворих в післяопераційному періоді;
- особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, та на етапах евакуації.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого (стан шкіри та видимих слизових оболонок), формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при розвитку критичних станів у хірургічних хворих. Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворого із критичним станом анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, плевральної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- вміти надавати першу допомогу при критичних станах;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період;
- надавати хірургічну допомогу при травмах, отриманих під час бойових дій, та на етапах евакуації.

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її

аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику при критичних станах у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини, надавати хірургічну допомогу при травмах, отриманих під час бойових дій так на етапах евакуації.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на критичні стани у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> анатомія людини, гістологія, нормальна фізіологія патологічна фізіологія, патологічна анатомія, пропедевтика внутрішніх хвороб	Анатомію органів середостіння, серцево-судинної системи та анатомію плевральної порожнини. Фізіологію плеври та легень, серця. Патогенез розвитку ускладнень серцево-судинної системи. Морфологічні зміни в органах середостіння Клінічні прояви та методи діагностики критичних станів Клінічні прояви та методи інструментальної і лабораторної діагностики порушень функції печінки, рентгенологію в прикладному аспекті.	Проводити фізикальне обстеження хворих з дихальною, серцево-судинною паталогією.
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики критичних станів у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини. Причини, діагностику та лікувальну тактику. Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблеми критичних станів у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини. Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку критичних станів в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів грудної	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при критичному стані. Оцінювати ефективність результатів лікування,

	порожнини. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	використовувати методи профілактики.
--	--	--------------------------------------

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з критичними станами у хірургічних хворих та при травмах, отриманих під час бойових дій		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд шкіри та видимих слизових оболонок; -визначення розмірів печінки, стану жовчного міхура; -визначення стану передньої черевної стінки, симптомів гострого живота			+ + +
3.	Проводити диференційну діагностику		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при критичних станах у хірургічних хворих та особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологія	Назвати етіологічні фактори розвитку критичних станів у хірургічних хворих.	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при критичних станах у хірургічних хворих.	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію критичних станів у	

	хірургічних хворих.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми критичних станів у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики критичних станів у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдромі черевної порожнини, травмах, отриманих під час бойових дій.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики критичних станів.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування критичних станів у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини та надавати хірургічну допомогу при травмах, отриманих під час бойових дій так на етапах евакуації.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 4. Огляд хворого; 5. Визначення кольору шкіри, наявності розчухів, зміна кольору сечі та калу; 6. Визначення основних симптомів, що вказують на розвиток критичних станів	-Розрізняти перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми -Наявність, відсутність клінічних симптомів критичних станів.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	УЗД КТ і МРТ	- Диференціювати критичні стани, наявність патологічного вмісту в плевральній порожнині. Розрізняти характер отриманої інформації

Визначити лікувальну тактику	Консервативна терапія Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування Оперативні втручання Основний метод лікування хворих з критичним станом	Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні дихальної функції.
------------------------------	---	--

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Інфекційно-токсичний шок	патологічний процес, який характеризується жовтяничним забарвленням шкіри та слизових оболонок, внаслідок потрапляння в кровоносне русло продуктів обміну білірубину та печінкових ферментів.
Колапс	одна з форм гострої судинної недостатності, що є наслідком невідповідності між об'ємом (місткістю) судинного русла та масою (об'ємом) циркулюючої у ньому крові.
Гострий респіраторний дистрес-синдром	це симптомокомплекс виникнення гострої дихальної недостатності на фоні ураження легень різної етіології, який характеризується некардіальним набряком легень, порушенням зовнішнього дихання та гіпоксією.
Інтраабдомінальна гіпертензія	це стійке підвищення ВЧТ до 12 мм рт.ст. і більше, яке реєструється як мінімум підчас трьох стандартних вимірів з інтервалом у 4–6 год.
Синдром черевної порожнини	патологічний стан, який виникає за значного підвищення інтраабдомінального тиску (ІАТ) (більше 25 мм рт.ст.) внаслідок тяжких захворювань органів черевної порожнини
Етап медичної евакуації	це сили та засоби медичної служби (медичні пункти та польові лікувальні установи), що розгорнуті на шляхах евакуації постраждалих, поранених і хворих для надання їм медичної допомоги

6.2.Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомічна будова легень.
2. Анатомічна будова серцево-судинної системи.
3. Назвіть класифікацію критичних станів.
4. Назвіть етіологію критичних станів.
5. Який патогенез в розвитку критичних станів.
6. Яка клінічна картина ТЕЛА.
7. Яка клінічна картина геморагічного шоку.
8. Яка клінічна картина токсикоз-інфекційного шоку.
9. Яка клінічна картина гострої дихальної недостатності.
10. Методи діагностики критичних станів.
11. Диференційна діагностика критичних станів.
12. Принципи лікування критичних станів.
13. Показання до різних методів лікування критичних станів.
14. Особливості хірургічних втручань при критичних станах.
15. критерії вибору оптимального виду оперативного втручання;
16. особливості ведення хворих в післяопераційному періоді;
17. особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, та на етапах евакуації.

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. зібрати та оцінити скарги хворого із критичним станом. Дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
2. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
3. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної

- томографії, рентгенологічних методів дослідження;
4. вміти надавати першу допомогу при критичних станах.
 5. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
 6. призначити передопераційну підготовку хворим;
 7. вести післяопераційний період
 8. скласти індивідуальну програму ведення післяопераційного періоду;
 9. діагностувати ускладнення після операції у ранньому та пізньому періодах;
 10. виконувати зміну пов'язок;
 11. здійснювати догляд за дренажами;
 12. промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати;
 13. видаляти дренажі;
 14. знімати шви;
 15. виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів;
 16. оформити історію хвороби;
 17. оформити лікарняний лист;
 18. виписати рецепт;
 19. оформити витяг з історії хвороби;
 20. надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій так на етапах евакуації.

6.4. Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Критичні стани у хірургічних хворих: шок, колапс, гострий респіраторний дистрес-синдром, синдром черевної порожнини. Причини, діагностика та лікувальна тактика. Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації.

6.5. Критичні стани у хірургічних хворих: шок.

Визначення	ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИЙ ШОК.
Епідеміологія	Під час багатоцентрового епідеміологічного когортного проспективного дослідження, в яке було включено 14 364 пацієнти з 28 відділень реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) з країн Європи, а також Ізраїлю та Канади, встановлено, що частка хворих із сепсисом (сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок) становить 17,4% від усіх осіб, які пройшли інтенсивний етап лікування, при цьому в 63,2% випадків сепсис був ускладненням госпітальних інфекцій. Тому питання частоти розвитку ІТШ не лише при окремих нозологічних одиницях, а і при усіх інфекційних захворюваннях до кінця не вивчено..
Етіпатогенез	Розвиток ІТШ зумовлений проникненням у кров великої кількості сторонніх бактерій і їх токсинів. Найважливішим класом бактеріальних антигенів є ліпополісахариди (ЛПС) грамнегативних бактерій, які становлять основу так званого ендотоксину – основного пускового чинника розвитку ІТШ. Сегментоядерні лейкоцити, моноцити, макрофаги секретують велику кількість речовин <i>групи прозапальних чинників</i> (цитокіни, інтерферон- γ , комплемент, вазоактивні медіатори, метаболіти арахідонової кислоти, кініни, фактор активації тромбоцитів, гістамін, ендотеліни, ендорфіни, фактори коагуляції, активні кисневі радикали). Одночасно ЛПС і чинники агресії грампозитивних бактерій стимулюють виділення <i>групи регуляторних білків з протизапальним ефектом</i> .

	<p>Дисбаланс між рівнем продукції речовин – похідних цих двох груп у бік значного переважання прозапальних чинників призводить до розвитку синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) – патогенетичної основи ІТШ.</p>									
Класифікація	<p>Найбільш вдалою вважають класифікацію ІТШ за R.M. Hardaway (1963):</p> <p>Стадія 1. Зворотний шок, що має три фази розвитку:</p> <p>1.1. Ранній зворотний шок.</p> <p>1.2. Пізній зворотний шок.</p> <p>1.3. Стійкий зворотний шок.</p> <p>Стадія 2. Незворотний шок.</p> <p>Фаза 1.1. характеризується нормальним артеріальним тиском (АТ), спазмом у мікроциркуляторному руслі (бліда шкіра та слизові оболонки, олігурія) й клітинною гіпоксією в тканинах.</p> <p>Фаза 1.2. відрізняється зниженням АТ, дилатацією мікроциркуляторного русла та депонуванням у ньому крові, наростанням гіпоксії клітин, початком ферментативного метаболізму в клітинах тканин найчутливіших і найуразливіших органів.</p> <p>Фаза 1.3. – це стійкий зворотний шок з будь-яким рівнем АТ і розвитком ДВЗ-синдрому не нижче 2-ї стадії. Унаслідок вираженої гіпоксії клітини стають постачальниками недоокислених метаболітів, які поширюються по всьому організму і грубо змінюють КОС. З'являються ознаки порушення функції окремих органів – поліорганна недостатність.</p> <p>У 2-й стадії (незворотний шок) АТ часто дуже знижений, розвивається виражений ДВЗ-синдром зі значними розладами мікроциркуляції та згортання крові. Виражений внутрішньоклітинний ацидоз призводить до дезорганізації і загибелі клітин. Усе разом зумовлює тяжку незворотну системну поліорганну недостатність.</p> <p>Дуже часто використовують інші класифікації ІТШ:</p> <table border="0"> <tr> <td>І стадія–стадія</td> <td>компенсованого</td> <td>шоку;</td> </tr> <tr> <td>II стадія</td> <td>– стадія</td> <td>субкомпенсованого шоку;</td> </tr> <tr> <td>III стадія</td> <td>– стадія</td> <td>декомпенсованого шоку:</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • IIIа стадія – відновлення гемодинаміки можливе; • IIIв стадія – відновлення гемодинаміки неможливе. <p>Або:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I стадія – стадія компенсованого шоку; • II стадія – стадія субкомпенсованого шоку; • III стадія – стадія декомпенсованого шоку, відновлення гемодинаміки можливе; • IV стадія – стадія декомпенсованого шоку, відновлення гемодинаміки неможливе. <p>Загалом ці класифікації відрізняються одна від одної лише термінологічно. Перевага першої – у чіткій визначеності стадій патологічного процесу</p>	І стадія–стадія	компенсованого	шоку;	II стадія	– стадія	субкомпенсованого шоку;	III стадія	– стадія	декомпенсованого шоку:
І стадія–стадія	компенсованого	шоку;								
II стадія	– стадія	субкомпенсованого шоку;								
III стадія	– стадія	декомпенсованого шоку:								
Клініка	<p>Фаза 1.1. ІТШ – нетривала, клінічно її не завжди виявляють. За цієї фази розвиваються гіпердинамічний стан і периферійна вазодилатація. Зазвичай вона супроводжується значним мовним і руховим збудженням, занепокоєнням хворого. Пацієнти можуть скаржитися на помірно виражену спрагу. Судинний тонус при цьому збережений, найчастіше спостерігають генералізований артеріолоспазм, який зумовлює блідість шкіри та видимих слизових оболонок. Шкіра хворого на дотик тепла, іноді дещо волога, зрідка – рожевого кольору. Пульс прискорений, напружений, причому частота його трохи перевищує необхідну в умовах підвищення температури тіла. Наповнення шийних вен задовільне. Зіниці звужені,</p>									

дихання достатньо глибоке, ритмічне, трохи прискорене на тлі гарячки. Найчастіше в цю фазу шоку АТ не знижується або навіть дещо підвищується. Тони серця стають голосними. Дефіцит ОЦК компенсується надходженням крові з депо, тахікардією, за рахунок чого і зростає СВ. Але систолічна та діастолічна функції шлуночків часто пригнічені, незважаючи на високий СВ. Діурез знижується, але годинний дебіт сечі ще не стає меншим від 40 мл/год. ЦВТ – у межах норми або незначно знижений. У крові – незначний метаболічний ацидоз, гіперкоагуляція, гіперглікемія. У більшості випадків стан хворого не викликає занепокоєння. Це знаходить відображення й у діагностичних міркуваннях: фазу 1.1. шоку практично ніколи не фіксують у діагнозі.

Якщо компенсаторні механізми першого етапу виявляються недостатньо ефективними та/або вплив патологічних чинників продовжується і можливості компенсації виснажуються, шок переходить у наступну стадію.

Подальше збільшення гіповолемії, сповільнення капілярного кровотоку, розвиток ДВЗ-синдрому, гальмування симпатичної нервової системи, метаболічні розлади, парез прекапілярних сфінктерів призводять до переходу шоку у **фазу 1.2.** Вона характеризується поступовим зменшенням СВ і ХОС, розвитком спазму периферійних судин і функціонуванням артеріовенозних шунтів. Відносно адекватним кровотік зберігається лише в серці та мозку. Відзначають поступове зниження АТ і посилення тахікардії. Критичним стає зниження систолічного АТ нижче 60-50 мм рт. ст., за якого майже припиняється ниркова фільтрація й наростає гіпоксія нирок. З цієї миті кожна хвилина визначає можливість виведення із шоку. Вимірювання АТ у фазі 1.2. шоку стає складнішим, ЦВТ істотно знижується. Психомоторне збудження поступово змінюється на пригнічення свідомості. Посилюється блідість шкіри. Вона набуває мармурового відтінку, стає холодною та вологою, з вираженим периферійним ціанозом: синюшність кінчика носа, губ, вух, кінцевих фаланг пальців, обличчя (сіро-ціанотичне).

Значне зниження тиску кисню в артеріях (нижче 50 мм рт. ст.) зумовлює виникнення стану гіпоксії-гіперкапнії. Розвивається досить виражена задишка, що поступово посилюється, дихання в легенях стає жорстким. Зменшується діурез (нижче 20 мл/год). Унаслідок прогресування ДВЗ-синдрому може з'явитися різний, найчастіше геморагічний, висип. Температура тіла знижується до субфебрильної або нормальної, але загальний стан хворого не поліпшується.

Фаза 1.3. ГШ характеризується подальшим прогресуючим погіршенням стану хворого. Наростає тахікардія, АТ уже може не визначатися, пульс зазвичай настільки м'який і частий, що підрахувати його практично неможливо. Тони серця глухі, різко ослаблені. Дихання поверхневе та неефективне, частота його перевищує 30 за 1 хв. У термінальній стадії шоку, коли рН знижується до 7,25 і нижче, може з'явитися дихання за типом Куссмауля. Виявляють ознаки початку набряку легенів: жорстке дихання, одиничні вологі хрипи в нижніх частках. Поступово вологих хрипів стає більше, вони поширюються на інші ділянки легенів. Ціаноз посилюється, поширюється по всьому тілу, часто стає тотальним. Температура тіла знижується до субнормальної. Поглиблюються симптоми гіпоксії мозку, розвивається сопорозний стан, що поступово переходить у кому.

У фазі 1.3. хворого ще можна вивести із шоку. За 2-ї, **незворотної стадії ГШ** цього зробити вже неможливо, оскільки дистрофічні зміни в

	<p>паренхіматозних органах стають незворотними. Клінічно розрізнити їх у край складно. Відповідно до сучасних поглядів, припиняти лікувальні заходи недоцільно, навіть якщо незворотність шоку у хворого стає очевидною.</p>
<p>Діагностика</p>	<p>-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. <i>Загальноклінічні методи</i> в діагностиці шоку та його стадій мають другорядне значення. <i>Загальний аналіз крові</i> відображає бактеріальний характер ушкодження: лейкоцитоз, нейтрофіліоз, збільшення ШОЕ. У разі глибокого шоку можлива навіть лейкопенія. Досить гострою є проблема в'язкості крові, тому що при ІТШ посилюється агрегаційна здатність не лише тромбоцитів, а й еритроцитів. З іншого боку, зі зниженням гематокриту погіршуються і кисневотранспортні властивості крові. Тому найсприятливішим прийнято вважати рівень гематокриту близько 0,33-0,35 (з можливими коливаннями від 0,30 до 0,40). <i>У загальному аналізі сечі</i> можливі циліндрурія, еритроцитурія. Виявлення й оцінювання метаболічних розладів здійснюють за допомогою <i>біохімічних методів досліджень</i>, найпоширенішим з яких є діагностика за зміною КОС й обміну глюкози. Глибина, характер і форма розладів КОС залежать від стадії розвитку шоку. У початковій стадії можливий респіраторний алкалоз, який досить швидко змінюється на метаболічний ацидоз різної вираженості, причому переважно за рахунок лактату. В крові також наростають явища респіраторного алкалозу. Існує виражена кореляція між рівнями лактату й ендотоксину, а також зворотна залежність між вмістом глюкози й ендотоксину. Пропонують навіть як прогностичний критерій і терапевтичний орієнтир використовувати співвідношення «глюкоза/лактат». Визначення концентрації лактату також може бути важливим прогностичним чинником. Так, підвищення його концентрації з 2,1 до 8 ммоль/л знижує ймовірність виживання пацієнта з 90 до 10%, а рівень вищий 7-8 ммоль/л завжди є критичним. Високий вміст лактату може поєднуватися з метаболічним алкалозом (у разі введення лугів) або дихальним алкалозом (при гіпервентиляції). Необхідність корекції ацидозу визначається рівнем тканинної перфузії. Рівень рН нижчий від 7,25 є небезпечним, тому що спричинює депресію міокарда й знижує його чутливість до катехоламінів. При шоку корекцію ацидозу натрієм гідрокарбонатом варто проводити дуже обережно, оскільки в умовах алкалозу погіршується кисневотранспортна властивість крові через зсув кривої дисоціації гемоглобіну вліво, що сприяє нагромадженню натрію в організмі на тлі зниженої перфузії нирок. Унаслідок цього можливий розвиток справжнього гіперосмолярного синдрому. Вміст глюкози в крові, особливо на початковому етапі розвитку шоку, може бути підвищеним (через гіперкатехоламінемію), нормальним і навіть зниженим. Прогресування процесу спричинює зниження її рівня, тому вміст глюкози є важливим прогностичним чинником виживаності таких пацієнтів. <i>Коагуляційний статус:</i> завжди розвивається ДВЗ-синдром, діагностику якого докладно описано у відповідному розділі. <i>Оцінка водно-електролітного стану та функції нирок:</i> вираженість порушення водно-електролітного стану найчастіше корелює з тяжкістю стану хворого та глибиною шоку. Потрібно визначати концентрацію електролітів у крові й сечі не менше ніж 2 рази на добу, погодинний і</p>

	<p>добовий діурез, добову екскрецію електролітів, осмолярність плазми й сечі, рівень креатиніну й сечовини, а також їх кліренс. У фазах 1.2.-1.3. шоку знижується рівень калію та підвищується вміст натрію. В артеріальній крові через неможливість ниркової компенсації зменшується концентрація діоксиду вуглецю та гідрокарбонатів плазми.</p> <p>Оцінка стану транспортування кисню та рівня гіпоксії – одна з найважливіших проблем діагностики шоку. Гіпердинамічний стан серцево-судинної системи на початковому етапі ІТШ зумовлює збільшення як доставки кисню, так і його споживання. Однак витрати кисню знижуються, тому що зменшується його екстракція на периферії (артеріовенозні шунти).</p> <p>Гіпоксія при шоку може бути зумовлена чотирма основними чинниками:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гіпоксемією внаслідок ураження легенів; • анемією (ДВЗ-синдром); • високим споживанням кисню, що не покривається його надлишковою доставкою, навіть якщо воно близьке до норми (гіпердинамічна фаза ІТШ). <p>Крайній ступінь гіпоксії найчастіше виникає внаслідок нездатності тканин споживати доставлений кисень (блокада мікроциркуляторного русла та токсичне ураження метаболічно активних клітин). Що менша артеріовенозна різниця за киснем, то гірший прогноз..</p>
<p>Лікувальна тактика</p>	<p>Лікування ІТШ – надзвичайно серйозна проблема навіть для спеціалізованих стаціонарів. Обсяг допомоги залежить від стадії шоку під час госпіталізації хворого. Крім того, велике значення, як уже зазначалося, мають терміни надання лікарської допомоги. Чи не тому в країнах, де першу медичну допомогу надають так звані парамедики (при шоку якість і терміни надання кваліфікованої лікарської допомоги мають основне значення), ефективність препаратів і взагалі лікування шоку оцінюють лише у фазі 1.3., коли навіть висококваліфіковані заходи виявляються недовірливими.</p> <p>Обов'язковим є лікування основного захворювання. При цьому потрібно враховувати так званий ендотоксинний потенціал бактерицидних антибіотиків, які не можна призначати за наявності ІТШ, оскільки вони посилюють утворення цього токсину, а тому можуть обтяжувати перебіг шоку. Можливе застосування бактериостатичних препаратів, а також з обережністю – бактерицидних з найнижчим ендотоксинотворювальним потенціалом. До останніх належать іміпенем, фторхінолони, амікацин.</p> <p>Лікування основного захворювання переривати не можна!</p> <p>За важкого перебігу основного захворювання значно знижується ефективність антибактеріальних препаратів, тому актуальною є проблема раннього й адекватного призначення антимікробних засобів. Вибір препарату емпіричної антибактеріальної терапії залежить від нозологічної форми захворювання, можливого збудника, локалізації первинного вогнища, тяжкості стану, супутніх захворювань, алергологічного анамнезу.</p> <p>У табл. 1 наведено перелік антибактеріальних препаратів для емпіричної терапії залежно від локалізації первинного вогнища, однак вони ефективні переважно при захворюваннях, спричинених умовно-патогенною та патогенною мікрофлорою.</p> <p>Безпосереднє лікування шоку</p> <p>Терапія шоку в будь-якій стадії включає препарати та заходи, що їх застосовували (або мали застосовувати) в попередніх стадіях.</p>

Таблиця 1. Емпірична антибактеріальна терапія залежно від локалізації первинного вогнища

Первинне вогнище	Легені	Травний тракт	М'які тканини	Сечостатева система	ЦНС
<i>Позалікарняні збудники</i>					
Збудник	<i>Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Legionella species, Chlamydia pneumoniae</i>	<i>Escherichia coli, Bacteroides fragilis</i>	<i>Streptococcus Group A, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Escherichia coli, Klebsiella spp. Enterobacter spp.</i>	<i>Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae</i>
Емпірична антибактеріальна терапія	ЦФ III (цефоперазон, цефтазидим, цефтріаксон)+макроліди (азитроміцин, кларитроміцин) або рФХ (левофлоксацин, моксифлоксацин)	Тіенам або піперацилін+АГ	Ванкоміцин або тіенам або коломіцин	ФХ або АГ	ЦФ III або ванкоміцин, або меронем
<i>Внутрішньолікарняні збудники</i>					
Збудник	Грамнегативні палички	Грамнегативні палички Анаероби <i>Candida spp.</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> Грамнегативні палички	Грамнегативні палички Ентерококи	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Емпірична антибактеріальна терапія	ЦФ III (цефепім, цефпіром) або тіенам+АГ (тазоцин)	Тіенам+АГ або піперацилін/тазобактам, або амфотерицин В	Ванкоміцин або ЦФ IV (цефепім, цефпіром)	Ванкоміцин або ЦФ IV	ЦФ IV (цефепім, цефпіром), або меронем, або ванкоміцин

Примітка: ЦФ III, IV – цефалоспорины III і IV покоління; рФХ – «респіраторні» фторхінолони; АГ – аміноглікозиди.

Принципові моменти в лікуванні ІТШ:

- у пізніх стадіях шок перебігає на тлі зниженого СВ і значно порушеної загальної периферійної тканинної перфузії або нормального (підвищеного) СВ і порушеного розподілу периферійного кровотоку;
- систолічний АТ варто утримувати на рівні 80-85% від «робочого»;
- після стабілізації гемодинаміки лікування шоку не закінчують. Через імовірність розвитку післяреанімаційних ушкоджень потрібно продовжувати терапію, спрямовану на підвищення оксигенації тканин.

Фаза 1.1. шоку: оскільки основним патогенетичним механізмом у цій фазі є патологічний перерозподіл рідини в організмі й розвиток дефіциту ОЦК, основою лікування є відновлення ОЦК із застосуванням кристалоїдів: поєднання 5% розчину глюкози, ізотонічного розчину натрію хлориду, глюкозо-інсулін-калієвої (ГІК) суміші. Внутрішньовенна інфузія ГІК-суміші поліпшує гемодинаміку в пацієнтів із серцевим індексом нижче 4 л/хв•м². Механізм її дії на клітинному рівні до кінця не з'ясований. Певними критеріями тривалості інфузійної терапії можуть бути стабілізація систолічного АТ на рівні 90-100 мм рт. ст. (за «робочого» 120-130 мм рт. ст.), ЦВТ – 8-10 см вод. ст., досягнення швидкості сечовиділення понад 20 мл/год.

Основним салуретиком, який застосовують у невідкладній терапії шоку, є фуросемід. Безпосередньо діуретичний ефект препарату виявляється через 20 хв після введення і триває близько 2 год, причому він може спричинювати стійке зниження швидкості клубочкової фільтрації, аж до 10 мл/хв. Починати введення фуросеміду необхідно з дози 40 мг. Якщо бажаного ефекту не спостерігають протягом 1 год, препарат уводять повторно.

Важливим елементом лікувальних заходів є підтримання дихальної функції, тому від самого початку важливо забезпечити вільне дихання та надходження кисню через носовий катетер, маску або трахеостому, щоб запобігти розвитку ацидозу і гіпоксії. Відновлення мікроциркуляції й усунення гіпоксії тканин є найважливішим моментом у лікуванні шоку. По суті, від того, наскільки швидко вдається це зробити, багато в чому залежить ефективність терапії. Уже у фазі 1.1. показане лікування ДВЗ-синдрому або його профілактика з обов'язковим застосуванням дезагрегантів, антикоагулянтів та інгібітора протеаз у дозі

500-1500 МО/кг на добу. В останніх дослідженнях встановлено ефективність замісної терапії рекомбінантним людським активованим протеїном С. Зазначений препарат рекомендують до застосування у пацієнтів з високим ризиком (APACHE II \geq 25, сепсис-індукована поліорганна недостатність, ІТШ, сепсис-індукований респіраторний дистрес-синдром). Абсолютним протипоказанням є високий ризик кровотечі.

Корекцію КОС здійснюють 3% розчином натрію гідрокарбонату. У більшості випадків його вводять для того, щоб довести рН крові до 7,3 з метою оптимізування дисоціації оксигемоглобіну. У хворих з ІТШ потрібно утримувати рівень глюкози крові на позначці 8,3 ммоль/л. **У фазі 1.2. шоку** одними з основних засобів лікування хворих є **глюкокортикостероїди(ГКС)**.

Доцільним є раннє призначення великих доз ГКС протягом відносно короткого періоду: 24-48 год. Найефективнішим ГКС є преднізолон, добова доза якого може досягати 30 мг/кг. Можливе застосування дексаметазону в дозі до 3 мг/кг на добу. Після виведення із шоку препарат зазвичай швидко відмінюють.

Показане застосування **дофаміну** (табл. 2). Препарат є попередником норадреналіну, прямо стимулює дофамінові рецептори й опосередковано активує α - і β -адренорецептори, причому ефект стимуляції залежить від дозування. Дофамін зумовлює розширення ниркових, мозкових і мезентеріальних судин і одночасно впливає на дофамінові рецептори непосмугованих м'язів та спричинює спазм легеневих вен, завдяки чому підвищується тиск у легеневих капілярах. Однак останнім часом з'явилися повідомлення про недостатню ефективність малих доз дофаміну (5 мкг/кг/хв) для профілактики ниркової недостатності. За умови нормального СВ препарат застосовують у малих дозах (1-2 мкг/кг/хв), у разі зниження – у середніх (3-10 мкг/кг/хв), що сприяє збільшенню зазначеного показника.

Таблиця 2. Основні вазопресорні й інотропні засоби, що їх застосовують при ІТШ (за S. Elsasser)

Препарат	Доза (г/кг/хв)	Ефекти			
		АТ	СВ	ЗПОС	ТЗЛА
Дофамін	1-10	+	+	+	0+
	10-20	++	++	++	++
Норадреналін	0,05-2	++	++	+++	+
Добутамін (добутрекс, добутамін Солвей, добутамін Лахема 250)	2,5-10	0+	+	-	-
Адреналін	1-10, г/хв	+	++	+	0+

Примітка: +, ++, +++ – ступінь збільшення ефективності.

Фаза 1.3. шоку є критичною. Терапія **вазопресорними амінами**, що її проводять у цій стадії розвитку процесу, є терапією розпачу. По суті, вони дають час (іноді його буває недостатньо) для ліквідації тих порушень мікроциркуляції та гіпоксії органів і тканин, які розвинулися внаслідок шоку. Тому обов'язковим є проведення лікувальних заходів, які мали б бути застосовані на попередніх етапах розвитку процесу. Вазопресорні аміни справляють судинозвужувальну та кардіотонічну дію, однак при фазі 1.3. ІТШ **надмірна вазоконстрикція може бути небезпечною з таких причин:**

- вазопресорні засоби можуть посилити лактацидемію, передусім через надмірний спазм артеріол на периферії. Це посилює порушення

мікроциркуляції, гіпоксію тканин, метаболізм, що може виявитися фатальним;

- катехоламіни стимулюють метаболізм і тим самим мінімізують свій позитивний ефект, зумовлений збільшенням СВ;
- адреналін здатний також збільшувати вміст лактату в крові внаслідок глікогенолітичної дії.

Дофамін для лікування хворих із шоком фази 1.3. застосовують у дозі 10-20 мкг/кг/хв внутрішньовенно краплинно. У такій дозі він сприяє підвищенню АТ без надмірної вазоконстрикції та посиленню ниркового кровообігу, що зменшує ризик ниркових ускладнень.

Іншим вазопресорним препаратом є норадреналін. Ризик розвитку вираженої вазоконстрикції після введення норадреналіну обмежує його застосування. Тривала інфузія норадреналіну може спричинити гангрену кінцівок. У разі його потрапляння в тканини виникає некроз, який значно поширюється, а також можливий розвиток гострої ниркової недостатності й інших проявів периферійної вазоконстрикції. Останніми роками доведено вищу ефективність норадреналіну порівняно з дофаміном і адреналіном у лікуванні хворих з ІТШ.

Найсучаснішим **вазопресорним** препаратом є вазопресин (гормон задньої частки гіпофіза, який спричинює спазм судин, підтримує на потрібному рівні зворотне всмоктування води в прямих канальцях нирок), який може бути застосований у пацієнтів з рефрактерним шоком, тобто у разі збереження артеріальної гіпотензії після адекватної інфузійної терапії й уведення високих доз звичайних вазопресорів. Згідно з даними останніх досліджень, віддалені результати лікування вазопресином (у дозі від 0,01 до 0,05 ОД/хв) не відрізняються від таких у разі застосування норадреналіну. Саме тому основним показанням до його застосування є рефрактерний шок.

За наявності артеріальної гіпотензії олігурія не є протипоказанням до продовження введення рідини. Для запобігання розвитку набряку легенів, коли ЦВТ становить приблизно 10-11 см вод. ст., а тиск у легеневій артерії – 16-18 см вод. ст., потрібно вводити салуретики. Критерієм тривалості інфузійної терапії може бути стабілізація систолічного АТ на рівні 90-100 мм рт. ст. (за «робочого» 120-130 мм рт. ст.), ЦВТ – 8-10 см вод. ст., досягнення швидкості сечовиділення понад 20 мл/год.

Як зазначалося вище, основним салуретиком у лікуванні шоку є **фуросемід**, однак він може спричинювати **небажані ефекти**:

- унаслідок внутрішньовенного застосування фуросеміду (1 мг/кг) швидко збільшується ЗПОС і зменшується СВ. Ефект виникає через 5 хв після введення препарату, триває близько 30 хв. Вазоконстрикція може бути спричинена активацією ренін-ангіотензинової системи;
- раніше від настання діуретичного ефекту змінюється тиск наповнення шлуночків серця, як у бік підвищення, так і у бік зниження. Передбачити напрямок змін неможливо;
- безпосередній діуретичний ефект, який проявляється через 20 хв після введення препарату і триває близько 2 год, може стати причиною стійкого зниження швидкості клубочкової фільтрації до 10 мл/хв.

Варто пам'ятати, що нестероїдні протизапальні засоби здатні зменшити або повністю блокувати дію фуросеміду й деяких інших діуретиків, також можлива перехресна алергія з сульфаніламидами.

Важливим елементом лікування ІТШ є харчування хворого. Його необхідно розпочинати після корекції гіповолемії, артеріальної

	<p>гіпотензії, гіпоксемії, за відсутності ознак гіперперфузії та розладів мікроциркуляції. Якщо зберігаються ознаки гіперперфузії, пріоритетним напрямком лікування є гемодинамічна підтримка. У цьому разі проводять ентеральне харчування на рівні 20 мл/год лише для запобігання атрофії слизової оболонки травного тракту, транслокації й розвитку синдрому поліорганної недостатності. Основний об'єм поживних речовин потрібно вводити парентерально.</p> <p>Усім пацієнтам із шоком потрібно проводити <i>профілактику стресових виразок</i>. Найефективнішими в цьому сенсі вважають H₂-блокатори. Оскільки порівняння їх з інгібіторами протонної помпи не проводили, відносна ефективність зазначених засобів невідома. Адже вони мають однакову здатність до підвищення рН шлунка.</p> <p><i>ШВЛ</i> показана багатьом хворим із фазою 1.3. шоку. Основним показанням до її проведення є неефективне зовнішнє дихання. ШВЛ потрібно починати, якщо показник PaO₂ нижчий від 60 мм рт. ст. у разі дихання атмосферним повітрям або нижчий від 80 мм рт. ст. – киснем, а рівень PaCO₂ при цьому вищий від 56 мм рт. ст. У період відновлення системного АТ унаслідок комплексної медикаментозної терапії потрібно контролювати ступінь ішемії органів і тканин. Основним напрямком лікування є компенсація тканинної ішемії. Однак високий рівень постачання кисню не гарантує компенсацію попередньої ішемії й відповідності рівню метаболізму. Тому часто ішемія тканин зберігається. У цій ситуації важливим показником задоволення метаболічних потреб є лактат (молочна кислота утворюється в тканинах у разі незадовільного постачання O₂).</p>
--	--

Граф логічної структури теми.

6.6. Критичні стани у хірургічних хворих: колапс.

Визначення	одна з форм гострої судинної недостатності, що є наслідком невідповідності між об'ємом (місткістю) судинного русла та масою (об'ємом) циркулюючої у ньому крові .
Етіпатогенез	Колапс виникає внаслідок зниження тонуусу симпатичної частини автономної нервової системи або підвищення — парасимпатичної (блукуючого нерва). При цьому знижується опір артеріол, що супроводжується їх розширенням і порушенням відповідності між вмістом судинного русла і ОЦК. Внаслідок цього зменшується венозний приплив: ХОС, кровообіг головного мозку.
Клініка	Загальна слабкість, запаморочення, шум у вухах, холодний липкий піт, блідість, іноді позіхання, нудота, блювання, зниження АТ, уповільнення пульсу, зменшення діурезу, інколи втрата свідомості (непритомність). Найчастіше колапс має мінущий характер, проте за його тривалості може розвинути шок.

Лікувальна тактика	Невідкладна допомога. Часто достатньо надати хворому горизонтального положення, дещо підняти нижні кінцівки, дати понюхати 10 % розчин аміаку, звільнити шию від стиснення одягу, покропити обличчя холодною водою, розтерти тіло, припинити введення препаратів, які викликали колапс, зігріти хворого, усунути всі несприятливі чинники, які можуть бути причиною колапсу. У тяжких випадках застосовують судинозвужувальні засоби: мезатон (0,2 — 0,3 мл 1 % розчину) або норадрепаліну гідротартрат (0,5-1 мл 0,1 % розчину) у 10-20 мл Ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенне. У випадках тривалого колапсу внутрішньовенне вводять плазм-мозаміпики — реоіоліглюкін, препарати гідроксіетилкрохмалю (200 — 400 мл); гормональні препарати — гідрокортизон (3 — 5 мг/кг) або преднізолон (0,5 — 1 мг/кг). У разі значної брадикардії внутрішньовенне вводять атропіну сульфат (0,5 — 1 мл 1 % розчину).
---------------------------	---

Граф логічної структури теми.

6.7. Критичні стани у хірургічних хворих: гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС).

Визначення	це симптомокомплекс виникнення гострої дихальної недостатності на фоні ураження легень різної етіології, який характеризується некардіальним набряком легень, порушенням зовнішнього дихання та гіпоксією
Етіопатогенез	<p>ГРДС може виникати при:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пневмонії різної етіології; • вдиханні подразнюючих і токсичних речовин (хлору, окислів азоту, фосгену, аміаку, чистого кисню, що спонукає розвиток кисневої інтоксикації); • емболії легеневої артерії (жировій, повітряній, амніотичною рідиною); • сепсисі, шоці (септичному, анафілактичному), гемотрансфузії, синдромі дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдромі); • гострому геморагічному панкреатонекрозі з виділенням великої кількості ферменту лецитинази А, яка призводить до руйнування сурфактанта, розвитку ателектазів і пневмоній; • травмі грудної клітки та синдромі тривалого стиснення; • системному червоному вовчаку, синдромі Гудпасчера тощо; • аспірації блювотних мас, води (при утопленні); • тяжких метаболічних порушеннях (діабетичний кетоацидоз, уремія); • венозному перевантаженні рідиною (колоїдними та сольовими розчинами, плазмою, плазмозамінниками, жировими емульсіями); • застосуванні апарату штучного кровообігу; • гіповолемічному шоці, масивній гемотрансфузії. <p>Патогенез ГРДС вивчений недостатньо. Нижче наведені основні патогенетичні ланки його розвитку.</p> <p>1. Під впливом різних факторів у легеневих капілярах та інтерстиціальній тканині легень накопичується велика кількість активованих лейкоцитів і тромбоцитів, які виділяють багато біологічно активних речовин (протеїназ, простагландинів, продуктів перекисного окислення ліпідів, лейкотрієнів тощо), які пошкоджують альвеолярний епітелій та епітелій судин, змінюють тонус і реактивність судин. Із циркулюючої крові в зону запального процесу в легенях надходять лейкоцити, що призводить до інфільтрації паренхіми легень.</p>

	<p>2. Біологічно активні речовини різко підвищують судинну проникність, відбувається виражене проникнення плазми та еритроцитів в альвеоли та інтерстиціальну тканину з розвитком набряку легень та ателектазу.</p> <p>3. Виникає гіповентиляція альвеол на фоні виникнення значного дефіциту сурфактанта. Знижується еластичність стінки альвеол, що призводить до дисковидних ателектазів, шунтування венозної крові в артеріальне русло, порушення взаємовідносин між вентиляцією та перфузією, порушення дифузії кисню та вуглекислого газу з розвитком гіпоксії, гіперкапнії.</p> <p>4. Підвищення тиску в легеневій артерії є характерною ознакою захворювання за відсутності патології органів кровообігу.</p> <p>Виділяють ГРДС первинний — у дітей в результаті первинного дефіциту сурфактанта і ГРДС вторинний — у дорослих, зумовлений вторинним дефіцитом сурфактанта при патології легень.</p>
Класифікація	<p>I (схритий) період: II (початковий) період: III період (період виражених клінічних проявів): IV (термінальний) період:</p>
Клініка	<p>Клінічні критерії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • виражені задишка та дифузний ціаноз; • кашель із виділенням пінистого харкотиння рожевого кольору (домішки еритроцитів); • тахіпное, аритмії серця; • аускультативно — велика кількість вологих хрипів різного калібру в легенях, виражена крепітація, що є ознаками набряку легень; • ознаки зростаючої легеневої гіпертензії з синдромом гострого легеневого серця за відсутності патології органів кровообігу; • поліорганна недостатність: нирок (олігоанурія, протеїнурія, циліндрурія, мікрогематурія, гіперкреатинемія); печінки (жовтяниця, збільшення активності аспартатамінотрансферази — АсАТ, аланінамінотрансферази — АлАТ, лактатдегідрогенази — ЛДГ); головного мозку (головокружіння, загальмованість). <p>Клінічна картина ГРДС залежно від ступеня та тяжкості перебігу:</p> <p>I (схритий) період:</p> <ul style="list-style-type: none"> • триває близько 24 годин після дії етіологічного фактора; • відбуваються патогенетичні та патофізіологічні зміни без клінічних і рентгенологічних проявів, окрім невеликого тахіпное (частота дихання — більше 20 за хвилину). <p>II (початковий) період:</p> <ul style="list-style-type: none"> • виникає через 1–2 доби від початку дії етіологічного фактора; • виникають виразні тахіпное, тахікардія, визначаються жорстке дихання та розсіяні сухі хрипи; • рентгенологічні критерії: посилення судинного малюнка, переважно у периферичних відділах, що свідчить про появу інтерстиціального набряку легень; • з боку повітряного складу крові визначається помірне зниження PaO₂. <p>III період (період виражених клінічних проявів):</p> <ul style="list-style-type: none"> • характеризується гострою легеневою недостатністю (виражена задишка, дифузний ціаноз, тахікардія, падіння артеріального тиску — АТ); • перкуторно — притуплення звуку у задньонижніх відділах, аускультативно — жорстке дихання, сухі хрипи; поява вологих хрипів і

	<p>крепітація свідчать про альвеолярний набряк легень;</p> <ul style="list-style-type: none"> • рентгенологічно — виражений інтерстиціальний набряк легень, двобічні інфільтративні дрібновогнищеві тіні неправильної хмароподібної форми; • значне падіння PaO₂ (менше 50 мм рт.ст., незважаючи на інгаляцію кисню). <p>IV (термінальний) період:</p> <ul style="list-style-type: none"> • характеризується вираженим прогресуванням дихальної недостатності з розвитком тяжкої артеріальної гіпоксемії та гіперкапнії, метаболічного ацидозу; • формується гостре легеневе серце внаслідок наростання легеневої гіпертензії.
<p>Діагностика</p>	<p>Діагностичні критерії ГРДС, запропоновані Fischer, Foex (1990):</p> <ul style="list-style-type: none"> • порушення дихання (виражена задишка); • наростаюча ригідність грудної клітки; • клінічна картина наростаючого набряку легень; • типова рентгенологічна картина (посилення легеневого малюнка, інтерстиціальний набряк легень); • артеріальна гіпоксемія (PaO₂ менше 50 мм рт.ст.) та гіперкапнія; • гіпертензія у малому колі кровообігу (тиск у легеневій артерії більше 30/15 мм рт.ст.); • нормальний тиск заклинення у легеневій артерії (< 15 мм рт.ст.), який при серцево-судинній патології значно підвищується; • рН артеріальної крові менше 7,3. <p>Електрокардіографічні критерії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відхилення електричної вісі серця вправо, гіпертрофія правого передсердя (P-pulmonale). <p>Рентгенологічні критерії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вибухання конуса легеневої артерії, ознаки підвищення тиску в легеневій артерії більше 30/15 мм рт.ст., двосторонні інфільтрати в легенях, інколи визначається симптом «снігової бурі», виражене посилення бронхосудинного малюнка. <p>рентгенологічно — виражений інтерстиціальний набряк легень, двобічні інфільтративні дрібновогнищеві тіні неправильної хмароподібної форми;</p> <p>Лабораторно-біохімічні критерії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • артеріальна гіпоксемія (PaO₂ менше 50 мм рт.ст.) і гіперкапнія (PaCO₂ більше 45–50 мм рт.ст.); • зниження рН до 7,2 і менше та інші ознаки респіраторного ацидозу; • респіраторний індекс PaO₂/FiO₂ < 200 мм рт.ст. (PaO₂ — парціальний тиск кисню в артеріальній крові, FiO₂ — концентрація кисню у видихуваному повітрі, виражена у десятих долях).
<p>Лікувальна тактика</p>	<p>Крок 1. Лікування основного захворювання.</p> <p>Оксигенотерапія є головним елементом інтенсивного лікування, але вона малоефективна, оскільки спостерігається високий рівень шунтування в легенях. При використанні високих концентрацій кисню, який окислює сурфактант, відбувається прогресивне зниження його вмісту, тому оксигенотерапію застосовують у вигляді не моно-, а комбінованої терапії.</p> <p>Інгаляції окису азоту знижують тиск у легеневій артерії і покращують оксигенацію крові, але не в усіх хворих.</p>

При частоті дихання більше 30 за хвилину та PaO₂ нижче 70 мм рт.ст. проводять інтубацію трахеї, штучну вентиляцію легень і часткову емульсійну вентиляцію легень із перфтораном.

Хворий лежить на животі (прональна позиція), що покращує оксигенацію за рахунок розправлення ателектазів легень.

Проводять екстракорпоральну мембранну оксигенацію.

Крок 2. Пульс-терапія глюкокортикостероїдами з метою зменшення проникності альвеол і підтримання АТ на оптимальному рівні:

- метилпреднізолон по 1000 мг внутрішньовенно (в/в) протягом 3 діб, потім перорально;

- при неефективності — призначають інтерферони (рибаверин).

Крок 3. Зменшення легеневої обструкції за допомогою β -адренолітиків:

- неселективних (орципреналін, іпрадол);

- селективних (фенотерол, сальбутамол).

Крок 4. При значному зниженні АТ проводять його корекцію:

- добутамін 15 мг/кг на добу в/в крапельно;

- інфузійна терапія (реополіглюкін, рефортан, альбумін).

Крок 5. Профілактика приєднання бактеріальної пневмонії або її лікування:

- макроліди (кларитроміцин);

- фторхінолони (левофлоксацин).

Крок 6. Інша терапія захворювання:

- перфторан — 1–2 мл/кг на добу в/в крапельно, за наявності жирової або амніотичної емболії — 5–8 мл/кг на добу;

- амброксол (лазолван, муколван) по 10–30 мл/кг на добу в/в або інгаляційно;

- гепарин, фраксипарин, клексан підшкірно в середніх терапевтичних дозах з метою профілактики тромбоутворень;

- ліпін-ліофілізований яєчний фосфатидилхолін інгаляційно — 10–15 мг/кг 4 дози на добу впродовж 7–10 діб, одночасно — в/в болюсно 10–15 мг/кг 3 рази на добу протягом 7–10 діб;

- нітрогліцерин, нітро, ізокет в/в крапельно в оптимальних дозах;

- штучна вентиляція легень, краще неінвазивна, що запобігає виникненню ускладнень;

- при декомпенсованому дихальному ацидозі вводять 4% розчин натрію в/в під контролем рН крові.

Протокол терапії тяжкого ГРДС, розроблений спеціалістами Palmela Youde Nethersole Eastern Hospital (Гонконг, 2003).

Антибактеріальна терапія:

- левофлоксацин по 500 мг 1 раз на добу внутрішньовенно (в/в) або перорально;

- кларитроміцин по 500 мг 2 рази на добу + амоксицилін/клавуланат по 375 мг 3 рази на добу (при підозрі на туберкульоз, а також дітям і вагітним).

Рибаверин і метилпреднізолон

Дану комбінацію приєднують до антибактеріальної терапії препаратів у таких випадках:

- рентгенологічні ознаки поширеної або двосторонньої пневмонічної інфільтрації;

- відсутність позитивної рентгенологічної динаміки;

- лихоманка, яка зберігається більше 2 діб (3 дня від початку терапії);

<ul style="list-style-type: none"> • рентгенологічні, клінічні або лабораторні ознаки прогресування захворювання; • SaO₂ < 95% при диханні навколишнім повітрям. <p>Режим дозованої глюкокортикоїдної терапії (курс — 21 день):</p> <ul style="list-style-type: none"> • метилпреднізолон по 1 мг/кг 3 рази на добу в/в протягом 5 діб; • протягом наступних 5 діб — метилпреднізолон по 1 мг/кг 2 рази на добу в/в; • протягом наступних 5 діб — преднізолон по 0,5 мг/кг 2 рази на добу перорально; • протягом наступних 3 діб — преднізолон по 0,5 мг/кг на добу перорально; • протягом наступних 3 діб — по 0,25 мг/кг на добу перорально. <p>Режим дозування рибаварину (курс — 10–14 діб):</p> <ul style="list-style-type: none"> • по 400 мг 3 рази на добу в/в протягом 3 діб (або до стабілізації стану хворого); • потім по 1200 мг 2 рази на добу перорально. <p>Пульс-терапія метилпреднізолоном:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводять у випадку лімфоцитопенії або при поглибленні негативної рентгенологічної динаміки, зниженні SaO₂; • пульс-теапія проводиться з використанням метилпреднізолону 1000 мг на добу в/в протягом 2 діб, а потім продовжують терапію глюкокортикоїдами у стандартному режимі. <p>Схема терапії, яка визнана однією з найбільш ефективних за даними результатів лікування хворих із тяжким ГРДС у центральних госпіталях провінції Гуандун (2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> • левофлоксацин по 200 мг 2 рази на добу в/в + азитроміцин по 600 мг на добу в/в; • інтерферон а по 3 млн ОД на добу в/в; • у разі відсутності динаміки і наростання вираженості клінічних і рентгенологічних симптомів призначають метилпреднізолон в/в по 160 мг при ураженні однієї долі та 320 мг або 720 мг при ураженні двох долей протягом 5–14 діб; • при SaO₂ < 96% призначають інгаляції вологим киснем (3–5 л/хв); • при неефективності допоміжної вентиляції вивчають можливість застосування штучної вентиляції легень та призначення пацієнту імуноглобулінів або імуномодуляторів. <p>Прогноз.</p> <p>Прогноз залежить від своєчасності діагностики ГРДС, проте в більшості випадків він несприятливий. При ранній діагностиці летальність можна знизити до 60%, при пізній — цей показник становить 90%.</p> <p>Профілактика.</p> <p>Профілактика ГРДС — це попередження розвитку захворювань, які спричиняють його виникнення. Профілактичне застосування антиоксидантів (ацетилцистеїн) та інгібіторів 5-ліпоксинази і тромбоксансинтетази (кетоконазол) у групі ризику ГРДС (насамперед при сепсисі) надало обнадійливі результати, які потребують клінічного підтвердження.</p>
--

Граф логічної структури теми.

6.8. Критичні стани у хірургічних хворих: синдром черевної порожнини

Визначення	<p>Інтраабдомінальна гіпертензія – це стійке підвищення ВЧТ до 12 мм рт.ст. і більше, яке реєструється як мінімум підчас трьох стандартних вимірів з інтервалом у 4–6 год.</p> <p>Синдром черевної порожнини – патологічний стан, який виникає за значного підвищення інтраабдомінального тиску (ІАТ) (більше 25 мм рт.ст.) внаслідок тяжких захворювань органів черевної порожнини.</p>
Етіопатогенез	<p>Причини ВЧГ: 1) Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини (травми живота; гострий панкреатит; гострий перитоніт; гостра кишкова непрохідність; великі кісти та пухлини черевної порожнини. 2) Важкі травми та опіки кінцівок. 3) Абдомінальні оперативні втручання. 4) Масивна інфузійна терапія. 5) Декомпенсований (напружений) асцит при цирозі печінки або пухлині; 6) Розрив аневризми черевної частини аорти.</p>
Класифікація	<p>За етіологічним чинником СЧП поділяють на:</p> <ul style="list-style-type: none"> первинний СЧП – як наслідок патологічних процесів, які розвиваються безпосередньо в черевній порожнині; вторинний СЧП – коли патологічні процеси, що є причиною підвищення ВЧТ, виникають поза черевною порожниною; хронічний СЧП – розвиток тривалої інтраабдомінальної гіпертензії в пізніх стадіях хронічних захворювань (наприклад, асцит внаслідок цирозу). рецидивний СЧП – розвивається після лікування первинного чи вторинного СЧП. <p>Крім того, згідно даним консенсусу WSACS 2013 року, було запропоновано ряд нових понять: <i>полікомпартмент синдром</i> – це стан, при якому більш ніж дві анатомічні структури можуть мати підвищений тиск, при якому розвивається СЧП; <i>абдомінальний комплаєнс</i> – міра легкості розширення черевної стінки, яка визначається пружністю черевної стінки і діфрагми. Виражається як зміна внутрішньочеревого об'єму до зміни ВЧТ. Виділяють наступні ступені ВЧГ: I ступінь – 12-15 мм рт. ст.; II ступінь – 16-20 мм рт. ст.; III ступінь – 21-25 мм рт. ст.; IV ступінь – більше 25 мм рт. ст.</p>
Клініка	<p>При СЧП на тлі підвищеного ІАТ приєднуються органні порушення, які можуть виникати відразу в кількох органах і системах. Клінічні прояви синдрому включають дихальну недостатність, яка характеризується зниженням легеневого комплаєнсу, підвищенням тиску на вдиху, гіпоксією і гіперкапнією. Тому при ШВЛ по тиску для досягнення навіть невеликих значень дихального об'єму інколи доводиться застосовувати дуже високі значення тиску на вдиху. Під час рентгенологічного дослідження органів грудної клітки виявляють підйом купола діафрагми та зменшення об'єму легень. Гемодинамічні прояви включають тахікардію, артеріальну гіпотензію за нормального чи підвищеного центрального венозного тиску або тиску заклинювання легеневої артерії. Порушення функції нирок супроводжуються олігурією або анурією з наростанням азотемії. Але гостра ниркова недостатність (ГНН) без дихальної недостатності має низьку специфічність для діагностики СЧП.</p>
Діагностика	<p>Діагностика ВЧГ/СЧП залежить від точного та швидкого вимірювання тиску в черевній порожнині. Згідно останнім рекомендаціям Світового товариства абдомінального компартмент-синдрому (WSACS), рекомендовано проводити вимірювання ВЧТ незалежно від наявності факторів ризику виникнення ВЧГ/СЧП у критичних хворих, а також дотримуватись протоколу вимірювання та управління ВЧТ. Якщо дані</p>

	<p>підтверджують наявність ВЧГ, необхідно продовжити повторні виміри протягом всього періоду перебування пацієнта в критичному стані.</p> <p>Відомі методи вимірювання ВЧТ можна розділити на: - прямі (через катетер, встановлений в черевну порожнину, при лапароскопічних втручаннях (тиск карбоперитонеуму) та непрямі – тиск вимірюють в сечовому міхурі; прямій кишці; піхві; шлунку; стегновій або нижній порожнистій вені; дихальних шляхах при штучній вентиляції легень.</p> <p>Пряме вимірювання може бути виправданим у випадку, коли з якихось інших причин проводиться лапароцентез. Крім того, оцінити показники тиску безпосередньо у черевній порожнині можливо при лапароскопії, при наявності лапоростоми або при перитонеальному діалізі. Це найбільш коректний метод вимірювання ВЧТ, однак він достатньо складний та дорогий.</p> <p>При непрямому вимірюванні ВЧТ виходять з припущення, що абдомінальний вміст є константою та переважно складається з рідини. Це означає, що в цій системі діє закон Паскаля і тиск можна вимірювати практично у будь-якому відділі черевної порожнини.</p> <p>Через дешевизну, простоту виконання та достатню точність в більшості досліджень золотим стандартом вважають визначення тиску в сечовому міхурі. Він використовується більше, ніж у 90% досліджень у всьому світі.</p> <p>Для заповнення сечового міхура використовують фізіологічний розчин або сечу хворого.</p> <p>Згідно з останніми рекомендаціями WSACS при вимірюванні ТСМ потрібно проводити інсталяцію не більше ніж 25 мл фізіологічного розчину.</p>
<p>Лікувальна тактика</p>	<p>Лікування ВЧГ в багатьох випадках фактично зводиться до хірургічної декомпресії, як до основного методу вибору в лікуванні АКС. Існує мало сумнівів до того, що швидка хірургічна декомпресія знизить ВЧТ і призведе до поліпшення самопочуття та зникнення наслідків АКС.</p> <p>На додаток до декомпресивної лапаротомії, були запропоновані численні медикаментозні і малоінвазивні терапевтичні методи. Вони включають в себе седацію та аналгезію, нервово-м'язову блокаду, надання правильного положення тілу хворого, назогастральна/кишкова декомпресія, діуретики, ниркозамісна терапія, підтримання водного балансу, черезшкірне дренирування катетером та різні техніки тимчасового закриття черевної порожнини.</p> <p>Деякі конкретні методи лікування можуть бути спрямовані на причини виникнення внутрішньочеревної гіпертензії і включають в себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нервово-м'язові блокади; • заходи, спрямовані на усунення шлунково-кишкової непрохідності і, як наслідок, шлунково-кишкової декомпресії; • прокінетики (еритроміцин, метоклопрамід, цизаприд, резолор); • шлунковий зонд; • ендоскопічна декомпресія товстої кишки; • інфузії розчинів; • ректальні клізми у випадках калових завалів або закрепах; • черезшкірні трубки для декомпресії асциту і видалення крові; • застосування октреотиду і мелатоніну при вторинному АКС; • діуретики, діаліз і ультрафільтрація.

Граф логічної структури теми.

6.8. Критичні стани у хірургічних хворих: **Особливості надання хірургічної допомоги при травмах, отриманих під час бойових дій, на етапах евакуації.**

ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ.

Хірургія надзвичайних ситуацій це клінічна дисципліна, яка вивчає пошкодження організму людини, що виникають внаслідок надзвичайної ситуації, організаційні принципи і особливості надання хірургічної допомоги.

Військова хірургія це клінічна дисципліна, яка вивчає сучасну бойову хірургічну травму, особливості організації та лікування поранених і хворих у різноманітних оперативнотактичних (медичних) умов воєнного і мирного часу.

Сучасне медичне забезпечення постраждалих у надзвичайних умовах мирного періоду і поранених під час бойових дій ґрунтується на основі системи етапного лікування з евакуацією за призначенням. Своєчасне та якісне надання хірургічної медичної допомоги на етапах медичної евакуації (ЕМЕ) є однією з головних умов збереження життя та профілактики важких ускладнень у поранених та постраждалих у мирний час, при ліквідації наслідків катастроф, виконанні миротворчих операцій, а також на війні.

В умовах масового надходження поранених до ЕМЕ, особливо важливо вибрати саме той варіант організації хірургічної допомоги, який є оптимальним у даній конкретній обстановці.

Медична евакуація – сукупність заходів з виносу (вивозу) постраждалих, поранених і хворих із зони надзвичайної ситуації, району бойових дій, до етапу медичної евакуації, для своєчасного й повного надання їм медичної допомоги. Забезпечення медичної евакуації поранених і хворих включає широкий комплекс організаційних, медичних, технічних заходів.

Етап медичної евакуації – це сили та засоби медичної служби (медичні пункти та польові лікувальні установи), що розгорнуті на шляхах евакуації постраждалих, поранених і хворих для надання їм медичної допомоги. На всіх ЕМЕ обов'язковим елементом лікувально-евакуаційних заходів є медичне сортування.

Медичне сортування – розподіл постраждалих, поранених і хворих на групи у відповідності з потребою у виконанні однорідних профілактичних і лікувально-евакуаційних заходів, що проводиться, виходячи з медичних показів, реального об'єму медичної допомоги на даному етапі і прийнятого порядку медичної евакуації.

Медичне сортування повинно бути безперервним, конкретним і спадковим. **Існують наступні види медичного сортування.**

Внутрішньопунктове – розподіл постраждалих, поранених і хворих на етапі медичної евакуації поранених і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу в установленій послідовності.

Діагностичне – розподіл постраждалих, поранених і хворих за діагнозом ураження або захворювання з урахуванням терміновості, характеру, обсягу та черговості надання потрібної медичної допомоги.

Прогностичне – розподіл постраждалих, поранених і хворих за ймовірним наслідком (результатом) ураження (захворювання) та орієнтовним терміном лікування.

Евакуаційно-транспортне – розподіл прибулих постраждалих, поранених і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами їх подальшої евакуації.

Об'єм медичної допомоги – сума лікувальних заходів, які можуть бути виконані на даному етапі, яка може збільшуватись або зменшуватись в залежності від бойової

обстановки, кількості поранених, умов розміщення і віддаленості від поля бою, штату і оснащення ЕМЕ.

Вид медичної допомоги – єдиний процес надання медичної допомоги, що залежить від оснащення й кваліфікації медичних фахівців, в мирний час надається в одному лікувальному закладі, а в умовах діючої армії розділяється на окремі лікувально-профілактичні заходи, які можуть проводитись в кількох місцях і в різний час.

Виділяють: першу медичну допомогу (ПМД), долікарську допомогу (ДД), першу лікарську допомогу (ПЛД), кваліфіковану медичну допомогу (КМД) і спеціалізовану медичну допомогу (СМД).

Кожен вид допомоги характеризується своїм об'ємом, конкретними задачами й переліком типових лікувально-профілактичних заходів, кваліфікацією медичного персоналу і оснащенням. Кожному ЕМЕ відповідають свої види медичної допомоги.

Принципи надання хірургічної допомоги в надзвичайних умовах мирного та воєнного часу (воєнно-хірургічна доктрина)

1. Організація надання хірургічної допомоги у надзвичайних умовах мирного та воєнного часу, обсяг хірургічної допомоги, вибір методів лікування визначаються розмірами та структурою санітарних втрат, бойовою та оперативно-тактичною обстановкою, кількістю формувань і бригад хірургічного профілю, рівнем медичного забезпечення та лікувально-діагностичною тактикою на ЕМЕ.

2. Покращення якості надання хірургічної допомоги і відповідно результатів лікування здійснюється за рахунок максимального наближення хірургічної допомоги до осередків масових втрат, маневреності сил і засобів медичної служби, об'єктивізації й прогнозування тяжкості травм, впровадження сучасних досягнень медичної науки та максимального використання сучасних засобів евакуації.

3. ПЛД може виконуватись як у повному, так і в скороченому обсязі. Повний обсяг складається з невідкладних хірургічних заходів ПЛД й заходів, які можуть бути відстрочені. Скорочений обсяг складається з невідкладних хірургічних заходів ПЛД.

4. Кваліфікована хірургічна допомога може виконуватись в невідкладному, скороченому або повному обсязі. Невідкладний обсяг складається з невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги.

Скорочений обсяг складається з невідкладних і термінових заходів кваліфікованої хірургічної допомоги.

Повний обсяг складається з невідкладних, термінових і відстрочених заходів кваліфікованої хірургічної допомоги.

5. Спеціалізована медична допомога може надаватись в невідкладному й повному обсязі. Невідкладний обсяг складається з невідкладних заходів спеціалізованої хірургічної допомоги. Повний обсяг складається з невідкладних і відстрочених заходів спеціалізованої хірургічної допомоги.

6. Кожне поранення вважається первинно-забрудненим. Пріоритетним засобом профілактики і лікування інфекційних ускладнень поранень є первинна хірургічна обробка (ПХО) рани з можливою повторною хірургічною обробкою й накладанням первинно-відстрочених швів.

7. Зміст, обсяг і кількість хірургічних обробок ран залежить від тяжкості, характеру й локалізації поранень.

8. Профілактика травматичного і опікового шоку у травмованих починається при наданні ПМД, в подальшому, на шляхах і ЕМЕ, пріоритетним вважається профілактика й лікування травматичного шоку (ТШ).

9. Структура хірургічних служб повинна бути мобільною й маневреною, готовою надати медичну допомогу в будь-яких умовах. Для цього необхідно постійне удосконалення знань з військової хірургії, медицини катастроф, військово-медичної підготовки, удосконалення матеріальної бази, удосконалення мобільності формувань й стандартизації засобів надання хірургічної допомоги.

10. Принципи надання хірургічної допомоги повинні бути єдиними для хірургії надзвичайних ситуацій та військової хірургії.

Види медичної допомоги та особливості її надання за умовами надзвичайних ситуацій мирного та воєнного часу.

Перша медична допомога (ПМД) – вид допомоги, яка включає дії травмованого або сторонніх осіб відразу після поранення і направлені на збереження життя постраждалого. ПМД надається в порядку само- та взаємодопомоги рятувальниками, а також санітарами або іншими медичними працівниками в осередку (та поза осередком) НС, на місці пригоди, санітарних втрат, на полі бою.

Обсяг ПМД – незмінний і включає прості заходи, які доступні підготовленому рятувальнику, санітарному інструктору.

Зміст ПМД: припинення дії травмуючого агента; тимчасове припинення зовнішньої кровотечі за допомогою кровозупинного джгута; усунення й профілактика асфіксії; первинна серцево-легенева реанімація; оклюзійна пов'язка при відкритому пневмотораксі; накладання асептичних;ов'язок; введення знеболюючих засобів; транспортна іммобілізація, запобігання додатковим пошкодженням; попередження розвитку інфекції; захист поранених від несприятливих погодних умов, угамування спраги; винесення (евакуація) поранених з поля бою та із зони зараження чи осередку безпосередньої небезпеки;

Долікарська допомога (ДД)- вид медичної допомоги, яка включає комплекс заходів направлений на збереження життя і здоров'я, що надається медичним працівником середньої ланки (помічником лікаря, фельдшером) на місці пригоди, або під час транспортування.

Обсяг ДД – незмінний і включає прості заходи доступні підготовленому помічнику лікаря або фельдшеру.

Зміст ДД: контроль і виправлення неправильно накладених пов'язок, шин, джгутів або їх накладення; доповнення заходів ПМД, направлених на підтримку життєво-важливих функцій організму профілактику шоку; тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі; дача й введення антибіотиків і знеболюючих засобів; штучна вентиляція легень (ШВЛ); внутрішньовенне введення розчинів кристалоїдів при шоці. профілактика тяжких ускладнень; обігрів поранених в зимній час і втамування спраги (крім поранених в живіт); підготовка поранених до евакуації.

Перша лікарська допомога (ПЛД) – вид допомоги, який включає комплекс заходів направлений на збереження життя і здоров'я пораненого, усунення та профілактика тяжких ускладнень травми, що надаються лікарями з початковою анестезіологічною та хірургічною підготовкою із застосуванням табельного оснащення.

Враховуючи, що за даними ВООЗ через годину після катастрофи вмирають 30% постраждалих, яким своєчасно не була надана ПМД, через 3 години - 60%, а через 6 годин - 90%, а також те, що із зволіканням надання ПЛД швидко наростає і частота ускладнень у поранених, ПМД при НС надають вже в ході ведення рятувальних робіт, що йдуть цілодобово і на всій території району катастрофи. При цьому необхідно враховувати радіаційний і хімічний стан, що у ряді випадків потребує використання індивідуальних засобів захисту (респіратори, протигазу, засоби захисту шкіри і ін.). У районі катастрофи робота з наданням медичної допомоги ураженим умовно можна розділити на три періоди (фази):

- **період ізоляції** - продовжується з моменту виникнення катастрофи до початку організованого проведення рятувальних робіт;
- **період порятунку** - продовжується від початку рятувальних робіт до завершення евакуації постраждалих за межі осередку;
- **період відновлення** - з медичної точки зору, характеризується проведенням планового лікування й реабілітації постраждалих до остаточного виходу;

Тривалість періоду ізоляції може бути від декількох хвилин, як було у Свердловську й Арзамасі (1988), до декількох годин - при землетрусі у Вірменії (1988). З огляду на це, необхідно відзначити, що все населення повинно знати правила поведінки в надзвичайних ситуаціях і особливо методи надання ПМД в порядку само- і взаємодопомоги.

Період порятунку починається з моменту прибуття в осередок враження перших бригад швидкої медичної допомоги і лікарсько-сестриних бригад екстреної медичної допомоги з лікувальних закладів, розташованих поруч осередку. У цьому періоді робота медиків спрямована на проведення заходів невідкладної медичної допомоги по життєвим показанням і підготування постраждалих до евакуації в лікувальні заклади.

Можливості ПМД розширюються завдяки широкому використанню табельних медичних засобів та участі персоналу із середньою медичною освітою.

Оптимальний термін надання ПМД - одна година після травми. Важлива задача покладається на медичних працівників, які першими прибули в осередок катастрофи. Вони повинні визначити масштаб і характер катастрофи, кількість і ступінь тяжкості травмованих, інформувати керівників органи охорони здоров'я.

ПЛД на догоспітальному етапі надається в перші години (протягом першої доби). Оптимальним терміном надання цього виду медичної допомоги є перші 4-6 годин із моменту катастрофи, тому що більшість летальних наслідків при тяжких травмах припадає на першу добу - 50-80% від усіх загиблих. Смерть настає переважно через тяжкі травми черепа, живота і грудної порожнини.

Обсяг ПЛД складається з невідкладних і заходів, виконання яких може бути відстрочено. Зміст ПЛД: усунення чинників, що безпосередньо загрожують життя поранених; підтримка функції життєво-важливих органів; профілактика тяжких ускладнень; підготовка поранених до подальшої евакуації.

1. Невідкладні заходи ПЛД: контроль за джгутами і тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі шляхом накладанням затискача або прошиванням судини лігатурою; усунення усіх видів асфіксії; трахеостомія або конікотомія при пораненнях шиї, гортані, щелеп, грудей з постійним затіканням крові в трахею; некротомія при циркулярних опіках грудей з ознаками гострої дихальної недостатності (ГДН); плевральна пункція або дренирування плевральної порожнини при напруженому пневмотораксі в 2-му міжребер'ї по середньо-ключичної лінії; контроль або накладення аклюзійних пов'язок при відкритому пневмотораксі; катетеризація або пункція сечового міхура при гострій затримці сечі; внутрішньомязеве введення знеболюючих; протишокові заходи та інфузійна терапія при шоці III ступеня; відсічення кінцівки висячій а шкірно-мязевому клапті; усунення недоліків транспортної іммобілізації при ТШ; введення профілактичних доз антибіотиків; підшкірне введення 0,5 столбнячного анатоксину, спеціальні заходи при комбінованих радіаційних і хімічних ураженнях.

2. Заходи першої лікарської допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене: - усунення недоліків транспортної іммобілізації, що загрожують розвитком шоку; - новокаїнові блокади при ушкодженнях кінцівок без виражених ознак шоку; введення антибіотиків навколо рани. інфузійна терапія, введення знеболюючих засобів.

Кваліфікована хірургічна допомога (КХД) - це вид медичної допомоги, який включає комплекс заходів направлений на збереження життя й здоров'я пораненого і створення сприятливих умов для спеціалізованого лікування, попередження розвитку ускладнень і підготовку до подальшої евакуації, що надається лікарями-хірургами із застосуванням спеціального оснащення в стаціонарних, мобільних або польових лікувальних закладах.

Зміст КХД: виконання оперативних і неоперативних втручань, спрямованих на спасіння життя та попередження виникнення ускладнень, які загрожують життю; профілактика й лікування ускладнень механічних, термічних, радіаційних і комбінованих ушкоджень; створення умов для як найшвидшого одужання; отримання найбільш сприятливих анатомо-функціональних результатів.

За об'ємом кваліфікована хірургічна допомога розподіляється на: допомогу за невідкладними показами (10%), скорочений - (25%) і повний обсяг (50 - 60%).

Невідкладна КХД (10%) - надається з приводу пошкоджень, які безпосередньо загрожують життю поранених.

До них відносяться: остаточна зупинка зовнішньої та внутрішньої кровотечі різної локалізації; усунення асфіксії та підтримання вентиляції легень; комплексна диференційна терапія травматичного і опікового шоку; усунення порушень гомеостазу; некротомія при глибоких циркулярних опіках шиї, грудей, кінцівок; хірургічне усунення відкритого й напруженого пневмотораксу; торакотомія при пораненнях серця й руйнуваннях грудної стінки; тимчасове шунтування магістральних артерій при їх пошкодженні з ознаками декомпенсованої ішемії кінцівок; лапаротомія при пошкодженнях внутрішніх органів черевної порожнини; операції при анаеробній інфекції; декомпресійна трепанація черепа при наростаючому стисненні головного мозку.

КХД у скороченому обсязі (25%) складається з невідкладних (10%) і термінових (15%) заходів кваліфікованої хірургічної допомоги.

Термінові (15%) - заходи, що можуть бути відкладені на певний час і направлені на профілактику небезпечних для життя ускладнень. До них відносяться: первинні ампутації при декомпенсованому ішемічному некрозі кінцівок; ПХО із значним руйнуванням м'яких тканин, заражених отруйними речовинами; тимчасова фіксація грудинно-реберного клапану постраждалим з ознаками ГДН; накладення надлобкової нориці при пошкодженні позачеревного відділу сечового міхура; накладення колостоми при позаочеревених пошкодженнях прямої кишки.

КХД у повному обсязі (50-60%) складається з невідкладних, термінових і відстрочених заходів кваліфікованої хірургічної допомоги.

Відстрочені (25-35%) – включають заходи надання яких не викликає тяжких ускладнень, але небезпека їх виникнення може бути зменшена профілактичними заходами.

До них відносяться: ПХО обробка ран за показами; некротомія при глибоких циркулярних опіках шиї, грудної клітини та кінцівок, які не викликають розладів дихання та кровообігу; туалет інтенсивно забруднених опіків; обробка ран обличчя при лоскітних пораненнях із накладенням пластичних швів; лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи.

Елементи спеціалізованої хірургічної допомоги (СХД) - заходи, що можуть бути виконаними лікарями - хірургами загального профілю з метою надання вичерпної медичної допомоги на етапі КХД швидкоповертаємим санітарним втратам і пораненим, що можуть бути евакуйованими в ТерГБ(10%).

До них відносяться: декомпресивна трепанація черепу; торакотомія при пневмотораксі, що не усунено; гемотораксі, що згорнувся; остаточна фіксація реберного клапану; накладання бокового судинного шва; металоостеосинтез переломів кісток апаратами зовнішньої фіксації.

Спеціалізована хірургічна допомога (СХД) – вид хірургічної допомоги, який включає комплекс діагностичних, хірургічних, реаніматологічних та реабілітаційних заходів, що надається лікарями-спеціалістами хірургічного профілю із застосуванням складних методик, спеціального обладнання та оснащення відповідно з характером, профілем і тяжкістю поранення в лікувальних закладах: лікарнях швидкої медичної допомоги, обласних, районних і міських лікарнях, що мають травматологічні відділення, ПерГБ та ТерГБ і направлена на остаточну ліквідацію наслідків травм.

СХД потребують, в першу чергу: тяжкопоранені з множинними та поєднаними травмами: проникаючі поранення голови та хребта, закриті пошкодження черепу та головного мозку, хребту та спинного мозку, проникаючі поранення грудної клітки з ознаками масивної крововтрати та тяжкої дихальної недостатності, проникаючі поранення черевної порожнини, тяжкі переломи довгих трубчастих кісток і тазу, пошкодження магістральних кровоносних судин. До цієї категорії також відносяться травмованні з тяжкими ізолюваними пораненнями.

Зміст спеціалізованої хірургічної допомоги: виконання оперативних і неоперативних втручань, спрямованих на надання вичерпної хірургічної допомоги для ліквідації наслідків тяжких ушкоджень, реабілітації та повернення до строю травмованих.

В залежності від оперативно-тактичної обстановки, СХД може надаватись за невідкладними показами (10- 15%) постраждалих та в повному обсязі (80 %).

Невідкладна СХД (10-15%).- вид спеціалізованої хірургічної допомоги, що надається хірургами із застосуванням спеціального оснащення за невідкладними показами.

До них відносяться: циркулярний судинний шов (ручний або апаратний); остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації при поєднаній травмі тазу та кінцівок; повторні хірургічні втручання з приводу ускладнень після операцій на черепі, органах грудної клітки, живота, тазу; первинний шов уретри при пораненнях висячої частини; торакотомія при масивному гемотораксі, що згорнувся; гангрені легені та емпіємі плеври; декомпресивна лямінектомія, хірургічна обробка ран і стабілізація хребта при синдромі стиснення спинного мозку; декомпресивна трепанація черепа з проведенням ПХО рани мозку; накладання направляючих швів при розривах і відривах вік, вушних раковин із великими дефектами тканин; закриття проникаючих поранень очного яблука; ПХО ран із великими дефектами обличчя та щелеп.

СХД в повному обсязі (85%) - надається лікарями-спеціалістами хірургічного профілю із застосуванням спеціального оснащення з метою надання вичерпної хірургічної допомоги пораненим.

СХД в повному обсязі складається з невідкладних і відстрочених заходів спеціалізованої хірургічної допомоги.

Завдання СХД: лікування ран різної локалізації; лікування ускладнень поранень; відновлення структури та функції пошкоджених тканин і органів; медична реабілітація.

За видами спеціалізована хірургічна допомога розподіляється на:

- спеціалізована хірургічна допомога легкопораненим (24%);
- спеціалізована хірургічна допомога пораненим в голову, шию, хребет (13%);
- спеціалізована хірургічна допомога пораненим в груди, живіт, таз (10%);
- спеціалізована хірургічна допомога пораненим із пошкодженням довгих кісток і суглобів (20%);
- спеціалізована хірургічна допомога постраждалим з опіками (5%);
- спеціалізована хірургічна допомога пораненим із пошкодженнями органів нервової системи (4%).

Вузькоспеціалізована хірургічна допомоги – вид хірургічної допомоги, що надається лікарями - “вузькими” спеціалістами хірургічного профілю в межах одного органу або системи організму із застосуванням спеціального оснащення в спеціалізованих лікувальних закладах або ТерГБ.

До неї відноситься:

- оториноларингологічна спеціалізована хірургічна допомога (2%);
- офтальмологічна спеціалізована хірургічна допомога (2%);
- щелепно-лицьова спеціалізована хірургічна допомога (3%);
- урологічна спеціалізована хірургічна допомога (4%);
- гінекологічна спеціалізована хірургічна допомога (1%).

У великих адміністративних центрах для надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим проводиться концентрація висококваліфікованих лікарів вузького профілю, а також спеціального обладнання й устаткування для розгортання спеціалізованих клінічних центрів визначеного профілю. Таким чином, на випадок виникнення катастроф спеціалізованим закладам, клінічним центрам приділяється роль головних по організації екстреної медичної допомоги постраждалим.

Високо-спеціалізована хірургічна допомога – це вид хірургічної допомоги, що надається лікарями-спеціалістами хірургічного профілю в межах одного органу або

системи організму із застосуванням спеціального оснащення і високих технологій. Надається в лікувальних закладах і головних госпіталах ЗС України.

Швидкоповертаємі санітарні втрати (ШПСВ) – санітарні втрати, перспективні для повернення до строю, (легкої, середньої тяжкості та тяжкопоранені), кваліфікована та спеціалізована хірургічна допомога яким може бути надана силами і засобами медичної служби в ПерГБ (ВППГ), із термінами лікування 30-60 діб.

Хірургічна допомога ШПСВ - вид кваліфікованої, спеціалізованої та високо-спеціалізованої хірургічної допомоги пораненим різного ступеню тяжкості із строками лікування, визначеними у вказівках головних спеціалістів (30-60 діб).

Розподіл медичної допомоги на кваліфіковану, спеціалізовану і високо-спеціалізовану достатньо умовний, однак необхідно, щоб ці види допомоги знаходилися в системі етапного лікування на різних ЕМЕ: в мобільних загонах і госпіталах ДСМКУ, ВППГ та ПерГБ ЗСУ; спеціалізована – в лікувальних закладах госпітальних баз, в стаціонарних лікувальних закладах МО, МОЗ, АМН .

Кваліфікована хірургічна допомога при перебуванні в лікувальних закладах госпітальних баз постраждалим і пораненим, які не отримали її раніше, як правило, надається одночасно зі спеціалізованою.

Порядок та строки надання СХД встановлюють головні спеціалісти з хірургії ДСМКУ, управління госпітальних баз для кожного лікувального закладу. Організація роботи та визначення профілю стаціонарних лікувальних закладів, госпіталів або їх відділень, обсяг кваліфікованої й спеціалізованої медичної допомоги в них, а також строки лікування, визначаються конкретними умовами роботи, розмірами та структурою санітарних втрат за умов НС мирного часу; у воєнний час - у військах, наявністю госпіталів, характером бойових дій військ, оперативно-тактичною обстановкою.

Слід зазначити, що для надання ураженим кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги в НС в системі охорони здоров'я повинні проводитися заходи щодо підготовки лікувальних закладів до масового прийому постраждалих і створенню пересувних формувань для здійснення маневру силами й засобами з метою оперативного і якісного надання медичної допомоги постраждалим на другому ЕМЕ

Терміни нетранспортабельності травмованих складають.

Автотранспортом: голова (хребет)-14-21діб; ЛОР органи –7-10 діб; грудна клітка – 10-15 діб; живіт-10-15 діб; крупні суглоби і таз-7-10 діб; опіки-10-15 діб.

Авіатранспортом: голова (хребет)-2-3 доби; ЛОР органи-2-4 діб; грудна клітка-2-3 доби; живіт-3-4 доби; крупні суглоби-3-5 діб; опіки-2-3 доби._

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Хворий, 38 років, доставлений у приймальне відділення у колаптоїдному стані. З анамнезу відомо, що 5 діб тому був побитий. 2 години тому стан хворого різко погіршився, з'явилась різка слабкість, головокружіння, хворий покритися холодним липким потом, втратив тям. При лабораторному дослідженні: Нв – 90 г/л, лейкоцити – $3,5 \times 10^{12}$, ЧСС – 120 у 1 хв., АТ 80/40 мм рт ст. Живіт м'який, болючий у лівій мезогастральній ділянці, симптом Розанова позитивний. Який додатковий метод дослідження слід виконати для встановлення попереднього діагнозу?

- A.** Пневмогастрографію
- B.** Фіброгастродуоденоскопію
- C.** Абдоміоцентез
- D.** Обзорну рентгенографію черевної порожнини
- E.** Ангіографію

2. У хворого Ю., 34 років, під час фізичного навантаження з'явився різкий біль у грудній клітці та розвинулася клініка гострої дихальної недостатності. Доставлений через 4

години від початку захворювання. Стан важкий. Шкірні покриви землистого відтінку, губи ціанотичні. Дихання 38 у хвилину. Праворуч дихання не прослухується, перкуторно – тимпаніт. Пульс 110 у хвилину. АТ = 120/85 мм рт.ст. Гематокрит – 0,46. Ваш попередній діагноз ?

- A.** Спонтанний пневмоторакс
- B.** Тромбоемболія легеневої артерії
- C.** Абсцес правої легені
- D.** Приступ бронхіальної астми
- E.** Деструктивна пневмонія

3. У хворого з діагнозом тампонада серця, не зважаючи на проведену терапію, стан прогресивно погіршується. Свідомість сплутана. АТ 40/0 мм рт.ст., пульс 156/хв. Що необхідно зробити?

- A.** Провести пункцію плевральної порожнини
- B.** Підвищити темп інфузії
- C.** Провести рентгенівське дослідження
- D.** Невідкладно зробити пункцію перикарду
- E.** Викликати кардіохірурга

4. Гострий респіраторний дистрес-синдром:

- A.** в його основі – недостатність сурфактанту
- B.** виникає лише за умови інфекційних захворювань легенів
- C.** запальний несерцевий набряк легенів
- D.** різновид пневмонії
- E.** буває лише в немовлят

5. Хворий К. доставлений в хірургічне відділення з місця дорожньо-транспортної пригоди із закритою травмою грудної клітини та переломом ребер справа. У хворого діагностований напружений правосторонній пневмоторакс. Хворому терміново показано:

- A.** Інтубація трахеї
- B.** Дренування плевральної порожнини
- C.** Штучна вентиляція легень
- D.** Торакотомія
- E.** Трахеостомія

6. У хворого Т., 38 років, на четверту добу після отримання закритої травми грудної клітки, множинних переломів ребер в стаціонарі з'явилися скарги на почуття страху від ядухи, занепокоєння, дихання частотою 48 разів у хвилину. На відстані чути вологі хрипи. Які невідкладні заходи у зв'язку з виникненням синдрому вологої легені ?

- A.** Антикоагулянтна терапія, тривала ШВЛ із відсмоктуванням харкотиння
- B.** Негайна торакотомія
- C.** Негайна торакоскопія
- D.** Плевральна пункція, дренаж за Бюлау
- E.** Внутрішньотрахеальне введення антибіотиків

7. В чоловіка 46 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділі з приводу бронхоектатичної хвороби, після чергового приступу сильного кашлю виник різкий біль у грудній клітці справа, задуха. При обстеженні: перкуторно - справа тимпаніт, аускультативно - послаблене дихання справа. Ваш діагноз?

- A.** Тромбоемболія легеневої артерії
- B.** Сухий плеврит
- C.** Спонтанний пневмоторакс

- D.** Гострий бронхіт
- E.** Крупозна пневмонія

8. Пацієнт 56 років. З анамнезу хворіє протягом 30 хвилин, коли відчув біль за грудиною. Об'єктивно свідомість відсутня. Шкіра бліда, ЧД 30 /хв. На ЕКГ підйом ST. Який шок у даного пацієнта можна запідозрити?

- A.** Кардіогенний
- B.** Больовий
- C.** Септичний шок
- D.** Дистрибутивний
- E.** Гіповолемічний

9. У хворого 65 років, який тривалий час хворіє на тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок, раптово з'явилася задишка, кашель з виділенням мокротиння і домішками крові, біль за грудиною з іррадіацією в правій бік Пульс 100 ударів за хв, АТ 90/50 мм рт.ст. ЦВТ -300 мм.вод.ст. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A.** Тромбоемболія легеневої артерії
- B.** Гострий перикардит
- C.** Гостра пневмонія
- D.** Інфаркт міокарда
- E.** Гостра серцево-судинна недостатність

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
C	A	D	C	B	A	C	A	A

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. На МПП доставлений рядовий, 19 років, поранений уламком снаряду в ліву скроневу ділянку. Без свідомості. Обличчя синюшне, дихання рідке, поверхнєве з хрипами, зіниці нерівномірно розширені, хоча очні рефлекс збережені. Пульс 106 уд/хв., послабленого наповнення. АТ 110/70 мм.рт.ст, пов'язка на голові просякнена кров'ю, збилася, відкривши в лівій скроневій ділянці забито-рвану рану 4,5-3 см. Рана кровоточить, забруднена.

1. Сформулюйте попередній діагноз в первинній медичній картці.
2. Проведіть сортування пораненого.
3. Обсяг медичної допомоги на даному етапі.
4. Евакотранспортне сортування.

2. З МПП до ОМедБ доставлений боєць Д. з осколковим пораненням правого стегна. Після поранення пройшло 12 годин. Скаржиться на болі розпираючого характеру в ураженій кінцівці. Загальний стан середньої тяжкості, неспокійний, пульс ПО уд. за хв., температура 38.2. Пов'язка просякла кров'ю. Кінцівка вище й нижче пов'язки набрякла, шкіра гіперемована з бронзовим відтінком. Після зняття пов'язки виявлено, неправильної форми рана з обширною зоною пошкодження м'яких тканин. М'язова тканина сірого кольору, не кровоточить.

1. Яке ускладнення у пораненого?
2. Опишіть, як слід провести первинну хірургічну обробку рани з ураженням ускладнення?
3. Яке повинно бути подальше лікування цього пораненого?

3. Рядовий, 19 років, в бліндажі отримав полум'ям опіки обличчя, шиї, передньої поверхні тулуба та верхніх кінцівок. Самостійно вибратися із бліндажа не зміг. Був

знайдений санітарами в бліндажі, заповненому димом та газом. Без свідомості доставлений на МПП через 1 годину після травми без пов'язок. Загальний стан тяжкий, шкіра бліда, акроціаноз. АТ 80/50 ммрт.ст. Пульс 130 уд/хв., слабкого наповнення та напруження. Шкіра обличчя, шиї, передньої поверхні тулуба і верхніх кінцівок гіперемована, з множинними пухирями і ділянкам й поверхневого некрозу.

1. Сформулюйте діагноз в первинній медичній картці.
2. Проведіть внутрішньопунктове сортування, визначте індекс Франка.
3. Який обсяг медичної допомоги провести на МПП цьому обпеченому

4. Рядовий 25 років доставлений на МПП через 2 години після того, як підірвався на протипіхотній міні. У пораненого дефект переднього і середнього відділів стопи. Доставлений без іммобілізації, в тяжкому стані. Блідий, загальмований, на питання відповідає однослівно. Пульс 128 уд/хв., АТ - 70/30 мм.рт.ст. Пов'язка на стопі і нижній третині гомілки просякнена кров'ю, забруднена. В середній третині гомілки кровостінний джгут.

1. Сформулюйте діагноз в первинній медичній картці.
2. Медична допомога на цьому етапі евакуації.
3. Евакотранспортне сортування

5. Хвора 70 років скаржиться на значну загальну слабкість, запоморочення, біль в животі. 3 години тому отримала закриту травму живота. Загальний стан пацієнтки важкий. Загальмована. Відмічається блідість шкіри та слизових. Пульс 120 уд. за хв., слабкий, АТ - 90/60 мм.рт.ст. На шкірі живота слідів пошкодження немає. Передня черевна стінка відстає під час дихання, при пальпації помірно напружена, значно болісна. Перкусією визначається притуплення по фланках. Симптом Щеткіна-Блюмберга позитивний. При пальцьовому дослідженні прямої кишки виявляється нависання передньої стінки, помірна біль. У крові: еритроцитів $1.5 \times 10^{12}/л$ гемоглобін - 80 г/л. Індекс Альговера— 1,3

Визначте діагноз. Яку лікувальну тактику слід застосувати в даному випадку?

Література

1. Загальна хірургія за ред. С.П.Жученка, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча. Київ, "Здоров'я", 1999
2. Загальна хірургія. Вибрані лекції / за ред. Б.І.Дмитрієва. Одеса, 1999.
3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. Москва, 1991.
4. Волколаков Я.В. Общая хирургия. – Рига, "Медицина", 1989.
5. Петров С.П. Общая хирургия. Санкт-Петербург, 1999.
6. Методика обстеження хірургічного хворого / під ред. М.О.Ляпіса. Тернопіль, 2000.
7. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, "Здоров'я", 2004.
8. Мокшенов И Я., Гарелин П.В., Дубовин О.И. и др. Хирургические операции // Минск, 2004, 413с.
9. Мокшенов И.Я. Врачебная деонтология // Минск, 1998.
10. Чен Г., Соннендэй К.Дж., Лилремо К.Д. Руководство по технике врачебных манипуляций (2-е издание). Перевод с английского // Москва.: Медицинская литература. - 2002. - 384 с.
11. Хірургія. Т.І / За ред. Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2007. – 445 с.
12. Григорян А.В. «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии».- М.:Медицина, 1976.- 269 с.

ТЕМА 6. ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА М'ЯКИХ ТКАНИН. ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА. МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

1.Актуальність теми.

Гнійно-запальні захворювання шкіри, м'яких тканин у хірургічних хворих складають приблизно 30% від усіх пацієнтів.

Знання класифікацій, клінічної картини, діагностики, сучасних методів лікування цієї патології дає можливість студентам засвоїти необхідний об'єм знань в підготовці майбутніх лікарів на сучасному рівні.

2. Конкретні цілі – ознайомитись із епідеміологічними дослідженнями захворюваності на гнійні ураження шкіри та м'яких тканин в Україні та світі.

2.1. Знати: основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих із гнійними процесами шкіри та м'яких тканин.

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин.

Також вміти:

- сформулювати діагноз захворювання;
- зібрати анамнез , провести фізикальне обстеження хворого;
- скласти план лабораторних і інструментальних обстежень;
- провести диференційну діагностику;
- обгрунтувати тактику і методи лікування;
- брати участь в операціях з приводу гнійно-запальних захворювань м'яких тканин;
- вести хворих в післяопераційному періоді стаціонарно і амбулаторно.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями шкіри та м'яких тканин.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими з гнійними захворюваннями шкіри та м'яких тканин, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i>		
Анатомія людини	Анатомію клітковинних просторів .	
Нормальна фізіологія	Фізіологію клітковинних просторів	
Патологічна фізіологія	Патогенез розвитку ускладнень запальних захворювань м'яких тканин	
Патологічна анатомія	Морфологічні зміни клітковинних просторів	
Пропедевтика внутрішніх	Клінічні прояви та методи	Проводити фізикальне

хвороб	діагностики гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.	обстеження хворих з патологією шкіри та м'яких тканин
<i>Наступні дисципліни:</i> Ендокринологія, хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія		Провести диференційну діагностику змін шкіри та м'яких тканин при цукровому діабеті. Застосувати отриманні знання для вибору оптимальних способів знеболення та лікування
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при гнійних захворюваннях шкіри та м'яких тканин. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з гнійною патологією шкіри та м'яких тканин		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження Виконувати діагностичну пункцію			+
3.	Проводити диференційну діагностику гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин		+	
4.	Визначати лікувальну тактику гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при гнійних захворюваннях шкіри та м'яких тканин.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики даної патології.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнити перкуторні звуки, аускультативні дані, дані пальпації м'яких тканин
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих	Рентгенографія Діагностична пункція	Диференціювати ступінь ураження кісткової тканини. Розрізнити характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з гнійними захворюваннями шкіри та м'яких тканин	Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, антибіотикотерапія Пункція діагностична

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап. Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап. Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Фурункул	гостре гнійне запалення волосяного фоллікула і оточуючих його тканин.
Гідраденіт	гнійне запалення потових залоз, яке частіше викликає золотистий стафілокок.
Бешиха	гостре серозно-ексудативне запалення шкіри, яке викликається стрептококом.
Карбункул	гостре гнійно-некротичне запалення декількох волосяних мішечків і сальних залоз з утворенням загального інфільтрата і некрозом шкіри і підшкірної клітковини.
Абсцес	це відмежоване гнійне запалення,яке може виникати в різних тканинах і органах.
Флегмона	гостре розлите запалення жирової клітковини.

6.2. Теоретичні питання до заняття:

10. Анатомія клітковинних просторів.
11. Анатомічна будова шкіри.
12. Класифікація, етіологія та патогенез гнійно-запальних процесів.
13. Назвіть класифікацію бешихи.
14. Який патогенез в розвитку гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин?
15. Яка клінічна картина бешихи?
16. Яка клінічна картина флегмони стопи?
17. Яка клінічна картина гідраденіту?

18. Яка клінічна картина карбункулу?
19. Методи діагностики гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.
20. Диференційна діагностика гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.
21. Принципи лікування гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.
22. Показання до різних методів лікування гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.
23. Особливості хірургічних втручань при гнійних захворювань шкіри та м'яких тканин.
24. Профілактика і лікування хворих з гнійно-запальними процесами, реабілітація.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

7. Зібрати та оцінити скарги хворого із гнійними захворюваннями шкіри та м'яких тканин, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
8. Визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
9. Правильно тлумачити результати клінічних аналізів, діагностичної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
10. Вміти надавати першу допомогу при гнійних захворюваннях шкіри та м'яких тканин;
11. Визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
12. Призначити передопераційну підготовку хворим;
13. Асистувати при оперативних втручаннях
8. Скласти індивідуальну програму післяопераційного лікування.
9. Діагностувати ускладнення після операції.
10. Призначити медикаментозне лікування.
11. Виконувати заміну пов'язок.
12. Знімати шви.
13. Здійснювати догляд за дренажами.
14. Видаляти дренажі.
15. Виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів.
16. Оформити історію хвороби.
17. Оформити лікарняний лист.
18. Виписати рецепт.
19. Оформити витяг з історії хвороби.
20. Надати правильні рекомендації після операцій з приводу гнійних захворювань шкіри.
21. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
22. Дотримуватись правил деонтології у відносинах з хворими, його родичами та медичним персоналом.

6.4. Зміст теми:

Графологічна структура теми.

6.4.1. Фурункул

Визначення	Фурункул – це гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула та його сальних залоз
------------	---

Етіопатогенез	Виникнення фурункула пов'язане із попаданням до волосяного фолікула золотистого стафілокока. По мірі розвитку запалення та формування гнійно-некротичного срижня навколо волосяного фолікула утворюється запальний грануляційний вал, який попереджує розповсюдженню інфекції на навколійшню підшкірну клітковину та придатки шкіри. У більшості випадків захворювання закінчується відторгненням гнійно-некротичного стрижня разом із волосом, після чого ознаки запального процесу стають менш вираженими та на місці фурункула залишається малопомітний рубець.
Клініка	В період формування інфільтрату хворі відмічають загальні прояви захворювання: слабкість, підвищення температури тіла, больові відчуття. Часто відмічають реакцію регіонарних лімфатичних вузлів. В крові відмічається лейкоцитоз, підвищується ШОЕ. Час формування інфільтрату та гнійно-некротичного стрижня у кожного пацієнта індивідуальні. В середньому інфільтрат формується протягом перших двох діб захворювання, а гнійно-некротичний стрижень – лише на 5-7 добу. В подальшому стрижень відходить зовні разом із загиблим волосом та некротичною ділянкою шкіри, в результаті чого в центрі інфільтрату формується кругла рана глибиною від 0,5 до 1,5 см, що має назву кратер фурункула. При цьому швидко купується загальна симптоматика та реакція лімфовузлів. Інфільтрація шкіри розрешується, рана заповнюється грануляціями та загоюється. Інколи запальний процес виходить за межі грануляційного валу та переходить на навколійшні тканини із формуванням абсцесу та флегмони. У випадках, коли найближча підшкірна вена залучена до запального процесу від фурункула, який локалізується поблизу, це призводить до утворення тромбів. Потраплення патогенного стафілококу до кровеносної системи призводить до генералізації процесу. Найбільш небезпечні фурункули, які розташовані на верхній губі та вище носогубної складки. Венозний відтік від даної ділянки відбувається через лицьові та глазничні вени до кавернозного синусу. Тромбоз останнього призводить до розвитку гнійног базальног менингіту та оптохіазального арахноїдиту. Загальний стан хворого прогресивно погіршується, температура тіла сягає 41°C, з'являється ригідність м'язів потилиці, порушення зору, втрата свідомості. Такий перебіг фурункула називають злюкисним, а лікування пацієнтів проводять в умовах реанімаційного відділення.
Діагностика	Діагностика фурункула не є складною. На ураженій шкірі, біля основи волоса, спочатку з'являється незначна епідермальна пустула із гіперемією навколійшніх тканин. Загальної симптоматики, як правило не буває. Інколи відмічається місцевий зуд. У подальшому пустула розкривається та висихає, утворюючи після себе незначну кірку темного кольору, під яким поступово формується некроз шкіри. Одночасно навколо волосяного фолікула формується запальний інфільтрат, який конусовидно виступає над поверхнею шкіри. Шкіра над інфільтратом різко гіперемована, натягнута, в центрі чітко візуалізується ділянка некрозу.
Лікувальна тактика	Лікування неускладнених форм фурункула проводять, як правило, амбулаторно. Госпіталізація показана при фурункулах розташованих на обличчі вище верхньої губи, фурункулах новонароджених, ускладнених формах фурункула. Місцеве лікування спрямоване на купування запального процесу безпосередньо у вогнищі. Проводять обробку вогнища розчинами антисептиків та гіперосмолярними мазями, які

	<p>сприяють розмягченню шкіри над фурункулом та попереджують розвиток інфекції. Доцільне фізіотерапевтичне лікування: місцеве УФО в суберитемній дозі в комбінації із магнітолазерною та УВЧ-терапією. Своєчасне проведення даного лікування призводить до регресу інфільтрату, або більш швидкому дозріванню фурункула та відходження некротичних мас. Антибактеріальна терапія при неусладнених формах фурункула не застосовується. Розсікати фурункули не можна. Це сприяє пошкодженню грануляційного валу та розповсюдження процесу на навколіші тканини.</p> <p>Хірургічна тактика носить очікувальний характер. Лише у випадках, коли при дозрілому фурункулі через щільний некроз повністю сформований гнійно-некротичний стрижень не в змозі самостійно відійти, в таких випадках доцільно проведення хірургічного втручання. Яке полягає в розширенні гирла гнояка для полегшення відтоку гною.</p>
--	--

6.4.2. Карбункул

Визначення	Карбункул – гостре одночасне запалення кількох поряд розташованих волосяних фурункулів та їх сальних залоз
Етіопатогенез	Захворювання, у більшості випадків, спричинене <i>Stafylococcus aureus</i> в результаті ураження кількох волосяних фолікулів. Деструктивний процес посилюється за рахунок приєднання інших патогенних мікроорганізмів (<i>Streptococcus spp.</i> , <i>E. Coli</i>) які поряд із стафілококом призводять до порушення кровообігу та формування мікротромбозів. Наступає некроз жирової тканини та фасції. Уражені тканини розплавляються із утворенням значної кількості гною, який виділяється зовні через численні отвори в некротизованій шкірі, що нагадує бджолині соти.
Клініка	На шкірі з'являється незначний запальний інфільтрат, який швидко збільшується у розмірах, переходячи на волосяні фолікули та сальні залози. Шкіра над інфільтратом напружена, набрякла, різко гіперемована. Через розвиток тромбозів та порушення кровообігу в шкірі остання набуває багряного кольору. Шкіра без кровопостачання некротизується, тканини підлягають гнійному розплавленню, некротичний епідерміс проривається в декількох місцях та через сформовані отвори зовні виходить вершкоподібний гній. Поступово окремі отвори зливаються в один загальний. Загальний стан хворого порушений. Хворого турбують інтенсивні болі в ділянці ураженої ділянки, температура тіла сягає 40°C, має місце тахікардія та виражена інтоксикація. Зниження апетиту, нудота, блювота, безсоння. При генералізації інфекції розвивається анемія, токсичний нефрит, гепатит та токсична міокардіопатія.
Діагностика	Діагностика карбункула не складна через наявність характерних клінічних ознак
Лікувальна тактика	Хірургічна тактика при лікуванні карбункула має бути активною. Оперативне лікування проводиться по невідкладним показам під місцевим знеболенням. Виконують хірургічну обробку гнійно-некротичного вогнища із висіченням усіх нежиттєздатних тканин. Операцію закінчують ретельним гемостазом, промиванням рани розчинами антисептиків, рихлою тампонадою рани серветками, змоченими водорозчинними мазями. Механічне видалення некротичних тканин проводять під час щоденних перевязок. В другій фазі раньового процесу для стимуляції репаративних процесів в рані застосовують

	гелеві пов'язки, мазі, застосування ауто- та алогенних клітин шкіри (фібробластів та кератиноцитів). Наступним етапом лікування карбункула є пластичне закриття раньового дефекту. Найбільш часто використовують пластику місцевими тканинами та аутодермопластику. Протягом усього періоду лікування хворим проводять антибіотикотерапію, фізіотерапевтичне лікування та симптоматичну терапію.
--	--

6.4.3. Гідраденіт

Визначення	Гідраденіт гнійний – це гостре гнійне запалення потових залоз
Етіопатогенез	Захворювання пов'язують із ожирінням, неохайністю, діабетом та механічними пошкодженнями під час гоління. Сучасні дезодоранти перешкоджають потовиділенню, тим самим стафілокок, замість того, що виходить зовні сприяє розвитку запалення усередині потової залози. Частіше всього захворювання викликає золотистий стафілокок, який попадає до залози через мікротріщини. Найбільш частою локалізацією гідраденіту є пахвові ділянки. Стафілококи попадаючи до потової залози починають активно розмножуватись, утворюється інфільтрат, який згодом розплавляється та руйнує потову залозу.
Клініка	Розвиток гнійного гідраденіту розпочинається із формування болючого вузлика. Згодом, через 1-2 доби вузлик збільшується та сягає 1,5-2 см в діаметрі, шкіра над ним змінена, полусферично випинається, червоніє. Тим часом біль наростає набуває вираженого характеру, заважає рухам. Згодом шкіра над інфільтратом розплавлюється, з'являється флюктуація та через незначний отвір зовні виходить гній. На формування інфільтрату та гнояка у середньому йде 7-10 діб. В процесі розвитку по лімфатичним шляхам інфекція може переходити на сусідні залози утворюючи тим самим інфільтрат із пяти-семи залоз. Стан хворого погіршується, набряк наростає, в ділянці пахвинної ямки мають місце інфільтрат із одночасно відкритими на поверхню ряда гнояків, які нагадують вимя суки, що годує. При неадекватному та несвоєчасному лікуванні підшкірна клітковина розплавляється, гнояки зливаються між собою, формується флегмона. При гнійному ураженні кількох залоз може розвинути ендогенна інтоксикація.
Лікувальна тактика	Поодинокий гідраденіт лікують амбулаторно. При рецидивуючому перебігу захворювання показана госпіталізація до стаціонару із призначенням інфузій антистафілококової плазми, УФО та лазерне опромінення шкіри, імуностимулюючі препарати, вітаміни та курси антибактеріальними препаратами із напівсинтетичними пеніцилінами та цефалоспорінами 1-го та 2-го ряду, знеболюючі препарати. Оперативне лікування проводять після нагноєння абсцесу. Шкіру над гнояком розрізають, порожнину вимивають розчином антисептиків, дрениують. При наявності декількох гнояків їх також дрениують одночасно. Якщо вогнища розташовані близько одне іля одного, то доцільно проведення радикальне висічення гнояків із накладенням первинного шва. В подальшому проводять перев'язки із високоосмолярними мазями на водоозчинній основі. Прогноз сприятливий.

6.4.4. Абсцес

Визначення	Абсцес - обмежена гнійно-некротична ділянка у тканинах або органах.
Етіопатогенез	Розвиток абсцесу пов'язаний із проникненням патогенних

	<p>мікроорганізмів в тканини через мікротравми, а також гематогенним або лімфогенним шляхом. Характерна особливість абсцесу – обмеження гнійно-некротичних мас від оточуючих тканин щільною піогенною капсулою. На початкових стадіях тканини інфільтруються лейкоцитами утворюючи запальний інфільтрат. Одночасно, в результаті неспецифічної запальної реакції організму, навколо гнояка формується грануляційний вал. Поступово інфільтрація розплавлюється та утворюється порожнина, яка заповнена гноем та грануляційною тканиною. З часом грануляції “дозрівають” та з боку здорових тканин перетворюються на сполучну тканину, таким чином піогенна оболонка набуває двошарової будови.</p>
Клініка	<p>Клінічні симптоми характерні для гнійного запалення. З'являються болі у ділянці гнояка, набряк, гіперемія та флюктуація. Стан хворого погіршується, з'являється слабкість, зниження апетиту, порушення сну. Температура сягає фебрильних значень у вечірні години. Слід пам'ятати, що припухлість, гіперемія та флюктуація можуть бути відсутніми. В таких випадках, для уточнення діагнозу, затосовують УЗ дослідження або діагностичну пункцію.</p> <p>Диференційну діагностику при абсцесах проводять із туберкульозом, гематомою, гемангіомою, судинною аневризмою, лімфаденітом. Правильно поставити діагноз гемангіоми та аневризми допомагає ультразвукове дуплексне сканування та ангіографія. Діагностична пункція дозволяє підтвердити діагноз гематоми, УЗ – лімфаденіту.</p>
Лікувальна тактика	<p>Хірургічне лікування абсцесів направлено на хірургічну обробку гнояка, його санацію та дренивання. Розріз виконується по силовим лініям у місці найбільшої флюктуації. Після випорожнення гнояка проводять ревізію порожнини тупим шляхом, руйнуючи перемички та кармани, уникаючи пошкодження піогенної оболонки. Після ревізії порожнину промивають розчинами антисептиків та рихло дрениють. Після очищення рану ведуть на водорозчинних мазях до повного її закриття або накладають вторинні шви. Добре зарекомендували себе способи лікування абсцесів за допомогою аспіраційно-промивного та проточно-промивного методів дренивання.</p> <p>В післяопераційному періоді призначають емпіричну антибіотикотерапію, знеболюючі та перев'язки. У пацієнтів на цукровий діабет проводять корекцію глікемії. Із фізіотерапевтичних методів призначають магнітотерапію.</p>

6.4.5. Флегмона

Визначення	Флегмона – гостре розлите гнійне запалення підшкірної клітковини та клітинних просторів
Етіопатогенез	<p>Етіологія флегмони у більшості випадків пов'язана із проникненням мікроорганізмів у підшкірну клітковину. На відміну від абсцесу при флегмоні не відбувається відмежування гнійно-запального вогнища від навколишніх тканин а інфекційний процес повільно розповсюджується по рихлим клітинним просторам. На початковому етапі тканини інфільтруються запальним ексудатом, який просякнутий мікроорганізмами та лейкоцитами. Згодом інфіковані тканини піддаються гнійному розплавленню з утворенням численних мікроабсцесів, які потім зливаються, утворюючи одну гнійну порожнину. Не обмежений грануляційним валом запальний ексудат розповсюджується по клітинним просторам вздовж судин та нервів</p>

	<p>переходячи із одного футлярного простору до іншого. В залежності від локалізації уражених клітинних просторів розрізняють епіфасціальну (розташовану над власною фасцією) та субфасціальну (міжм'язову) форми флегмони. Гнійне запалення клітковини прямої кишки називають парапроктитом, межистіння – медиастенітом, здухвинної ямки – псоїтом, клітковини нирки – паранефритом, молочної залози – маститом.</p>
Клініка	<p>Флегмона розвивається гостро, має буремний перебіг та характеризується швидким формуванням (5-7 доба) розлітої припухлості із вираженою, без чітких меж гіперемією, сильними пульсуючими болями, підвищенням температури до фібрильної, прогресуючою інтоксикацією. Щільний, болючий, запальний інфільтрат поступово стає м'яким, над ним з'являється флюктуація. Болі та температура носять постійний характер, порушується сон, з'являються озноби, знижується апетит, мають місце нудота та блювота. В аналізах крові відмічають лейкоцитоз із нейтрофіліозом, появу юних форм, зниження гемоглобіну, лімфопенію, підвищення ШОЕ. Кількість сечі зменшується (токсичний нефрит). У важких випадках у хворих відмічається втрата свідомості та марення.</p>
Лікування	<p>Хірургічне лікування проводять в терміновому порядку. Операцію проводять під загальним знеболенням незалежно від локалізації, форми та стану пацієнта. Проводять широкі розрізи для повноцінної ревізії та санації гнійного вогнища. При субфасціальній флегмоні розсікають фасцію та проводять ревізію субфасціального простору з оглядом паравазальної, параневральної та міжм'язової клітковини. Операцію закінчують ретельним гемостазом, рихлою тампонадою рани серветками змоченими розчином антисептиків. Інтраопераційно проводять ультразвукову кавітацію або обробляють рану енергією плазми та окису азоту. При локалізації флегмони на кінцівці після накладання пов'язки проводять гіпсову іммобілізацію. Місцеве лікування раньового процесу в післяопераційному періоді проводять із застосуванням антисептиків, кавітації. Закінчують перев'язки тампонадою рани серветками із високоосмотичними антибактеріальними м'язями. Для стимуляції процесів регенерації рані застосовують гелюві пов'язки, сучасні біомедичні технології (фібробласти, кератиноцити). В подальшому, після повного очищення рани, проводять її пластичне закриття одним із способів. Консервативна включає антибактеріальну терапію цефалоспоринами 1-4 поколінь, фторхінолонами із метронідазолом, лінкозаминами. Антибактеріальну терапію слід проводити до закриття рани. Інфузійна терапія проводиться зразу ж після госпіталізації хворого. Об'єм інфузій підбирають індивідуально. Посиндромна терапія має бути спрямована на усунення больового синдрому, покращення стану та сну пацієнта.</p>

6.4.6. Бешиха

Визначення	<p>Бешиха – гостре інфекційне захворювання стрептококової етіології, що характеризується ендогенною інтоксикацією, алергічними реакціями, а також місцевими запальними змінами шкіри та слизових оболонок.</p>
------------	---

Етіопатогенез	Збудник захворювання – β гемолітичний стрептокок групи А, який попадає в організм через пошкоджену шкіру. Існують також лімфогенний та гематогенний шляхи розвитку бешихи. При інвазії <i>Streptococcus pyogenes</i> в підшкірну клітковину разом із анаеробними мікроорганізмами розвивається некротичний фасциїт або неклостридійний некротичний целюліт. Дані форми бешихи є укладненими та потребують негайного оперативного лікування.
Класифікація	Виділяють чотири форми бешихи: <i>i. еритематозну;</i> <i>ii. еритематозно-бульозну;</i> <i>iii. еритематозно-геморагічну;</i> <i>iv. бульозно-геморагічну.</i> Виділяють також первинну та вторинну форми бешихи. Остання ускладнює перебіг інших гнійних процесів (фурункул, інфікована рана).
Клініка	Захворювання розпочинається раптово із ознобів та різкого підйому температури до 39-40°C, тахікардії, слабості, ломоти у кістках, головної болі, нудоти та блювоти. Загальна симптоматика, як правило, випереджає на 6-24 години розвиток місцевих проявів захворювання. При <i>еритематозній</i> формі бешихи з'являється обмежене інтенсивне почервоніння ураженої ділянки, відчуття жару та пекуча біль. Червона ділянка дещо виступає над поверхнею здорової шкіри та відмежований від неї запальним валом із нечіткими кордонами у вигляді “язиків полум'я” або “географічної карти”. Поступово розвивається набряк. При <i>еритематозно-бульозній</i> формі утворюються епідермальні міхурці заповнених серозним ексудатом. При <i>еритематозно-геморагічній</i> формі відмічаються геморагії по типу зливних інфільтратів. Місцеві симптоми залежать від розташування. На обличчі зазвичай має місце еритема із вираженим набряком, на волрсяній ділянки голови не буває міхурців, зате часто розвиваються некротичні зміни. На кінцівках нерідко розвиваються абсцеси та некрози шкіри, які потребують подальшого оперативного лікування.
Лікування	Антибактеріальну терапію проводять препаратами пеніцилінового ряду. Бензілпеніцилін призначають в дозуванні 6-12 млн од. на добу, оксацилін – 2-4 г, амоксацилін + клавуланат – 3-6 г на добу, ампіцилін + сульбактам 1,5-3 г на протязі 5-7 діб. Місцеве лікування проводять при усіх формах бешихи. Місцево застосовують компреси з 25 % розчином димексиду із додаванням антибіотиків, антигістамінних препаратів та гепарином. Ускладнені форми бешихи підлягають оперативному лікуванню. В подальшому на перев'язках застосовують мазі на водорозчинній основі та проводять пластику раньових дефектів.

7. Завдання для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Який мікроорганізм є збудником бешихи?

А. Золотистий стафілокок;

В. Кишкова палочка;

С. β гемолітичний стрептокок групи А;

Д. Протей.

2. Назвіть мазі на водорозчинній основі.

- A. Левомеколь;
B. Офлокаїн;
C. Лінімент бальзамічний Вишневського;
D. Агросульфан.
3. При якому захворюванні на шкірі мають місце “язики полум’я”?
- A. Фурункул;
B. Бешиха;
C. Флегмона;
D. Абсцес.
4. Яке із гнійно-некритичних захворювань шкіри характеризується ознобами та інтоксикацією, яка випереджає місцеві прояви?
- A. Гідраденіт;
B. Абсцес;
C. Бешиха;
D. Флегмона.
5. Яка група антибіотиків патогномонічна для лікування бешихи?
- A. Пеніциліни;
B. Фторхінолони;
C. Цефалоспоріни;
D. Аміноглікани.
6. При якому захворюванні шкіри уражається потова залоза?
- A. Фурункул;
B. Карбункул;
C. Бешиха;
D. Гідраденіт.
7. Як називається гнійне запалення навколопрямокишкової клітковини?
- A. Псоїт;
B. Медиастиніт;
C. Мастит;
D. Парапроктит.
8. Основний принцип лікування неускладненого фурункула:
- A. Антибіотикотерапія;
B. Оперативне;
C. Консервативне;
D. Фізіотерапевтичне
9. Основний метод лікування карбункула:
- A. Оперативний;
B. Фізіотерапевтичний;
C. Консервативний;
D. Антибіотикотерапія.
10. Вкажіть основне ускладнення рецидивуючої бешихи нижніх кінцівок:
- A. Контрактура;
B. Лімфостаз;
C. Патологічний перелом;
D. Грибкове ураження стоп.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	A	B	C	A	D	D	C	A	B

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

- У хворого 36 років в ділянці с/3 правого стегна появилася біль, гіперемія, інфільтрація тканин. Підвищилася температура тіла до 37,5С. Флюктуація не визначається. Ваша тактика? Методи лікування?
- Хворий 25 років 5 днів назад отримав забій лівої гомілки, появилось локальне ущільнення в с/3 гомілки. 3 дні тому появилася висока температура, болі в гомілці наростають. При пальпації в ділянці гомілки різка болючість, інфільтрат. Методи діагностики? Ваша тактика?
- У хворої 70 років 3 дні назад появилася виражена гіперемія лівої гомілки, висока температура до 40С. При огляді сьогодні на фоні вираженої гіперемії появилися пухирці. Ваш діагноз? Методика лікування?
- У хворого 75 років появились болі і ущільнення в ділянці спини. Висока температура до 39С. В анамнезі цукровий діабет. При огляді – в верхній частині грудної клітини на задній поверхні виявлено інфільтрат з багатьма гнійними стрижнями. Високий рівень цукру в крові, інтоксикація. Ваш діагноз? Тактика у даного хворого? Методи лікування?
- Хворий 40 років 7 днів тому відмітив у лівій пахвинній ділянці ущільнення, яке згодом збільшувалось. Згодом на місці утворення зявилося гіперемія із гнійним вмістом. Ваш діагноз? Тактика?
- У хворого 56 років в ділянці носогубного трикутника має місце ущільнення із гнійним стрижнем посередині. Відмічається набряк навколишніх тканин. Стан хворого важкий. Хворий в'ялий, адинамічний, температура тіла сягає 40°С. Ваш діагноз?
- У хворого 65 років 3 дні тому в ділянці заднього проходу зявилося ущільнення, яке було болісне та заважало акту дефекації. Згодом болі та набряк наростали та стали нестерпними. При огляді перианальної ділянки відмічається ущільнення розмірами 5х5 см округлої форми розташоване на XI годинах відступаючи на 2 см від анального отвору. Ваш діагноз? Тактика лікування?
- У хворого 23 років на місці фурункула сідниці з'явилися гіперемія та набряк, болі стали постійними та носять шарпаючий характер. Стан хворого середньої важкості, температура тіла 38°С. На лівій сідниці, в ділянці зовнішнього нижнього квадранту пальпується ущільнення та гіперемія до 5 см в діаметрі. Посередині флюктуація. Ваш діагноз? Тактика?
- Хвора, годуюча мати, 30 років скаржиться на сильні болі розпираючого характеру в ділянці правої молочної залози протягом останніх 2 діб. Підвищення температури тіла до 40°, погіршення загального стану. Об'єктивно: в ділянці верхнього зовнішнього квадранту правої молочної залози ущільнення розміром до 10 см в діаметрі, посередині флюктуація. Ваш діагноз та тактика?
- Хвора 56 років звернулась до лікаря зі скаргами на болі в правій сідничній ділянці, підвищення температури тіла до 39°С. З анамнезу відомо, що 5 діб тому сусідка в домашніх умовах хворій виконала ін'єкцію гіпотензивних препаратів. Об'єктивно: в

ділянці нижнього зовнішнього квадранту правої сідниці має місце припухлість та гіперемія. При діагностичній пункції отримано гній. Ваш діагноз та тактика?

№ задачі	Правильна відповідь
1	Починаюча флегмона правого стегна. Антибіотикотерапія.
2	Нагноєна гематома правої гомілки. Оперативне лікування.
3	Бешиха, еритематозна форма. Антибіотикотерапія.
4	Карбункул спини. Оперативне лікування.
5	Гідраденіт. Оперативне лікування
6	Фурункул носогубного трикутника. Антибіотикотерапія.
7	Гострий підшкірний парапроктит. Оперативне лікування
8	Абсцедуючий фурункул сідниці. Оперативне лікування
9	Лактаційний мастит. Оперативне лікування
10	Післяцінекційний абсцес. Оперативне лікування

Література

1. Хирургические манипуляции / Под ред. Б.О.Милькова, В.Н.Круцяка.- К.: Вища школа, 1985. - 207 с.
2. Неотложная хирургическая помощь в условиях сельской врачебной амбулатории / Под ред. проф. Б.О.Милькова. - К.: Здоров'я, 1987. - 88-89.
3. Шидловський В.О., Захараш М.П., Полянський І.Ю. та ін. Факультетська хірургія / За ред. В.О.Шидловського, М.П.Захараша. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - С. 53-76.
4. Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия: Атлас. – М.: Бином, 2004. – 556 с.
5. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – 416 с.

ТЕМА 7. ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ І ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ. ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ СНІДУ

1. Актуальність теми:

Проблема профілактики післяопераційних гнійних ускладнень у хірургії дотепер залишається актуальною. Це в значній мірі пов'язане з тим, що зі зростанням числа складних операцій із застосуванням сучасних технологій збільшується обсяг і тривалість оперативних втручань, підвищуються травматичність тканин і крововтрата, які сприяють розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень.

Незважаючи на підвищення техніки оперативних втручань і впровадження системи профілактичних заходів, частота післяопераційної інфекції ран при операціях на органах черевної порожнини продовжує залишатися високою.

За даними звітів національної системи спостереження за нозокоміальними інфекціями, США інфекція області хірургічного втручання є третьою, що найбільш часто зустрічається нозокоміальною інфекцією, становлячи від 14 до 16% усіх нозокоміальних інфекцій серед усіх госпіталізованих пацієнтів.

У теперішній час більшість дослідників дійшли висновку про необхідність і важливість застосування антибіотикопрофілактики у хірургічних хворих. Сьогодні антибактеріальна профілактика післяопераційних інфекційних хвороб – звичайна частина хірургічної практики при будь-яких оперативних втручаннях.

Антибіотикопрофілактика приводить до скорочення числа післяопераційних нагноєнь, а також до зниження економічних витрат, пов'язаних з розвитком інфекції. У той же час антибіотикопрофілактика раньової інфекції в плановій абдомінальній хірургії в цей час на багато питань ще не знайшла остаточної відповіді.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати:

1. Класифікацію хірургічної ранової інфекції;
2. Етіопатогенез хірургічної ранової інфекції;
3. Мікробний пейзаж при оперативних втручаннях на різних анатомічних ділянках;
4. Фактори ризику розвитку хірургічної ранової інфекції;
5. Сучасну класифікацію антибактеріальних препаратів;
6. Фармакодинаміку та фармакокінетику основних антибактеріальних препаратів.
7. Принципи антибіотикопрофілактики при хірургічних втручаннях;
8. Принципи антибактеріальної терапії у хворих з рановою інфекцією;
9. Побічну дію основних антибактеріальних препаратів.

2.2. Вміти:

1. Аналізувати та оцінювати дані скарг хворого, дані анамнезу, дані епіданамнезу;
2. Правильно верифікувати та інтерпретувати у хворих ознаки основного захворювання та його хірургічних ускладнень;
3. Оцінювати дані інструментальних методів дослідження хворих з хірургічною рановою інфекцією;
4. Визначати покази до проведення антибіотикопрофілактики та антибактеріальної терапії;
5. Запропонувати комплекс діагностичних заходів підтвердження розвитку ранової інфекції

6. Класифікувати стадійність протікання ранової інфекції і вміти чітко формулювати діагноз
7. Розробити комплекс профілактичних та лікувальних заходів при розвитку ранової інфекції;
8. Виконувати пробу на індивідуальну переносимість антибактеріальних препаратів, та оцінювати її результати;
9. Виконувати внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції антибактеріальних препаратів.
- 10.

2.3. *Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:* вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з ознаками ранової інфекції.

2.4. *Виховні цілі:* сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на ранову інфекцію та СНІД, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> а. патологічна фізіологія б. фармакологія с. Загальна хірургія	а. поняття запального процесу; механізми та патофізіологічні аспекти розвитку запального процесу; б. класифікацію видів запалення с. стадії запального процесу д. поняття асептики та антисептики, комплекс мір у операційної та хірургічному відділенні; е. Механізм дії антибактеріальних препаратів; ф. класифікацію антибіотиків	а. інтерпретувати результати бакпосевів, визначати необхідне дозування й комбінацію антибіотиків на підставі антибіотикограм б. чітко визначати фактори ризику й можливі конкретні інфекційні ускладнення при тому або іншому виді операцій
Внутрішньопредметна інтеграція: аспекти антибіотикотерапії і антибактеріальної терапії всіх хірургічних захворювань	Групи антибіотиків, періоди їх напіввиведення, шляхів виведення з організму стосовно до поразки груп органів при хірургічних захворюваннях	Скласти програму антибіотикопрофілактики до будь-якого виду оперативного втручання; скласти програму антибіотикотерапії при хірургічній інфекції

4. План і організаційна структура заняття

4.1. *Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:*

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння
-------	------------------------------------	-------------------

		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з підозрою на раньову інфекцію.		+	
2.	Проводити фізикальне дослідження хворих -огляд хворих з раньовою інфекцією; -оцінку даних додаткових методів обстеження			+ +
3.	Проводити проби на індивідуальну чутливість до антибіотиків, виконувати внутришньом'язове та внутришньовенне введення антибактеріальних препаратів.		+	
4.	Визначати тактику вибору антибактеріальних препаратів для антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії.		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори, інфекційних ранових ускладнень..	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні чинники розвитку раньової інфекції.	
3.Класифікацію	Класифікувати антибактеріальні препарати.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні прояви раньового інфекційного процесу.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики раньового інфекційного процесу, визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків.	
6.Лікувальну тактику	Окреслити принципи вибору препаратів для проведення антибіотикопрофілактики та антибактеріальної терапії. Назвати групи антибактеріальних препаратів та обругнувати покази до їх застосування.	

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Інфекція	процес взаємодії макроорганізму з мікроорганізмом, при якому відбувається проникнення мікроорганізму в організм хазяїна, розмноження мікроорганізму і можливе враження тканин (інвазія) в результаті прямого впливу, включаючи виділення мікроорганізмом токсинів, чи за допомогою імунних реакцій
Антибіотикопрфілактика	дуже короткий курс призначення антимікробного препарату безпосередньо перед початком операції, під час проведення оперативного втручання чи нетривало в післяопераційному періоді з метою профілактики ранової інфекції
Антибіотикотерапія	це застосування антибіотиків з лікувальною метою в разі виникнення ранової інфекції

6.2.Теоритичні питання до заняття:

1. Актуальні мікроорганізми, що висіваються при виконанні операцій у пацієнтів з різною патологією
2. Основні положення антибіотикопрфілактики: показання, принцип вибору антибактерійного препарату, режим дозування і введення антимікробного препарату, терміни проведення антибіотикопрфілактики

3. Фактори, що сприяють антибіотикорезистентності
4. Заходи, що спрямовані на подолання антибіотикорезистентності в стаціонарі
5. Емпірична і етіотропна антибіотикотерапія в хірургії
6. Показання для антибактерійної терапії у хірургічних пацієнтів
7. Принципи антибактеріальної терапії у хірургічних пацієнтів, шляхи введення антибіотиків
8. Передопераційна підготовка, методи знеболювання при гнійних ускладненнях ран
9. Ступенева і деескалаційна антибіотикотерапія
10. Тривалість проведення антибіотикотерапії
11. Клінічна картина запально-інфекційних ускладнень післяопераційних ран
12. Диференціальна діагностика між запальними і незапальними ускладненнями ран
13. Варіанти завершення операцій із приводу гнійних ускладнень ран (показання до дренивання ран, провізорні і відстрочені шви).
14. Антибактерійна терапія гнійного холангіту, гострого панкреатиту, перитоніту, хірургічного сепсису.
15. Ведення ран в післяопераційному періоді. Терміни зміни і видалення дренажів, зняття швів

6.3. Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

6.4. антибіотикопрофілактика та натибактеріальна терапія в хірургії

Основна роль антибіотикопрофілактики в хірургії полягає в запобіганні інфекцій, що виникають внаслідок операції або інших інвазивних втручань або що мають прямий зв'язок з ними, а побічна мета - у зменшенні тривалості і вартості перебування хворого в стаціонарі.

Її суть полягає в досягненні **ефективних концентрацій антибіотика** в операційній зоні під час її мікробного забруднення і підтримці бактерицидної рівня препарату протягом всієї операції і перші 3-4 годин після оперативного втручання, оскільки цей відрізок часу є вирішальним для розмноження та адгезії на клітинах господаря що потрапили в рану мікробів, що служить пусковим механізмом для початку інфекційно-запального процесу в рані.

Антибіотикопрофілактика, розпочата після закінчення цього періоду, є запізненою, а її продовження після закінчення операції в більшості випадків зайвим, оскільки профілактична роль антибіотика в основному полягає у зменшенні порогової концентрації бактерій у рані і перешкоді адгезії збудника.

Антибіотикопрофілактика показана там, де особливо високий ризик розвитку післяопераційної інфекції (наприклад, при "умовно чистих" операціях на органах черевної, грудної порожнини і малого тазу, що зачіпають слизові оболонки, населені мікрофлорою), або якщо її наслідки можуть становити загрозу здоров'ю і життю хворого (при деяких "чистих" операціях, пов'язаних з імплантацією судинних шунтів або штучних протезів, коли нечисленні і малопатогенні мікроорганізми з поверхні шкіри можуть проникнути глибоко в рану і викликати її нагноєння). Якщо хірург заздалегідь упевнений, що зустрінеться з інфекцією в процесі операції (наприклад, при "умовно чистих" або "забруднених" втручаннях), в якості антибактеріальної захисту проводять превентивну антибіотикотерапію, яка повинна бути обмежена самими жорсткими показаннями: патофізіологічних передумовами (наприклад, перфорація органів шлунково-кишкового тракту в результаті проникаючого поранення або має ендогенне походження, що супроводжується забрудненням кишковою мікрофлорою черевної порожнини і прилеглих до неї структур); наявністю вхідних воріт інфекції (наприклад, відкриті переломи); біологією потенційного збудника. Раннє призначення антибіотиків, зазвичай протягом 12 годин з моменту перфорації або травми, розцінюється як профілактика, більш пізніше, коли розвинулися ознаки серйозної інфекції, - як лікування.

В залежності від ступеня мікробної контамінації операційної рани виділяють операції:

1. Чисті - рана виникає в ході планової операції, що виконується в стерильних умовах з дотриманням правил асептики й антисептики; у зоні хірургічного утручання відсутні вогнища запалення; операція здійснюється без розкриття порожніх органів шлунково-кишкового тракту – антибіотикопрофілактика зазвичай непотрібна.
2. Умовно-чисті - операція протікає при розкритті просвіту органів шлунково-кишкового тракту, але їхній уміст не попадає в операційну рану - антибіотикопрофілактика зазвичай потрібна.
3. Контаміновані або «забруднені» - при виконанні операції передбачається неминуче улучення вмісту порожніх органів у рань; операції з залученням у зону операційного поля перифокальних вогнищ запальної інфільтрації; операції виконуються з порушенням асептики - антибіотикопрофілактика потрібна завжди.
4. «Брудні» або інфіковані - операції виконуються з приводу гнійних процесів; перфорація висококонтамінованих дистальних відділів товстої кишки – потрібна антибактеріальна терапія.

У більшості випадків для **профілактики післяопераційної інфекції** достатньо однієї дози антибіотика (під час премедикації; другий доза вводиться при 3-годинних і більш тривалих операціях) або проводять сверхкраткій курс антибіотикопрфілактики, обмежений двома-трьома дозами препарату. Така тактика, заснована на численних клінічних і експериментальних спостереженнях, цілком ефективна, знижує ймовірність побічних дій антибіотика, обмежує можливість розвитку стійкості бактерій до хіміопрепаратів, забезпечує меншу вартість лікування.

Профілактичне застосування антибіотиків задовго до операції або більше 48 годин в післяопераційному періоді призводить до порушення біоценозу шлунково-кишкового тракту і колонізації верхніх його відділів мікрофлорою товстої кишки з можливим розвитком ендогенної інфекції шляхом бактеріальної транслокації умовних патогенів через лімфатичну систему тонкого кишечника. Крім того, зростає небезпека суперінфекції у оперованих хворих за рахунок селекції антибиотикорезистентности штамів. Тому антибіотик слід вводити хворому у відповідній дозі безпосередньо перед операцією (за 10-15 хв. Внутрішньовенно під час наркозу або за 40-60 хв. До операції внутрішньом'язово) з подальшими повторними ін'єкціями за показаннями, але не більше 24-48 годин.

Для профілактики ранової інфекції найчастіше призначають цефалоспорини 1-го і 2-го покоління (препарати 3-го покоління істотно дорожче і використовуються в основному для лікування), тому що вони мають достатній спектр бактерицидної активності проти найбільш поширених збудників післяопераційних ускладнень, і перш за все стафілококів; при парентеральному введенні створюють високі концентрації в операційній зоні; відрізняються малою токсичністю і частотою побічних дій. До числа недоліків всіх цефалоспоринів слід віднести неефективність при грамнегативної інфекції; погане проникнення через гематоенцефалічний бар'єр (крім цефтазідіма і деяких інших препаратів 3-го покоління); можливе збільшення нефротоксичності в комбінації з аміноглікозидами.

Крім цефалоспоринів при високому ризику стафілококової хірургічної інфекції у ортопедичних і деяких інших категорій хворих застосовують ванкоміцин. При колоректальних операціях разом з пероральним промиванням кишечника фізіологічним розчином за добу до операції хворому призначають всередину неоміцин, 1 г + еритроміцин, 1 г на 13, 14 і 22 год, а в день операції - цефалоспорини 1-2-го покоління в / в двічі з інтервалом 8 ч. При катаральному і флегмонозно апендициті досить одноразового застосування в / в цефазоліну (1 г) або цефуросиму (1,5 г) або проведення короткого курсу (2-3 дози). При гангренозному апендициті додатково вводять метронідазол, 0,5 г в / в. Якщо в післяопераційному періоді виникає підозра на перитоніт та / або абсцедуванням, продовжують застосування антибіотиків протягом 3-5 діб.

Варіанти антибіотикопрофілактики ранової інфекції при деяких видах хірургічних втручань

Протезування тазостегнового суглоба, спондилодез

Цефазолін, 1 г в / в кожні 8 годин 2-3 дні АБО цефуроксим, 1,5 г в / в, потім по 750 мг кожні 8 год 1-2 дня².

Тотальна заміна суглоба (крім кульшового)

Ванкоміцин, 1 г в / в перед операцією³, потім оксацилін, 0,5 г в / м кожні 6 годин 2 діб.

Відкрите вправлення закритого перелому кістки з внутрішньою фіксацією

Цефалоспорины 1-2-го покоління 2-3 дози з інтервалом 8 год. Тотальна артропластика стегна

Цефуроксим, 1,5 г в / в + 750 мг кожні 8 годин (або Цефазолін по 1 г) протягом 48-72 ч.

Відкритий перелом будь-якого типу, що стався в терміни більше 6 год (без ознак нагноєння рани)

Пеніцилін, 4 г на добу (або Лінкоміцин / кліндаміцин, 1,2-1,8 г на добу) 4-5 днів⁴.

Протезування клапанів серця, реконструктивні операції на судинах черевної порожнини та нижніх кінцівок

Цефазолін, 1 г в / в кожні 8 годин 1-2 дні, або цефуроксим, 1,5 г в / в, потім по 750 мг кожні 8 годин 1-2 дні, АБО Ванкоміцин 1 г в / в, потім через 12 год 2 дні.

На грудної порожнини, ушивання грижових воріт

Цефазолін, 1 г в / в, потім через 8 год або цефуроксим, 1,5 г в / в одноразово.

При защемленій грижі

Цефокситин, 2 г в / в, потім 1 г кожні 8 год > 5 днів (з урахуванням клініки), або кліндаміцин (лінкоміцин) 600 мг в / в кожні 6 год + гентаміцин (нетілміцин) 1,5 мг / кг в / в кожні 8 ч > 5 дн.

Кесарів розтин, екстирпація матки з черевного або піхвового доступу

Цефазолін, 1 г в / в, потім 0,5-1 г через 8 год 2 рази., або цефтріаксон (або цефтазідім, цефоперазон), 2 г в / в однократно, або цефуроксим, 1,5 г в / в одноразово.

На шлунку і 12-палой кишці, включаючи черезшкірною ендоскопічну гастростому

Цефазолін, цефтріаксон, або цефуроксим, 1,5 г в / в через 12 год 2-3 дні.

На жовчних шляхах, включаючи лапароскопічну холецистектомію

Цефазолін (або цефметазол), 1 г в / в, потім 1 г через 8 год і 16 г, або цефтріаксон, 1 г в / в, потім через 12 годин, або цефоперазон, 1 г в / в 1 раз.

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія

Цефоперазон 1 г в/в за 2 години до процедури, або за 1 год цефоперазон, 1 г в / в, або за 1 год піперацилін, 4 г в / в.

Антибіотикопрофілактику вважають неефективною, якщо в області первинного операційного розрізу виникла післяопераційна інфекція; якщо з'явилася необхідність дренивання операційної зони; якщо протягом 4-тижневого періоду після первинної операції знадобилося не знаходить пояснень застосування антимікробних препаратів.

При вже розвинутій хірургічній інфекції на початковому етапі лікування призначення антибіотиків носить емпіричний характер до отримання результатів бактеріологічного дослідження матеріалів з рани (після чого призначається етіотропна антибактеріальна терапія). При цьому вибір тактики хіміотерапії залежить від характеру хірургічної патології, що визначає специфіку ранової інфекції. Цілком природно, що при перитоніті, де превалує анаеробна флора в асоціації з ентеробактеріями, і при інфекціях кісток і м'яких тканин, де провідну роль відіграють стафілококи, алгоритми емпіричної антибіотикотерапії будуть різними.

При травматичних ранах з ознаками нагноєння призначають комбіновану терапію, з огляду на переважання стафілококів та високу питому вагу мікробних асоціацій (до 70%) при посттравматичних інфекціях. Зазвичай використовують амікацин (4,5 мг / кг на добу)

в поєднанні з амоксициліном, цефтріаксоном (2 г на добу) або кліндамицином при високому ризику розвитку анаеробної інфекції.

Сучасна терапія гострих інфекцій органів малого тазу (ендометрит, тазовий целюліт, параметрит, абсцеси, флегмони) повинна бути прямо направлена проти аеробного і анаеробного компонентів полімікробної флори, де комбінація гентаміцину з кліндамицином досягає 88% ефективності. З інших препаратів слід виділити пеніциліни широкого спектру дії, і перш за все піперацилін (який характеризується досить високою активністю проти Enterobacteriaceae і грампозитивних анаеробів) і його комбіновану форму піперацилін / тазобактам (тазоцін).

Останній особливо активний проти продукують бета-лактамазу штамів ентеробактерій і *Bacteroides* spp. - Провідних представників мікрофлори кишечника і генітального тракту, що істотно підвищує можливості тазоціна не тільки в терапії гінекологічних інфекцій (78-95% клінічної ефективності), а й у лікуванні інтраабдомінальних інфекцій, а також септичних станів, де клінічне одужання при монотерапії відзначалося у 82% хворих (Intensive Care Med., 1994, 20, Suppl.3, 43-48).

Але особливо слід виділити антисиньогнійну активність піперациліну і тазоціна, що дозволяє використовувати їх для лікування внутрішньолікарняних інфекцій у вигляді монотерапії (4 г / 0,5 г тазоціна) або в комбінації з нетилміцину (4,5 г / кг на добу).

При гострих інтраабдомінальних інфекціях (80%) з них виникає поза стаціонару), коли точна локалізація невідома, лікування направляють проти змішаної флори кишечника, що включає факультативні грамнегативні бактерії і часто зустрічаються анаероби (*Clostridium* spp. і *Bacteroides* spp.). Одна з вживаних в даний час схем протиінфекційної терапії передбачає комбінацію аміноглікозидів з антианаеробним препаратом (метронідазол або кліндамицин). Багато хірургів вважають за краще додавати ампіцилін для впливу на ентерококи.

ВІЛ-інфекція та СНІД

ВІЛ-інфікований – особа, у якої незалежно від клінічних проявів хвороби при лабораторному дослідженні виявлено ознаки ВІЛ.

ВІЛ-інфекція – хвороба, що розвивається в результаті довготривалої персистенції вірусу у лімфоцитах, макрофагах, клітинах нервової системи та характеризується повільною прогресуючою дисфункцією нервової системи.

СНІД – кінцева стадія ВІЛ-інфекції, перебігає з ураженням імунної та нервової систем і полягає у розвитку тяжких вірусних, бактеріальних, паразитарних уражень або злякисних новоутворень, які приводять до смерті хворого.

Скринінговим лабораторним методом дослідженням ВІЛ-інфекції є метод імуноферментного аналізу (ІФА), при якому виявляють антитіла до антигенів ВІЛ (у 90-95% хворих виявлення можливе протягом 3-х місяців після інфікування). Підтверджує діагноз метод ІФ-блотингу (виявлення антитіл до окремих білків вірусу). Важливим є також дослідження імунограми хворого (особливо Т-лімфоцитів (хелперів, CD4), при СНІДі – ВІЛ-антигенемія (p24).

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції: (слайд)

1. *Стадія загострення захворювання* – після інкубації (2 тижні – 3 місяці) у хворого підвищується температура тіла, виникає фарингіт, лімфаденопатія, збільшення печінки та селезінки, диспепсичні прояви, різноманітні висипання. Тривалість періоду в середньому 1-6 тижнів.

2. *Стадія безсимптомного носійства* – єдиною ознакою є збільшення лімфатичних вузлів, перебігає 2-10 років. Клінічно нічим не проявляється. При лабораторному дослідженні виявляється зниження рівня хелперів.

3. *Стадія персистоючої генералізованої лімфаденопатії* – відмічається збільшення лімфатичних вузлів у двох різних групах (виключаючи пахові лімфатичні вузли) у дорослих більше 1 см, а у дітей – більше 0,5 см, яке зберігається не менше 3-х місяців. Ця стадія може розвиватись одразу після стадії загострення захворювання без безсимптомного періоду.

4. *СНІД-асоційований комплекс* – проявляється наступними клінічними симптомами: діареєю, нездужанням, втомлюваністю, сонливістю, анорексією, лихоманкою, нічною пітливістю, головним болем, спленомегалією, прогресуванням неврологічних симптомів (втрата пам'яті), втратою ваги. Виникають висипання на слизових оболонках та шкірі (у т.ч. алергічні). При лабораторному дослідженні виявляється зниження Т-хелперів (менше 500 клітин/мкл, норма – більше 500 клітин/мкл), анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, лімфопенія, підвищення рівнів Ig A та G. Діагноз встановлюється при наявності двох клінічних симптомів та не менше двох лабораторно-діагностичних ознак.

5. *СНІД* – кінцева стадія перебігу ВІЛ-інфекції. На перший план виступає картина опортуністичних інфекцій (не виникають та реєструються при нормальному рівні імунної відповіді, а тільки при імунодефіциті) або пухлин. На цьому етапі знижується рівень антитіл до ВІЛ, однак зростає рівень антигену р24, значне зниження Т-хелперів, анемія та пенії.

Профілактика та боротьба з інфікуванням в умовах хірургічного стаціонару (наказ ГУОЗ м. Києва, № 550, 14.11.2001 р.):

Кожен пацієнт, який поступає до стаціонару повинен розглядатись, як потенційний носій ВІЛ

Профілактичні заходи під час надання медичної допомоги хворим при роботі біоматеріалом (виконання інвазійних маніпуляцій, взяття та дослідження крові, біологічних рідин) шляхом потрапляння інфекції через ушкоджену шкіру та слизові оболонки:

- Для уникнення поранення голки з шприців не знімаються до їх дезінфекції.
- Використані шприці складаються у спеціальну місткість з матеріалу, який не проколюється.
- Під час роботи в умовах перев'язочної, операційної медперсонал забезпечується індивідуальними засобами захисту (хірургічним халатом, гумовими рукавичками, маскою, захисним екраном, непромокальним фартухом, нарукавниками тощо).
- Медичні працівники з ранами на руках, травмами, ексудативними ураженнями шкіри рук, що не можна закрити пластиром, звільняються від роботи на період захворювання.
- Транспортування проб крові, біоматеріалу здійснюється у контейнерах, в яких розміщується посуд з біоматеріалом, щільно закритий гумовим або пластиковим корком.

Заходи профілактики при пораненні (укол, поріз) та контактах з біологічним матеріалом ВІЛ-інфікованого з порушення цілісності шкіри:

1. Зняти рукавички робочою поверхнею всередину.
2. Перев'язати джгутом кінцівку вище місця ушкодження, терміново видалити максимальну кількість крові з рани.
3. Зняти джгут та обробити ушкоджене місце одним з дезінфекторів (розчинами 70% етилового спирту, 5% йоду або 3% перекису водню).
4. Ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70% розчином етилового спирту.
5. На рану накласти пластир та надіти напальчник.
6. При потребі продовжити роботу, надівши гумові рукавиці.
7. Терміново повідомити керівництво лікарні про аварію, яка сталася, для реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

Заходи профілактики при забрудненні та контактах з біологічним матеріалом ВІЛ-інфікованого без порушення цілісності шкіри:

1. Обробити місце забруднення одним з дезінфекційних розчинів.
2. Промити водою з милом та вдруге обробити спиртом.

При потраплянні біоматеріалу на слизові оболонки:

1. Ротової порожнини – полоскати розчином 70% етилового спирту.

2. Порожнини носу – закапати 30% розчин альбуциду.
3. Очі – промити водою, закапати 30% розчин альбуциду.
4. Для обробки носа і очей можна використовувати 0,05% розчин $KMnO_4$.

При попаданні біоматеріалу на халат, одяг:

1. Одяг зняти і замочити у одному з дезрозчинів.
2. Шкіру рук та інших ділянок тіла при їх забрудненні протерти 70% розчином етилового спирту, промити водою, а потім повторно протерти спиртом.
3. Забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою в одному з дезрозчинів.

У кожному відділенні лікувально-профілактичного закладу повинна бути аптечка для надання термінової медичної допомоги персоналу. До її складу входить: напальчники, лейкопластир, ножиці, перманганат калію у наважках по 0,05 г, ємність для його розведення (1 л), спирт етиловий 70% (59 мл), тубик-крапельниця з 30% розчином альбуциду, 5% спиртовий розчин йоду, 3% розчин перекису водню, гумові рукавички, джгут, наважки деззасобів: хлорамін (30,0), хлорцин (30,0), ємність для розведення деззасобів.

Порядок нагляду за потерпілим медичним працівником.

Після проведення першочергових заходів по профілактиці ВІЛ-інфекції та реєстрації аварії потерпілому пропонують (за його згодою) пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ.

1. Уперше кров для тестування за кодом “медичний контакт” відбирається безпосередньо після аварії, але не пізніше 48-72 годин після неї.
2. Позитивний результат свідчить про те, що медпрацівник був інфікований ВІЛ раніше і аварія не є причиною зараження.
3. Якщо результат негативний, то наступне тестування повинно проводитись через 3, 6 місяців і далі – через рік.
4. Усім потерпілим медпрацівникам у період нагляду за ними забороняється бути донорами (тканини, органу).
5. Результати обстеження медпрацівника є конфіденційними.
6. У разі виявлення у медичного працівника ВІЛ-інфекції визнання захворювання професійним здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством.

Нажаль за даними статистики результати вивчення у клініках вказують на те, що персонал операційних знижує кількість випадків контакту його з кров'ю майже в 25 разів (Шалімов О.О. та співавт., 2000). Досить розхожим є твердження, що при неушкодженій шкірі попадання біологічного матеріалу на неї не несе небезпеки. Однак випадки інфікування персоналу через мікроскопічно неушкоджену шкіру спростовують цю точку зору. По Україні рівень контактів з кров'ю складає в середньому 4,3% (найбільшому ризику завдаються хірурги, які оперують по швидкій допомозі, торакальні та судинні хірурги.

Схема профілактики після контакту з ВІЛ-інфікованим матеріалом (слайд)

Препарат	Лабораторний контроль	Побічна дія	Коментар
Ретровір (АЗТ)	Загальний аналіз крові	Блювота, нудота, головний біль, порушення сну, анемія, рідше нейтропенія	При появі побічних ефектів з боку травного тракту прийом препарату рекомендують під час їжі, малим дозами (по 100 мг кожні 4 години)
Епівір (ЗТІІ)	Не потребує	Побічні ефекти з боку травного тракту	Переноситься добре

Індінавір	Функціональні тести печінки, загальний аналіз сечі, функція нирок, рівень глюкози (2-й, 4-й тиждень лікування)	Нефролітіаз, нефротоксичність, гепатит, порушення толерантності до глюкози (діабет)	Під час прийому препарату рекомендується прийом не менше 1,5 л рідини щоденно
Нелфінавір	Функціональні тести печінки, глюкози (2-й, 4-й тиждень лікування)	Діарея, порушення толерантності до глюкози (діабет)	Найбільш часто виникає діарея, яка добре коригується імодіумом

Прийом препаратів найбільш доцільний протягом перших двох годин, але не пізніше 24-36 годин з моменту зараження. Профілактична дія ретровіра ефективна в 79% випадків. Затримка призначення препаратів більше 36 годин виключає можливість ефективної профілактичної терапії. У США найбільш ефективною є потрійна терапія, однак, враховуючи її кошторис (понад 1000 USD) та побічну дію, показання до неї вкрай обмежені.

Основні принципи терапії ВІЛ-інфекції:

- Максимально ранній початок етіотропної терапії з вибором необхідного мінімуму лікарських препаратів
- Рання діагностика вторинних захворювань та їх своєчасне лікування.
- Попередження ускладнень, які загрожують життю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Найбільш частим збудником післяопераційних ранових ускладнень є:

- A - Staphylococcus aureus;
- B - Candida albicans;
- C - Streptococcus pneumoniae;
- D - Toxocara canis.

2. Рановий процес — це:

- A - нанесення рани;
- B - нагноєння рани;
- C - очищення рани;
- D - загоєння рани.

3. Результат інфекційного процесу в рані не визначається:

- A - характером мікробного забруднення рани;
- B - наявністю місцевих умов для розвитку інфекції;
- C - загальним станом організму;
- D - кваліфікацією хірурга.

4. Критичним рівнем бактеріального обсіменіння для розвитку ранової інфекції вважається ... мікробних тіл в 1 г тканини:

- A - 10^3 ;
- B - 10^5 ;
- C - 10^7 ;
- D - 10^9 .

5. До факторів ризику виникнення ранових післяопераційних ускладнень не відноситься:

- A - вік хворого понад 60 років;

В - підлогу;
 С - тривалість оперативного втручання більше 2 год;
 D - гіпотрофія.

6. Резекція шлунка з приводу пілородуоденальних стенозу відноситься до ... операцій:

A - «чистим»;
 B - «умовно чистих»;
 C - контаминированим;
 D - інфікованим.

7. Метою ПАБП є:

A - повне знищення бактерій в області рани;
 B - значне зменшення кількості бактерій в області рани ;
 C - «стерилізація» області оперативного втручання;
 D - профілактика геморагічних ускладнень.

8. Тривалість ПАБП більше 48-72 год:

A - не призводить до зниження частоти інфекційних ускладнень;
 B - призводить до зниження частоти інфекційних ускладнень ;
 C - економічно доцільна;
 D - теоретично обгрунтована.

9. Спектр АБП повинен включати найбільш частих збудників післяопераційних інфекцій, в першу чергу:

A стрептококи;
 B стафілококи;
 C анаероби;
 D синьогнійну паличку.

10. При ПАБП хворому з апендицитом найбільш доцільно призначити:

A - гентаміцин;
 B - меронем;
 C - ванкоміцин;
 D - ампіцилін/сульбактам.

Ключи до тестових завдань:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	D	B	B	A	B	A	B	D

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

Задача 1. У хворого Н. 22 років діагностовано гострий апендицит. Планується оперативне лікування. Інтраопераційно діагностовано флегмонозний апендицит без випоту в черевній порожнині. Тривалість операції 30 хв. Проведіть антибіотикопрфілактику.

Рішення.

Плановане оперативне лікування з приводу гострого апендициту є показанням до проведення антибіотикопрфілактики. За 30-60 хв до шкірного розрізу показано внутрішньовенне введення ампіциліну/сульбактаму у дозі 1,5 г або

амоксициліну/клавуланату в дозі 1,2 г Враховуючи тривалість операції, відсутність факторів ризику розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень, додаткове введення антибактеріальних препаратів в післяопераційному періоді не показано.

Задача 2. Хворий Е. 42 років поступив для планового оперативного лікування з приводу пахової грижі. Ожирінням не страждає. Із супутніх захворювань — хронічний бронхіт. Проведіть антибіотикопрфілактику.

Рішення.

Враховуючи характер оперативного втручання («чиста» операція), відсутність факторів ризику розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень, антибіотикопрфілактика не показана

Задача 3. У хворого 59 років діагностовано стенозуючий рак селезінкового кута ободової кишки,

Ускладнений гострою кишковою непрохідністю. Планується оперативне лікування лівостороння геміколектомія, трансверзостомія.

Проведіть антибіотикопрфілактику.

Рішення.

Хворий показана ПАБП, так як планується розтин просвіту ободової кишки в умовах кишкової непрохідності, тобто операція належить до категорії інфікованих. За 30-60 хв до шкірного розрізу показано внутрішньовенне введення 1 г цефтріаксону та 0,5 г метронідозола. В

Післяопераційному періоді показана повноцінна антибактеріальна терапія протягом 5-7 діб.

Задача 4. Хворий Д. 64 років поступив в екстреному порядку з защемленої пахової грижею. Планується оперативне лікування. Страждає ожирінням ІІІ ст.

Інтраопераційно діагностовано обмеження пасма великого сальника, виконана резекція сальника.

Проведіть антибіотикопрфілактику.

Рішення

Хворому показана антибіотикопрфілактика, так як у нього є більше 2 факторів ризику розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень:

- 1) екстреність оперативного втручання;
- 2) вік старше 60 років;
- 3) супутнє захворювання — ожиріння ІІІ ст.

За 30-60 хв до шкірного розрізу показано внутрішньовенне введення 1г. цефтріаксону . Враховуючи відсутність кишкової непрохідності і «чистий» характер оперативного втручання, додаткового введення антибактеріальних препаратів в післяопераційному періоді не вимагається.

Література

1. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки під редакцією Я.С.Березницького / К.,- 2008.- 308с.
2. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В.А.Сипливый, А.И.Дронов, Е.В.Конь, Д.В.Евтушенко.- К., -2006.- 100с.

3. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. // Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. — М.: Т-Визит, 2010. — С.73 — 79.
4. Инфекционный контроль в хирургии/ А.А.Шалимов, В.В.Грубник, О.И.Ткаченко, ОВ.Осипенко.- 2-е изд., дополн. и перераб.- К., 2000.- 176с.
5. Страчунский Л.С., Розенсон О.Л. Антибиотикопрофилактика в хирургии. Практ. руководство по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова). — М., 2002. — С.275–278.
6. Шалимов А.А. и соавт. Инфекционный контроль в хирургии.- Киев, 2000.- 176 с.

ТЕМА 8. БІЛЬ У ЖИВОТІ, ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

1.Актуальність теми

Біль у животі супроводжує абсолютну більшість гострих та хронічних захворювань органів черевної порожнини. Цей симптоми має свої особливості при перфоративній виразці шлунку та дванадцятипалої кишки, кишковій непрохідності, гострому холециститі та інших захворюваннях органів черевної порожнини, що дає багато суттєвої інформації при проведенні диференційної діагностики.

2.Конкретні цілі

2.1. Знати: особливості прояву та значення больового синдрому при проведенні діагностики та диференційної діагностики захворювань органів черевної порожнини.

А також знати:

- анатомо-фізіологічні дані про органи черевної порожнини;
- класифікацію захворювань органів черевної порожнини;
- сучасні погляди на етіологію та патогенез захворювань органів черевної порожнини ;
- клінічну картину захворювань органів черевної порожнини;
- методи діагностики та диференційної діагностики захворювань органів черевної порожнини;

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, аналізувати характеристику больового синдрому, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих органів черевної порожнини

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворого із захворюванням органів черевної порожнини та сравоходу, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати біохімічного дослідження крові, дослідження отриманого ексудату, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з органів черевної порожнини та сравоходу .

2.4. Виховні цілі: сформулювати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на органів черевної порожнини та сравоходу, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i>		

Анатомія людини Гістологія Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Анатомію органів черевної порожнини Гістологічну будову органів черевної порожнини Фізіологію органів черевної порожнини Патогенез захворювань Морфологічні зміни в органах черевної порожнини Клінічні прояви та методи діагностики захворювань органів черевної порожнини	Проводити фізикальне обстеження хворих з патологією органів черевної порожнини
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна терапія Онкологія	Захворювання, що супроводжуються білью у животі,	Провести диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини Проводити диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку в структурі хірургічних захворювань, що супроводжуються білью у животі, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями	Проводити диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з патологією органів черевної порожнини		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження			+
3.	Проводити диференційну діагностику захворювань черевної порожнини		+	
4.	Визначити особливості клінічного прояву та важливість цих симптомів		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при хірургічних захворюваннях, які супроводжуються білью,	
Класифікацію	Скласти класифікацію хірургічних захворюваннях, які супроводжуються білью,	
Клініку	Назвати основні клінічні симптоми хірургічних захворюваннях, які супроводжуються білью,	
Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики.	
Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики хірургічних захворюваннях, які супроводжуються білью,	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Перкусія, пальпація та аускультация хворих.	
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих з хірургічною патологією.	Рентгенографія УЗД КТ МРД	Диференціювати хірургічні захворювання, які супроводжуються білью.

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для

цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Біль у животі	Захворювання органів черевної порожнини, що супроводжуються білью у животі
Вісцеральний біль	Біль, який виникає внаслідок збудження рецепторів вегетативної нервової системи та передається вегетативними нервовими волокнами (симпатичними та парасимпатичними)
Парієтальним біль	Біль, який виникає внаслідок збудження рецепторів соматичної нервової системи в разі ушкодження парієтального листка очеревини та передається міжребровими і діафрагмальними нервами.
Ноцицептори	Специфічні периферичні рецептори болю

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомічна будова органів черевної порожнини.
2. Назвіть відділи брюшини.
3. Назвіть характеристики болі..
4. Назвіть характеристику болі в залежності від гострих захворювань органів черевної порожнини.
5. Вісцеральний біль.
6. Парієтальний біль.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати та оцінити скарги хворого із захворюванням органів черевної порожнини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
2. Визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;

3. Правильно тлумачити результати біохімічного дослідження крові, дослідження отриманого ексудату, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;

6.4. Зміст теми:

Графологічної структури теми.

6.5. Біль у животі

Біль у животі – найбільш частий симптом захворювань органів черевної порожнини. Больові відчуття в області живота, згідно сучасним уявленням про фізіологію болю, слід розглядати як результат подразнення рецепторів, які являють собою вільні закінчення цереброспинальних нервів серозної оболонки, м'язів, шкіри. Вважають, що подразнення аферентних нервових закінчень у даному випадку обумовлено різними хімічними речовинами, які утворюються на периферії в результаті пошкодження тканин, порушення обмінних процесів, зокрема при ішемії, гістаміном, брадикініном та іншими біогенними амінами, ацетилхоліном, пептидами, продуктами порушення обміну речовин (молочною, щавлевою кислотою) тощо. Біль виникає при подразненні шляхів, які проводять відповідні імпульси. Периферичні рецептори та провідникові шляхи називаються больовими умовно, так як саме відчуття болю формується у центральній нервовій системі.

Гострий біль у животі може бути:

- 1) біль, пов'язаний з патологією органу черевної порожнини;
- 2) іррадіюючий у живіт біль;
- 3) біль у животі, що супроводжує загальні захворювання.

Тактика по відношенню до болю при гострій хірургічній патології кардинально відрізняється від тактики при терапевтичній патології. Існує ряд хірургічних захворювань, які розпочинають лікувати консервативним шляхом (гострий панкреатит, гострий холецистит тощо), так і ті, які потребують виконання оперативного втручання по екстремим (протягом 2 год.) показанням (перфорація гастродуоденальної виразки, профузна ШКК, мезентеріальний артеріальний тромбоз, защемлена грижа тощо). Диференційна діагностика цих захворювань в умовах швидкої допомоги може бути вкрай утруднена. Ось чому больовий синдром у хворого не можна купувати без точного встановлення причин його виникнення, так як введення хворому будь-яких анальгетиків на догоспітальному етапі небезпечно „змазуванням” основної клінічної симптоматики. Це призводить до відволікання лікаря від правильного діагнозу; збільшення часу, необхідного для встановлення діагнозу за рахунок виконання „зайвих” інструментальних досліджень; несвоєчасно розпочатого лікування хворого; початку операції у строки, коли уже виникли загрожуючі життю стани, що значно ускладнює прогноз хвороби.

Біль, пов'язаний з патологією органу черевної порожнини.

Гострий біль у животі, викликаний патологічним процесом власне у черевній порожнині, може бути двох типів: **вісцеральним та соматичним**, що закладено в особливостях іннервації очеревини.

Вісцеральний біль носить не досить локалізований характер, дуже швидко стає розлитим. Це пов'язано з тим, що більшість внутрішніх органів черевної порожнини повністю або частково покрита вісцеральною очеревиною. Остання має тільки вегетативну іннервацію, яка в свою чергу поділяється на симпатичну та парасимпатичну. Різні патологічні процеси у внутрішніх органах (спазм, парез, набряк, запалення, розширення (газом, рідиною), напруга тощо) викликають подразнення вісцеральної очеревини не тільки ураженого патологією органу, а й розташованих поряд анатомічних утворень (через волокна симпатичних нервів). Однак особливістю вісцерального болю, незважаючи на відсутність чіткої його географії, є *обмеженість місцем виникнення патологічного процесу*. Невелика напруга в органі викликає лише таке почуття, як метеоризм. Більш сильна напруга або більш сильний спазм порожнистого органу викликає больовий приступ, який має свій ритм, тривалість, силу, та називається **колькою**. Так як

біль локалізується в певній зоні, у яку проектується орган черевної порожнини, назва кольки йде від назви цього органу (печінкова, киркова, кишкова колька тощо). Перерахувати усі захворювання, які можуть бути причиною появи болю, складно. Тому доцільно обмежитись вказівкою на те, з ураженням яких органів може бути пов'язаний біль у животі тої чи іншої локалізації (таб. 1).

Таблиця 1

Залежність переважної локалізації болю у животі від ураження окремих органів (за Є.Л.Ревуцьким)

Область переважної локалізації болю	Уражені органи	
	Частіше	рідше
Надчерев'я	Шлунок, печінка, жовчні шляхи	Підшлункова залоза, сальник, червоподібний відросток, нижній відділ стравоходу, органи грудної порожнини, неврит черевного сплетіння
Праве підребер'я	Печінка, жовчні шляхи	12-пала кишка, атипово розташований червоподібний відросток, підшлункова залоза, товста кишка, права нирка, сечовід, плевра, легеня
Ліве підребер'я	Селезінка	Підшлункова залоза (хвіст), шлунок, ліва нирка, сечовід, товста кишка, плевра, легеня
Обидва підребер'я	Підшлункова залоза, 12-пала кишка, товста кишка	Плевра, легеня
Права здухвина	Червоподібний відросток, сліпа кишка	Права нирка, сечовід
Ліва здухвинна	Сигмовидна кишка	Ліва нирка, сечовід
Параумбілікальна	Тонка кишка, поперечна ободова кишка	Червоподібний відросток (медіальне розташування), підшлункова залоза, жовчні шляхи, мезентеріальні залози, судини черевної порожнини
Пахова та лобкова	Сечовий міхур, жіночі статеві органи	Пряма кишка

Вісцеральний біль може мати різну тривалість та інтенсивність. Як правило, це досить сильний біль, який викликає занепокоєння пацієнта, бажання вибрати оптимальне положення тіла, при якому больовий синдром дещо зменшиться. Однак больовий синдром, який виходить з дуже чутливої вісцеральної очеревини, при будь-якому русі тільки посилюється. Інтенсивність болю залежить від особливостей іннервації органу черевної порожнини (порожнистий або паренхіматозний орган), а також від віку хворого та фізіологічного стану організму (стану реактивності організму). Травматичні ушкодження паренхіматозних органів можуть супроводжуватись як порушенням цілісності капсули (інтенсивний больовий синдром), так і збереженням її (тупий біль, що зумовлений розтягненням капсули). Больовий синдром є досить інтенсивним у дітей, у той час, як у хворих похилого та старечого віку він часто носить тупий та невизначений характер, що пояснюється особливостями іннервації внутрішніх органів та її фізіологічним станом у різних вікових груп, а також готовністю та швидкістю реакції ЦНС у відповідь на подразнення. Больовий синдром має низьку інтенсивність у вкрай ослаблених пацієнтів (при кахексії), невідповідність реакції на больовий подразник також відмічена у осіб, які знаходяться у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння.

Тривалість больового синдрому при гострій хірургічній патології також залежить від багатьох чинників та може бути різною. Больовий синдром може існувати певний час (протягом кількох годин) або бути постійним (наприклад, при гострому апендициті). Якщо причиною кольки є механічна перешкода (гостра кишкова непрохідність), больовий синдром перебігає у вигляді нападів різної тривалості повторюючись з певною ритмічністю. Це відбувається внаслідок розтягнення органу над механічною перешкодою, для подолання якої елементи гладкої мускулатури спастично скорочуються. Навіть у межах однієї нозології больовий синдром може перебігати по-різному, що пояснюється особливостями патогенезу захворювання. Так, при еластичному защемленні зовнішньої грижі больовий синдром є інтенсивним, виникає гостро, розвивається бурхливо. При каловому защемленні больовий синдром починається з почуття розпирання у певній ділянці кишки, зростає поступово від тупого болю до досить інтенсивного.

Внутрішня поверхня черевної стінки покрита парієтальною очеревиною, у якій містяться закінчення міжреберних нервів (D₅-D₁₂). Подразнення парієтальної очеревини (токсинами, патологічним вмістом) викликає розвиток чітко локалізованого болю, який називається **соматичним**. *Соматичний біль, на відміну від вісцерального, буває постійним*. Хворий вибирає певне положення тіла для зменшення больового синдрому, намагається не рухатись. Характер болю, як і вісцерального, залежить від ряду чинників (вік, фізіологічний стан організму), а також від виду патологічного ексудату (кров, жовч, панкреатичний вміст, шлунковий сік тощо) Як правило, при ушкодженні паренхіматозних органів з розривом капсули виникає внутрішньочеревна кровотеча. Кров, яка є універсальним буфером, викликає досить помірний больовий синдром. Однак ситуація змінюється, коли пошкодження паренхіми органу поєднується з порушенням цілісності його протокової системи (наприклад, при поперечних розривах підшлункової залози). У даному випадку больовий синдром буде інтенсивним, що обумовлено агресивними властивостями панкреатичного соку. При порушенні цілісності порожнистого органу характер больової реакції залежить від властивостей його вмісту. За ступенем вираженості хімічної реакції на очеревину вміст органів черевної порожнини можна розподілити у наступному порядку: 1) шлунковий сік, 2) дуоденальний вміст, 3) вміст тонкої кишки, 4) вміст товстої кишки, 5) панкреатичний сік, 6) жовч, 7) сеча, 8) кров.

Нерідко соматичний біль може поєднуватись з вісцеральним, однак це відбувається у випадках або порушення цілісності органу, або внаслідок переходу запалення з серозної оболонки органу на парієтальну очеревину.

Іррадіючий у живіт біль

Нерідко патологічні стани з боку інших систем організму та розташованих у них органів можуть викликати розвиток больового синдрому у черевній порожнині, який отримав назву іррадіючий біль. Вперше його вивчили та описали Г.А.Захар'їн та Head. З'являється він при дуже інтенсивному подразненні ураженого органу, передається по всьому нейросегменту, а іноді передається навіть на сусідні сегменти. Це важливо підкреслити, щоб уникнути нерідкої помилки, коли на основі черевних симптомів позаочеревинне захворювання лікують як черевне (у хворого з запаленням легень виконують апендектомію, а при інфаркті міокарда видаляють жовчний міхур). Важливо це і тому, щоб не упустити час для проведення необхідного лікування розпізнаної хвороби. Іррадіючий біль у животі спостерігається при захворюваннях мозку, мозкових оболонок та багатьох внутрішніх органів. Основні джерела виникнення іррадіючого болю у черевну порожнину наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Джерела виникнення іррадіючого у черевну порожнину болю

Захворювання органів грудної порожнини	Патологія хребта	Неврогенна патологія	Болючість черевної стінки
Гострий інфаркт міокарда, розшаровуюча	Компресія хребта, випадіння	Атеросклероз, оперізуючий лишай,	Шкірні захворювання,

аневризма грудного відділу аорти, тромбоемболія легеневої артерії, діафрагмальний плеврит, пневмонія, розрив стравоходу	міжхребцевих дисків, спондилоартроз	сухотка спинного мозку, істерія, невроз, черевна епілепсія, мігрень	післяопераційні рубці, гнійні захворювання шкіри та ПЖК), (фурункули, бешиха)
---	-------------------------------------	---	---

Виявляючи нетиповий біль у черевній порожнині, необхідно завжди думати про його іррадіюючий характер та проводити диференційну діагностику з захворюваннями інших систем організму. Так більшість зазначених у таблиці захворювань органів грудної порожнини можуть іррадіювати у епігастральну ділянку. Давно відомо, що для інфаркту серцевого м'яза характерний гострий, нестерпний біль в епігастральну область, який розповсюджується на всю верхню частину живота, та перебігає без за грудинного та грудного болю (абдомінальна форма інфаркту міокарда). Погіршення загального стану хворого, шок, падіння артеріального тиску – все це характерно і для гострого живота. Часто відмічається нудота, блювота, на основі ваговагального рефлексу можливий пронос, здуття живота. В даному випадку частіше всього клініцист думає про гострий холецистит, холелітіазу. Хоча можлива і протилежна ситуація, коли клініка гострого холециститу маніфестується по типу стенокардитичного нападу (холецистокоронарний синдром Боткіна). В основі названого синдрому лежать рефлекторні впливи з жовчного міхура на коронарні артерії, уражені атеросклерозом. У диференційній діагностиці зазначених патологічних станів велике значення має анамнез хвороби та дані фізикального (відсутність змін, які виявляються при пальпації, падіння артеріального тиску на тлі гострої недостатності кровообігу, загальна слабкість) та інструментальних досліджень (УЗД, ЕКГ).

Захворювання плеври часто супроводжуються болем у верхній половині живота, а також у плечі на боці ураження плеври. Біль може супроводжуватись нудотою, блюванням, гикавкою, навіть невеликою напругою м'язів живота. Про легеневу патологію свідчить посилення болю в залежності від глибини дихання, наявність шуму тертя плеври при аускультатії легень, дані рентгенологічного дослідження.

У разі патології хребта (компресія хребта, випадіння міжхребцевих дисків) про іррадіюючий характер болю у черевну порожнину свідчить посилення його інтенсивності під час підвищення інтрадурального тиску (при рухах, зміні положення тіла, кашлі, акті дефекації, напруженні). Біль перебігає у виді радикулярних прострілів, нерідко носить оперізуючий (сегментарний) та односторонній характер. Біль може бути як глибоким, так і поверхневим, частіше всього комбінується з гіперестезією або порушеннями чутливості. У переважній більшості хворих виявляються відповідні зміни з боку корінців спинного мозку, можлива і підвищена чутливість хребців, а також кісткові зміни, які виявляються при рентгенологічному дослідженні.

На користь оперізуючого лишая, який маніфестується інтенсивним (сегментарним) болем, свідчать обмеження останнього однією з половин живота (чітко по серединній лінії живота), відсутність напруги м'язів живота, а також шкірні висипання, які з'являються трохи згодом на цій ділянці. При проведенні кінчиком голки по ділянці тіла, на якій виник біль, хворий добре відчуває гіперестезію шкіри.

При спинній сухотці „шлунковий криз” виникає гостро, періодично, в епігастральній області, триває кілька днів. Біль носить нападopodobний характер, зникає несподівано, як і починається, супроводжується нудотою, блювотою, поганим загальним самопочуттям, тахікардією, іноді гіпертонією. Черевна стінка ніколи не напружена сильно. При ретельному дослідженні у хворого виявляють ригідні зіниці. Але навіть якщо лікар не відмічає названих симптомів, а хворий не повідомив лікаря про основну недугу, відсутність пателлярного рефлексу або його асиметричність свідчить про спинну сухотку. Діагноз підтверджує відповідне лабораторне дослідження хворого.

Підвищеною подразливістю вегетативної нервової системи при істерії, психозі можуть бути пояснені різні болі у животі, які проходять під такими діагнозами, як спазм воротаря шлунка, іритабельна товста кишка, біліарна дискінезія, соматогенний дуоденостаз тощо.

До неврогенних черевних синдромів належить і „черевна епілепсія”: гострий, періодичний, нападаподібний біль, у деяких випадках переймиподібний. У частини хворих може бути порушення свідомості. Після зникнення болю настає сонливість, яка змінюється типовим епілептиформним сном. Точний діагноз встановлюється за допомогою електроенцефалографії.

Шкірні захворювання, післяопераційні рубці на животі, гнійні захворювання шкіри та підшкірної жирової клітковини, у т.ч. бешиха, можуть викликати болючість передньої черевної стінки, яку важко диференціювати з болем у черевній порожнині. Описані випадки, коли болючість з боку післяопераційних рубців спричинювала виконання необґрунтованих оперативних втручань на органах черевної порожнини, які проектуються на цю ділянку. Деякі пацієнти проходили багаточисельні дослідження у різних лікувальних закладах з приводу підозри на органічну абдомінальну патологію, у той час, як насправді вони були цілком здоровими. У німецькій науковій літературі цей феномен отримав назву синдрому Мюнхгаузена.

Біль у животі, що супроводжує загальні захворювання

Біль у животі може виникати також при ряді загальних захворювань, розвиток яких пов'язаний з отруєннями, метаболічними та гематологічними порушеннями. Серед метаболічних порушень слід виділити цукровий діабет, хвороби Сіммондса та Аддісона, гіперкальціємію, гіпокаліємію, а також перегрівання.

Гострий нападаподібний спастичний біль виникає при отруєнні солями важких металів (свинцем), чотирьоххлористим вуглецем, а також грибами та бактеріальними токсинами. Хронічне свинцеве отруєння викликає напруження передньої черевної стінки, однак живіт при цьому безболісний. Напади супроводжуються блювотою, сильними закріпами, характерна брадикардія. Діагноз дозволяє поставити анамнез, а також симптоми свинцевого отруєння (свинцева кайма на зубах, базофільна крапчастість, порфіринурія, анемія тощо). До раннього симптому свинцевої кольки відноситься поява на рентгенологічному знімку таза тонкої лінії по краю тазової виїмки. Подібні до свинцевого отруєння симптоми виникають при хронічному нікотинному отруєнні, отруєнні талієм та барієм, а також при передозуванні деяких лікарських препаратів (морфій, ацетилхолін, пітуїтрин тощо). При гострому переймиподібному болю у животі слід обов'язково пам'ятати про можливість порфірії. Під час нападів у хворих на порфірію помилково діагностують сечокам'яну хворобу, апендицит, холецистит або панкреатит. Це і служить наслідком того, що на животі у цих хворих часто можна бачити післяопераційні рубці, як наслідок безпідставно виконаної лапаротомії. На користь порфірії свідчить поява симптомів з боку нервової системи (парези, паралічі). Швидкий діагноз можна поставити за допомогою проби Мансона-Шварца (сеча хворого на порфірію з реактивом уробіліногена дає червоний колір).

Переймиподібний біль у животі є одним з початкових (після нудоти та блювоти) симптомів діабетичної коми. Помилитись можна при відсутності даних анамнезу, а також у випадку, коли у ході розвитку коми виникає лейкоцитоз. Результати аналізу сечі (цукор, ацетон, ацетооцтова кислота) та характерний ацетоновий запах, сильна м'язова слабкість та інші симптоми діабетичної коми допомагають поставити правильний діагноз. Здуття живота, сильні закріпи, які змінюються проносами, колька – все це симптоми гіпофункції гіпофізу (хвороба Сіммондса). Гостра недостатність кори наднирників (хвороба Аддісона) також може супроводжуватись сильним гострими кольками, нерідко симулюючи клініку перитоніту.

Серед гематологічних захворювань розвиток больового синдрому зареєстровано при гострому гемолізі (серповидноклітинна анемія), залізодефіцитній анемії, алергічній пурпурі, хворобі Верльгофа. Абдомінальна пурпура Шенлейна-Геноха, крім больового

синдрому, супроводжується меленою. Ці симптоми можуть виникати задовго до появи шкірних висипань, що значно утруднює діагностику.

При більшості вказаних патологічних станів розвиток болю пов'язаний з спастичним скороченням м'язів передньої черевної стінки, однак природа болю при ряді загальних захворювань залишається і сьогодні невідомою.

Гострий апендицит	Біль у животі в більшості випадків носить постійний характер, однак, може підсилюватися при прогресуванні або зменшуватися при уцуханні запального процесу, його відмежуванні. Слід пам'ятати, що при гангренозному апендициті інтенсивність болю може зменшуватися. Найбільш характерною ознакою є поява болю в епігастральній ділянці з наступним переміщенням її вниз, переважно в праву здухвинну ділянку - симптом Кохера-Волковича (Kocher) (рисі). Можлива локалізація болю в навколупупкової ділянці (при медіальному розташуванні відростка), внизу живота (при тазовому розміщенні відростка), у поперековій ділянці (при ретроцекальній локалізації відростка).
Грижі живота	Хворі скаржаться на біль, що посилюється при фізичному навантаженні, диспепсичні явища, випинання в ділянці локалізації грижи. При виникненні защемлення - біль стає постійною, нарастає .
Виразкова хвороба	<p>Біль - спостерігається у 92 % хворих. Його локалізація визначається топографією виразок. Характер больового синдрому залежить від стадії перебігу захворювання, виду ускладнень; властива сезонність виникнення больового синдрому.</p> <p><i>Виразка шлунка</i> - характеризується тупим, ниючим болем у гіпогастральній ділянці частіше натще або через 20-30 хвилин після їжі; зрідка біль турбує вночі; буває відрижка їжею, нудота; зрідка печія;</p> <p><i>Виразки дванадцятипалої кишки</i> — супроводжуються інтенсивними болями в епігастрії справа через 1-2 години після вживання їжі, часто - "голодні" і нічні болі, які зменшуються після прийому їжі; турбує постійна печія.</p> <p>Перфорація виразки - це ускладнення, що виникає внаслідок порушення цілісності шлункової або дуоденальної стінки через некротизоване дно виразки. Найчастіше спостерігається у віці 21-59 років, переважно у чоловіків (у 30 разів частіше). Однак необхідно пам'ятати про випадки перфорації виразок у дитячому віці (8-14 років) та людей літнього віку (в 70-80 років). Частота перфорацій коливається в межах від 3 до 30 % і в середньому складає близько 15 %.</p> <p><i>Класифікація перфоративної виразки за Д.П. Чухрієнко.</i></p> <p>I. За етіологією:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки; • при раку шлунка; • при локальному порушенні кровообігу; • при паразитарному ураженні. <p>II. За клінічним перебігом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • типова форма; • атипова форма. <p>III. За патологоанатомічними ознаками:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • перфорація гострих виразок; • перфорація хронічних виразок. <p>IV. За топографією:</p> <ul style="list-style-type: none"> » перфорація шлунка; • перфорація дванадцятипалої кишки; • перфорація пептичних виразок анастомозів; • перфорація виразок тонкої кишки. <p>Клінічна картина багато в чому залежить від розповсюдженості патологічного процесу, впливу соляної кислоти і шлункового соку, інфікування очеревини. У виразковому анамнезі звертає на себе увагу наявність продромальних явищ: посилення болю в животі, субфебрильної температури, нудоти, блювоти. Серед повного здоров'я перфоруєть "німі" виразки.</p> <p>Біль - провідний симптом. Спочатку виникає "кинжальний" біль в епігастральній ділянці, а потім поширюється по всьому животі; іррадіює в ділянку правої ключиці та лопатки (симптом Елекера (Oelecker)). При перфорації виразки пілородуоденальної зони біль віддає в праву лопатку; при локалізації перфоративної виразки тіла шлунка виникає френікус-симптом. При потраплянні шлункового вмісту в заочеревинну клітковину (перфорації задньої стінки дванадцятипалої кишки) больовий синдром менш виражений. Він наростає при розвитку заочеревинного інфільтрату або формуванні флегмони.</p>
Кишкова непрохідність	<p>Кишкова непрохідність (ileus) це симптомокомплекс, що характеризується болями, блювотою, гострою затримкою газів та кишкового випорожнення, здуттям живота і поєднує численні захворювання органів черевної порожнини з різною етіологією та патогенезом.</p> <p>Серед загального числа хірургічних захворювань кишкова непрохідність складає 1,5 %; серед хворих з невідкладною патологією - 8-10%.</p> <p>Основними симптомами кишкової непрохідності є біль, блювота, затримка випорожнень і відходження газів.</p> <p>Біль у животі з'являється на початку захворювання і є постійною ознакою. Інтенсивність болю залежить від розмірів і ступеня защемлення кишечника і залучення в процес брижі. Біль переймоподібного характеру з іррадіацією в ділянку сонячного сплетення, в поперек, у пахову ділянку, промежину, спину, крижі; біль настільки інтенсивний, що хворий стогне, кричить, метушиться в ліжку.</p> <p>При обтураційній непрохідності, що розвивається повільно, больовий синдром виражений меншою мірою, наростає поступово. У подальшому, переважно через 4-6 годин, моторна функція кишечника слабшає, розвивається парез кишки, і біль дещо вщухає, набуває постійного характеру.</p>
Перитоніт	<p>Перитоніт - гостре чи хронічне запалення парієтальної та вісцеральної очеревини, при якому виникають характерні загальні та місцеві зміни в організмі з глибоким порушенням функції багатьох органів і систем.</p> <p>Клінічна картина в різних фазах перитоніту неоднакова.</p> <p>I фаза - реактивна (до 24 годин з моменту захворювання). Хворі скаржаться</p>

	<p>на інтенсивний біль постійного характеру, локалізація якого визначається первинним запальним вогнищем, що посилюється при зміні положення тіла, кашлі, рухах. Може бути однократна блювота, що не приносить полегшення.</p> <p>II фаза (токсична) - виникає через 24-72 години з моменту захворювання.</p> <p>Максимально виражені загальні симптоми, характерні для різкої інтоксикації організму. Загальний стан істотно погіршується, гектична температура, пульс і дихання значно прискорені, багаторазова блювота, яка набуває неприємного запаху. III фаза (термінальна) - виникає через 72 години після початку захворювання. Розвиваються симптоми ураження центральної нервової системи - адинамія, що змінюється ейфорією, сплутаність свідомості, марення.</p>
Гострий панкреатит	<p>Захворювання іноді може починатися з передвісників (нечіткі болі в епігастральній або навколопупкової ділянці, транзиторні диспепсичні розлади та ін.), але частіше починається раптово, без видимих на те причин, чи можуть провокуватися вживанням алкоголю, прийомом жирної їжі. Найбільш часто гострий панкреатит проявляється больовим синдромом, що виникає в результаті подразнення і стиснення сонячного сплетення. Біль, як правило, сильний, раптовий, може викликати втрату свідомості. Хворі прагнуть зберегти нерухомість у ліжку. Іноді, навпаки - знаходяться в колінно-ліктьовому положенні, тому що відмічають стихання болю за рахунок зменшення тиску на сонячне сплетення (синдром черевного сплетення). Локалізація болю дуже різноманітна. Типовою є локалізація болю в ділянці пупка та епігастрії (83%); надчеревній ділянці і в правому підребер'ї; лівому підребер'ї і лівому реберно-хребтовому куті; по всьому животу; за грудниною. Локалізація болю визначається топічним ураженням залози. Іррадіацію болю також пов'язують із локалізацією ураження залози: при пошкодженні голівки - біль іррадіює в поперек праворуч, праву підреберну і здухвинну ділянку; при ураженні хвоста - в поперекову ділянку ліворуч, ліве плече, ліве стегно. Оскільки частіше зустрічається тотальне чи субтотальне ураження залози, відмічається оперізуючий характер болю.</p> <p>Бльвота виникає, як правило, після нападу болю, часто носить невтамований характер. Бльвотні маси з домішками крові є ознакою тяжкого ураження підшлункової залози. Об'єм бльвотних мас може становити до 2-6 л на добу, що призводить до вираженої дегідратації організму.</p>

7. Завдання для самоконтролю.

1. Раптовий біль виникає при:
 А. гострому апендициті,
 В. гострому холециститі

С.тромбозі мезентеральних судин
D.перфорації порожнистого органу.

2.Іррадіація болі в спину характерна для :

A.перфоративної виразки
B.гострого перитониту
C.гострого панкреатиту
D.кишкової непрохідності

3.Болючість у реброво-хребцевому заутку виникає при :

A.гострому холициститі
B.тромбозі мезентеральних судин
C.перфорації порожнистого органу.
D.гострому панкреатиті

4. Пристінкову очеревину іннервують:

A.Парасимпатичні нерви
B.Симпатичні нерви
C.Соматичні нерви

5. Біль в пупковій ділянці не характерна для:

A.патології кишківника
B.патології підшлункової залози
C.патології яєчника
D.патології черевної аорти

1	D
2	B
3	D
4	C
5	C

1. Хворий Л., 34 р. поступив у приймальне відділення зі скаргами на постійний тупий біль у правій нижній половині живота, який виник раптово, серед повного здоров'я. Хворіє протягом 12 год., біль почався в епігастральній ділянці, а через 2 години перемістився у праву здухвинну ділянку. З анамнезу відомо, що у хворого виразкова хвороба 12-палої кишки. Зараз непокоїть нудота, було одноразове блювання. Дизуричних порушень не відмічає, самостійний нормальний стілець був за 2 год. до виникнення зазначених скарг. При огляді: язик сухий, при пальпації відмічається напруга м'язів живота та різка болючість у правій здухвинній ділянці, там же позитивні симптоми подразнення очеревини. У верхніх відділах живіт м'який та безболісний. Який попередній діагноз, які додаткові дослідження потрібно провести хворому для уточнення діагнозу?

2. Хворий К., 24 р. поступив у хірургічне відділення зі скаргами на гострий біль у правій поперекової ділянці. Захворів 6 год тому, біль з'явився раптово по всьому животу, більше в епігастральній ділянці, трохи згодом перемістився у попереку справа. Нудоти та блювання не було. Протягом перших двох годин у хворого був напіврідкий стілець. Температура 37,4° С, пульс 88 на год. Язик сухий. При пальпації живіт м'який, помірно болючий по правому фланку, позитивний симптом Пастернацького справа, виявляється болючість у трикутнику Пті справа. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Дизуричних порушень не виявлено. Ваш попередній діагноз, які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу

3. У хворого З., 39 р., доставленого каретою швидкої допомоги з поліклініки, куди звернувся за допомогою, три дні тому виникли гострий біль у животі, нудота, блювання. Біль локалізувався переважно у правій здухвинній ділянці. Хворий відпочивав у горах, тому вчасно звернутись за медичною допомогою не зміг. Протягом усього часу приймав спазмолітики (но-шпу), голодував та прикладав пляшку з холодною водою до місця найбільшої болючості живота. Поступово біль стих, залишилось тільки відчуття важкості у правій здухвинній ділянці. Повернувшись додому відмітив появу гіпертермії до $37,7^{\circ}$ - $38,8^{\circ}$ С, вирішив звернутись до хірурга поліклініки. Язик вологий. При фізикальному обстеженні живота пальпується щільне, малорухливе та помірно болюче утворення у правій здухвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Ваш діагноз, подальша програма обстеження хворого та лікувальна тактика. Які рекомендації потрібно дати хворому після виписки із стаціонару?

4. Хвора М., 20 р., поступила в приймальне відділення зі скаргами на тупий постійний біль у правій половині живота, нудоту періодичне блювання. Вагітна (31 тиждень). Біль у животі непокоїть практично весь строк вагітності, однак добу тому біль посилювався, локалізувався в епігастральній ділянці, а потім змістився вправо та вниз. Є нудота, двічі була блювота. Відмічає підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}$ С. Дизуричні явища у вигляді частих позивів на сечовипускання непокоїть протягом другої половини вагітності. Язик сухий, пульс 94 уд. на хв. Живіт відповідає названому строку вагітності, при пальпації помірно болючий по правому фланку більше у правому підребер'ї. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. Позитивні симптоми Образцова та Бартом'є-Міхельсона. Ваш діагноз, план обстеження та лікувальна тактика.

5. Хворий П., 74 р., поступив у хірургічне відділення зі скаргами на тупий біль у животі, більше справа та внизу. Хворіє протягом 7 год. Непокоїть нудота, двічі було блювання. Була затримка стільця протягом 3-х діб. Однак хворий відмічає схильність до запорів протягом останніх років. Хворіє на ІХС, гіпертонічну хворобу II ст. При огляді язик сухий, пульс 92 на хв., аритмічний. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий у правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзінга та Щоткіна-Блюмберга, симптоми Сітковського та Образцова негативні. Який попередній діагноз? Яка загальноприйнята тактика та при даному захворюванні у хворих похилого та старечого віку, чому?

6. У приймальне відділення доставлено хворого Г., 38 р., зі скаргами на інтенсивний біль у верхній половині живота, що ірадіює у спину, нудоту та багаторазове блювання, яке не приносить полегшення. Хворий занепокоєний, не може знайти собі місця. Захворів кілька годин тому. Напередодні вживав спиртні напої, велику кількість жареної їжі. Язик вологий, температура тіла субфебрильна, живіт дещо обмежений у акті дихання, напружений та болючий у епігастрії. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. Раніше подібних скарг ніколи не відмічав, зловживає спиртним, не обстежувався. Який попередній діагноз, ваша діагностична програма та лікувальна тактика?

7. Хворий Х., 52 р., поступив до приймального відділення зі скаргами на переймоподібний біль у животі, нудоту та багаторазове блювання. Захворів добу назад, коли після надмірного вживання їжі спочатку виник біль у животі, а біля трьох годин назад – багаторазове блювання спочатку з'їденою їжею, а згодом жовцю. Останнє блювотиння має каловий запах. Протягом доби ставив собі очисні клізми, вживав спазмолітики. З анамнезу – 2 роки назад прооперований з приводу перфоративної виразки 12-палої кишки. Після операції періодично непокоїли болі у животі, які проходили після прийому спазмолітиків, порушень дефекації не відмічав. Об'єктивно: язик вологий, пульс 80 уд. на хв. Живіт здутий, дещо обмежений в акті дихання, при пальпації напружений та болючий в центральних відділах, позитивні симптоми Склярова та Щоткіна-Блюмберга. Аускультативно перистальтика послаблена. Гази не відходять. Per rectum: ампула прямої кишки вільна, міститься часточки калу нормального забарвлення. Який попередній діагноз? Ви поставите, яка подальша діагностична та лікувальна тактика?

8. Хворий М., 68 р., поступив в приймальне відділення в порядку швидкої допомоги о 4⁰⁰. Скаржиться на інтенсивний біль у животі переймоподібного характеру, нудоту, блювання кілька разів, здуття живота, затримку газів. Стілець був 3 доби назад. Повернувся з відрядження, протягом останньої доби харчувався нерегулярно та мало. Біль виник гостро о 1⁰⁰, напередодні пізно (біля 23 год.) надмірно повечеряв (вживав рис, огірки). З анамнезу: страждає на закрепи (стілець раз на три доби), рік назад лікувався у терапевтичному стаціонарі з приводу спастичного коліту, тоді при обстеженні (іригографія) було виявлено доліхосигму. Вдома хворий намагався очистити кишечник за допомогою клізми, після введення 400 мл води біль різко посилювався, а вода далі не проходила. При огляді хворого впадає в око його зневоднення, пульс 92 уд. на хв. Язик сухий. Живіт здутий, асиметричний (здуття правих відділів товстої кишки), болючість при пальпації за ходом товстої кишки, позитивні симптоми Валя, Шимана, Склярова, симптоми подразнення очеревини сумнівні. Аускультативно перистальтика ослаблена, гази не відходять. Ампула прямої кишки при ректальному дослідженні пуста. Який Ваш попередній діагноз, подальша діагностична програма?

9. Хворого М., 34 р., доставлено в приймальне відділення з прийому терапевта поліклініки. Скаржиться на переймоподібний біль у животі, нудоту, триразове блювання. Хворіє протягом останніх двох діб, коли відмітив появу больового синдрому, а трохи згодом нудоти та блювання. При огляді: язик вологий, пульс 82 уд. на хв. На передній черевній стінці рубець від апендектомії (прооперований під час проходження термінової військової служби). Живіт здутий, помірно болючий при пальпації в мезогастрії. Негативний симптом Склярова. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. Гази останню добу відходять з трудом, самостійний стілець – дві доби назад. При пальцевому дослідженні прямої кишки її ампула містить рештки калу нормального забарвлення та консистенції. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини вільного газу та патологічних рівнів рідини не виявлено. Після проведення інфузійної терапії та очисних клізм відійшли гази та зменшився больовий синдром. Однак здуття живота залишилось. Хворому вирішено дати барій per os. Що запідозрив лікар у хворого, скільки контрастної речовини потрібно дати хворому та через який час потрібно зробити повторний знімок.

10. Хворий Н., 82 р., поступив у приймальне відділення зі скаргами на больовий синдром (не виражений) у животі, відсутність стільця та газів протягом останніх двох діб. Нудоти та блювання не було. Страждає закрепами протягом останніх 10 років, в останній рік закрепи періодично змінюються проносами, протягом місяця відмічає виділення крові з прямої кишки при дефекації (кров у калі), зниження апетиту, схуд за 6 місяців на 20 кг. При огляді хворий кахектичний, зневоднений. Живіт асиметричний, відмічається здуття та болючість за ходом висхідної та поперечної ободової кишок. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. При пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних утворень не виявлено, однак відмічена атонія анального сфінктера. При лабораторному дослідженні крові – анемія. Який попередній діагноз Ви поставите? В чому будуть полягати діагностичні та лікувальні заходи?

11. До приймального відділення доставлено хвору Н., 56 р., зі скаргами на біль у пупковій області, наявність випинання у ній, яке з'явилося 2 години назад після підйому виварки з водою. Блювання не було, нудота відсутня. Гази відходять, стілець був вранці. Об'єктивно: язик вологий, температура тіла нормальна, пульс 90 на хв., живіт приймає участь в акті дихання, м'який у всіх відділах, крім пупкової ділянки, де визначається щільної консистенції, болюче при пальпації, утворення, симптом «кашльового поштовху» негативний. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. Шкіра над утворенням не змінена. Який діагноз у хворої? Які діагностичні заходи необхідно провести в даному випадку? Чи можливе консервативне лікування даної недуги?

12. Хворий Х., 72 р., поступив у клініку зі скаргами на різкий біль у лівій паховій ділянці, де визначається пухлиноподібне утворення щільної консистенції. Зі слів хворого, випинання з'явилося кілька годин назад після нападу кашлю. Раніше у хворого виникали подібні скарги, випинання самостійно вправлялося в черевну порожнину. Сьогодні

вправити його пацієнт не зміг. Об'єктивно: язик вологий, температура тіла субфебрильна, пульс 88 на хв., аритмічний, живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптомів подразнення очеревини не виявлено. У лівій паховій ділянці відмічається пухлиноподібне утворення, яке виходить з зовнішнього пахового кільця та спускається до калитки, утворення не вправиме, щільно-еластичної консистенції, симптом «кашльового поштовху» негативний. Гази не відходять, перистальтика вислуховується. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини виявляється одиничний рівень рідини зліва. Ваш діагноз, тактика лікування?

13. Хворий Ц., 46 р., доставлений в хірургічне відділення зі скаргами на інтенсивний біль у животі, що ірадіює у спину. Дві години назад отримав сильний удар у живіт арматурою, втратив свідомість від больового шоку. Язик сухий, пульс 100 уд. на хв., АТ 90/60 мм рт. ст. Живіт здутий, не приймає участі в акті дихання, напружений у епігастрії, різко болючий, позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга та Мейо-Робсона. Діурез достатній, гази не відходять. При перкусії живота визначається вільна рідина у черевній порожнині. Аускультативно перистальтика не вислуховується. При УЗД крім рідини у черевній порожнині визначається рідина у сальниковій сумці, структура підшлункової залози неоднорідна, залоза збільшена у розмірах, головний панкреатичний проток візуалізується тільки в зоні хвоста, діаметром 7 мм. Ваш діагноз, тактика лікування?

14. У хворого Д. 40 р. з'явилися блювання кров'ю, загальна слабкість, головокружіння, дзвін у вухах. Хворий зловживає алкоголем. Два роки тому діагностовано цироз печінки. Об-но: блідість шкіри та слизових оболонок, пульс - 94 за 1 хв., АТ-100/70 мм рт.ст. Печінка виступає на 2 см із підреберної дуги, щільна, край загострений, селезінка виступає на 5 см із підреберної дуги. Ер - $3,3 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін 100 г/л, гематокрит - 0,34. Якою повинна бути невідкладна допомога хворому ?

1. Зонд Блекмора в поєднанні з інтенсивною консервативною терапією.
2. Екстрене хірургічне втручання.
3. Ендоскопічна склеротерапія.
4. Ендоскопічна лазеротерапія .

Література

1. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. - М: Медицина, 1972.-342 с.
2. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Яремчук А.Я. Осложнения аппендиктомии. -К.: Здоров'я, 1974.-224 с.
3. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: Медицина, 1998. - 205 с.
4. Томашук И.П., Томашук И.И. Острый аппендицит (симптомы, дифференциальная диагностика, лечение). - К.: Здоров'я, 1998. - 96 с.
5. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989.-288 с.
6. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987.-568 с.
7. Юріхін А. П. Гостра кишкова непрохідність. 2-е вид. перероб. і доповн. - К.: Здоров'я, 1982.- 161 с.
8. Зайцев В.Т. Неотложная хирургия брюшной полости - К., 1998.- 245 с.
9. Місцевий перитоніт / Б.О.Мільков, В.В.Білоокий, Ю.Т.Ахтемійчук та ін./ За ред. Б.О.Мількова. - Чернівці: Прут, 2001. - 256 с.
10. Острый гнойный перитонит / Ю.П.Спиженко, Б.О.Мильков, А.Е.Лагода и соавт. - Харьков: Прапор, 1997. - 190 с.
11. Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини. - К., Фенікс, 2002. - 319с.

ТЕМА 9. СИНДРОМИ ДИСФАГІЇ ТА БЛЮВОТИ. ЇХ ЗНАЧЕННЯ В ДІГНОСТИЦІ І ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

1.Актуальність теми.

Дисфагія (від дис... та грец. phagéin — їсти, ковтати) — насамперед розлад акту ковтання, а також транспортування твердої і / або рідкої їжі від ротової порожнини до шлунку. Проявляється утрудненням або неможливістю ковтання, болем у момент ковтання, потраплянням їжі або рідини в ніс, гортань, трахею. Дисфагія може бути механічною (периферно-органічною) та руховою (нейрогенною). Причини: запальні процеси ротової порожнини, глотки, стравоходу, гортані, середостіння, сторонні тіла, рубцові звуження та пухлини, дифузний спазм стравоходу, деякі нервові захворювання. Лікування: усунення основної причини, що викликала дисфагію.

Симптоми нейрогенної дисфагії:

- обмежений або відсутній рух органів ковтання та мовлення;
- пошкоджена рефлексорна функція ковтання;
- змінений м'язевий тонус без атрофії (наприклад спастика);
- порушення мілкої моторики;
- гіперкінезії (наприклад тремор);
- порушення часової координації ковтання.

Симптоми периферно-органічної дисфагії:

- відсутність вольових та рефлексорних рухів;
- знижений м'язевий тонус;
- атрофія м'язів;
- глибокий рівчачок на язиці.
- Ступінь тяжкості залежить від видаленого органу чи його частини.

Шкала для оцінки симптоматики в пацієнта:

- 0 — дисфагії немає (нормальна дієта без обмежень)
- 1 — можливість ковтати рідку їжу та рідину
- 2 — можливість ковтати тільки рідину
- 3 — труднощі з ковтанням рідини або слини
- 4 — повна дисфагія

Причини нейрогенної дисфагії:

- пошкодження центральної нервової системи (наприклад інфаркт, черепно-мозкова травма);
- пошкодження черепних нервів (наприклад через пухлини);
- прогресивне неврологічне захворювання (аміотрофічний бічний склероз; синдром Паркінсона, розсіяний склероз, хвороба Гантінгтона, синдром Гієна-Барре, синдром пост-поліо, деменціальні захворювання);
- невро-м'язеві захворювання (наприклад ботулізм);
- запальні захворювання м'язів.

Причини периферно-органічної дисфагії:

- онкологічні захворювання голови та ший;
- Радіотерапія: морфологічні зміни (наприклад набряки, фіброз), можливий розлад функцій ковтання від 12 місяців до декількох років після радіологічного лікування;
- видалення пухлини: змінені структури через видалення м'язів, кісток чи хрящів, можливі вторинні наслідки, такі як ураження черепних нервів.

Діагностика

- ґрунтовний анамнез;
- ознайомлення з історією хвороби, медичними даними і діагнозами, облік неврологічного статусу та необхідності догляду;

- медична візуалізація (відеофлуороскопія): пацієнтові пропонують болуси різної консистенції (тверда, крихка, пюре, рідина) та відлідковують, їжа якої консистенції спричиняє пенетрацію або аспірацію. На основі цього визначають подальший перебіг терапії. Якщо вже клінічна діагностика дає індикацію на аспірацію, від медичної візуалізації необхідно відмовитись, так як вона являє собою додаткове навантаження для легенів. В такому випадку проводиться трансназальна фіберендоскопія;
- трансназальна фіберендоскопія: ендоскопічне обстеження ларинкса та гіпофаринкса з метою контролю функцій під час акту ковтання. Пацієнту дають желе та рідини, що зафарбовані харчовою фарбою, найкраще синього кольору, щоб прослідкувати патологічні симптоми (наприклад, передчасне попадання їжі у фаринкс).

Під час клінічної діагностики необхідно враховувати наступні пункти:

- ступінь притомності пацієнта;
- можливі обмеження поля зору;
- статус мови та мовлення, голосу та артикуляції;
- можливі обмеження просторового сприйняття, апраксії;
- м'язевий тонус, відчуття всередині та поза ротовою порожниною, рухомість м'язової мускулатури;
- локалізація дефектів (губи, язик, піднебіння);
- оральний транспорт їжі;
- ковтання слини;
- чи може пацієнт спонтанно та на прохання кашляти;
- рух гортані;
- якість голосу до та після ковтка, після кашлю;
- дихання;
- чи кашляє і рве пацієнт зразу після ковтка, чи через деякий час.

Лікування

Нейрогенна дисфагія

Мета: відновлення пошкоджених функцій або максимальне використання збережених функцій акту ковтання. Збереження якості життя пацієнта, тобто утримання його симптомів якомога довше на досягнутому рівні.

- бажані рухи повинні бути активованими, небажані - пригніченими;
- нормалізація чуттєвості;
- покращення координації;
- підвищення сили та витривалості;
- методи компенсації;

Периферно-органічна дисфагія

В більшості випадків лікування подібне до нейрогенної дисфагії.

Мета: відновлення функцій для наявних структур (наприклад, після резекції органів, які необхідні для ковтання). Серед них:

- нормалізація чуттєвості;
- збереження рухомості;
- збільшення амплітуди рухів структур, що залишились неушкодженими;
- підтримання витривалості м'язів.

БЛЮВОТА – складний рефлекторний акт, пов'язаний з збудженням блювотного центру, який розміщений у поздовжньому мозку. У більшості випадків блювоті передують нудота, підвищене слиновиділення, швидке та глибоке дихання. Деякі автори (І.Мад'яр, С.О.Сумін) розглядають нудоту, як синдром, еквівалентний блювоті, так як поріг подразнення, необхідний для виникнення останньої, у різних людей різний. Послідовно відбувається опущення діафрагми, закриття голосової щілини, різке скорочення пілоричного відділу шлунка, розслаблення тіла шлунка та нижнього стравохідного сфінктера, виникає антиперистальтика. Скорочення діафрагми та м'язів передньої

черевної стінки веде до підвищення внутрішньочеревного та внутрішньошлункового тисків, що веде до евакуації шлункового вмісту через стравохід та ротову порожнину зовні. Блювота супроводжується вегетативною реакцією з боку шкіри (збліднення, підвищене потовиділення), різкою слабкістю, тахікардією, зниженням тиску. Якщо вміст травного тракту виділяється через рот без подразнення блювотного центру (блювота відбувається без нудоти та позивів на неї), то говорять про *регургітацію*. Це, по суті, *стравохідна блювота* – виділяються через рот маси, які затримались у стравоході. Якщо через рот виходять лише повітря або газ з травного тракту, то мова йде про *відриг*. Якщо процеси, які передують блювоті відбулися, а кардія ще не відкрилась, і випорожнення шлункового вмісту через рот не відбулося, говорять про *позив на блювоту*. При блювоті потрібно перш за все запідозрити захворювання шлунково-кишкового тракту, якщо у ході дослідження воно не діагностується і причину блювоти встановити не вдається, то слід думати про її *рефлекторний характер*.

Блювота є другим по значимості синдромом при гострій патології органів черевної порожнини, також симптомом багатьох захворювань та станів: захворювань органів травлення, органічних захворювань мозку (крововиливи у мозок, тромбоз судин, пухлини), захворювань нирок, токсикозу вагітних, захворювань ока, вестибулярного апарату, ендокринних захворювань (цукрового діабету, гіперпаратиреозу, тиреотоксичного кризу, гіперкальціємії), інфаркту міокарду, інфекцій, у т.ч. токсикоінфекцій, інтоксикацій, отруєнь, лихоманки тощо. Усі рідкі захворювання шлунка (сифіліс, туберкульоз, доброякісні пухлини тощо) також супроводжуються блювотою. Блювота також може виникати в результаті підвищеної чутливості до ліків, при прийомі несумісних препаратів, передозуванні медикаментозних засобів. Якщо блювоті передують головний біль без попередньої нудоти, слід думати про центральне її походження – церебральна блювота. При мігрені головний біль з'являється по типу гемікранії, супроводжується нудотою, яка переходить у блювоту (блювота часто сигналізує про закінчення приступу мігрені). Психічна дія, переляк, страх, раптова психічна травма у чутливих осіб також може викликати блювоту. Ранкова блювота, перед сніданком, частіше всього обумовлена токсичною дією екзогенних (алкоголь) або ендогенних (уремія) факторів.

На користь хірургічної патології органів черевної порожнини свідчить поява гострого болю у животі перед блювотою. Причинами виникнення блювоти при захворюваннях органів черевної порожнини є 1) подразнення нервових закінчень парієтальної очеревини та брижі кишки; 2) непрохідність органу, стінки якого містять гладку мускулатуру (кишечник, жовчні шляхи, сечовід); 3) дія токсинів, що всмокталися, на мозкові центри. Важливим є визначення зв'язку блювоти з больовим синдромом, її частоти, вид та характер блювотиння.

Відношення болю і блювоти. „Рання” блювота (одразу після больового синдрому) виникає при печінковій та нирковій кольках, при гострому панкреатиті, дуоденостазі та стенозі воротаря. При гострому апендициті та високій кишковій непрохідності на рівні здухвинної кишки блювота з'являється через 3-5 год. після больового синдрому. Тільки в окремих випадках блювота виникає разом з болем. Майже ніколи блювота при гострій хірургічній патології не випереджує болю.

Частота блювоти. При закритих травмах живота з пошкодженням порожнистих органів (розриви шлунка, ДПК) блювота часта, в блювотинні домішки крові. При пошкодженні паренхіматозних органів блювота виникає рідко, в основному на пізніх стадіях захворювання (на тлі гнійного перитоніту). При кишковій непрохідності багаторазова блювота є ознакою високої кишкової непрохідності, у блювотинні спочатку виявляються рештки їжі, трохи згодом жовч, а пізніше – вміст з каловим запахом (тонкокишковий). При низькій кишковій непрохідності блювота є пізнім симптомом, який свідчить про розвиток ознак загальної інтоксикації. При гострому апендициті блювота, як правило одно- або двохкратна, не приносить хворому полегшення, при гострому панкреатиті – багаторазова, не приносить хворому полегшення, нестерпна, надсадна. При гострому холециститі блювота багаторазова, не приносить полегшення. При перфорації

виразки шлунка та ДПК та при гострих порушеннях мезентеріального кровообігу блювота на початку захворювання виникає рідко, як правило, з'являється пізно на тлі розвитку гнійного перитоніту. Багаторазову нестерпну блювоту з розвитком ексикозу викликає дуоденостаз.

Вид та вміст блювотиння. При закритих травмах живота з пошкодженням порожнистих органів (розриви шлунка, ДПК) в блювотинні виявляють домішки крові. При високій кишковій непрохідності у блювотинні спочатку виявляються рештки їжі з шлунковим вмістом (зеленувато-жовтого кольору), трохи згодом жовч (жовтуватий колір), а пізніше – вміст з каловим запахом (тонкокишковий вміст, коричневатого-чорний). Блювотиння при гострому холециститі та панкреатиті містить жовч, при ускладненій виразковій хворобі – домішки неперетравленої їжі та жовч. При ШКК блювотиння може бути червоного кольору, незміненою кров'ю (стравохід, профузна кровотеча з шлунка) або по типу „кавової гущі” – гематемезис (шлунок, ДПК). Якщо блювотиння містить велику кількість шлункового вмісту з залишками їжі, прийнятої давно (навіть за 24 год. до цього), має неприємний запах (внаслідок процесів бродіння) слід запідозрити стеноз воротаря. Велика кількість соляної кислоти у шлунковому вмісті – ознака спастичного або органічного стенозу воротаря виразкового походження, виявлення у шлунковому вмісті молочної кислоти свідчить на користь карциноми шлунка. Тривала блювота веде до дегідратації організму з розвитком ексикозу та важких метаболічних порушень організму (алкалозу), а при пухлинах – до кахексії.

Блювота при захворюваннях органів травлення. *Стравохідній блювоті*, як правило, нудота не передує, з'являється, коли хворий приймає горизонтальне положення або нахилиється донизу. Причиною блювоти можуть бути обтуруючі стравохід захворювання (пухлини, ахалазія кардії, стриктури (опікові або пептичні), дивертикули, дискінезії). При стравохідній блювоті її вміст складається з неперетравленої їжі, слини та слизу без домішок шлункового соку. Розрізняють ранню та пізню стравохідну блювоту. *Рання блювота* виникає під час прийому їжі, нерідко при перших ковтках, супроводжується болем за грудиною, дисфагією. Спостерігається як при функціональних, так і при органічних порушеннях. Однак, якщо при органічній патології стравоходу частота та тяжкість блювоти залежить від щільності їжі (чим твердіша, тим більш виражені наведені вище симптоми), то при її функціональному походженні простежується зворотна картина (тверда їжа не викликає суттєвих порушень, а рідка їжа провокує приступи). *Пізня блювота* виникає через 3-4 год. після прийому їжі, що свідчить про значне розширення стравоходу. В залежності від об'єму блювотиння можна припускати щодо можливої патології стравоходу. Так при ахалазії кардії об'єм блювотних мас значно перевищує об'єм при великому дивертикулі стравоходу. При рефлюкс-езофагіті блювота може виникати як під час їжі, так і впродовж деякий час після її прийому, а також вночі (при горизонтальному положенні хворого). Блювотиння включає велику кількість кислого шлункового вмісту, а також жовч. При *виразковій хворобі ДПК* блювота виникає через 2-4 год. після їжі, часто вночі, після нудоти, за звичай приносить хворому полегшення (стихає біль у животі), тому хворі намагаються навмисно викликати блювоту. При *декомпенсованому стенозі воротаря* органічного походження (виразка, пухлина, рубцева деформація) хворого турбує часта, сильна блювота з домішками їжі, з'їденої задовго до неї з різким гнилісним запахом. При функціональному *пілороспазмі* (при виразковій хворобі, неврозах, захворювання жовчних шляхів, а також при свинцевій інтоксикації) блювота менш сильна, ніж при стенозі, у шлунковому вмісті рештки їжі, з'їденої напередодні. Характер та частота блювоти при кишковій непрохідності залежить від висоти обтурації кишечника. Поява у блювотинні домішок коричневого кольору з каловим запахом (тонкокишковий вміст) свідчить про прогресування явищ кишкової непрохідності та потребує екстреної хірургічної допомоги. Істинна „калова блювота” вказує на наявність нориці між шлунком та товстою кишкою або свідчить про критичний стан хворого при тривало існуючій товстокишковій непрохідності. У реактивній стадії перитоніту блювота носить рефлекторний характер, у токсичній та термінальній стадіях

блювота є проявом інтоксикації організму. Особливим видом блювоти з верхніх відділів травного тракту є кривава блювота (гематемезис), про яку мова буде йтись у розділі „Кровотеча”.

Блювота при захворюваннях печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози.

На тлі нападу *печінкової кольки*, якій передують погіршеності у дієті, з'являється повторна блювота жовчю, у частини хворих – жовтяниця (при порушенні прохідності головної жовчної протоки або сфінктеру Одді), метеоризм, підвищення температури тіла (при запаленні жовчного міхура, холелітіазі). При *гострому панкреатиті* блювота багаторазова, не приносить хворому полегшення, нестерпна, надсадна, розвивається одночасно з больовим приступом. При *гострому вірусному гепатиті* блювота є одним з основних симптомів диспепсичного синдрому, з якого починається захворювання. Трохи пізніше з'являється дискомфорт у правому підребер'ї, збільшуються печінка та селезінка, виявляється жовтяниця.

Блювота при захворюваннях ендокринних органів. Блювота на тлі *діабетичної коми* проявляється колькоподібним болем у животі та може симулювати гострий живіт. *Хронічна наднирникова недостатність* у стадії декомпенсації нерідко проявляється блювотою, нудотою, болем у епігастральній ділянці. На тлі гострих порушень серцево-судинної системи, м'язової астенії та гіпертермії встановлення діагнозу представляє серйозну проблему. При *гіперпаратиреозі* повторна блювота з розвитком дегідратації організму є раннім та постійним проявом гіперкальціємічного кризу.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати: основні уявлення про синдроми дисфагії, блювоти.

А також знати:

- анатоמו-фізіологічні дані про глотку та стравохід;
- класифікацію синдромів дисфагії, блювоти;
- причини виникнення та розвитку синдромів дисфагії, блювоти;
- клінічну картину дисфагії, блювоти;
- методи діагностики дисфагії, блювоти;
- принципи надання невідкладної допомоги при дисфагії та блювоті;

2.2. Вміти: з'ясовувати причини розвитку синдромів дисфагії, блювоти

Також уміти:

- збирати скарги, анамнез хвороби;
- методично правильно проводити огляд хворого;
- формулювати діагноз,
- правильно трактувати результати клінічних аналізів, інструментальних методів дослідження;
- вміти надавати першу допомогу при синдромах дисфагії, блювоти;
- вміти встановлювати назогастральний зонд;
- визначити показання до операції;
- призначити передопераційну підготовку хворим;

- адекватно проводити профілактику синдрому блювоти в післяопераційному періоді.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати і на основі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від причини розвитку синдромів дисфагії, блювоти.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на синдроми дисфагії, блювоти, оволодіти умінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєячні та правильні професійні дії.

3. Базові знання, уміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(междисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
1. Раніше вивчені дисципліни Анатомія людини	Анатомію ротової порожнини і грудної клітини	
Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Фізіологія акту ковтання, роботи нижнього стравохідного сфінктера. Патогенез розвитку. Клінічні прояви і методи діагностики.	Проводити фізикальне обстеження хворих з синдромами дисфагії, блювоти
2. Дисципліни, які будуть вивчатись пізніше		
Госпітальна терапія	Захворювання, які супроводжуються синдромами дисфагії і блювоти	Провести дифдіагностику з неускладненою виразковою хворобою, хронічним холециститом і панкреатитом
Ендокринологія		діабетичною комою, хронічною наднирничковою недостатністю, гіпертиреозом
Інфекційні хвороби		гастроентероколітом

3. Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку гострої патології органів черевної порожнини. Результати і наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференціальну діагностику гострих хірургічних абдомінальних захворювань. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики
--	--	---

4.Перелік практичних навичок за темою і ступеня їх засвоєння студентами:

	Назва обов'язкових навичок по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Оволодів	Оволодів
1	Збирати скарги і анамнез у хворих з синдромами дисфагії та блювоти		+	
2	Проводити огляд хворих: --загальний; --визначення тургору шкіри -- визначення ступені дегідратації пацієнта			+ + +
3	Проводити диференційну діагностику центральної та периферичної блювоти		+	
4	Визначати лікувальну тактику при синдромі блювоти		+	
5	Збирати скарги і анамнез у хворих з синдромами дисфагії та блювоти		+	
6	Проводити фізикальні методи дослідження Інтерпретувати дані інструментального дослідження			+ +
7	Проводити диференційну діагностику гострої хірургічної патології ОЧП		+	
8	Володіти методами декомпресії верхніх відділів ШКТ		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття : питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних вмінь та навичок, навчальні задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тест завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити: 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори синдромів дисфагії та блювоти	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при синдромах дисфагії та блювоти	
3.Класифікацію	Засвоїти класифікацію синдромів дисфагії та блювоти	
4.Клініку	Вміти детально аналізувати характер, частоту, кількість вмісту, співвідносячи дані до конкретної нозології.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів обстеження, які необхідні для діагностики синдромів дисфагії та блювоти.	
6.Диференціальну діагностику	Заповнити таблицю диференціальної діагностики синдромів дисфагії та блювоти.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування синдромів дисфагії та блювоти	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння відміченими професійними вміннями і навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконувати у наведеній послідовності</i> Огляд, перкусію, пальпацію і аускультацию	Разрізняти перкуторні звуки, форму, симетричність живота, участь його в акті дихання.
Навчитися правильно оцінювати і інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих	Рентгенографія Ендоскопія	Диференціювати об'ємні утвори черевної порожнини, наявність патологічних змін з боку слизової верхніх відділів ШКТ, наявність патологічного вмісту в черевній порожнині. Разрізняти характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику при синдромах дисфагії та блювоти	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з рефлукторною блювотою, яка пов'язана з гострою хірургічною патологією ОЧП.	--Терапія полягає в застосуванні сучасних протиблювотних засобів центральної і периферійної дії. Патогенетично обґрунтоване оперативне втручання

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями і планом заняття.

Провести стандартизований контроль начального рівня підготовки студентів.

5.2.Основной етап - повинен бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності в залежності від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок у відповідності до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на даному етапі є рішення ситуаційних задач, відображення графіків, рисунків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались в письмовому вигляді і перевірялись викладачами під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюючи поточну діяльність кожного студента протягом заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, об'являється оцінка діяльності кожного студента і виставляється в журнал обліку відвідувань та успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки в відомість обліку успішності і відвідувань занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичних прийомах відносно підготовки до нього.

6.Завдання для самостійного вивчення під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Поняття	Визначення
Рефлюкс	зворотний ток вмісту порожнистих органів у порівнянні з нормальним його рухом
Блювота	рефлекторне виверження вмісту шлунка (іноді і ДПК) (рідко і через ніс)
Дисфагія	порушення акту ковтання
Ахалазія кардії	хронічне захворювання, яке характеризується відсутністю або недостатнім рефлекторним розслабленням нижнього стравохідного сфінктера, внаслідок чого відбувається непостійне порушення прохідності стравоходу, викликане звуженням його дистального відділу (називається «кардією») та розширенням вищерозташованих відділів
Стеноз вихідного відділу	ускладнення виразкової хвороби, яке характеризується

шлунка	порушенням евакуаторної функції шлунка, затримкою їжі, блювотою, порушенням водно-електролітного балансу
Дуоденостаз	(син. хронічна дуоденальна непрохідність) патологія 12-палої кишки, яка супроводжується порушенням прохідності на рівні нижньо-горизонтальної її гілки
Езофаготонокіомографія	методика вимірювання скорочувальної спроможності стравоходу

6.2. Теоретичні питання до заняття:

25. Анатомія глотки.
26. Анатомія стравоходу.
27. Анатомія стравохідно-шлункового переходу.
28. Назвіть відділи стравоходу.
29. Назвіть внутрішню будову стравоходу.
30. Фізіологічні звуження стравоходу.
31. Фізіологія стравоходу.
32. Патогенез розвитку синдромів дисфагії та блювоти.
33. Характер блювоти при ШКК.
34. Дифдіагностика гострої кишкової непрохідності за характером блювоти.
35. Особливості блювоти при декомпенсованому стенозі воротаря.
36. Методи діагностики синдромів дисфагії та блювоти.
37. Диференціальна діагностика хірургічних захворювань черевної порожнини і нехірургічної патології.
38. Принципи лікування синдромів дисфагії та блювоти.
39. Показання до різних методів лікування синдромів дисфагії та блювоти.
40. Особливості хірургічних втручань при провідних синдромів дисфагії та блювоти.

6.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

17. зібрати і оцінити скарги хворого з синдромами дисфагії і блювоти, провести фізикальне обстеження і вірно трактувати отримані результати;
18. визначити раціональний об'єм лабораторних і інструментальних методів дослідження;
19. правильно трактувати результати клінічних аналізів, УЗД, КТ, рентгенологічних методів дослідження;
20. вміти надавати першу допомогу при синдромах дисфагії та блювоти;
21. визначити показання до операцій і іншим методам лікування хворих;
22. призначити передопераційну підготовку хворим;
23. вести післяопераційний період.

6.4. Зміст теми:

Актуальність теми	Синдроми дисфагії та блювоти є другими за частотою (після больового синдрому) ознаками гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. Дослідження характеру блювотиння, його частоти має важливе диференційно-діагностичне значення у постановці істинного діагнозу.
Класифікація	В залежності від локалізації (розташування) процесу виділяють: <ul style="list-style-type: none"> • рото-глоточну (порушена мимовільна фаза ковтання — утруднене поступлення їжі в стравохід); • глоточно-стравохідну (порушена немимовільна швидка фаза ковтання — утруднене проходження їжі в стравохід); • пищеводную дисфагію (порушена немимовільна повільна фаза ковтання— утруднене проходження їжі по стравоходу.
Заключення	Своєчасна профілактика та боротьба з синдромами дисфагії та блювоти, проведення комплексних засобів, пов'язаних з усуненням причини розвитку даних синдромів, дозволяє покращити прогноз життя і хвороби пацієнта

Ахалазія кардії

Визначення	хронічне захворювання, яке полягає у звуженні термінального відділу стравоходу, яке призводить до порушення прохідності їжі аж до виникнення повної непрохідності. Розвивається у будь-якому віці.
Етіопатогенез	порушення перистальтики виражається в асинхронних хаотичних скороченнях гладкої мускулатури середніх і дистальних відділів стравоходу. Їх амплітуда може бути різко знижена або, навпаки, збільшена.
Класифікація	1-я стадія – порушення внутрішньостінкового нервового сплетення стравоходу (сплетення Ауербаха), що координує його перистальтику зі скороченням і розслабленням кардіального замкача. Внаслідок патології ауербахового сплетення кардіальний замкач втрачає здатність до розслаблення. Настає стійкий езофагокардіоспазм. Розширення стравоходу відсутнє; 2-я стадія – відмічається престіотичне розширення стравоходу з компенсаторною гіпертрофією м'язів, що намагаються подолати перешкоди. 3-я стадія – характеризується тим, що у термінальному відділі стравоходу, який відповідає «вузькому місцю», відбуваються дегенеративні зміни у м'язах, які перетворюються на рубцеву тканину. Кардіоспазм перетворюється на стійкий рубцевий кардіостеноз. 4-я стадія – коли процес у термінальному відділі стравоходу завершено, триває розширення стравоходу, діаметр якого сягає 10 см і більше, ємкість збільшується до 1,5-2,0 л. Контури стравоходу зазнають химерної деформації і схожі на латинську букву S.
Клініка	пов'язані з дисфагією, яка у I – II стадіях має перехідний характер, у III IV стає постійною, ускладнюється сильним зригуванням. Їжа, яка затримується у стравоході, бродить, гние, неприємно пахне. Інфекція, що приєдналась, ускладнює захворювання езофагітом, який перебігає з печією, болем за грудиною або у спині. У III IV стадіях пацієнти худнуть, слабшають, зазнають виснаження і зовні нагадують хворих із за давненою злоякісною пухлиною

Діагностика	грунтується на анамнестичних результатах рентгенологічного і/або ендоскопічного дослідження стравоходу. Головною скаргою є дисфагія, виразність якої залежить від стадії захворювання. Рентгенологічна картина характеризується значним розширенням стравоходу (здебільшого конічним), а саме його термінального відділу.
Лечебная тактика	На перших стадіях хвороби проводять маніпуляції, спрямовані на розширення звуженої ділянки. Процедуру виконують спеціальним інструментом - дилатором Штарка. У хворих на I–II стадії хвороби езофагокардіодилатація дає добрі наслідки. Пацієнти охоче піддаються цій процедурі, яка є привабливою альтернативою хірургічній операції. Разом із тим езофагокардіодилатація є вельми небезпечною. Силуване розширення звуженої ділянки може призвести до розриву стравоходу, що потребує невідкладної операції. Реконструкція ушкодженого сегмента є нелегким технічним завданням, що ускладнюється неминучим медіастинітом чи перитонітом, тяжким станом хворого. У III–IV стадіях лікування тільки хірургічне. Операція нескладна, але дуже витончена. У поздовжньому напрямку розтинають рубцевий футляр над вузьким місцем. Оскільки до процесу рубцювання втягується тільки м'язовий шар, то після поздовжнього розтину рубця краї його розходяться й звільняють від 1/2 до 2/3 периметра слизового шару. До стравоходу вводять товстий шлунковий зонд, який після звільнення циліндра слизової оболонки від рубців вільно проникає через кардію у шлунок. Тепер залишається лише вкрити оголену слизову оболонку. Це виконується шляхом зшивання країв розсіченого рубця у поперечному напрямку (спосіб Готтштейна-Шалімова) або з допомогою шматка діафрагми на ніжці (спосіб Петровського) чи підтягнутого до дефекту дна шлунка (спосіб Суворової).

Рефлюкс-езофагіт

Класифікація	<p style="text-align: center;">Класифікація Ю.Е. Березовой и Е.В. Потемкиной(1965):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рефлюкс-езофагіти, пов'язані з анатомічними порушеннями положення кардії (грижі стравохідного отвору діафрагми, короткий стравохід). 2. Рефлюкс-езофагіти, пов'язані з порушенням функції кардії при її нормальному анатомічному розташуванні (після різних оперативних втручань на стравоході, кардії або шлунку). 3. Рефлюкс-езофагіти вторинного походження (блювота вагітних, тривала втрата свідомості, неврологічні захворювання, зяяння кардії при варикозному розширенні вен стравоходу тощо). <p style="text-align: center;">Ступені тяжкості рефлюкс-езофагіту (Б.П. Петровский, 1986)</p> <p>I ступінь – легкий (гіперемія, набряк слизової оболонки стравоходу).</p> <p>II ступінь – середній (наявність поверхневих ерозій, виразок та фібринозних нашарувань).</p> <p>III ступінь – тяжкий (хронічні виразки на слизистій оболонці стравоходу, фіброз і укорочення стравоходу).</p> <p>IV ступінь (стравохід Баррета) - пептична стриктура стравоходу (прогресуючий фіброз з утворенням стриктур, пенетруючі виразки стравоходу).</p>
--------------	--

Клініка	Спочатку це захворювання проявляється у формі печії. Для цього захворювання також характерні больові відчуття в грудній клітці. Часто вони можуть віддавати на шию, спину, нижню щелепу, ліву сторону грудної клітки. Люди похилого віку часто плутають рефлюкс- езофагіт зі стенокардією. З симптомів хворі також можуть відчувати «тяжкість» в животі, неприємні відчуття в горлі - так, ніби в ньому застряг клубок, їм важко ковтати. Супроводжує це захворювання і частий відриг повітрям, тухлим, кислим запахом, що йде з рота, обкладений язик.
Діагностика	-Клінічна картина, -контрастна рентгеноскопія, -ФГДС, -езофагоманометрія
Лікування	Консервативне, при стравоході Баррета – оперативне або ендоскопічне

Хімічні опіки стравоходу

Класифікація	<p><i>Ступені непрхідності стравоходу після хімічних опіків</i></p> <p>Від глибини ураження тканини розрізняють 3 ступеня опіку стравоходу:</p> <p>1 ступінь - ушкоджуються поверхневі шари епітелію;</p> <p>2 ступінь - ушкоджуються та омертвіють більш глибокі шари слизової оболонки;</p> <p>3 ступінь - некроз всієї слизової оболонки, підслизового та м'язового шарів.</p> <p>Виділяють 4 стадії морфологічних уражень стінки стравоходу.</p> <p>1 - гіперемія та набряк слизової оболонки.</p> <p>2 - утворення виразок та грануляцій, настає через 10-14 днів та триває декілька тижнів.</p> <p>3 - утворення рубців, які можуть бути поверхневими, у вигляді перетинок та клапанів, або грубими, кальозними.</p> <p>4 - утворення звужень різного ступеня, стадії рубцювання та стенозування тривають від двох місяців до декількох років.</p>
--------------	---

Ступені пілородуоденального стенозу і характер порушень моторно-евакуаторної функції шлунка

Стадії	Компенсований	Субкомпенсований	Декомпенсований
Клінічні	Рідкі (кілька разів на місяць) блювання їжею. Проба з зондом(+). Лікування консервативне.	Періодичні блювати. Проба з зондом (++) , застійний вміст. Лікування консервативне або ендоскопічна балонна дилатація.	Загальний стан важкий, схуднення, зневоднення, гіпопротеїнемія, гіпокаліємія, азотемія, алкалоз. Постійне блювання, у т.ч. їжею, з'їденою кілька днів тому. Проба з зондом (+++).
Рентгенологічні	Затримка евакуації до 6-12 год.	Затримка евакуації до 12-24 год.	Шлунок різко розширений, зміщений у малий таз внаслідок великої кількості вмісту.

			Затримка евакуації понад 24 год.
Ендоскопічні	Рубцева деформація пілородуоденального каналу з звуженням просвіту до 1 см, ендоскоп проходить з трудом.	Рубцева деформація пілородуоденального каналу з звуженням просвіту до 0,5 см, дитячий ендоскоп проходить з трудом.	Виражена рубцева деформація пілородуоденального каналу з звуженням просвіту менше 0,5 см, ендоскоп не проходить.

7.Завдання для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю (тестові)

- Симптом "мокрої подушки" характерний для:
 - Ахалазії кардії.
 - Перфорації стравоходу.
 - Защемленої параезофагальної грижі.
 - Стравохідно-трахеальної нориці.
- Рефлюкс- езофагіт є провідним симптомом при:
 - Ахалазії кардії.
 - Ковзній грижі стравоходного отвору діфрагми.
 - Защемленій параезофагеальній грижі.
 - Дивертикулі стравоходу.
 - Релаксації діафрагми.
- Операція Гелера виконується при
 - Ковзній грижі стравоходного отвору діфрагми
 - Параезофагеальній грижі стравоходного отвору діфрагми
 - Дивертикулі стравоходу.
 - Релаксації діафрагми
 - Ахалазії кардії
- При ахалазії кардії 4 ст.виконується :
 - Кардіоміотомія
 - Фундоплікація
 - Езофагогастроанастомоз
 - Пластика стравоходу і шлунка
- Консервативне лікування при ахалазії стравоходу проводять в стадії:
 - Рубцевого стенозу
 - Кардіоспазму
 - Стійкого спазму
 - Гігантського стравоходу
- Симптом "полум'я перевернутої свічки" характерен для:
 - Ковзної грижі стравоходного отвору діфрагми
 - Дивертикулу стравоходу
 - Інородного тіла стравоходу
 - Ахалазії стравоходу
- Основною рентгенологічною ознакою виразки шлунка є

- A - дефект наповнення
- B - симптом "ніші"
- C - конвергенція складок
- D - шрамова деформація

8. Які ферменти продукує шлунок?

- A. Гастрин
- B. Гастрон
- C. Трипсин
- D. Пепсин
- E. Ліпазу

9. Найбільш інформативними методами діагностики виразки шлунка є:

- A - фіброгастроскопія
- B - ультразвукове дослідження
- C - рентгенографія шлунка
- D – біопсія

10. Для тривалого дослідження шлункової секреції використовують:

- A – внутрішньошлункову рН-метрію
- B - гістаміновий тест Кея
- C - бензидиновий тест
- D - інсуліновий тест Холландера

11. Операцією вибору при виразці ДПК є:

- A - резекція шлунка
- B - резекція ДПК
- C - селективна проксимальна ваготомія
- D - операція Макі-Шалімова
- E – дуоденопластика, доповнена курсом протирецидивного лікування

12. Які хронічні ускладнення виразкової хвороби є показаннями до оперативного втручання?

- A. Пенетрація гігантської виразки шлунка в малий сальник, органічний стеноз воротаря в стадії декомпенсації
- B. Пенетрація, стеноз воротаря в стадії субкомпенсації, хронічне периульцерозне запалення
- C. Пенетрація, стеноз воротаря в стадії суб- або компенсації, хронічний гастрит
- D. Виразка шлунка та ДПК
- E. Функціональний декомпенсований стеноз воротаря

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	B	C	C	B	D	B	D	A	A	E	A

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

- У хворого після нервового перенавантаження з'явилося відчуття утрудненого проходження їди по стравоходу, відчуття здавлення за грудиною після їжі, що поступово змінилося розпираючим болем і відригом. Про яке захворювання можна в першу чергу думати? Яке обстеження необхідно призначити? Лікувальна тактика?
- Хворий 27 років поступив у важкому стані з нападом судом. Багато років хворіє на виразку дванадцятипалої кишки. У останніх 2 місяці майже щодня була блювота кислим вмістом. За цей час схуд на 15 кг. Об'єктивно: нижня межа шлунку на 5-6см нижча за пупок. Аналіз крові : загальний білок сироватки крові - 42 г/л, гематокрит -

- 59%, калій сироватки крові - 2,8 ммоль/л, натрій - 124 ммоль/л, хлор - 84 ммоль/л, сечовина - 12,6 ммоль/л. Яке ускладнення виразкової хвороби розвинулося у хворого?
3. Хворий 30 років поступив в приймальне відділення у важкому стані з нападом судом. Багато років страждає виразковою хворобою. У останніх 4 місяці майже щодня була блювота кислим вмістом. За цей час схуд на 15,5 кг Об'єктивно: нижня межа шлунку на 7см нижча за пупок. Аналіз крові : загальний білок сироватки крові - 41,8 г/л, гематокрит - 59%, калій сироватки крові - 2,4 ммоль/л, натрій - 122 ммоль/л, хлор - 86 ммоль/л. У яке відділення доцільно госпіталізувати хворого?
 4. Хворий 40 років звернувся до лікарні із скаргами на відчуття повноти в епігастрії, відриг повітрям, блювоту кислим вмістом. Вказані явища за останній місяць поступово наростають. Схуд на 4 кг Впродовж 6 років страждає виразковою хворобою. Об'єктивно: живіт при пальпації м'який, безболісний. Нижня межа шлунку знаходиться на 2-3см нижче за пупок. У аналізі крові : еритроцити - $4,3 \times 10^{12}/л$, загальний білок сироватки крові - 60 г/л, гематокрит - 50%. Який найбільш інформативний метод діагностики?
 5. Хворий 42 років поступив в хірургічне відділення із скаргами на відчуття тягаря і повноти в епігастральній ділянці, відриг, щоденну блювоту, загальну слабкість, схуднення за останній місяць на 3 кг Впродовж 3 років страждає виразковою хворобою. Об'єктивно: живіт при пальпації м'який, безболісний. Нижня межа шлунку знаходиться на 4см нижче за пупок. У аналізі крові : еритроцити - $4,2 \times 10^{12}/л$, загальний білок сироватки крові - 60 г/л, гематокрит - 53%. При ФГДС ендоскоп не може пройти через ДПК внаслідок її звуження, при рентгенологічному дослідженні шлунка барій затримується більше 24 год. Який план дій?

Правильні відповіді

№ задачі	Правильна відповідь
1	Ахалазія кардії. Дообслеження: ФГДС, контрастна езофагоскопія. При підтвердженні діагнозу – пневмокардіодилатація, при неефективності кардіоміотомія за Гелером – Шалімовим.
2	Органічний стеноз вихідного відділу шлунка в стадії декомпенсації
3.	Реанімаційне для передопераційної підготовки
4.	ФГДС з наступним рентгенконтрастним дослідженням евакуаторної функції шлунка
5.	Передопераційна підготовка з врахуванням показників водно-електролітного балансу, противиразкова терапія, декомпресії шлунка впродовж 4-5 днів, операція дуоденопластика, доповнена противиразковою терапією

Література

1. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов / Под редакцией члена-корр. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко. - СПб: "Специальная литература", 1998. - 517 с.
2. Частная хирургия / Учебник под редакцией профессора М. И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1991.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник. - М.: Медицина, 1997. - 672с.
4. Хирургия пищеварительного тракта. Шалимов О. О., Саенко В. Ф.- "Здоровье" Киев, 1987, - 567 с.
5. Саенко В.Ф., В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, С.Г. Четвериков. Современные методы лечения язвенной болезни.- Киев, "Здоров'я", 2002.- 271 с.
6. Василюк М. Д., Нейко Є.М., Шевчук А.Г. Осложненные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.- 1998.- с. 228.

ТЕМА 10. СИНДРОМ КИШКОВОЇ ДИСФАГІЇ ТА ПОРУШЕННЯ АКТУ ДЕФЕКАЦІЇ. ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ

1. Актуальність теми:

Найбільш часто зустрічаються два прояви порушення функції кишечника при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини: **1) затримка стільця і газів; 2) пронос (діарея).**

Затримка стільця і газів може бути гострою та хронічною. Гострі порушення евакуації кишкового вмісту найбільш часто виникають при гострій кишковій непрохідності та перитоніті. При гострій затримці стільця і газів хворий чітко фіксує на цьому факті свою увагу. Однак при поступовому (хронічному) розвитку наведеного симптому порушення функції кишечника трактується як закріп, що особливо не привертає уваги лікаря-хірурга.

ЗАКРЕПИ – рідкі акти дефекації, в основі яких лежить уповільнення проходження вмісту через кишковий тракт та його застій. Виділяють функціональні та органічні закрепи, а також хронічні та гострі. Розвитку *функціональних закрепів* сприяють (голод; вживання малої кількості рідини; їжа, бідна на шлаки; гіподинамія; слабкість черевного пресу у повних та похилих пацієнтів, вагітних; страх внаслідок болючості акту дефекації при геморої, анальній тріщині, інших захворюваннях прямої кишки); психічні фактори; вживання деяких ліків (барбітуратів, гіпотензивних засобів тощо). До *органічних закрепів* перш за все слід віднести пухлині ураження товстої кишки. Для даної недуги характерно чергування закрепів з проносами (ознаки часткової obturaції просвіту кишки пухлиною). Механізм цього явища полягає у тому, що кишковий вміст, що накопичується над місцем звуження викликає подразнення кишкової стінки з наступною ексудацією, внаслідок чого розжижені калові маси проходять через звужену ділянку кишки. Подібні симптоми можуть виникати при будь-якому звуженні кишки (пухлини, запалення, спайки, післяопераційні рубці тощо). Усі ці захворювання згідно своїй локалізації можуть викликати переймиподібний біль та здуття живота, диспепсичні прояви (нудота, блювота), часткову або повну непрохідність кишечника. Часткова кишкова непрохідність перебігає з закрепами по *хронічному типу*. При повному перекритті пухлиною або іншим чинником просвіту кишки газу не виділяються, стілець відсутній. У даному випадку мова йдеться про *гострий закріп*. Гострий закріп можуть викликати гострі захворювання органів черевної порожнини та заочеревинного простору (гострий апендицит, холецистит, панкреатит, перфоративна виразка шлунка та ДПК, странгуляційна кишкова непрохідність, защемлена грижа, ниркова колька тощо), лихоманка, порфірія, свинцеве отруєння. Клінічно такий закріп проявляється також явищами кишкової непрохідності.

ПРОНОС (ДІАРЕЯ) – часте виділення рідкого калу. Найбільш частою причиною проносу є досить швидке проходження кишкового вмісту через кишки. Виділення рідкого калу за звичай супроводжується частими актами дефекації, однак пронос може спостерігатись і при одноразовому акті дефекації за добу. Багаторазове щоденне виділення нормального за консистенцією калу не вважається проносом. Основні механізми виникнення проносу можна звести до трьох: 1) підвищена мотильність кишок; 2) зниження властивостей товстої кишки всмоктувати рідину; 3) розжиження стільця внаслідок посиленого виділення стінкою кишки рідини. Причинами цих явищ можуть бути нервові, гормональні, запальні, пухлинні чинники, які реалізуються через розвиток токсикозу, алергії, дефіциту вітамінів, ензимопатії тощо. Так, при гострій хірургічній патології, пронос може бути наслідком як токсичного подразнення очеревини при гострому розповсюдженому перитоніті, так і симптомом місцевого гнійного процесу у черевній порожнині (абсцесу малого тазу). Слід пам'ятати, що тривала діарея, як і блювота, викликає важкі порушення кислотно-лужного та водно-електролітного балансів.

Пронози поділяються на органічні та функціональні. Про *функціональний характер* проносу, який непокоїть хворого багато тижнів, свідчить в цілому задовільний стан пацієнта, відсутність дефіциту маси тіла, ранковий час їх виникнення (після просинання). У даному випадку ефективною є зміна обстановки, відмічається хороший ефект симптоматичного лікування. У той час, як зниження ваги, ексікоз, погане самопочуття хворого, вказують на *органічний характер* захворювання. Такі проноси часто бувають нічними (хворий прокидається внаслідок позивів на дефекацію).

Важливим є *характер калових мас* при діарей (колір, запах, консистенція, домішки (кров, слиз, частинки неперетравленої їжі тощо). Для функціональної діареї характерними є домішки слизу у калі, при органічному характері проносу у калі часто міститься кров або гній. Світлі та пінисті випорожнення без домішок слизу та крові типові для бродильних процесів, а кашцеподібні або темно-коричневі з гострим гнилісним запахом – для гнилісної диспепсії. Особливим видом діареї є кривавий стілець (мелена) при ШКК.

ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ. Дана недуга характеризується порушенням пасажу вмісту кишечника внаслідок obturaції його просвіту, а також порушенням кровопостачання брижі кишечника. Найбільш зручною є класифікація непрохідності, згідно якій виділяють динамічну (спастичну та паралітичну) та механічну (странгуляційну, obturaційну та змішану) кишкову непрохідність. В залежності від рівня обструкції існує висока (ДПК, тонка кишка) та низька (товста кишка) непрохідність. Клініка кишкової непрохідності залежить від механізму її розвитку та рівня обструкції кишки. Спастична кишкова непрохідність виникає внаслідок спазму однієї або кількох ділянок кишечника аскаридами (дія аскарідо токсину), отруєння свинцем, подразнення кишкової стінки інородних тілом, грубою їжею тощо. Майже в усіх випадках динамічної непрохідності спочатку превалює спазм, який згодом часто змінюється явищами паралітичного характеру. Паралітична кишкова непрохідність завжди буває вторинною, обумовлена рефлекторним впливом або дією на кишкову іннервацію токсинів при перитоніті, забоях живота, крововиливах у брижу та заочеревинний простір, інфаркті міокарду, вживанні наркотиків та препаратів, пригнічуючих кишкову перистальтику. Странгуляційна непрохідність виникає внаслідок вузлуотворення кишечника, завороту кишки, компресії ділянки кишки та частини її брижі зовні з порушенням місцевого кровообігу, при різних видах защемлення. Obturaційну непрохідність спричинюють закупорка кишки інородних тілом, травними масами, жовчними (синдром Бувере) та каловими каменями, клубком аскарид, пухлиною, як внутрішньо та і зовні. До змішаних форм механічної кишкової непрохідності відносять інвагінацію та спайкову непрохідність.

У клініці гострої непрохідності кишок розрізняють три періоди. *Перший період*, або початкова стадія, в залежності від виду та характеру захворювання продовжується 2-12 год. Домінуючим симптомом у цьому періоді, особливо при странгуляційній непрохідності, є біль, який носить переймиподібний характер. Крім больового синдрому в залежності від рівня непрохідності у хворого з'являються або диспепсичні розлади (нудота, блювота), або порушення випорожнення кишечника (затримка відродження газів та калу). Диспепсичний синдром є ранньою ознакою високої кишкової непрохідності, а порушення випорожнення кишечника – низької. Блювота виникає спочатку їжею, потім жовчю. *Другий період*, або проміжна стадія, характеризується гемодинамічними порушеннями (тахікардія, гіпотонія). Тривалість його 12-72 год. Біль стає постійним. Наступає повна затримка стільця та газів, виникає багаторазова блювота. Наростають явища дегідратації організму. У *третьому періоді* (понад 72 год.) стан хворого розцінюється, як вкрай важкий, з'являються явища інтоксикації та перитоніту. Блювота носить каловий характер. Прогресує тяжке зневоднення організму, важкі гемодинамічні порушення. Температура тіла висока. Прогноз на третій стадії вкрай несприятливий.

Важливе значення у діагностиці кишкової непрохідності має ретельно зібраний анамнез (перенесені раніше запальні захворювання, операції на органах черевної порожнини, відкриті та закриті пошкодження живота тощо). У постановці діагнозу допомагають характерні скарги хворого, дані фізикального дослідження. Одним з

найбільш постійних симптомів кишкової непрохідності є здуття живота. У частини хворих виявляється асиметрія живота, яка частіше характерна для странгуляційної непрохідності. Нерідко через черевну стінку видно одну або кілька роздутих кишкових петель (симптом Валя). Важливою ознакою гострої кишкової непрохідності служить видима перистальтика кишок. При штовхоподібному натисканні на передню черевну стінку при наявності стазу у кишці виникає „шум плеску” (симптом Склярєва). Перкуторно над роздутими петлями визначається тимпаніт. При странгуляційній кишковій непрохідності досить часто виявляється випіт, яки зумовлює притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях. Аускультативно на початку захворювання можна визначити ослаблення перистальтики. Відсутність перистальтики свідчить про параліч кишечнику (паралітична непрохідність), некроз кишкових петель, перитоніт. У важких випадках при аускультатії через передню черевну стінку чітко прослуховуються дихальні та серцеві тони (симптом Лотейсена). Важливе значення має пальцьове дослідження прямої кишки, яке дозволяє визначити стан прямої кишки, наявність у ній калових мас, інородних тіл, пухлини. При інвагінації, гострому порушенні мезентеріального кровообігу у прямій кишці виявляють кал з кров'ю. Дуже цінною діагностичною ознакою при кишковій непрохідності є балоноподібне здуття пустої ампули прямої кишки та зяання сфінктера (симптом Обухівської лікарні). Важкі морфологічні та біохімічні зміни крові пацієнта при її лабораторному дослідженні спостерігаються на пізніх стадіях захворювання. Олігурія є ознакою важкого зневоднення організму, а анурія – поганою прогностичною ознакою. Диференційну діагностику при гострій кишковій непрохідності проводять з усіма гострими захворюваннями черевної порожнини.

З додаткових методів обстеження важливе значення має оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, при якій у черевній порожнині виявляються горизонтальні рівні рідини (чаші Клойбера). За локалізацією чаш, а також за співвідношенням висоти рівня газу до довжини горизонтального рівня рідини можна встановити вид непрохідності (наприклад, для тонкокишкової непрохідності чаші знаходяться переважно у центральних відділах черевної порожнини, а висота рівня газу у кишці завжди менша довжини горизонтального рівня рідини). При частковій кишковій непрохідності застосовують контрастне рентгенологічне дослідження за допомогою барієвої суміші через рот з наступним динамічним дослідженням його пасажу по кишечнику або за допомогою барієвої клізми та подальшим динамічним рентгенівським спостереженням. Іригографія, як і ендоскопічні методики (ректороманоскопія, фіброколоноскопія), показана при наявності у хворого клінічних ознак товстокишкової непрохідності.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ (НВК) — хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомої етіології, яке характеризується геморагічно-гнійним запаленням слизової оболонки, що розповсюджується проксимально від прямої кишки та супроводжується розвитком місцевих і системних ускладнень. Частота ВК коливається від 5 до 11 випадків на 100 000 населення, поширеність — від 28 до 117 на 100 000. Початок захворювання звичайно спостерігається між 15 та 40 роками, другий пік захворюваності припадає на віковий період 50–80 років. Незважаючи на те що етіологія захворювання залишається невизначеною, в останні роки значний прогрес досягнуто у вивченні імуногенетичної теорії походження ВК. Вірусною або бактеріальною причиною можна пояснити тільки гострий початок захворювання, а пояснення хронічного перебігу хвороби слід шукати в імунологічних порушеннях.

ХВОРОБА КРОНА - це захворювання, що характеризується виникненням гранульоматозного запального процесу, в результаті перебігу якого згодом поразки можуть бути схильні ті чи інші відділи кишечника. Хвороба Крона, симптоми якого ми розглянемо в сьогоднішній статті, при зазначеному варіанті течії в основному вражає тонку кишку (її кінцевий відділ). Розвинутих хвороба Крона може у будь-якої людини, навіть абсолютно здорову, причому - незалежно від віку і статі.

2. Конкретные цели:

2.1. **Знати:** основні положення етіології, патогенезу, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих на НВК, ХК, ГКН, дивертикулярну хворобу і функціональний мегадоліхоколон, методи лікування.

2.2. **Уміти:** збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, викнувати пальпацію, перкусію і аускультацию, вибирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики і лікувальну тактику при НВК, ХК, ГКН, дивертикулярній хворобі і функціональному мегадоліхоколоні.

2.3. **Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:** вміти інтерпретувати отриману діагностичну інформацію, правильно її аналізувати і на основі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювання і наявності ускладнень.

2.4. **Виховні цілі:** сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на синдроми дисфагії, блювоти, оволодіти умінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасні та правильні професійні дії.

3. Базові знання, уміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(междисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни: анатомія, топографічна анатомія, фізіологія патфізіологія, біохімія пропедевтика внутрішніх хвороб рентгенологія	Анатомію товстої кишки и морфологічні зміни в ній у випадку запалення; основні функції товстої кишки, особливості перебігу фізіологічних процесів і патофізіологічних процесів в товстій кишці у випадках запалення; основні клінічні лабораторні і рентгенологічні симптоми захворювань товстої кишки, рентгенологічні методи обстеження кишечника.	Визначати анатомію товстої кишки, фізіологічні патофізіологічні процеси в товстій кишці, клінічні і рентгенологічні симптоми захворювань товстої кишки. Проводити клінічну діагностику захворювань кишечника вибирати необхідні методи лабораторних досліджень; аналізувати і інтерпретувати результати рентгенологічних методів обстеження кишківника.

Наступні дисципліни: госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія.	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики НВК, хвороби Крона, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколона, диференціальну діагностику даної патології, її тактику лікування, схеми консервативної терапії, абсолютні і відносні свідчення до операції, прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколона, вибір оптимальних способів їх лікування і адекватних методів знеболення при операціях на товстій кишці.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питома вага НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколона в структурі хірургічних захворювань кишечника, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, результати і наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність і результати лікування НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколона, використовувати методи профілактики, запобігання ускладненням і післяопераційним рецидивам.

4.1. Перелік практичних навичок по темі і ступінь їх засвоєння студентами:

№	Назва обов'язкових навичок по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Оволодів	Оволодів
1.	Збирати скарги і анамнез у хворих с НВК, ХК, дивертикулярною хворобою ободової кишки, ГКН і функціональним мегадоліхоколоном		+	
2.	Формулювати діагноз НВК, ХК, ГКН		+	
3.	Проводити фізикальне обстеження хворих з НВК, ХК, дивертикулярною хворобою ободової кишки, ГКН і функціональним мегадоліхоколоном			+
4.	Проводити проктологічний огляд даної категорії хворих: - огляд перианальної ділянки; - пальцьове дослідження прямої кишки; - дослідження анального каналу в ректальних дзеркалах і аноскопом; - ректороманоскопію.			+
3	Проводити диференціальну діагностику НВК, ХК, дивертикулярною хворобою ободової кишки, ГКН і функціональним мегадоліхоколоном с іншими захворюваннями кишечника		+	

4	Визначати лікувальну тактику		+	
5	Визначати схеми консервативної терапії при НВК, ХК, дивертикулярною хворобою ободової кишки, ГКН і функціональним мегадоліхоколомом		+	
6	Визначати абсолютні і відносні показання до операції		+	

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми відносно підготовки до нього.

4.2.Методичне забезпечення заняття 1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття : питання, тестові завдання II рівня, завдання III рівня. 2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття : орієнтовні карти для формування практичних умінь і навиків, учбові завдання III рівня, тести III рівня.3.Матеріали контролю для завершального етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня. 4.Матеріала методичного забезпечення самопідготовки студентів : орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити: 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	
3.Класифікацію	Засвоїти класифікацію НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	
4.Клініку	Вміти детально аналізувати характер, частоту, кількість вмісту, співвідносячи дані до конкретної нозології.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів обстеження, які необхідні для діагностики НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	
6.Диференціальную діагностику	Заповнити таблицю диференціальної діагностики НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби і функціонального мегадоліхоколону	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння відміченими професійними вміннями і навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконувати у наведеній послідовності</i>	Разрізняти перкуторні звуки, форму, симетричність живота, участь його в акті дихання.

на НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби функціонального мегадоліхоколона	Огляд, перкусію, пальпацію і аускультацию	
Навчитися правильно оцінювати і інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих	Рентгенографія Ендоскопія	Диференціювати об'ємні утвори черевної порожнини, наявність патологічних змін з боку слизової верхніх відділів ШКТ, наявність патологічного вмісту в черевній порожнині. Розрізнати характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику при НВК, ХК, ГКН, дивертикулярної хвороби функціонального мегадоліхоколона	Консервативна терапія Хірургічне лікування	Критерії ефективності консервативного лікування, перерахувати групи препаратів базової і підтримуючої терапії, встановити свідчення до операції; Особливості передопераційної підготовки, назвати види оперативних втручань що є оптимальними для хірургічного лікування патології товстої кишки, назвати гострі ускладнення патології товстої кишки, які підлягають хірургічному лікуванню, види операцій, які при цьому показані.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями і планом заняття.

Провести стандартизований контроль начального рівня підготовки студентів.

5.2.Основной етап - повинен бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності в залежності від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють с метою формування нових знань, умінь, практичних навичок у відповідності до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на даному етапі є рішення ситуаційних задач, відображення графіків, рисунків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними и структурованими, виконувались в письмовому вигляді і перевірялись викладачами під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюючи поточну діяльність кожного студента протягом заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів,

об'являється оцінка діяльності кожного студента і виставляється в журнал обліку відвідувань та успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки в відомість обліку успішності і відвідувань занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичних прийомах відносно підготовки до нього.

6.Завдання для самостійного вивчення під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Поняття	Визначення
Закреп	рідкі акти дефекації, в основі яких лежить уповільнення проходження вмісту через кишковий тракт і його застій.
Пронос (діарея)	часте виділення рідкого калу
Неспецифічний виразковий коліт	хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомої етіології, яке характеризується геморагічно-гнійним запаленням слизової оболонки, яка поширюється проксимально від прямої кишки і супроводиться розвитком місцевих і системних ускладнень..
Хвороба Крона	гостре неспецифічне аутоімунне запальне захворювання, що найчастіше приголомшує термінальний відділ тонкої кишки, хоча може виявлятися в будь-якому відділі травного тракту
Дивертикул	грижеподібне випинання стінки порожнистого органу
Дивертикульоз	наявність множинних або одиночних дивертикулів товстої кишки.
Мегадоліхоколон	значне розширення і подовження ободової кишки

6.2. Теоретичні питання до заняття:

6.2.Теоритические вопросы к занятию:

1. Назвіть анатомічні відділи товстої кишки.
2. Яка особливість морфологічної будови стінки ободової кишки?
3. Вкажіть особливості кровопостачання ободової кишки.
4. Назвіть основні фізіологічні функції товстої кишки.
5. Назвіть морфологічні відмінності товстої кишки від тонкої.
6. Назвіть ознаки колітичного синдрому.
7. Назвіть ваговиті морфологічні ознаки відмінності неспецифічного виразкового коліту і хвороби Крону.
8. Назвіть клінічні ознаки неспецифічного виразкового коліту.
9. Назвіть позакишкові прояви неспецифічного виразкового коліту.
10. Етіопатогенез неспецифічного виразкового коліту.
11. Методи інструментальної діагностики неспецифічного виразкового коліту.
12. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу I міри неспецифічного виразкового коліту.
13. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу II міри неспецифічного виразкового коліту.
14. Назвіть ендоскопічні ознаки активності процесу III міри неспецифічного виразкового коліту.
15. Що визначає індекс Беста?
16. Визначити схему лікування I міри активності неспецифічного виразкового коліту.
17. Назвіть ускладнення неспецифічного виразкового коліту.
18. Які є покази до хірургічного втручання при неспецифічному виразковому коліті?

19. Які ви знаєте методи хірургічного лікування хворих виразковим колітом?
20. Назвіть рентгенологічні ознаки дивертикульозу товстої кишки.
21. Які клінічні особливості відрізняють хворобу Крону від неспецифічного виразкового коліту?
22. Чи потрібна біопсія слизової оболонки кишки при хворобі Крону?
23. Назвіть рентгенологічні ознаки хвороби Крону.
24. Визначите поняття дивертикульозу і дивертикуліта.
25. Назвіть клінічні ознаки дивертикуліта товстої кишки.
26. Лікувальна тактика при дивертикульозі і дивертикуліті.
27. Коли слід використовувати хірургічні методи лікування при дивертикульозі товстої кишки?
28. Які ви знаєте хірургічні методи лікування хворих дивертикульозом?
29. Чи потрібна біопсія при встановленні діагнозу дивертикулярної хвороби?
30. Провести диференціальну діагностику дивертикульозу товстої кишки і виразкового коліту.
31. Чи має синдром знервованої товстої кишки в основі патогенезу хронічне запалення слизової оболонки?
32. Назвіть клінічні ознаки синдрому знервованої товстої кишки.
33. Чи будуть характерними для синдрому знервованої товстої кишки при проведенні ірригографічного обстеження : дефект наповнення, мішкоподібне випинання стінки кишки?
34. Що означає антибіотикоасоційована діарея?
35. Хронічний колостаз які має клінічні прояви?
36. Показана до колектомії при хронічному колостазі?
37. Пневматоз товстої кишки який має клінічні прояви?
38. Чи можлива затримка акту дефекації до 3-5 діб при синдромі роздратування товстої кишки?
39. При фіброколоноскопії можливо відрізнити хворобу Крону від виразкового коліту?
40. Ректороманоскопія і ректоскопія - рівнозначні інструментальні дослідження?
41. Які лікувальні і діагностичні можливості ендоскопічних досліджень?
42. Чи потрібне бактеріологічне дослідження калу при діарейному синдромі, для чого?

6.4.Зміст теми:

Графологічні структури теми.

Неспецифічний виразковий коліт

Визначення	хронічне запальне захворювання товстої кишки невідомої етіології, яке характеризується геморагічно-гнійним запаленням слизової оболонки, яка поширюється проксимально від прямої кишки і супроводиться розвитком місцевих і системних ускладнень..	
Етіологія	НБК є ідіопатичною хворобою. Чинниками ризику є генетичні розлади (спадковість), інфекція (персистенція вірусів, зокрема цитомегаловірусів), зміни в імунному апараті товстої кишки, чинники довкілля, харчова алергія, психогенні травми.	
	Гіпотези НБК	
	Гіпотеза механізмів первинного ураження	Докази
	Первинними є зміни кишкового епітелію	<ul style="list-style-type: none"> - структурні і функціональні зміни крипт і війок; - навіть під час ремісії не поновлюються нормальні

		співвідношення періодів дегенерації і регенерації.
	Первинними є розлади мікроциркуляції в стінці кишки	<ul style="list-style-type: none"> - стійкий набряк інтерстиціального простору; - діapedезні і дійсні геморагії в слизистій оболонці; - зсув фаз тканинного кровообігу під час ангиографії; - десквамація ендотелію, некрози стінок інтраорганних судин.
	Первинними є зміни систем імунітету	<ul style="list-style-type: none"> - високий титр антитіл, цитотоксичних до епітелію товстої кишки, які перехресний реагують з антигенами E.coli; - наявність антитіл до деяких білок молока, власних Т- і В-лімфоцитів, цитомегаловірусів; - порушення співвідношення NK - клітин.
	Первинною є "помилка" в генетичному коді	- порушення структури ДНК в локусі В- 27 МЧС, яке зустрічається в 40 % пацієнтів з НВК.
	Первинним є порушення кишкової екології	<ul style="list-style-type: none"> - дизбактеріоз; - ієрсиніоз; - персистенція вірусів в епітелиальних клітинах товстої кишки.
Патогенез	<u>НВК розглядають як дифузне запальне захворювання, при якому первинно ушкоджується слизиста оболонка прямої кишки з подальшим поширенням процесу в проксимальном напрямі. Ці зміни супроводяться як порушення функції товстої кишки (колітичний синдром), так і позакишковими проявами хвороби.</u>	
Класифікація	Залежно від поширення розрізняють наступних типів поразок : сегментарний (проктит, проктосигмоїдіт), лівобічний, субтотальний, тотальний. Виділяють наступні форми хвороби : блискавичну, гостру, хронічно-рецидивуючу, хронічно-безперервну (що прогресує). Міра активності запалення слизистої оболонки може бути мінімальною, помірною і значною. Є три міри тягаря НЯК : легкий, середній і важкий.	
Діагностика	Основний прояв хвороби - колітичний синдром, який супроводиться діареєю і патологічними домішками в стільці (слиз, гній, кров). Тягар коліту корелює з кількістю дефекації в добу: <ul style="list-style-type: none"> - до шести разів - легка; - 6-12 разів - середня; - більше 12 разів - важка. Форма перебігу хвороби залежить від тривалості періодів загострення і ремісії : <ul style="list-style-type: none"> - гостра - виникає важкий тотальний коліт, який триває менше шести місяців; - хронічно-рецидивуюча - загострення тривають до 6 місяців, а ремісії - не менше 4 місяців; - хронічно-безперервна (що прогресує) - загострення більше 6 місяців, а ремісії - менше 4 місяців. Об'єктивний огляд хворого, пальпація черевної стінки є малоінформативною для діагностики, проте є важливими 	

	<p>для визначення тягаря загального положення хворого, ускладнень і позакишкових проявів хвороби. При встановленні діагнозу в першу чергу слід виключити специфічну природу коліту - провести бактеріологічні дослідження. Діагностика НВК обов'язково включає ректороманоскопію, фіброколоноскопію з біопсією і іригоскопію. Морфологічні зміни в слизистій оболонці товстої кишки залежать від тяжкості хвороби :</p> <p>легкий ступінь - ендоскопічно виявляється почервоніння, набряк слизистої оболонки, "розмитий" судинний малюнок, незначна контактна кровотеча. Рентгенологічний - зубчастість і подвоювання контуру кишки, нерівномірність або втрата гаустрації, сегментарне (частіше лівобічне) ураження;</p> <p>середній ступінь - ендоскопічно виявляється гіперемія, набряк слизистої оболонки, ерозії і виразки, контактна кровоточивість, в освіті кишки багато слизу, плівок фібрину, є запальні поліпи. Рентгенологічний - відсутність гаустр на значній ділянці кишки, віпрямленість і укорочення її контуру;</p> <p>тяжкий ступінь - ендоскопічно спостерігаються багаточисельні виразки, які зливаються, запальні поліпи, в освіті кишки значну кількість гною, крові і слизу. Рентгенологічний - відсутність гаустр, багаточисельні дефекти наповнення, звуження і укорочення кишки, зміщення сліпої кишки до печінкового кута, роздуті петлі термінального відділу тонкого кишківника.</p>
Ускладнення	<p>Ускладнення НВК розділяють на дві групи: місцеві і системні. До місцевих відносять токсичні ділятацию товстої кишки, перфорацію кишки, перитоніт, профузну кишкова кровотеча, стіктурі, псевдоколіті і рак кишки. До системних: артрити, вузлову еритему, гангренозну піодермію, іридоцикліти і кон'юнктивіти, стоматити, гепатити, холангіти, затримку зростання і розвитку (у дітей).</p>
Лікування	<p>Абсолютні покази до операції: гострі (блискавичні) форми хвороби, токсична ділятация кишки, перфорація, перитоніт, профузна кровотеча, кишкова непрохідна, малігнізація. Відносні покази: перехід хронічно-рецидивуючої форми в хронічно-безперервну, тотальна поразка товстої кишки, псевдополіпоз, позакишкові прояви хвороби, затримка зростання і розвитку у дітей. Радикальним втручанням є колопроктектомія з виведенням постійної ілеостоми. При мінімальних морфологічних змінах в прямій кишці можлива колектомія, демукозація прямої кишки з ілеоанальним ендоректальним анастомозом. У виснажених хворих, при гострих формах, дефіциті ваги більше 20 % можливі двохетапні операції: першим етапом виконують субтотальну колектомію, ілеостомію, дистальна сигмостомію, другим - колопроктектомію.</p>

Хвороба Крона

Визначення	<p>гостре неспецифічне аутоімунне запальне захворювання, що найчастіше вражає термінальний відділ тонкої кишки, хоча може виявлятися в будь-якому відділі травного тракту</p>
Етіологія	<ul style="list-style-type: none"> • генетична схильність; • схильність до алергій і аутоімунних реакцій; • куріння, зловживання алкоголем, лікарськими засобами; • екологічні фактори
Патогенез	<p>відноситься до гранульоматозних колітів. Основним морфологічним субстратом її є імунна гранульома, яка формується на основі реакції гіперчутливості сповільненого типу.</p>

Класифікація	- сегментарне ураження (будь-який сегмент шлунково-кишкового тракту); - правостороннє; - лівобічне; - субтотальне; - тотальне.
Діагностика	базується на даних іригоскопії, фіброколоноскопії з біопсією.
Ускладнення	- місцеві: інфільтрат (псевдозапальні пухлини) і абсцеси, внутрішні міжкишкові, ректовагінальні, ректовезикальні норіці, зовнішні норіці, стриктури, злоякісні пухлини. - позакишкові: (аналогічно з НВК).
Лікування	Консервативне лікування аналогічне НВК

Дивертикулярна хвороба товстої кишки

Визначення	Термін включає: 1) дивертикульоз товстої кишки без клінічних проявів; 2) дивертикульоз товстої кишки з клінічними проявами; 3) дивертикульоз товстої кишки ускладнений.
	Дивертикульоз - наявність одиничних або множинних дивертикулів. Дивертикул - грижеподобне випинання стінки полого органу; може бути достеменний (випинання всіх шарів полого органу) і лоний (випинання слизистого і підслизового шарів через дефект в м'язовому шарі). У ободовій кишці зустрічаються, як правило, помилкові дивертикули. Розміри дивертикулів можуть бути від декількох міліметрів до декількох сантиметрів, кількість дивертикулів може вагатися від 1 до декількох сотень. В 90% випадків локалізуються в сигмовидній кишці, рідше - в низхідній, але можуть бути у всіх відділах ободової кишки.
Епідеміологія	Дивертикулярна хвороба ободової кишки - хвороба цивілізації, найвищої є її частота в індустріально розвинених країнах, де переважає "західний" тип живлення (вживання в їду недостатньої кількості клітковини). Частота захворювання збільшується з віком: до 30 років практично не зустрічається, в 30-40 років дивертикули є в 10% населення, в 50-60 років - в 20-35%, в 60-70 років - в 35-50%, а після 80 років - в 75%.
Етіопатогенез	У етіопатогенезі виникнення дивертикулів виділяють 2 основні чинники: що привертають (природна слабкість кишкової стінки в місцях проходження через неї судин) і виробляють (ослаблення мишчного шару товстої кишки і підвищення тиску в освіті кишки). Сприяючі чинники виникають в результаті малорухливого способу життя, вживання недостатньої кількості клітковини, вікової атрофії м'язового шару кишкового тракту. Патогенез запальних ускладнень дивертикульозу такий: кал затримується в освіті дивертикула -> утворюються копроліти -> у стінці дивертикула виникають некрози і мікроперфорації -> бактерії кишкового тракту проникають в тканини, які оточують дивертикул (клітковина брижі, жирові підвіски) -> формуються мікроабсцеси -> прогрес процесу приводить до розвитку періколярних інфільтрату або перфорацій в черевну порожнину.
Класифікація	1. Дивертикульоз без клінічних проявів (80% дивертикулоносців). 2. Дивертикульоз з клінічними проявами (15-20% дивертикулоносців) 3. Ускладнення дивертикульозу (4-5% дивертикулоносців) : • дивертикуліт; • перідивертикуліт • периколіт, запальний інфільтрат (можуть привести до кишечної непрохідності в результаті здавлення кишки), абсцеси; • перфорії кишки (прикриті і відкриті) • фістули (зовнішні і внутрішні) кишкова кровотеча. За кордоном прийнята класифікація дивертикуліту за Nichey (2000р.) : I стадія

	<p>- перфорація дивертикулу з формуванням параболічного абсцесу II стадія - перфорація дивертикулу з формуванням ретроперитонеального або тазового абсцесу III стадія - перфорація дивертикулу у вільну черевну порожнину з розвитком фібринозно-гнійного перитоніту IV стадія - перфорація дивертикулу з формуванням калового перитоніту (можлива V стадія - сепсис)</p>
Клініка	<p>Клінічні прояви дивертикулярної хвороби варіабельні і залежать від стадії хвороби. Дивертикульоз без клінічних проявів вважають доклінічною стадією хвороби, оскільки будь-які симптоми відсутні, а дивертикули випадково виявляють при рентгенологічних або ендоскопічних дослідженнях кишечника.</p> <p>Дивертикульоз з клінічними проявами схожий за симптоматикою з синдромом знервованого кишківника : метіоризм, відчуття переповнення кишківника, порушення частоти спорожнення кишечника (частіше замки, але періодично може бути діарея), абдомінальний біль тягучого характеру. Пальпація, перкуссія і аускультация живота малоінформативні. Клінічні прояви ускладнень залежать від їх вигляду.</p> <p>Дивертикуліт за симптоматикою схожий з гострим апендицитом, але локалізація всіх проявів буде в місці розташування дивертикулів (найчастіше в лівому клубової області): диспептичеськіє розлади, локалізований абдомінальний біль, дефанс, можливі симптоми роздратування очеревини, підвищення температури, лейкоцитоз. При розташуванні дивертикулів поряд з сечовим міхуром і залучення його до запального процесу - дізурічеськіє розлади, зміни запального характеру у сечі.</p> <p>Перідивертикуліт, периколіт: симптоми дивертикуліта, при пальпації - інфільтрат в черевній порожнині, можливий розвиток кишкової непрохідної зі всіма її клінічними і рентгенологічними симптомами.</p> <p>Перфорація дивертикула виявляється симптомами перитоніту і залежить від його поширеності.</p> <p>Кровотеча: абдомінальний біль буває рідко, основний симптом - виділення крові з прямої кишки. Основні клінічні симптоми є результатом геморагії. Масивна кровотеча (бувають рідко) може привести до геморагічного шоку. Приховані кровотечі можуть виявлятися анемією, позитивним гемокульттестом ілі/і калом темного кольору. Основний метод діагностики - фіброколоноскопія, яка дозволяє виявити джерело кровотечі.</p>
Діагностика	<p>Додаткові методи діагностики дивертикулярної хвороби ободової кишки : - іррігографія - дає можливість виявити наявність дивертикулів (випинання стінки кишківника), їх розмір, кількість і локалізацію; - колоноскопія - дає можливість виявити наявність дивертикулів, розмір їх шийки, кількість і локалізацію; є найбільш ефективним методом діагностики дивертикулярних кровотеч; - УЗІ, КТ - інформативні методи діагностики дивертикулітів, пери колітів, параколярних інфільтрату і абсцесів; - оглядова рентгенографія дає можливість виявити гострі ускладнення (перфорація, кишкова непрохідна). - лабораторна діагностика є інформативною при запальних ускладненнях (↑ лейкоцитів і зрушення лейкоцитарної формули вліво ↑ ШОЄ) і кровотечі (↑ гемоглобіну ↑ еритроцитів)</p>
Диференціальна діагностика	<p>Неосложненное дивертикулярну захворювання необхідно дифференцировать с синдромом раздраженного кишечника, дисбактериозом, ишемическим и псевдомембранозным колитом.</p>

	<p>Неосложненное дивертикулярну захворювання необхідно дифференціювати з синдромом подразненого кишечника, дисбактеріозом, ішемічним і псевдомембранозним колітом. Дивертикуліти, перидивертикуліти і периколіти - с острым аппендицитом, аднекситом, перекутом кисти яєчника, циститом, колоректальним раком, болєзнью Крона, інвагинацией, перекутом жирового підвеска. Дивертикулярні кровотечення с геморроем, анальної трещиной, неспецифическим виразковим колітом, променевиим колітом, колоректальним раком, поліпами.</p>
Лікувальна тактика	<p>Залежить від стадії хвороби. Дивертикульоз з клінічними проявами лікують консервативно: вживання продуктів багатих клітковиною, підвищення фізичної активності, посиленій питний режим (мін 2л рідини/добу), послаблюючі засоби, що набрякають (Мукофальк, целюлоза, геміцелюлоза, лігнін). Дивертикуліт, перидивертикуліт - спочатку лікують консервативно: парентеральне живлення, антибіотики, спазмолітики. Якщо настає поліпшення, то далі лікують як дивертикульоз з клінічними проявами, за відсутності ефекта від консервативної терапії - хірургічне лікування (резекція ураженого сегменту кишки з накладенням анастомозу). Периколіт з прикритою і відкритою перфорацією - хірургічне лікування: резекція ураженого сегменту кишки з накладенням тимчасової колостоми, або первинного анастомозу (можливо лише при прикритих перфораціях і відсутності перитоніту). Дивертикулярні кровотечі - спочатку лікують консервативно (ірригація, в/в і місцева гемостатична терапія), за відсутності ефекта і рецидивних кровотеч - хірургічне лікування (резекція ураженого сегменту кишки з первинним анастомозом).</p>

Мегадоліхоколон

Визначення	<p>захворювання, основним проявом якого є хронічний замок. Основним критеріями хронічного замку є: 1) частота стільця рідше за 3-і рази на тиждень; 2) тверда консистенція калу; 3) скрута при дефекації. Додатково у хворих можуть бути супутні вегетативні кишкові івнекишечніє розлади, але вони не є типовими.</p>
Епідеміологія	<p>Ідіопатичний мегадоліхоколон - хвороба цивілізації, найвищої є її частота в індустріально розвинених країнах, де переважає "західний" тип живлення (вживання в їду недостатньої кількості клітковини). Закрепамі можуть страждати пацієнти всіх вікових категорій, але частіше зустрічаються у людей похилого віку.</p>
Етіопатогенез	<p>Нормальний час транзиту від ротової порожнини до анального каналу у здорових людей складає 24-48 годин, інколи до 60 годин. При хронічних закрепках - 60-120 годин і більше. Збільшення часу транзиту може бути обумовлене двома механізмами: 1) уповільненню транзиту калу по ободовій кишці в результаті зменшення її пропульсивної активності - кологенній колостаз; 2) сповільненню спорожнення кишечника в результаті порушення спорожнення прямої кишки - проктогенній колостаз. Основні причини функціональних замків: 1. Неправильний режим харчування. Відмова від сніданку або поспішне вживання їди подавляє жєлудочно-толстокишечний рефлекс. Основний прийом їжі у вечірні години порушує добовий ритм діяльності кишечника т.я. вночі відсутнє нормальне збудження кишечника. 2. Угнетение позиву на дефекацію. Якщо позив на дефекацію подавляється хворим (в результаті стреса, відсутності гігієнічних умов, дії професійних факторів), то рецептори прямої кишки адаптуються до підвищеного тиску. Поступово для дефекації необхідне значніше</p>

	наповнення прямої кишки. 3. Употреблення деяких лікарських засобів : протикашельні препарати з кодеїном, гіпотензивні, Р-блокаторі, психотропні, антацид, опіаті пероральні контрацептиви, анальгетики, спазмолітики. 4.Вагітність. Причини запоровши связвни із зменшенням фізичної активності, зміною характеру живлення, здавленням кишківника збільшеною маткою, подавленням рефлексу на дефекацію, гормональними змінами. 5.Місцеві органічні причини . Захворювання аноректальної області, які приводять до болю під час дефекації: анальні тріщини, геморой, виразки прямої кишки і так далі Подовження окремих відділів кишчника. 6.Ендокринные захворювання Гіпотиреоз.
Класифікація	1.По механізму виникнення. • кологенне • проктогенне 2.По характеру течія : • хронічні • епізодичні
Клініка	Клінічні прояви варіабельні. Основними симптомами є 1) частота стільця рідше за 3-і рази на тиждень; 2) тверда консистенція калу; 3) скрута при дефекації. Додатково у хворих можуть бути супутні вегетативні кишкові і позакишкові розлади (вздуття живота, відчуття переповнення живота, абдомінальний біль, симптоми хронічної інтоксикації) але вони не є типовими.
Діагностика	Грунтується на скаргах хворого і анамнезі. Додаткові методи застосовують для виключення органічної патології товстої кишки, яка могла стати причиною запоровши (хвороба Гиршпрунга, колоректальний рак, стриктури кишчника, спаечная хвороба), визначення часу пасажу по шлунково-кишковому тракту. - іррігографія; - колоноскопія; - пасаж сульфату барію по шлунково-кишковому тракту; - функціональні дослідження прямої кишки - УЗД; - оглядова рентгенографія дає можливість виявити гострі ускладнення (перфорація, кишкова непрохідна); - лабораторна діагностика (для виключення метаболічних і ендокринних причин закрепів : гіпокаліємія, гіперкальціємія, уремія, гіпофізарная і надниркова недостатність, гіпотиреоз).
Диференціальна діагностика	необхідно диференціювати з органічними колостазами, ендокринні колостазами, синдромом знервованого кишківника, дисбактеріозом, і колоректальним раком, хворобою Крону.
Лікувальна тактика	Лікування консервативне: - бесіда з хворим для виявлення причин закрепів; - усунення причин закрепів; - дієта: вживання їжі багатою клітковиною (хліб грубого помелу, овочі, фрукти); - посилений питний режим - вживання тiп 2л/добу (соки, кисломолочні продукти, мінеральна вода, кава); - підвищення фізичної активності; - послаблюючі засоби.

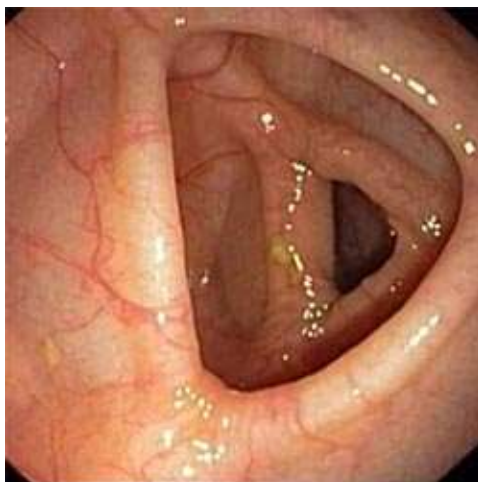


Рис. 10.1. Колоноскопична картина товстої кишки А) в нормв, Б) при НВК



Рис. 10.2 Запальні псевдополіпи товстої кишки, які виникають внаслідок НВК



Рис. 10.3. Тяжкі форми виразкового коліту А) пряма кишка, Б) сигмовидна кишка

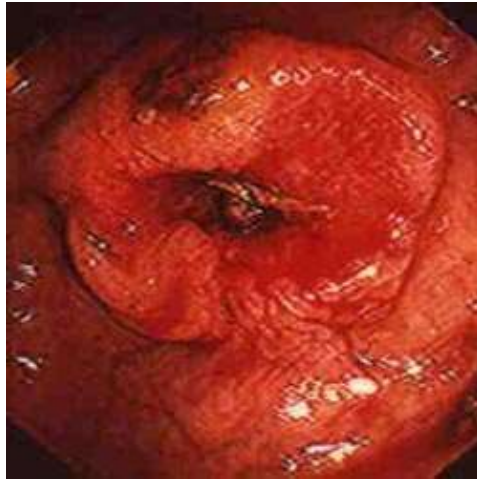


Рис.10.4. Колоректальний рай товстої кишки внаслідок НВК



Рис. 10.5. Колоноскопична картина хвороби Крона

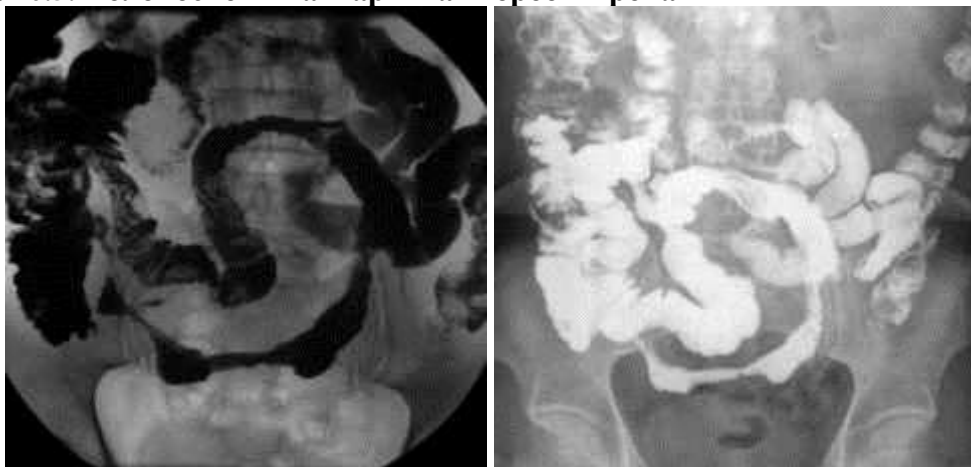


Рис. 10.6. На рентгенівському знімку класична локалізація хвороба Крона - термінальний ілеїт

7.Завдання для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Анатомічні відділи товстої кишки є:

- А - сліпа кишка, висхідна, ободова, поперечно ободова, нисхідна ободова, сигмовидна ободова, пряма
- Б - сліпа кишка, ободова, пряма
- В - сліпа кишка, висхідна, поперечна ободова, нисхідна, пряма
- Г - висхідна, поперечна ободова, нисхідна, сигмовидна, пряма

2. Анатомічними відділами ободової кишки є

- А - ободова,
- Б - сліпа кишка, висхідна ободова, поперечна ободова, нисхідна ободова, сигмовидна,
- В - сліпа кишка, висхідна, поперечна ободова, нисхідна, пряма,
- Г - висхідна, поперечна ободова, нисхідна, сигмовидна, пряма

3. Вкажіть, якими артеріями кровопостачається ободова кишка:

- А – клубово-ободовою, правою ободовою, середньою ободовою, лівою ободовою, сигмоподібними артеріями.
- Б – клубово-ободовою, правою ободовою, середньою ободовою, лівою ободовою, сигмовидними артеріями, верхньою ректальною артерією
- В - клубово-ободовою, правою ободовою, середньою ободовою, лівою ободовою, дугою Ріолана
- Г - клубово-ободовою, правою ободовою, середньою ободовою, лівою ободовою, сигмовидними артеріями, внутрішньою клубовою артерією.

4. Вкажіть продольні м'язи теній ободової кишки

- А - вільная, сальникова, брижова
- Б - вільная, сальникова, апендикулярна
- В - вільная, сальникова, брижова, апендикулярна
- Г - вільная, сальникова, брижова, пристіночна

5. Інформативним методом діагностики виразкового коліту є:

- А - фіброколоноскопія
- В - ультразвукове дослідження
- С - теплографія
- Д - іригографія

6. Для дослідження слизової оболонки товстої кишки використовуються:

- А - копрограма
- В - біопсія
- С - ангіографія
- Д - ректороманоскопія
- Е - колоноскопія

7. Позакишкові прояви неспецифічного виразкового коліту наступні:

- А - вузлова еритема
- В - піодермія шкіри
- С - хейліт
- Д - вітіліго

8. Рентгенологічними ознаками виразкового коліту є:

- А - симптом Габая
- В - симптом бруківки
- С - симптом водосточної труби
- Д - звуження товстої кишки

9. Ендоскопічними ознаками виразкового коліту є:
- A - ворсинчаста пухлина
 - B - ерозії
 - C - виразки
 - D - псевдополіпи
10. Одним з ускладнень виразкового коліту є:
- A - целиакія
 - B - остеохондроз шийного відділу хребта
 - C - токсична дилатація товстої кишки
 - D - сакроілеїт
11. Вкажіть одне з ускладнень хвороби Крона товстої кишки :
- A - стенозування товстої кишки
 - B - дисбактеріоз товстої кишки
 - C – жовчокам'яна хвороба
 - D - цисталгія
12. Клінічними ознаками виразкового коліту є:
- A - функціональна диспепсія
 - B - біль в проекції товстої кишки
 - C - збільшення актів дефекації
 - D - домішки слизу та крові у калі
13. Для хвороби Крона характерними морфологічними змінами є:
- A - дискретність ураження
 - B - жовчокам'яна хвороба
 - C - параезофагеальна грижа
 - D - ураження усіх шарів стінки кишки
14. Назвіть основні рентгенологічні симптоми дивертикулярної хвороби :
- A - дифузне ураження сигмовидної кишки, відсутність гаустрації, подвоєння контуру, симптом простреленої мішені;
 - B - одиночні або множинні випини стінки товстої кишки;
 - C - наявність дефектів наповнення в сигмовидній кишці
15. Перерахуйте найбільш характерні ускладнення дивертикулярної хвороби :
- A - токсична дилатація товстої кишки, відставання в фізичному та розумовому розвитку
 - B - рак ободової кишки, внутрішні та зовнішні фістули;
 - C - кишкова кровотеча, дивертикуліт, периколіт.
16. Дивертикульоз товстої кишки має наступні клінічні прояви:
- A - пронос
 - B - гіпертермія
 - C - гіперлейкоцитоз
 - D - ніяких
17. При синдромі подразненої товстої кишки використовують наступні хірургічні втручання:
- A - резекція товстої кишки
 - B - геміколектомія

C - ваготомія
D – ніяких

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A	A	A	A	A,D	B,D	A,B C	B,C D	B,C D	C	A	B,C D	A,D	B	B	D	D

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хворий 55-ти років звернувся до дільничного лікаря із скаргами на закрепи, метеоризм, періодичний неінтенсивний короткочасний переймоподібний біль в лівій клубовій області. Відмічені скарги тривають впродовж 10 місяців, початок їх хворий пов'язує із вживанням антибіотики з приводу пневмонії. Лікар провів фізикальне обстеження оглянув шкірні покриви, виміряв температуру, артеріальний тиск і пульс, провів аускультацию серця і легенів, пальпацію живота. Істотних відхилень від норми виявлено не було. Лікар встановив діагноз "Дисбактеріоз кишечника" і призначив лікування пробіотиками. Хворий лікувався впродовж 7 днів, але поліпшення не було, у зв'язку з чим він знову звернувся до лікаря. Встановити, яка помилка була припущена лікарем, які захворювання можна запідозрити у цього хворого, які необхідно призначити дослідження.

2. Хвора 48 років каретою швидкої допомоги була доставлена в хірургічне відділення із скаргами на біль в лівій клубовій ділянці живота, здуття живота, нудоту, відсутність стільця впродовж двох днів і підвищення температури тіла до 37,2°C. Тривалість захворювання 6 днів. Впродовж останніх двох місяців у хворої періодично виникали абдомінальні болі відміченої локалізації і замки. Об'єктивно: загальний стан задовільний, артеріальний тиск 110/75 мм.рт.ст., пульс 86 ударів за хвилину, шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного кольору, вологі. У легенях дихання везикулярне. Язик вологий з помірним білим нальотом. Живіт симетричний, помірно здутий, ліва здухвинна ділянка трохи відстає в акті дихання від інших відділів. При поверхневій пальпації в лівій клубовій області локальна напруга м'язів, слабо позитивні симптом подразнення очеревини, болючий інфільтрат розміром 8x10см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини - помірна аероколія. Загальний аналіз крові : гемоглобін - 115 г/л, еритроцити - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $8,6 \times 10^9/л$, лейкоцитарна формула : паличкоядерні - 7% сегментоядерні - 72% лімфоцити - 16% моноцити - 5% СОЕ - 32 мм/годину. Усі показники загального аналізу сечі без змін. Встановити попередній діагноз, призначити додаткові методи обстеження, визначити лікувальну тактику.

3. Хворий 44 років, водій, впродовж останніх 4-х років страждає закрепамі (самостійна дефекація 1 раз на 4-5 днів). По медичну допомогу не звертався, приймав самостійно послаблюючі засоби (Бісакодил, Гуталакс), від яких полегшення було лише тимчасове. Поставте попередній діагноз хворому і вкажіть необхідний комплекс додаткових методів обстеження, які потрібні для постановки діагнозу і диференціальної діагностики.

4. Хворому 38 років виконували дослідження товстої кишки - фіброколоноскопію з біопсією слизової оболонки у зв'язку із захворюванням на неспецифічний виразковий коліт. Увечері він звернувся до чергового лікаря із скаргами на біль в животі, сухість у роті, здуття, підвищення температури тіла до 38°C. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

5. Хворому 28 років встановлений діагноз: неспецифічний виразковий коліт, тотальне ураження, активність III ступеня, важкий перебіг. Тривалість захворювання більше 15 років. Яка подальша лікувальна тактика?

6. Яке лікування має бути призначено хворому 58 років з дивертикулярною хворобою сигмовидної кишки, який скаржиться на метеоризм, закріпи, періодично виникаючі неінтенсивні болі в лівій клубовій області?

7. Хвора 39 років поступила до проктологічного відділення із скаргами на слабкість, сильний біль в животі, здуття, часте дрібне випорожнення з домішками слизу, гною, крові. Біль виник несподівано, після чого стан погіршав. Впродовж 10 років хворіє на виразковий коліт. Яке ускладнення виразкового коліту виникло у хворої?

8. Хворій 28 років проводилося консервативне лікування хвороби Крона товстої кишки. Раптово стан хворої погіршився. Виникла різка слабкість, позіхання, ортостатичний колапс. При огляді хворої шкіра бліда, волога. Що сталося з хворою?

9. Хворий 58 років поступив в проктологічне відділення з скаргами на слабкість, виділення при дефекації крапель крові впродовж 15 років. При обстеженні виявлено дивертикульоз товстої кишки слева, хронічний геморой 4 ступеня. При лабораторному обстеженні: Нв - 51 г/л, еритроцити - $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нт - 31%, лейкоцити - $7,0 \cdot 10^9/л$, глюкоза крові - 4,12 ммоль/л. Вкажіть причину анемії.

10. У хворого 68 років колостома після лівобічної геміколектомії у зв'язку з перфорацією дивертикула сигмовидної кишки. Операція була виконана 20 діб назад. Коли можна вкнати відновлювальне втручання?

Література:

1. Захараш М. П. Хирургия. - К.: Медицина, 2006. - 650с.
2. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. - М.: Медицина, 1984, 384 с.
3. Федоров В. Д. Проктология - М.: Медицина, 1996.
4. Гребнева А. Л., Мягкова Л. П. Болезни кишечника (современные достижения в диагностике и терапии). - М.: Медицина, 1994 - С:334-346.
5. Федоров В. Д. Клиническая оперативная колопроктология - М.: Медицина, 1994.

ТЕМА 10. СИНДРОМ ГОСТРОГО ЖИВОТА. ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ. СИНДРОМ НЕСПРАВЖНЬОГО ГОСТРОГО ЖИВОТА

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.

2. Конкретні цілі

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.

2.1 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.

2.2 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.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<p><i>Попередні дисципліни:</i></p> <p>Анатомія людини</p> <p>Гістологія</p> <p>Нормальна фізіологія</p> <p>Патологічна фізіологія</p> <p>Патологічна анатомія</p> <p>Пропедевтика внутрішніх хвороб</p>	<p>Анатомію органів черевної порожнини</p> <p>Гістологічну будову органів черевної порожнини</p> <p>Фізіологію органів черевної порожнини</p> <p>Патогенез захворювань</p> <p>Морфологічні зміни в органах черевної порожнини</p> <p>Клінічні прояви та методи діагностики захворювань органів черевної порожнини</p>	<p>Проводити фізикальне обстеження хворих з патологією органів черевної порожнини</p>
<p><i>Наступні дисципліни:</i></p> <p>Госпітальна терапія</p> <p>Онкологія</p>	<p>Захворювання, що супроводжуються білью у животі,</p>	<p>Провести диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини</p> <p>Проводити диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини</p>
<p>Внутрішньопредметна інтеграція</p>	<p>Питому частку в структурі хірургічних захворювань, що супроводжуються білью у животі, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями</p>	<p>Проводити диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини</p> <p>Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики</p>

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з строю хірургічною патологією.		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження, інтерпретувати дані лабораторного обстеження			+
3.	Проводити диференційну діагностику гострої хірургічної патології		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при гострій хірургічній патології		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологія	Назвати етіологічні фактори розвитку гострої хірургічної патології	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при гострій хірургічній патології	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію гострої хірургічної патології	
4. Клініку	Назвати основні клінічні симптоми гострої хірургічної патології	
5. Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики гострої хірургічної патології	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гострої хірургічної патології.	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування гострої хірургічної патології	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізняти перкуторні звуки, аускультативні шуми, симптоми гострої хірургічної патології
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	Рентгенографія УЗД	Диференціювати об'ємні утворення, наявність патологічного вмісту в черевній порожнині. Розрізняти характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику.	<u>Консервативна терапія</u> <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих.	Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів. Лапаротомія

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 натаку при синдромі «гострого живота»

Класифікація «гострого живота»:

1. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, флегмона шлунка або кишківнику, дивертикуліт, епіпліот тощо).
2. Перфорація порожнистого органа, що виникає як ускладнення захворювань органів черевної порожнини або заочеревинного простору (наприклад виразок і пухлин травного тракту (ТТ), дивертикулів кишківнику, сечового міхура) або перфорація сторонніми тілами, що потрапили в просвіт ТТ.
3. Внутрішні кровотечі в черевну порожнину (розриви маткової труби при порушеній трубній вагітності) і заочеревинний простір (розшаровуюча аневризма черевної аорти).
4. Непрохідність кишківнику внаслідок завороту кишок (вузлуотворення, защемлення кишки, обтурації, інвагінації чи стиснення спайками).
5. Гострі порушення мезентеріального кровообігу, що призводять до гангрени кишківнику.
6. Ушкодження (травматичні) органів черевної порожнини та заочеревинного простору.

Основні форми «гострого живота»:

1. Гострий апендицит.
2. Проривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки.
3. Гострий холецистит.
4. Гостра непрохідність кишківнику.
5. Гострий панкреатит.
6. Тромбоемболія мезентеріальних судин.
7. Защемлена грижа.
8. Порушена позаматкова вагітність.

Диференційну діагностику потрібно проводити не лише між захворюваннями, що належать до групи «гострого живота», а й зі значною кількістю захворювань, здатних сформувати клінічну картину, схожу на таку при «гострому животі» — так званий псевдоабдомінальний синдром.

Класифікація псевдоабдомінального синдрому:**I. Захворювання органів черевної порожнини:**

1. Гострий гастрит.
2. Загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.
3. Ковзна хіатальна грижа, що зумовлює шлунково-стравохідний рефлюкс.
4. Гострий ентероколіт.
5. Спастичний коліт.
6. Гострий гепатит.
7. Гостра дистрофія печінки.

8. Цироз печінки.

7. **Загальні захворювання або захворювання з локалізацією позаочеревної порожнини:**

9. Захворювання органів дихання:

- а) пневмонія, особливо крупозна;
- б) плеврит;
- в) спонтанний пневмоторакс.

Б. Захворювання серцево-судинної системи:

- а) гострий напад стенокардії;
- б) деякі форми інфаркту міокарда та інфаркти інших органів: нирок, селезінки;
- в) хронічні порушення кровообігу кишківнику (так звана черевна жаба).

10. Урологічні захворювання:

- а) гострий пієліт, пієлонефрит, паранефрит;
- б) сечокам'яна хвороба;
- в) гостра затримка сечі,
- г) ниркова коліка;
- г) кортикальний некроз нирок.

Г. Захворювання й ушкодження центральної і периферійної нервової системи:

- а) травми та захворювання головного і спинного мозку (менінгіт, енцефаліт, пухлини, субарахноїдальний крововилив, травма головного мозку тощо);
- б) гострий грудний або поперековий радикуліт;
- в) оперізуючий лишай, міжреброва невралгія.

Г. Геморагічні діатези:

- а) хвороба Шенлейна — Геноха;
- б) геморагічний капіляротоксикоз.

Д. Інфекційні захворювання:

- а) грип;
- б) харчова токсикоінфекція;
- в) кір, скарлатина, вітряна віспа тощо.

Є. Ендокринні захворювання:

- а) цукровий діабет — передкоматозний стан;
- б) тиреотоксичний криз;
- в) гіпотиреоїдний криз;
- г) гостра надниркова недостатність.

Ж. Інші захворювання:

- а) ендометріоз;
- б) хронічна свинцева інтоксикація;
- в) отруєння талієм тощо.

Діагностику «гострого живота» здійснюють у кілька етапів:

- перший — самодіагностика;
- другий — діагностика на догоспітальному етапі;
- третій — госпітальний.

Одним із найважливіших чинників поліпшення результатів лікування таких хворих є активна санітарно-просвітня робота, що дає змогу скоротити термін першого етапу діагностики.

На догоспітальному етапі під час обстеження хворого з гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини лікар зобов'язаний:

- а) ретельно зібрати анамнестичні дані та скарги;
- б) завдяки огляду, пальпації, перкусії, аускультатії живота і зміни положення хворого виявити симптоми, характерні для «гострого живота»;
- в) провести ректальне обстеження, а в жінок ще й вагінальне;
- г) дослідити дихальну та серцево-судинну системи;
- г) виключити патологію, що симулює «гострий живіт».

Діагностика гострих хірургічних захворювань черевної порожнини має бути невідкладною, однак на практиці на догоспітальному етапі не завжди вдається розпізнати захворювання швидко та точно. Водночас, продовжувати спостереження за хворим упродовж невизначено тривалого періоду для уточнення діагнозу неприпустимо. По-перше, це неминуче призводить до численних ускладнень, серед яких на першому місці перитоніт, що прогресує, змертвіння органів і тканин, непоправна крововтрата тощо. По-друге, на догоспітальному етапі медичний працівник не має в розпорядженні багатьох додаткових методів обстеження, без яких уточнення діагнозу вкрай утруднене чи неможливе, по-третє, неможливість надати хворому в повному обсязі потрібну допомогу ще до уточнення діагнозу.

Після встановлення діагнозу «гострий живіт» хворого потрібно негайно госпіталізувати. Коли хворий потрапляє в стаціонар для встановлення діагнозу потрібно:

1. вивчити й оцінити скарги, анамнез, об'єктивні дані;
2. зробити аналіз крові і сечі (лабораторні дослідження в динаміці: гемоглобіну, гематокриту, формули крові та лейкоцитозу, білірубину, згортальної системи крові, трансамінази та лужної фосфатази, діастази сечі тощо);
3. дослідити стан дихальної системи, а за потреби зробити рентгеноскопію грудної клітки;
4. дослідити функцію серцево-судинної системи (пульс, АТ, за потреби провести ЕКГ-дослідження);
5. за підозри на урологічне захворювання потрібно провести оглядовий знімок нирок, урографію, хромоцистоскопію, аналіз сечі, катетеризацію сечового міхура (якщо немає ушкодження сечівника);
6. зробити ректальне дослідження, а в жінок ще й вагінальне;
7. виміряти ректальну та пахвову температуру (збільшення цієї різниці понад 1 °С свідчить про запальний процес у черевній порожнині);
8. за показаннями зробити: лапароскопію, лапароцентез із застосуванням катетера, що шарить, аспірація шлункового вмісту за допомогою зонда, рентгеноскопію і рентгенографію черевної порожнини, фіброгастродуоденоскопію, УЗД органів черевної порожнини.

Під час диференційної діагностики як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі важливо відповісти на два запитання:

У цього хворого гостра хірургічна патологія чи псевдоабдомінальний синдром?

У чому причина гострої хірургічної патології?

Клінічна картина гострого живота складається із чотирьох синдромів:

1. больового;
2. перитонеального;
3. диспептичного та синдрому кишкових розладів;
4. кардіоваскулярного.

Больовий синдром — біль у животі виникає гостро. Хворий знає день і годину, коли він занедужав. Іноді він оцінює біль як такий, що виник на тлі повного здоров'я. Біль має значну тривалість. Під час обстеження через 6 год хворий може розцінювати його як такий, що стихає. У минулому в хворого могли бути подібні больові напади.

Біль у животі змушує хворих звернутися до лікаря. Особливості больового синдрому вже на попередньому етапі обстеження дають змогу орієнтовно встановити діагноз.

Для абдомінальних захворювань характерні два типи болю: вісцеральний, або вегетативний, і парієтальний, або соматичний.

Вісцеральний біль передається аферентними волокнами нутроцевих нервів, причиною його є розтягнення, скорочення й ішемія порожнистого органа. Характер болю дифузний, може перебігати хвилеподібно і часто супроводжується вегетативними симптомами (нудота, блідість, занепокоєння, підвищене потовиділення).

Вісцеральний біль іррадіює до середньої лінії живота відповідно до ембріонального походження органа, який залучений у патологічний процес.

Вісцеральний біль у **підчеревній ділянці** пов'язаний з патологією шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура або панкреатичних проток, які походять з передньої кишки, у **міжчереві** — з патологією тонкої кишки від зв'язки Трейтца до середньої частини поперековоободової кишки, що походять із середньої кишки, кровопостачання якої забезпечує верхня брижова артерія, у **підчеревній ділянці** — з патологією ободової кишки від середньої частини поперечної до прямої, що походять із задньої кишки, кровопостачання якої здійснює нижня брижова артерія.

Парієтальний біль є наслідком реакції черевної стінки та пристінкової очеревини на подразники, що передаються спинномозковими нервами. Причиною болю є подразнення (іритация), інфільтрація, запалення одного з абдомінальних органів. Біль має чітку локалізацію і гострий характер. Хворий відчуває біль під час натискання, руху, що зумовлює типове положення в ліжку: з підтягнутими ногами і поверхневим диханням для розвантаження черевної стінки. Важливим діагностичним критерієм є перехід від вісцерального болю до парієтального як ознака прогресування хвороби, що виходить за межі органа і поширюється на пристінкову очеревину. Парієтальний біль зазвичай локалізується в проекції ураженого органа.

Перитонеальний синдром — пов'язаний з подразненням очеревини (зниження або цілковита відсутність черевного типу дихання; мимовільне м'язове напруження ((ієґапз) передньої черевної стінки у вигляді ригідності або помірної напруги; посилення болю під час пальпації живота; гіперестезія шкіри живота; позитивний симптом Щьоткіна — Блумберга).

Диспептичний синдром і синдром кишкових розладів — нудота, підвищена саливація, блювання (раннє — рефлекторне, пізнє — непрохідність, парез) — виникають після появи болю в животі або на його висоті. Блюванню передують нудота. Блювотні маси спочатку містять залишки їжі та шлунковий сік, потім жовч. Спочатку воно виникає внаслідок активних рухів, пізніше — пасивного витікання. Затримку спорожнення кишківнику та відходження газів виявляють у пізній термін захворювання. Пронос з'являється після болю в животі чи на його висоті.

Кардіоваскулярний синдром — пов'язаний з порушенням функції серцево-судинної системи аж до розвитку токсичного колапсу (гострий панкреатит), ендотоксичного шоку (гостра кишкова непрохідність) або геморагічного шоку (профузна кровотеча), а також порушенням основних видів обміну. Характерними симптомами є пригнічення психічної і рухової активності, відчуття страху, спраги, зниження АТ, пришвидшення пульсу зі зменшенням його наповнення, запусіння поверхневих вен, зниження температури тіла, прискорене поверхнєве дихання, блідо-сірий колір шкіри і холодний липкий піт на чолі і скронях, зменшення діурезу.

Серед зазначених вище симптомів «гострого живота» найважливішими є біль і симптоми подразнення очеревини.

Синдром «гострого живота» і псевдоабдомінальний є вираженням впливу абдомінальної патології на весь організм і самі по собі не можуть бути приводом для встановлення діагнозу гострої патології черевної порожнини. Деякі відмінні ознаки «гострого живота» і псевдоабдомінального синдрому наведено в таблиці.

Диференційна діагностика «гострого живота» та псевдоабдомінального синдрому

Ознаки	«Гострий живіт»	Псевдоабдомінальний синдром
Тривалість болю в животі	Зазвичай значна, понад 4-6 год	Зазвичай незначна, менше 4-6 год
Пальпаторна болючість	Посилюється зі збільшенням глибини пальпації	Іноді зазначають під час поверхневої і не спостерігають у разі глибокої

Нудота	Виникає на висоті болю	Передує болю
Блювання	Виникає на висоті болю та супроводжується нудотою	Передує болю і не супроводжується нудотою
Пронос	Виникає на висоті болю	Передує болю
Напруження м'язів черевної стінки	Постійне за силою	Зменшується в разі відволікання уваги хворого або увісні

Якщо діагноз «гострого живота» встановлено, потрібно з'ясувати його конкретну причину, що одночасно дасть змогу виключити псевдоабдомінальний синдром. Доцільніше проводити диференційну діагностику «гострого живота» методом виключення у визначеному порядку. Насамперед потрібно виключити защемлену зовнішню черевну грижу. Розпізнавання зазначеного стану доцільно проводити за допомогою достовірних і ймовірних її ознак.

Достовірні ознаки защемленої грижі:

- а) обмежена, з чіткими контурами і гладенькою поверхнею пухлина черевної стінки круглої або овальної форми в ділянці грижових воріт;
- б) невправимість пухлини в черевну порожнину;
- в) невправимість пухлини з'явилася одночасно з появою болю.

Імовірні ознаки защемленої грижі:

- а) біль у ділянці пухлини черевної стінки, що з'явився одночасно з невправимістю пухлини;
- б) болючість пухлини черевної стінки під час пальпації, що перевершує болючість живота;
- в) помірна рухомість пухлини в сагітальному напрямку під час дихання;
- г) незмінність розмірів пухлини в разі штучного напруження м'язів передньої черевної стінки;
- г) нерухомість пухлини або її обмежена рухомість щодо м'язово-апоневротичного шару черевної стінки;
- д) фізичне навантаження, підвищення внутрішньочеревного тиску передують виникненню невправимості пухлини, що раніше існувала, або появи зазначеної патології;
- е) притуплення перкуторного звуку над пухлиною, особливо в пізній термін захворювання (накопичення «грижової води»);
- є) флегмона передньої черевної стінки в ділянці пухлини та грижових воріт.

Під час защемлення кишки спостерігають симптоми гострої непрохідності кишківнику, сечового міхура — може виникнути прискорене, болюче сечовипускання.

Отже, якщо у хворого є симптоми «гострого живота» та зазначені вище достовірні ознаки (і можуть бути деякі з імовірних), у нього — защемлена зовнішня черевна грижа. Якщо защемлену зовнішню черевну грижу виключено, варто перейти до наступного етапу — діагностики перфорації порожнистого органа черевної порожнини.

Достовірні ознаки перфорації порожнистого органа:

- а) різкий початковий біль у животі. Максимальну його інтенсивність хворий оцінює як «кинджальний» біль — симптом Дьєлафуа. Він супроводжується:
 11. різко вираженим «дошкоподібним» напруженням м'язів черевної стінки (її ригідністю);
 12. поширеною гіперестезією шкіри;

13. пальпаторною болючістю живота.

Зазначений симптомокомплекс спостерігають у ранній термін захворювання.

б) вільний газ у черевній порожнині — під час безконтрастного рентгенологічного дослідженні черевної порожнини в будь-які терміни захворювання. Спонтанний пневмоперитонеум (у 30% випадків відсутній).

Імовірні ознаки перфорації порожнистого органа черевної порожнини:

а) іррадіація болю в ділянку лопатки, ключиці, ключично-лопаткового зчленування, надпліччя, плечового суглоба, що підсилюється на висоті вдиху. Плечовий симптом;

б) утягнений живіт;

в) зникнення або зменшення печінкової тупості за нездутого живота, що можна виявити під час перкусії ділянки печінки. Передпечінковий тимпаніт;

г) зникнення або зменшення черевних рефлексів. Штриховий симптом;

г) вільна рідина в черевній порожнині. Притуплення перкуторного звуку в бічних і нижніх відділах живота;

д) болючість тазової очеревини, яку виявляють під час ректального пальцевого дослідження на глибині 10 см, «крик дугласового простору»;

е) зменшення частоти пульсу в ранній термін захворювання. Невідповідність пульсу та температури тіла. Відносна брадикардія — симптом Грекова.

Отже, якщо у хворого є хоча б одна із вищезазначених достовірних ознак (і можуть бути деякі з імовірних), у нього — перфорація порожнистого органа черевної порожнини.

Подальшу діагностику проводять шляхом виключення конкретних форм перфорації.

Перфорація виразки шлунка та дванадцятипалої кишки — найпоширеніший вид перфорації порожнистого органа черевної порожнини — зазвичай спостерігають у чоловіків.

Імовірні ознаки перфорації виразки шлунка та дванадцятипалої кишки:

а) виникнення або посилення шлункових диспептичних явищ незадовго до появи гострого болю в животі;

б) різкий початковий біль у надчеревній ділянці, що згодом поширюється на праву половину живота та весь живіт. Біль посилюється від ковтка води та зміни положення тіла;

в) виражені ознаки подразнення очеревини, що локалізуються в надчеревній ділянці, в подальшому поширюючися на праву половину черевної порожнини або й увесь живіт;

г) утягнений човноподібний живіт. Спостерігають утягування шкіри за ходом сухожилкових перемичок прямих м'язів живота — симптом Дзбановського — Чугуєва;

г) у чоловіків яєчка підтягнуті до кореня мошонки. Рефлекс із м'яза — підіймача яєчка відсутній, статевий член повертається головкою догори паралельно черевній стінці — симптом Бернштейна.

Для діагностики прихованої й атипової перфоративної виразки мають значення такі симптоми:

1. Ратнера — Віккера — тривале стійке напруження м'язів живота в правому верхньому квадранті черевної стінки після класичного початку перфорації та за задовільного загального стану хворого (прикрита перфорація);

2. Подлаха — підшкірна емфізема в лівій підключичній ділянці в разі перфорації виразки кардіального відділу;

3. Вігіацо — емфізема в ділянці пупка в разі перфорації задньої стінки дванадцятипалої кишки та поширення повітря по круглій зв'язці печінки;

4. Кораха — поширення емфіземи на ліву половину грудної клітки, обличчя та мошонку в разі перфорації в ділянці кардії.

Отже, якщо у хворого розпізнано перфорацію порожнистого органа черевної порожнини і визначено її вид, доопераційну діагностику припиняють. Якщо перфорацію порожнистого органа черевної порожнини виключено, то подальша діагностика спрямована на розпізнавання внутрішньої кровотечі в черевну порожнину.

У хворого з внутрішньою кровотечею в черевну порожнину на тлі синдромів «гострого живота» спостерігають **гіпохромну анемію** в поєднанні із хоча б однією із двох достовірних ознак кровотечі (можуть бути й імовірні її ознаки).

Достовірні ознаки внутрішньої кровотечі в черевну порожнину:

а) симптомокомплекс гострої крововтрати, що виникає одночасно з початком болю в животі:

зниження АТ (систоличного і діастолічного);

зниження венозного тиску, запусіння поверхневих вен;

почастішання пульсу, невідповідність пульсу та температури тіла, відносна тахікардія;

блідість слизових оболонок і кон'юнктиви, іноді в поєднанні з блідістю шкіри;

втрата свідомості (колапс) в разі підвищення внутрішньочеревного тиску, під час спроби встати, сісти; послідовна зміна запаморочення, потемніння в очах, на коротку мить знепритомлення;

б) симптомокомплекс позаматкової гематоми у жінок:

пухлина малого таза тістоподібної консистенції;

виявлення крові під час діагностичної пункції цієї пухлини через задню частину склепіння піхви;

незгортання крові, отриманої під час пункції.

Імовірні ознаки внутрішньої кровотечі в черевну порожнину:

а) іррадіація болю в ділянку лопатки, ключиці, ключично-лопаткового зчленування, надпліччя, плечового суглоба, що підсилюється на висоті вдиху. Плечовий симптом;

б) різка болючість живота і гіперестезія його шкіри в поєднанні з помірним напруженням м'язів черевної стінки, ступінь якого не відповідає вираженості гіперестезії шкіри;

в) наявність вільної рідини в черевній порожнині. Притуплення перкуторного звуку в бічних і нижніх відділах живота;

г) болючість тазової очеревини під час пальцевого ректального дослідження на глибині 10 см, «крик дугласового простору».

Отже, кожен хворий, у якого є гіпохромна анемія в поєднанні хоча б з одією із вищезазначених достовірних (можуть бути кілька імовірних ознак) ознак — це хворий з внутрішньою кровотечею.

Подальшу діагностику проводять шляхом виключення травматичних ушкоджень паренхіматозних органів черевної порожнини.

Травматичний розрив печінки.

1. Виникненню болю в животі передують травма черевної порожнини.

2. Між травмою і моментом появи болю в животі може минути кілька діб.

3. Печінкова тупість збільшена.

4. Притуплення в пологих частинах живота праворуч визначають постійно, ліворуч — лише в положенні хворого лежачи на лівому боці.

5. Ознаки подразнення очеревини визначають у правому підребер'ї і правій половині живота. Плечовий симптом спостерігають праворуч.

6. Біль підсилюється в горизонтальному положенні найбільше лежачи на спині, через що хворий прагне зайняти положення сидячи або лежачи на правому боці.

Аналогічну розриву печінки симптоматику спостерігають при травматичному розриві селезінки, лише в симетричних ділянках живота ліворуч.

Якщо травматичне ушкодження паренхіматозного органа черевної порожнини у жінки виключено, то в жінок (дітородного віку) встановлюють діагноз внутрішньої кровотечі в черевну порожнину гінекологічного походження.

Після виключення внутрішньої кровотечі в черевну порожнину подальшу діагностику здійснюють шляхом розпізнавання гострої механічної непрохідності кишківнику.

Гостра механічна непрохідність кишківнику.

У хворого з гострою механічною непрохідністю кишківнику на тлі синдромів «гострого живота» спостерігають нападоподібний біль у животі, затримку відходження газів і

випорожнення в поєднанні із хоча б однією з чотирьох достовірних ознак непрохідності (можуть бути і ймовірні ознаки).

Достовірні ознаки гострої механічної непрохідності кишківнику:

- а) перистальтика кишківнику, яку видно під час огляду передньої черевної стінки, підсилюється після пальпації живота. Симптом Шланга;
- б) шум плескоту в черевній порожнині, за умови попереднього спорожнювання шлунка і до постановки клізми. Симптом Склярова;
- в) блювання жовчю, що має запах випорожнень, у пізній термін захворювання (фекалоїдна блювота);
- г) поодинокі або численні горизонтальні рівні рідини з газовими пухирями над ними, що їх виявляють до постановки клізми під час безконтрастного рентгенологічного дослідження черевної порожнини. Рівні розташовуються в просвіті кишківнику. Чаші Клойбера.

Імовірні ознаки гострої механічної непрохідності кишківнику:

- а) перенесені в минулому операції на черевній порожнині та її травми, післяопераційні та травматичні рубці на черевній стінці;
- б) кишковий метеоризм, який супроводжується здуттям живота і тимпанічним перкуторним звуком над черевною стінкою;
- в) біль і ознаки подразнення очеревини, поширені по всьому животі;
- г) посилення перистальтичних шумів у ранній термін захворювання. Перистальтичні «стенотичні» шуми. Гурчання;
- г) ослаблення перистальтичних шумів у пізній термін захворювання. Рідкісні, дзвінкі та короткі перистальтичні шуми («шум краплі, що падає» — симптом Склярова), відсутність перистальтичних шумів («симптом гробової тиші»);
- д) відсутність відхідникового рефлексу (відсутність рефлексорного скорочення м'яза — замкача відхідника у відповідь на пальцеве ректальне дослідження); атонія м'яза — замкача відхідника; розширення порожньої ампули прямої кишки (симптом Обухівської лікарні);
- е) зниження рівня хлоридів плазми;
- є) позитивна реакція на індикан у сечі.

Також діагностичне значення мають такі симптоми:

Валя — (при странгуляції та завороті — 4 місцеві ознаки) видима асиметрія живота, видима перистальтика кишківнику, гладенька роздута петля кишки, яку можна промацати, перкуторний тимпаніт над кишкою;

Кивуля — металевий звук, який виявляють під час одномоментної перкусії й аускультатції над перерозтягнутою газами і рідиною замкненою кишковою петлею;

Цеге — Мантейфеля — в пряму кишку не вдається ввести більше ніж 500 мл рідини (рак сигми, заворот і вузлоутворення сигми).

У разі виключенні гострої механічної непрохідності кишківнику вдаються до розпізнавання гострих запальних захворювань черевної порожнини: гострого апендициту, гострого холециститу, гострого панкреатиту, гострого запалення матки та придатків.

Особливістю розпізнавання цієї групи захворювань є те, що діагностика тут завжди має **імовірний** характер.

З урахуванням запального походження захворювань, у кожному випадку можливі: підвищення температури тіла;

нейтрофільний лейкоцитоз;

запальний інфільтрат черевної порожнини — в пізній термін захворювання.

Гострий апендицит — частіше спостерігають у жінок, особливо молодого віку, в тому числі за супутньої вагітності. Захворюванню можуть передувати грип, ангіна, запалення легенів.

Ознаки гострого апендициту:

- а) захворювання починається з виникнення гострого болю в наді міжчеревній ділянках або по всьому животу. Через 4-6 год біль локалізується в правій здухвинній ділянці. Хворий оцінює такий біль як постійний. Симптом Волковича — Кохера;
- б) посилення болю в правій здухвинній ділянці під час кашлю. Кашльовий симптом;
- в) посилення болю в правій здухвинній ділянці під час руху правого стегна в кульшовому суглобі (ходьба, піднімання лежачи витягнутої правої ноги, розгинання, ротація правого стегна). Псоас-симптом — характерний для ретроцекального апендициту;
- г) посилення болю в правій здухвинній ділянці під час поштовхоподібного натискання на ліву половину живота. Симптом Ровзинга;
- г) посилення болю в правій здухвинній ділянці в положенні хворого лежачи на лівому боці. Симптом Ситковського;
- д) гіперестезія шкіри в правій здухвинній ділянці під час безпосередньої перкусії черевної стінки зігнутих пальцем за методом Раздольського;
- е) симптом Воскресенського — лікар перебуває праворуч від хворого. Лівою рукою натягує сорочку хворого донизу для кращого ковзання пальців руки. Кінчики 3-5 пальців правої руки лікар установлює в надчеревній ділянці і на вдиху виконує швидкий ковзний рух косо вниз у праву здухвинну ділянку. У момент закінчення такого ковзання з'являється біль;
- є) ознаки подразнення очеревини в правій здухвинній ділянці. У пізній термін вагітності їх визначають вище правої здухвинної ділянки. У разі ретроцекального розташування червоподібного відростка — в ділянці трикутника Пті — симптом Габая;
- ж) посилення пальпаторної болючості в правій здухвинній ділянці в положенні хворого лежачи на лівому боці. Симптом Бартолом'є — Міхельсона;
- з) запальний інфільтрат у правій здухвинній ділянці в пізній термін захворювання;
- і) симптом Брендю — поява болю в правій здухвинній ділянці в разі натискання на ліве ребро вагітної матки;
- и) симптом Міхельсона — посилення болю в правій половині живота у вагітної в положенні лежачи на правому боці;
- к) симптом Суппольта — Сельє — поява на вдиху болю за сечовим міхуром у разі тазового розташування червоподібного відростка;
- л) симптом Роттера — поява болючості очеревини під час ректального обстеження та досягнення прямокишково-маткової або прямокишково-міхурової заглибини навпроти передньої стінки прямої кишки зверху і праворуч, яка не визначалася під час пальпації живота — у разі тазового розташування червоподібного відростка.

Гострий холецистит — частіше спостерігають у жінок, особливо літнього віку, при супутньому ожирінні, цукровому діабеті, стенокардії, хронічних захворюваннях шлунка, печінки, підшлункової залози. Захворюванню можуть передувати переїдання та споживання жирної їжі.

Ознаки гострого холециститу:

- а) захворювання починається з болю в наді міжчеревній ділянках або по всьому животу. Через 4-6 годин біль локалізується в правому підребер'ї, хворий оцінює його як постійний;
- б) іррадіація болю в праву лопатку, праву ключицю, ключично-лопаткове зчленування праворуч, праве надпліччя та праве плече, що підсилюється на висоті вдиху. Плечовий симптом праворуч;
- в) посилення болю в правому підребер'ї під час постукування по ребровій дузі праворуч. Симптом Грекова — Ортнера;
- г) пальпаторна болючість у правому підребер'ї, що підсилюється на висоті вдиху, — симптом Мерфі — Образцова. Хворий не може глибоко вдихнути під час пальпації цієї ділянки;
- г) ознаки подразнення очеревини в правому підребер'ї;
- д) болючість під час натискання на мечоподібний відросток. Симптом мечоподібного відростка;

- е) болючість під час натискання між ніжками груднинно-ключично-соскоподібного м'яза праворуч. Симптом Мюссі — Георгієвського;
- є) блювота жовцю, особливо на початку захворювання і під час першому відходження блювоти;
- ж) жовтяниця механічного характеру, збільшення рівня білірубіну плазми, що дає пряму реакцію Ван дер Берга, поява жовчних пігментів (білірубіну) в сечі;
- з) визначається болючий жовчний міхур або обмежене збільшення правої частки печінки в місці його розташування, або, нарешті, запальний інфільтрат у місці розташування жовчного міхура в пізній термін захворювання;
- і) УЗД-ознаки холециститу, наявність конкрементів у жовчному міхурі.

Ознаки гострого панкреатиту:

- а) біль у наді міжчеревній ділянках, що має різкий характер, і іррадіює в хребет, одне з підребер'їв (частіше ліве) або в обидва підребер'я відразу. У цьому випадку хворий оцінює біль як оперізувальний;
- б) плечовий симптом ліворуч (рідше з двох боків);
- в) гіперестезія шкіри в надчеревній ділянці і лівому підребер'ї, яку виявляють під час безпосередньої перкусії;
- г) пальпаторна болючість у надчеревній ділянці та лівому підребер'ї;
- г) незначне напруження м'язів у надчеревній ділянці й одному (частіше лівому) або обох підребер'ях. Ступінь його не відповідає силі болю. Симптом Керте;
- д) помірне здуття в надчеревній ділянці, що не зменшується після блювання та спорожнювання шлунка. Воно зумовлено метеоризмом поперечної ободової кишки. Симптом Гобьє;
- ж) неможливість прощупати пульсацію черевної аорти вище пупка. Якщо її вдається визначити пальпаторно, діагноз гострого панкреатиту малоімовірний. Симптом Воскресенського;
- з) пальпаторна болючість біля вершини реброво-хребтового кута ліворуч. Точка Мейо — Робсона;
- і) пальпаторна болючість біля вершини реброво-хребтового кута, праворуч. Точка Певзнера;
- и) блювання жовцю, особливо на початку захворювання і під час першого відходження блювоти. Часте блювання;
- к) зневоднювання, що швидко настає, шоківий стан і периферійний ціаноз (обличчя — симптом Лагерлофа, обличчя та тулуб — Мондора, черевна стінка — Грей — Тернера);
- л) екхімози або петехії навколо пупка і в сідничних ділянках внаслідок ураження периферійних судин — симптом Грюнвальда;
- м) діастазурія понад 256 од.;
- н) УЗД — набряк підшлункової залози, відсутність часточкової структури;
- о) рентгенологічно — «сторожова петля», випіт у плевральних порожнинах.

Подальшим етапом діагностики має бути виключення **гострого порушення мезентеріального кровообігу**. Цей патологічний стан не має достовірних специфічних симптомів і може бути запідозрений лише за непрямими ознаками:

- ознаки поширеного атеросклерозу, миготлива аритмія;
- раптовий сильний біль, зазвичай у всіх відділах живота;
- відсутність ознак подразнення очеревини в перші години захворювання;
- зменшення інтенсивності болю через кілька годин від початку захворювання, що супроводжується наростанням ознак тяжкої інтоксикації, появою симптомів подразнення очеревини та посиленням пальпаторної болючості;
- домішки крові у випорожненнях після клізми або часті рідкі випорожнення з кров'янистим слизом;
- відносно високий лейкоцитоз;
- підвищення рівня лактату сироватки крові.

Таким чином, на підставі анамнезу, огляду, фізикального обстеження, базисних лабораторних досліджень, даних рентгенологічного дослідження й УЗД вдається встановити діагноз «гострого живота» та з'ясувати причину його виникнення в більшості випадків.

Складна апаратна діагностика потрібна рідко і допомагає лише у виняткових випадках. Іригоскопія доцільна під час диференційної діагностики товстокишкового ілеусу, ангіографію варто робити за підозри на порушення мезентеріального кровообігу, КТ надає вирішальну інформацію для оцінки гострого панкреатиту, має високу чутливість і специфічність в оцінюванні інтраабдомінальних абсцесів і дивертикулів сигми. Відродження лапароскопії сприяло поверненню цього методу в діагностику та лікування «гострого живота». Однак, чи спроможна обов'язкова лапароскопія при неясних абдомінальних симптомах поліпшити діагностику і результати лікування, поки невідомо. Потрібно пам'ятати, що лапароскопія — це інвазивне дослідження зі специфічними ускладненнями та ризиком наркозу.

Тести початкового рівня знань, ключі до тестів.

1. Три найчастіші причини «гострого живота» у порядку зниження значущості:
 - А. Гострий апендицит — гостра кишкова непрохідність — перфорація порожнистого органа.
 - В. Гострий апендицит — гастроінтестинальна кровотеча — гостра непрохідність кишківнику.
 - С. Перфорація порожнистого органа — гострий апендицит — гостра непрохідність кишківнику.
 - Д. Апоплексія яєчника — гострий апендицит — гостра непрохідність кишківнику.
 - Е. Защемлена грижа — гострий апендицит — гостра непрохідність кишківнику.
2. Місцевими клінічними ознаками защемлення грижі є:
 - А. Раптовий різкий біль в ділянці грижового випинання.
 - В. Збільшення грижового випинання в розмірах, різке його напруження та болючість під час пальпації.
 - С. Невправимість грижі.
 - Д. Негативний симптом кашльового поштовху.
 - Е. Усі вищезазначені ознаки.
3. Для перфорації порожнистого органа в перші години захворювання не характерно:
 - А. Різкий початковий біль у животі, максимальний ступінь якого хворий оцінює як «кинджальний» біль.
 - В. Наявність вільного газу в черевній порожнині.
 - С. «Дошкоподібне» напруження м'язів черевної стінки.
 - Д. Поширена гіперестезія шкіри.
 - Е. Різке здуття живота.
4. До синдрому «гострого живота» не включають:
 - А. Перфорацію порожнистого органа.
 - В. Внутрішні кровотечі в черевну порожнину.
 - С. Гостру непрохідність кишківнику.
 - Д. Гострі порушення мезентеріального кровообігу, що призводять до гангрени кишківнику.
 - Е. Шлунково-кишкові кровотечі.
5. Зазначте симптоми, що не характерні для внутрішньочеревної кровотечі в перші години захворювання:
 - А. «Дошкоподібне» напруження м'язів черевної стінки.

- В. Іррадіація болю в ділянку лопатки, ключиці, ключично-лопаткового зчленування, над'пліччя, плечового суглоба, що підсилюється на висоті вдиху. Плечовий симптом.
- С. Різка болючість живота та гіперестезія його шкіри в поєднанні з помірним напруженням м'язів черевної стінки.
- Д. Наявність вільної рідини в черевній порожнині. Притуплення перкуторного звуку в бічних і нижніх відділах живота.
- Е. Болючість тазової очеревини під час пальцевого ректального дослідження на глибині 10 см — «крик дугласового простору».
6. У хворого, 40 років, раптово з'явився різкий «кинжалний» біль у надчеревній ділянці. Шкіра обличчя бліда, вкрита холодним потом, температура тіла — 37,4 °С, ЧСС — 80 за 1 хв, АТ — 100/70 мм рт. ст. Хворий лежить на спині з приведеними до живота зігнутими ногами, дихання грудне, поверхневе, часте. Живіт утягнений, «як дошка». Рентгенологічно: вільний газ у черевній порожнині. Найімовірніший діагноз:
- А. Гострий холецистит.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Перфорація виразки шлунка.
- Д. Гострий апендицит.
- Е. Перитоніт.
7. Хворий, 29 років, скаржиться на біль у правій здухвинній ділянці протягом 2 діб. Біль почався в надчеревній ділянці. Випорожнення в нормі, дизурії немає, температура тіла — 38,1 °С, пульс — 92 за 1 хв. Хворий лежить на спині, ноги зігнуті, праве стегно приведенне до живота. Живіт не здутий, м'який, болючий у правій здухвинній ділянці під час глибокої пальпації, симптоми ГЦьоткіна, Ровзинга, Ситковського негативні, Образцова і Пастернацького позитивні. Лейкоцитоз — $15,0 \times 10^9/\text{л}$ із зсувом вліво. Аналіз сечі без змін. Найімовірніший діагноз:
- А. Гострий апендицит.
- В. Правобічна ниркова коліка.
- С. Гострий правобічний паранефрит.
- Д. Апендикулярний абсцес.
- Е. Гострий холецистит.
8. Хворий, 70 років, госпіталізований ургентно у тяжкому стані з гострим болем у животі. Хворіє протягом 10 год. Шкіра бліда, язик сухий, обкладений білим нальотом, було блювання темним вмістом. Пульс — 100 за 1 хв, аритмічний, слабкого наповнення, АТ — 80/40 мм рт. ст. Живіт не бере участі в акті дихання, напружений і різко болючий у всіх відділах. Наявні симптоми подразнення очеревини. В анамнезі у хворого — ІХС, перенесений інфаркт міокарда, останні 3 роки турбує миготлива аритмія. Встановіть попередній діагноз:
- А. Тромбоз мезентеріальних судин.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Перфоративна виразка шлунка.
- Д. Перфоративний апендицит.
- Е. Перфоративний холецистит.
9. У чоловіка, 50 років, після вживання алкогольних напоїв і калорійної їжі з'явився гострий біль у верхній половині живота, піднялася температура тіла до 38 °С, здувся живіт, виникло блювання без домішок жовчі. Споживання їжі посилювало больовий синдром, блювання не давало полегшення. Зазначено зростання метеоризму, затримку газів і випорожнень. Під час аускультатії не вислуховувалися шуми кишкової перистальтики. Зазначте обстеження, що потрібно провести передусім для встановлення діагнозу:

- А. Іригоскопія.
 - В. Ренгенологічне обстеження шлунка з барієм.
 - С. УЗД органів грудної порожнини.
 - D. Обзорна ренгенографія черевної порожнини.
 - Е. ФГДС.
10. Зазначте найбільш вірогідний симптом розриву селезінки:
- А. Симптом Склярєва.
 - В. Симптом Мейо — Робсона.
 - С. Симптом «Івана-Покивана».
 - Д. Симптом кошика.
 - Е. Симптом Ровзинга.

Ключі до тестів:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
А	Е	Е	Е	А	С	А	А	Б	С

Тести кінцевого рівня знань, ключі до тестів.

1. Хворий, 26 років, скаржиться на гострий інтенсивний постійний біль у надчеревній ділянці, який раптово виник 1,5 год тому. Раніше не страждав на жодне захворювання. Об'єктивно: пульс — 72 за 1 хв, ритмічний, АТ — 100/60 мм рт. ст. Язик чистий, сухий. Живіт втягнутий, участі в акті дихання не бере, під час пальпації різко напружений і болючий у всіх відділах. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Найімовірніший діагноз:
- А. Гострий холецистит.
 - В. Перфоративна виразка.
 - С. Гострий панкреатит.
 - Д. Гострий гастрит.
 - Е. Гостра кишкова непрохідність.
2. Хвора скаржиться на біль у правому підбер'ї, жовтушність шкіри та білкових оболонок очей, світлі випорожнення, темну сечу, температуру тіла ближче до вечора — до 38 °С, озноб. Хворіє 5 днів. Одразу за медичною допомогою не зверталася. Початок захворювання пов'язує з фізичним навантаженням. Живіт м'який, хворобливий у правому підбер'ї, де пальпується запальний інфільтрат. Сформулюйте попередній діагноз:
- А. Гострий холецистит, обтураційна жовтяниця, холангіт.
 - В. Рак жовчного міхура, жовтяниця, холангіт.
 - С. Злоякісна пухлина печінки, жовтяниця.
 - Д. Абсцес печінки, жовтяниця, холангіт.
 - Е. Гострий панкреатит, жовтяниця, холангіт.
3. Хворого, 43 роки, госпіталізовано із скаргами на повторне блювання, переймоподібний біль у животі, затримку газів і випорожнень. В анамнезі — апендектомія. Стан середнього ступеня тяжкості. Шкіра звичайного кольору. Пульс — 106 за 1 хв, АТ — 115/85 мм рт. ст. Язик сухий. Живіт помірно здутий, асиметричний. Перистальтика посилена. Перкуторно: високий тимпаніт над здутим відділом живота. Симптомів подразнення очеревини немає. Найімовірніший діагноз:
- А. Гостра кишкова непрохідність.
 - В. Печінкова коліка.
 - С. Гострий панкреатит.
 - Д. Ниркова коліка.
 - Е. Харчове отруєння.
4. Хворого, 28 років, госпіталізовано після ДТП з діагнозом: «Закрита травма живота». Скаржиться на біль у верхніх відділах живота з іррадіацією в ліву надключичну

ділянку. Об'єктивно: блідий, АТ — 90/50 мм рт. ст., пульс — 116 за 1 хв. Притуплення перкуторного звуку в пологих відділах живота, слабо позитивний симптом Щьоткіна — Блюмберга, позитивний симптом «Івана-Покивана». Встановіть попередній діагноз:

- А. Розрив кишківнику.
- В. Розрив шлунка.
- С. Розрив селезінки.
- Д. Розрив сечового міхура.
- Е. Заочеревинна гематома.

5. Хворого Б., 72 роки, госпіталізовано в тяжкому стані із скаргами на здуття живота, біль у животі без чіткої локалізації, що зберігається протягом 3 діб. Загальний стан тяжкий, шкіра та видимі слизові бліді. Язик сухий. Пульс — 98 за 1 хв, АТ — 100/60 мм рт. ст. Живіт здутий, болючий в усіх ділянках, наявні нечіткі ознаки подразнення очеревини. Під час аускультативної перистальтичній шуми не вислуховуються. Ректальне дослідження: ампула прямої кишки порожня, на рукавичці лікаря — сліди кров'янисто-слизових виділень. Найімовірніший попередній діагноз:

- А. Загострення виразкової хвороби.
- В. Перфорація порожнистого органа.
- С. Гостра кишкова непрохідність.
- Д. Гострий панкреатит.
- Е. Тромбоз мезентеріальних судин.

6. Хворого П., 34 роки, госпіталізовано в хірургічне відділення зі скаргами на переймоподібний біль у животі, який виник раптово 4 год тому, багаторазове блювання. Об'єктивно: симетричне здуття живота, посилення перистальтичних шумів. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини, виконаній у положенні хворого стоячи, в міжчеревній ділянці — множинні горизонтальні рівні рідини зі скопиченням над ними газу (ширина горизонтальних рівнів рідини більша, ніж висота стовпів газу). Встановіть попередній діагноз:

- А. Гостра паралітична товстокишкова непрохідність.
- В. Гостра obturacійна товстокишкова непрохідність.
- С. Гостра паралітична тонкокишкова непрохідність.
- Д. Гостра obturacійна тонкокишкова непрохідність.
- Е. Хронічна паралітична тонкокишкова непрохідність.

7. Хворого, 74 роки, госпіталізовано в хірургічне відділення з клінікою защемленої правобічної пахвинної грижі. У стаціонарі хворий самостійно вправив грижу. Через 18 год стан хворого тяжкий, пульс — 100 за 1 хв, язик сухий, живіт у нижніх відділах болючий, здутий, симптом подразнення очеревини позитивний. Встановіть діагноз:

- А. Гострий панкреатит, перитоніт.
- В. Флегмона грижового мішка.
- С. Гострий апендицит, перитоніт.
- Д. Несправжнє вправлення, розрив кишки, перитоніт.
- Е. Гострий холецистит, перитоніт.

8. Хворий, 38 років, скаржиться на різкий раптовий біль у надчеревній ділянці, одноразове блювання. Хворий зазначає, що напередодні з'їв гамбургер з кока-колою. Об'єктивно: АТ — 100/60 мм рт. ст., пульс — 104 за 1 хв. Симптом Щьоткіна — Блюмберга позитивний. Під час пальпації — напруження м'язів передньої черевної стінки, розлита хворобливість, кишкові шуми відсутні. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини — вільний газ у черевній порожнині. Встановіть попередній діагноз:

- А. Перфорація виразки дванадцятипалої кишки.
- В. Розрив аневризми черевної аорти.

- С. Ішемія кишківнику.
- Д. Пенетрація виразки шлунка.
- Е. Гострий панкреатит.

9. Хворого, 34 роки, госпіталізовано зі скаргами на сильний біль у животі, що з'явився раптово 4 год тому. Стан хворого тяжкий. Шкіра бліда, вкрита холодним потом, пульс — 78 за 1 хв. Язик вологий, обкладений білим нальотом. «Дошкоподібний живіт», у правому підребер'ї і в правій половині живота позитивний симптом подразнення очеревини. Печінкова тупість не визначається. Встановіть діагноз:

- А. Гострий холецистит.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки.
- Д. Кишкова непрохідність.
- Е. Гострий апендицит.

10. Хвора, 18 років, з надлишковою масою тіла скаржиться на біль у правому підребер'ї, що іррадіює в праве надпліччя, гіркоту в роті, нудоту, одноразове блювання. Захворювання пов'язує зі споживанням жирної їжі. Об'єктивно: язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт симетричний, бере участь в акті дихання. Під час пальпації — напруження м'язів передньої черевної стінки та виражена болючість у правому підребер'ї. Встановіть попередній діагноз:

- А. Гострий апендицит.
- В. Гострий холецистит.
- С. Гострий гепатит.
- Д. Гострий гастрит.
- Е. Гостра кишкова непрохідність.

Ключі до тестів:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В	А	А	С	Е	Б	Б	А	С	В

Література

Основна:

Хірургія: підручник / За ред. Березницького Я.С., Захараша М.П., Мішалова В.Г., Шідловського В.О. — Дніпропетровськ: Дніпро-УАБ, 2007.
Лекції з госпітальної хірургії: навчальний посібник / За ред. професора В.Г. Мішалова. — 2-ге вид., доповн. і перероб. — У 3-х т. — Т. 1. — К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. — 287 с.

Додаткова:

Ковальчук А.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В., Нечитайло М.Ю. Шпитальна хірургія. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
Хирургические болезни / Под ред. М.И. Кузина. — М.: Медицина, 2005. — 784 с.
Шідловський В.О., Захараш М.П., Полянський І.Ю. та ін. Факультетська хірургія / За ред. В.О. Шідловського, М.П. Захараша. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 544 с.
Хирургия: руководство для врачей и студентов/ Под ред. д-ра мед. наук Ю.М. Лопухина, д-ра мед. наук В.С. Савельева. — Пер. с англ. — М.: ГЗОТАР Медицина, 1998. 1074 с.
Шалимов А.А., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчных протоков. — К.: Здоров'я, 1975. — 408 с.
Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. — М.: Триада-Х, 2000. — 493 с.
Клиническая хирургия / Под ред. Л.В. Усенко, Я.С. Березницького. — К.: Здоров'я, 1999. — 496 с.
Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини. — К.: Фенікс, 2002.

ТЕМА 12. ЛОКАЛЬНІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ОЧЕРЕВИНИ. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ. АБДОМІНАЛЬНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЕРИТОНІТ, ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗ

1.Актуальність теми.

Перитоніт /peritonitis/ - гостре або хронічне запалення парієтальної та вісцеральної очеревини, яке виникає в наслідок дії на неї мікроорганізмів або фізичних та хімічних чинників і проявляється як місцевими змінами, так і загальними порушеннями функціонального стану різних органів і систем організму.

Перитоніт і зараз залишається причиною летальних наслідків у хворих хірургічного профілю. Летальність від перитоніту не тільки не знизилась, але має тенденцію до зростання та коливається в межах 20-50 % . летальність залежить перш за все від причини, яка викликала перитоніт. Так, найменша летальність при апендикулярному перитоніті – 0,53-11,5 %, а при перитоніті зумовленого іншими запальними захворюваннями органів черевної порожнини досягає 30 %. Крім того, летальність залежить від поширеності перитоніту, складаючи при місцевому перитоніті 0-1,5 %, а при загальному – від 36,6 до 55 % . При післяопераційному перитоніті летальність складає 75-90 % і більше.

Проблема лікування перитоніту ще далеко не вирішена. Це пояснюється перш за все несвоєчасною госпіталізацією хворих з гострими хірургічними захворюваннями. Існує пряма залежність летальності від термінів термінів госпіталізації хворих. Серед хворих, доставлених в перші 12 годин від початку захворювання, летальність складає 11 %, а серед хворих доставлених в більш пізні терміни – 45,9 %.

Труднощі лікування гострого загального перитоніту визначаються його поліетіологічністю, складністю патогенезу, а також недостатньою увагою до особливостей патогенетичної корекції порушень гомеостазу.

З цього випливає, що лікування хворих з загальним перитонітом є великою організаційною та лікувальною проблемою.

2.Конкретні цілі.

2.1.Знати: основні положення щодо етіології, патогенезу, класифікації гострого перитоніту. Клінічну картину перитоніту. Лікувальну тактику при гострому перитоніті.

А також знати:

- анатоμο-фізіологічні процеси очеревини в нормі та при розвитку перитоніту;
- визначення терміну “перитоніт”;
- етіологію, патогенез, класифікацію гострого перитоніту в залежності від поширеності запального процесу та стадії клінічного перебігу;
- знати типову клінічну картину гострого місцевого та поширеного перитоніту;
- знати методи лабораторних та інструментальних (лапароскопічних, УЗ досліджень) при гострому місцевому та поширеному перитоніті;
- знати диференційну діагностику гострого перитоніту з іншими патологічними станами;
- засвоїти лікувальну тактику при місцевому та поширеному гострому перитоніті: показання до застосування пункційних методів під контролем УЗД та методу лапаростомії;
- засвоїти принципи сучасної антибіотикотерапії при перитоніті та багатокомпонентної багатоцільової інфузійної терапії;
- ведення післяопераційного періоду (прогноз, реабілітація хворих).

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого (наявність м'язевого захисту, напруження черевної стінки, визначення симптомів подразнення очеревини), формулювати діагноз, обирати найбільш

інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при розвитку перитоніту.

Також вміти:

- провести клінічні, діагностичні дослідження у хворого на гострий перитоніт: зібрати анамнез, здійснити огляд хворого, пальпацію, перкусію аускультацію, ректальне дослідження;
- визначити найбільш характерні клінічні ознаки місцевого та поширеного перитоніту;
- скласти план обстеження хворого з перитонітом;
- інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- визначити показання до вибору оптимального способу лікування хворого з місцевим та поширеним перитонітом;
- провести підготовку хворого до оперативного втручання;
- здійснити курацію хворого з написанням історії хвороби;
- вміти призначити консервативне лікування у післяопераційному періоді;
- вміти виконувати наступні маніпуляції: декомпресію шлунку, інтубованого кишечника, перев'язки, догляд за дренажами черевної порожнини, інтубаційним зондом;
- використовувати навчальну та наукову літературу, включаючи інтернет, для вирішення професійних завдань та підвищення рівня підготовки;
- здійснювати прогноз перебігу захворювання та працездатності;
- володіти технічними прийомами ведення хворого у післяопераційному періоді (оцінювати стан рани, у разі потреби проводити її ревізію, доглядати за дренажами та оцінювати характер виділень з них, видаляти дренажі, знімати шви);
- володіти хірургічними методами лікування у разі ранніх та пізніх ускладнень в рані;
- оформити клінічну історію хвороби пацієнта з перитонітом;
- користуватись деонтологічними принципами спілкування з хворим та його родичами, співробітниками.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпритувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначити лікувальну тактику та наявності ускладнень у пацієнтів з місцевим та поширеним перитонітом.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на перитоніт, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Нормальна та патологічна анатомія Нормальна та патологічна фізіологія Оперативна хірургія	Знати анатомію черевної стінки та органів черевної порожнини, анатомо-фізіологічні особливості очеревини, застосовувати знання анатомії у поясненні процесу	Визначити топографічну анатомію передньої черевної стінки, карманів черевної порожнини; Вміти використовувати

та топографічна анатомія Рентгенологія	формування перитоніту, обґрунтуванні вибору тактики лікування. Знати фізіологію очеревини, біохімічні процеси в очеревині. Знати фізіологію травної системи, патофізіологічні аспекти перитоніту. Клінічні прояви та методи інструментальної і лабораторної діагностики порушень функції печінки, рентгенологію в прикладному аспекті. Знати основні рентгенологічні ознаки захворювань, які стали причиною перитоніту.	знання у патогенетичному лікуванні перитоніту, підготовці хворих до оперативного лікування та веденні хворих у післяопераційному періоді. Використовувати навички у асистенціях на оперативних втручаннях з приводу перитоніту.
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики перитоніту, диференційну діагностику даної патології, її лікувальну тактику та прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблеми перитоніту, патогенетично обґрунтовувати методи лікування та профілактики перитоніту та післяопераційних ускладнень.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому вагу перитоніту в структурі хірургічних захворювань; зв'язок з іншими хірургічними захворюваннями; результати лікування та його наслідки; методи профілактики та їх ефективність.	Оцінювати ефективність проведеного лікування перитоніту та його результати на підставі клінічного обстеження хворого і оцінки результатів подальшого його обстеження в динаміці; використовувати методи профілактики захворювання.

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків потемі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з перитонітом різного генезу		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд шкіри та видимих слизових оболонок; -визначення локалізації та ймовірної причини виникнення перитоніту; -визначення стану передньої черевної стінки, симптомів гострого живота			+
3.	Проводити диференційну діагностику		+	

	перитоніту			
4.	Визначати лікувальну тактику при місцевому та поширеному перитоніті		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4..Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити :		
1.Етіологія	Назвати етіологічні фактори розвитку перитоніту	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при перитоніті	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію перитоніту	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми місцевого та поширеного перитоніту	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, які необхідні для діагностики перитоніту.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики перитоніту.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування перитоніту.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1. Огляд хворого; 2. Визначення кольору шкіри, наявності вип'ячувань, пухлиноподібних утворень 3. Визначення основних симптомів, що вказують на розвиток перитоніту	-Колір шкіри та слизових оболонок, наявність гризових вип'ячувань, деформації передньої черевної стінки, оцінити конфігурацію, симетричність, наявність здуття, післяопераційних рубців, видимої перистальтики -Наявність, відсутність клінічних симптомів перитоніту, резистентності, та болючості передньої черевної стінки, проводити оцінку ознак наявності вільної рідини в черевній порожнині, оцінювати відтінки тимпаніту, оцінити стан та характер перитальтики. -Обов'язковим при обстеженні хворих є ректальне та вагінальне дослідження для

	4. Ректальне та вагінальне дослідження.	виключення патології органів малого таза, нависання та болючості тазової очеревини при перитонітах.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	УЗД ЕФГДС Рентгенологічні методи	-розміри та форму жовчного міхура, його вміст, товщина його стінки та наявність її розшаровості, ширина жовчних протоків, наявність в них конкрементів, стан навколишніх тканин та сусідніх органів - підшлункової залози її ехогенність, розміри, структуру, стан парапанкреатичної клітковини, печінки, нирок, пневматоз кишечника, діаметр товстої та тонкої кишки, товщина стінки, візуалізація складок Керкринга, їх товщина, відстань між ними, наявність маятникоподібної перистальтики, вільної рідини в міжпетлевому просторі та вільній черевній порожнині.. - оцінюється стан слизової оболонки шлунка та дванадцятипала кишка, наявність дефекту, стан ВСДК - наявність пневмоперитонеуму (симптом “серпа”), чаш Клойберга, дефект наповнення, візуалізація складок Керкринга, с-м розтягнутої пружини
Визначити лікувальну тактику при перитоніті	<u>Консервативна терапія</u> <u>Оперативні втручання</u>	Терапія полягає в проведенні антисекреторної, дезінтоксикаційної, спазмолітичної, антибіотикотерапії та знеболення. Вибір методу оперативного лікування залежить від причини, яка викликала перитоніт. Сучасне патогенетично обумовлене лікування гострого розповсюдженого перитоніту, ґрунтується на 3 основних принципах : 1. Хірургічне втручання в ургентному порядку; 2. Адекватна антибактерійна терапія з урахуванням чутливості мікробів до антибактерійних препаратів; 3. Комплексна інтенсивна терапія, спрямована на корекцію всіх порушень гомеостазу функції життєво і систем важливих органів (серцево – судинної, органів дихання починки, нирок, тощо). Передопераційну підготовку слід проводити у короткотерміново режимі, що залежить від загального стану

		<p>здоров'я хворого та стадії перитоніту і передбачає корекцію порушень гомеостазу /гіповолемії, електролітних порушень, КЛС та ін./, серцево-судинної та дихальної систем привенційну антибактерійну терапію</p> <p>Передопераційну підготовку хворих у токсичній та термінальній стадіях слід проводити у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації.</p> <p>Знеболювання - вибором методу знеболювання при гострому перитоніті є комбінований ендотрахеальний наркоз.</p> <p>Нижче наведена принципова схема лікування хворого на гострий розповсюджений перитоніт.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раннє операційне видалення джерела перитоніту і ефективна санація черевної порожнини. 2. Післяопераційна санація черевної порожнини. 3. Профілактика інтоксикації із шлунково-кишкового тракту та відновлення функції кишечника. 4. Адекватна антимікробна терапія спрямована на ослаблення та пригнічення життєдіяльності мікробів. 5. Детоксикаційна терапія. 6. Корекція гідройонних порушень, втрат білків, вуглеводів, жирів, кислотнo-лужної речовини. 7. Ліквідація порушень гомеостазу та мікроциркуляції. 8. Мобілізація захисних сил й імунокорекція. 9. Профілактика та лікування серцево-судинних порушень. <p>Профілактика та лікування порушень функцій органів дихання.</p>
--	--	---

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Очеревина	тонка сполучнотканинна прозора оболонка, що вистеляє стінки черевної порожнини /lamina parietalis peritoneum/ та покриває поверхню органів, розташованих у черевній порожнині / lamina visceralis/.
Перитоніт	гостре або хронічне запалення парієтальної та вісцеральної очеревини, яке виникає в наслідок дії на неї мікроорганізмів або фізичних та хімічних чинників і проявляється як місцевими змінами, так і загальними порушеннями функціонального стану різних органів і систем організму.
Асцит-перитоніт (спонтанний бактерійний перитоніт)	Найважче ускладнення асциту. При цьому в організмі відсутні інші джерела внутрішньоабдомінальної інфекції, а в асцитичній рідині знаходяться мікроби, або нейтрофілоз у кількості більше ніж 250 клітин в 1 мл. Найчастіше ускладнює цироз печінки, значно рідше нефротичний синдром, системний червоний вовчак, іноді серцево-судинну недостатність.
Перитонеальний діаліз	постійне промивання черевної порожнини спеціальним, так званим діалітичним розчином
Керована лапаротомія	Метод оперативного лікування, що використовується при перитоніті. При цьому черевну порожнину не зашивають, а закривають за допомогою спеціальних клейких полосок, замків та інших пристосувань. У післяопераційному періоді проводиться "відкриття" замків або клейких полосок промивання черевної порожнини до її повного очищення. Черевна порожнина закривається тільки після ліквідації перитоніту.
Запрограмована релапаротомія	Метод оперативного лікування, що використовується при перитоніті. Оцінюється стан очеревини і органів черевної порожнини, програмується повторне втручання у залежності від важкості пошкодження. Запрограмовані релапаротомії і санації повторяють декілька разів, поки стан очеревини і органів значно не покращується, та зникає гній з черевної порожнини.
Функції цитокінів	1/ участь в запальній реакції, 2/ регуляція росту та диференціація окремих клітин, 3/ вплив на ріст пухлин, 4/ участь в регенерації пошкоджених клітин, 5/ забезпечення імунного захисту.

Класифікації перитонітів	За етіологією; за походженням; за причинами виникнення; за розповсюдженню процесу; за клінічним перебігом; за характером ексудату; за стадіями розвитку; за ступенем важкості
Методи визначення важкості стану хворого та прогнозу захворювання при перитоніті	визначення перитонеального індексу Мангайма, система APACHE II, перитонеальний індекс ALTONA, система IAPI

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомо-функціональні відомості про парієтальну та вісцеральну очеревину.
2. Етіологія та патогенез гострого перитоніту.
3. Класифікація гострого перитоніту.
4. Методи обстеження хворих на гострий перитоніт.
5. Клінічна картина місцевого гострого перитоніту.
6. Клінічна картина поширеного перитоніту.
7. Диференційна діагностика гострого перитоніту.
8. Діагностична програма у хворого на гострий перитоніт.
9. Лікувальна тактика у хворого на гострий місцевий перитоніт.
10. Лікувальна тактика у хворого на гострий поширений перитоніт.
11. Ускладнення гострого перитоніту.
12. Особливості клінічної картини гострого перитоніту при наявній супутній патології.
13. Лікувальна такти при гострому перитоніті
14. Особливості передопераційної підготовки при гострому перитоніті
15. Методи оперативних втручань при перитоніті в залежності від поширення запального процесу у черевній порожнині
16. Показання до мініінвазивних методів лікування хворих на гострий перитоніт.
17. Етапи оперативного втручання при гострому поширеному перитоніті.
18. Післяопераційні ускладнення при гострому перитоніті їх діагностика профілактика та лікування.
19. Ведення пацієнтів у післяопераційному періоді.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез, провести огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию у хворого на гострий перитоніт;
2. Вибрати з даних анамнезу найбільш характерні ознаки гострого перитоніту;
3. Правильно оцінювати дані фізикального дослідження (наявність болю в животі; дефансу, інфільтрату у черевній порожнині);
4. Виявляти та правильно оцінювати ступінь вираженості (негативний, слабо позитивний, позитивний, різко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга);
5. Аналізувати та інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження
6. Встановити наявність або відсутність синдрому поліорганної недостатності, (дисфункції):
7. гострої дихальної недостатності
8. гострої серцево-судинної недостатності
9. гострої печінкової недостатності
10. гострої ниркової недостатності
11. гострої недостатності шлунково-кишкового тракту
12. енцефалопатії
13. Проводити диференційну діагностику з синдромом хибного гострого живота;
14. Обґрунтовувати та формулювати попередній діагноз основного захворювання, ускладнень та супутньої патології;

15. Визначати показання до мініінвазивних та „відкритих” оперативних втручань в залежності від поширеності перитоніту;
16. Визначати показання до формування лапаростоми
17. Скласти індивідуальну діагностичну програму у конкретного хворого на гострий перитоніт;
18. Здійснити оцінку результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження;
19. Асистувати та виконувати окремі етапи оперативного втручання (включаючи мініінвазивні);
20. Асистувати при катетеризації центральних вен;
21. Вести хворого у післяопераційному періоді:
 - оцінювати загальний стан,
 - виконувати перев'язки,
 - здійснювати догляд за дренажами,
 - здійснювати догляд за лапаростомою;
 - вводити лікарські препарати через дренажі у черевну порожнину
 - видаляти дренажі з черевної порожнини,
 - знімати шви,
 - асистувати при хірургічній обробці рани під час її гнійного ускладнення;
22. Оформити історію хвороби, написати передопераційний епікриз та протокол операції;
23. Оформити виписку та лікарняний лист;
24. Виписати рецепт на лікарські препарати;
25. Надавати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі (на дому, у кареті швидкої допомоги);
26. Обґрунтувати призначення ефективної антибіотикотерапії
27. Обґрунтувати призначення багатоцільової, багатокомпонентної консервативної терапії у конкретного хворого на гострий перитоніт
28. Визначити показання до виконання мініінвазивних та „відкритих” оперативних втручань;
29. Визначити термін, обсяг і місце проведення консервативної терапії(хірургічне відділення, відділення анестезіології та реанімації) передопераційної підготовки за наявними показаннями;
30. Користуватися деонтологічними принципами спілкування з хворим;
31. Виконувати загальні лікарські маніпуляції (зміну пов'язок, догляд за дренажами у черевній порожнині, промивання дренажів та введення в них лікарських препаратів, видалення дренажів, знімання швів, дренивання та промивання шлунка, в/в введення лікарських препаратів, встановлення в/в катетеру, проведення профілактики тромбоемболічних, серцево-судинних та дихальних ускладнень);
32. Надання правильних рекомендацій щодо життя у післяопераційному періоді (режиму харчування, особливостей трудової діяльності);
33. Здійснювати прогноз життя та працездатності;
34. Використовувати учбову та наукову літературу, включаючи Інтернет в учбовому класі для вирішення професійних завдань, підвищення рівня професійної підготовки;
35. Володіти деонтологічними принципами спілкування з хворим та його родичами, співробітниками.

6.4.Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Етіологія, патогенез, класифікація гострого перитоніту. Клініка. Лікувальна тактика при гострому перитоніті.

6.5. Етіологія, патогенез, класифікація гострого перитоніту. Клініка. Лікувальна тактика при гострому перитоніті.

Визначення	Перитоніт – це гостре або хронічне запалення парієтальної та вісцеральної очеревини, яке виникає в наслідок дії на неї мікроорганізмів або фізичних та хімічних чинників і проявляється як місцевими змінами, так і загальними порушеннями функціонального стану різних органів і систем організму.
Анатомо-фізіологічні особливості очеревини	<p>Очеревина - тонка сполучнотканинна, прозора оболонка, що вистелює стінки черевної порожнини /lamina parietalis peritoneum/ та покриває поверхню органів, розташованих у черевній порожнині / lamina visceralis/. Площа очеревини дорівнює площі шкіри і досягає 2-3 м². Гістологічна структура очеревини - складна. Вона утворена шістьма шарами які мають різну анатомічну будову</p> <p><u>Гістологічна структура очеревини:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Мезотелій - представлений клітинами мезодермального походження, що мають назву мезотеліоцитів. Їм властива фібринолітична активність. При подразненні цих клітин утворюється фібринова плівка, яка захищає розташовані під нею шари очеревини. 2/ Погранична або базальна мембрана, поверхнева частина якої є гомогенною, а в глибокій знаходяться ніжні сплетіння ретикулярних волоконцець. 3/ Поверхневий хвилястий колагеновий шар, представлений тоненькими, компактними колагеновими волоконцями, які розташовані уздовж кишки. 4/ Поверхнева дифузна еластична сітка, волокна якої розташовані щільно. 5/ Глибока подовжена еластична сітка, волокна якої товсті, з'єднані тоненькими сполученнями. 6/ Глибокий гратчастий колагеново-еластичний шар. <p>На різних ділянках черевної порожнини очеревина має різну кількість шарів. Так, очеревина тонкої кишки та черевної стінки складається з 6 шарів, чепця - 4, діафрагмальної поверхні - 3. Це слід пам'ятати і враховувати при лікуванні хворих на перитоніт адже від кількості шарів очеревини залежить інтенсивність всмоктування та секреції рідини. Чим менше шарів очеревини, тим інтенсивніше всмоктування. Кровоносні та лімфатичні судини розташовані тільки у межах шостого шару і тільки в ньому відбуваються процеси виділення та всмоктування.</p> <p><u>Фізіологічні функції очеревини:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Всмоктувальна або резорбційна функція. Очеревина всмоктує за годину 3-6 літрів, за добу до 70 літрів тканинної рідини. Інтенсивність всмоктування очеревиною підтверджують досліди, проведені Кнутсеном. Ціаніди, при їх внутрішньочеревному введенні вбивають піддослідних тварин так же швидко, як і при внутрішньо венному веденні. Аналогічні результати отримано і при введенні наркотичних препаратів. 2/ Виділяюча, або трансудаційна функція. За годину та добу виділяється стільки ж рідини, як і всмоктується. Найбільшою видільною властивістю володіє очеревина дванадцятипалої та тонкої кишок. 3/ Захисна, або бар'єрна функція. Ексудату черевної порожнини притаманні бактерицидні та бактеріостатичні властивості. Численними дослідженнями доведено резистентність очеревини по відношенню до інфекції. Це було підтверджено дослідженнями Нетцеля з паличкою сибірської виразки. Підчас підшкірного введення 60 паличок сибірської виразки, піддослідна тварина гине на 5-6 день після введення, а при введенні в черевну порожнину 1000 паличок захворювання не виникає. 4/ Пластична функція. На подразнення очеревина здатна реагувати

	виділенням фібрину і утворенням злук, тим самим відмежовуючи запальний процес, а при операціях на порожнистих органах фібрин герметизує шви.
Етіопатогенез	<p>Мікроби, які призводять до розвитку гострого перитоніту розділяються:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Аероби грамнегативні - кишкова паличка, синегнійна паличка, протей ентеробактерії, цитробактерії. 2/ Аероби грампозитивні - стафілокок, стрептокок. 3/ Анаероби грамнегативні - бактероїди, фузобактерії, вайлонели. 4/ Анаероби грампозитивні - клостридії, лактобактерії, пентококи, пентострептококи, зубактерії /В.Я.Юсков, 2000/. <p>Патогенез гострого розповсюдженого перитоніту дуже складний. У відповідь на запалення, мікробну інтоксикацію та появу великої кількості токсинів активуються біологічно-активні речовини. Під їх дією настає ураження інтрацелюлярних рецепторів, порушується проникність капілярів, розвивається у них стаз та виникають розлади водно-електролітного балансу, кислотно-лужного стану, порушуються обмін білків, вуглеводів та жирів. Це призводить до розвитку гіпоксії тканин, ацидозу, підвищення зсідання крові, наростання капіляротоксикозу, стазу крові - розвивається ДВС синдром.</p> <p>Ураження інтерорецепторів веде до зниження тонуусу і парезу кишок зі секвестрацією великої кількості рідини, солей, мікроелементів, білків, вуглеводів, жирів та формених елементів крові як в просвіт кишки, так і в черевну порожнину. У стінці кишки завдяки цьому наростають ішемічні зміни, вона стає прохідною для мікробів, які надходять в черевну порожнину.</p> <p>Цитокіни - це низькомолекулярні білкові медіатори, яких продукують різні клітини /ендотелій, лейкоцити, фібробласти та інші/. Біологічна активність цитокінів проявляється через дуже специфічні рецептори, розташовані на клітинах, в зоні їх утворення, вони менш активні ніж гормони і діють на клітини, в яких утворилися або на поруч розташовані клітини, тобто дія їх дуже специфічна і тільки інтерлейкін та фактор некрозу пухлин діють на всі клітини, проявляючи таким чином загальний ефект.</p> <p>Основними функціями цитокінів є: 1/ участь в запальній реакції, 2/ регуляція росту та диференціація окремих клітин, 3/ вплив на ріст пухлин, 4/ участь в регенерації пошкоджених клітин, 5/ забезпечення імунного захисту.</p> <p>При гострому перитоніті цитокінів продукується значно більше, або появляються незвичні шляхи їх утворення і реакція авторегуляції видозмінюється, і стає нерегульованою. Наступає не просто збільшення енергопродукції, а самоспалювання тканин організму, відбувається не запальна реакція, а капілярна втрата рідини з інтерстиційними набряками відбувається не стимуляція регенерації, а деструкція тканин.</p> <p>Якщо врахувати, що ендотелій, клітини крові і тканинні макрофаги є всюди, а вони є процесами вузловими пунктами вироблення цитокінів), то стає зрозумілим, що збільшення вмісту цитокінів веде до порушення функцій всіх органів і систем організму, а не тільки тих, що стають причинами розвитку критичного стану.</p> <p>При захворюванні органів черевної порожнини виникає особливо виражена медіаційна агресія у зв'язку з появою в крові ендотоксину грамнегативних мікробів /А.А.Грінберг, 2000 р./</p> <p>Із викладеного можна зробити висновок, що при критичному стані і</p>

	гострому перитоніті зокрема, може виникнути недостатність різних органів і систем організму /СПОН/
Класифікація	<p><u>За етіологією :</u> а/ інфекційний – неспецифічний або специфічний. Специфічні перитоніти є наслідком мікробів, які не мають відношення до шлунково-кишкового тракту /гонококи, пневмококи, туберкульозна паличка /; б/ неінфекційний /хімічні речовини, секрет органів - жовч, шлунковий сік, сеча, кров.</p> <p><u>За походженням :</u> а/ первинний – внаслідок попадання мікробів у черевну порожнину гематогенним або лімфогенним шляхом, а також за рахунок трансудації мікробів трансудації мікробів із інших органів; б/ вторинний обумовлений попаданням мікробів у черевну порожнину внаслідок гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини або пошкодження органів черевної порожнини при травмі живота; в/ третинний – гнійні форми перитонітів, що виникають і протікають без вираженої клінічної картини на фоні пролонгованого лікування ослаблених хворих з вторинною інтоксикацією і нерідко порушенням імуногенезу різної природи. Раніше такій перитоніт називали “млявоплинним”.</p> <p><u>За причинами виникнення :</u> а/ травматичний, б/ запальний /при переході процесу з хворого органа без перфорації/, в/ перфораційний, г/ післяопераційний, г/ суміжний /при захворюванні органів грудної порожнини, д/ лімфогенний.</p> <p><u>За розповсюдженню процесу :</u> а/ місцевий /відмежований, не відмежований/, коли запальний процес локалізується на 1-2 ділянках черевної порожнини б/ розповсюджений або дифузний, запальний процес розповсюджується на 3-5 ділянок, без відмежування процесу; в/ загальний або тотальний - запальний процес захоплює більше 5 ділянок, або всю очеревину, залучаючи всі заглиблення, бухти, завороти.</p> <p><u>За клінічним перебігом :</u> а/ гострий, б/ хронічний.</p> <p><u>За характером ексудату:</u> а/ серозний. б/ серозно-фібринний, в/ фібринозно-гнійний, г/ гнійний, г/ жовчний, д/ геморагічний, є/ каловий, ж/ хімічний.</p> <p><u>За стадіями розвитку :</u> а/ реактивна - перші 24 години від початку захворювання, б/ токсична - від 24 годин до 72 годин після початку захворювання коли - це розквіт перитоніту; в/ термінальна - після 72 год. від початку захворювання розвивається порушення діяльності життєвоважливих і систем організму.</p>

	<p><i>За ступенем тяжкості:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - I ступінь – легкий коли ознаки ендотоксикозу не виражені; - II ступінь – середньої важкості (для ліквідації ознак ендотоксикозу достатньо усунення причини перитоніту операційним шляхом та проведення інтенсивної терапії); - III-а ступінь – важкий, явища ендотоксикозу після усунення причини перитоніту можуть бути ліквідовані тільки шляхом використання екстракорпоральних методів детоксикації (гемосорбція, лімфосорбція, плазмофорез) - III-б ступінь – дуже важкий при якому необхідно проводити повторні санації черевної порожнини; - IV ступінь – термінальний коли проявляється поліорганна недостатність, несумісна з життям /Полянський І.Ю.,1999 р./ <p>Класифікація, прийнята об'єднаним пленумом проблемних комісій “Невідкладна хірургія” та “Гнійна хірургія” МОЗ Росії, Москва 1999 р.). за розповсюдженням процесу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) місцевий; 2) розповсюджений: <ol style="list-style-type: none"> а) дифузний (виходить за межі запалення і розповсюджується на суміжні ділянки); б) загальний (розповсюджується на значні ділянки або всю очеревину). <p>За характером ексудату:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозний; 2) серозно-фібринний; 3) гнійний.
Клініка	<p>У клінічній практиці виділяють суб'єктивні та об'єктивні ознаки гострого розповсюдженого перитоніту.</p> <p>До суб'єктивних ознак відносяться : а/ біль в животі, б/ нудота, в/ блювання, г/ порушення функції кишечника, на які звертають увагу хворі /затримка газів, здуття живота, затримка випорожнень кишечника/.</p> <p>Об'єктивні симптоми:</p> <p>Загальні:</p> <ul style="list-style-type: none"> поведінка хворого; зовнішній вигляд, стан серцево-судинної діяльності, порушення дихання; морфологічні та біохімічні зміни показників крові, зміни тощо. <p>Місцеві(пов'язані зі змінами в черевній порожнині та передній черевній стінці):</p> <ul style="list-style-type: none"> вигляд черевної стінки, участь її у акті дихання; висліди пальпації, перкусії та вислуховування; висліди ректального та вагінального дослідження; висліди рентгенологічного та ультразвукового обстеження органів черевної порожнини, лапароцентезу та лапороскопії черевної порожнини. <p>Захворювання в своєму перебігу проходить три стадії /класифікація К.С.Симоняна/</p> <ul style="list-style-type: none"> Перша - реактивна Друга – токсичної дії Третя стадія - термінальна <p>Для оцінки важкості стану хворого та прогнозу захворювання запропоновано різноманітні методи його визначення. Найбільше розповсюдження в клініці отримали визначення перитонеального індексу Мангайма, система APACHE II, перитонеальний індекс ALTONA, система IAPI .</p>
Діагностика	Діагноз перитоніту ґрунтується на скаргах хворого, анамнезі,

	<p>результатах огляду хворого, об'єктивного обстеження живота, змінах серцево-судинної та легеневої систем, змінах загального аналізу крові.</p> <p>Для підтвердження діагнозу, особливо при наявності сумнівів, проводяться додаткові методи обстеження черевної порожнини - оглядову рентгеноскопію та рентгенографію, комп'ютерну томографію, радіоізотопні методи, ультразвукове обстеження, лапароцентез, лапароскопію.</p>		
Диференційна діагностика	<p>Диференційну діагностику перитоніту слід проводити перш за все із захворюваннями, які за клінічним перебігом нагадують гострий перитоніт, але не потребують хірургічного лікування /так званій "хибний" гострий перитоніт/. До них відносять захворювання легень та плеври /нижньодолева пневмонія, базальний плеврит/, захворювання серцево-судинної системи /інфаркт міокарду, абдомінальний синдром ревматизму/, гінекологічні захворювання /аднексит/, урологічні захворювання /ниркова колька/ та токсикоінфекції.</p>		
	Абдомінальний синдром (перитоніт)	Торако-абдомінальний синдром	
		Плевро-легеневий	Серцевий
Початок захворювання	Поступовий при запальних процесах, раптовий при перфорації, травм	Поступовий	Раптовий або поступовий
Анамнез	Захворювання починається з болю в животі, без попередньої лихоманки і підвищення t ^o	Часто простудний фактор, лихоманка перед початком захворювання	В анамнезі захворювання серця, лихоманка, за звичай, не буває
Поведінка хворого у ліжку	Лежить спокійно, часто положення вимушене, на боці с приведеними ногами	Спокійна вільно перевертається в ліжку, положення напівсидяче	Тривожна, в ліжку положення напівсидяче
Біль в животі та біль при кашлі	Біль проявляється раптово, постійно, супроводжується блюванням, посилюється при кашлі	Біль в верхніх відділах проявляється поступово, постійний, не локалізований, значно посилюється при глибокому диханні	Біль проявляється поступово, не локалізований, посилюється при фізичному навантаженні
Обличчя	Бліде, холодний піт на чолі, риси обличчя загострені, зір затуманений	Гіперемоване, часто синюшність на губах	Страждальницьке, легка синюшність шкіри обличчя та кінцівок
Пульс	Частий, слабкий, випереджає температуру	Повний, трохи прискорений, співпадає з температурою	Слабкий часто аритмічний
Дихання	Поверхнєве, часте	Затруднене, часте, кашель	Не порушена
Язик, губи	Сухий, обкладений, губи синюшні	Вологий, на губах не рідко герпес, легкий ціаноз	Вологий, вологі

Пальпація живота	Болюча, при глибокій пальпації біль посилюється	Болюча, посилюється при поверхневій пальпації	Болюча, при глибокій пальпації біль не посилюється
Мускульний захист	Виражений різко, особливо у ділянці джерела перитоніту	Не різко виражений, зменшується при вольовому зусиллі	Не різко виражений або відсутній
Симптом Щоткіна-Блумберга	Позитивний	Негативний	Негативний
Кишкова перистальтика	Уповільнена, прогресивно зменшується, потім зникає	Не порушена	Не порушена
Температура	Підвищена незначно	Значно підвищена	Підвищується на 2-3 день
Лейкоцитоз	Високий, зсув лейкоцитарної формули в ліво	Високий, лімфопенія	Помірний
Рентгеноскопія грудної клітки	Патології немає	Ознаки запалення легень, плеври	Невиразна пульсація серця, малі амплітуди
ЕКГ	Змін немає	Змін немає	Зміни присутні
Наростання перитонеальних симптомів	Прогресивно наростають	Прогресивно зменшуються	Прогресивно зменшуються

Лікувальна тактика	<p>Сучасне патогенетично обумовлене лікування гострого розповсюдженого перитоніту, ґрунтується на 3 основних принципах :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Хірургічне втручання в ургентному порядку; 5. Адекватна антибактерійна терапія з урахуванням чутливості мікробів до антибактерійних препаратів; 6. Комплексна інтенсивна терапія, спрямована на корекцію всіх порушень гомеостазу функції життєво і систем важливих органів (серцево – судинної, органів дихання починки, нирок, тощо). <p>Передопераційну підготовку слід проводити у короткотерміново режимі, що залежить від загального стану здоров'я хворого та стадії перитоніту і передбачає «правило 3 зондів», корекцію порушень гомеостазу /гіповолемії, електролітних порушень, КЛС та ін./, серцево-судинної та дихальної систем привенційну антибактерійну терапію</p> <p>Передопераційну підготовку хворих у токсичній та термінальній стадіях слід проводити у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації.</p> <p>Знеболювання - вибором методу знеболювання при гострому перитоніті є комбінований ендотрахеальний наркоз.</p> <p>Нижче наведена принципова схема лікування хворого на гострий розповсюджений перитоніт.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Раннє операційне видалення джерела перитоніту і ефективна санація черевної порожнини. 11. Післяопераційна санація черевної порожнини. 12. Профілактика інтоксикації із шлунково-кишкового тракту та відновлення функції кишечника. 13. Адекватна антимікробна терапія спрямована на ослаблення та пригнічення життєдіяльності мікробів. 14. Детоксикаційна терапія.
--------------------	---

	<p>15. Корекція гідройонних порушень, втрат білків, вуглеводів, жирів, кислотно-лужної речовини.</p> <p>16. Ліквідація порушень гомеостазу та мікроциркуляції.</p> <p>17. Мобілізація захисних сил й імунокорекція.</p> <p>18. Профілактика та лікування серцево-судинних порушень</p> <p>Профілактика та лікування порушень функцій органів дихання.</p>
--	---

6.6. Абсцеси черевної порожнини.

<p>Абсцес дугласового простору</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Найкраще діагностувати при ректальному чи вагінальному дослідженні. Характерні ознаки: <ul style="list-style-type: none"> – наявність болючого інфільтрату, – нависання передньої стінки прямої кишки, а іноді – флюктуація, – слизова прямої кишки набрякла, зморшки розправлені. ■ Уточнити діагноз допомагає проведення пункції малого тазу через пряму кишку або задне склепіння піхви. ■ Консервативна терапія: призначенням масивних доз антибіотиків, теплих клізм, фізіотерапевтичних процедур. ■ Операційне лікування: <ul style="list-style-type: none"> – розкриття і дренивання гнояка через пряму кишку або задне склепіння піхви. – лапароскопічне дренивання
<p>Піддіафрагмальний абсцес</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Розрізняють правобічний (передній, задній, латеральний, медіальний) та лівобічний піддіафрагмальні абсцеси. ■ Діагностика дуже складна. ■ Найбільш постійні симптоми: біль в нижніх відділах грудної клітки, в підребер'ї і епігастрії; гикавка, гектична температура тіла, пацієнт напівсидить або лежить на хворому боці. ■ Живіт здутий, перистальтика ослаблена. Болючість і ригідність м'язів в правому підребер'ї. Грудна клітка відстає в акті дихання, при перкусії визначається притуплення, через високе стояння діафрагми і рідину в плевральній порожнині. Притуплення іноді досягає 2-3 ребра. При аускультатії – послаблене дихання, шум тертя плеври, іноді спостерігається зміщення середостіння. ■ Оглядова рентгенографія легень і куполів діафрагми ■ Ультразвукова діагностика ■ Комп'ютерна томографія ■ Лікування: <ul style="list-style-type: none"> – Транскутанна пункція абсцесу із встановленням “свинячого хвостика”. – Оперативні доступи: абдомінальний позаочеревинний; абдомінальний трансочеревинний; трансплевральний (за Трояновим); позаплевральний
<p>Міжкишковий абсцес</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Виникають між окремими петлями тонких і товстих кишок. Стінками таких абсцесів є парієтальна очеревина, петлі кишок, їхня брижа і великий чепець. ■ Клінічні прояви абсцесу, як правило, розвиваються на 14-21 добу від початку розвитку основної патології. Пальпується обмежений болючий інфільтрат в черевній порожнині. При

	<p>поверхневих абсцесах спостерігається обмежене випинання, а при великих гнояках – симптом флюктуації. М'язовий захист передньої черевної стінки, як правило, відсутній. Симптоми подразнення очеревини виявляють не завжди. Перкуторно в зоні абсцесу визначається притуплення. Часто до перерахованих ознак приєднуються періодичні приступи ГКН.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Для уточнення або підтвердження діагнозу використовують ультразвукове дослідження ОЧП. ■ Лікування розпочинають з інтенсивної антибіотикотерапії (не менше двох антибіотиків широкого спектру дії) та фізіотерапії (УВЧ, ультразвук тощо). ■ Транскутанна пункція абсцесу із встановленням “свинячого хвостика” ■ При відсутності ефекту і підозрі на міжкишкове скупчення гною хворим показане операційне лікування – розкриття, санація і дренивання абсцесу.
<p>Післяопераційний перитоніт</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Основні причини: <ul style="list-style-type: none"> – недостатність швів кукси ДПК після резекції шлунку, – недостатність швів анастомозу шлунково-кишкового тракту, жовчних шляхів тощо; – післяопераційний травматичний панкреатит; – проникнення інфекції через стінку кишки при непрохідності кишок або некрозі їхньої стінки; – інфікування черевної порожнини ззовні і зсередини; – післяопераційні внутрішньочеревні кровотечі; – інфікування черевної порожнини при нагноєннях післяопераційної рани передньої черевної стінки.
<p>Туберкульозний перитоніт</p>	<p>Джерелом <i>туберкульозного перитоніту</i> є легені, кістки, суглоби. В основному інфекція потрапляє гематогенним, рідше – лімфогенним шляхом. Відомий також контактний шлях передачі палички Коха (через маткові труби та ентерогенно). Виділяють ексудативну (асцитичну), суху (злипливу) та казеозно-гнійну форми перитоніту. Хворі відчувають слабкість, відсутність апетиту, невеликий біль у животі, диспепсичні прояви. Біль у животі може бути тупий або переймоподібний. Ексудативна та суха форми туберкульозного перитоніту відносяться до хронічних. При казеозно-гнійній формі перитоніту, яка може виникати гостро, виражені загальні запальні явища та інтоксикаційний синдром. На тлі цієї форми туберкульозного перитоніту може виникнути гостра обтураційна кишкова непрохідність внаслідок звуження просвіту кишечника. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу (туберкульоз), даних клінічного та фізикального обстеження, результатів рентгенологічного методу. Лікування хронічних форм перитоніту консервативне та етіотропне. Хірургічне лікування застосовують при казеозно-гнійній формі перитоніту, у тому числі і з приводу кишкової непрохідності.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Серозний</u> (ексудативний) перитоніт, який характеризується висипаннями на очеревині і ексудацією значної кількості серозного випоту. ■ <u>Злипний</u> (сухий) перитоніт, який характеризується утворенням

	<p>значної кількості зрощень між петлями кишок, очеревиною і чепцем.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Казеозний (вузловато-пухлиноподібний) перитоніт, який характеризується утворенням інтенсивних зрощень з великими пухлиноподібними утворами, казеозним розпадом тканин і гнійним вмістом. ■ Змішаний туберкульозний перитоніт.
<p>Псевдотуберкульоз</p>	<p>Основним джерелом псевдотуберкульозу є гризуни, зараження відбувається при вживанні інфікованих продуктів (овочі). Для клінічної картини захворювання характерні інфекційний, токсичний та алергічний синдроми. У деяких випадках розвивається сепсис. Можна прослідкувати два виражених патогенетичних етапи: 1) проникнення збудника, первинні та регіонарно-вогнищеві прояви хвороби, 2) бактеріємія, гематогенний процес, септицемія.</p> <p>Форми псевдотуберкульоз: скарлатиноподібна, артралгічна, жовтушна, абдомінальна, генералізована, катаральна, стерта та латентна. Розрізняють тяжку, середню та легку форми псевдотуберкульозу. Абдомінальна форма на всіх стадіях захворювання характеризується симптомами ураження шлунково-кишкового тракту: нудота, блювання, пронос, біль у животі, головним чином у епігастрії або правій здухвинній областях, рідше – у правому підребер'ї. На початковому етапі перебігу, який обумовлений перебуванням інфекції переважно у лімфовузлах здухвинної області, клінічна картина характеризується переймовподібним болем у животі розлитого характеру. Однак через 6-12 год. біль локалізується у правій здухвинній області або епігастрії. Нерідко при гострому гнійному мезаденіті виникають злуки між патологічно зміненими лімфовузлами, петлями кишок, сальником, утворюється конгломерат тканин, який клінічно характеризується ознаками розвитку гострого запального інфільтрату у черевній порожнині. Найбільш важке ускладнення псевдотуберкульозу – перфорація здухвинної кишки. Лабораторна діагностика включає виділення культури та виділення специфічних антитіл у сироватці крові. При клінічній картині гострого живота та встановленому діагнозі псевдотуберкульозу тактика очікувальна, проводять етіотропну та дезінтоксикаційну терапію протягом 6-12 годин. При її неефективності виконують операцію, яка полягає у роз'єднанні злук, санації та дренажу черевної порожнини. При мезаденіті у брижу тонкої кишки або заочеревино встановлюють катетер, через який у післяопераційному періоді вводять антибіотики.</p>

Лабораторна та інструментальна діагностика

Лабораторна діагностика.

1. **Загальний аналіз крові** - лейкоцитоз, зсув формули вліво, токсична зернистість лейкоцитів, підвищена ШОЕ.
2. **Загальний аналіз сечі** – протеїнурія, лейкоцитерія.
3. **Біохімічний аналіз крові** – гіпопротеїнемія, підвищений вміст креатиніну, сечовини, АлАТ, АсАТ

Інструментальна діагностика.

УЗД – Сонографічне дослідження жовчного міхура може виявити збільшення його розмірів, потовщення стінок, розвиток перивісикальних абсцесів, наявність чи відсутність конкрементів і їх розміри

- для набрякової форми гострого панкреатиту характерне збільшення розмірів підшлункової залози, підвищення її гідрофільності, наявність ознак помірнього набряку парапанкреатичної клітковини при збереженні чіткого контуру самого органа;
- при панкреонекрозі контури підшлункової залози стають нечіткими, а структура її тканини неоднорідною з гіпоехогенними ділянками в зонах некрозу. Нерідко визначається скупчення рідини в чепцевій сумці або у вільній черевній порожнині
- розширення просвіту кишки більше 2см з наявністю феномену «секвстрації рідини» в просвіт кишки;
- наявність поворотно-поступальних рухів хімусу;
- стовщення стінки кишки більше 4мм;
- збільшення висоти керкрінгових складок більше ніж на 5мм і збільшення відстані між ними більше ніж на 5мм;
- гіперпневматизація кишечника у привідному відділі.



Рис. 12.1. УЗД при перивезикальному абсцесі

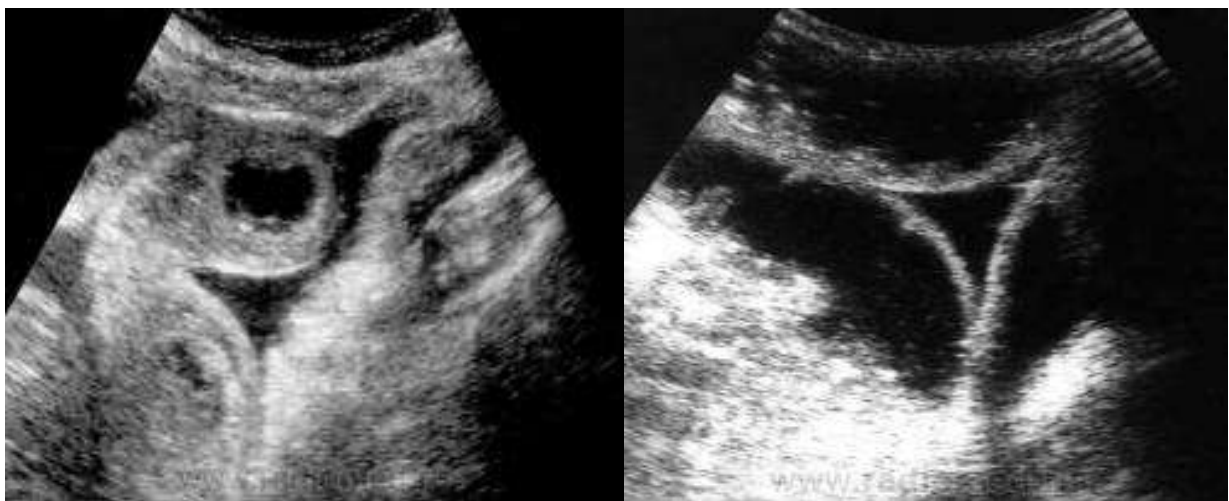


Рис. 12.2. Ультрасонограма кишечника при ГНК: набряк стінки кишки, збільшення її діаметру, наявність вільної рідини в міжпетлевому просторі

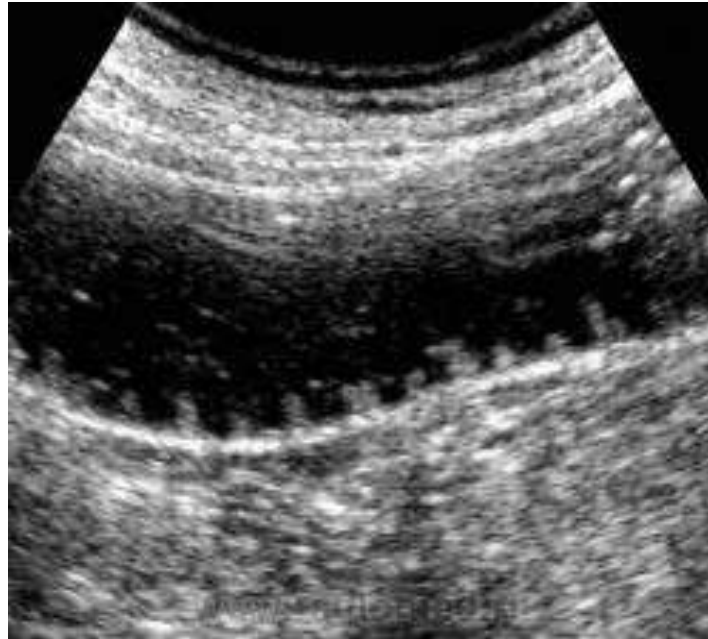


Рис. 12.3. Ультрасонограма кишечника при ГНК: візуалізація складок Керкрінга, їх набряк та збільшення відстані між ними більше 4 мм



Рис. 12.4. Оглядова рентгенографія ОЧП в прямій передній проекції: ознаки гострої низької непрохідності кишечника – візуалізуються розширені петлі кишківника всі анатомічних ділянках черевної порожнини

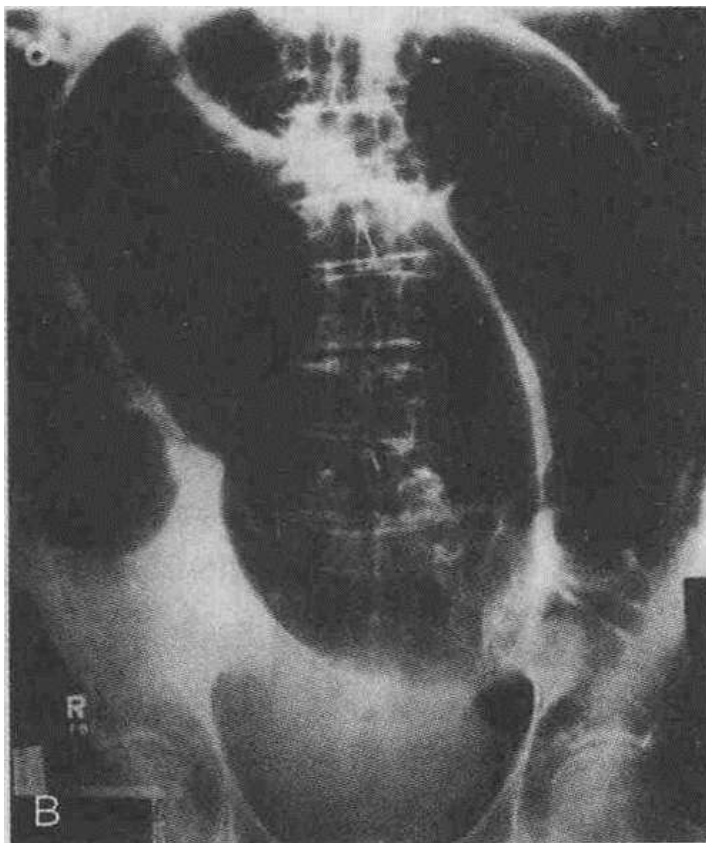


Рис. 12.5. Оглядова рентгенограма ОЧП в прямій передній проекції: заворот сигмовидної кишки. На рентгенограмі візуалізується її дислокація та балоноподібне розширення.

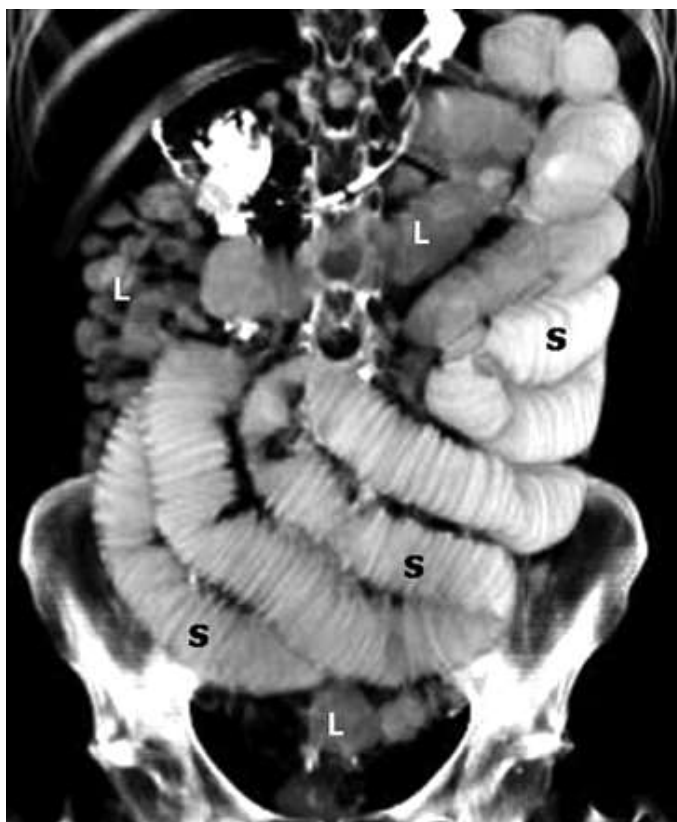


Рис. 12.6. КТ при гострій кишковій непрохідності



Рис. 12.7. ЕФГДС: перфоративна виразка ДПК

- **Оглядова рентгенографія черевної порожнини з куполами діафрагми.**
 - Дозволяє виявити пневмоперитонеум («симптом серпа») Зустрічається у 80% хворих.
 - При обстеженні хворого у вертикальному положенні частіше повітря визначається у вигляді серпоподібної смужки під правим куполом діафрагми.
- **Пневмогастрографія.**
 - через назогастральний зонд в шлунок вводять 500 мл повітря і виконують оглядову рентгенографію черевної порожнини з куполами діафрагми.
 - Метод підвищує достовірність діагностики до 95-97 %.
 - Поява чи посилення болю у черевній порожнини при введенні через назогастральний зонд повітря свідчить у користь перфоративної виразки.

Сучасне патогенетично обумовлене лікування гострого розповсюдженого перитоніту, ґрунтується на 3 основних принципах :

1. Хірургічне втручання в ургентному порядку;
2. Адекватна антибактерійна терапія з урахуванням чутливості мікробів до антибактерійних препаратів;
3. Комплексна інтенсивна терапія, спрямована на корекцію всіх порушень гомеостазу функції життєво і систем важливих органів (серцево – судинної, органів дихання починки, нирок, тощо).

Передопераційну підготовку слід проводити у короткотерміново режимі, що залежить від загального стану здоров'я хворого та стадії перитоніту і передбачає «правило 3 зондів», корекцію порушень гомеостазу /гіповолемії, електролітних порушень, КЛС та ін./, серцево-судинної та дихальної систем привенційну антибактерійну терапію Передопераційну підготовку хворих у токсичній та термінальній стадіях слід проводити у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації.

Знеболювання – вибором методу знеболювання при гострому перитоніті є комбінований ендотрахеальний наркоз.

Нижче наведена принципова схема лікування хворого на гострий розповсюджений перитоніт.

1. Раннє операційне видалення джерела перитоніту і ефективна санація черевної порожнини.
2. Післяопераційна санація черевної порожнини.
3. Профілактика інтоксикації із шлунково-кишкового тракту та відновлення функції кишечника.
4. Адекватна антимікробна терапія спрямована на ослаблення та пригнічення життєдіяльності мікробів.
5. Детоксикаційна терапія.
6. Корекція гідройонних порушень, втрат білків, вуглеводів, жирів, кислотно-лужної речовини.
7. Ліквідація порушень гомеостазу та мікроциркуляції.
8. Мобілізація захисних сил й імунокорекція.
9. Профілактика та лікування серцево-судинних порушень.
10. Профілактика та лікування порушень функцій органів дихання.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Скільки шарів має очеревина і чи однакова їх кількість в різних ділянках черевної порожнини?
 - а. 1) мезотелій; 2) базальна мембрана; 3) поверхневий хвилястий колагеновий шар; 4) поверхнева дифузна еластична сітка; 5) глибока подовжена еластична сітка; 6) глибокий гратчастий колагеново-еластичний шар; кількість шарів не однакова, що обумовлює інтенсивність всмоктування та секреції рідини на різних ділянках. Чим менше шарів очеревини, тим інтенсивніше всмоктування.
 - б. 1) мезотелій; 2) базальна мембрана; 3) глибока подовжена еластична сітка; 4) глибокий гратчастий колагеново-еластичний шар; 5) поверхневий хвилястий колагеновий шар; 6) поверхнева дифузна еластична сітка; кількість шарів однакова.
 - в. 1) мезотелій; 2) базальна мембрана; 3) колагеново-еластичний шар; кількість шарів однакова.
 - г. 1) мезотелій; 2) базальна мембрана; 3) колагеново-еластичний шар; кількість шарів не однакова, що обумовлює інтенсивність всмоктування та секреції рідини на різних ділянках. Чим більше шарів очеревини, тим інтенсивніше всмоктування.
2. Які основні фізіологічні функції очеревини?
 - а. 1) всмоктувальна або резорбційна функція; 2) виділяюча, або трансудаційна функція; 3) захисна, або бар'єрна функція; 4) пластична функція.
 - б. 1) Знезаражуюча; 2) секреторна; 3) захисна; 4) пластична функція.
 - в. 1) секреторна; 2) гемостатична; 3) виробляє гормони; 4) дезінтоксикаційна.
 - г. 1) захисна; 2) видільна; 3) амортизуюча; 4) дихальна.
3. Вкажіть патологічні стани, які призводять до виникнення гострого перитоніту.
 - а. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини, перфоративні стани органів травного каналу, гострі ішемічні стани органів черевної порожнини, травма живота, внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення, синдром портальної гіпертензії
 - б. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини, перфоративні стани порожнинних органів травного каналу, гострі ішемічні стани органів черевної порожнини, травма живота, внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення, ішемічна хвороба серця
 - в. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини, перфоративні стани порожнинних органів травного каналу, гострі ішемічні стани органів черевної порожнини, травма живота, внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення, сечокам'яна хвороба
 - г. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини, перфоративні стани органів травного каналу, гострі ішемічні стани органів черевної порожнини, травма живота, внутрішньочеревні післяопераційні ускладнення, цукровий діабет

- 4.** Вкажіть ланки патогенезу гострого перитоніту
- а. Дія етіологічного фактору, утворення факторів ендотоксикозу, активація біологічно-активних речовин, збільшення проникності капілярів, стаз крові, гіперкоагуляція, метаболічний ацидоз, системні порушення, гіпоксія тканин, поліорганна недостатність
 - б. Дія етіологічного фактору, запалення очеревини, утворення гнійного випоту, гіпертермія, гіпотонія
 - в. Дія етіологічного фактору, запалення очеревини, утворення гнійного випоту, синдром нефраргії, гепатаргії, ентераргії
 - г. Дія етіологічного фактору, запалення очеревини, утворення гнійного випоту, синдром інтоксикації, хронічний перитоніт
- 5.** Вкажіть фактори ендотоксикозу при гострому перитоніті
- а. Цитокіни, молекули середньої маси, оксид азоту та його похідні, перекисні окисли ліпідів
 - б. Цитокіни, молекули середньої маси, гіпертермія, лейкоцитоз
 - в. Цитокіни, гіпертермія, лейкоцитоз, поліорганна недостатність
 - г. Гіпертермія, лейкоцитоз, анемія, гіпопротеїнемія
- 6.** Вкажіть класифікацію гострого перитоніту за поширенням запального процесу в черевній порожнині.
- а. Місцевий, поширений, тотальний
 - б. Місцевий, обмежений, необмежений
 - в. Місцевий, обмежений, поширений
 - г. Місцевий, загальний
- 7.** Стадії клінічного перебігу гострого перитоніту
- а. Реактивна, токсична, термінальна
 - б. Реактивна, токсична, серцево-судинної недостатності
 - в. Реактивна, токсична, гострої ниркової недостатності
 - г. Реактивна, токсична, одужання
- 8.** Вкажіть основні клінічні ознаки реактивної стадії поширеного перитоніту
- а. Біль в животі, переважно в ділянці осередку перитоніту, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткніна – Блюмберга
 - б. Біль в животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткніна – Блюмберга, закреп
 - в. Біль в животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткніна – Блюмберга, паренхіматозна жовтяниця
 - г. Біль в животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткніна – Блюмберга, порушення водно-електролітного обміну
- 9.** Вкажіть основні клінічні ознаки токсичної стадії поширеного перитоніту
- а. Помірний біль в животі та його здуття, блювання, сухість язика, підвищення температури тіла, тахікардія
 - б. Помірний біль в животі та його здуття, блювання, сухість язика, підвищення температури тіла, тахікардія, втрата свідомості
 - в. Помірне здуття живота, блювання, сухість язика, підвищення температури тіла, тахікардія, гіпертонія, анурія
 - г. Помірне здуття живота, блювання, сухість язика, підвищення температури тіла, тахікардія, гостра затримка сечі
- 10.** Вкажіть основні клінічні ознаки термінальної стадії поширеного перитоніту
- а. Здуття живота, синдром інтоксикації, синдром поліорганної недостатності

- б. Здуття живота, синдром інтоксикації, синдром поліорганної недостатності, артеріальна гіпертензія, піурія
- в. Здуття живота, синдром інтоксикації, синдром поліорганної недостатності, гіперглікемія, глюкозурія
- г. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, асиметрія живота, синдром інтоксикації, синдром поліорганної недостатності

11. Ознаки місцевого перитоніту

- а. Біль, захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в проекції осередку перитоніту
- б. Біль, захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в проекції осередку перитоніту, асиметрія живота
- в. Захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в проекції осередку перитоніту, здуття живота
- г. Біль, захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в проекції осередку перитоніту, артеріальна гіпотензія, протеїнурія

12. Вкажіть патологічні стани які найчастіше супроводжуються місцевим перитонітом

- а. Гострий апендицит, гострий холецистит, прикрита перфоративна виразка
- б. Гострий холецистит, прикрита перфоративна виразка, закрита та відкрита травма живота
- в. Гострий апендицит, гострий холецистит, гостра непрохідність кишечника
- г. Гострий панкреатит, типова перфоративна виразка, шлунково-кишкова кровотеча

13. Рентгенологічні ознаки гострого перитоніту

- а. Аероентерія, горизонтальні рівні рідини в порожнині тонкої кишки, наявний вільний газ під правим куполом діафрагми
- б. Горизонтальні рівні рідини в порожнині тонкої кишки, нечіткість контурів діафрагми, збільшення часу транзиту по товстій кишці
- в. Вільний газ під правим куполом діафрагми, прискорення транзиту барію сульфату по тонкій кишці, аероколія
- г. Збільшення розмірів шлунка, аероколія, доліхоколон

14. Вкажіть додаткові інструментальні методи дослідження при гострому перитоніті

- а. Рентгенологічні, УЗД, лапароцентез, лапароскопія
- б. Рентгенологічні, УЗД, лапароцентез, лапароскопія, ретроградна холепанкреатографія
- в. Рентгенологічні, лапароцентез, лапароскопія, віртуальна колоноскопія, біопсія
- г. Рентгенологічні, УЗД, лапароцентез, лапароскопія, біопсія, ангиографія

15. Вкажіть ознаки УЗД при гострому поширеному перитоніті

- а. Наявна рідина у черевній порожнині, рідина та газ у порожнині тонкої кишки, набряк стінки тонкої кишки
- б. Наявна рідина у черевній порожнині, рідина та газ у порожнині тонкої кишки, конкременти у порожнині жовчного міхура
- в. Наявна рідина у черевній порожнині, враження печінки метастазами, збільшення діаметру холедоха
- г. Наявна рідина у черевній порожнині, рідина та газ у порожнині тонкої кишки, конкремент у порожнині тонкої кишки

16. Основні принципи лікування гострого поширеного перитоніту

- а. Екстренне оперативне втручання, антибактеріальна терапія, багатокомпонентна багатоцільова інфузійна терапія, перидуральна анестезія

- б. Екстренне оперативне втручання, антибактеріальна терапія, багатокомпонентна багатоцільова інфузійна терапія, дієтичне харчування
- в. Екстренне оперативне втручання, антибактеріальна терапія, багатокомпонентна багатоцільова інфузійна терапія, корекція вмісту цукру в крові
- г. Екстренне оперативне втручання, антибактеріальна терапія, багатокомпонентна багатоцільова інфузійна терапія, пункція абсцесу

17. У чому полягає завдання оперативного втручання при гострому поширеному перитоніті ?

- а. Ліквідації джерела перитоніту, санації та дренуванні черевної порожнини, інтубації кишечника, формуванні лапаростоми при наявних показаннях
- б. Ліквідації джерела перитоніту, санації та дренуванні черевної порожнини, інтубації кишечника, катетеризації сечового міхура
- в. Ліквідації джерела перитоніту, санації та дренуванні черевної порожнини, інтубації кишечника, зондуванні шлунка.
- г. Ліквідації джерела перитоніту, санації та дренуванні черевної порожнини, інтубації кишечника, формуванні ілеостоми.

Всі вірні відповіді „А”

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хворий віком 14 років скаржиться на біль в животі без чіткої локалізації, блювання, рідкий стілець. Хворіє протягом 12 годин. Спочатку біль виник у епігастральній ділянці. Через 4 години відмічено міграцію болю в праву епігастральну ділянку та поширення на всю черевну порожнину. При огляді язик вологий, живіт не надутий, обмежено приймає участь в акті дихання. Симптоми подразнення очеревини виражені не чітко. Температура тіла 37,6° С, Пульс 90 ударів за хв. А/т 120/70 мм рт.ст. Лейкоцитоз 12,4•10⁹, паличкоядерних нейтрофілів – 9. При оглядовій рентгенографії живота встановлено помірну аероентерію, вільного газу в черевній порожнині не встановлено.

Встановіть та обґрунтуйте попередній діагноз. Визначте подальшу лікувально-діагностичну тактику.

2. У хворого після падіння з висоти виник помірний біль у животі, було одноразове блювання. При огляді шкірні покриви звичайного кольору, язик вологий, живіт помірно надутий, при пальпації визначається біль у лівій його половині, симптоми подразнення очеревини сумнівні. Температура тіла 37,2° С, Пульс 94 ударів за хв. А/т 120/70 мм рт.ст. Лейкоцитоз 14,3•10⁹, паличкоядерних нейтрофілів – 11. При оглядовій рентгенографії живота встановлено помірну аероентерію, вільного газу в черевній порожнині не встановлено.

Встановіть попередній діагноз. Визначте подальшу лікувально-діагностичну тактику у цього потерпілого.

3. У хворого 57 років, який страждає цирозом печінки, внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації, виник помірний біль у животі. При огляді – склери та шкірні покриви помірно жовтушні. Живіт збільшений у розмірах за рахунок асцити. Температура тіла 38,2° С, Пульс 104 удари за хв. А/т 110/60 мм рт.ст. Лейкоцитоз 17,3•10⁹, паличкоядерних нейтрофілів – 14. При УЗД органів черевної порожнини встановлено ознаки цирозу печінки, значну кількість рідини у вільній черевній порожнині.

Встановіть попередній діагноз. Визначте додаткові методи дослідження для підтвердження цього діагнозу.

4. Хворий 32 років, який страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки відчув біль у епігастральній ділянці, інтенсивність якого зменшилася через 3 години після виникнення. На 3 добу хворий почав скаржитися на біль в правому підребір'ї, нудоту, підвищення температури тіла до 38,0° С. При пальпації у правому підребір'ї визначається

позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Пульс 102 удари за хв. А/т 112/70 мм рт.ст. Лейкоцитоз $18,2 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 16.

Встановіть попередній діагноз патологічного стану та можливі причини його виникнення. Визначте додаткові методи дослідження для підтвердження цього діагнозу, та лікувальну тактику.

5. У хворої 68 років, яка страждає на жовчно-кам'яну хворобу, виник напад гострого холециститу. Спочатку консервативна терапія із застосуванням спазмолітиків була ефективною. Однак на 3 добу від початку захворювання знову виник біль у правому підребір'ї, підвищилася температура тіла до $38,1^\circ \text{C}$. При пальпації у правому підребір'ї визначається інфільтрат. Пульс 98 ударів за хв. А/т 130/80 мм рт.ст. Лейкоцитоз $17,4 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 15. При УЗД наявні конкременти в порожнині жовчного міхура, набряк його стінки з подвійним контуром.

Встановіть діагноз. Визначте лікувальну тактику.

6. Хворий 42 років оперований з приводу гострого поширеного апендикулярного перитоніту на 4 добу від початку захворювання. Після серединної лапаротомії встановлено гангренозно-перфоративний апендицит, тотальний фібринозно-гнійний перитоніт.

Визначте обсяг оперативного втручання та спосіб його завершення.

7. Хвора 72 років за 3 години до госпіталізації відчула нестерпний біль внизу живота. Протягом багатьох років страждає на дивертикулярну хворобу ободової кишки. При пальпації визначається біль в нижній половині живота, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Температура тіла $38,1^\circ \text{C}$. Пульс 98 ударів за хв. А/т 130/80 мм рт.ст. Лейкоцитоз $18,2 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 19. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини встановлено помірну аероентерію.

Встановіть діагноз. Визначте лікувальну тактику, обсяг оперативного втручання та спосіб його завершення.

8. У хворого 37 років через п'ять тижнів з початку нападу гострого панкреатиту виник локальний біль у лівому підребір'ї, лихоманка, температура тіла підвищилася до $38,7^\circ \text{C}$. При пальпації симптоми подразнення очеревини відсутні. У лівому підребір'ї визначається помірно болючий інфільтрат. Пульс 114 ударів за хв. А/т 120/70 мм рт.ст. Лейкоцитоз $19,7 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 21. При УЗД в ділянці хвоста підшлункової залози наявне рідинне утворення з оточуючою його капсулою.

Встановіть діагноз та визначте лікувальну тактику у цього хворого.

9. У хворого 28 років виник частий стілець до 20 разів протягом доби з домішкою крові та слизу, підвищилася температура тіла до $38,4^\circ \text{C}$. Хворий блідий. Живіт помірно надутий, має вигляд жаб'ячого, при пальпації болючий у всіх відділах, симптоми подразнення очеревини виражені помірно. Пульс 112 ударів за хв. А/т 110/60 мм рт.ст. Еритроцити $2,3 \cdot 10^{12}$, гемоглобін 82 г/л, лейкоцитоз $21,3 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 24. При колоноскопії у всіх відділах товстої кишки визначаються числені псевдополіпи, ерозії та виразки. При УЗД – набряк стінки товстої кишки, помірна кількість рідини у вільній черевній порожнині.

Встановіть діагноз основного захворювання та його ускладнення. Визначте лікувальну тактику.

10. У хворого після виконання низької передньої резекції прямої кишки, формування колоректального анастомозу на 5 добу післяопераційного періоду виник помірний біль внизу живота. Живіт надутий у нижній його половині, при пальпації болючий, симптоми подразнення очеревини виражені нечітко, по дренажам із порожнини малого тазу виділяється ексудат з домішкою вмісту товстої кишки. Температура тіла $38,2^\circ$, пульс 102 удари за хв. А/т 110/60 мм рт.ст. Еритроцити $3,8 \cdot 10^{12}$, гемоглобін 94 г/л, лейкоцитоз $17,8 \cdot 10^9$, паличкоядерних нейтрофілів – 18.

А. Встановіть діагноз. У чому полягатиме особливість оперативного втручання

та спосіб його завершення ?

Література

Основна:

- 1.Хірургія. Захараш М.П. „Медицина”- Київ 2006 р.221 с.
- 2.Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. „Медицина” 2002 426 стр.
- 3.Шпитальна хірургія під редакцією Ковальчука Л.Я. – Тернопіль 1999 -590 стр.

Додаткова:

1. Радзиховский А.П. и соавт. Очерки хирургии перитонита. К.2000 .
2. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М. Триада. 2000.
3. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. “50 лекций по хирургии” Media M., 2003 год.
4. Knaus W.A. et al. APACHE II: A severity of disease classification system // Crit.Care Med.- Vol.13.-P. 818-829.

ТЕМА 13. ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ ЯК НАЙБІЛЬШ ЧАСТА ПРИЧИНА ГОСТРОГО ЖИВОТА

1.Актуальність теми.

Гострий апендицит – це найчастіше хірургічне захворювання, яке патогенетично виявляється запаленням червоподібного відростка, що спричинено умовно-патогенною мікрофлорою.

Першу апендектомію виконав англійський військовий хірург Claudius Amyand у 1735 році. Він без анестезії оперував пацієнта із перфорацією червоподібного відростка. Вперше клінічні ознаки гострого апендициту описав у 1886 році патологоанатом із Гарварда Reginald Fitz, який наполягав на ранньому операційному втручанні у хворих на гострий апендицит. До його рекомендації деякий час не прислухалися, поки у кінці XIX сторіччя англійський хірург Henry Hancock не виконав вдалу апендектомію у пацієнта з неускладненим гострим апендицитом. З того часу хірурги багатьох поколінь займалися вивченням хвороби та внесли значний вклад у вирішення питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики та лікування найбільш поширеного хірургічного захворювання. Завдяки клінічному запровадженню рекомендацій стосовно хірургічного лікування хворих на гострий апендицит різко знизилася післяопераційна летальність, яка протягом останніх років стабільно утримується на рівні 0,2-0,3%.

Незважаючи на значні досягнення, не можна сказати, що всі питання, пов'язані із гострим апендицитом вирішено. Значні труднощі для хірурга становлять атипів форми хвороби, які трапляються у 9-30% хворих на гострий апендицит. Через атипів клінічні симптоми до 40% хворих поступає у хірургічні стаціонари пізніше 24 годин від початку хвороби. Якщо техніка операції при неускладненому апендициті описана у всіх деталях, то тактика та методи хірургічного лікування ускладнень потребують серйозного доопрацювання.

Викликає стурбованість певна гіпердіагностика гострого апендициту, внаслідок чого видаляють незмінений червоподібний відросток.

Отже, перед хірургом залишається важливе та надзвичайно складне завдання вчасно діагностувати гострий апендицит, тим самим попередивши розвиток важких ускладнень, а також мінімізувати частоту видалення незміненого апендикса.

2.Конкретні цілі.

2.1. Знати: основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих на гострий апендицит.

А також знати:

- анатомо-фізіологічні дані про червоподібний відросток та органи черевної порожнини;
- класифікацію гострого апендициту;
- патогенез гострого апендициту;
- клінічну картину гострого апендициту;
- методи діагностики гострого апендициту;
- принципи лікування хворих з гострим апендицитом;
- особливості хірургічних втручань при гострому апендициті;
- техніку дренування черевної порожнини.

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих з гострим апендицитом.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворого з гострим апендицитом, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;

- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.

2.3. *Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:* вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з гострим апендицитом.

2.4. *Виховні цілі:* сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими з гострим апендицитом, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни: Анатомія людини	Анатомію черевної порожнини	
Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Фізіологію кровообігу. Патогенез розвитку. Морфологічні зміни в апендиксі. Клінічні прояви та методи діагностики.	Проводити фізикальне обстеження хворих із гострим апендицитом
Внутрішньопредметна інтеграція Гострий панкреатит Гострий холецистит Виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки Гостра кишкова непрохідність Нирково-кам'яна хвороба	Питому частку хворих із гострим апендицитом в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при гострому апендициті. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики ускладнень.

4

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих із гострим апендицитом		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд живота; -визначення кольору та оцінку шкірної температури -визначення симптомів притаманних гострому апендициту			+ + + + +
3.	Проводити диференційну діагностику перфоративної виразки шлунку та 12 ти палої кишки, ниркової коліки, розрив кісти яєчника		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при гострому апендициті		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори гострого апендициту.	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при гострому апендициті.	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію гострого апендициту.	
4. Клініку	Назвати основні клінічні симптоми гострого апендициту.	
5. Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики гострого апендициту.	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гострого апендициту.	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворих з гострим апендицитом.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження абдомінального хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнити перкуторні звуки, аускультативні шуми.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих з гострим апендицитом	Рентгенографія Лапароцентез	Диференціювати об'ємні утворення в черевній порожнині, наявність патологічного вмісту в черевній порожнині. Розрізнити характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику при гострому апендициті	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з гострим апендицитом	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів. Апендектомія.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гострий апендицит	Запалення червоподібного відростка.
Апендикулярний інфільтрат	Утворення апендикулярних інфільтратів свідчить про можливість організму відмежовувати вогнище запалення. Відмежоване запалення червоподібного відростку у черевній порожнині.
Оглядова рентгенограма черевної порожнини	Виконується у вертикальному стані, оцінюється стан органів черевної порожнини, наявність рідини та вільного газу, ознаки кишкової непрохідності
УЗД	Ультразвукове дослідження черевної порожнини, проводиться для визначення стану органів черевної порожнини, кількість рідини у черевній порожнині, інші прояви запалення органів черевної порожнини.
Ректальне дослідження	Ректальне дослідження виконується для визначення ознак запалення органів черевної порожнини, розташованих у тазу.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

41. Анатомо-фізіологічні особливості правої здухвинної ділянки.
42. Патогенез і типова локалізація дивертикула Меккеля.
43. Варіанти атипового розташування червоподібного відростка.
44. Етіологічні чинники виникнення гострого апендициту.
45. Сучасні теорії патогенезу гострого апендициту.
46. Клінічна картина гострого апендициту.
47. Які симптоми характерні для гострого деструктивного апендициту.
48. Класифікація гострого апендициту.
49. Додаткові методи дослідження, які слід застосувати у хворих з гострим апендицитом.
50. Диференційна діагностика гострого апендициту.
51. Диференційний діагноз гострого апендициту і пневмонії.
52. Диференційний діагноз гострого апендициту і дизентерії, ентероколіту.
53. Перебіг гострого апендициту при атиповому розташуванні червоподібного відростка.
54. Методи лікування неускладненого й ускладненого апендициту.
55. Передопераційна підготовка пацієнтів з гострим апендицитом.
56. Особливості оперативного лікування гострого апендициту.
57. Післяопераційна лікувальна програма.
58. Ускладнення гострого апендициту.
59. Які симптоми апендикулярного інфільтрату.
60. Яка тактика лікування хворих з апендикулярний інфільтратом.
61. Що включає в себе консервативне лікування при апендикулярной інфільтраті.
62. Ускладнення, можливі після апендектомії.

63. При яких формах гострого апендициту найбільш вірогідний розвиток пілефлебіта.
64. Які методи інструментального і лабораторного дослідження ви зробите для диференціальної діагностики між гострим апендицитом і правобічної ниркової колькою.
65. Які основні симптоми, що дозволяють діагностувати тазове розташування червоподібного відростка при гострому його запаленні.
66. Які ознаки необхідно враховувати для відмінності гострого апендициту від апоплексії яєчника.
67. Які методи дослідження використовують для диференціальної діагностики між нижньодольовою правобічною пневмонією та гострим апендицитом.
68. Які особливості клініки гострого апендициту у літніх хворих.
69. Звідки починається розвиток патологічного процесу при гострому апендициті.
70. Які дослідження мають найбільше значення в диференціальній діагностиці гострого апендициту та гострих запальних гінекологічних захворювань.
71. Основні ознаки абсцесу дугласова простору після апендектомії.
72. Чим відрізняється гострий апендицит у дітей від типової картини у дорослих.
73. Які клінічні ознаки піддіафрагмального абсцесу.
74. Який оперативний доступ застосовують при апендектомії.
75. Які дослідження необхідні для диференціальної діагностики гострого апендициту і гострого калькульозного холециститу.
76. Який спосіб місцевого лікування тотального перитоніту апендикулярного походження кращий.
77. Яким доступом необхідно розкривати апендикулярний абсцес.
78. Характерні особливості перебігу гострого апендициту в другій половині вагітності.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

24. зібрати та оцінити скарги хворого із гострим апендицитом, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
25. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
26. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
27. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
28. призначити передопераційну підготовку хворим;
29. вести післяопераційний період.

6.4. Зміст теми:

Графологічної структури теми.

ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Основні причини розвитку гострого апендициту досі остаточно не встановлені.

На сьогоднішній день загальноновизнаною є **механічна теорія** розвитку гострого апендициту з порушенням евакуації вмісту з просвіту червоподібного відростка. Обтурацію просвіту відростка викликають калові камені, гіперплазія лімфоїдних фолікулів, рідше – чужорідні тіла, пухлини або паразити. Крім цього, до порушення евакуації можуть призвести рубцеві зрощення, перегини відростка на тлі різних захворювань органів черевної порожнини. Це веде до переповнення просвіту відростка дистальніше рівня обтурації слизовим секретом, підвищенню внутріпросветного тиску і надмірного розвитку мікроорганізмів, що викликає запалення слизової оболонки і підлягаючих шарів, тромбозу судин, некрозу стінки червоподібного відростка. Діаметр відростка зростає з 4-6 мм в нормі, до 17-18 і більше мм, він стає напруженим.

Наростаючий внутрішньопросвітний тиск протягом декількох годин призводить до здавлення внутріорганих вен, порушення венозного і лімфатичного відтоку, набряку

стінки органу і пропотеванню трансудату в її просвіт зі збільшенням внутріпросветного тиску («порочне коло»), що веде до гострого запалення і некрозу, насамперед, в зоні тиску чужорідного тіла.

Крім цієї існують інші теорії розвитку гострого запалення в червоподібному відростку.

Згідно **інфекційної теорії**: розвиток гострого апендициту пов'язан з активацією кишкової мікрофлори та порушенням бар'єрної функції слизової червоподібного відростку. До факторів, що знижують резистентність слизової оболонки червоподібного відростку чи сприяють її пошкодженню, відносять калові камені, гельмінти, чужерідні тіла, хронічний коліт, дискінезію кишечника, перегини та перекрут відростку (М.И. Ростовцев, 1902; А.И. Абрикосов, 1957; В.И. Колесов, 1973 та ін.). Однак інфекційна теорія не може пояснити відсутність в стінці червоподібного відростка мікрофлори при простому, а іноді і деструктивному апендициті. Крім того, мікробний збудник може бути виявлений навіть в запально незміненому відростку. Слід також пам'ятати, що гострий апендицит – це неспецифічне запалення і характерного збудника для апендициту досі не виявлено.

У **нервово-рефлекторній теорії** провідну роль у розвитку захворювання відводять розладу трофічних процесів у стінці апендикса внаслідок патологічних кортико-вісцеральних і вісцеро-вісцеральних рефлексів (Ricker, 1927; В.І. Русаков 1952; І.В. Давидовський 1958). Ці процеси призводять спочатку до функціонального спазму, парезу артерій, що живлять червоподібний відросток, а потім до їх тромбозу. Одночасно сповільнюється відтік лімфи та венозної крові. У результаті розвиваючихся дистрофічних і нейробіотічних змін захисний бар'єр слизової оболонки відростка порушується, що сприяє інвазії мікробної флори. Разом з тим, теорія не дає чіткого пояснення причин виникнення нервово-судинних порушень.

Згідно **алергічної теорії** запалення червоподібного відростка розглядається як місцевий прояв реакції гіперчутливості (Fodok та ін. 1932; Fischer та ін. 1936) III типу (класичний феномен Артюса) і IV типу (реакція гіперчутливості уповільненого типу) з аутоімунним компонентом. Її розвиток супроводжується послабленням захисного бар'єру слизової оболонки червоподібного відростка, проникненням умовно-патогенної мікрофлори в його стінку з просвіту кишки, гематогенно або лімфогенно. Тип алергічної реакції, що виникає у кожного конкретного хворого, залежить від природи антигену і генетично зумовленої імунної відповіді. Він же пояснює надзвичайне різноманіття клінічних проявів гострого апендициту.

Судинна теорія пов'язує захворювання з системними васкулітами як однією з причин гострого апендициту, а також первинно деструктивних форм в осіб похилого та старечого віку.

Згідно **ендокринної теорії** АПУД-система відростка починає виробляти велику кількість секретину, який є основним медіатором запалення і має пряму ушкоджуючу дію на орган.

Аліментарна теорія вказує на низький вміст рослинних волокон і переважанням м'ясної їжі в раціоні пацієнтів, що призводить до зменшення транзиту кишкового вмісту та зниження перистальтики кишечника, в тому числі і червоподібного відростка.

ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ.

Морфологічні зміни при гострому апендициті різноманітні, вони відображають ступінь вираженості судинних, алергічних реакцій і нейротрофічних порушень.

При простому (поверхневому, катаральному) апендициті відросток набряклий, дещо збільшений в обсязі, напружений. На розрізі – слизова набрякла, сіро-червоного кольору, видимі плями крововиливів. У просвіті "сукровичного виду" – рідина. Мікроскопічно в слизовій оболонці знаходять зони деструкції епітелію з лейкоцитарною інфільтрацією. У черевній порожнині прозорий реактивний ексудат.

Флегмонозний апендицит характеризується більш вираженими змінами на парієтальній очеревині та у червоподібному відростку. Парієтальна очеревина у правій клубовій ділянці набрякла, гіперемована, з крововиливами та накладенням фібрину. У черевній порожнині визначається різна кількість серозно-гнійного мутного ексудату. Відросток зазвичай потовщений, напружений. Сірозний покрив його гіперемован, з фібринозним нальотом. Стінка його значно потовщена, її шари погано диференціюються. У просвіті – гнійний вміст. Мікроскопічно відзначається лейкоцитарна інфільтрація його стінки, мікроабсцеси в центрі лімфатичних фолікулів, розширення і тромбоз судин, вогнища некрозу слизової оболонки.

Гангренозний апендицит характеризується некрозом усієї стінки та лейкоцитарною інфільтрацією. Макроскопічно він в'ялий, легко рветься, брудно-зеленого, чорного кольору, з нальотом фібрину, в просвіті – гній. У черевній порожнині мутний випіт з неприємним запахом. Парієтальна очеревина навколо відростка і на прилеглих петлях кишечника, великого сальника гіперемована, набрякла, покрита фібрином. Гангренозний апендицит розвивається частіше як результат прогресування запальних змін при флегмонозній формі запалення відростка (вторинна гангрена), але може бути і наслідком первинного спазму або тромбозу живлячих його судин (первинна гангрена).

Перфоративний апендицит супроводжується появою в стінці флегмонозно або гангренозно зміненого відростка перфоративного отвору з розвитком місцевого, а потім поширеного перитоніту.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Гострий апендицит характеризується надзвичайною різноманітністю клінічних проявів. Він є «хамелеоном» практично всіх хірургічних захворювань черевної порожнини і заочеревинного простору, а також ряду терапевтичних захворювань. Це пояснюється існуванням різних варіантів його розташування, форм запальних змін відростка, частим розвитком ускладнень, неоднаковим станом реактивності організму хворих. У переважній кількості спостережень відзначаються біль, диспепсичні і дизуричні явища, порушення функцій кишечника і зміна загального стану хворих.

Біль є основним і найбільш раннім симптомом гострого апендициту. Вона виникає на тлі загального благополуччя без видимої причини. Її характер багато в чому залежить від форми запалення і локалізації червоподібного відростка. Найчастіше біль з'являється в епігастрії (**симптом Кохера**) або біля пупка (**симптом Кюммеля**), а через 4-8 годин зміщується в праву клубову ділянку (**симптом Кохера-Волковича**). У ряді випадків, больовий симптом відразу виникає в правій клубовій ділянці.

Біль постійна. Спочатку вона помірна, але у міру наростання деструктивних процесів у відростку стає вкрай інтенсивною. Разом з тим, іноді гострий апендицит зі слабо вираженими морфологічними змінами у відростку супроводжується сильним болем, а при гангрені больовий симптом, навпаки зменшується (пов'язано із загибеллю нервового апарату відростка).

На початку захворювання біль, як правило, чітко локалізована в одній ділянці. Однак, у разі прогресування запалення і, особливо, при перфорації апендикса вона стає розлитою.

Біль посилюється при кашлі (**симптом Черемських-Кушнеренка**), що пояснюється штовхоподібними рухами внутрішніх органів внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску на запалену очеревину червоподібного відростка. У осіб з ретроцекальним або заочеревинним розташуванням апендикса біль визначається в поперековій ділянці, по правому боковому каналу; з підпечінковим розташуванням – у правому підребер'ї; з тазовим – над лоном, в глибині тазу. Для гострого апендициту не типова іррадіація болю. Тільки при ретроцекальній локалізації відростка відзначається поширення болю у праве стегно, а при тазовому розташуванні – в промежину.

Диспепсичні явища (блювота, нудота, сухість у роті) спостерігаються у 30-40% хворих на гострий апендицит. Характерна одноразова блювота на початку захворювання.

Поява сухості в роті зв'язується з інтоксикацією організму. Нудота виникає безпосередньо за болем, але частіше буває без блювоти. Блювота характерна для деструктивної форми запалення червоподібного відростка. У рідкісних випадках вона передує болю. Нудота і блювання виникають рефлекторно внаслідок подразнення очеревини.

Дизуричні розлади проявляються частим болючим сечовипусканням або навпаки його затримкою, мікро- і макрогематурією. Вони виникають у разі розташування запально зміненого червоподібного відростка в безпосередній близькості від сечового міхура, сечоводу, нирки і при залученні їх до запального процесу. Дизуричні розлади частіше зустрічаються при тазовій або ретроперітонеальній локалізації відростка.

Порушення функції кишечника зазвичай проявляється проносом, рідше – затримкою стільця. Діарея пов'язана з подразненням стінки прямої або сигмовидної кишки прилеглим до них запально зміненим червоподібним відростком. Затримка стільця носить короткочасний характер, відзначається на початку нападу гострого апендициту або при розвитку перитоніту.

Загальний стан хворих на початку захворювання вважається задовільним. При прогресуванні запалення з'являються загальна слабкість, нездужання, знижується апетит, підвищується температура тіла (до 37-38,5 °С). Характерний симптом «токсичних ножиць», коли температура відстає від пульсу. Іноді температура залишається нормальною. Різниця між ректальною та шкірною температурою становить більш ніж 1 °С (**симптом Леннандера**). Розвиток гнійного перитоніту або осумкування абсцесу супроводжується великими размахами температури або її високими постійними значеннями. Відповідно з підвищенням температури частішає пульс, але при перитоніті ця відповідність зникає.

Хворі з гострим апендицитом через болі в животі намагаються не ходити. Вони лежать на спині або на правому боці із зігнутими ногами, а перебуваючи на спині, не можуть сісти без допомоги рук (**проба Білла**). Біль посилюється при надування живота – (**симптом Розанова**) або «активного надування живота». При підвищеній температурі тіла шкірні покриви гіперемовані, а у випадку розвитку перитоніту набувають блідно-землистого забарвлення. Відзначається анізокорія - права зіниця ширше лівої (**симптом Лавена**). Язик обкладений нальотом, на початку нападу вологий, а з появою перитоніту стає сухим. Живіт бере участь в акті дихання, але в правій клубовій ділянці менш рухливий. При поверхневій пальпації живота знаходять болючість і напруження в правій клубовій ділянці «**defense musculaire**».

Найбільша болючість визначається в точках Мак-Бернея, Ланца, Кюммеля. Точка Мак-Бернея розташована на кордоні між середньою та зовнішньою третинами лінії, що з'єднує пупок і праву верхню вісь клубової кістки. Точка Ланца знаходиться між середньою та зовнішньою третинами лінії, що з'єднує верхні передні ості клубових кісток. Точка Кюммеля лежить на 2/3 см вправо і вниз від пупка.

Локальне м'язове напруження - «**defense musculaire**» - обумовлено рефлекторною реакцією м'язів у відповідь на запалення очеревини з метою обмеження їх руху і, тим самим, зменшення болю. Напряга м'язів часто призводить до появи асиметрії живота, зміщення пупка вправо. Іноді **defense musculaire** створює своєрідний видимий на око рельєф в правій клубовій області. Однак м'язове напруження може бути незначним в осіб з атонічними м'язами передньої черевної стінки, страждаючих ожирінням та у вагітних. Крім того, **defense musculaire** нерідко відсутній у випадку ретроцекального, ретроперітонеального розташування червоподібного відростка. Більш поширеним напруження м'язів стає при розлитому перитоніті.

Одночасно при поверхневій пальпації визначається позитивний **симптом Воскресенського** (симптом "ковзаня" чи "сорочки"): поява болю в правій клубовій ділянці при ковзному швидкому русі кінчиків II, III і IV пальців правої руки (без відриву від черевної стінки), встановлених в епігастрії, косо зверху вниз до області сліпої кишки під час вдиху хворого (момент найбільшого розслаблення м'язів передньої черевної стінки) за його натягнутою сорочкою або животу.

Під час проведення глибокої пальпації виявляють такі симптоми:

Симптом Щоткіна-Блюмберга – поява болю при раптовому відлучанні руки після попереднього поступового натискання на будь-яку ділянку передньої черевної стінки. У хворих з гострим апендицитом, що не ускладнений розлитим перитонітом, він визначається тільки у правій клубовій ділянці.

Симптом Роздольського – болючість при перкусії над правою клубовою ділянкою. Поява симптому пов'язана зі струсом запаленої очеревини.

Симптом Ровзінга – виникнення або посилення болю у правій клубовій ділянці при здійсненні толчкообразних рухів в лівій здухвинній ділянці правою рукою. Під час проведення проби сигмовидна кишка притискається кистю лівої руки до задньої стінки живота. Симптом пояснюється переміщенням газів по ободовій кишці з розтягуванням сліпої кишки.

Симптом «тріада Дьєлафуа» (G. Dieulafoy) - при пальпації в правій клубовій ділянці визначається тріада ознак: біль, м'язова напруга, гіперестезія.

Симптом Сітковського – посилення болю у правій здухвинній ямці при повороті хворого зі спини на лівий бік, що призводить до натягнення в ділянці сліпої кишки запаленої очеревини та брижі червоподібного відростка.

Симптом Бартом'є-Міхельсона – поява і посилення болю при пальпації правої клубової ділянки в точці Мак-Бернея у положенні хворого на лівому боці. При цьому симптомі кишечник зміщується донизу і червоподібний відросток краще доступний для пальпації.

Симптом Образцова – поява або посилення болю при пальпації клубової ділянки в момент піднімання випрямленої правої ноги.

Симптом Островського – поява або посилення болю при непомітному для хворого розгинанні до горизонтальної площини піднятої догори під кутом 130-140° випрямленою в колінному суглобі правої ноги.

Симптом Варламова – поява і посилення болю в правій здухвинній ділянці при легкому ударі по XII ребру праворуч по задній пахвовій лінії в сидячому, кілька зігнутому положенні хворого. В основі симптому лежить передача коливальних рухів м'язів спини на задню парієтальних очеревину, сліпу кишку і запалений червоподібний відросток.

Симптом Коупа – поява і посилення болю в правій клубовій ділянці при відведенні назад правої ноги, випрямленої в колінному суглобі, в положенні хворого на лівому боці (симптом Коупа-1) або при ротаційних рухах у правому тазостегновому суглобі при зігнутій у колінному суглобі нозі (симптом Коупа-2). Свідчить про залучення в запальний процес клубово-поперекового м'яза (псоас-симптом).

Симптом Кримова-Думбадзе – хворобливість в правій клубовій ділянці при введенні кінчика пальця в пупок і тиску у бік клубової кістки.

Симптом Гуревича – поява болю в правій клубовій області при введенні пальця в правий пахвовий канал та покашлюванні хворого. Частіше спостерігається у осіб з медіальним розташуванням червоподібного відростка.

Симптом Кримова – поява або посилення болю при введенні вказівного пальця в правий пахвовий канал і натисканні на його задню стінку. Свідчить про залучення в запальний процес очеревини.

Симптом Ларока – підтягується праве або обидва яєчка до зовнішнього отвору пахвового каналу внаслідок скорочення кремастера.

Симптом Горна – поява болю у правій клубовій ділянці при потягуванні за правий сім'яний канатик.

Симптом Яуре-Розанова – поява хворобливості при натисканні в області правого поперекового трикутника Пті. Пов'язаний з роздратуванням задньої парієтальної очеревини. Характерний для ретроцекального розташування відростка.

Симптом Габая – поява болю при швидкому відніманні пальців, вдавлених в глиб в правому трикутнику Пті. Характерний для ретроцекального розташування відростка.

При піхвовому дослідженні виявляється позитивний симптом **Промптова** – різкий біль при піднятті шийки матки догори.

При ректальному дослідженні виникає біль при пальпації передньої стінки прямої кишки і тазової очеревини праворуч. Часто у разі скупчення в малому тазу ексудату визначається її нависання.

Класифікація гострого апендициту:

За більш ніж сторічну історію вивчення гострого апендициту запропоновано велику кількість його класифікацій. Частина з них має лише історичну цінність (Albers, Рокитанського, Пірогова, Weinberg, Sonnenberg, Sprengel і ін.), інші зберігають своє практичне значення.

Сьогодні не існує єдиної класифікації гострого апендициту, тому що практично неможливо усі клінічні особливості хвороби підвести під певну класифікацію.

Класифікація за В.І. Колесовим (1972):

1. Апендикулярна коліка;
2. Простий апендицит (поверхневий, катаральний);
3. Деструктивний апендицит: флегмонозний, гангренозний, перфораційний;

Ускладнення гострого апендициту: апендикулярний інфільтрат, апендикулярний абсцес, дифузний перитоніт, абсцеси черевної порожнини, пілефлебіт, абсцеси печінки, сепсис.

Ускладнення

Усі ускладнення гострого апендициту можна поділити на ускладнення безпосередньо хвороби та післяопераційні ускладнення.

Післяопераційні ускладнення класифікуються за клініко-анатомічним принципом:

I. Ускладнення з боку операційної рани: кровотеча з рани, гематома, серома, інфільтрат, нагноєння, післяопераційні грижі, розходження країв рани без або з евентрацією, келоїдні рубці, невриноми, ендометріоз рубців.

II. Гострі запальні процеси черевної порожнини: інфільтрати і абсцеси ілеоцекальної області, абсцеси прямокишково-маточного заглиблення, міжкишкові абсцеси, заочеревинні флегмони, піддіафрагмальний абсцес, підпечінковий абсцес, місцевий перитоніт, поширений перитоніт, культіт.

III. Ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту: динамічна кишкова непрохідність, гостра механічна кишкова непрохідність, кишкові нориці, шлунково-кишкова кровотеча, спайкова хвороба.

IV. Ускладнення з боку серцево-судинної системи: серцево-судинна недостатність, тромбофлебіт, пілефлебіт, емболія легеневої артерії, кровотеча в черевну порожнину.

V. Ускладнення з боку дихальної системи: бронхіт, пневмонія, плеврит (сухий, ексудативний), абсцеси і гангрені легень, ателектаз легенів.

VI. Ускладнення з боку видільної системи: гостра затримка сечі, гострий цистит, гострий пієліт, гострий нефрит, гострий пієлоцистит.

VII. Інші ускладнення: гострий паротит, післяопераційний психоз і т. д.

По термінах розвитку післяопераційні ускладнення підрозділяються на ранні та пізні. Ранні ускладнення виникають протягом перших 2-х тижнів з моменту операції. У цю групу входять більшість ускладнень з боку післяопераційної рани (гнійно-запальні процеси, розбіжність країв рани без або з евентрацією; кровотечі з рани передньої черевної стінки) і практично всі ускладнення з боку суміжних органів і систем.

Пізними ускладненнями гострого апендициту вважаються захворювання, що розвиваються після закінчення 2-х-тижневого післяопераційного періоду. Серед них найбільш часто зустрічаються:

1. Серед ускладнень з боку післяопераційної рани - інфільтрати, абсцеси, лігатурні нориці, післяопераційні кили, келоїдні рубці, невриноми рубців.

2. Серед гострих запальних процесів у черевній порожнині - інфільтрати, абсцеси, культіт.

3. З боку шлунково-кишкового тракту - гостра механічна кишкова непрохідність, спайкова хвороба.

Причинами виникнення ускладнень гострого апендициту є:

1. Несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою.

2. Пізня діагностика гострого апендициту (внаслідок атипового перебігу захворювання, неправильної інтерпретації наявних типових для запалення червоподібного відростка клінічних даних і т. ін.).

3. Тактичні помилки лікарів (відсутність динамічного спостереження за хворими з сумнівним діагнозом гострого апендициту, недооцінка поширеності запального процесу в черевній порожнині, неправильне визначення показань до дренивання черевної порожнини і т. ін.).

4. Помилки в техніці операції (травмування тканин, ненадійне лігування судин, неповне видалення червоподібного відростка, погане дренивання черевної порожнини і т. ін.).

5. Прогресування хронічних або виникнення гострих захворювань суміжних органів.

Апендикулярний інфільтрат.

Визначення	це запальний конгломерат, який утворений сальником, петлями тонкої кишки, сліпою та висхідною ободовою кишками, які спаялися між собою, щоб відмежувати запальнозмінений червоподібний відросток та ексудат від вільної черевної порожнини.
Етіопатогенез	Інфільтрат формується у випадку високої опірної здатності макроорганізму та низької вірулентності мікрофлори, яка спричинила гострий апендицит. Частота у різних авторів коливається від 0,2% до 5%. Формується інфільтрат на 3-5 добу від початку захворювання. Під час розпитування пацієнта можна встановити, що захворювання починалося типово для гострого апендициту, але поступово біль у животі зменшився, став тупим, а на час звертання у лікарню виникає частіше при рухах і не турбує хворого у спокої. Зменшилася температура тіла пацієнта до нормальної або субфебрильної. На тлі затихаючої клінічної симптоматики гострого апендициту, у правій клубовій ділянці пальпується щільний, спочатку болючий утвір.
Класифікація	У його розвитку виділяють 2 стадії - ранню (прогресування, формування пухкого інфільтрату) і пізню (обмежену, щільного інфільтрату).
Клініка	Інфільтрат може розсмоктатися або нагноїтися. Якщо інфільтрат розсмоктується, то у хворого нормалізується температура тіла, зникає болючість в ділянці інфільтрату, який зменшується у розмірах, нормалізується загальний аналіз крові. Розсмоктування триває приблизно 8-16 діб. Якщо у пацієнта діагностовано апендикулярний інфільтрат, його слід госпіталізувати та призначити протизапальні препарати і антибіотики, для попередження нагноєння інфільтрату. Після розсмоктування інфільтрату слід виконати планову апендектомію, щонайменше через 3 місяці від початку хвороби.
Діагностика	-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -УЗД черевної порожнини -Рентгенологічні методи дослідження.

	При постановці діагнозу аппендикулярного інфільтрату вирішальну роль відіграє наявність клінічної картини гострого апендициту в анамнезі або в момент огляду хворого в поєднанні з болючим пухлиноподібним утворенням в правій клубовій області. У стадії формування пальпуємий інфільтрат м'який, болючий, не має чітких меж, легко руйнується при роз'єднанні зрощень під час операції. У стадії відмежування він стає щільним, незначно болючим, чітким.
Лікувальна тактика	2. При аппендикулярному інфільтраті показано комплексне консервативне лікування. Призначають постільний режим, щадна дієта в ранній фазі - холод на область інфільтрату, а після нормалізації температури тіла (частіше на 3-4 добу) - фізіотерапевтичне лікування (магнітотерапія і т.д.). Проводиться антибактеріальна терапія, виконуються двостороння паранефральна блокада 0,25-0,5% розчином новокаїну по А.В. Вішневському, новокаїнова блокада по Школьникову. Використовується УФО крові. 3. У разі сприятливого перебігу аппендикулярний інфільтрат розсмоктується в терміни від 2 до 4-х тижнів. Після закінчення подальшого 2-3-х-місячного періоду, в ході якого повністю зникають ознаки запального процесу в черевній порожнині, виконується планова апендектомія.

Апендикулярний абсцес.

Визначення	зустрічається у 0,1–2% випадків гострого апендицита.
Етіопатогенез	Може формуватися в ранні терміни (до 1-3 діб) з моменту розвитку запалення червоподібного відростка або ускладнює перебіг існуючого кілька діб або тижнів аппендикулярного інфільтрату
Клініка	Ознаками абсцесу є симптоми інтоксикації, гіпертермія, наростання лейкоцитозу із зсувом формули білої крові вліво, підвищена ШОЕ, напруження м'язів черевної стінки, посилення болю в проекції обумовленою раніше запальної пухлини. Іноді розвивається кишкова непрохідність.
Діагностика	-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -УЗД черевної порожнини -Рентгенологічні методи дослідження. Ознаками абсцесу є симптоми інтоксикації, гіпертермія, наростання лейкоцитозу із зсувом формули білої крові вліво, підвищена ШОЕ, напруження м'язів черевної стінки, посилення болю в проекції обумовленою раніше запальної пухлини. Іноді розвивається кишкова непрохідність. Сонографічно абсцес визначається як анехогенне утворення неправильної форми, в просвіті якого нерідко видно детрит. Абсцеси невеликих розмірів важко відрізняються від кишкових петель, що вимагає проведення УЗД в динаміці з метою виявлення конфігурації кишечника.
Лікувальна тактика	Абсцес розкривається позачеревинним доступом за М.І. Пірогову або по Волковичу-Дьяконову. Доступ за М.І. Піроговим використовується для спорожнення абсцесу, що знаходиться глибоко у правій клубовій області, також ретроперитонеальних і ретроцекальних абсцесів. Проводиться розсічення тканин передньої черевної стінки до парієтальної очеревини довжиною 10-15 см зверху вниз, справа наліво на 1-1,5 см медіальніше

	<p>верхньої горизонтальної ості клубової кістки або на 2-2,5 см латеральніше і паралельно розрізу Волковича-Д'яконова. Потім парієтальна очеревина відшаровується від внутрішньої поверхні клубової кістки, що дозволяє підійти до зовнішньої сторони абсцесу. Доступ за Волковичем-Д'яконовим застосовується у разі прилягання гнійника до передньої черевної стінки.</p> <p>Після розтину і санації абсцесу при наявності в його порожнині червоподібного відростка він видаляється. У порожнину абсцесу підводяться тампон і дренажна трубка. Черевна стінка ушивається до тампонів і дренажів.</p> <p>При виявленні поверхнево розташованого гнійника під час виконання апендектомії з доступу за Волковичем-Д'яконовим абсцес спорожняється і дронується через зроблений розріз передньої черевної стінки. Якщо ж він розташовується глибоко, рана черевної стінки зашивається. Гнійник спорожняється і дронується за способом М.І. Пірогова.</p>
--	--

Флегмона заочеревинної клітковини

Визначення	Зазвичай розвивається у хворих з ретроцекальним та ретроперитонеальним розташуванням червоподібного відростка.
Етіопатогенез	Проникнення інфекції в заочеревинний простір можливо через брижу відростка при його внутрішньочеревинном розташуванні. Гнійник може локалізуватися в параколярній, навколониірковій, власне ретроперитонеальній клітковині або вражати її повністю.
Класифікація	Гнійник може локалізуватися в параколярній, навколониірковій, власне ретроперитонеальній клітковині або вражати її повністю.
Клініка	Клінічна картина флегмони розвивається поступово: посилюється біль у правій половині живота або поперекової області, підвищується температура тіла, збільшується лейкоцитоз, наростає інтоксикація. Іноді внаслідок поширення процесу на поперекові м'язи спостерігається згинальних контрактура правого стегна.
Діагностика	<ul style="list-style-type: none"> -Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -УЗД черевної порожнини -Рентгенологічні методи дослідження. <p>Запальний інфільтрат у хворих з параколітом, як при об'єктивному обстеженні, так і при УЗД, визначається по ходу висхідної ободової кишки, а у хворих з паранефритом - в проекції нирок, у хворих з ураженою власне заочеревинною клітковиною - над пупартовою зв'язкою або уздовж гребеня клубової кістки .</p>
Лікувальна тактика	Наявність флегмони заочеревинної клітковини є показанням до апендектомії і розтину абсцесів заочеревинного простору з урахуванням локалізації запального процесу. Гнійник параколярної і власне заочеревинної клітковини спорожняється внебрюшинним доступом за М.І. Піроговим, поперекові гнійники – люмботомією.

Пілефлебіт

Визначення	гнійний тромбофлебіт гілок ворітної вени, ускладнений множинними абсцесами печінки і піємією
Етіопатогенез	Данне ускладнення гострого апендициту розвивається внаслідок поширення запального процесу з вен червоподібного відростка на клубово-

	ободову, верхнебрижеечну, а потім порталну вени. Найчастіше пілефлебіт виникає при ретроцекальному і ретроперитонеальному розташуванні відростка, а також у хворих з внутрішньочеревинними деструктивними формами апендициту. Захворювання зазвичай починається гостро і може спостерігатися як в до-, так і в післяопераційному періодах.
Клініка	Клінічна картина пілефлебита складається з гектичної лихоманки, жовтяничним фарбуванням склер і шкірних покривів. Пацієнтів турбують біль у правому підребір'ї, а нерідко і в нижній частині грудної клітки, іррадіює у спину, у праву ключицю. Перебіг пілефлебита несприятливий. Нерідко він ускладнюється сепсисом. У хворих з пілефлебітом знаходять збільшення печінки та селезінки, асцит.
Діагностика	-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -УЗД черевної порожнини -Рентгенологічні методи дослідження. У крові виявляють лейкоцитоз із зсувом формули вліво, токсичну зернистість нейтрофілів, підвищену ШОЕ, гіперфібринемію, анемію. При рентгенологічному дослідженні визначається високе стояння правого купола діафрагми, обмеження її рухливості, реактивний випіт в правій плевральній порожнині, облітерацію плеврального синуса, збільшення тіні печінки з підвищенням інтенсивності в області абсцесу. УЗД підтверджує наявність гепатомегалії та зон зміненої ехогенності печінкової тканини, тромбоз ворітної вени. На комп'ютерних томограмах в печінки виявляються гомогенні одиночні або множинні вогнища з нерівними і нечіткими контурами. Просвіт ворітної вени різко звужений або не визначається.
Лікувальна тактика	1. Хворим з гострим апендицитом, ускладненим пілефлебітом, показано виконання апендектомії з подальшим комплексним медикаментозним лікуванням в палаті інтенсивної терапії, яке включає внутрішньовенне і внутрішньоартеріальне призначення антибіотиків широкого спектру дії, проведення екстракорпоральних методів детоксикації (гемосорбції, плазмаферезу), УФО крові і т. д. 2. Застосовується внутрішньопортальне введення лікарських речовин через канюліровану пупкову вену. Її оголюють на 2-3 см вище пупка в клітковині між поперечною фасцією і очеревиною. Периферичний кінець вени перев'язується, центральний бужірують і канюлірується. Внутрішньопечінкові інфузії препаратів проводяться тривало. 3. Одиночні і множинні абсцеси печінки великих розмірів розкриваються і дрениуються по одному за відомими методами або під контролем УЗД.

Інструментальні методи обстеження

Для підтвердження діагнозу гострий апендицит застосовують: оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, іригографію, ультрасонографію, комп'ютерну томографію. При запаленні червоподібного відростка на **оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини** виявляють:

- калові камені у проекції червоподібного відростка;
- здуття петель кишки у правій клубовій ділянці;
- горизонтальний рівень рідини у сліпій кишці.

Найбільше діагностичне значення має перша ознака, адже наявність болю у правій клубовій ділянці та калового каменя у проекції апендикса дозволяє поставити діагноз

гострий апендицит із вірогідністю 90%. З точки зору практичної хірургії ані оглядова рентгенографія, ані ірригографія не набули поширення, адже калові камені з допомогою цих досліджень візуалізують у хворих на гострий апендицит лише у 10-40% випадків.

Ультрасонографія є рутинним скринінговим дослідженням

хворих із болем у животі. До основних сонографічних ознак гострого апендициту належать:

- потовщення стінки відростка;
- відсутність чіткої візуалізації пошарової будови стінки відростка – симптом мішені;
- зменшення перистальтичних рухів;
- підвищена ехогенність оточуючої жирової клітковини;
- рідина навколо червоподібного відростка.



Рис. 13.1. Симптом "мішені" при гострому апендициті.



Рис. 13.2. Потовщення стінки відростка

Ультрасонографія має важливе значення для диференціювання гострого апендициту та правобічної ниркової коліки, патології внутрішніх жіночих статевих органів, ектопічної вагітності.

Комп'ютерну томографію вважають золотим стандартом у виявленні гострого апендициту серед неінвазійних методів діагностики. З допомогою цього дослідження виявляють:

- потовщену стінку червоподібного відростка;
- калові камені у просвіті;
- рідину навколо відростка;
- апендикулярний абсцес;

- патологію органів малого таза.

У сумнівних випадках діагноз гострого апендициту виключають, якщо після орального контрастування на комп'ютерній томограмі червоподібний відросток вповнюється контрастом, а його стінка останнього немає ознак запалення.

В останні роки, зі значним поступом відеолапароскопічних технологій, важливого значення у складних клінічних випадках, коли результат клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень не є однозначними, проводять **лапароскопічне дослідження** (діагностичну лапароскопію), під час якого оглядають органи черевної порожини, у тому числі і червоподібний відросток, малого таза та виявляють ознаки гострого запалення.

Лабораторна діагностика

Лабораторні дослідження вважають допоміжними до клінічного обстеження, адже не має змін у лабораторних показниках, які характерні лише для гострого апендициту.

У загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво аж до появи юних форм та мієлоцитів (при деструктивному апендициті), підвищення швидкості осідання еритроцитів. Дослідження крові набуває особливого значення, якщо проводити його у динаміці, адже це свідчить про розвиток або затихання запального процесу.

Інші лабораторні дослідження проводять лише з метою диференційної діагностики. Усім пацієнтам із підозрінням на гострий апендицит проводять три дослідження:

- загальний аналіз сечі,
- біохімічний аналіз крові,
- хоріонічний гонадотропін у жінок репродуктивного віку.

У загальному аналізі сечі патологічних змін у хворих на гострий апендицит переважно не має. Еритроцити у сечі виявляють у хворих із нирковою колікою, а лейкоцити та бактерії – у випадку пієлонефриту або циститу. Якщо червоподібний відросток розташований заочеревинно або в малому таза та прилягає до сечоводу або сечового міхура, у загальному аналізі сечі виявляють еритроцити та лейкоцити. У біохімічному аналізі крові визначають рівні білірубіну, печінкових ферментів, амілази, що дозволяє диференціювати патологію печінки, жовчного міхура та підшлункової залози, а це має важливе значення у випадку підпечінкового положення відростка.

Відомо, що у 3-10% хворих на гострий апендицит у крові підвищується рівень амілази. У хворих на гострий панкреатит рівень амілази є значно вищим, а також підвищується рівень ліпази у сироватці крові.

Якщо у жінок репродуктивного віку є будь-яка вірогідність вагітності, в такому випадку визначають рівень хоріонічного гонадотропіну.

Ряд вчених вивчали зміни С-реактивного протеїну у пацієнтів із підозрінням на гострий апендицит та довели, що у дорослих, у якихбіль у правій клубовій ділянці триває більше 24 годин, а рівень С-реактивного протеїну залишається в межах норми, із вірогідністю 98-100% можна виключити гострий апендицит. Важливе значення у діагностиці хвороби має порівняння рівня С-реактивного протеїну та змін у загальному аналізі крові.

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Летальність при гострому апендициті:

- A. 0,2-0,3 %;
- B. 10-20%;
- C. 1-2%;
- D. 15-25%;

- Е. 1,5-2,5%.
2. Симптом Кохера це:
- А. біль в епігастрії;
 - В. біль у правій клубовій ділянці;
 - С. біль у мезогастрії;
 - Д. це локальний біль;
 - Е. це міграція больових відчуттів.
3. Основний спосіб інструментального обстеження хворих на гострий апендицит:
- А. Ультрасонографія;
 - В. МРТ;
 - С. КТ;
 - Д. рентгеноскопія органів грудної клітки;
 - Е. рентгеноскопія органів черевної порожнини.
4. У випадку неоднозначних результатів інструментальних методів дослідження слід:
- А. виконати лапаротомію в правій клубовій ділянці;
 - В. продовжувати спостерігати за хворим;
 - С. провести ультрасонографію у динаміці;
 - Д. виконати лапароскопію;
 - Е. виконати серединну лапаротомію.
5. При апендикулярному інфільтраті показана:
- А. лапароскопічна операція;
 - В. консервативна терапія;
 - С. типова апендектомія;
 - Д. лапаротомія;
 - Е. ендоскопічне втручання.
6. Хвора захворіла 20 годин тому: з'явився неспокій, болі з епігастральної області перемістилися у праву клубову, двічі було блювання, а потім з'явилися часті рідкі випорожнення. Температура тіла - 38,7°C. Язик обкладений білим нальотом, сухий. Живіт малоактивний в диханні, пальпацію провести не вдається через виражений неспокій. При пальцевому ректальному дослідженні виявлено нависання передньої стінки прямої кишки. Який найбільш ймовірний діагноз?
- А. Ентеровірусна інфекція.
 - В. Первинний перитоніт.
 - С. Гострий неспецифічний мезаденіт.
 - Д. Гостра кишкова інфекція.
 - Е. Гострий апендицит, перитоніт.
7. У хворого 46 років гостро виникли болі в животі, блювання, субфебрильна температура тіла, що супроводжується частими позивами на дефекацію, рідкими випорожненнями зі слизом, дизуричними явищами. Яка з атипових локалізацій червоподібного паростка при його запаленні може давати подібну картину?
- А. Ретроцекальна.
 - В. Тазова.
 - С. Підпечінкова.
 - Д. Центральна. 14
 - Е. Медіальна.
8. У хворої 49-ти років 4 доби тому з'явився біль у правій половині черева, який спочатку наростав і до кінця другої доби став поступово вщухати, підсилюючись лише при різких рухах та кашлі. Температура тіла спочатку була 38°C і поступово знизилася до 37, 5°C. Стан задовільний, Рс- 84/хв. Язик вологий. В правій здухвинній ділянці відмічається слабо виражена напруга м'язів, через яку пальпується щільне болюче пухлиноподібне утворення з нерівним контуром і обмеженою рухливістю. Який найбільшв ірогідний діагноз?

- А. Апендикулярний інфільтрат
 В. Апендикулярний абсцес
 С. Пухлина сліпої кишки
 Д. Пілефлебіт
 Е. Правобічний аднексит
9. Які 3 ознаки мають найбільш важливе значення в діагностиці гострого апендициту?
А. Лейкоцитоз крові та зсув лейкоцитарної формули вліво.
В. Біль при пальпації в правій здухвинній ділянці.
 С. Біль при тракції за шийку матки при вагінальному дослідженні.
 Д. Симптом кашльового поштовху.
Е. Дефанс в правій здухвинній ділянці.
10. Визначити 4 допоміжних методи, які можна використати для підтвердження діагнозу гострого апендициту.
А. Клінічний аналіз крові.
В. Лапароскопія.
 С. Аналіз кала на скриту кров.
Д. Ректальне та вагінальне дослідження.
Е. Ультразвукове дослідження.
11. Які 4 ускладнення гострого апендициту можуть спостерігатись в післяопераційному періоді:
А. Піддіафрагмальний, тазовий або міжкишковий абсцес.
В. Розповсюджений або місцевий перитоніт.
С. Пілефлебіт.
Д. Абсцес кукси червоподібного відростка.
 Е. Гострий холецистит.
12. Вкажіть 3 маніпуляції, які слід виконати перед апендектомією при гострому апендициті.
А. Ввести знеболююче.
В. Промити шлунок.
 С. Ввести спазмолітики.
Д. Побрити живіт.
 Е. Зробити клізму.
13. Які 3 цілі переслідує ректальне дослідження при гострому апендициті?
А. Виключення патології і нависання товстої кишки
 В. Виключення патології сечового міхура.
С. Виявлення ознак „низького” розташування червоподібного відростка.
Д. Виявлення симптому Грекова.
14. Вибрати три дослідження необхідні для диференційної діагностики гострого апендициту та ниркової коліки.
 А. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
В. УЗ-дослідження органів черевної порожнини та сечовидільної системи.
С. Екскреторна урографія.
Д. Загальний клінічний аналіз крові та сечі.
 Е. Хромоцистоскопія.
15. Визначити тактику хірурга під час операції з приводу гострого апендициту при відсутності деструктивних змін в червоподібному відростку.
 А. Необхідно дрениувати черевну порожнину.
В. Необхідно провести ревізію термінального відділу здухвинної кишки.
С. Провести ревізію у жінок матки та придатків.
 Д. Апендектомія не виконується при відсутності зовнішніх змін в червоподібному відростку.
Е. Виключити хворобу Крона.

16. Під час операції з приводу гострого апендициту, хірург встановив незначні зміни в червоподібному відростку і виконав апендектомію. При подальшій ревізії виявив розрив правої маткової труби (позаматкова вагітність), в зв'язку з чим довелось виконати видалення правої маткової труби. Які дві тактичні помилки допустив хірург?
- А. Невиправдано виконав апендектомію.
В. Перед виконанням операції апендектомії не виконав ревізію матки з придатками.
 С. Операцію необхідно було закінчити дренажуванням черевної порожнини.
17. Через 9 діб після операції з приводу перфоративного апендициту у хворого 53 років виявлено підйом температури тіла по вечорам, лихоманка, біль у правій половині грудної клітки. Якими трьома ускладненнями може бути обумовлена ця клінічна картина?
- А. Правобічна плевропневмонія.
В. Абсцес правої легені.
С. Піддіафрагмальний абсцес.
 Д. Флегмона заочеревинного простору.
18. У хворого 20 років на 7-й день після операції апендектомії діагностовано тазовий абсцес, який було виявлено при ректальному дослідженні. Ознаки перитоніту відсутні. В чому полягає правильна тактика?
- А. Активна дезінтоксикаційна та протизапальна терапія.
 В. Лапаротомія, ревізія черевної порожнини та дренажування абсцесу.
С. Розкриття абсцесу через пряму кишку.
 Д. Промивання прямої кишки розчином антибіотиків.
19. Які два заходи необхідні у передопераційному періоді при гострому апендициті у вагітних?
- А. Введення наркотичних засобів.
 В. Очисна клізма.
 С. Провести пологи.
Д. Необхідно ввести магnezію, прогестерон, віт. Е.
20. Вкажіть три причини виникнення тазового абсцесу при гострому апендициті?
- А. Тазове розміщення червоподібного відростка.
В. Недостатнє осушення черевної порожнини.
 С. Ретроцекальне розміщення червоподібного відростка.
Д. Поганий гемостаз під час апендектомії.
21. На операції з приводу гострого апендициту хірург виявив в черевній порожнині запальний конгломерат, що складається з сліпої кишки, сальника і петель тонкої кишки, в якій був втягнутий деструктивно змінений червоподібний відросток. Які можливі методи закінчення операції?
- А. Виділити червоподібний відросток, провести апендектомію і дренажування черевної порожнини.
 В. Провести резекцію відділів кишківника що складають конгломерат.
 С. Провести відмежовуючу тампонаду черевної порожнини.
 Д. Накласти епіцистому.
Е. Виконати дренажування черевної порожнини з регіонарною лапаростомою.
22. На 6-й день після апендектомії з приводу гангренозно-перфоративного апендициту у хворого виник парез кишківника, з'явилась лихоманка, болі в правій половині живота, відмічено збільшення печінки та жовтяниця. Яке післяопераційне ускладнення можна запідозрити?
- А. Абсцес кукси червоподібного відростка.
 В. Гнійний перитоніт.
 С. Гостра печінкова недостатність.
Д. Пілефлебіт.
23. Ревізію яких органів необхідно проводити під час операції при гострому катаральному апендициті і з якою метою?

- А. Термінальний відділ здухвинної кишки для виключення хвороби Крона, дивертикула Меккеля
- В. У жінок –матку і придатки для виключення вторинного характеру морфологічних змін у червоподібному відростку.
24. Яких три найбільш важких ускладнення можливі при апендектомії при апендикулярному інфільтраті?
- А. Кровотеча.
В. Перфорація кишки.
С. Перитоніт.
25. Симптомами гострого апендициту є:
- А. Біль в правій здухвинній ділянці.
В. Симптом Ситковского.
С. Симптом Ровзинга.
Д. Симптом Волковича.
Е. Симптом Кримова.
26. Симптом м'язового захисту може бути відсутнім при гострому апендициті :
- А. У людей похилого віку.
 В. У дітей.
 С. У вагітних.
 Д. У алкоголіків.
 Е. У хворих в комі.
Ф. У всіх перерахованих.
27. При гострому апендициті у випадку його ретроцекального розміщення можуть бути виражені:
- А. Болі в попереку.
В. Симптом Пастернацького.
 С. Симптом Образцова.
Д. Лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво.
 Е. Симптом Мерфі.
28. При гострому апендициті для хворих похилого віку характерно:
- А. Гіперергія.
В. Слабо виражений м'язовий захист.
С. Болі мають розповсюджений характер.
Д. Затримка стільця.
 Е. Часте формування апендикулярного інфільтрату.
29. При гострому апендициті у жінок в другій половині вагітності.
- А. Відсутній симптом Щоткина-Блюмберга.
В. Слабо виражений м'язовий захист.
С. Зона болючості зміщена вверх і латерально.
 Д. Мелена.
 Е. Багаторазова блювота.
30. Перерахуйте ускладнення після апендектомії.
- А. Перитоніт.
В. Пілефлебіт.
 С. Остеомієліт.
Д. Міжкишковий абсцес.
Е. Піддіафрагмальний абсцес.
 Ф. Післяопераційний панкреатит.
31. Який найбільш інформативний метод дослідження Ви виберете для діагностики абсцесу простору Дугласа?
- А. Ректороманоскопію
 В. Лапароскопію.
С.УЗД.

- Д. Перкусію та аускультацию живота.
- Е. Рентгеноскопію черевної порожнини.
- Ф. Пальцьове дослідження прямої кишки.

32. Пацієнт звернувся зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці, які з'явилися 16 годин назад. Спочатку біль виникла в епігастрії, була одноразова блювота. Через 3-4 години перемістилася в праву здухвинну ділянку. Хворого госпіталізовано з діагнозом гострий апендицит. Який з симптомів гострого апендициту має місце?

- А. Симптом Ситковського.
- В. Симптом Ровзінга.
- С. Симптом Волковича-Кохера.
- Д. Симптом Бартомье-Міхельсона.

33. Пацієнтка звернулася зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, нудоту. Хворіє другу добу. Об'єктивно: Стан середньої важкості. Пульс-106'уд. Живіт різко болючий в правій здухвинній ділянці і над лобком. Позитивний симптом Щоткіна – Блумберга, лейкоцитоз - $13,2 \cdot 10^9$, паличкоядерні-25%, в сечі поодинокі лейкоцити, при УЗД-рідина в нижніх відділах живота, малому тазі. Діагноз при поступленні гострий деструктивний апендицит ускладнений перитонітом. Який оперативний доступ раціонально використати?

- А. Нижньо-серединна лапаротомія
- В. Косо-перемінний по Волковичу-Дяконову.
- С. Серединна лапаротомія.
- Д. Вінкельмана-Шпренгеля.

34. У пацієнта 19 років 4 доби назад з'явилися болі в правій половині живота, які спочатку наростали, а до кінця 2-го дня стали поступово зменшуватись, посилюючись при різких рухах та кашлі. Стан задовільний, пульс-84уд'. Язик вологий. В правій здухвинній ділянці відмічається слабовиражене напруження м'язів, пальпується щільне, болюче пухлиноподібне утворення з нерівним контуром і обмеженою рухливістю.

Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Апендикулярний абсцес.
- В. Пухлина сліпої кишки.
- С. Пілефлебіт.
- Д. Апендикулярний інфільтрат.
- Е. Паранефрит.

35. Апендикулярний інфільтрат це:

- А. Інфільтрація сліпої кишки з червоподібним відростком.
- В. Петлі тонкої кишки з червоподібним відростком.
- С. Конгломерат злучених між собою вищеназваних органів і тканин.
- Д. Інфільтрат червоподібного відростка.

36. Дренування черевної порожнини виконується при:

- А. Флегмонозному апендициті без випоту.
- В. Гангренозному апендициті з випотом
- С. Флегмонозному апендициті з серозним випотом
- Д. Перфоративному апендициті.

37. Хвора скаржиться на постійний інтенсивний біль в правій здухвинній ділянці, нудоту. Хворіє 2 доби. Об'єктивно: температура тіла 37,8, тахікардія. При пальпації живота в правій здухвинній ділянці значна болючість та напруга м'язів, позитивні симптоми подразнення очеревини. Лейкоцитоз - $10,6 \times 10^9$, паличкоядерні нейтрофіли-8%, аналіз сечі – без патології. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Гострий апендицит.
- В. Гостра кишкова непрохідність.
- С. Гострий панкреатит.
- Д. Гострий холецистит.
- Е. Перфоративна виразка шлунку.

38. Хворий доставлений до приймального покою у важкому стані зі скаргами на болі у всіх відділах живота, сухість в роті, нудоту, виражену загальну слабкість. З анамнезу відомо що 3 дні назад відчув біль в правій здухвинній ділянці, який поступово розповсюджувався по всіх відділах живота. При огляді пульс-123 уд, АТ 90/70 мм.рт.ст., живіт здутий болючий у всіх відділах. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишечника відсутня. Який попередній діагноз у даного хворого?

- A. Гострий деструктивний апендицит, розповсюджений перитоніт.
- B. Гострий деструктивний апендицит, обмежений перитоніт.
- C. Гострий простий апендицит, розповсюджений перитоніт.
- D. Гострий деструктивний апендицит, апендикулярний інфільтрат.
- E. Гострий деструктивний апендицит, апендикулярний абсцес.

39. Хворий госпіталізований у важкому стані зі скаргами на болі у верхніх відділах живота, виражену загальну слабкість. В анамнезі відомо, що 3 дні тому відчув біль в правій здухвинній ділянці, який поступово розповсюджувався по всіх відділах живота. При огляді живіт здутий, болючий у всіх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Перистальтика різко ослаблена. Встановлено діагноз: Гострий деструктивний апендицит, розповсюджений перитоніт. Який об'єм оперативного втручання в даному випадку?

A. Лапаротомія, апендектомія, санація , дренажування черевної порожнини, назогастральна інтубація тонкої кишки.

- B. Лапаротомія, цекостомія, санація , дренажування черевної порожнини.
- C. Оперативне втручання не показане.
- D. Лапароскопічна апендектомія, дренажування черевної порожнини.
- E. Апендектомія.

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. У хворої 25 років звечора раптово з'явився ниючий біль постійного характеру в епігастральній ділянці. Через дві години з'явилася нудота, було одноразове блювоння. До ранку біль став ріжучим і перемістився в праву клубову ділянку. Температура тіла піднялась до 37,6°C, з'явилася тахікардія – 90 уд./хв. При огляді: напруження м'язів передньої черевної стінки в правій клубовій ділянці, там же – позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Ваш діагноз?

Відповідь: гострий апендицит.

2. Хворий, 56 років, скаржиться на біль по всьому животі. Два дні тому з'явився ріжучий біль в епігастральній ділянці, нудота, було одноразове блювання. Через декілька годин біль перемістився у праву клубову ділянку та став менш інтенсивним, 3 години тому біль значно посилювався та поступово поширюється по всьому животі. При огляді: хворий збуджений, з гарячковим рум'янцем на щоках, пульс 100 уд./хв. Температура тіла 38,2°C. Права половина живота в диханні участі не бере. При пальпації живота – виражене захисне напруження м'язів. Симптом Щоткіна-Блюмберга різко позитивний. Кишкові шуми не вислуховуються. Ваш діагноз?

Відповідь: гострий гангренозний апендицит, перфорація червоподібного відростка, дифузний перитоніт.

3. Під час огляду хворого у поліклініці хірург, опираючись на клінічні вияви та результати лабораторних досліджень, поставив діагноз – гострий апендицит, діагноз сумнівів не викликав. Через 3 години під час огляду у хірургічному відділенні біль у правій клубовій ділянці хворого не турбує, але інші об'єктивні ознаки гострого апендициту позитивні. Яка причина зменшення болю у правій клубовій ділянці?

Відповідь: у хворого розвинувся гангренозний апендицит.

4. У хворого 39 років на другу добу після апендектомії з приводу гострого флегмонозного апендициту, розвинулися гаряка 40°C, біль у правій половині живота, збільшилася печінка, з'явилася жовтяниця. Про розвиток якого ускладнення можна думати? Яке дослідження слід провести для уточнення діагнозу?

Відповідь: Пілефлебіт. Дуплексне сканування ворітної вени.

Література

7. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов / Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко. – СПб: «Специальная литература», 1998. – 517 с.
8. Частная хирургия / Учебник под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1991.
9. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник. – М.: Медицина, 1997. – 672 с.
10. Александровский Б.П., Барнебойм А.М.. Дифференциальная диагностика в пульмонологии / Киев: «Здоровье»,. 1973 г
11. Гострий апендицит / укл. Н.І. Бойко, В.В. Хом'як. – Львів, 2009. – 32 с.
12. Лекції з хірургічних хвороб та атлас операцій / за редакцією проф.. В.В.Скиби Київ, 2008. – 324 с.
13. Sabiston Textbook of Surgery: The Biologocal Basic of Modern Surgical Practice. 19-th edition. USA 2012. – P 2124.
14. Михайлович В.В. Гострий апендицит та його ускладнення / В.В. Михайлович, О.Б. Матвійчук, І.Я. Богущький. – Львів: "Тріада плюс", 2011. – 154 с.
15. Перитоніт / укл. С.М. Чуклін, Т.М. Іванків. – Львів, 2009. – 31 с.

ТЕМА 14. МЕХАНІЧНА ЖОВТЯНИЦЯ. КЛАСИФІКАЦІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ. ГОСТРА ПЕЧІНКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ, МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

1.Актуальність теми

Жовтяниця є клінічним симптомом гострих інфекційних і хронічних захворювань печінки, ознакою обтурації жовчних проток, патології еритроцитів. Різноманітність чинників, які зумовлюють жовтяницю, визначає труднощі в проведенні диференційної діагностики (паренхіматозні жовтяниці, що супроводжуються холестаазом, маніфестують механічним компонентом, а тривалий перебіг механічної жовтяниці - ураженням паренхіми печінки). Жовтяниця будь-якої етіології супроводжується вираженою інтоксикацією, порушенням функції печінки, нирок та інших систем, становить реальну загрозу для життя хворого. Основною причиною механічної жовтяниці є холедохолітіаз (70%). У низці випадків після ліквідації

Жовтяниці зміни, що виникають у паренхімі печінки, призводять до розвитку незворотньої хронічної патології органа (цироз). Механічна жовтяниця потребує хірургічного лікування.

Гостра печінкова недостатність (ПН) може розвиватися на тлі попередніх хвороб печінки або виникнути вперше на тлі гострого гепатиту. При гострій ПН можливий розвиток печінкової енцефалопатії. Це ускладнення при гострих хворобах печінки виникає досить рідко, але летальність при ньому становить 80-90%.

2 .Цілі заняття.

Знати:

- клінічні прояви захворювань печінки та поза печінкових жовчних протоків;
- спеціальні методи дослідження;
- патофізіологію порто-печінкового кровообігу при фіброзі, цирозі печінки, поза печінковій та над печінковій портальній гіпертензії;
- особливості діагностики та диференційної діагностики окремих видів портальної гіпертензії;
- особливості діагностики ускладнень портальної гіпертензії;
- принципи індивідуального підходу до розв'язання питань хірургічної тактики при портальній гіпертензії;
- принципи оперативних втручань при різних видах портальної гіпертензії;
- принципи ведення хворих при кровотечі з варикозних вен стравоходу та шлунку;
- особливості ведення післяопераційного періоду з урахуванням вихідного стану пацієнта, особливостей операції, ускладнень;
- класифікацію причин (етіологію) та сучасний патогенез обтураційної жовтяниці;
- системні порушення при жовтяниці;
- диференційну діагностику жовтяниць;
- принципи індивідуального підходу в розв'язанні питань передопераційної підготовки та хірургічної тактики при обтураційній жовтяниці;
- методи оперативних втручань;
- особливості ведення хворих з обтураційною жовтяницею у післяопераційному періоді.

Вміти:

- правильно сформулювати діагноз при портальній гіпертензії, механічній жовтяниці, визначити причини їх розвитку, наявність ускладнень та системних порушень;

- правильно оцінити важкість загального стану хворих при портальній гіпертензії, обтураційній жовтяниці, постхолецистектомічному синдромі та встановити основну причину важкого стану;
- інтерпретувати результати фізикального, лабораторного та інструментального методів досліджень хворих з обтураційною жовтяницею, портальною гіпертензією, постхолецистектомічним синдромом;
- обґрунтувати конкретну схему лікувальних заходів та хірургічну тактику при постхолецистектомічному синдромі, обтураційній жовтяниці, портальній гіпертензії;
- володіти технікою постановки зонду-обтуратора (Блекмора) при портальній гіпертензії;
- правильно обґрунтовувати діагностичні та лікувальні заходи в післяопераційному періоді при портальній гіпертензії.
- визначити обсяг передопераційної підготовки та післяопераційного ведення хворих з печінковою недостатністю.

Вихідний рівень знань :

- анатомія та фізіологія печінки та жовчовивідних шляхів
- етіологія і патогенез механічної жовтяниці та гострої печінкової недостатності
- класифікація, клінічна картина при механічній жовтяниці та гострій печінковій недостатності
- методи діагностики, консервативної терапії та хірургічного лікування хворих
- методи медичної та трудової реабілітації в стаціонарі і поліклініці.
- проводи диференційну діагностику при механічній жовтяниці
- розуміти принципи та техніку виконання інструментальних методів дослідження печінки та уміти інтерпретувати отримані результати.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів .

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими , оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни	Анатомію печінки, жовчовивідних шляхів та судин печінки; топографічну анатомію печінково-дуоденальної зони; біохімію, фізіологію печінки; фармакологію; рентгенологію в прикладному аспекті	Визначати топографію печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків; інтерпретувати показники загальноклінічних, лабораторних, в тому числі біохімічних печінкових тестів, холангіограми, УЗ-грами та комп'ютерограми

2. Наступні дисципліни	Госпітальну хірургію, анестезіологію та реаніматологію, рентгенологію, клінічну фармакологію	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблеми захворювань печінки, патогенетично обґрунтовувати методи лікування і профілактики захворювань печінки та операції при цих захворюваннях
3. Внутрішньопредметна інтеграція	Питому вагу захворювань печінки в структурі хірургічних захворювань; зв'язок захворювань печінки з іншими хірургічними захворюваннями; результати лікування та його наслідки; методи профілактики та їх ефективність	Оцінювати ефективність проведеного лікування захворювань печінки та його результати на підставі клінічного обстеження хворого і оцінки результатів подальшого його обстеження в динаміці; використовувати методи профілактики захворювання

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного та УЗД обстеження Виконувати діагностичну пункцію			+ + +
3.	Проводити диференційну діагностику у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю		+	
4.	Визначати лікувальну тактику у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію механічної жовтяниці, гострої печінкової недостатності.	
4. Клініку	Назвати основні клінічні симптоми у хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю	
5. Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики данної патології.	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики механічної жовтяниці та гострої печінкової недостатності	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнати перкуторні звуки, пальпаторні та аускультативні дані.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих	Рентгенографія -РХПГ -дуоденоскопія -УЗД -КТ -МРТ	Диференціювати ступінь ураження
Визначити лікувальну	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та	-Терапія полягає в детоксикації, застосування апаратної та трансфузійної детоксикації.

	обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих	-ЕПСТ -черезшкірна черезпечінкова холангіостомія -мікрохолецистостомія -назобілярне дренивання холедоха -ендоскопічне транспапілярне дренивання жовчної протоки.
--	---	--

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Жовтяниця	патологічний процес,який характеризується жовтяничним забарвленням шкіри та слизових оболонок внаслідок надходження в судинне русло продуктів обміну білірубину і печінкових ферментів.
Механічна жовтяниця	патологічний стан,зумовлений порушенням відтоку жовчі із жовчних протоків внаслідок ускладненого перебігу низки захворювань, які супроводжуються обтурацією або стисканням жовчних шляхів.
Печінкова недостатність	симптомокомплекс,який характеризується порушеннями функцій печінки різного ступеня вираженості внаслідок гострого або хронічного ушкодження її паренхіми.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

- 1.Анатомія печінки.
- 2.Анатомічна будова жовчовивідних протоків.
- 3.Класифікація, етіологія та патогенез механічної жовтяниці.
79. Назвіть класифікацію механічної жовтяниці та гострої печінкової недостатності.
80. Який патогенез розвитку механічної жовтяниці та гострої печінкової недостатності .
81. Яка клінічна картина ЖКХ.
82. Яка клінічна картина холедохолітазу.
83. Яка клінічна картина механічної жовтяниці.
84. Яка клінічна картина гострої печінкової недостатності.
85. Методи діагностики хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю.
86. Диференційна діагностика механічної жовтяниці.
87. Принципи лікування хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю.
88. Показання до різних методів лікування хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю.
89. Особливості хірургічних втручань хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю.
90. Профілактика і лікування хворих з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю, реабілітація.

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

30. зібрати та оцінити скарги хворого з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю , дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
31. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
32. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, діагностичної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
33. вміти надавати першу допомогу хворим з механічною жовтяницею, гострою печінковою недостатністю;
34. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
35. призначити передопераційну підготовку хворим;
36. вести післяопераційний період.

Графологічної структури теми.

ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ ПЕЧІНКИ. В печінці розрізняють верхню (діафрагмальну) і нижню (вісцеральну) поверхні. Від діафрагмальної поверхні до діафрагми проходить серпоподібна зв'язка, яка ділить печінку на дві частини – відповідно верхнім поверхням правої і лівої долі. На вісцеральній поверхні розміщуються три борозни (дві сагітальні і, між ними – поперечна), вони знизу розділяють печінку на чотири долі: праву, ліву, квадратну (передня частка серединної ділянки) і хвостату (задня частка серединної ділянки). Поперечна борозна – це місце для воріт печінки, де залягають власна печінкова артерія, печінковий проток і ворітня вена; тут же, в воротах печінки, дані структури діляться на праву і ліву гілки.

Окрім доль в печінці розрізняють вісім анатомічних сегментів – це пірамідальні ділянки паренхіми печінки, які прилягають до печінкової тріади (гілка ворітної вени другого порядку і відповідні їй гілка печінкової артерії і жовчний проток). Знання даної топографії принципово важливо при різних хірургічних втручаннях на печінці: I-III сегменти в лівій долі, IV-VIII сегменти в правій долі.

Печінка практично повністю покрита очеревиною, окрім місця розміщення жовчного міхура і на задній частині її діафрагмальної поверхні – мезоперитонеально.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ – це незворотній дифузний процес, який характеризується наявністю фіброзу, перебудовою нормальної архітекτονіки і судинної системи печінки з вузловою трансформацією в внутрішньопечінковими судинними анастомозами.

Основними клінічними проявами цирозу пов'язані з відкладенням фіброзної тканини по ходу синусоїдів, які порушують дифузію харчових елементів із судин в клітини печінки. Внаслідок цього виникає „порочне коло”: гепатоцити без харчування гинуть, і тим самим фіброгенез ще більше порушує трофіку гепатоцитів.

В розвитку цироза печінки доведена етіологічна роль гепатотропних вірусів В, С, D, G, F, алкоголю, генетично обумовлених порушень обміну заліза (гемохроматоз), міді (хвороба Вільсона-Коновалова), дії деяких токсичних і медикаментозних засобів, хвороби жовчних шляхів, сифілісу, малярії, туберкульозу. Частота цирозу невідомої етіології (криптогенних) сягає 25-30%.

Розвиток незворотнього склерозу при цирозі печінки зумовлений дифузним ураженням паренхіми, довготривалою дією пошкоджуючого фактору, переважання синтезу колагена над його розпадом.

За міжнародною класифікацією захворювань печінки розрізняють мікронодулярний, макронодулярний і змішаний цироз. Діаметер вузлів регенерації при мікронодулярному цирозі складає менше 3,0 мм, а при макронодулярному – більше 5,0 см. Цироз вірусної етіології за звичай макронодулярний, алкогольний цироз – мікронодулярний.

Цироз печінки найчастіше являється проявом хронічного гепатиту і проходить в своєму розвитку три стадії: 1) початкову, яка нерідко протікає латентно (компенсована стадія) без ознак біохімічної активності; 2) стадію сформованого цирозу з клінічними проявами портальної гіпертензії і функціональних порушень печінки (субкомпенсована стадія) і 3) декомпенсовану стадію з прогресуючим наростанням симптомів портальної гіпертензії і вираженою печінковоклітинною недостатністю. Швидкість прогресування цирозу визначається ступенем активності процесу печінки.

Симптоми активного цирозу печінки проявляються підвищеною втомлюваністю, схудненням. Нерідко відмічається свербіння шкіри, важкість в правому підребер'ї. Об'єктивно виявляється істеричність шкірних покривів і слизових, визначається пальмарна ерітема, телеангіоектазії. Характерне збільшення печінки і селезінки. В аналізі крові визначається лейкопенія, тромбоцитопенія, рідше – анемія як прояв гіперспленізма декомпенсованої функції селезінки.

Розрізняють низьку, середню і високу ступінь активності цирозу, яка визначається по комплексу клініко-лабораторних показників і гістологічних змінах печінки. Найбільше діагностичне значення надають рівню активності амінотрансфераз, вмісту гама-глобулінів, альбуміну, білірубіну, показникам осадкових проб, морфологічним даним.

Одним із найбільш частих симптомів, які зустрічаються при цирозі печінки є **ПОРТАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ** (підвищення тиску в системі ворітної вени). Портальна гіпертензія виникає як наслідок порушення кровотоку в портальних судинах, печінкових венах і нижній порожнистій вені. Основні симптоми гіпертензії проявляються розвитком коллатералів на передній черевній стінці, розширенням гемороїдальних вен, вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, асцитом, спленомегалією і гіперспленізмом. Портальну гіпертензію поділяють на підпечінкову – перешкода кровотоку локалізується в стовбурі ворітної вени або її основних гілках; надпечінкову – перешкода в позапечінкових відділах печінкових вен або в нижній порожнистій вені проксимальніше місця впадіння в неї печінкових вен; внішньопечінкову – перешкода знаходиться в самій печінці.

За клінічним перебігом виділяється три стадії портальної гіпертензії:

1. компенсована – помірне підвищення портального тиску, компенсований внутрішньопечінковий кровоток;
2. субкомпенсована – високий портальний тиск, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу з кровотечею з них або без неї, виражені порушення портопечінкового кровотоку;

3. декомпенсована – спленомегаля з явищами гіперспленізму, варикозне розширення вен стравоходу з кровотечею з них або без неї, асцит, виражені порушення портопечінкового кровотоку.

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу і шлунку являється одним із найбільш грізних ускладнень портальної гіпертензії. Смертність після першого випадку кровотечі сягає 45-65%, із хворих які вижили в подальшому 30% гинуть під час рецидиву кровотечі, яка виникає, як правило, на протязі від декількох днів до 6 міс. після першого епізоду. Прогресуючий асцит, який супроводжується підвищенням внутрішньочеревного тиску, сприяє підвищенню портального і інтраварикозного тиску, що в свою сергу підвищує ризик виникнення кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунку.

Печінково-клітинна недостатність являється важким ускладненням цирозу печінки в стадії декомпенсації і основним з обмежуючих факторів при виборі методу оперативного лікування ускладнень портальної гіпертензії. Виділяють наступні стадії порушення функції печінки при цирозі печінки: 1 – компенсації; 2 – декомпенсації, в якій розрізняють: а) стадію судинної недостатності, яка характеризується стравохідно-шлунковими кровотечами; б) паренхіматозної недостатності; в) паренхіматозно-судинної недостатності і г) стадію гепатоцеребральної недостатності, яка перебігає з явищами енцефалопатії.

Печінкова енцефалопатія – синдром, який об'єднує неврологічні і психоемоційні порушення, які зумовлені метаболічними розладами в ЦНС. Розрізняють чотири стадії: продромальна, прекома, ступор, глибока кома. Глибока кома в свою чергу поділяється на ендогенну, екзогенну, мінеральну і змішану. Причинами ендогенної коми являються масивні некрози паренхіматозної тканини печінки. Екзогенна кома зумовлена поступленням в загальний кровоток аміаку, фенолів, індолів, ароматичних амінокислот із кишечника по обхідних анастомозах в обхід печінки. Причиною розвитку мінеральної коми, як правило, являються порушення електролітного і кислотно-лужного стану.

Гепаторенальний синдром – досить часте ускладнення портальної гіпертензії в стадії декомпенсації цирозу печінки. Основною причиною його розвитку є зменшення ефективного ренального кровотоку, яке супроводжується кортикальною ішемією і зниженням гломерулярної фільтрації з розвитком азотемії, гіперкаліємії, метаболічного ацидозу.

Характерним для цирозу печінки стають порушення в системі згортання крові. Зниження рівня коагуляційних факторів, кількісний і якісний дефіцит тромбоцитів є двома складовими причинами порушень в системі гомеостазу. Гепатоцит – місце синтезу основної маси білків системи згортання крові (вітамін-К-залежний фактор, II, VII, IX, і X, а також лабільний фактор V, фактори XI і XII, фібриноген). Період напіввиведення цих білків дуже короткий. Тому гострий некроз печінкових клітин швидко приводить до зниження рівня факторів згортання. Окрім того, при дифузному ураженні печінки визначаються зміни в кількості, структурі і функції тромбоцитів. Збільшення селезінки, а також зниження синтезу тромбopoетину є причиною тромбоцитопенії.

Хірургія портальної гіпертензії нараховує понад сторічну історію. В арсеналі медичної науки існує понад 200 методів оперативних втручань, які направлені на лікування портальної гіпертензії і її ускладнень, багато з яких мають на сьогоднішній час лише історичне значення. Існуючі методи оперативного лікування ускладнень портальної гіпертензії при цирозі печінки М.Д. Паціора (1984) об'єднала в групи, які направлені на:

1. відведення асцитичної рідини.
2. створення нових шляхів відтоку крові в портальну систему.
3. зниження притоку крові в портальну систему.
4. ліквідація зв'язку вен шлунку і стравоходу з венами портальної системи.
5. підсилення регенерації печінки.

В.І. Русин і співавтори (2001) пропонують в залежності від їх функціонального впливу розділяти оперативні втручання на наступні групи.

I. Операції, які спрямовані на зниження портальної гіпертензії.

- 1) зниження притоку крові в портальну систему:
 - перев'язка або ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії,
 - перев'язка або ендovasкулярна емболізація печінкової артерії,
 - перев'язка або ендovasкулярна емболізація черевного стовбуру,
 - спленектомія.
- 2) відведення крові із портальної системи:
 - а) органоанастомозуючі операції:
 - оментопексія,
 - спленопексія в плевральну порожнину чи за очеревинний простір,
 - оменторенопексія,
 - оментогепатодіафрагмопексія,
 - операція Фегерешану.
 - б) судинно-шунтуючі операції:
 - портокавальний шунт,
 - спленоренальний шунт,
 - мезентерикокавальний шунт,
 - мезентерикоренальний шунт,
 - TIPSS (трансюгулярне портокавальне стент-шунтування).

II. Операції, які направлені на ліквідацію симптомів і ускладнень портальної гіпертензії.

- а) місцева зупинка кровотечі:
 - ендоскопічна склеротерапія, кліпування чи коагуляція вен,
 - балонна тампонада,
 - прошивання вен стравоходу і шлунку,
 - емболізація лівої шлункової артерії,
 - апаратне прошивання кардіоезофагіального переходу,
 - внутрішня фундоплікація кардіоезофагіального переходу.
- б) роз'єднуючі операції:
 - пересічення кардіального відділу шлунку,
 - пересічення абдомінального відділу стравоходу,
 - проксимальна резекція шлунку,
 - гастректомія,
 - операція Sugiura,
 - операція Hassab-Raquet.
- в) операції, які направлені на відведення асцитичної рідини:
 - лімфовенозні анастомози,
 - операція Кальба,
 - операція Опеля,
 - операція Routte (перитонеовенозне шунтування),
 - трасюгулярне перитонеовенозне шунтування.

На теперішній час пересадка печінки являється основним методом в лікуванні портальної гіпертензії, зумовленої ураженням печінки в термінальній стадії. Пересадка печінки – одна із найбільш часто виконуючих трансплантацій, яка поступається за частотою лише трансплантації нирок. За 1998 рік в США було виконано 4 450 пересадок печінки. По сприятливим результатам втручань захворювання печінки систематизуються наступним чином:

1. Доброякісні ураження печінки з мінімальним або відсутнім ризиком рецидиву після трансплантації.
2. Доброякісні ураження печінки з високим ризиком рецидиву після трансплантації.
3. Злоякісні ураження печінки.

ПОКАЗАННЯ ДО ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЕЧІНКИ:

- ✓ Алкогольний цироз печінки.
- ✓ Атрезія жовчних шляхів.
- ✓ Аутоімунний гепатит.
- ✓ Біліарний цироз (первинний чи вторинний).
- ✓ Вроджений фіброз печінки.
- ✓ Доброякісні нерезектабельні пухлини.
- ✓ Метастатичні нейроендокринні пухлини.
- ✓ Спадкові порушення метаболізму.
- ✓ Неонатальний гепатит.
- ✓ Нерезектабельна гігантська гемангіома.
- ✓ Гостра фульмінантна печінкова недостатність.
- ✓ Первинний рак печінки.
- ✓ Полікістоз печінки.
- ✓ Постнекротичний цироз печінки.
- ✓ Синдром Бада-Кіарі.
- ✓ Склерозуючий холангіт.
- ✓ Важка травма печінки.

Протипоказання поділяються на абсолютні та відносні. До перших відносяться: виражена серцево-судинна недостатність, зловживання алкоголем, ВІЛ-інфекція, позапечінкові злоякісні утворення, сепсис. Відносні протипоказання: активна інфекція і метастатичне ураження печінки.

Ідеальним донором вважається молода, повністю здорова постраждала людина, у якої констатували смерть головного мозку, але адекватно функціонують серцево-судинна система і забезпечується функція дихання.

Поняття сумісництва донорської печінки для конкретного пацієнта включає в себе анатомічне співвідношення правого піддіафрагмального простору і гістосумісності за системами АВ0 і HLA.

Саму трансплантацію печінки можна розділити на два окремих втручання: на донорі – забір печінки і на реципієнті – видалення пошкодженої печінки і імплантації донорської.

ЖОВТЯНИЦЯ.

Жовтяницею називають фарбування шкіри й слизуватих оболонок, склер у жовтуватий колір внаслідок нагромадження в тканинах надлишкової кількості білірубіна. Рівень білірубіна в крові при цьому підвищений. Жовтяниця є клінічним синдромом, характерним для ряду захворювань внутрішніх органів. Практичному лікареві надзвичайно важливо знати основні причини виникнення жовтяниці, особливості клінічного перебігу й діагностики різних видів жовтяниць.

Залежно від причини підвищення рівня білірубіна в крові виділяють три основних типи жовтяниць.

Гемолітична (надпечінкова) жовтяниця виникає в результаті інтенсивного розпаду еритроцитів і надмірного вироблення непрямого білірубіна. Ці явища виникають при гіперфункції клітин ретикулоендотеліальної системи (насамперед селезінки), при первинному й вторинному гіперспленізмі. Типовим прикладом можуть служити різні гемолітичні анемії. При цьому утворення непрямого білірубіна настільки велике, що печінка не встигає перетворити його у зв'язаний (прямий) білірубін. Причинами гемолітичної жовтяниці можуть бути також різні фактори, які ведуть до гемолізу: гемолітичні отрути, всмоктування в кров продуктів розпаду великих гематом.

Паренхіматозна (печінкова) жовтяниця розвивається в результаті ушкодження гепатоцитів, здатність яких зв'язувати вільний білірубін крові зменшується. При цьому прямий білірубін, що утворився, лише частково надходить у жовчні капіляри, а більша його частини вертається назад у кров'яне русло. Найбільш частими причинами паренхіматозних жовтяниць є вірусний гепатит, лептоспіроз (хвороба Васильєва - Вейля),

цироз печінки, отруєння деякими видами токсинів (чотирьох хлористий вуглець, тетрахлоретан, з'єднання миш'яку, фосфору й ін.).

Механічна (підпечінкова, обтураційна) жовтяниця розвивається в результаті часткової або повної непрохідності жовчовивідних шляхів з порушенням пасажу жовчі в кишечник. Механічна жовтяниця частіше зумовлена холедохолітазом, стриктурою великого дуоденального сосочка, пухлиною голівки підшлункової залози і жовчовивідних шляхів.

На практиці легше всього поставити діагноз гемолітичної жовтяниці. При диференціальній діагностиці паренхіматозної й механічної жовтяниці виникають досить значні труднощі.

При гемолітичній жовтяниці шкірний покрив набуває лимонно-жовте забарвлення, жовтяниця виражена помірно, свербіння шкіри немає. При вираженій анемії можна визначити деяку блідість шкірного покриву й слизових оболонок на тлі наявної жовтяниці. Печінка нормальних розмірів або трохи збільшена. Селезінка помірно збільшена. При деяких видах вторинного гіперспленізму може бути виявлена виражена спленомегалія. Сеча має темний колір за рахунок підвищеної концентрації уробіліногена й стеркобіліногена. Реакція сечі на білірубін негативна. Кал інтенсивно темно-бурого кольору, концентрація стеркобіліну в ньому різко підвищена. В аналізах крові підвищення рівня непрямого білірубіна, концентрація прямого білірубіна не підвищена. Анемія, як правило, помірно виражена, ретикулоцитоз. ШОЕ підвищена. Печінкові проби, холестерин крові в межах норми. Рівень сироваткового заліза крові підвищений.

При паренхіматозних жовтяницях шкірний покрив шафраново-жовтого кольору з рубіновим відтінком. Шкірна сверблячка виражена незначно. Такий характер жовтяниць відзначають тільки на ранніх стадіях її розвитку, а на 3-4 тиж. і далі фарбування шкіри набуває жовтувато-зеленуватий відтінок внаслідок нагромадження в тканинах білівердіну. Печінка збільшена й ущільнена, болюча (при вірусному гепатиті, холангіті), може бути й зменшена, безболісна при пальпації (при цирозі печінки). Селезінка в більшості хворих доступна для пальпації. Доступна пальпації збільшена селезінка майже напевно дозволяє виключити механічний характер жовтяниці. Нерідко при паренхіматозній жовтяниці, зумовленої цирозом печінки, з'являються симптоми портальної гіпертензії (варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальні кровотечі, розширення підшкірних вен передньої черевної стінки). В аналізах крові визначають збільшення ШОЕ, підвищення рівня прямого й непрямого білірубіна, холестерин, як правило, не підвищений. Рівень заліза сироватки крові в нормі або дещо підвищений, концентрація протромбіну знижена. Рівень трансаміназ крові підвищений, особливо значно при паренхіматозній жовтяниці, зумовленої вірусним гепатитом. У сечі реакції на присутність уробіліну й уробіліногена різко підвищена. Білірубінурія має перемежований характер. При важких ураженнях печінкової паренхіми немає білірубінурії. Функціональні проби печінки мають важливе диференційно-діагностичне значення тільки на ранніх стадіях розвитку жовтяниці. При механічних жовтяницях тривалістю більше 4 тиж. за рахунок вторинного ушкодження гепатоцитів функціональні проби змінюються так само, як і при паренхіматозній жовтяниці.

При механічних жовтяницях шкірний покрив набуває жовтувато-зелене фарбування, а при пухлинах - характерний землистий відтінок. При дуже тривалій механічній жовтяниці шкірний покрив набуває чорнувато-бронзове фарбування. При обтураційній жовтяниці, зумовленої жовчнокам'яною хворобою, на початку захворювання з'являються характерні приступи болю (печінкова колька. При пухлинах панкреатодуоденальної зони жовтяниця з'являється без відчуття болі. Свербіння шкіри виражене, особливо при високому рівні білірубінемії. Печінка в більшості хворих не збільшена. У половини хворих з пухлинами панкреатодуоденальної зони виявляють позитивний симптом Курвуаз'є. Селезінка при механічній жовтяниці не збільшена, не пальпується, лімфатичні вузли не збільшені. Випорожнення мають світле забарвлення, а при повній непрохідності жовчних шляхів (частіше викликане пухлиною) ахолічне. Сеча

здобуває темного забарвлення (кольору пива). В аналізі крові відзначається збільшення ШОЕ, лейкоцитоз (при гострому холециститі в поєднанні з холедохолітіазом). Концентрація прямого й непрямого білірубіна в крові різко підвищена. При холедохолітіазі, особливо при так званих "вентильних" каменях, білірубінемія носить ремітуючий характер, білірубінурія й уробілінурія мають перемежований характер. При пухлинах, які визвали повну непрохідність жовчовивідних шляхів, уробілінурія відсутня при збереженні білірубінурії. Рівень холестерину в крові підвищений, концентрація сироваткового заліза в нормі або навіть трохи знижена. Трансамінази крові помірно збільшені, а при тривалій жовтяниці можуть зростати більш значно.

Відомо, що жовтяниця викликає виражені порушення обміну речовин і перед усім білкового, вуглеводного, жирового обміну, обміну вітамінів, порушується система згортання крові, нерідко супроводжується холангітом. Внаслідок цього в передопераційному періоді під час обстеження хворого необхідно проводити комплекс заходів, спрямований на нормалізацію порушених функцій організму, на боротьбу з холангітом, геморагічними розладами, зумовленими порушеннями що системи згортання крові. Ретельна передопераційна підготовка хворих з жовтяницею дозволяє виконати хірургічне втручання в більш безпечних умовах і зменшити частоту післяопераційних ускладнень.

При механічній жовтяниці, обумовленої холедохолітіазом, стенозом великого дуоденального сосочка, новоутвореннями жовчовивідних шляхів і підшлункової залози, показано виконання ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ). Суть цього методу дослідження полягає в наступному. Хворому проводять гастродуоденоскопію, у вертикальній гілці дванадцятипалої кишки знаходять великий дуоденальний сосочок, у просвіт якого через біопсійний канал ендоскопа вводять тонкий гнучкий катетер. Через цей катетер під контролем рентгентелевізійного екрана вводиться контрастна речовина (тріомбрас, кардіотраст і ін.) і роблять серію рентгенівських знімків. При цьому можна одержати заповнення як позапечінкових і внутрішньопечінкових жовчних шляхів, так і протоки підшлункової залози (Вірсунгової протоки). Цей спосіб дослідження є досить інформативним, але може бути використаний тільки в певних умовах - під контролем рентгентелебачення, при високій кваліфікації ендоскопіста.

При неможливості виконання ЕРПХГ може бути використана черезшкірно-черезпечінкова холангіографія. Цей метод дослідження застосовується при механічній жовтяниці і значному розширенні жовчовивідних шляхів. Роблять черезшкірну пункцію правої частки печінки. Просуваючи голку по напрямку до воріт печінки, пунктують розширену внутрішньопечінкову жовчну протоку, евакуюють жовч і вводять 100-120 мл контрастної речовини, після чого роблять рентгенівський знімок. При даному методі дослідження можна одержати досить чітке зображення жовчовивідних шляхів, виявити причину механічної жовтяниці. Більш надійно і точно пункція розширених внутрішньопечінкових жовчних ходів здійснюється під візуальним контролем ультразвукового або комп'ютерно-томографічного дослідження. У цьому випадку голка точно попадає в жовчний хід. При необхідності у голку вводять провідник, по якому після витягу голки в жовчний хід просувають катетер для рентгенконтрастного дослідження або дренажу жовчних шляхів. Після видалення голки з печінки можливе витікання жовчі за рахунок жовчної гіпертензії, що може привести до розвитку жовчного перитоніту і необхідності екстреного хірургічного втручання.

Введення в жовчовивідні шляхи контрастної речовини шляхом пункції жовчного міхура під контролем лапароскопії дає можливість не тільки одержати зображення жовчних шляхів, але й оцінити макроскопічні зміни в печінці, жовчному міхурі й ін. Цей спосіб застосовують при неможливості виконання більше простих методів дослідження - холангіографії, УЗД, ЕРПХГ.

КІСТИ ПЕЧІНКИ – це самостійна генетична одиниця з аутосомальною домінантною спадковістю або являє собою єдиний генетичний дефект з різноманітною

поширеністю, який викликає кістозні зміни різних органів. Ряд авторів вважають солітарні кісти печінки локальним проявом полікістозного захворювання. Інші автори вважають, що підчас ембріонального розвитку не виникає підключення до загальної системи жовчних шляхів окремих внутрішньодолькових і міждолькових жовчних протоків. Епітелій абберантних жовчних ходів активно секретує рідину, в результаті чого вони перетворюються в кісту. Це підтверджується відсутністю жовчі і сполученням кіст з нормальними жовчними протоками в переважній більшості випадків.

Кісти частіше зустрічаються в лівій долі печінки або на передньому краю правої долі. Розрізняють справжні і несправжні кісти печінки. Справжні кісти мають на внутрішній поверхні вистил з циліндричного чи кубічного епітелію. Несправжні кісти найчастіше є наслідком травми печінки. Їх стінка складається з фіброзно-зміненої тканини печінки або має запальний характер, при якому внутрішній шар кісти являє собою грануляційну тканину. Вміст кісти в основному це світла, прозора або злегка жовтувата рідина з домішками крові чи жовчі.

Кваліфікація непаразитарних кіст печінки (Шалімов О.О. і співавт., 1993):

I. По будові стінки кісти:

- 1) справжні;
- 2) несправжні.

II. По кількості кіст:

- 1) поодинокі;
- 2) множинні;
- 3) полікістоз печінки.

III. За клінічним перебігом:

- 1) неускладнені;
- 2) ускладнені (нагноєння, кровотеча в порожнину кісти, розрив стінки, портална гіпертензія, механічна жовтяниця, печінкова недостатність).

Перебіг практично безсимптомний, а суб'єктивні скарги з'являються лише в тих випадках, коли кіста досягає великих розмірів, що викликає атрофічні зміни тканини печінки і здавлює анатомічні структури. Найбільш частою скаргою є біль постійного характеру в правому підребер'ї чи в епігастральній ділянці. Може досить швидко наставати відчуття ситості і дискомфорту в животі після прийому їжі. Можливе виникнення жовтяниці як наслідок вдавнення жовчних шляхів, дегенерації чи цирозу печінки.

Диференційний діагноз в першу чергу необхідно проводити з паразитарними кістами, для чого проводяться специфічні дослідження крові (серологічні реакції). Також диф. діагноз необхідно проводити з гемангіомами, цистаденомами, ретроперитонеальними пухлинами, пухлинами кишечника, брижі і підшлункової залози. Гостра симптоматика розриву кісти схожа з клінічною картиною при перфораційному апендициті чи виразки дванадцятипалої кишки, гострому панкреатиті чи холециститі, а також можливе співвідношення кіст печінки з даними захворюваннями.

З метою діагностики використовуються наступні методи: ультразвукова діагностика, ангіографія, радіоізотопні методи дослідження (сцинтиграфія), комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна терапія, пункційна біопсія і лапароскопія.

Оперативні втручання при кістах печінки коливаються в межах від пункції кісти до резекції печінки, їх умовно можна розділити на дві категорії:

1. Умовно-радикальні:

- ✓ резекція ураженої частини печінки;
- ✓ тотальне висічення чи вилучення кісти з її оболонками.

2. Паліативні:

- ✓ часткове висічення стінок кісти з ушиванням чи дренажуванням залишкової порожнини;
- ✓ розкриття і випорожнення кісти з дренажуванням залишкової порожнини;
- ✓ марсупалізація кісти;

- ✓ цистоентеростомія, цистогастростомія;
- ✓ фенестрація кісти;
- ✓ черезшкірна пункційна аспірація;
- ✓ криогенна дія на залишкові стінки кісти.

При виконанні переважної більшості оперативних втручань в наш час широко застосовуються ендовідеохірургічні (лапароскопічні) операції.

7. Завдання для самоперевірки.

1. Вкажіть особливості анатомії печінки та жовчовивідних шляхів.
2. Класифікація обтураційної жовтяниці.
3. Клінічна картина хворих з механічною жовтяницею та гострою печінковою недостатністю.
4. Методи консервативної терапії і хірургічного лікування хворих з механічною жовтяницею та гострою печінковою недостатністю.

8. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Назвіть найбільш характерну ознаку жовтяниці пухлинного походження:

- A – пальпується пухлина
- B – збільшення розмірів печінки
- C – симптом Курвуаз'є
- D – шкірне свербіння
- E – різкий біль в животі

2. Визначте найбільш характерну ознаку механічної жовтяниці при лабораторному дослідженні:

- A – високий вміст (показник) прямого білірубіну
- B – різке збільшення активності АЛТ і АСТ
- C – зниження функціональних показників печінки
- D – підвищення активності лужної фосфатази
- E – зниження активності лужної фосфатази

3. Назвіть характерні ознаки механічної жовтяниці при інструментальному дослідженні:

- A – розширення жовчних проток при рентгеноконтрастному дослідженні
- B – порушення жовчевідведення при радіогепатографії
- C – збіднення судинного малюнку при селективній ангіографії
- D – підвищення портального тиску при катетеризації пупкової вени
- E – наявність конкрементів в жовчному міхурі при УЗД

4. Назвіть покази до невідкладної операції при механічній жовтяниці:

- A – вираженість жовтяниці
- B – тривалість жовтяниці
- C – наявність холангіту
- D – печінково-ниркова недостатність
- E – перитоніт

5. Вкажіть найбільш часто виникаючі ускладнення після операцій з приводу тривалої механічної жовтяниці:

- A – тромбоемболія легеневої артерії
- B – гостра печінкова недостатність
- C – серцево-легенева недостатність
- D – шлунково-кишкова кровотеча
- E – тромбофлебіт кінцівок

6. Які методи диференціальної діагностики жовтяниць найбільш інформативні:

- A – ретроградна ендоскопічна холангіопанкреатографія

- В – лапароскопія
- С – пункційна біопсія печінки
- Д – селективна ангиографія
- Е – внутрішньовенна холангіографія

7. Які лапароскопічні ознаки характерні для механічної жовтяниці:

- А – наявність рідини в черевній порожнині
- В – стеатонекрози на сальнику
- С – напружений, збільшений, безболісний жовчний міхур
- Д – червоний колір печінки
- Е – наявність метастазів в печінці

8. Вкажіть три основних ознаки гемолітичної жовтяниці:

- А – темна сеча
- В – ахолічний кал
- С – збільшення селезінки
- Д – анемія
- Е – високий вміст прямого білірубину

9. Назвіть три головних ознаки хвороби Боткіна:

- А – наявність епіданамнезу
- В – наявність продромального періоду
- С – збільшення розмірів печінки
- Д – значне збільшення розмірів селезінки
- Е – проноси

10. Назвіть основні принципи передопераційної підготовки хворих з механічною жовтяницею:

- А – корекція системи згортання крові
- В – поповнення глікогенного запасу
- С – корекція порушень вітамінного обміну
- Д – корекція електролітних порушень
- Е – призначення великих доз жовчогінних засобів

11. Визначте основні методи оперативних втручань при механічній жовтяниці, обумовленій холедохолітазом:

- А – холедохолітотомія, зовнішній дренаж холедоха
- В – холедохолітотомія з біліодегестивним анастомозом
- С – ендоскопічна папілотомія
- Д – резекція холедоха та зовнішній дренаж
- Е – резекція холедоха та внутрішній дренаж

12. Найбільш частими причинами позапечінкової блокади портального кровообігу є:

- А – цирроз печінки
 - В – тромбоз нижньої полові вени
 - С – облітерація або стеноз селезінкової вени
 - Д – облітерація або стеноз воротної вени
 - Е – тромбоз печінкових вен
- [C, D]

13. З метою оцінки ефективності передопераційної підготовки у хворих з внутрішньопечінковою портальною гіпертензією необхідне дослідження в динаміці:

- А – показників згортувальної системи крові

В – загальний білок і його фракції
 С – електроліти крові
 D – функціональні проби печінки
 Е – клінічні показники крові
 [А, В, С, D, Е]

14. При компенсованому циррозі печінки з варикозно розширеними венами стравоходу та рецидивами кровотечі з них, при зниженні загального об'єму крові, що протікає через печінку, показана:

А – спленектомія
 В – дренивання черевної порожнини
 С – оментопексія
 D – накладання артеріовенозного анастомозу
 Е – накладання портокавального анастомозу
 [D, Е]

25. Необхідними ланками консервативного лікування кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу є:

А – використання зонду обтуратора
 В – гіпотермія шлунку
 С – використання склерозуючих розчинів
 D – використання пітуїтрина
 Е – використання інгібіторів фібринолізу
 [А, D, Е]

Література :

1. Алиханов Р.Б. Вишне夫斯基 В.А. „Внутрипеченочный литиаз” (обзор литературы). „Анналы хирургической гепатологии” 2006, т. 11, №2, с. 100-104.
2. Ахмедов А.М., Огилов У.Б., Мирходнаев И.А. и др. „Лечение эхинококкоза печени”. „Анналы хирургической гепатологии” 2002 т. 7, №2, с.35-38.
3. Березнинский Я.С., Захараш М.П., Мішалов М.П., Мішалов В.П. „Хірургія” 2007, т.2, - 628 с.
4. Бойко В.В. и др. „Портальная гипертензия и ее осложнения”. Х.: ФОП Мартыняк, 2008. – 335 с.
5. Борисов А.Е. и соавт. „Непаразитарные кисты печени”. СПб.: Издание предприятия ЭФА, 2000. – 82 с.
6. Брицкая Н.Н. „Современные аспекты использования миниинвазивных методов декомпресии билиарной системы у больных механической желтухой”. Врачебная тактика 2006, №3, С. 55-59.
7. Кондратенко П.Г., Русин В.И. „Неотложная хирургия органов брюшной полости”. 2013 – 516 с.
8. Радченко В.Г. и соавт. „Хронические заболевания печени (этиология, клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика)”. СПб.: Узд. „Лань”, 2000. – 192 с.
9. Хазанов А.И. „Изменения и уточнения клинических оценок в дифференциальной диагностике желтух”. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2004, №2, с. 9-15.

ТЕМА 15. КРОВОТЕЧІ З ТРАВНОГО ТРАКТУ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ

1.Актуальність теми.

В даний час відомі більше ста захворювань, що викликають гострі шлунково-кишкові кровотечі.

Гострі шлунково-кишкові кровотечі виникають при цілому ряді захворювань, які по своєму походженню і механізму розвитку відрізняються один від одного. У зв'язку з цим шлунково-кишкові кровотечі розділені на язви і неязви..

Гострі кровотечі із стравоходу спостерігаються в 8,66% Вони виникають при портальній гіпертензії (6,61%), раці (1,2%) гострих язвах (0,3%), дивертикулі (0,2%), ерозійному езофагите (0,15%), розриві аневризми грудного відділу аорти (0,1%), лейоміомі (0,05%) і хімічному опіку (0,05%). Можливі також кровотечі в результаті травми стравоходу чужорідним тілом викликає пролежень і перфорацію аорти.

Гострі кровотечі з шлунку спостерігаються в 52,49% Вони обумовлені хронічною виразкою (19,63%), гострою виразкою (3,78%), пілородуоденальною виразкою (1,08%), хронічною і гострою виразкою гастроентероанастомозу (1,23%),ерозійним геморагічним гастритом (13%), раком шлунка (11,34%), гіпертонічною хворобою і атеросклерозом (1,29%), грижею стравохідного отвору діафрагми (0,62%), лейоміомою (0,15%), синдромом Маллорі-Вейсса (1,21%), хворобою Рандю-Ослера (0,61%), гострим фібринолізом (0,36%), захворюваннями крові (0,78%). Кровотечі можуть бути обумовлені і іншими захворюваннями.

Гострі кровотечі з дванадцятипалої кишки складають 24,5%. Вони були при хронічній язві (23,2%), гострій язві (0,45%), дивертикулі (0,25%), раці дванадцятипалої кишки (0,25%), раці підшлункової залози (0,2%), розриві аневризми аорти (0,05%), гемобилии (0,05%) істерії (0,05%). Оpubліковані кровотечі при: аденомі підшлункової залози, завороті сальника, сепсисі, апендициті, сириногомиелии, жовчно-кам'яній хворобі, авітамінозі, харчовій інтоксикації, уремії, променевої хворобі, алергії, лікарських язвах і оперативних втручаннях.

Гострі кровотечі з тонкої кишки зустрічаються в 1,1%. При раці (0,3%), тромбозі мезентеріальних судин (0,2%), гострій язві (0,2%), ентероколіті (0,2%)язви, іаа?еіііа (0,1%), зачеревної лимфосаркоме (0,05%), хвороби Рандю—Ослера (0,05%). Описані кровотечі при дивертикулі Меккеля, поліпозі, висипному і черевному тифі, холері, інвагінації, доброякісних новоутвореннях, глистовій інвазії, захворюваннях крові і інших захворюваннях.

Гострі кровотечі з товстої кишки складають 2,55 %: при раці (1%), коліті (0,85%), поліпозі (0,35%), дизентерії (0,15%), дивертикулі (0,1%), гострій язві (0,1%). Оpubліковані гострі кровотечі при холері, туберкульозі, інвагінації, тромбозі мезентеріальних судин і іншій патології.

Гострі кровотечі з прямої кишки і анального каналу спостерігаються в 4,03%: при геморої (2,93%), раці (0,4%) анальних тріщинах (0,25%), пошкодженнях прямої кишки (0,2%), поліпі (0,2%), біопсії (0,05%). Кровотечі можуть бути при випаданні прямої кишки, специфічних і неспецифічних язвах, проктите, гострому і хронічному парапроктите і інших захворюваннях.

2.Конкретні цілі

2.1.Знати:основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих з кровотечами травного тракту, тактику лікування.

А також знати:

-клінічні прояви кровотеч з стравоходу,шлунку 12-п кишки тонкого,товстого кишківника та прямої кишки;

- спеціальні методи дослідження;
- визначення ступіню крововтрати;
- визначення ОЦК і її компонентів;
- особливості діагностики та диференціальної діагностики кровотеч з різних частин ШКТ ;
- принципи індивідуального підходу до розв'язання питань хірургічної тактики при кровотечах з ШКТ;
- принципи зупинки кровотечі з стравоходу ;
- принципи ендоскопічної зупинки кровотечі ;
- принципи консервативної терапії при кровотечах з ШКТ;
- визначення групи крові та резус фактору;
- показання та протвопоказання до переливання крові та кровозамінників;
- принципи оперативних втручань при кровотечах з різних ділянок ШКТ;
- ранні ускладнення після оперативного втручання;

2.2.Вміти:збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, виконувати дослідження, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при шлунково-кишкових кровотечах.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати дані скарг хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- оцінювати дані інструментальних методів дослідження прямої кишки;
- проводити пальцеве дослідження, ректоскопію, ректороманоскопію, біопсію;
- формулювати діагноз хвороби ;
- асистувати на операціях, які виконуються з приводу захворювань шлунково-кишкових кровотеч.

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику у хворих з кровотечами з травного тракту.

2.4.Виховні цілі:сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патфізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб, рентгенологія	Анатомію стравоходу, шлунку, 12-палої кишки, тонкого та товстого кишківника, особливості перебігу фізіологічних процесів та патофізіологічних процесів у травному тракті. Основні клінічні, лабораторні, ендоскопічні рентгенологічні симптоми захворювань травного тракту.	Визначити топографічноанатомію фізіологічні та патофізіологічні процеси в травному тракті, клінічні та рентгенологічні та ендоскопічні симптоми захворювань..
<i>Наступні дисципліни:</i>	Епідеміологію, класифікацію,	Застосовувати отримані

Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	клінічні ознаки, методи діагностики шлунково-кишкових кровотеч, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	базові знання для подальшого вивчення проблем діагностики і лікування хворих з кровотечами з ШКТ.
Внутрішньопрямедметна інтеграція	Питому частку ШКТ кровотеч в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування ШКТ кровотеч, використовувати методи профілактики.

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з шлунково-кишковими кровотечами.		+	
2.	Проводити огляд хворих: -постановка нозального зонду; -постановка зонду Блекмора; -пальцеве дослідження прямої кишки; -визначення групи крові і Rh-фактору ; -знати показання до переливання крові.			+ + + +
3.	Проводити диференційну діагностику кровотеч з травного каналу.		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при кровотечах з травного тракту.		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори кровотеч з ШКТ.	

2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при кровотечі з ШКТ	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію кровотеч з травного каналу.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми при кровотечах з ШКТ	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики кровотечі з ШКТ.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики кровотеч виразкового та невиразкового походження.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування з кровотечами..	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1.Огляд хворого 2.Пальцеве дослідження прямої кишки. 3.Визначення А/Г,групи крові та Rh-фактору та визначення крововтрати	-Колір шкіри і слизових оболонок, наявність варикозно розширених вен петехій; -Тонус сфінктера, наявність патологічних утворень та крові в прямій кишці. .
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	ФГДС Колоноскопія Ректороманоскопія Рентгенографія	-Стан слизової оболонки (колір, судинний малюнок), наявність патологічних утворень – виразок, поліпів, новоутворень, домішок – крові, слизу, гною. -Інформативний метод виявлення доброякісних та злоякісних новоутворень травного каналу

<p>Визначити лікувальну тактику при геморої, анальній тріщи-ні, парапрок-титі, випа-дінні прямої кишки, епіте-ліальних куп-рикових ходах, та ректо-целе.</p>	<p><u>Консервативна терапія</u></p>	<p>Консервативне лікування включає: суворий постільний режим; голод; місцева гіпотермія (холод на живіт); шлунковий лаваж: діагностичний - при надходженні перед езофагогаст-родуоденоскопією промивання шлунку з препаратами кальцію, амінокапронової кислоти та адреналіном через товстий зонд до чистої промивної рідини; профілактичний - хворим з загрозою рецидиву вводять назогастральний зонд на увесь період передопераційної підготовки: контрольний - зондування шлунку упродовж перших 2-х діб у хворих, які підлягають консервативному лікуванню. Рациональна інфузійно-трансфузійна терапія, переливання препаратів крові при середній та тяжкій крововтраті до стабілізації гемоглобіну на рівні 100 г/л в умовах нормово-лемії. Застосування еритроцитарних серед найбільш сприйнятне після заповнення судинного русла. Показання до переливання крові визначаються різними факторами. Звичайно використовують показники вмісту гемоглобіна і гематокритне число. При зниженні концентрації гемоглобіна нижче 80 г/л і гематокритного числа до 0,25 на фоні штучної гемодилуції потрібна трансфузія еритроцитарної маси (Курыгин А.А., Баранчук В.Н., 1992). В практичній роботі обсяг і характер ГТТ визначаються ступенем крововтрати. Існують багаточисельні і складні методики розрахунків. По своїй приступності приваблюють увагу рекомендації в вище згаданих "Стандартах...", які слід розглядати як хороші орієнтуючі критерії (табл. 5). Гемостатичне лікування - внутрішньовенне крапельне введення препаратів кальція, амінокапронової кислоти, віка-сола і дицинона (етамзілата) упродовж перших 2-3 діб; внутрішньом'язове введення вікасола, етамзілата, застосування сан-достатина підшкірно 0,1 мл 2 рази на добу упродовж 2-5 днів для зупинки і профілактики кровотечі; сучасне противиразко-ве лікування - пацієнтам з загрозою рецидиву кровотечі у рамках короткої передопераційної підготовки показано</p>
--	-------------------------------------	---

	<p style="text-align: center;"><u>Ендоскопічні втручання</u></p>	<p>застосування тільки парентерального шляху введення ліків, тому що пероральний прийом любых медикаментів, рідини та страв їм протипоказаний.</p> <p>Головна мета інфузійно-трансфузійної терапії полягає в нормалізації гемодинаміки та забезпеченні адекватної перфузії тканин. Вона направлена на поновлення обсягу циркулюючої крові, в тому числі за рахунок включення в активний кровообіг депонованої крові з метою покращення капілярного кровообігу, запобігання внутрішньосудинної агрегації та мікротромбозів; підтримування онкотичного тиску плазми; нормалізацію судинного тонууса; корекцію водно-електролітного балансу, КЛС та дезінтоксикацію. Цьому сприяє прийнята тепер при інфузійно-трансфузійній терапії тактика керуемо! помірної гемодилуції - підтримання гематокриту у межах 30%, гемоглобіну - коло 100 г/л.</p> <p>У всіх випадках інфузійна терапія повинна починатися з переливання розчинів реологічної дії, які покращують мікро-циркуляцію.</p> <p>Серед різних способів ендоскопічного гемостазу ін'єкційний метод найбільш поширений через високу ефективності та простоти. Зупинка кровотечі відбувається за рахунок механічного здавлення судини, що кровоточить, судинозвужувального ефекту і посилення місцевого тромбоутворення. Для ін'єкцій використовують суміш розчину адреналіну і гіпертонічного розчину у співвідношенні 1:5 в кількості від 5 до 15 мл. Через біопсійної канал ендоскопа проводять ін'єктор, до дистального кінця якого приєднують шприц з розчином. Голкою проколюють слизову оболонку і вводять розчин по периметру виразки з декількох точок до повної зупинки кровотечі. Що утворився після ін'єкції набряк слизової оболонки зберігається протягом 2-3 діб. За допомогою ін'єкційного методу вдається домогтися гемостазу у 96,2% пацієнтів.</p>
--	--	--

		<p>Для зупинки кровотечі за допомогою струму високої частоти можуть бути використані зонди для моноактивного і біактивного способів діатермокоагуляції. Потужність джерела струму, що викликає коагулююча ефект, 50 Вт. Електрокоагуляція НЕ рекомендується при потонченні стінки органу (при глибоких виразках шлунка і дванадцятипалої кишки, при кровотечі з дивертикулу і т.д.) з-за небезпеки її перфорації. Коагуляція джерела кровотечі струмом високої частоти ускладнюється перфорацією стінки порожнистого органу в 0,6% (панцирів Ю. М. та співавт., 1984). Методом електрокоагуляції не вдається зупинити кровотечу з великих судин. При розпадається злоякісної пухлини остання "приварюється" до коагулятора, що може посилити кровотечу. При використанні електрокоагуляції необхідно чітко бачити джерело кровотечі, важливо, щоб його не прикривала кров. Зонд підводять до краю виразки або пухлини в безпосередній близькості від судини, що кровоточить. Ефективність електрокоагуляції становить близько 80%.</p> <p>Лазерна фотокоагуляція можна застосовувати при будь-яких джерелах кровотечі, за винятком глибоких виразок і дивертикулів через небезпеку перфорації стінки органу. Перед використанням лазерної фотокоагуляції необхідно промити шлунок "крижаний" водою, так як кров і згустки поглинають енергію лазера і в результаті різко знижується ефективність коагуляції. Треба точно навести промінь на кровоточить ділянку. Лазерне вплив здійснюють короткочасними імпульсами (1с). Після зупинки кровотечі проводять додаткову коагуляцію в радіусі 5 мм від судини, що кровоточить. Тривалість дії лазерним променем в середньому становить 4-45 с. Ефективність гемостазу коливається від 70 до 94% [2].</p> <p>Для виконання аргоноплазменной</p>
--	--	---

		<p>коагуляції через біопсійної канал ендоскопа проводять спеціальний зонд-аплікатор з зовнішнім діаметром 2,3 мм, з'єднаний з джерелом аргону APC-300 і електрокоагулятор ICC-200 [комплект обладнання для аргоноплазменної коагуляції фірми ERBE (Німеччина)]. Дистальний кінець зонда-аплікатора розташовують у 5-10 мм від кінця ендоскопа і в 5-8 мм від субстрату. При об'ємної швидкості потоку аргону 2 л / хв і електричної потужності 60 Вт виробляють аргоноплазменну коагуляцію поверхні субстрату 4-5 імпульсами по кілька секунд кожен до досягнення надійного гемостазу, що визначається візуально. При триваючому шлунково-кишковому кровотечі впливу аргоноплазменної коагуляції піддають безпосередньо судини, що кровоточить; при наявності тромбірованого судини необхідно виконувати коагуляцію після відмивання дефекту і видалення тромбу. За даними Ю. М. Панцирева і співавт. (1999), М. І. Кузьміна-Крутецького і співавт. (2001), Федорова Є. Д. та співавт. (2003), ефективність первинного гемостазу за допомогою аргоноплазменної коагуляції становить 87-88%.</p> <p>Нові технології активно впроваджуються в медичну практику. В останні 2 роки все більш широке поширення одержує радіохвильова хірургія. На основі принципів радіохвильової хірургії фірма Ellman International (США) створила прилад "СургітронТМ". Максимальна потужність радіохвилі сконцентрована на самому кінці випромінюючого електрода. У міру віддалення від електрода потужність радіохвилі губиться в кубічній прогресії, однак від довжини самого електрода потужність випромінювання не залежить. У приладу чотири робочих режиму - три різні форми хвилі і фульгураційний струм. Режими хвилі наступні: фільтрована хвиля, повністю випрямлення хвиля і частково випрямлення хвиля.</p> <p>Цим формам хвилі відповідають чистий розріз (90% - розріз і 10% - коагуляція),</p>
--	--	--

		<p>одночасний розріз і коагуляція (відповідно 50% і 50%). Поверхнєве припікання здійснюється іскрою змінного струму (фульгурація). Техніка радіохірургії повністю виключає опік пацієнта. Замість заземлювальної пластини використовується антена пластини, яку розміщують у проекції операційного поля. Високочастотний енергія концентрується на кінчику електрода, і, хоча сам електрод не нагрівається, сильно сконцентрована енергія підвищує молекулярну енергію всередині кожної клітини і руйнує її, викликаючи нагрівання тканини і фактично випаровуючи клітку.</p> <p>Виключається ефект приварювання тканини до електрода. Для ендоскопічної зупинки кровотечі використовують спеціальні електроди - кульковий та циліндричний. Принциповою відмінною особливістю конструкції електродів є наявність мононитки з нержавіючої сталі в якості провідника електромагнітних коливань на частоті 3,8-4,0 МГц. Оптимальна потужність для роботи з кульковим і конусоподібним електродами - 3,5.</p> <p>Для ендоскопічного гемостазу за допомогою приладу "Сургитрон™" використовують електрод з циліндричним наконечником у всіх випадках, якщо розмір виразки перевищує 5 мм в діаметрі, і кульковий електрод - при виразці менше 5 мм в діаметрі. Електрод проводять через біопсійної канал ендоскопа і підводять до судини, що кровоточить.</p> <p>При кровотечах, відповідних Forrest 1a, гемостаз починають у режимі "фульгурація", при якій виникає іскріння, що призводить до точкового опіку судини, що кровоточить і припинення пульсуючого кровотечі. Після первинної зупинки на режимі "фульгурація" робота приладу переводиться на режим "коагуляція" з потужністю 3,5-4,5. Торкаючись виразкової поверхні електродом протягом 1 с, коагулюють майданчик слизової 1,5-2,0 мм²,</p>
--	--	---

		<p>починаючи від джерела кровотечі. Радіохвильова коагуляція супроводжується ефектом скипання за відсутності іскріння. Змішуючись в шаховому порядку, обробляють всю виразку. Формується щільна плівка коагуляційна білого кольору.</p> <p>Для зупинки кровотечі з розпадається пухлини використовують кульковий або циліндричний електрод. Гемостаз виконують у режимі "коагуляція" при потужності 3,5-4,5</p> <p>У тих випадках, коли ендоскопічні зметоди зупинки виразкової кровотечі не ефективними (кровотеча продовжується або ж для стабілізації показників гемодинаміки та рівня гемоглобіну потрібно більше 6 доз крові в добу), вдаються до хірургічного лікування. При дуоденальних виразках зазвичай застосовують селективну проксимальну ваготомію (СПВ) з прошиванням кровоточащої судини, при виразках шлунка операцію резекції шлунка по БілротI або висічення виразки в поєднанні з СПВ. Альтернативою традиційних способів хірургічного лікування є лапароскопічні операції, супроводжуються більш низькими показниками летальності і меншими термінами відновного лікування в післяопераційному періоді.</p> <p>При високому операційному ризику можуть бути використані ангіографічні методи лікування, включають у себе інфузію вазопресину та емболізація. внутрішньо вливання вазопресину викликає вазоконстрикцію і призводить до зупинки кровотечі виразкового в 50% випадків. Емболізуючі матеріали (наприклад, абсорбіруемая желатинова губка) вводять в кровоточащу артерію через катетер.</p>
--	--	---

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Шлунково-кишкові кровотечі	Синдром шлунково-кишкових кровотеч різної важкості виникає як ускладнення різних захворювань, яких налічують більше двохсот (Bracy W., Peterson W.L., 1997). Для нього характерна наявність крові у травному тракті. Це проявляється знаходженням в більшій чи меншій кількості крові та продуктів її розпаду в калі та виникненням у частини хворих кривавої блювоти.
Огляд та обстеження хворого	Методично правильно проводити розпитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями травної системи. Узагальнювати результати фізикального обстеження органів шлунково–кишкового тракту та вирізняти основні симптоми її ураження Аналізувати взаємозв'язки між результатами опитування та фізикальних методів обстеження травної системи та

	<p>ідентифікувати основні синдроми її ураження</p> <p>Аналізувати результати інструментальних (фіброгастродуоденоскопія, рентгенологічні обстеження) та лабораторних (дослідження шлункового вмісту та дуоденального зондування) досліджень травної системи та нирок</p>
--	--

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомічна будова стравоходу
2. Анатомічна будова шлунку і дванадцятипалої кишки
3. Назвіть відділи шлунку і дванадцятипалої кишки.
4. Які судини кровопостачають шлунок і дванадцятипалу кишку?
5. Анатомічна будова тонкого кишківника.
6. Анатомічна будова товстого кишківника.
7. Які орієнтири анатомічного анального каналу.?
8. Які судини кровопостачають тонкий і товстий кишківник ?
9. Назвіть фактори які сприяють виникненню виразок ?
10. Як визначити ОЦК ?
11. Як визначити групу прові і Rh-фактор?
12. Оцінка ступеню крововтрати.
11. Що слід іднести до загальних чинників виникнення виразкової хвороби?
12. Що вважається неспиятливими факторами при ШКК?
13. Класифікація ШКК.
14. Класифікація ШКК по Forest (1974)..
15. Показання до застосування ендоскопічних методів гомеостазу.
16. Ін*екційний метод зупинки кровотечі..
17. Зупинка кровотечі за допомогою струму високої частоти.
18. Лазерна фотокоагуляція.
19. Аргоноплазмена фотокоагуляція.
20. Що таке радіохвильова хірургія?
21. Консервативні методи зупинки кровотечі?
22. Оперативні методи зупинки кровотечі?
23. Клінічна картина кровотечі з верхніх ділянок ШКТ.
24. Методи зупинки кровотечі з стравоходу.
25. Методика зупинки кровотечі за допомогою зонда Блекмора.
26. Клінічна картина кровотечі з тонкого кишківника.
27. Клінічна картина кровотечі з товстого кишківника.
28. Гемороїдальні кровотечі.
29. Клінічні ознаки кровотечі з пухлин?
30. Диференційна діагностика виразкових і невиразкових кровотеч.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез у хворого з ШКК
2. Пальпація, перкусія, аускультация хворих з ШКК.
3. Визначення групи крові і Rh-фактору.
4. Визначення ОЦК.
5. Оцінка ступеню крововтрати.
6. Прийняти участь у переливанні крові.

7. Постановка проб на сумісність, резус-сумісність.
8. Інтерпритація клінічних аналізів крові, сечі і калу.
9. Читання рентгенограм.
10. Фізикальне обстеження черевної порожнини.
11. Пальцеве дослідження прямої кишки.
12. Приймати участь у ендоскопічних і УЗД дослідженнях.
13. Приймати участь у хірургічних втручаннях.
14. Виконувати зміну пов'язок.
15. Здійснювати догляд за дренажами.
16. Промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати.
17. Видаляти дренажі.
18. Знімати шви.
19. Виконувати постановку очищуючих клізм.
20. Виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів.
21. Здійснювати катетеризацію сечового міхура.
22. Оформити історію хвороби.
23. Оформити лікарняний лист.
24. Виписати рецепт.
25. Оформити витяг з історії хвороби.
26. Надати правильні рекомендації після операцій з приводу ШКК.
27. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
28. Інтерпритувати результати інструментальних досліджень.
29. Проводити пункцію черевної порожнини.
30. Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4. Зміст теми:

Графо логічної структури теми.

6.5. Кровотечі з шлунково-кишкового тракту.

Визначення	
Епідеміологія	Частота кровотеч з верхніх відділів травного тракту становить 30 випадків на 100 000 населення. Рівень смертності від кровотеч з верхніх відділів травного тракту коливається в межах від 5 до 10% і в розвинених країнах має деяку тенденцію до.
Етіопатогенез	<p>. Патогенез гострої профузної кровотечі</p> <p>Втрата крові > 750 ml</p> <p>Погіршення транспорту O₂ в тканині</p> <p>Зменшення ОЦК</p> <p>Централізація кровообігу</p> <p>Розлад мікроциркуляції в печінці, нирках та інших органах</p> <p>Гіпоксія в тканинах</p> <p>Метаболічні порушення</p> <p>Компенсація порушень кровообігу,</p>

	<p>відновлення ОЦК за рахунок мобілізації інтерстиціальної рідини</p> <p>Відновлення мікроциркуляції в органах та тканинах</p> <p>Збіднення крові гемоглобіном, еритроцитами</p> <p>Стабілізація геодинаміки при вираженій анемії з умови зупинки кровотечі</p> <p>Зниження АТ, венозна гіпотензія, тахікардія</p> <p>Активація кори наднирників</p> <p>Підвищення в крові рівня норадреналіну в 10-100 разів та кортикостероїдів в 3-4 рази</p> <p>Вазоконстрикція периферичних судин (нирки, печінки, м'язи та інші)</p> <p>Метаболічний ацидоз</p> <p>більш як на 10 %, що супроводжується зниженням артеріального тиску .</p>
Класифікація	<p>В хірургічній практиці найбільш зручно оцінювати тяжкість кровотечі по клінічним даним і результатам дослідження ОЦК, виділяючи при цьому три ступеня крововтрати.</p> <p>I ступінь (легка крововтрата): загальний стан хворого задовільний, помірна тахікардія (до 100 ударів за хвилину), артеріальний тиск у нормі, ЦВТ 5-15 см вод.ст., діурез не знижений, вміст гемоглобіну не нижче 100 г/л, дефіцит ОЦК до 20% по відношенню до належного.</p> <p>II ступінь (середня крововтрата): загальний стан хворого середньої тяжкості, частота пульсу до 110 ударів за хвилину, систолічний артеріальний тиск не нижче 90 мм,рт.ст., ЦВТ менше 5 см.вод.ст., помірна олігурія, вміст гемоглобіну не нижче 80 г/л, дефіцит ОЦК від 20 до 29%.</p> <p>III ступінь (тяжка крововтрата): стан хворого тяжкий, частота пульсу більше 110 ударів за хвилину, систолічний артеріальний тиск нижче 90 мм рт.ст., ЦВТ - 0, олігурія, вміст гемоглобіну нижче 80 г/л, дефіцит ОЦК 30% і більше.</p> <p>Широке розповсюдження одержала класифікація виразкових кровотеч по Форесту (1987):</p> <p>Ендоскопічна класифікація кровотеч по Форесту</p> <ul style="list-style-type: none"> • FIA - струминна кровотеча з виразки • FIB - крапельна кровотеча з виразки • FIIA - тромбовані судини на дні виразки • FIIB - згусток крові, закриваючий виразку • FIIC - виразка без ознак кровотечі • Fill - джерела кровотечі не виявлені <p>В залежності від локалізації джерела і причин кровотечі виділяють:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кровотечі з верхнього відділу травного тракту (стравохід, шлунок і дванадцятипала кишка);

	« кровотечі з нижнього відділу травного тракту (джерело кровотечі знаходиться нижче дуоденоєюнального згибу):
Клініка	<p>Розпізнавання гострих шлунково-кишкових кровотеч, як правило, не складає труднощів. Навіть до появи класичних ознак кровотечі - блювоти кров'ю та мелени - її клінічні ознаки його достатньо яскраві. Частіше на фоні відносного благополуччя з'являються слабкість, пітливість, запаморочення та "майоріння мурашок перед очима", серцебиття, нудота, спрага. Характерним є раптовий позив на стілець. Іноді, при тяжкій геморагії, шлунково-кишкова кровотеча починається з втрати свідомості. Частіше непритомність розвивається в момент або після акта дефекації. У деяких хворих вона може настати через декілька годин, а іноді на 2-3 день після початку кровотечі. Тривалість колапсу різна. Локалізація джерела кровотечі і інтенсивність геморагії визначають строки появи мелени, її характер і частоту, наявність блювоти алою кров'ю або згустками, "кавовою гущею". Чим інтенсивніше кровотеча, тим скоріше з'являються ознаки зовнішньої кровотечі.</p> <p>Об'єктивне обстеження хворого має безумовно важливе значення як для оцінки тяжкості перенесеної крововтрати, так і для розпізнавання причин шлунково-кишкової кровотечі, особливо невиразкового генеза. Забарвлення шкірного покриву та видимих слизових оболонок, іктеричність склер, акроци-аноз, телеангієктазії і судинні зірочки, внутрішньошкірні та підшкірні крововиливи, розширення вен передньої стінки черева дозволяють мати підстави до попередньої оцінки тяжкості крововтрати</p>
Діагностика	<p>- Пальпація, перкусія і аускультация мають допоміжне значення при розпізнаванні причин шлунково-кишкової кровотечі. Перкусія і пальпація дозволяють в окремих випадках виявити пухлину шлунка або кишківника, збільшення печінки і селезінки, асцит, збільшені лімфатичні вузли. Пальцеве ректальне дослідження - обов'язковий метод дослідження хворих з шлунково-кишковою кровотечею. По характеру калових мас він дає можливість судити про характер кровотечі, діагностувати захворювання прямої кишки, які можуть явитися причиною кровотечі. Зондування шлунка та промивання його холодною водою - важливий компонент діагностики. По характеру аспірованого шлункового вмісту, промивної рідини можна одержати загальне уявлення про локалізацію джерела і інтенсивність кровотечі.</p> <p>Лабораторні методи діагностики. Клінічний аналіз крові в перші години після початку кровотечі, кількість еритроцитів, показники гемоглобіну і гематокриту зостаються в межах норми. Потім в результаті поповнення обсягу циркулюючої крові за рахунок міжтканинної рідини ці показники знижуються. В залежності від тяжкості крововтрати вони можуть знижуватися впродовж кількох днів, не дивлячись на зупинку кровотечі і переливання крові. В результаті гострої крововтрати та дії крові, що вилася в просвіт травного тракту, нерідко відмічають відносний лейкоцитоз, особливо при кровотечах виразкової етіології.</p> <p>Уявлення про величину і ступінь тяжкості геморагії можна одержати при аналізі клінічних даних. На їх основі складені різні таблиці і номограми. Орієнтовно обсяг крововтрати можна встановити шляхом розрахунку "шокового індексу" Альговера (співвідношення частоти пульсу і систолічного артеріального тиску).</p> <p>В нормі індекс Альговера складає 0,5-0,6. При крововтраті біля 20% від</p>

	загального обсягу крові він збільшується до 1 (табл. 1). Розвиток колаптоїдного стану на висоті геморагічної атаки вказує на тяжкий ступінь крововтрати. Вказані розрахунки крововтрати на являються точними і не завжди дають істинне уявлення про тяжкість анемії і ступінь гіповолемії, однак на їх основі можна прийняти правильне рішення про характер проведення невідкладних терапевтичних заходів на догоспітальному етапі. В госпітальних умовах для остаточного вибору лікувальної тактики потрібні більш точні дані про величину крововтрати, відомості про джерело крововтрати, а також необхідне з'ясування факту продовження або зупинки кровотечі.
Диференційна діагностика	Диференційна діагностика проводиться на підставі даних лабораторних, ретгенологічних, ендоскопічних та інструментальних методів дослідження..
Лікувальна тактика	Залежить від клінічного перебігу та ступені важкості кровотечі і включає в себе: <ul style="list-style-type: none"> - консервативну терапію - ендоскопічні методи зупинки кровотечі - хірургічні втручання..

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. **Які з перерахованих факторів сприяють розвитку кровотеч з ерозивно-виразкових уражень шлунка?**

- А. Висока секреція соляної кислоти.
- Б. Похилий вік хворого.
- В. Прийом нестероїдних протизапальних препаратів.
- Г. Наявність супутнього рефлюкс-езофагіту.
- Д. Наявність дуоденогастрального рефлюксу жовчі.

Правильні відповіді: Б, В. Ризик виникнення шлунково-кишкових кровотечень значно зростає у літніх осіб, особливо при прийомі нестероїдних протизапальних препаратів.

2. **Які з перерахованих факторів сприяють розвитку кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу?**

- А. Високий ступінь портальної гіпертензії.
- Б. Значні розміри варикозних вузлів.
- В. Наявність супутнього рефлюкс-езофагіту.
- Г. Наявність маркерів реплікації вірусів гепатиту В або С.
- Д. Наявність супутньої печінкової гастропатії.

Правильні відповіді: А, Б, В. Виникненню кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу сприяють висока ступінь портальної гіпертензії, великі розміри варикозних вузлів, їх ерозірованіє (при супутньому рефлюкс- езофагіті), різке зниження функціональної активності печені, триваюче зловживання алкоголем.

3. **Від яких факторів залежить колір блювотних мас при шлунково-кишковому кровотеченні?**

- А. Від локалізації джерела кровотечі.
- Б. Від швидкості розвитку кровотечі.
- В. Від прийому деяких лікарських препаратів.
- Г. Від стану моторики шлунково-кишкового тракту.

Д. Від рівня секреції соляної кислоти.

Правильна відповідь: А, Б, Д. Колір блювотних мас при жодочно-кишковому кровотечі визначається локалізацією джерела кровотечі (стравохід, шлунок), темпами його розвитку, рівнем секреції соляної кислоти (при профузном кровотечі, а також вираженої гіпохлоргідрії зв'язування гемоглобіну с соляною кислотою не відбудеться і освіти солянокислого гематину, надаючого блювотним масам колір кавовій гуші, не буде).

4. У яких випадках при виразкових кровотечах доцільно проведення ендоскопічного гемостазу?

А. За активної струминному кровотечі з виразки.

Б. За активної повільному кровотечі з виразки.

В. При виявленні видимого кровоносної судини в дні виразки.

Г. При виявленні тромбу в дні виразки.

Д. У всіх перерахованих випадках.

Правильна відповідь: А, Б, В. Виявлення при ендоскопії прізнаков активного (струменевого або повільного) виразкового кровотечі, а також відімого судини в дні виразки свідчить про високий ризик виникнення рецідіва кровотечі і служить показанням для проведення ендоскопічного гемостазу. Ризик відновлення кровотечі при наявності тромбу в дні виразки невеликий, поетому ендоскопічний гемостаз у зазначеній ситуації не проводиться]

5. В якій позиції хворого проводиться пальцеве дослідження прямої кишки?

А-колінно-ліктьове

Б-колінно-плечове

С-на спині

Д-стоячі

Правильна відповідь: А, Б, С.

В. Задачі для самоконтролю

1. Хвора 72 років, доставлена в ургентне хірургічне відділення в дуже важкому стані. Часта блювота кавовою гущею та свіжою кров'ю з домішком шматочків тканин, різка загальна слабкість, спрага, сухість в роті, запаморочення. Лікувалась з приводу хронічного гепатохолецистити, не обстежувалась. Різко схудла за останні 2 місяці. Об'єктивно: виснажена. Знижений тургор шкіри. Пульс 124 уд./хв. АТ - 70/40 мм рт. ст. Ригідність в епігастрії, печінка не збільшена, Нв крові - 52 г/л. ШОЕ - 48 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно спричинило кровотечу?

А. * Рак шлунка IV стадії.

В. Виразкова хвороба шлунка.

С. Цироз печінки з портальною гіпертензією.

Д. Поліпоз шлунка.

Е. Синдром Золінгера- Елісона.

2. Хворий скаржиться на періодичні надмірні домішки алої крові в калі при акті дефекації. Хворіє більше 5 років. Захворювання пов'язує з важкими фізичними навантаженнями. Кровотеча посилюється при важких фізичних навантаженнях або після вживання алкогольних напоїв. Стілець 1 раз за 2-3 доби безболісний, кожний раз супроводжується випадінням болісних вузлів. Сформулюйте діагноз.

А. * Внутрішній кровоточивий геморой.

В. Рак прямої кишки.

С. Гострий проктосигмоїдит.

Д. Зовнішній кровоточивий геморой.

Е. Дивертикульоз тонкої кишки

3. Хворому 40 років, тривалий час страдає виразковою хворобою шлунка. Відмітив, що останні 2 дні болі у нього стали менш інтенсивні, але в той же час з'явилась зростаюча слабкість, запаморочення. Сьогодні вранці при підйомі з ліжка, він на декілька секунд втратив свідомість. Хворий блідий. В епігастральній ділянці незначний біль. Симптомів подразнення очеревини нема. Яке ускладнення виразкової хвороби Ви запідозрили у хворого?

- A. Кровотеча.
- B. Стеноз воротаря.
- C. Трансформація виразки в рак.
- D. Пенетрація виразки в печінку.
- E. Прободіння виразки.

4. У хворого 25-ти років, раптово з'явилися нудота, запаморочення, загальна слабкість, блювання "кавовою гущею" та згортками крові. Об'єктивно: стан важкий, колаптоїдний при спробі піднятися. Шкіра бліда, вкрита холодним потом. Пульс-120 уд/хв., АТ – 90/60 мм рт.ст., Нв – 60 г/л, еритроцити – $2,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $12,6 \times 10^9$ /л, гематокрит – 25%. Пальпаторно живіт м'який, неболючий, аускультативно – перистальтика посилена, перкуторно – тимпаніт. Per rectum – ампула прямої кишки заповнена каловими масами звичайного кольору. Які діагностичні прийоми необхідно провести в першу чергу для встановлення джерела кровотечі?

- A. *Фіброезофагогастроскопія.
- B. Рентгеноскопія шлунка.
- C. Лапароскопія.
- D. Лапароцентез.
- E. Назогастральний зонд

Література

1. Аммар Хусейн Али Выбор тактики хирурга при кровотечениях из острых эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки//
2. Автореф. Канд. Дисс. СПб, 2011.
3. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Чернякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидивов. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012, № 1, с. 9-18
4. Corky D.A., Cello J.P., Adkisson W., Ko W.F., Kerlikowske K. Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. Gastroenterology. 2015, Mar.; 120(4): 946-54.
5. Bohnacker S., Sriram P.V.J., Soehendra N. The role of endoscopic therapy in the treatment of bleeding varices. Bailliere's Clin Gastroenterol. 2012; 3: 477-94...
6. Крылов Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта:
7. причины, факторы риска, диагностика, лечение // Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. 2014. №2. С. 76 – 87.
5. Van de Mierop F., Fleischer D.E. Endoscopic hemostasis in nonvariceal duodenal and gastric ulcers. Surg. Clin. North Am. 72:317, 2009.
10. Rolhauser C., Fleischer D.E. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding. Baillier's Clin Gastroenterol. 2012, 3, 391-4

ТЕМА 16. СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ. ДИСКУТАБЕЛЬНІ ТА НЕ ВИРШЕНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Актуальність теми.

Гострий панкреатит (ГП) є однією з актуальних проблем сучасної хірургії, кількість хворих з цією патологією збільшується щорічно. Згідно зі статистичними даними у Європі фіксується 20-70 випадків захворювання на 100 тис. населення. У 75-85 % випадків перебіг ГП помірний, у 15-25 % – тяжкий. Незважаючи на успішні результати сучасних експериментальних і клінічних досліджень, що стосуються вивчення патофізіології захворювання та впровадження в практику нових хірургічних технологій і ефективних лікарських засобів, висока летальність залишається як при асептичному, так і при інфікованому панкреонекрозі, а за наявності системних ускладнень сягає 80 %

1. Конкретні цілі.

2.1.Знати: основні положення про гострий панкреатит: епідеміологію, класифікацію. Клінічні стадії перебігу. Діагностику. Диференціальну діагностику. Методи хірургічного лікування.

А також знати:

- клінічні прояви гострого панкреатиту;
- спеціальні методи дослідження;
- особливості діагностики та диференціальної діагностики різних видів гострого панкреатиту;
- принципи індивідуального підходу до розв'язання питань хірургічної тактики при гострому панкреатиті;
- принципи оперативних втручань при гострому панкреатиті;
- лікувальна тактика при ускладненнях гострого панкреатиту;
- лікувальна тактика при ускладненнях після оперативних втручань з приводу гострого панкреатиту.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при гострому панкреатиті.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати скарги хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- оцінювати дані інструментальних методів
- стадії гострого панкреатиту;
- формулювати діагноз гострого панкреатиту;

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з гострим панкреатитом;

2.4.Виховні цілі:сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на гострий панкреатит, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

2. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Наступні дисципліни: Госпітальна хірургія, анестезіологія,клінічна	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи	Застосовувати отримані базові знання для пода-льшого вивчення проб-лем гострого

фармакологія	діагностики гострого панкреатиту, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	панкреатиту, вибору оптимальних способів їх лікування та адекватних методів знеболення при гострому панкреатиті.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку гострої гострого панкреатиту в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування гострого панкреатиту, використовувати методи профілактики.

4. План і організаційна структура навчального заняття.

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих на гострий панкреатит		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд живота; -визначення основних симптомів гострого панкреатиті -визначення зон болючості при гострому панкреатиті			+ + + +
3.	Проводити диференційну діагностику гострого панкреатиту		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при гострому панкреатиті		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологія	Назвати етіологічні фактори розвитку гострого панкреатиту	

2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при гострому панкреатиті	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію гострого панкреатиту	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми гострого панкреатиту	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослід-ження, котрі необхідні для діагностики гострого панкреатиту.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гострого панкреатиту	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему гострого панкреатиту	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 5. Огляд живота; 6. Визначення кольору та оцінку шкірної температури 7. Визначення зон болючості, резистентності типових місцях	-Колір шкіри, температура, наявність плям, здуття -Наявність, болючості, резистентності в типових місцях.
Навчитись правильно оцінювати та інтерприту-вати результ-тати інстру-ментальних досліджень судин	УЗД, КТ, МРТ	-ехогенність, розміри , структура підшлункової залози, стан пара панкреатичної зони
Визначити лікувальну тактику при гострій ішемії кінцівок	<u>Консервативна терапія</u> Основний метод лікування в початкових стадіях більшості етіологічних форм гострого панкреатиту. Застосовується в комбінації з хірургічним методом при розвитку гнійно-септичних ускладнень <u>Оперативні втручання</u> Втручання на підшлунковій залозі, заочеревинній клітковині, жовчновивідних органів	-Терапія полягає в проведенні анти секреторної, дезінтоксикаційної, спазмолітичної, антибіотикотерапії та знеболення. -Ургентні оперативні втручання показані при біліарному панкреатиті, розвитку гнійно-септичних ускладнень.

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гострий панкреатит	Асептичне запалення демаркаційного характеру, в основі якого лежать процеси некробіозу панкреатоцитів, ферментної, цитокінової, оксидативної аутоагресії з наступним розвитком некрозу, дегенерації підшлункової залози і заочеревинної клітковини, ураження органів - мішеней і приєднання вторинної
Панкреонекроз	ускладнення гострого панкреатиту, при якому концентрація факторів панкреатичної агресії зростає до такого рівня, що настає некроз тканин підшлункової залози.
Панкреатогенний шок	форма панкреонекрозу – прорив та розповсюдження панкреатичного секрету за межі видільної системи підшлункової залози, його розведення тканинними рідинами, набряк та некробіоз уражених тканин, резорбція панкреатогенного ексудату і ферментна токсемія, геодинамічні порушення, шок, поліорганна недостатність.

Асептичний некроз	це форма панкреонекрозу - завершення резорбції панкреатогенного ексудату, формування асептичних некрозів та інфільтратів, регрес полі органної недостатності та стабілізація загального стану.
Панкреатичний абсцес	форма інфікованого некрозу – відмежоване капсулою скупчення гною поблизу підшлункової залози, яке практично не містить некротичних мас, що і є відмінною ознакою від інфікованого панкреонекрозу.
Панкреатогенна флегмона	це форма інфікованого панкреонекрозу – дифузне гнійне запалення. Має тенденцію до злиття з вогнищами абсцедування і розповсюдження на ділянки неінфікованого некрозу, набряку і незмінені тканини.
Перипанкреатичний інфільтрат	це місцевий прояв реактивної фази гострого деструктивного панкреатиту.
Кіста підшлункової залози	це обмежена капсулою порожнина, заповнена рідиною (панкреатичний сік, ексудат, гній), інтимно спаяна з головкою, тілом або хвостом органа, яка має на внутрішній поверхні епітеліальне вистелення.
Псевдокіста (несправжня кіста)	це порожнина в підшлунковій залозі, яка утворилась внаслідок її деструкції, обмежена капсулою, що не має на внутрішній поверхні епітеліального вистелення
Нориця підшлункової залози	патологічне співустя між протоковою системою чи постнекротичною порожниною підшлункової залози та іншими органами, порожнинами чи зовнішньою поверхнею тіла.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомо-функціональні дані про підшлункову залозу (анатомічні відділи, морфологічна будова топографія, кровопостачання).
2. Етіологія та патогенез гострого панкреатиту.
3. Класифікація гострого панкреатиту.
4. Методи обстеження хворих на гострий панкреатит.
5. Типова клінічна картина гострого панкреатиту.
6. Диференційна діагностика гострого панкреатиту.
7. Діагностична програма.
8. Лікувальна тактика.
9. Ускладнення гострого панкреатиту.
10. Особливості клінічної картини гострого панкреатиту при наявній супутній патології.
11. Клінічна картина ускладнень гострого панкреатиту та їх диференційна діагностика.
12. Показання до оперативних втручань.
13. Характер оперативних втручань при гострому панкреатиті.
14. Характер оперативних втручань при ускладненнях гострого панкреатиту.
15. Показання до мініінвазивних оперативних втручань (ендоскопічних, лапароскопічних, під контролем УЗД).
16. Інтраопераційні ускладнення та їх лікування.
17. Післяопераційні ускладнення їх профілактика та лікування.
18. Передопераційна підготовка хворих.

19. Ведення пацієнтів у післяопераційному періоді.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез, провести огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию у хворого на гострий панкреатит;
2. Вибрати з даних анамнезу найбільш характерні ознаки гострого панкреатиту;
3. Правильно оцінювати дані фізикального дослідження (наявність болю у епігастральній ділянці, його оперізуючий характер, ірадіацію у ділянку спини, лівої половини грудної клітки; наявність дефансу, інфільтрату, що пальпується в анатомічній проекції підшлункової залози);
4. Виявляти та правильно оцінювати ступінь вираженості (негативний, слабо позитивний, позитивний, різко позитивний наступних симптомів: Керте, Мейо-Робсона, Щоткіна-Блюмберга, Джонсона-куллена-Грюнвальда, Мондора);
5. Встановити наявність або відсутність синдрому поліорганної недостатності, (дисфункції):
 - гострої дихальної недостатності;
 - гострої серцево-судинної недостатності;
 - гострої печінкової недостатності;
 - гострої ниркової недостатності;
 - гострої недостатності шлунково-кишкового тракту;
 - енцефалопатії.
6. Проводити диференційну діагностику з іншими гострими захворюваннями органів черевної порожнини, інших органів та систем.
7. Визначати показання до консервативного лікування, оперативних втручань (мінінвазивних та „відкритих” в залежності від ускладнень захворювання).
8. Скласти індивідуальну діагностичну програму у конкретного хворого на гострий панкреатит.
9. Здійснити оцінку результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження.
10. Асистувати та виконувати окремі етапи оперативного втручання (включаючи мінінвазивні та лапароскопічні).
11. Асистувати при катетеризації центральних вен.
12. Вести хворого у післяопераційному періоді:
 - оцінювати загальний стан хворого;
 - виконувати перев'язки;
 - доглядати за дренажами;
 - вводити лікарські препарати через дренажі у черевну порожнину;
 - видаляти дренажі з черевної порожнини;
 - знімати шви;
 - асистувати при хірургічній обробці рани під час її гнійного ускладнення.
13. Оформляти історію хвороби, написати передопераційний епікриз та протокол операції.
14. Оформляти виписку та лікарняний лист.
15. Виписувати рецепт на лікарські препарати.
16. Надавати невідкладну допомогу на до госпітальному етапі (на дому, у кареті швидкої допомоги).
17. Аналізувати та інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
18. Обґрунтовувати та формулювати попередній діагноз основного захворювання, ускладнень та супутньої патології;
19. Обґрунтувати призначення багатоцільової, багатокомпонентної консервативної терапії у конкретного хворого на гострий панкреатит.

20. Визначити показання до виконання мініінвазивних та „відкритих” оперативних втручань.
21. Визначити термін, обсяг і місце проведення консервативної терапії(хірургічне відділення, відділення анестезіології та реанімації) передопераційної підготовки за наявними показаннями.
22. Користуватися деонтологічними принципами спілкування з хворим.
23. Виконувати загальні лікарські маніпуляції (зміну пов'язок, догляд за дренажами у черевній порожнині, промивання дренажів та введення в них лікарських препаратів, видалення дренажів, знімання швів, дренажування та промивання шлунка, в/в введення лікарських препаратів, встановлення в/в катетеру, проведення профілактики тромбоемболічних, серцево-судинних та дихальних ускладнень).
24. Надавати правильні рекомендації щодо життя у післяопераційному періоді (режим харчування, особливості трудової діяльності).
25. Здійснювати прогноз життя та працездатності.
26. Використовувати учбову та наукову літературу, включаючи Інтернет в учбовому класі для вирішення професійних завдань, підвищення рівня професійної підготовки.
27. Провести клінічне обстеження у хворого на гострий панкреатит: зібрати анамнез, здійснити огляд хворого, пальпацію, перкусію аускульту.
28. Визначити найбільш характерні клінічні ознаки для гострого набрякового, гострого деструктивного панкреатиту та його ускладнень
29. Скласти план обстеження хворого
30. Інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень

6.4.Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Синдром системної запальної відповіді при гострому панкреатиті

Етіологія гострого панкреатиту	I. Преацинарні фактори:	2.Ацинарні фактори:	3.Постацинарні фактори:
	А). атеросклероз гілок абдомінального відділу аорти Б). ангії В). портальна гіпертензія Г). загальні розлади кровопостачання.	А). зловживання алкоголем Б). токсичні медикаменти В). ентеровірус Г). пенетруюча виразка І2-палої кишки Д).гіперліпідемія	А). жовчно-кам'яна хвороба, пухлини та стриктури фатерового сосочка Б). інструментальні дослідження жовчних шляхів.
Класифікація	Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) 1. Гострий панкреатит, набрякова форма Шифр К 85 2. Гострий панкреатит, деструктивна форма Шифр К 85 Класифікація гострого панкреатиту (переглянута класифікація Атланти(2007)) 1. Гострий інтерстиційний панкреатит 2. Некротичний панкреатит Стерильні некрози		

	<p>Інфіковані некрози</p> <p>Скупчення рідини при гострому панкреатиті менше 4 тижнів від моменту захворювання</p> <p>-Гострі перипанкреатичні рідинні скупчення: стерильні і інфіковані</p> <p>-Постнекротичні панкреатичні/ перипанкреатичні рідинні скупчення: стерильні і інфіковані.</p> <p>більше 4 тижнів від моменту захворювання</p> <p>-Панкреатична псевдокіста: стерильна і інфікована</p> <p>-Обмежені вогнища некрозу : стерильні і інфіковані</p>
<p>Клініка гострого панкреатиту</p>	<p>Клінічна картина. У залежності від стадії процесу розрізняють три ступені тяжкості:</p> <p>I ступінь (або стадія I) характеризується сильними болями в епігастральній ділянці, часто оперізуючого характеру, з іррадіацією в спину і в область грудної клітини, почервоніння обличчя, підвищенням температури тіла, легким захисним напругою м'язів живота. Лабораторні дані: підвищення вмісту ліпази, менш специфічне підвищення амілази.</p> <p>Цю стадію зазвичай пов'язують з набряком підшлункової залози. Під впливом консервативного лікування швидко настає поліпшення стану хворого.</p> <p>II ступінь (стадія II) характеризується прогресуванням больового синдрому, інтенсивною постійною «жорстокою», «свердливою», «пронизує» болем в епігастральній ділянці з іррадіацією вліво або вправо, в спину, болем у верхній половині живота і оперізує. Очевидне захисне напруження м'язів живота, метеоризм, ослаблення перистальтики кишечника. У епігастральній ділянці іноді визначається пухлина. Можливі дихальні, циркуляторні та інші порушення. Лабораторні дані: підвищення ферментів, цукру крові, лейкоцитоз.</p> <p>III ступінь (стадія III). У цій стадії все виразніше простежується перитонеальна симптоматика: нудота, блювота, парез шлунково-кишкового тракту, напруження м'язів черевної стінки, зневоднення, лейкоцитоз. Системні та органні порушення: дихальна, серцево-судинна, ниркова недостатність, енцефалопатія, шок. Характерна для тотального некрозу підшлункової залози, перипанкреатичного некрозу з поширенням навколо залози.</p>
<p>Діагностика гострого панкреатиту</p>	<p>Лабораторні методи дослідження: ступінь амілаземії, амілазурії, підвищення вмісту ліпази крові, еластази, білків гострої фази, малонового діальдегіду.</p> <p>Визначення концентрації прокальцитоніну в плазмі крові може бути простим і надійним способом оцінки тяжкості перебігу бактеріальної інфекції.</p> <p>В порівнянні з іншими показниками концентрація прокальцитоніну в крові більш достовірно відображає динаміку ступеня тяжкості бактеріальної інфекції. Маючи період піврозпаду 25-30 год, ПКТ являється високоспецифічним маркером при бактеріальних, грибкових і протозойних інфекціях. Він володіє коротким латентним періодом (3 год після інфікування), після хірургічного лікування або антибіотикотерапії його концентрація в крові швидко знижується. Тому ПКТ може бути признаний достовірним параметром для моніторингу тяжкості перебігу</p>

	<p>сепсису і ПОН, а також для визначення ефективності хірургічного лікування та інтенсивної терапії у хворих, що знаходяться в критичному стані, в тому числі і при гострому деструктивному панкреатиті.</p> <p>Інструментальні: Рентгенологічні - локальне вздуття шлунку, поперечноободової кишки, випіт в плевральній порожнині, в серцевій сорочці, високе положення лівого куполу діафрагми, УЗД - нечіткість контурів ПЗ, підвищення її гідрофільності, наявність гіпоехогенних ділянок, камені в жовчному міхурі. Інформативність підвищується при застосуванні УЗ доплерографії; кольорового УЗД, ендоскопічного УЗД. КТ - інформативна при кістах, абсцесах ПЗ, підвищенні гідрофільності тканини ПЗ. МРТ - більш інформативна при визначенні скупчення рідини в ПЗ, не створює променевого навантаження.</p>
<p><i>Патогенез розвитку системної запальної відповіді при гострому панкреатиті</i></p>	<pre> graph TD A[Дія етіологічних факторів] --> B[Місцева та системна активація поліморфноядерних лейкоцитів.] B --> C[Адгезія поліморфноядерних лейкоцитів до ендотеліоцитів посткапілярних венул.] C --> D[Виділення цитокінів та активних кисневих радикалів.] D --> E[Активация цитокінічних та протеолітичних ферментів калікреїн кінінової системи, системи коагуляції.] E --> F[Синдром системної відповіді на запалення] F --> G[Синдром поліорганної недостатності, дисфункції (СПОН) дисфункція.] G --> H[Синдром імунної депресії.] </pre>
<p><i>Синдром системної запальної відповіді (SIRS)</i></p>	<p>≥2 критеріїв з таких:</p> <p>Температура тіла >38° С або <36° С</p> <p>ЧСС > 90 за хв.</p> <p>Частота дихання > 20 за хв.</p> <p>PaCO₂ < 32</p> <p>лейкоцити > 12 або < 4000 /мл</p> <p>Незрілі нейтрофіли >10%</p>
<p><i>Синдром поліорганної недостатності (MODS)</i></p>	<p>SIRS</p> <p>≥ однієї з таких органних дисфункцій:</p> <p>Гострий респіраторний дистрес-синдром (ARDS)</p> <p>Гостра ниркова недостатність</p> <p>Гіпотензія</p> <p>Дисеміноване внутрішньосудинне зсідання крові (ДВЗ)</p> <p>Гостра наднирникова недостатність</p>

	<p>Гострий гепатит</p> <p>Метаболічна енцефалопатія</p> <p>Динамічна кишкова непрохідність</p>
<p>Основні принципи консервативної терапії гострого панкреатиту</p>	<p>Етіопатогенетична терапія:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зменшення секреторної функції підшлункової залози: <ul style="list-style-type: none"> – голод; – аспірація шлункового вмісту; – інгібітори секреторної активності підшлункової залози. 2. Знеболювання – анальгетики, сапазмолітики, перидуральна анестезія. 3. Гальмування синтезу цитокінів, ферментів, аутолізу підшлункової залози, кінінемії, інтоксикації: <ul style="list-style-type: none"> – блокатори H₂-рецепторів калієво-протонової помпи; – інгібітори секреторної активності підшлункової залози; – інгібітори протеаз (габестат, мезилат, контрикал); – інгібітори цитокінів ; – антагоністи фактору активації тромбоцитів (проглумід, локсіглумід); – терапія кортикостероїдами (гідрокортизон, преднізолон). <p>Корекція порушень функціонального стану життєво важливих органів та систем (тобто лікування синдрому поліорганної недостатності (дисфункції)):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Корекція геодинамічних порушень, перфузії тканин, електролітів, плазматичного та глобулярного об'ємів: <ul style="list-style-type: none"> – колоїдні розчини; – кристалоїдні розчини; – кардіotropні препарати (допамін, добутамін, допексамін); – гепарин, фраксипарин, клексан, плавікс. 2. Корекція дихальної недостатності – штучна вентиляція легень. 3. Лікування гострої печінково-ниркової недостатності: <ul style="list-style-type: none"> – гепатопротектори (ессенціале, ліпостабіл); – сечогінні засоби (фуросемід). <p>Профілактика ускладнень гострого панкреатиту, які потребують медикаментозного або оперативного лікування.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибіотики широкого спектру дії (тієнам, примаксин, препарати фторхінолонів (ципрофлоксацин, офлоксацин). 2. Ентеросорбція, лаваж товстої кишки (ентерособенти). 3. Екстракорпоральна гемокорекція (плазмосорбція, лімфосорбція, плазмофорез). 4. Стимуляція моторики кишківника: <ul style="list-style-type: none"> – перидуральна анестезія; – антихолінергетичні засоби (прозерин, фізостегмін).
<p>Показання до оперативного втручання при гострому панкреатиті.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність гнійного некрозу з ознаками генералізації гнійно-деструктивного процесу. 2. Розвиток панкреатогенного абсцесу. 3. Біліарний панкреатит. 4. Нефективність адекватної консервативної терапії протягом 3—5 діб у разі розвитку системних і місцевих ускладнень.

	<p>5. Масивна арозивна кровотеча. 6. Некроз порожнинних органів. 7. Гостра непрохідність дванадцятипалої кишки..</p> <p><i>Ферментативний перитоніт не є показанням до оперативного лікування, евакуацію рідини необхідно проводити шляхом лапароскопії або лапароцентезу з подальшим дрениванням черевної порожнини.</i></p>
<p>Оперативні втручання при гострому панкреатиті.</p>	<p><u>1. Ендоскопічні:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ папілосфінктеротомія з декомпресією панкреатичного та жовчних протоків; ➤ видалення каменів із фатерового сосочка. <p><u>2. Пункційні методи під контролем УЗД та, або КТ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ тонкоголкова пункція підшлункової залози для визначення інфікування панкреонекрозу; ➤ пункція та катетеризація кіст і абсцесів підшлункової залози, рідинних накопичень чепцевої сумки. <p><u>3. Лапароскопічні втручання:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ видалення обмежених вогнищ некрозу підшлункової залози та заочеревинної клітковини; ➤ санація черевної порожнини при ферментативному перитоніті; ➤ лапароскопічне дренивання вогнищ некрозу, абсцесів, псевдокіст, заочеревинної клітковини. <p><u>4. Лапаротомія та (або) люмботомія з мін доступу при вище зазначених станах.</u></p> <p><u>5. Лапаротомія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ операція Вeger при повному видаленні некротичних джерел, закінчуються накладанням пролонгованного активного лаважу; ➤ Абдомінізація підшлункової залози ➤ операція Bradley при обширному некрозі та неможливості повної одномоментної некректомії, нестійкому гемостазі з програмованими релапаротоміями через кожні 24-48 годин. <p><u>6. При біліарному гострому панкреатиті показане:</u> Лапароскопічна, із міні доступу, або відкрита некректомія з зовнішнім дрениванням жовчних шляхів.</p>
<p>Ускладнення</p>	<p>У 55—65 % випадків гострого панкреатиту, особливо за його деструктивних форм, виникають різні ускладнення, які розділяють на дві групи:</p> <p><u>1. Загальні ускладнення:</u> (виникають протягом першого тижня від початку захворювання):</p> <ul style="list-style-type: none"> — легеневі (респіраторний дистрес-синдром, плеврит, пневмонія, ателектази, гіпоксія); — кардіоваскулярні (шок, гостра коронарна та міокардіальна недостатність, перикардит); — ниркові (токсичний нефрит, олігурія, анурія); — гематологічні та геморагічні (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, синдром Меллорі—Вейса, внутрішні кровотечі із стресових ерозій та виразок, тромбоемболії судин); — печінкові (жовтяниця змішаного характеру, токсичний гепатит,

	<p>синдром гострої печінкової недостатності);</p> <ul style="list-style-type: none"> — метаболічні (гіперглікемія, гіпокальціємія, гіперліпідемія, метаболічний ацидоз); — панкреатична енцефалопатія (гострі психози, деліріозні стани); — сепсис; — різні поєднання ускладнень. <p>Локальні (місцеві) ускладнення частіше виникають після 2 тиж захворювання на тлі системних ускладнень, значно їх посилюючи. У таких випадках виникає синдром взаємного обтяжування.</p> <p>2. Локальні ускладнення (частіше виникають після 2 тижнів з початку захворювання на тлі системних ускладнень, значно їх посилюючи):</p> <ul style="list-style-type: none"> – перитоніт, парапанкреатит, гнійний оментобурсит; – піддіафрагмові, міжпетльові, параколичні, заочеревні абсцеси, абсцеси малого таза; – арозивні кровотечі, розрив селезінки; – непрохідність дванадцятипалої кишки; – панкреатогенний шок; – тромбоемболічні ускладнення (тромбоемболія легеневої артерії та бри-жових судин з масивним некрозом стінки шлунка, дванадцятипалої кишки, ободової кишки); – кишкові та панкреатичні зовнішні нориці; – цукровий діабет; – синдром позапечінкової (лівобічної) портальної гіпертензії; – хронічний панкреатит.
--	--

Клінічна, лабораторна і інструментальна діагностика

Симптоматика гострого панкреатиту

Симптом Sarfert – ціаноз шкіри.

Симптом Mondor – фіолетові плями на обличчі і тулубі.

Симптом Lagerlef – різкий ціаноз обличчя і кінцівок.

Симптом Halsted – ціаноз шкіри живота.

Симптом Gray-Turner – ціаноз бічних стінок живота.

Симптом Cullen - жовтувато-ціанотичне забарвлення шкіри навколо пупка.

Симптом Devis – ціаноз шкіри живота, петехіальні крововиливи в поперековій ділянці і на сідницях, буре забарвлення шкіри в ділянці нижніх ребер ззаду.

Появу цих симптомів пояснюється дією ферментів і порушенням гемодинаміки.

Симптом Kerte – поперечна болюча резистентність при пальпації за ходом підшлункової залози.

Симптом Воскресенського – відсутність пульсації черевної аорти в епігастральній ділянці.

Симптом Раздольського – перкуторна болючість над підшлунковою залозою.

Симптом Mayo-Robson – болючість при натисканні в лівому реберно-хребтовому куті.

Симптом Чухрієнка – болючість у епігастральній ділянці при поштовхах черевної стінки знизу вгору і спереду назад кистю лікаря, розміщеною поперек живота нижче пупка.

Симптом Макова – гіперестезія шкіри вище пупка.

Симптом Katsch – гіперестезія шкіри зліва паравертебрально на рівні Th6-Th8.

Інструментальні методи обстеження

Ультрасонографія.

На даний час ультрасонографія є найбільш поширеним методом діагностики захворювань підшлункової залози. Ультрасонографія дозволяє візуалізувати підшлункову залозу, оцінити стан її паренхіми й оточуючої її клітковини, виявити парапанкреатичні скупчення рідини та наявність рідини у вільній черевній порожнині.

У хворих на гострий панкреатит при ультрасонографічному дослідженні можна виявити як прямі, так і непрямі ознаки ураження підшлункової залози.

До прямих ознак відносяться:

- збільшення розмірів залози;
- зникнення характерної дольчатості її структури;
- нечіткість, розмитість контурів залози;
- наявність інфільтрату в проекції залози.

Непрямі ознаки, які при відповідних клініко-лабораторних даних,

свідчать на користь гострого панкреатиту:

- застійні явища в шлунку та тонкій кишці;
- роздута газами товста кишка;
- пара- та екстрапанкреатичні скупчення рідини.

Рентгенологічні методи обстеження.

Рентгенологічне обстеження включає оглядову рентгеноскопію органів грудної клітки і черевної порожнини, з наступним контрастним дослідженням травного каналу.

Рентгенологічна симптоматика гострого панкреатиту дуже різноманітна. Відомо понад 20 рентгенологічних симптомів гострого панкреатиту.

Симптом «вартової петлі» - локальне роздуття першої петлі голодної кишки.

Симптом «відсіченої кишки» - роздуття висхідної ободової кишки та її печінкового кута з різким обривом безпосередньо лівіше правого вигину ободової кишки.

Симптом Стюарта – роздуття висхідної та нисхідної ободової кишок при відсутності газу в поперековоободовій кишці.

Симптом Гобіє – локальний парез поперековоободової кишки.

Тріада Поппеля – наявність повітря в шлунку, дванадцятипалій і голодній кишці.

Симптом Тобіа – нечіткість контура лівого поперекового м'яза.

При оглядовій рентгеноскопії органів грудної клітки виявляється випіт у плевральній порожнині (частіше зліва), базальні ателектази. Досить часто визначається високе стояння лівого купола діафрагми й обмеження її екскурсії. У випадках важкого перебігу гострого панкреатиту спостерігаються нижньодолеві пневмонії. При контрастному дослідженні травного каналу визначаються деформації шлунка і дванадцятипалої кишки, сповільнений пасаж барієвої суміші по травному каналу.

Комп'ютерна томографія.

У вивченні стану підшлункової залози комп'ютерна томографія має ряд переваг перед ультразвуковим обстеженням, при якому можливі труднощі в інтерпретації отриманих даних у випадках метеоризму та ожиріння хворого. Комп'ютерна томографія на даний час є єдиним методом променевої діагностики, який дозволяє отримати чітке деталізоване зображення підшлункової залози, оцінити її форму, розміри, структуру, взаємовідношення з

іншими органами та структурами. Проведена із контрастуванням травного каналу та з ангіографією, вона ще більш інформативна і дає змогу виявити низку симптомів: збільшену набряклу підшлункову залозу, вогнища набряку або некрозу в жировій тканині позаду від сальника, в паранефрії, в корені брижі тонкої та поперечної ободової кишок, відсутність візуалізації підшлункової залози при ангіографії у випадках некрозу.

Лапароскопія.

Лапароскопія значно розширила можливості діагностики гострого панкреатиту. Виділяються прямі і непрямі лапароскопічні ознаки запального процесу в підшлунковій залозі.

Прямі ознаки:

- наявність вогнищ стеатонекрозів;
- геморагічна імбібіція великого чепця і темний випіт з геморагічним відтінком (при приєднанні геморагічного компоненту).

Непрямі ознаки:

- набряк малого чепця;
- набряк печінково-дванадцятипалої зв'язки;
- вибухання шлунка допереду, розширення його вен;
- помірна гіперемія вісцеральної очеревини верхніх відділів черевної порожнини;
- збільшений жовчний міхур без ознак запалення.

В. Результати додаткових методів дослідження



Рис. 16.1. УЗД. Збільшення розмірів підшлункової залози



Рис. 16.2. КТ. Неоднорідність структури паренхіми підшлункової залози

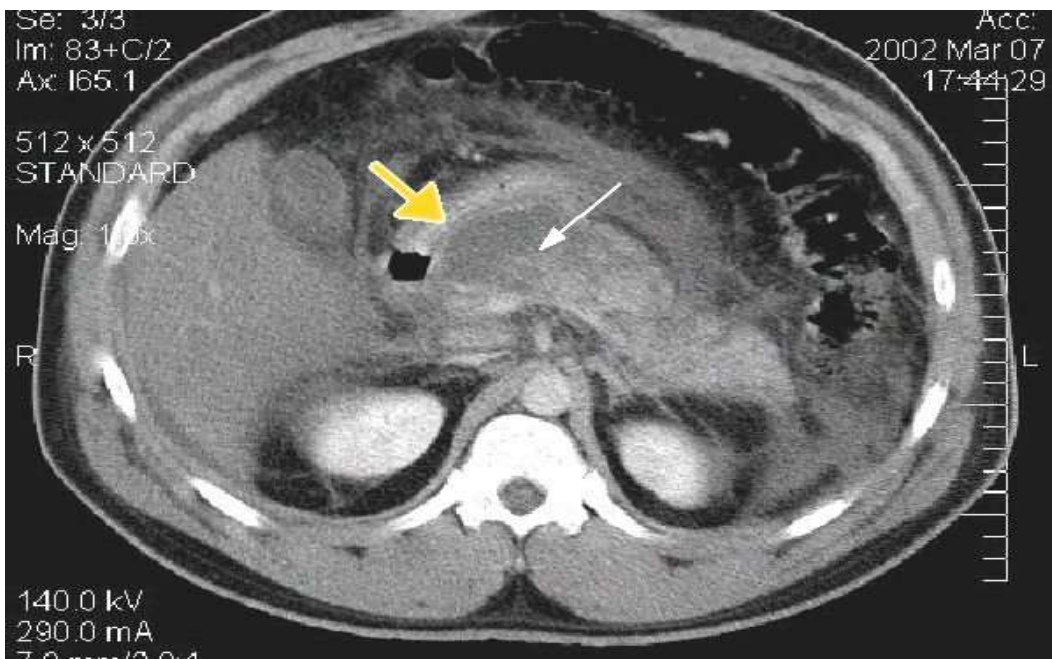


Рис. 16.3. КТ. Ознаки деструкції підшлункової залози

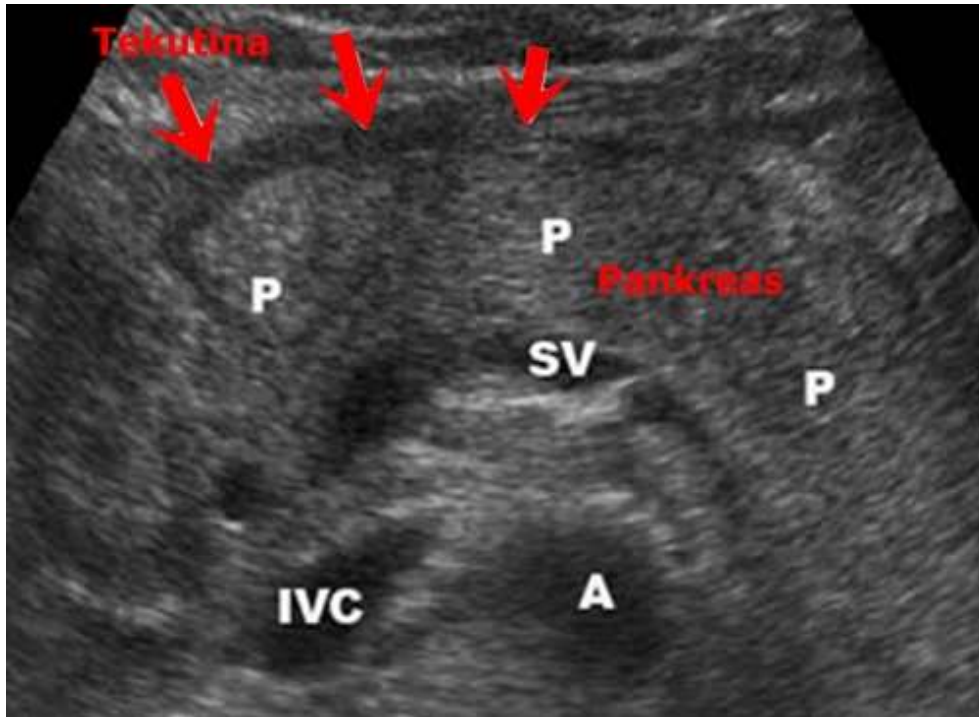


Рис. 16.4. УЗД. Ознаки деструкції підшлункової залози з парапанкреатичною інфільтрацією (позначено стрілками)

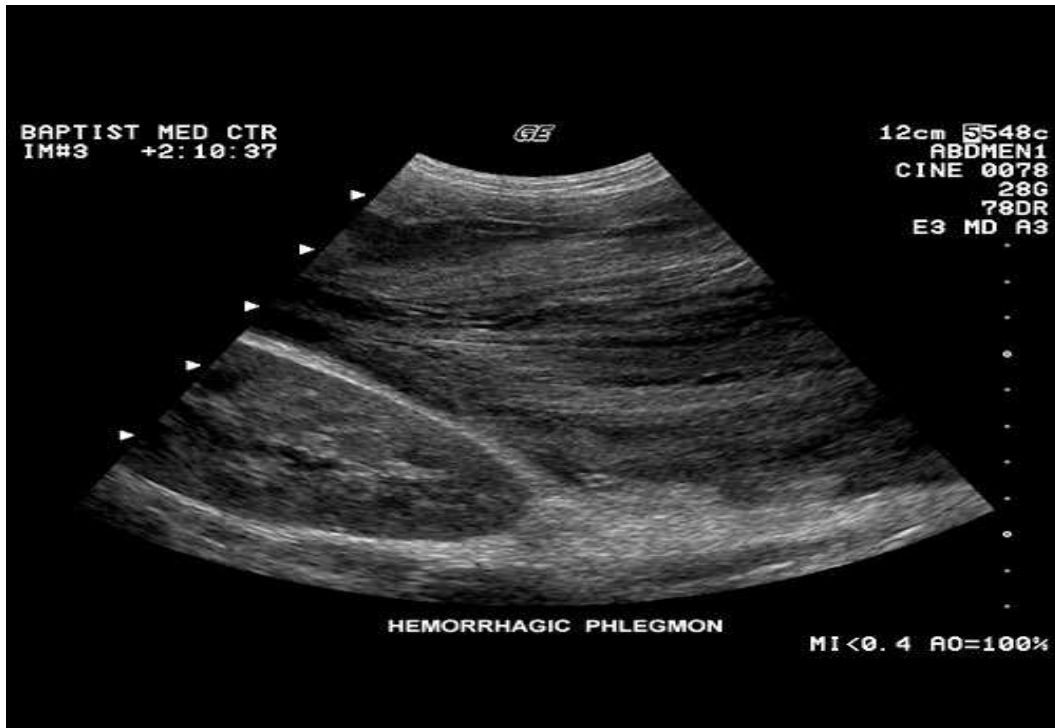


Рис. 16.5. УЗД. Накопичення рідини в паранефральній зоні

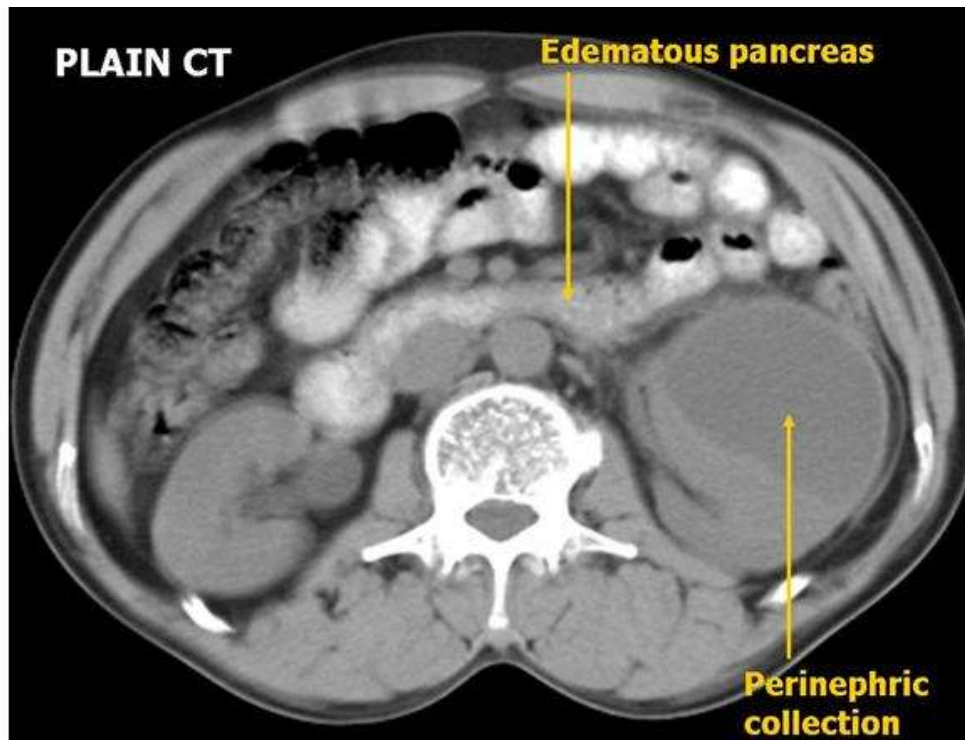


Рис. 16.6. КТ. набряк підшлункової залози з паранефральним рідинним утворенням



Рис. 16.7. КТ гострого деструктивного панкреатиту

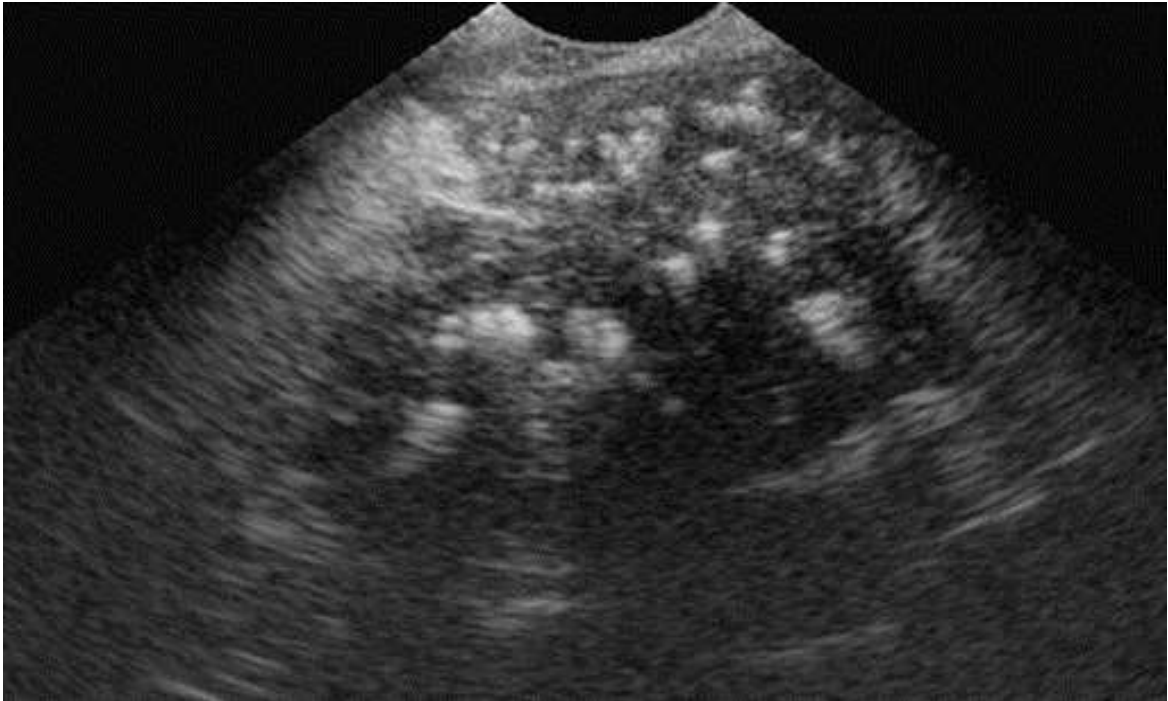


Рис. 16.8. УЗД. Ознаки гострого деструктивного інфікованого панкреонекрозу(пухирці повітря в постнекротичній порожнині)



Рис. 16.9. УЗД. Розширення головної протоки підшлункової залози(внутрішньопротова гіпертензія)

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Вказати первинний (пусковий) фактор в патогенезі гострого панкреатиту.
- А. Токсична дія цитокінів та оксиду азоту.

- V. Активація калікреїн-кінінової системи.
 - C. Активація ферментів підшлункової залози.
 - D. Алергічний набряк стінок судин підшлункової залози.
 - E. Агрегація формених елементів крові.
2. До яких порушень гомеостазу призводить дія патогенетичних факторів гострого панкреатиту?
- A. Метаболічного алкалозу.
 - B. Гіпокоагуляції.
 - C. Гіперосмолярності плазми крові.
 - D. Зменшення онкотичного тиску крові.
 - E. Системних уражень у вигляді гіперкоагуляції, активації кінінів, ферментів, розладу мікроциркуляції, катаболізму.
3. Що є наслідком патогенетичних процесів та важких метаболічних порушень при гострому панкреатиті?
- A. Парапанкреатит.
 - B. Синдром портальної гіпертензії.
 - C. Пневмонія.
 - D. Перитоніт.
 - E. Синдром поліорганної недостатності (дисфункції).
4. Чим зумовлені морфологічні зміни в підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині?
- A. Деструкцією мембранних структур, виходом секреторного матеріалу за межі центроацинарного протоку, передчасною активацією ферментів підшлункової залози.
 - B. Підвищенням активності ферментів підшлункової залози.
 - C. Виникненням ацидозу.
 - D. Парезом кишечника.
 - E. Гіперкоагуляцією.
5. Пізнім локалізованим ускладненням панкреатиту є:
- A. Перитоніт.
 - B. Інфікований панкреонекроз.
 - C. Гостра затримка рідини в ділянці підшлункової залози.
 - D. Внутрішньочеревна кровотеча.
 - E. Псевдокіста підшлункової залози та абсцес.
6. Які фактори призводять до поліорганної недостатності при гострому панкреатиті?
- A. Гіперкоагуляція, порушення мікроциркуляції, гіпоксія тканин, загибель тканин.
 - B. Болі в животі, блювота.
 - C. Парез кишечника.
 - D. Підвищення артеріального тиску.
7. Як слід трактувати накопичення панкреатичного соку в ділянці підшлункової залози оточене стінкою з грануляційної чи фіброзної тканини?
- A. Псевдокіста.
 - B. Гостре накопичення рідини в підшлунковій залозі в ранню стадію гострого панкреатита.
 - C. Панкреатичний абсцес.
 - D. Парапанкреатит.
 - E. Інфікований панкреонекроз.
8. Що обумовлює ступінь важкості клінічного перебігу гострого панкреатиту?
- A. Вираженість системної запальної відповіді
 - B. Збільшення підшлункової залози.
 - C. Вираженість деструктивних змін в підшлунковій залозі.
 - D. Кількість випоту в черевній порожнині.
 - E. Наявність парезу кишечника.

9. Найбільш типовими ознаками гострого панкреатиту при оглядовій рентгенографії органів грудної клітини є:

- A. Наявність пневмотораксу
- B. Наявність ателектазів в базальних відділах легень та випоту в лівому реберно-діафрагмальному синусі.
- C. Дислокація органів межістіння.
- D. Пневмосклероз.
- E. Емфізема легень

10. Що є показами для оперативного лікування при гострому панкреатиті?

- A. Інфікований панкреонекроз.
- B. Важкі системні порушення.
- C. Гостра затримка рідини в підшлунковій залозі.
- D. Гостра затримка рідини в ретропанкреатичному просторі
- E. Парез кишечника.

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	E	E	A	E	A	A	A	B	A

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хворий 45 років перебував на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого панкреатиту. Однак, на 4 добу з часу госпіталізації у хворого посилились болі в ділянці лівого підребір'я, підвищилася температура тіла до 39° 3 С. Пульс 120 за хв. А/т 110/70 мм.рт.ст. При пальпації в ділянці лівого підребір'я визначається інфільтрат розмірами 12 на 14 см. болючий, нерухомий. Рентгенологічно встановлено високе положення лівого куполу діафрагми та рідину в лівому реберно-діафрагмальному синусі. При УЗД в проекції тіла та хвоста підшлункової залози виявлено анехогенне утворення з гіперехогенними включеннями. Загальний аналіз крові. Гемоглобін 114 Г/л., Еритроцити 3,7 Т/л., Лейкоцити 24,2 Г/л., п. 17, с. 74, л. 7, м. 2. Загальний аналіз сечі. Білок 0,132 г/л, питома вага 1017, лейкоцити 25-30 в полі зору, еритроцити 2-4 в полі зору. Діастаза сечі 256 одиниць. Завдання. Встановити яке ускладнення виникло у хворого? Визначити лікувальну тактику.
2. Хвора 68 років госпіталізована в хірургічне відділення зі скаргами на біль у верхній половині живота, переважно у власне епігастральній ділянці з ірадіацією в спину, блювання, задишку. Хворіє на протязі 7 діб. Страждає ожирінням II ступеня. В анамнезі подібних нападів болю не було. Об'єктивно: Загальний стан хворої середньої важкості. Видимі слизові оболонки та покрови шкіри жовтушні. Температура тіла 37°С. Пульс 86 за хв. А/Т 110/70 мм.рт.ст. Дихання послаблене, особливо в нижніх відділах грудної клітки. Тони серця приглушені. Живіт помірно надутий, при пальпації відмічається посиння болю у епігастральній ділянці, та в області лівого підребір'я. Захисного напруження м'язів передньої черевної стінки та симптомів подразнення очеревини не встановлено. При глибокій пальпації визначається інфільтрат у епігастральній області, болючий. Загальний аналіз крові. Гемоглобін 116 г/л., еритроцити 4,1 x 10¹², лейкоцити 9,6 x 10⁹, п. 8, с. 69, л. 19, м. 4. Загальний аналіз сечі, білок 0,033 г/л, питома вага 1014, лейкоцити 4-6 в полі зору, еритроцити 2-4 в полі зору, Діастаза сечі 64 одиниць. Білірубін (загальна фракція) 78 мкмоль/л, пряма - 52 мкмоль/л, непряма 26 мкмоль/л. Сечовина крові 8,4 ммоль/л. На основі наведених даних встановлено діагноз гострий панкреатит. Завдання: Які методи обстеження необхідно використати для підтвердження діагнозу?
3. Хворий 64 років скаржиться на біль в верхній половині живота, часте блювання, що не приносить полегшення. Зазначені скарги виникли після вживання алкоголю та гострої

їжі. Тривалість захворювання 48 годин. Об'єктивно: Загальний стан важкий. А/т 100/65 мм.рт.ст, пульс 112 за хв., температура тіла- 37,2° С. Видимі слизові помірно жовтяничні. Язик сухий, живіт помірно надутий, болючий у епігастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Перкуторно визначається притуплення у фланках живота Ренгенологічно помірна пневматизація шлунка та поперечноободової кишки. За даними УЗД: підвищена гідрофільність підшлункової залози та заочеревної клітковини. Загальний аналіз крові: гемоглобін 146 г/л, зритроцити $4,8 \times 10^{12}$., лейкоцити $12,7 \times 10^9$., п. 7, с. 72, л. 14, м. 7. Загальний аналіз сечі: питома вага 1024, білок 0,099 г/л, лейкоцити 25-30 у полі зору, зритроцити поодинокі малозмінені в полі зору. Діастаза сечі 128 одиниць. Завдання: Встановити діагноз. Визначити лікувальну тактику.

4. Хвора 48 років госпіталізована в хірургічне відділення з болем в верхній половині живота оперізуючого характеру, нудоту, багаторазове блювання, погіршення загального стану. Тривалість захворювання становить 3 доби. Об'єктивно: Загальний стан хворої важкий. Шкірні покрови бліді з синюшним відтінком. Температура тіла 37,3 С, пульс 118 за хв, А/Т 90/60 мм рт.ст. Частота дихальних рухів 24 за хв. Дихання ослаблене в нижніх відділах легень особливо зліва. Тони серця глухі. Язик сухий. Живіт помірно надутий. Діурез за добу складає 0,7 л. При оглядовій рентгенографії органів грудної клітки визначено наявність випоту в плевральній порожнині зліва в нижніх відділах. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини - помірна пневматизація шлунка та початкового відділу порожньої кишки. Встановлено діагноз гострий панкреатит. Завдання: Визначити стадію захворювання.
5. Хвора 62 років надійшла до хірургічного відділення зі скаргами на сильний біль в епістрії оперізуючого характеру, нудоту, блювоту. Протягом 10 років страждає ЖКХ. Після порушення дієти з'явилися вище названі явища. Консервативна терапія, яка проводилася протягом доби, ефекту не дала. Була виконана лапаротомія, під час операції діагностовано гострий набряковий панкреатит біліарного генезу. Укажіть оптимальний об'єм операції.
6. Хворий 57 років поступив на другу добу після початку захворювання зі скаргами на різкий, дуже сильний ріжучий оперізуючий біль в мезогастральній ділянці живота, який супроводжується збільшенням об'єму живота, задишкою, тахікардією, постійним блюванням, порушенням відходження газів. Захворювання пов'язує з прийомом гострої жирної їжі із значною кількістю алкоголю. Хворий ейфоричний. Загальний стан важкий. Частота пульсу 140 за 1 хвилину, дихання - 27. АТ. 170/100 мм рт.ст. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини виражений пневматоз шлунка та кишечника. Лейкоцити крові - $17,8 \times 10^9$. Цукор крові – 12 ммоль/л. Діастаза сечі 1024 од. Який найбільш імовірний діагноз?
7. Хворий скаржиться на сильну біль у верхній половині живота, що оперезує, нудоту, неприборкану блювоту. Стан важкий, пульс 110 за хв, АТ 90/60 мм рт. ст. Язик сухий. Живіт роздутий. При пальпації напруженість, хворобливість у верхніх відділках. На шкірі обличчя, живота синюшно-багряні плями. Ваш діагноз?
8. У хворого клінічна картина гострого панкреатиту, не можна виключити перфоративну виразку шлунку. Виберіть ймовірну лапароскопічну ознаку деструктивного панкреатиту.
9. У хворого 50 років після зловживання алкоголем з'явилися різні болі в епігастрії оперізуючого характеру з іррадіацією в спину. Виникла багаторазова блювота, яка не приносила полегшення. При пальпації живота відмічалась незначна болючість в епігастрії, симптомів подразнення очеревини немає. Аналіз сечі 4096 од. Консервативна терапія полегшення не дала. Наступної доби стан хворого погіршився, пульс до 110 уд/хв; АТ – 90/70 мм рт. ст. З'явилися симптоми подразнення очеревини. Аналізи сечі 64 од. Констатовано, що у хворого деструктивний панкреатит. Яка ваша лікувальна тактика?

10. Хвора 55 років страждає жовчнокам'яною хворобою. Після вживання алкоголю і смаженої їжі з'явився біль в епігастральній ділянці і спині оперізуючого характеру, нудота, багаторазове блювання, яке не приносило полегшення. Стан прогресивно погіршувався. При огляді стан вкрай важкий, дихання поверхнєве. На шкірі навколо пупка і в поперековій ділянці з'явилися синюшні плями. Живіт здутий. При пальпації в епігастральній ділянці пальпується болючий інфільтрат. Пульс 130 за 1 хв, АТ 90\50. Добовий діурез до 500 мл. Який найбільш вирогідний діагноз?

Правильні відповіді

11.	Абсцес підшлункової залози. Необхідно оперативне втручання – дренажування абсцесу(пункційно під контролем УЗД, через проекційний міні доступ, лапаротомний доступ)
12.	УЗД, ФГДС, ЕРХПГ.
13.	Гострий панкреатит важкий перебіг. Необхідна госпіталізація у відділення реанімації для проведення інтенсивної терапії.
14.	У хворої клінічна картина панкреатогенного шоку.
15.	Холецистектомія, санація та дренажування жовчовідвідних шляхів . Дренажування сальникової сумки
16.	Гострий панкреатит. Тяжкий перебіг
17.	Гострий панкреатит. Тяжкий перебіг
18.	Бляшки стеанонекрозу на очеревині, набряк великого сальника
19.	Перевести хворого у відділення інтенсивної терапії для підготовки до операції.
20.	Гострий панкреатит. Тяжкий перебіг

Література

Основна:

1. Хірургія : підручник / за ред. Л.Я. Ковальчука. Тернопіль : ТДМУ, 2010.- 1056 с.
2. Багненко С.Ф., Савелло В.Е., Гольцов В.Р. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы: панкреатит острый / Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии: национальное руководство (гл. ред. тома Г.Г.Кармазановский). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 349-365.
3. Дибиров М.Д., Юанов А.А. Панкреонекроз. Протокол диагностики и лечения. Учебно-методическое пособие. – Москва, 2012. – 366с.
4. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. – М., «ВИДР», 2013. – 382с.
5. Захараш М.П. Пойда О.І., та ін. Хірургія (підручник), Київ, 2006 р. 150-172 с.

Додаткова:

1. Ившин В.Г., Иншин М.В. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространённым парапанкреатитом. – Тула: Гриф и К, 2013. – 128с.
2. Гострий панкреатит. Методичні рекомендації// за редакцією Павловського М.П.: Львів.- 2009.-33с.
3. Ившин В.Г., Иншин М.В. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространённым парапанкреатитом. – Тула: Гриф и К, 2013. – 128с.
4. Кондратенко П.Г. Тактика лечения парапанкреатического инфильтрата у больных с острым асептическим некротическим панкреатитом / Кондратенко П.Г., Джансыз И.Н. // Український журнал хірургії. – 2014. – №1 (24). – С. 9–15.
5. Шабунин А.В., Лукин А.Ю., Шиков Д.В. Оптимальное лечение острого панкреатита в зависимости от «модели» панкреонекроза. Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. 3. С. 70-78.
6. Малков И.С. Лечение острого панкреатита: поиски и решения / Малков И.С. // Практическая медицина. – 2010. – № 2 (10). – С. 24–29.

ТЕМА 17. ТРАВМА ЖИВОТА. КЛАСИФІКАЦІЯ, СИМПТОМАТИКА УШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЗАОЧЕРЕВНОГО ПРОСТОРУ. ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ. ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА.

1.Актуальність теми.

Зростання травматизму в сучасному урбаністичному суспільстві виводить травматизм на третє місце по частоті серед причин смерті. По даним ВООЗ, щорічно в світі отримують пошкодження різної тяжкості 7-8 млн.людей. 300000 осіб, найбільш працездатного віку, гинуть.

Понад рік в Україні триває АТО. На цій війні, як і на класичній гинуть і отримують поранення громадянини держави. В тому числі і мирне населення. Летальність при військових пораненнях живота досягла 63%.

Травма органів черевної порожнини відноситься до категорії найбільш небезпечних для життя пошкоджень.

Близько 75-80% постраждалих, які потрапляють до лікарень, мають клінічні прояви травматичного шоку.

Травми органів черевної порожнини за даними різних літературних джерел складають від 7,5 до 10%. Більшість травм черева носять закритий характер і супроводжуються великою (до 1500 мл.) крововтратою, що в першу чергу зумовлено пошкодженням життєво важливих органів, а також складністю діагностики.

2. Конкретні цілі :

Метою заняття є ознайомлення лікарів і студентів з травмою органів черевної порожнини, яка потребує термінових невідкладних заходів, спрямованих на врятування життя потерпілого.

2.1. Знати:

- класифікацію пошкоджень органів черевної порожнини;
- ступені важкості кровотеч в залежності від об'єму крововтрати;
- основні положення надання невідкладної допомоги хворим з травмою органів черевної порожнини, строки госпіталізації, об'єм діагностичних маніпуляцій;
- принципи надання невідкладної допомоги;
- принципи та термін виконання оперативних втручань, об'єм їх.

2.2. Вміти:

- всебічно обстежити потерпілого з травмою органів черевної порожнини, вирішувати в типових випадках тактику лікування та надання хірургічної допомоги;
- проводити диференційну діагностику різних видів пошкодження живота;
- визначати порядок надання невідкладної допомоги травмованим.

2.3. Опанувати практичні навички:

- фізикального обстеження хворих з травмою органів черевної порожнини;
- ректального дослідження при травмі органів черевної порожнини;
- катетеризації сечового міхура;
- пункції вени.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патфізіологія,	Анатомію органів черевної порожнини та заочеревного простору.	Визначити топографічну анатомію паренхіматозних та порожнистих органів черевної порожнини та

біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб, рентгенологія		заочеревного простору.
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Класифікацію, клінічні ознаки, пошкоджень органів черевної порожнини та заочеревного простору, методи діагностики та диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем, діагностики травм живота та вибору оптимальних способів їх лікування та адекватних методів знеболення при операції.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку при травмах черевної порожнини та заочеревного простору в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування, хворих з тавмою живота використовувати методи профілактики ускладнень.

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез(при можливості) у хворих з тавмою живота		+	
2.	Проводити огляд хворих: Пальпація, перкусія, аускультация черевної порожнини. -пальцеве дослідження прямої кишки; -проведення парацентезу черевної порожнини Лапароскопічне дослідження черевної порожнини.			+ + + +
3.	Проводити диференційну діагностику ушкоджень паренхіматозних, порожнистих органів та органів заочеревного простору.		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при травмах органів черевної порожнини та заочеревного простору.		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Механізми	Назвати основні механізми нанесення травм.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при ушкодженнях паренхіматозних, порожнистих органів та заочеревного простору.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію травм : печінки, селезінки,підшлункової залози, шлунку,12-п кишки,тонкого та товстого кишківника, нирок,сечового міхура.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми при пошкодженнях органів черевної порожнини та заочеревного простору..	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики ушкоджень живота та заочеревного простору..	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики ушкоджень паренхіматозних та порожнистих органів,органів заочеревного простору..	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування при травмах живота та заочеревного простору..	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з травмою живота	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1.Фізичне обстеження травмованого,наявність поєданої чи ізольованої травми. 2Пальпація,перкусія,аускультация черевної порожнини..	-Колір шкіри, забої і розриви м'язів, крововиливи в підшкірну жирову клітковину. Гематоми з розчавленням м'язової тканини, діастази розірваних м'язів. Рани чараеної стінки.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень черевної порожнини.	Оглядова рентгенографія ОЧП Вульнеографія	<ul style="list-style-type: none"> • 1.Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, прямі ознаки: • - наявність вільного газу в черевній порожнині; • - виявлення затікання контрастної речовини за межі тіні порожнистого органа; • - виявлення правобічного ретроперітонеуму або газу в ділянці паранефрію –

	Лапароцентнз	<p>патогномонічна ознака розриву ДПК;</p> <ul style="list-style-type: none"> - виявлення ознак міграції органів черевної порожнини в грудну порожнину. <p style="text-align: center;">ВУЛЬНЕОГРАФІЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> Рани досліджують безпосередньо на операційному столі. Через введений катетер вводять від 60 до 100 мл водорозчинної контрастної речовини і відразу роблять знімки. При проникаючих пораненнях контрастна речовина під тиском потрапляє в черевну порожнину, розтікається по очеревині, змішуючись з кров'ю, накопичується переважно у відлогих місцях живота. Якщо ж рана не проникаюча, то контрастна речовина накопичується в м'яких тканинах черевної стінки, утворюючи депо з чіткими контурами <p style="text-align: center;">ЛАПРОЦЕНТЕЗ</p> <p>Критерії позитивного діагнозу:</p> <ol style="list-style-type: none"> макроскопічно встановлено наявність крові або вмісту порожнистих органів в черевній порожнині; наявність більше ніж 100 000 еритроцитів в 1 мл рідини; більше ніж 500 лімфоцитів в 1 мл рідини; підвищений рівень амілази; наявність жовчі або бактерій.
Визначити лікувальну тактику при травмах черевної порожнини та заочеревного простору.	<p><u>Консервативна терапія</u> Консервативне лікування показане при задовільному загальному стані потерпілих, відсутності ознак подразнення очеревини та пошкодженні позаочеревинної клітковини</p> <p><u>Оперативні втручання</u> Оперативне лікування показане в наступних випадках: відкрите пошкодження, внутрішня</p>	<p>-Терапія полягає в динамічному нагляді за хворим, накладенні асептичної пов'язки, в/в введення розчинів поліглюкіна, желатіноля, за необхідністю противошокова терапія..</p> <p>Оперативне лікування</p> <ul style="list-style-type: none"> -зупинка кровотечі -ревізія органів Ч.П. -реінфузія крові

	<p>кровотеча, перитоніт, абсцес чепцевої сумки, посттравматична кіста ПЗ. При ревізії черевної порожнини слід звертати увагу на наявність гематом та характерного склоподібного набряку в ділянці ПЗ. Рану ПЗ не слід зашивати. Гемостаз досягається прошиванням судини або тампонуванням рани марлевою турундою, змоченою розчином тромбіну. При зупиненій кровотечі операцію закінчують підведенням до рани трубчасто-гумкового дренажу</p>	<p>-втручання на ушкоджених органах, промивання черевної порожнини її дренивання, дренивання заочеревного простору. Далі обробка інших ран (при множинних ранах).</p>
--	---	--

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Травма живота	травма живота виникає внаслідок прямої дії пошкоджуючої сили

	на органи черевної порожнини
Фізикальне обстеження	обстеження травмованого, на наявність поєданої чи ізольованої травми.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова черевної стінки.
- 2.Топографічна анатомія органів черевної порожнини.
- 3.Топографічна анатомія заочеревного простору.
- 4.Класифікація травм живота.
- 5.Класифікація травм печінки, селезінки, підшлункової залози, нирок.
- 6.Класифікація травм шлунка, дванадцятипалої кишки, товстого та тонкого кишківника, сечового міхура.
- 7.Що таке закриті пошкодження ?
- 8.Що таке проникаючі і непроникаючі пошкодження?
- 9.Що таке поєднані пошкодження?
- 10.Пошкодження черевної стінки..
- 11.Що таке ізольовані і поєднані травми?
- 12.Геморагічний синдром ?
- 13.Перитонеальний синдром ?
- 14.Назвіть клінічні прояви геморагічного синдрому.
- 15.Назвіть клінічні прояви перитонеального синдрому.
- 16.Що таке вільноографія ?
- 17.Лапароцентез, критерії позитивного діагнозу.
- 18 .Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, прямі ознаки ?
- 19.Назвіть клінічні прояви шокowego синдрому?
- 20.Діагностична програма при закритій травмі живота?
- 21.Прямі і непрямі ознаки пошкодження органів черевної порожнини?
- 22.Оцінка стану хворого шокowym синдромом ?
- 23.Симптоми Куленкапфа і Хедрі.
- 24.Що таке точки Калька і Оліма ?
- 25.Непрямі ознаки пошкодження печінки ?
- 26.Що таке симптом «пупка» ?.
- 27.Показання до хірургічного лікування пошкоджень печінки.
- 28.Методи тимчасової остановки кровотечі при пошкодженнях печінки..
- 29.Методи оперативних втручань при пошкодженнях печінки.
- 30.Ранні п/о ускладнення при лікуванні ран печінки.
- 31.Класифікація пошкоджень селезінки.
- 32.Що таке симптоми Розанова (ваньи-встаньки), Зегерса (лів.френі-кус миптом) та с-м Вейнерта ?
- 33.Методи оперативних втручаь при травмах селезінки.
- 34.Оцінка стану хворого при підозрі на пошкодження селезінки ?
- 35.Класифікація пошкоджень шлунку і 12-п. кишки.
36. Діагностична програма при ушкодженнях шлунку і 12-п.кинки.
- 37.Методи хірургічних втручаь при травмах шлунку і 12-п кишки.
- 38Класифікація пошкоджень токого і товстого кишківника.
- 39.Оцінка стану хворого при травма кишківника.
- 40.Оперативні втручання при травмах кишківника.
- 41.Класифікація травм заочеревного простору.
- 42.Оцінка і обстеження хворого з підозрою на травму органів заочеревного простору.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез у хворого з травмою живота.
2. Провести огляд черевної стінки та травмованої ділянки .
3. Обстежити рану за допомогою зонда.
4. Провести пальцеве дослідження прямої кишки.
5. Провести вульнеографію
6. Провести парацентез.
7. Провести катетерізацію сечового міхура.
8. Провести хірургічну обробку рани.
9. Взяти вміст черевної порожнини на дослідження
10. Скласти алгоритм обстеження при травмах пренхиматозних органів.
11. Визначити показники до оперативних втручань при травмах парен –химатозних органів.
12. Скласти алгоритм обстеження при травмах порожнистих органів.
13. Визначити показники до оперативних втручань при травмах порожнистих органів.
14. Асистувати при оперативних втручаннях.
15. Скласти індивідуальну програму післяопераційного лікування хворих з травмою живота.
16. Виконувати зміну пов'язок.
17. Здійснювати догляд за дренажами.
18. Промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати.
19. Видаляти дренажі.
20. Знімати шви.
21. Виконувати постановку очищуючих клізм.
22. Виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів.
23. Оформити історію хвороби.
24. Оформити лікарняний лист.
25. Виписати рецепт.
26. Оформити витяг з історії хвороби.
27. Надати правильні рекомендації після операцій з приводу травм живота щодо життя та трудової діяльності.
28. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
29. Інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень.
30. Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4. Зміст теми: Графологічні структури теми.

6.5. травма живота

Визначення	Травма живота це стан який виникає в наслідок прямої пошкоджуючої сили на органи черевної порожнини.
Розповсюдженість	Зростання травматизму в сучасному урбаністичному суспільстві виводить травматизм на третє місце по частоті серед причин смерті. По даним ВООЗ, щорічно в світі отримують пошкодження різної тяжкості 7-8 млн людей, 300000 осіб, найбільш працездатного віку, гинуть
Класифікація	<p>Класифікація травм живота</p> <p>А. Закриті травми</p> <p>Б. Відкриті травми</p> <p>За характером пошкодження тканин та органів</p> <p>1. Непроникаючі поранення живота:</p>

	<p>-з пошкодженням тканин черевної стінки; -з позаочеревинним пошкодженням кишечника, нирок, сечоводів та сечового міхура. .Проникаючі поранення живота: а) власно проникаючі: -без пошкодження органів живота; -з пошкодженням порожнистих органів; -з пошкодженням паренхіматозних органів; -з поєднаним пошкодженням порожнистих та паренхіматозних органів; б) торакоабдомінальні; в) супроводжуються пораненням нирок, сечоводів, сечового міхура. г) супроводжуються пораненням хребта та спинного мозку</p> <p>Класифікація травм підшлункової залози А. За глибиною пошкодження: - частковий розрив; - повний розрив; - розрив капсули; - забій підшлункової залози.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Б. Анатомічна локалізація: <ul style="list-style-type: none"> - пошкодження головки ПЗ; - пошкодження тіла ПЗ; - пошкодження хвоста <p>Класифікація травм 12-п. кишки забої стінки ДПК; - забої стінки з ізольованими гематомами; - розриви серозного та м'язового шарів із збереженням цілісності слизового шару; - повні розриви; - відриви ДПК з позаочеревинною гематомою.</p> <p>Класифікація травм шлунку Розриви шлунку можуть бути частковими та повними</p> <p>Класифікація травм тонкого і товстого кишківника</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повний розрив кишки. 2. Розчавлення. 3. Частковий надрив. 4. Гематома. 5. Розрив брижі: <ol style="list-style-type: none"> а) з порушенням кровообігу; б) без порушення кровообігу <p>Класифікація травм селезінки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Розрив паренхіми без пошкодження капсули (контузія). 2. Розрив капсули без суттєвого пошкодження паренхіми. 3. Розрив паренхіми та капсули (одномоментний розрив). 4. Розрив паренхіми з більш пізнім розривом капсули (двомоментний розрив). 5. Відрив селезінки <p>Класифікація травм сечового міхура Розрізняють внутрішньо- і заочеревинні розриви сечового міхура.</p>
Клініка	<p style="text-align: center;">Травми печінки</p> <ul style="list-style-type: none"> • Клініка та діагностика: шок, кровотеча та перитоніт. Короткочасна втрата свідомості, загальна слабкість, потемніння в очах,

головокружіння, нудота, блювота, болі в животі. Стан хворого тяжкий. Ціаноз, холодний піт, збудження, зниження АТ, тахікардія, симптом Хедрі та симптом пупка: натиснення на пупок та зміщення його донизу супроводжується болем.

- Непрямі ознаки пошкодження печінки: подряпини правої підреберної дуги та переломи ребер, утруднення дихання, відсутність перистальтики

Травми підшлункової залози

- Діагностика травм ПЗ тяжка. Велику допомогу може надати використання УЗД, КТ, лапароцентезу, і лапароскопії.
- Основні ознаки пошкодження ПЗ:

- інтенсивний біль у верхньому відділі живота;
- виражені явища шоку;
- підвищення вмісту амілази в сечі.

При лапароскопії:

- бляшки жирового некрозу на чепці, очеревині, брижі тонкої та товстої кишок;
- крововиливи у брижу поперечно-ободової кишки, шлунково-ободову зв'язку, малий чепець, випинання чепцевої сумки.
- заочеревинні гематоми

Травми шлунку і 12-п.кишки

Клініка та діагностика: різкий біль в животі, блювота з домішками свіжої крові. Крововиливи та подряпини на передній черевній стінці. Живіт не бере участі в акті дихання. Черевна стінка дошкоподібно напружена, різко болюча. Рентгеноскопія: симптом пневмоперитонеуму, зникнення шлункового міхура або його деформація. Лапароцентез. Лапароскопія: при розривах шлунку в черевній порожнині на чепці виявляється вміст шлунку

- **2 основних типи розривів ДПК:** внутрішньочеревний та заочеревинний.
- Внутрішньочеревний: геморагічний і перитонеальний синдроми. Скарги: різкий біль в животі, в правому підребірі з іррадіацією в праве плече. М'язи живота напружені. Розвивається картина перитоніту. Рентген: вільний газ у черевній порожнині. В підпечінковому просторі знаходять кров'янисту рідину забарвлену жовчу, фібрином.
- Розрізняють три типи клінічних проявів розриву заочеревинної частини ДПК:
 - розвиток перитоніту;
 - повільне наростання перитонеальної симптоматики – через 12-15;
 - поява ознак внутрішньоочеревинної або ретроперитонеальної патології через 3-4 дні після “прихованого періоду

Хворі скаржаться на біль у правому підребірі, який іррадіює у поперекову ділянку, обидва яєчка (симптом Батлера-Карлсона). При ректальному обстеженні не виявляють болючості, але при розвинутій клінічній картині можна відчутти крепітацію у передкрижовому просторі (симптом Батлера), що обумовлено емфіземою, яка поширилася на позаочеревинний простір

Травми товстого і тонкого кишківника

- **Тонка кишка** Розлитий біль, обмеження рухомості черевної стінки, напруження м'язів живота, зниження печінкової тупості, симптоми подразнення очеревини, блювота, підвищення температури та лейкоцитоз.
- Досить важко діагностувати пошкодження тонкої кишки без порушення цілісності кишкової стінки (забій та відрив брижі) у

перші години після травми. Це обумовлено тим, що біль поступово вщухає, настає тимчасова компенсація, а з часом розвивається перитоніт або формується кишечна непрохідність на фоні дегенеративних змін у стінці кишки. У цих випадках діагноз частіше є інтраопераційною знахідкою під час лапаротомії з приводу внутрішньоочеревинної кровотечі.

- Рентген: пневмоперитонеум.
- Лапароскопія: наявність в черевній порожнині серозно-кровоянистого випоту, плівок фібрину в місцях розриву при пошкодженні стінки
- **Товста кишка** Клінічна картина: різкий біль в животі, локальна та розлита болючість при пальпації живота, відсутність дихальних рухів передньої черевної стінки, її напруга, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, відсутність перистальтичних шумів, сухість язика та слизових оболонок.
- Діагностика: при лапароскопії в черевній порожнині визначається мутний випіт з нашаруванням фібрину, гіперемія очеревини. При великих розривах знаходять калові маси

Травми селезінки

Одномоментний розрив: симптоми внутрішньоочеревної кровотечі, геморагічного шоку, та подразнення очеревини. Симптом Розанова (ваньки-встаньки): хворий лежить на лівому боці з підтягнутими до живота стегнами; при спробі перевернути хворого на спину або на другий бік він знову перевертається і займає попереднє положення. Симптом Зегессера – лівобічний френікус-симптом

Травма сечового міхура

- Больовий синдром у нижніх відділах живота. Провідний симптом розриву сечового міхура – розлад сечовипускання; це супроводжується позивами на сечовипускання, що нагадують тенезми. Одночасно виникає відчуття повноти в нижніх відділах живота.
- При відкритих пошкодженнях з рани надлобкової ділянки вільно виділяється сеча.
- При позаочеревинних розривах сечового міхура в клінічній картині відсутній перитонеальний синдром на фоні розливої болючості в гіпогастрії із сечовими запливами на поперекову ділянку

Діагностика

Діагностична програма при травмах живота

- 1. Опитування хворого або осіб, що його доставили з метою з'ясування обставин та механізму травми.
- 2. Виявлення непрямих ознак пошкодження у вигляді ран, подряпин, крововиливів на черевній стінці та в поперековій ділянці.
- 3. Оцінка стану хворого та виявлення 3х основних травматичних синдромів:
 - шокового;
 - геморагічного;
 - перитонеального.

Геморагічний синдром

- Виникає при розриві печінки, селезінки, підшлункової залози, кишки, брижі, нирок.
- Клінічно проявляється помірними болями в животі, які іррадіюють у плече, блідістю, тахікардією, помірно наростаючою гіпотонією. Позитивні симптоми **Куленкампа** (пальпаторна болючість при м'якому животі), **Хедрі** (поява болючості при натисканні на груднину в лівому підребер'ї при травмі селезінки, а в правому при травмі печінки).

Притонеальний синдром

- Розвивається при розриві порожнистих органів.
- Характеризується розливою болючістю по всьому животі, яка не зникає повністю в спокої та при затримці дихання, а також посилюється при глибокому вдиху і кашлі.
- Впродовж наступних 3-4 годин біль зростає, потім настає період уявного покращення, який проявляється зменшенням болю та напругою м'язів живота. Він триває 5-6 годин та змінюється на картину вираженого перитоніту.
- Спочатку болючість відповідає розташуванню пошкодженого органа, а пізніше стає розповсюдженою.
- Зростають ознаки інтоксикації: ейфорія, тахікардія, підвищення температури, блювота та інші

. **Симптом Розанова** (ваньки-встаньки): хворий лежить на лівому боці з підтягнутими до живота стегнами; при спробі перевернути хворого на спину або на другий бік він знову перевертається і займає попереднє положення. Симптом **Зегессера** – лівобічний френікус-симптом

Вульнеографія

- Рани досліджують безпосередньо на операційному столі. Через введений катетер вводять від 60 до 100 мл водорозчинної контрастної речовини і відразу роблять знімки.
- При проникаючих пораненнях контрастна речовина під тиском потрапляє в черевну порожнину, розтікається по очеревині, змішуючись з кров'ю, накопичується переважно у відлогих місцях живота.
- Якщо ж рана не проникаюча, то контрастна речовина накопичується в м'яких тканинах черевної стінки, утворюючи депо з чіткими контурами

.Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, прями ознаки:

	<ul style="list-style-type: none"> • - наявність вільного газу в черевній порожнині; • - виявлення затікання контрастної речовини за межі тіні порожнистого органа; • - виявлення правобічного ретроперитонеуму або газу в ділянці паранефрію – патогномонічна ознака розриву ДПК; • - виявлення ознак міграції органів черевної порожнини в грудну порожнину. <p style="text-align: center;">Лапароцентез</p> <ul style="list-style-type: none"> • Критерії позитивного діагнозу: <ol style="list-style-type: none"> а) макроскопічно встановлено наявність крові або вмісту порожнистих органів в черевній порожнині; б) наявність більше ніж 100 000 еритроцитів в 1 мл рідини; в) більше ніж 500 лімфоцитів в 1 мл рідини; г) підвищений рівень амілази; д) наявність жовчі або бактерій
Лікувальна тактика	<p>Після лапаротомії, ревізії органів черевної порожнини, верифікацію характеру травми печінки та видалення згустків використовують 1 із способів тимчасової зупинки кровотечі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тимчасова тампонада. 2. Стиснення травмованої ділянки пальцями. 3. Перетиснення печінково-дванадцятипалої зв'язки – прийом Барона-Прингеля. 4. Повне тимчасове виключення печінки з кровообігу шляхом шунтування нижньої порожнистої та ворітної вен <p>Зашивання ран печінки.</p> <p>При невеликих ранах печінки накладають П-подібні шви, при затягненні яких тканини печінки не пошкоджуються. В той же час створюється досить задовільна герметизація</p> <p>Гепатопексія за Хіарі-Алферовим-Ніколаєвим</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мета: створення замкнутого ізольованого піддіафрагмального простору за наявності наступних показань: <ul style="list-style-type: none"> - розрив розташований по діафрагмальній або нижньодорсальній поверхні печінки; - відсутність пошкодження великих внутрішньоорганних трубчастих структур; - після обробки рани печінки. <p>Гепатопексію виконують наступним чином: печінка обережно втискається у глибину подребр'я та фіксується у цьому положенні вузловими швами, які з'єднують на всьому протязі вільний край правої частки печінки з парієтальною очеревиною</p> <p>Резекція печінки</p> <p>Абсолютні показання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - розрив основних позасудинних і позаорганних ніжок часток та сегментів печінки; - розчавлення тканини печінки; - множинні розриви та тріщини; - некроз частин печінки. <p>Відносні показання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемобілія;

	<p>- Інфіковані внутрішньопечінкові гематоми.</p> <p>Операцію завершують санацією та дренуванням черевної порожнини шляхом підведення поліхлорвінілових та Пенроуз-дренажів до місця пошкодження.</p> <p>Обов'язкове дренування підпечінкового та піддіафрагмального просторів</p> <p>Інші оперативні втручання на печінці- марлева тампонада ран паечінки, тампонада ран печінки великим чепцем крайова резекція печінки, резекція долі печінки.</p>
--	--

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1.Під поєднаною травмою при механічних ушкодженнях вважають –

- А.перелом стегна і гомілки з одної або двох сторін
- Б.переломи кісток кінцівок ,хребта, таза з одночасним ушкодженням внутрішніх органів
- В.переломи верхніх,нижніх кінцівок
- Г.пошкодження порожнистих і пренхіматозних органів при травмах живота
- Д.пошкодження магістральних судин і нервів

(Б)

2.Головною причиною при політравмі вважають –

- А.загноювання відкритих переломів з розвитком остеомієліта і сепсиса
- Б.травматичний шок і кровевтрата
- В.інфекції сечової системи
- Г. переліжки
- Д. застійна пневмонія

(Б)

3.Пошкодження сечового міхура і уретри частіше спостерігаються –

- А.при центральному звивиху стегна
- Б.при переломах крила здухвинної кістки
- В.при переломах сідничної і лонної кісток
- Г.при чрезвертлужному переломі
- Д.при переломах крестця і копчика

(В)

4.Еректильна фаза травматичного шоку характеризується –

- А. підвищенням А/Т
- Б.підвищенням пульсу
- В.усіма переліченими симптомами
- Г.прискоренням дихання
- Д.блідотою шкірних покривів

(В)

5.Для торпідної фази травматичного шоку не є характерним –

- А. зниження А/Т
- Б. підвищення пульсу
- В. прискорення дихання

Г.гіперимія шкірних покрівів
 Д. втрата зору
 (В)

6.Причиною ложно-абдомінального синдрому при поєднаній травмі вважається –
 А.перелом грудини і травма органів медистіння
 Б.звивих тазостагнового суглоба
 В.травми груді і ребер
 Г.забій хребта
 Д.чрезвертлужний перелом стегна
 (В)

7.Для проникаючого пораненні черевної порожнини характерне –
 А.пошкодження шкіри
 Б.пошкодження апоневрозу
 В.пошкодження вісцеральної очеревини
 Г.пошкодження парієтальної очеревини
 (Г)

8. Симптом «ваньки-встаньки) є характерним для пошкодження –
 А.селезінки
 Б.шлунку
 В.тонкого кишківника
 Г.товстого кишківника
 Д.печінки
 (А)

9.При пораненнях товстого кишківника накладають –
 А.двухрядний шов
 Б.трьохрядний шов
 В.межкишковий анастомоз
 Г.кишкову стому
 (Б)

10. При пораненнях селезінки показано-
 А.ушивання рани
 Б.спленектомія
 В.переміщення селезінки в заочеревний простір
 Г.»укутування» селезінки чепцем
 (Б)

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

Задача № 1

Воротар отримав сильний удар в епігастральну ділянку. Через 1 годину доставлений в приймальне відділення в тяжкому стані, скаржитья на різку біль в епігастральній ділянці. Біль поступово посилюється, став оперізуючим. З'явилося утруднення дихання. Стан хворого прогресивно погіршувався. Він блідий. Виражений акроціаноз, Покритий липким потом. Пульс слабого наповнення 140 уд. В хв. Живіт злегка піддут, є напруга м'язів, різка хворобливість в епігастральній ділянці. Симптом Щоткіна-Блюмберга тут слабо виражений. Печінкова тупість збережена. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. Еритроцитів в крові 140 г / л, Нь 140 г / л. Ваш діагноз?

Відповідь: Ушкодження підшлункової залози

Завдання № 2

Хворий Д., 42 років, поступив в хірургічне відділення, через 12 годин з моменту травми (о 12 годині ночі на заводі хворий впав і забив верхню частину живота об верстат). Всю ніч лежав у медпункті заводу. Відзначав невеликі болі в правому підребер'ї, які зменшувалися після введення баралгіна. При огляді в приймальном відділенні виявлено, що живіт втягнутий, черевна стінка в диханн участі не бере. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Хворий терміново взятий на операцію, де виявлено невелику кількість жовчі в черевній порожнини, імбібіція жовчю кореня брижі поперечно-ободової кишки; жовч просвічує че-рез очереви́ну близько дванадцятипалої кишки. Діагноз? Які помилки допущені на догоспітальному періоді? Що можна запідозрити по операційним знахідкам?

Відповідь: Діагноз: Тупа травма живота. Хворого вчасно не доставили в чергову лікарню. Введення анальгетиків зменшило вираженість клінічних симптомів. На операції за даними ознаками (просвічування жовчі через очереви́ну ДПК, імбібіція жовчю кореня брижі поперечно-ободової кишки) можна запідозрити пошкодження ДПК.

Завдання №3

Хвора С., 19 років поступила в лікарню швидкої допомоги, через 40 хвилин з моменту травми (впала з 4 поверху). При надходженні стан важкий, без свідомості (кома 2), шкірні покриви бліді, відзначаються множинні садни і невеликі рани голови і передньої черевної стінки, деформація правого стегна і лівого передпліччя, А / Т 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120І. При пальпації живіт м'який на пальпацію не реагує. Які діагностичні заходи необхідно виконати? Що можна по ним запідозрити? Тактика в залежності від діагностичних знахідок?

Відповідь: Необхідно провести лапароцентез. При наявності крові або кишкового вмісту - тупа травма живота. При наявності крові і кишкового вмісту - екстрена лапаротомія. При відсутності патологічного вмісту - і спостереження протягом 24-48 годин.

Завдання №4.

Хворий К., 22 років поступив в лікарню, через 24 години з моменту бійки (в бійці отримав удар ножом в поперекову область зліва). При надходженні стан важкий, шкірні покриви бліді, нудота, блювота, язик сухий, живіт не бере участі в акті дихання, при пальпації дефанс, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в усіх відділах. Перистальтика вислуховується, гази відходять, стільця не було. А / Т 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110І. Нв 140г / л. Нт 47%. Status localis: в поперековій ділянці зліва є колото-різана рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневий канал йде ззаду наперед і , пальпаторно кінець його не просліджується. Які діагностичні заходи необхідно виконати? Діагноз? Ваші лікувальні заходи?

Відповідь: 1. Необхідно виконати УЗД органів черевної порожнини. 2. Проникаюче колото-різане поранення черевної порожнини. Пошкодження полого органу. Розлитої перитоніт. 3. Передопераційна підготовка протягом 2 годин і потім екстрена лапаротомія.

Завдання №5.

Хворий У., 43 років, поступив в приймальне відділення через 2 години після удару ножом у живіт. Загальний стан середнього ступеня тяжкості, шкірні покриви блідо-рожеві. Живіт м'який, болючий в окологупочної області, де є колото-різана рана 3,5x2,0 см з евентрірованим пасмом великого чепця. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. А / Д 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 90 в 1 хв. Діагноз? Які додаткові діагностичні дослідження необхідно виконати? Ваші лікувальні заходи?

Відповідь: Проникаюче колото-різане поранення черевної порожнини. Евентрація пасма великого чепця. Для діагностики не потрібні додаткові дослідження. Екстрена лапаротомія з резекцією евентрірованої пасми сепця і ревізією черевної порожнини.

Завдання №6.

Хвора П., 18 років, надійшла в лікарню через 24 години після травми (впала на бордюрний камінь лівим боком при пробіжці на фізкультурі). Доставлялася в медпункт інституту , але була відпущена з діагнозом Забій лівої реберної дуги. УЗД і рентгенографія

не виконувалися. Протягом доби турбували тупі болі в лівому підребер'ї. Близько 1 години тому з'явилися різкі болі в лівій половині живота, слабкість, запаморочення, утруднення в диханні при горизонтальному положенні. Загальний стан важкий, шкірні покриви бліді. А / Т 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 хв. Нь 78г / л. Нт 26%. Живіт напружений, болючий в лівих відділах, симптом Щоткіна-Блюмберга сумнівний. Діагноз? Які помилки допущені на догоспітальному періоді? Ваші лікувальні заходи?

Відповідь: Тупа травма живота. Двухмоментний розрив селезінки. Внутрішньочеревна кровотеча. Хвора не була оглянута хірургом, не проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Екстрена лапаротомія. Спленектомія.

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Гавриленко О.Ф., Степанова Л.А. Хвороби цивілізації. Сучасні проблеми. - К. КДЛУ, 1999 с. 17-25.
2. Гоголев М.І. Основи медичних знань. – М.: Просвіта, 1991. – 112 с. Загальний догляд за дітьми. Калиновська Л.С., Гроховський В.Й., Жагліна А.Х., Єрмакова Е.В., Наконечний А.Й. -К.: Вища школа, 1993.
3. Миценко М.І. Забезпечення життєдіяльності людини в навколишньому середовищі. – Кіровоград, 1998. – 292 с
4. Мойсак О.Д. Основи медичних знань і охорони здоров'я. Навчальний посібник. – К.: Арістей, 2004. – 590 с
5. Олешко Л.Д., Бачинський Ю.С., Соловей М.І. Медико-педагогічні аспекти розвитку мови та кореляції мовних дефектів (Методичні рекомендації). – КНЛУ, 1997.
6. Олешко Л.Д., Городня А.І. Профілактика інфекційних захворювань в школах і дошкільних закладах. Методичні рекомендації. КНЛУ, 1992. 7.Петрик О.І. Медична допомога при травмах -К., 1992
7. Хабурзания А.К., Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В. Общие вопросы хирургической тактики при огнестрельных ранениях толстой кишки //Ранения толстой кишки в мирное и военное время.Материалы конференции. Красногорск,2012.- С.74-77.
8. Тявкин В.П., Григорьев С.Г., Афанасьев В.П. Хирургическая тактика при травматических повреждениях полых органов брюшной полости //Ошибки и осложнения при травме живота. Новосибирск, 2014 - С.27-28.
9. Ревской А.К. Огнестрельные ранения живота и таза. М.: Медицина,2014. - 401 с.
10. Carey M.E. Analysis of wounds incurred by U.S. Army Seventh Corps personnel treated in Corps hospitals during Operation Desert Storm, February 20 to March 10,1991 //J.Trauma. 2011.- V.40,№3.- P.165-169.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Бачинский Ю.С. Хирургия. Херсон, 2001.
2. Борисенко Н.Ф., Мовчанюк В.О., Меламент Л.Е., Рудь Г.В. Основные направления работы по формированию здорового образа жизни//Лікарська справа.-№5/6.- С.181.
3. Охрана здоровья в Україні: проблеми та перспективи/Заг. ред. д-ра. мед. наук, проф. В.М.Пономаренка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. -С.68. Охрана здоровья в Україні: проблеми та перспективи. - С.72-73.
4. Старушенко Л.М. Анатомія і фізіологія людини. - К.: Вища школа, 1989
5. Указания по военно-полевой хирургии. М.,2000. - 415 с.
6. Савальджи З., Эллис Г., ред. Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические и торакоскопические операции /Под ред. З. Савальджи, Г. Эллис: Пер. с англ. М.:Медицина,2000 - 360 с.

ТЕМА 18. ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ВАГІТНИХ. ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ. ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ. ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ. ЗАПОБІГАННЯ ПЕРЕДЧАСНИМ ПОЛОГАМ

1. Актуальність теми:

Чим відрізняються хірургічні хвороби вагітної жінки від аналогічних хвороб невагітної? Відповідь на це питання може бути різним. Хворіють вони одними і тими ж захворюваннями, а відмінністю можуть бути додаткові складнощі в діагностиці, тактика ведення і ускладнення хірургічної патології у вагітних жінок. Лікар не відразу може розпізнати захворювання, яке вимагає оперативного втручання, що протікає на тлі вагітності. Тому пильність в такій ситуації повинна проявити і сама жінка, а для цього їй необхідно хоча б у загальних рисах представляти ознаки найбільш поширених хвороб такого типу.

Хірургічна патологія, яка виникає у вагітних, часто є складною для діагностики, часто виникають діагностичні помилки, виникають певні труднощі при виборі лікувальної тактики, що може загрожувати як стану матері, так і життю плоду. Все це робить перебіг хірургічної патології у вагітних складним, а в деяких випадках фатальним. Слід зазначити, що є певні обмеження щодо застосування діагностичних досліджень. До того ж треба додати акушерську патологію, яка може симулювати хірургічну патологію, або супроводжувати її. Тому на всіх етапах діагностики та лікування вагітних з хірургічною патологією необхідна тісна взаємодія між хірургом та акушером-гінекологом.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати: особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічних ознак, методів додаткового обстеження у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

А також знати:

- анатомо-фізіологічні особливості організму у вагітних;
- класифікацію хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних;
- особливості етіології та патогенезу хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних;
- особливості клінічної картини хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних;
- особливості діагностичних методів при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних;
- особливості тактики при хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних;
- принципи лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних;
- надання першої допомоги при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних;
- особливості хірургічних втручань при хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, дані анамнезу;

- провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- вміти надавати першу допомогу при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з вагітними з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патфізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб	Особливості анатомії органів черевної порожнини у вагітних. Особливості фізіології органів черевної порожнини у вагітних. Патогенез розвитку хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних. Морфологічні зміни в органах черевної порожнини у вагітних. Клінічні прояви та методи діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.	Визначити топографію органів черевної порожнини у вагітних; інтерпретувати показники загальноклінічних лабораторних, в тому числі біохімічних тестів; Проводити фізикальне обстеження вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини
<i>Наступні дисципліни:</i> Акушерство	Перебіг фізіологічної та патологічної вагітності, загроза передчасних пологів, передчасні пологі, кесарів розтин	Провести диференційну діагностику з патологією вагітності. Запобігання передчасним пологам
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних в структурі хірургічних	Проводити диференційну діагностику хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.

	захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики
--	--	---

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані інструментальних обстежень Надавати невідкладну медичну допомогу вагітним з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини			+ + +
3.	Проводити диференційну діагностику хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.
2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.
3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.
4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми	

	хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізняти перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми, пальпаторні дані.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	УЗД Лапароцентез	Оцінювати отримані дані Розрізняти характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної	Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні функції ШКТ. Лапароскопічні, мініінвазивні та лапаротомні оперативні втручання.

	порожнини	
--	-----------	--

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. *Основний етап* – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. *Заключний етап* .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. *Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:*

Термін	Визначення
Гострий апендицит	Запалення червоподібного паростка
Гострий холецистит	Гостре запалення жовчного міхура
Гострий панкреатит	Захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать дегенеративно-запальні процеси, викликані автолізом її тканин власними ферментами
Перфоративна виразка	Посилення некробіотичного процесу в кратері виразки з подальшим порушенням цілісності стінки
Черевна грижа	Виходження органів черевної порожнини, вкриті очервиною, через природні отвори

6.2. *Теоретичні питання до заняття:*

91. Особливості анатомії органів черевної порожнини у вагітних.
92. Особливості фізіології органів черевної порожнини у вагітних.
93. Особливості етіології хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
94. Особливості патогенезу хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
95. Особливості клінічної картини хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.

96. Особливості діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
97. Диференційна діагностика хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
98. Принципи лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
99. Показання до різних методів лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у вагітних.
100. Особливості хірургічних втручань при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних.

6.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

37. зібрати та оцінити скарги у вагітних з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
38. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
39. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
40. вміти надавати першу допомогу при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у вагітних;
41. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
42. призначити передопераційну підготовку хворим;
43. вести післяопераційний період.

6.4. Зміст теми:

Графологічної структури теми.

6.5. Анатомічні і фізіологічні зміни при вагітності.

Визначення	Сукупність глибоких змін, що відбуваються в організмі жінки при вагітності, і змін, викликаних хворобою або травмою, може створити складну і неясну клінічну картину. Для правильної оцінки стану матері, її рідинного балансу та інтерпретації простих лабораторних тестів необхідне чітке розуміння фізіологічних та анатомічних змін, в нормі спостережуваних у вагітної пацієнтки. Крім того, патологічні стани, унікальні для вагітності, можуть проявлятися хворобою або травмою (наприклад, передчасне відшарування плаценти або емболія амніотичною рідиною), що слід враховувати як при діагностиці, так і при проведенні лікування. Після початкової стабілізації стану матері, слід розглянути можливість лікування та другого пацієнта (плоду).
Зміни серцево-судинної системи:	<p>У перші 10 тижнів вагітності серцевий викид зростає (до 1,0 - 1,5 л / хв), а потім утримується на цьому підвищеному рівні протягом усієї вагітності. У пізні терміни вагітності нижня порожня вена стискається (у положенні на спині) збільшеною маткою і серцевий викид різко знижується в результаті зменшення навантаження. При зсуві вагітної матки від нижньої порожнистої вени в кінці вагітності серцевий викид збільшується на 28-30%. Це може відбуватися або при зміні положення тіла пацієнтки поворотом на лівий бік, або за мануального зміщення матки.</p> <p>Частота серцевих скорочень при вагітності звичайно зростає. Ця фізіологічна тахікардія досягає максимуму (на 15-20 уд/хв вище початкових значень) наприкінці III триместру. Тахікардія як ознака гіповолемії у вагітних з травмою повинна інтерпретуватися з обережністю.</p> <p>Систолічний та діастолічний артеріальний тиск при нормальній вагітності знижується на 10-15 мм рт. ст. в II триместрі і поступово підвищується до кінця вагітності до початкового (до вагітності) рівня.</p> <p>На електрокардіографічні дані впливає зміщення серця збільшеною</p>

		<p>маткою. Це проявляється відхиленням осі серця вліво на 15°, а також сплюсненням або інверсією зубця R в III відведенні. Крім того, під час вагітності частіше спостерігається суправентрикулярна ектопія.</p>
Гематологічні зміни:		<p>Обсяг крові до кінця вагітності зростає максимум на 45%. Маса еритроцитів збільшується в меншій мірі, ніж обсяг плазми; отже, ділюційна анемія є нормальним фізіологічним станом при вагітності. Таке збільшення обсягу плазми дозволяє переносити велику втрату еритроцитів без звичайних ознак гіповолемії. Наприклад, в пізні терміни вагітності втрата 35% крові (III ступінь крововтрати) може не супроводжуватися гіпотензією і тахікардією. При нормальній вагітності спостерігається помірний лейкоцитоз. Кількість лейкоцитів в II і III триместрах сягає 18000, а під час пологів - 25000.</p> <p>Вагітність впливає і на фактори згортання: збільшується вміст фібриногену і факторів VII-X. Однак час кровотечі і згортання крові, протромбіновий час і частково тромбопластиновий час залишаються без змін. Ці зміни системи гемостазу (частково за рахунок підвищення рівня естрогену) збільшують ризик утворення венозного тромбозу. Крім того, вивільнення тромбопластину внаслідок хвороби або травми (наприклад, при передчасному відшаруванні плаценти) може ініціювати швидкоплинну коагулопатію.</p> <p>Швидкість осідання еритроцитів при нормальній вагітності збільшується до 60-80 мм на годину.</p>
Зміни в легенях:		<p>Дихальний об'єм в пізні терміни вагітності збільшується приблизно на 40%. Залишковий об'єм при вагітності зменшується приблизно на 25%, а частота дихання змінюється незначно.</p> <p>На гази артеріальної крові впливають збільшення дихального об'єму і зниження залишкового об'єму, що призводить до зменшення альвеолярного і артеріального тиску CO_2. В середньому P_{CO_2} становить 30 мм рт. ст. (проти 40 мм рт. ст. у невагітних). Нормальний рН підтримується завдяки збільшенню екскреції бікарбонату нирками.</p>
Зміни шлунково-кишковому тракті:	у	<p>Зниження моторики шлунку і зменшення часу його спорожнення сприяють підвищенню ризику аспірації, особливо у пацієток, що вимагають застосування загальної анестезії. Ознаки подразнення очеревини у вагітних менш надійні в цьому відношенні, ніж невагітних з травмою. Болісність та ригідність м'язів черевної стінки у вагітних часто знижені, з'являються пізніше або зовсім відсутні. Завдяки плацентарного компоненту лужної фосфатази рівень останньої до кінця терміну вагітності зростає в 2-3 рази в порівнянні з її рівнем у невагітних.</p>
Зміни сечовивідної системи:	в	<p>Розширення ниркових мисок і сечоводів (праворуч більше, ніж ліворуч) починається з 10-го тижня вагітності і зберігається аж до 6 тижнів після пологів.</p> <p>Січковий міхур зміщується догори і наперед, стаючи приблизно з 12-го тижня вагітності органом черевної порожнини; що робить його більш вразливим (у разі пошкодження).</p> <p>Зменшення сироваткового креатиніну та азоту сечовини в крові (0,5 і менш 10 мг/дл відповідно - в пізні терміни вагітності) відбувається в результаті посилення ниркового кровотоку і збільшення швидкості клубочкової фільтрації.</p>
Зміни репродуктивних органів:		<p>Під час вагітності довжина і вага матки збільшуються з 7 см і 70 грам до 36 см і 1000 грам наприкінці терміну вагітності. Великі розміри матки потенційно підвищують ризик ушкодження, як самого органу, так і його</p>

	вмісту (наприклад, розрив матки, відшарування плаценти, розрив плодових оболонок, пошкодження плоду). Кровообіг в матці зростає протягом вагітності з 60 до 600 мл/хв, що призводить до масивної крововтрати при порушенні цілісності маткових судин під час хірургічного втручання.
--	--

6.6. Хірургічна патологія при вагітності.

Гострий живіт	<p>Термін "гострий живіт" об'єднує велику групу захворювань органів черевної порожнини, які гостро виникають та загрожують життю та від яких більшість хворих можуть бути вилікувані тільки за допомогою екстреного хірургічного втручання. Частота окремих захворювань цієї групи у вагітних подібна або декілька перевищує таку поза вагітністю. Найчастіше зустрічаються ураження органів шлунково-кишкового тракту (апендицит - до 90% випадків). Є деякі особливості перебігу цих захворювань у вагітних. Крім підвищеної небезпеки для матері, гострі захворювання органів черевної порожнини несприятливо впливають на перебіг вагітності, викликаючи передчасне її переривання, викидні і передчасні пологи, можлива перинатальна смертність. Подібні ускладнення відзначаються у 5-7% жінок з гострим апендицитом, у 50-70% - при кишковій непрохідності, при перитоніті загибель дітей досягає 90%.</p> <p>Прогноз для матері і плоду при будь-яких гострих захворюваннях органів черевної порожнини суттєво погіршується зі збільшенням терміну вагітності та в пологах, що пов'язано із зростанням діагностичних труднощів і, отже, з затримкою операції.</p>
Гострий апендицит	<p>Перебіг захворювання. Під час вагітності створюються умови, що сприяють розвитку гострого апендициту. Під впливом прогестерону настає зниження тонусу і моторної функції шлунково-кишкового тракту, розвиваються закрепи. У зв'язку з атонією кишечника відбувається затримка його вмісту. Одночасно змінюється секреторна функція шлунково-кишкового тракту, що призводить до посилення вірулентності кишкової флори. Водночас з прогресуванням вагітності і збільшенням обсягу матки, змінюється розташування товстої кишки. Під час вагітності значно посилюється регіональний кровообіг у матці. Гіперемія тазових органів може бути причиною виникнення та розвитку гострого апендициту.</p> <p>Діагностика гострого апендициту при вагітності базується на тих же симптомах, що і поза вагітністю: раптовість захворювання, болі в епігастрії і зміщення їх у праву здухвинну ділянку, блювота, тахікардія, підвищення температури тіла. Найбільш типова клінічна картина в I триместрі вагітності. Діагностика захворювання утруднена при великих строках вагітності внаслідок зміни локалізації апендикса і перерозтягнення черевної стінки, картина захворювання стає менш чіткою. Накладає відбиток на клінічні прояви гострого апендициту і форма захворювання (проста або деструктивна). Висока ступінь інтоксикації, високий лейкоцитоз при зсуві лейкоцитарної формули вліво можуть свідчити про деструктивну форму (флегмонозною, гангренозною і перфоративною). У сумнівних випадках для підтвердження діагнозу хвору спостерігають у динаміці 1,5-2 год, повторюють лейкограми, біохімічні дослідження крові, аналізи сечі. Лабораторні дані зіставляють з результатами клінічного спостереження, температурою тіла, частотою пульсу, оглядом і пальпацією живота. Спостереження здійснюють спільно хірург і акушер-гінеколог.</p> <p>Перебіг вагітності ускладнюється загрозою викидня, передчасних пологів.</p> <p>При підтвердженні діагнозу гострого апендициту хворій показано</p>

	<p>оперативне лікування. Апендектомія має проводитися під ендотрахеальним наркозом, в умовах підвищеної оксигенації. Ніяка форма апендициту не є підставою для переривання вагітності будь-якого терміну. До кесаревого розтину вдаються в рідких випадках при поєднанні гострого апендициту з акушерської патологією, що вимагає оперативного розродження, або коли великий розмір матки перешкоджає виконанню основної операції. Оперованим вагітним призначається терапія, спрямована на збереження вагітності (спазмолітики, токолітики) та профілактику гіпоксії плоду. У випадках виникнення пологів у післяопераційному періоді показано, з метою виключення фізичного навантаження, накладення акушерських щипців.</p>
<p>Гострий холецистит</p>	<p>Серед неакушерських показань до хірургічного втручання під час вагітності гострий холецистит стоїть на другому місці (після гострого апендициту). Холецистектомія потрібно приблизно однієї вагітної з тисячі. Захворювання найчастіше розвивається на тлі жовчнокам'яної хвороби, внаслідок закупорки протоки міхура камінням. У 3,5-11% вагітних жовчнокам'яна хвороба перебігає асимптомно, а камні випадково виявляють при УЗД. Виникненню цього захворювання сприяє гіперхолестеринемія, яка виникає під час вагітності. Суттєву роль грає інфекція, негативно позначаються порушення діяльності шлунково-кишкового тракту. Утворення каменів у жовчному міхурі та розвиток у подальшому жовчнокам'яної хвороби патогенетично пов'язані з холециститом. Відома сімейна схильність до холециститу.</p> <p>Діагностика гострого холецистити, як і інших гострих захворювань органів черевної порожнини при вагітності, пов'язана з відомими труднощами, які зумовлені зміною топографо-анатомічних взаємин, до чого також приєднуються. Допомагає діагностиці гострого холецистити лабораторні дослідження: загальні та біохімічні показники крові та сечі, УЗД печінки і позапечінкових проток.</p> <p>Диференціальну діагностику холецистити при вагітності проводять перш за все з пієлонефритом, сечокам'яної хвороби, при наявності жовтяниці - з вірусним гепатитом, гестозами.</p> <p>Захворювання проявляється біллю в правому підребер'ї, з іррадіацією під праву лопатку, в плече, іноді болі мають тупий характер. Приєднуються нудота, блювота, печія. Загальний стан хворої спочатку залишається задовільним. При пальпації виявляється болючість в області жовчного міхура. З'являється біль при легкому ударі по правій реберної дузі (симптом Ортнера); біль на вдиху при пальпації правого підребер'я (симптом Кера); болючість між ніжками правою грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (симптом Мюссе).</p> <p>Хворі госпіталізуються у відділення патології вагітних, лікування хворих проводять спільно з терапевтами, хірургами. Призначається ліжковий режим, голод на 24-48 год, спазмолітики (но-шпа, баралгін, папаверин), внутрішньовенне введення ізотонічного розчину натрію хлориду і глюкози, комплекс вітамінів. При відсутності ефекту від консервативного лікування необхідно вирішити питання про операцію. Показанням для негайного переходу до оперативного лікування є ускладнення холецистити перитонітом, холангітом, механічною жовтяницею. Операція на жовчному міхурі та протоках проводиться за тими ж правилами, як і поза вагітністю. У післяопераційному періоді призначається лікування, спрямоване на збереження вагітності. Якщо захворювання розвивається до кінця вагітності, то водночас з консервативним лікуванням холецистити проводиться підготовка родових</p>

	<p>шляхів до подальшої положостимуляції. При неускладненому холециститі прогноз для матері і плоду в цілому задовільний.</p>
<p>Захворювання підшлункової залози</p>	<p>Вплив вагітності на функцію підшлункової залози до кінця не встановлено. Відомо, що при вагітності збільшується секреція глюкагону. Секреція інсуліну також підвищується, особливо наприкінці вагітності. Активність амілази сироватки, згідно з одними повідомленнями, не змінюється, згідно з іншими - збільшується, досягаючи максимуму до кінця II триместру вагітності. За допомогою електрофорезу білків сироватки виділено два ізоферменти амілази: P і S. Амілаза P утворюється в підшлунковій залозі, а амілаза S - в інших органах і тканинах. У зв'язку з цим при підвищенні активності амілази проводять електрофорез білків сироватки для визначення джерела ферменту.</p> <p>Поширеність гострого панкреатиту серед вагітних становить 1 на 3000 - 10000. Гострий панкреатит, як правило, пов'язаний з жовчнокам'яною хворобою і частіше розвивається в III триместрі вагітності.</p> <p>Причини гострого панкреатиту при вагітності:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікарські засоби: Азатіоприн, тіазидні діуретики, фуросемід, вальпроєва кислота. 2. Порушення відтоку: Жовчнокам'яна хвороба, Стеноз після хірургічного втручання, Запалення та набряк фатерова соска, Дивертикул дванадцятипалої кишки. 3. Метаболічні порушення: гіпертригліцеридемія, Гіперкальціємія, ХНН. 4. Інфекції: Аскаридоз, Епідемічний паротит та інші вірусні інфекції, мікоплазмозна інфекція. 5. Інші захворювання: Гостра жирова дистрофія печінки, ВКВ, пенетруюча виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, тромбоцитопенічна пурпура. <p>Вагітність не впливає на клінічну картину гострого панкреатиту. У 70-90% випадків спостерігаються нудота і блювота. Часто спостерігається гостра, інтенсивний і тривалий біль у шлунку, який віддає в спину. Панкреонекроз може ускладнитися крововиливом в заочеревинну клітковину. Це супроводжується ціанозом бічних поверхонь живота (симптом Грея-Турнера) і ціанозом параумбілікальної ділянки (симптом Куллена). Диференціальну діагностику проводять із гострим апендицитом, з розшаруванням аневризми черевної аорти, кишковою непрохідністю, гострим холециститом, діабетичним кетоацидозом, виразковою хворобою, пієлонефритом, паранефритом, перфорацією порожнистого органа і ниркової кількою. При лабораторних дослідженнях можуть відзначатися наступні зміни.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Легка гіпербілірубінемія (у 15% випадків, рівень білірубіну близько 4 мг%). 2. Лейкоцитоз вище 15000-30000 в мкл 3. Рівень амілази сироватки вище 2000 од/л. <p>Підвищення активності амілази сироватки може свідчити про гострий панкреатит. Паралельно підвищується активність ліпази сироватки, однак норма цього показника для вагітних поки точно не встановлена. Оглядову рентгенографію черевної порожнини виконують тільки при великій необхідності (виключають скупчення вільного газу). Для виявлення звапніння, набряку та несправжніх кіст підшлункової залози проводять УЗД. Якщо діагноз підтверджений, проводять лікування гострого панкреатиту та профілактику його частих ускладнень: гіпокальціємії, гіповолемії, гіпомагніємії і гіперглікемії. Крім того, при гострому</p>

	<p>панкреатиті високий ризик гострої ниркової недостатності, ДВС-синдрому, РДСВ, кровотеч у просвіті несправжніх кіст підшлункової залози.</p> <p>Лікування гострого панкреатиту при вагітності таке ж, як у невагітних. При консервативному лікуванні панкреатит зазвичай купується протягом 3-7 діб. Виконують знеболення, проводять інфузійну терапію та ретельний контроль вмісту кальцію, магнію та глюкози в сироватці. Відмінюють прийом їжі, рідини і лікарських засобів. Ентеральне харчування відновлюють після зниження активності амілази і ліпази в сироватці, а також відновлення функції кишечника (відходження газів, появи перистальтики і оформленого стільця). Рекомендується регулярна аспірація вмісту шлунка через назогастральний зонд. При тяжкому перебігу панкреатиту показано парентеральне харчування. При гострому панкреатиті можлива лихоманка, але якщо вона зберігається тривалий час, необхідно виключити інфекційні ускладнення. Ефективність профілактичної антимікробної терапії не доведена. При формуванні псевдокісти або абсцесу підшлункової залози показані невідкладні заходи, що включають черезшкірне або відкрите дренування.</p> <p>Якщо набрякла форма гострого панкреатиту розвивається до 12 тижнів вагітності, то після стихання захворювання бажано перервати вагітність. У разі розвитку гострого панкреатиту в пізні терміни вагітності, паралельно з консервативним лікуванням призначають підготовку пологових шляхів до дострокової пологодистимуляції. Якщо захворювання виникає в будь-які терміни вагітності і супроводжується загрозою переривання вагітності, то призначення лікування, спрямованого на її збереження, недоцільно. Пологи проводять через природні родові шляхи з ретельним знеболенням, одночасно продовжують інфузійну інтенсивну терапію, вводять достатню кількість спазмолітиків. Другий період пологів закінчують накладанням акушерських щипців.</p> <p>Одне з грізних ускладнень пологів - кровотечі, пов'язані з порушенням коагуляційних властивостей крові, тому обов'язково необхідно проводити профілактику кровотечі. У зв'язку з важкою інтоксикацією породіль збільшується інтра- та постнатальна смертність дітей. Після пологів стан хворих поліпшується мало, але з'являються умови для проведення масивної терапії, розширення спектру антибіотиків, спрямованих на лікування перитоніту або сепсису.</p> <p>Показаннями до оперативного лікування є перехід набряклою форми в деструктивну, гнійний панкреатит, перитоніт. Мета оперативного втручання - створити відтік активних ферментів з проток підшлункової залози, накласти розвантажувальну холецистостому і дренувати малий чепець, створити канал (тампони, дренажі) для відходження секвестрів підшлункової залози. Для виконання такого обсягу операції потрібно спорожнити матку. З іншого боку, на тлі важкого стану хворих виконання двох операцій ще більше погіршує стан жінки. Післяопераційний період протікає важко, притаманний високий відсоток ускладнень і летальних випадків.</p>
Виразкова хвороба	<p>Виразкова хвороба зустрічається в 1 з 4000 вагітних. Ці дані можуть бути занижені, оскільки діагностика виразкової хвороби під час вагітності утруднена. Вважають, що ризик виразкової хвороби під час вагітності знижується.</p> <p>Клінічні прояви виразкової хвороби включають тупий, ниючий біль у шлунку, іноді з іррадіацією в спину. Біль зазвичай проходить після прийому їжі або антацидів. Іноді буває блювота з домішкою незміненої або зміненої крові (остання схожа на кавову гущу). Призначають гастроскопію.</p>

	<p>Це дослідження допомагає підтвердити діагноз, а також провести диференціальну діагностику між виразковою хворобою та іншими станами, що потребують лікування.</p> <p>Лікування виразкової хвороби під час вагітності: Виключають куріння та алкоголь. Призначають антациди, сукральфат, блокатори протонної помпи, H₂-блокатори. Рідкі антациди застосовують у дозі 30 мл всередину кожні 2-3 год. Перед призначенням сукральфату або H₂-блокаторів обов'язково проводять гастроскопію.</p> <p>1. Сукральфат являє собою основну алюмінієву сіль октасульфата сахарози. При потраплянні в шлунок препарат утворює на ділянці дефекту слизової захисну плівку. Він перешкоджає дії пепсину і стимулює утворення бікарбонату. Сукральфат застосовують у випадку, якщо лікування антацидами неефективно. Препарат призначають внутрішньо по 1 г за 1 год до прийому їжі і перед сном. Антациди можна приймати не раніше ніж через 1 год після прийому сукральфату. Побічна дія препарату - закрепи.</p> <p>2. H₂-блокатори - циметидин, ранітидин і фамотидин - зворотно зв'язуються з H₂-рецепторами обкладинних клітин слизової шлунка і блокують шлункову секрецію, а також блокатори протонної помпи (омепразол, ланзапразол, пантопразол, езомепразол) - блокують «протонний насос» через ще знижують до мінімуму секрецію соляної кислоти. Ці препарати не рекомендується широко використовувати під час вагітності.</p> <p>3. Вагітним не рекомендується проводити ерадикацію <i>Helicobacter pylori</i>, так як можливі побічні ефекти антибіотикотерапії на плід.</p> <p>При шлунково-кишкової кровотечі різко підвищується ризик загибелі плода та розвитку ускладнень з боку матері. Масивна кровотеча під час вагітності є показанням до екстреного оперативного втручання.</p>
гостра кишкова непрохідність	<p>Гостра кишкова непрохідність (ГКН) може зустрічатися у вагітних та породіль. Сприяючими факторами є наявність зрощень, спайок, хронічних запальних процесів, ускладнення протягом післяопераційного періоду у минулому, зміна моторної функції шлунково-кишкового тракту, пов'язане з вагітністю. У вагітних зустрічається як механічна, так і динамічна непрохідність кишечника. Частота їх при вагітності і поза нею приблизно однакова (відповідно 88% і 12%). Клінічні прояви динамічної непрохідності розвиваються поступово, починаючись із затримки калу та газів, розтягнення товстої кишки, яке згодом поширюється на тонку. Потім приєднується "калова" блювота, наростають явища перитоніту.</p> <p>Механічну непрохідність поділяють на обтураційну, странгуляційну, змішану та судинну (інфаркт кишечника).</p> <p>Клінічна картина ГКН у вагітних відрізняється великою різноманітністю, що пов'язано із залежністю її проявів від рівня непрохідності, відсутності або наявності компресії судин і нервів брижі, їх ступеня та різновиди, від часу, що пройшов з початку захворювання, а також від терміну вагітності та обсягу плодового яйця. Чим вище рівень непрохідності, тим більше виражені загальні прояви хвороби, блювота і важке зневоднення, зате менш виражене здуття живота, відсутня затримка калу, метеоризм.</p> <p>Компресія судин брижі, що призводить до гострого порушення трофіки кишки (при завороту, вузлуотворенні, при інвагінації і спайкової непрохідності), викликає в короткі терміни її некроз з наступним проривом. При домінуванні компресії вен некроз кишки розвивається за 1-2 годин від початку захворювання, відзначаються найгостріші болі через</p>

наростаючого набряку і імбібіції кишки кров'ю, можливі клінічні прояви шоку.

При порушенні притоку і відтоку крові в брижі симптоми ГКН різко виражені, але частіше переважають явища швидко прогресуючого перитоніту, викликаного легкою проникністю кишкової стінки, іноді і її перфорацією.

У початковому періоді розвитку ГКН (2-12 год) хворі скаржаться на болі в животі, які раптово з'явилися, здуття, пов'язане з затримкою газів і калу, блювоту. Біль має переймоподібний характер (її поява збігається з посиленням кишкових шумів), але може бути й постійною, що нападає подібно підсилюється (при странгуляції). У другій фазі захворювання (12-36 год) переважають гемодинамічні розлади. Через послаблення скорочень кишечника болі зменшуються і змінюється їх характер: вони стають постійними, збільшується метеоризм, наростає блювання. З'являються ознаки порушення діяльності паренхіматозних органів (печінки, нирок), наростають порушення водно-сольового обміну (дегідратація, гіпохлоремія, гіпонатріємія, гіпокаліємія, зрушення КОС). У пізньому періоді хвороби ("періоді результату") стан хворих вкрай важкий, висока летальність як матері, так і плоду, як результат інтоксикації материнського організму.

У вагітних, та породіль важко діагностувати захворювання, особливо в II і III триместрах вагітності, оскільки відсутні типові симптоми ГКН (гострої непрохідності кишечника) при пальпації і перкусії живота при доношеній вагітності, неможливо рентгенологічно досліджувати шлунково-кишковий тракт і визначити горизонтальні рівні. Болі при ГКН можуть бути помилково прийняті за початок родової діяльності і хворих доставляють у акушерські стаціонари, в результаті втрачається час для хірургічного лікування, майже у половини вагітних операції проводять пізніше 36 год від появи початкових симптомів гострої кишкової непрохідності. ГКН може бути причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, може бути прийнята за іншу патологію гострого живота, розрив матки. У результаті всіх ускладнень прогноз вагітності при ГКН несприятливий.

При ГКН тактика ведення вагітності залежить від виду кишкової непрохідності. Консервативні методи лікування мають не лише лікувальне, але й діагностичне значення. Консервативне лікування можна розпочати з введення атропіну сульфату, призначення сифонної клізми. Застосування засобів, що підсилюють перистальтику, до з'ясування характеру непрохідності вважається непоказаним. Одночасно проводиться евакуація шлункового вмісту (через ніс, тонким зондом). Інфузійна терапія повинна проводитися в повному обсязі.

Безуспішність консервативних заходів протягом 1,5-2 год служить підставою для операції. Оперувати хворих можна в умовах акушерського стаціонару, починаючи з 28 тижнів вагітності (на ранніх термінах хворі можуть перебувати у хірургічних відділеннях). Якщо під час вступу в стаціонар діагноз гострої механічної непрохідності ясний, то вагітну відразу починають готувати до операції. Обов'язкова профілактика гіпоксії внутрішньоутробного плоду. Обсяг оперативного втручання, пов'язаний з непрохідністю, визначає і виконує хірург. Переривання вагітності показано у випадках динамічної кишкової непрохідності, обумовленої самої вагітністю, якщо хірургічне лікування виявляється неефективним. У решти хворих слід уникати операцій на матці, якщо тільки не виникає нагальної потреби в її спорожнюванні з технічних причин або з найсуворіших

	<p>акушерських показань. При вимушеному в умовах перитоніту кесаревому розтину слідом за спорожнюванням матки має слідувати її видалення. Інтереси врятування життя хворої при важкому захворюванні повинні переважати над усіма іншими міркуваннями.</p>
<p>Варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок</p>	<p>Вважається, що поширеність ВРВ під час вагітності коливається в межах від 20 до 50%. Підвищення концентрації прогестерону під час вагітності призводить до зниження тону мускулатури, зниження її збудливості і сприяє розтягуванню венозної стінки, яка зростає до 150% від норми і повертається до неї через 8-12 місяців після пологів. Через підвищення венозного відтоку по внутрішнім клубовим венам створюється функціональна перешкода відтоку венозної крові з зовнішніх вен. Підвищення концентрації прогестерону і гіпофізарних гормонів під час вагітності сприяє відкриттю артеріовенозних шунтів та розвитку венозної гіпертензії в нижніх кінцівках. Компресія клубових вен вагітною маткою натепер не знайшла переконливого підтвердження і самостійно не розглядається як причина варикозного розширення, оскільки розширення вен відбувається вже на перших тижнях вагітності.</p> <p>Основними симптомами ВРВ є: наявність варикозно розширених вен (їх косметична дисконфігурація), відчуття важкості (синдром «важких» ніг), судоми, біль, набряк, шкірні гіперпігментація, ліподерматосклероз, екзема, виразка.</p> <p>На початку захворювання нерідко першими симптомами є телеангіектазії або ретикулярні вени, що виникають внаслідок внутрішньошкірного і підшкірного варикозу переважно в області внутрішньої поверхні дистальної частини гомілки, потім може спостерігатися розширення притоків великої і малої підшкірних вен. З наростанням хронічної венозної недостатності вени стають все більш звитими і розширеними, що виявляється вже і в проксимальних відділах нижніх кінцівок. Надалі розвивається поширений варикоз, переважно, у басейні великої підшкірної вени та її притоків. Деякі хворі мають вкрай виражені, великі і множинні варикозні вени і жодних інших симптомів у зв'язку з компенсованим венозним відтоком крові по глибоких і комунікантних венах. У той же час інші хворі при незначних одиничних розширених поверхневих венах страждають від важкого болю в ногах унаслідок вираженої венозної гіпертензії.</p> <p>У жінок молодого віку може спостерігатися помірно розширення поверхневих вен, яке нерідко проявляється неприємними відчуттями під час менструації. Зазвичай ці вени стають більш розширеними і множинними під час вагітності.</p> <p>У зв'язку з хронічною венозною недостатністю багатьох хворих турбує тупий біль у ділянці гомілки, що виникає зазвичай після тривалого стояння і зникає при піднятті ноги або при використанні еластичного бинтування. Поряд з болями можуть спостерігатися судоми в області м'язів гомілки в нічний час. Біль може збільшуватися в теплу вологу погоду внаслідок сольової та водної затримки, які посилюють набряк. Хворі можуть відчувати також біль вздовж розширених вен після тривалого стояння, що є результатом венозного стазу і розтягування венозної стінки. У разі неспроможності клапанів глибоких вен і важкої венозної гіпертензії при стоянні з'являється сильний пекучий біль у гомілці, який може позбавити хворого працездатності.</p> <p>Набряк є раннім симптомом ВРВ нижніх кінцівок. Він помірно виражений і обмежується областю стопи і кісточок і повністю зникає після нічного сну. При більш поширеному ВРВ з важким ступенем хронічної</p>

венозної недостатності набряк поширюється до середньої частини гомілки. У результаті розвивається лімфовенозна недостатність і формується хронічний набряк з розвитком підшкірного фіброзу.

При тривалій хронічній венозній недостатності може виникати пігментація шкіри, вторинний екзематозний дерматит і трофічні виразки. Ці зміни локалізуються в області внутрішньої щиколотки, де найбільше виражена венозна гіпертензія через неспроможність прямих перфорантних вен та дисфункції м'язово-венозної помпи.

ВРВ нижніх кінцівок може бути:

1. без виразки або запалення;
2. із запаленням (застійний дерматит і целюліт);
3. з виразкою;
4. з виразкою та запаленням;

Кінцівки хворої слід оглядати в положенні стоячи спереду, збоку і ззаду, від стопи до рівня грудей. Дані обстеження заносяться в анатомічну діаграму нижніх кінцівок. Такий огляд дозволяє легко виявити напружені, особливо в області внутрішньої щиколотки, дилатовані, видовжені і покручені підшкірні вени на рівні гомілки і стегна. Якщо вени погано видно з-за набряку або ожиріння, вони можуть бути виявлені за допомогою пальпації. Ступінь набряку і його поширення в області стопи, гомілковостопного суглоба та гомілки документується за допомогою вимірювальної стрічки в певних точках. Розташування венозної виразки, її розміри, глибина відзначаються на діаграмі, а також описується наявність грануляцій. З виразки повинен бути взятий матеріал для бактеріологічного, а в разі потреби і для цитологічного і гістологічного досліджень.

Потім кінцівка пальпується. Визначається ступінь напруженості підшкірних тканин - набряк їх може бути незначним, легко продавлюється пальцем («шаховий» набряк), а може бути дерев'янистої щільності, резистентним до пальпації. Можливо також підвищення температури шкіри, яке вказує на приєднання целюліту.

Діагностика ВРВ нижніх кінцівок

З метою виявлення рефлюксу по поверхневим і перфорантним венам виконуються проби Броді-Троянова-Тренделенбурга і Гаккенбруха.

Інструментальна діагностика:

1. Ультразвукова доплерографія
2. Дуплексне сканування з кольоровим доплерівським картуванням по енергії, що виконується у фізіологічних умовах і дозволяє оцінити прохідність і стан клапанного апарату поверхневих, глибоких і перфорантних вен, визначити протяжність підшкірних вен, контролювати результати лікування. У нормі змикання стулок клапанів вен в результаті функціональних проб затримується майже на 2 с, у результаті чого спостерігається ретроградний рух крові.
3. Флебодіагностика проводиться лише в тих випадках, коли необхідно точно встановити наявність або відсутність тромбів глибоких вен.

4. Ендоскопічне дослідження вен є багатообіцяючим методом, який поки що не ввійшов в клінічну практику і знаходиться на стадії розробки. Він дозволяє точно визначити будову великої і малої підшкірних вен, локалізацію і функцію їх клапанів і місця впадання притоків.

Ускладнення

1. Пігментація і екзематозний дерматит, фіброз підшкірної клітковини, звапніння або осифікація підшкірно-жирової тканини.
2. Трофічна виразка (відкрита або що зажила).
3. Тромбофлебіт поверхневих вен (на обмеженій ділянці або значному

	<p>протязі, з поширенням на глибокі вени).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Кровотеча з тонкостінного варикозного вузла. 5. Тромбоемболія легеневої артерії (рідко, при поширенні тромбофлебіту на глибокі вени).
Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок	<p>Класичними симптомами тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок є: набряк, біль, болючість при пальпації, ціаноз і підвищення температури шкіри кінцівки, розширення поверхневих вен. Клінічні ознаки тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок залежать від локалізації та поширеності тромбозу, ступеня порушення прохідності вен (стеноз або обтурація просвіту), розвитку венозних колатералей. Клініка широко варіює - від відсутності симптомів до тяжких болів, масивного набряку і навіть гангрені кінцівки.</p> <p>Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок нерідко протікає асимптомно, коли немає перешкоди венозному відтоку. Часто ця ситуація залишається нерозпізнаною і спостерігається при тромбозі тільки однієї з вен гомілки або за наявності флотуючого тромбу в клубовій і нижній порожнистій венах. В таких випадках тромбоемболія легеневої артерії може бути першим проявом асимптомного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.</p> <p>Симптоми тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок розвиваються, як правило, протягом періоду від кількох годин до одного - двох днів з початку тромбоутворення. Іноді клінічні прояви запізнюються майже на 2-5 діб по відношенню до фактичного часу формування тромбу.</p> <p>Симптоми тромбозу глибоких вен гомілки включають:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. набряк в області стопи, кісточок і дистальної частини гомілки; 2. болючість при пальпації м'язів гомілки; 3. поява болю в литковому м'язі при рухах стопи в тильному напрямку; 4. підвищення температури шкіри ураженої гомілки за рахунок збільшення кровотоку по поверхневим венах і запалення; 5. поява болю, дискомфорту та напруги в ікрі, особливо, коли хвора сидить, стоїть чи ходить, а також здійснює активні рухи стопи в тильних напрямках. Болі зазвичай зменшуються у спокої, перш за все, якщо нижня кінцівка піднята; 6. розширені поверхневі вени. Різниця в об'ємі ураженої кінцівки, встановлене за допомогою виміральної стрічки, у порівнянні з неураженою є одним з найбільш достовірних ознак набряку. <p>Масивний тромбоз вен гомілки в окремих випадках поєднується зі зникненням пульсації на периферичних артеріях, обумовлених їх спазмом. При цьому треба мати на увазі, що тромбоз вен гомілки може бути вторинним по відношенню до закупорки артерій цієї кінцівки.</p> <p>При висхідному процесі тромбоз поширюється на підколінну і поверхневу вени до гирла глибокої вени стегна (з'являються біль і болючість в дистальній частині стегна і в підколінній області). Набряк більше виражений, ніж при тромбозі гомілкових вен і поширюється на ділянку колінного суглоба, що супроводжується обмеженням в ньому руху.</p> <p>При клубово-стеговому (ілеофеморальному) тромбозі з повною обтурацією загальної стегової вени, глибокої вени стегна і/або зовнішньої клубової вени настає гостре порушення венозного відтоку із зростанням венозного тиску в області стопи більш ніж в 10 разів.</p> <p>Клінічна картина характеризується підвищенням температури тіла, появою болю у попереково-крижовій області, внизу живота, в клубовій і паховій областях. Уся нижня кінцівка аж до пахової складки стає набряклою. У деяких хворих набряк може поширюватися на мошонку,</p>

сідницю і передню черевну стінку на стороні поразки. При пальпації визначається як набряк підшкірної клітковини, так і м'язів. Відзначається виражена болючість в проекції стегнової вени, в паху. Підшкірні вени на стегні, особливо в паховій ділянці, на передній черевній стінці, з боку ураження, можуть бути розширені.

При ілеофemorальному тромбозі за ступенем вираженості розладів гемодинаміки в ураженій кінцівці можуть спостерігатися три форми розвитку: 1) Phlegmasia alba dolens (білий болючий набряк) характеризується артеріальним спазмом, зниженням або зникненням периферичного пульсу; нижня кінцівка бліда і холодна на дотик; 2) Phlegmasia coerulea dolens (синій болючий набряк) є більш важкою формою ілеофemorального тромбозу і супроводжується розвитком ціанозу; 3) венозна гангрена, яка виникає при порушенні прохідності (спазмі) артеріального русла нижньої кінцівки. З залученням клубової вени з'являється характерна симптоматика: набряки нижніх кінцівок, статевих органів, нижньої половини тулуба, відзначається різке розширення вен передньої черевної стінки.

Інші форми венозного тромбозу: тромбоз нижньої порожнистої вени (НПВ) рідко настає як неонатальний феномен з набряком (іноді з венозної гангrenoю) в обох нижніх кінцівках. У дорослих стан може виникнути спонтанно, частіше за все, як продовження білатерального ілеофemorального тромбозу. Найпоширенішою причиною тромбозу НПВ є перерва кровообігу по ній з метою профілактики тромбоемболії.

Зазвичай виділяють тромбози інфраренального, ренального і печінкового сегментів НПВ. Виразність клінічних симптомів залежить від рівня тромбозу та ступеня порушення прохідності НПВ. За наявності пристінкового тромбу інфраренального сегменту НПВ хвороба може протікати асимптомно. При збереженому кровообігу існує реальна небезпека виникнення ТЕЛА.

При тромбозі нижньої порожнистої вени на рівні ниркових вен з'являється біль в проекції нирок. Потім настає гостра ниркова недостатність (олігурія, анурія, уремія), що нерідко призводить до смерті хворих.

При тромбозі печінкового сегмента нижньої порожнистої вени приєднується порушення відтоку крові по печінковим венам, що проявляється збільшенням печінки, асцитом, вираженим розширенням вен передньої черевної стінки і нижньої половини грудної клітини, проявляється набряками нижніх кінцівок, жовтяницею.

Метою лікування є попередження розповсюдження первинного тромбозу і тромбоемболії легеневої артерії, а також утворення нових тромбів і післятромбофлебітичного синдрому (ПТФС). У переважній більшості хворих на тромбоз глибоких вен проводиться консервативне лікування.

В умовах стаціонару хворому призначають постільний режим, з піднятою ураженою кінцівкою, приблизно на 15-20 градусів вище рівня серця, що збільшує венозне повернення, інгібує утворення нових тромбів, зменшує набряк і біль. Постільного режиму необхідно дотримуватися, принаймні, протягом 7-8 діб, тому що до цього часу тромби стають фіксованими до венозної стінки. Постільний режим повинен бути продовжений поки є біль, набряк болючість ураженої кінцівки.

Поступове розширення режиму дозволяється з компресійною еластичною підтримкою, стояння та сидіння з опущеними ногами повинні бути виключені, тому що викликають підвищення венозного тиску,

посилюють набряк і дискомфорт. Використання еластичної підтримки та обмеження в стоянні і сидінні потрібні протягом 3-6 місяців, поки не наступить реканалізація тромбованих вен і не утворяться колатералі.

Лікування включає застосування антикоагулянтів, якщо немає специфічних протипоказань. Антитромботичну терапію гепарином слід починати негайно. Початкова доза розраховується з розрахунку ваги хворого (це дозволяє уникнути передозування препарату) і становить 500 ОД / кг на добу (30 000 ОД / добу). Гепарин вводять внутрішньовенно через кожні 4-6 годин або безперервно крапельно щодоби під контролем активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ). Тривалість курсу лікування гепарином – в межах 7-10 діб (до 2-3 тижнів). Цей час потрібний для міцної фіксації тромбу до венозної стінки. Останнім часом вважається оптимальним використання низькомолекулярного гепарину (НМГ) у підібраній за масою тіла дозі. Якщо до кінця цього часу болі і болючість нижньої кінцівки зберігаються, гепаринотерапія повинна бути продовжена до їхнього зникнення. Застосування непрямих антикоагулянтів (Варфарину та ін.) протипоказане у зв'язку з можливою загибеллю плоду.

Хірургічне лікування включає: 1) тромбектомію з глибоких вен нижніх кінцівок 2) часткову або повну рідше оклюзію нижньої порожнистої вени.

Показаннями для тромбектомії з глибоких вен нижніх кінцівок є:

1. синя флегмазія, особливо якщо консервативне лікування неефективно протягом 24-72 год;
2. рецидивуюча ТЕЛА;
3. тромби що флотують, в ілеокавальному або ілеофemorальному сегментах, які виявляються при дуплексному скануванні і при флебографії;
4. швидко наростаючий тромбоз при будь-якому типі гострого ілеофеморокавального тромбозу.

Суть операції тромбектомії є в наступному:

1. попередження подальшого поширення тромбозу, що може викликати венозну гангрену кінцівки;
2. усунення джерела ТЕЛА;
3. попередження розвитку ПТФС.

Кращі результати приносить видалення свіжих тромбів (24-48 годин від початку захворювання), оскільки більш «старі» тромби не можуть бути вилучені балонним катетером через їх адгезії до венозної стінки.

З метою попередження ТЕЛА застосовують паліативні методи хірургічного лікування шляхом створення перешкоди чи перепони просуванню емболів в нижню порожню вену без істотного порушення венозного відтоку. До них відносяться: 1) парціальна оклюзія нижньої порожнистої вени за допомогою накладення лігатури і 2) плікація нижньої порожнистої вени 3) імплантація кавафільтрів.

Показаннями до такого механічного захисту є:

1. протипоказання до антикоагулянтної терапії;
2. рецидив ТЕЛА, незважаючи на адекватну антикоагулянтну терапію;
3. неможливість виконати тромбектомію з ілеокавального та/або ілеофemorального сегментів у зв'язку з пізнім зверненням за медичною допомогою або запізненою діагностикою;
4. наявність інших протипоказань до операції;
5. ускладнення антикоагулянтної терапії;
6. неповна тромбектомія;
7. тромби глибоких вен з респіраторними порушеннями;
8. вільно флотуючий тромб в ілеокавальному або ілеофemorальному сегментах;

	<p>9. тромбоз глибоких вен в анамнезі у хворих, що перенесли хірургічну операцію з високим ризиком розвитку ТЕЛА;</p> <p>10. септичний тромбофлебіт при неефективності консервативної терапії.</p> <p>Перерва нижньої порожнистої вени може сама по собі індукувати ішемічний синдром. Метод стенозування нижньої порожнистої вени лігатурою легше, безпечніше і більш швидкий. Використання кава-фільтр, який забезпечує прохідність НПВ в 95% і не веде до збільшення частоти ПТФС є методом вибору. Розрізняють кава-фільтри тимчасові та постійні. Зараз для встановлення кава-фільтру використовують малоінвазивні технології рентгенхірургії, замість складних та тяжких відкритих операцій, які використовувалися раніше.</p>
Геморой	<p>Крім ембріональних факторів ризику, у вагітних виникають і інші патологічні фактори: часті запори, стиснення тазових органів вагітною маткою, а у пологах - голівкою плоду, сильні потуги та ін. Тому геморой дуже часто виникає до пологів і ще частіше - після них. Внаслідок цього вважають геморой у вагітних не патологією, а варіантом норми.</p> <p>Ще одна особливість - геморой у вагітних часто поєднується з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок.</p> <p>Лікування геморою при вагітності повинно бути консервативним. Воно поєднує: дієту, легкі фізичні вправи, обережний водний туалет після дефекації, проносні. При появі свербіння, болів, кровотеч, призначають свічки, мазі, сидячі ванни, бутадіон.</p> <p>При профузній кровотечі можна виконати склерозуючі ін'єкції, при випаданні великих вузлів в даному випадку можна спробувати їх обережно вправити в теплій сидячій ванні, але краще цих ситуацій запобігти і інтенсивно лікувати геморой при вагітності консервативно. При гострому геморої показані примочки з фурациліном, ріванолом, новокаїном, теплі сидячі ванни з перманганатом калію, компреси з маззю Вишневського, а при тромбофлебіті або флеботромбозі - свічки та мазі з гепарином і ферментами (хімотрипсин). У тяжких випадках показане виконання параректальної новокаїнова блокада з додаванням канаміцину. Сприятливо діє місцево УВЧ-терапія. При випаданні вузлів відразу після відділення посліду (звичайно через 15-30 хв.) слід обережно спробувати їх вправити після теплої сидячій ванни. Слід звернути увагу, що вправлення вузлів дозволяється тільки у вагітних та породіль як тимчасовий захід, що полегшує стан</p>

Лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження.
2. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
3. Сонографія.
4. Загальний аналіз крові й сечі.
5. Діастаза сечі.
6. Біохімічний аналіз крові (білірубін, амілаза, аланінами-нотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, залишковий азот, креатинін).
7. Коагулограма.

Лабораторні дані. Лейкоцитоз у межах $10 \times 10^9/\text{л}$ і більше, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія і збільшена ШОЕ.

Сонографічне дослідження жовчного міхура може виявити збільшення його розмірів, потовщення стінок, розвиток перивезикальних абсцесів, наявність чи відсутність конкрементів і їх розміри.



Рис. 18.1 УЗД при гострому калькульозному холециститі



Рис. 18.2. УЗД при перивезикальному абсцесі



Рис. 18.3. УЗД при гострому панкреатиті



Рис. 18.4. Перфоративна виразка 12-палої кишки на фіброгастроскопії

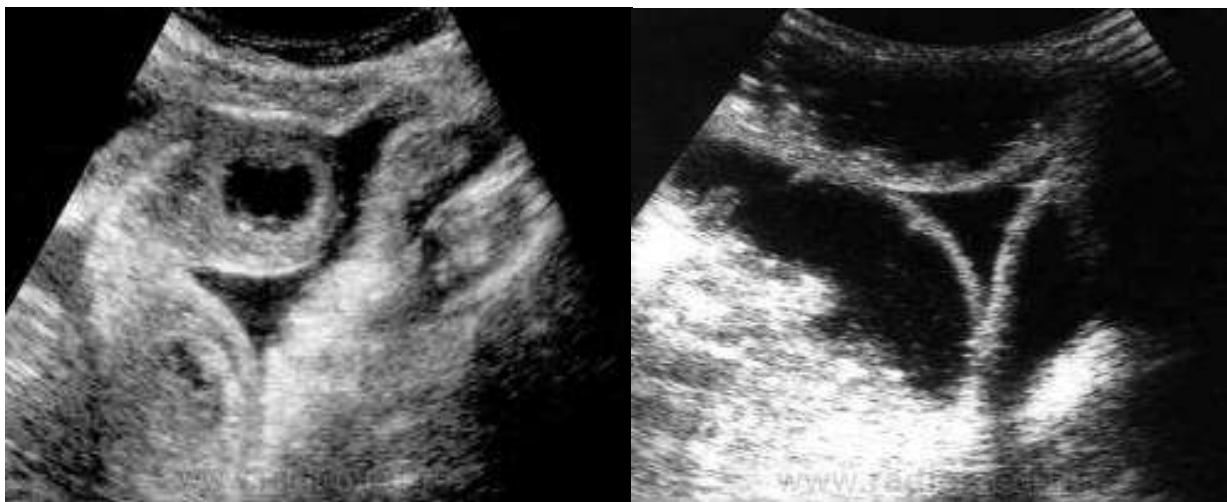


Рис. 18.5. Ультрасонограма кишечника при ГНК



Рис. 18.6. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини при гострій кишковій непрохідності

Консервативна терапія

Хворі на гострий холецистит госпіталізуються у відділення патології вагітних, лікування хворих проводять спільно з терапевтами, хірургами. Призначається ліжковий режим, голод на 24-48 год, спазмолітики (но-шпа, баралгін, папаверин), внутрішньовенне введення ізотонічного розчину натрію хлориду і глюкози, комплекс вітамінів.

Лікування гострого панкреатиту при вагітності таке ж, як у невагітних. При консервативному лікуванні панкреатит зазвичай купується протягом 3-7 діб. Виконують знеболення, проводять інфузійну терапію та ретельний контроль вмісту кальцію, магнію та глюкози в сироватці. Відміняють прийом їжі, рідини і лікарських засобів. Ентеральне харчування відновлюють після зниження активності амілази і ліпази в сироватці, а також

відновлення функції кишечника (відходження газів, появи перистальтики і оформленого стільця). Рекомендується регулярна аспірація вмісту шлунка через назогастральний зонд. При тяжкому перебігу панкреатиту показано парентеральне харчування. При гострому панкреатиті можлива лихоманка, але якщо вона зберігається тривалий час, необхідно виключити інфекційні ускладнення. Ефективність профілактичної антимікробної терапії не доведена. При формуванні псевдокісти або абсцесу підшлункової залози показані невідкладні заходи, що включають черезшкірне або відкрите дренивання.

Якщо набрякла форма гострого панкреатиту розвивається до 12 тижнів вагітності, то після стихання захворювання бажано перервати вагітність. У разі розвитку гострого панкреатиту в пізні терміни вагітності, паралельно з консервативним лікуванням призначають підготовку пологових шляхів до дострокової пологодистимуляції. Якщо захворювання виникає в будь-які терміни вагітності і супроводжується загрозою переривання вагітності, то призначення лікування, спрямованого на її збереження, недоцільно. Пологи проводять через природні родові шляхи з ретельним знеболенням, одночасно продовжують інфузійну інтенсивну терапію, вводять достатню кількість спазмолітиків. Другий період пологів закінчують накладанням акушерських щипців.

Одне з грізних ускладнень пологів - кровотечі, пов'язані з порушенням коагуляційних властивостей крові, тому обов'язково необхідно проводити профілактику кровотечі. У зв'язку з важкою інтоксикацією породіль збільшується інтра- та постнатальна смертність дітей. Після пологів стан хворих поліпшується мало, але з'являються умови для проведення масивної терапії, розширення спектру антибіотиків, спрямованих на лікування перитоніту або сепсису.

Лікування виразкової хвороби під час вагітності: Виключають куріння та алкоголь. Призначають антациди, сукральфат, блокатори протонної помпи, H₂-блокатори. Рідкі антациди застосовують у дозі 30 мл всередину кожні 2-3 год. Перед призначенням сукральфату або H₂-блокаторів обов'язково проводять гастроскопію.

1. Сукральфат являє собою основну алюмінієву сіль октасульфата сахарози. При потрапленні в шлунок препарат утворює на ділянці дефекту слизової захисну плівку. Він перешкоджає дії пепсину і стимулює утворення бікарбонату. Сукральфат застосовують у випадку, якщо лікування антацидами неефективно. Препарат призначають внутрішньо по 1 г за 1 год до прийому їжі і перед сном. Антациди можна приймати не раніше ніж через 1 год після прийому сукральфату. Побічна дія препарату - закрепи.

2. H₂-блокатори - циметидин, ранітидин і фамотидин - зворотно зв'язуються з H₂-рецепторами обкладинних клітин слизової шлунка і блокують шлункову секрецію, а також блокатори протонної помпи (омепразол, ланзапразол, пантопразол, езомепразол) - блокують «протонний насос» через ще знижують до мінімуму секрецію соляної кислоти. Ці препарати не рекомендується широко використовувати під час вагітності.

3. Вагітним не рекомендується проводити ерадикацію *Helicobacter pylori*, так як можливі побічні ефекти антибіотикотерапії на плід.

При ГКН тактика ведення вагітності залежить від виду кишкової непрохідності. Консервативні методи лікування мають не лише лікувальне, але й діагностичне значення. Консервативне лікування можна розпочати з введення атропіну сульфату, призначення сифонної клізми. Застосування засобів, що підсилюють перистальтику, до з'ясування характеру непрохідності вважається непоказаним. Одночасно проводиться евакуація шлункового вмісту (через ніс, тонким зондом). Інфузійна терапія повинна проводитися в повному обсязі.

Оперативне лікування

При підтвердженні діагнозу гострого апендициту хворій показано оперативне лікування. Апендектомія має проводитися під ендотрахеальним наркозом, в умовах підвищеної оксигенації. Ніяка форма апендициту не є підставою для переривання вагітності будь-якого терміну. До кесаревого розтину вдаються в рідких випадках при поєднанні гострого апендициту з акушерської патологією, що вимагає оперативного розродження, або коли великий розмір матки перешкоджає виконанню основної операції.

Оперованим вагітним призначається терапія, спрямована на збереження вагітності (спазмолітики, токолітики) та профілактику гіпоксії плоду. У випадках виникнення пологів у післяопераційному періоді показано, з метою виключення фізичного навантаження, накладення акушерських щипців.

При відсутності ефекту від консервативного лікування хворої на гострий холецистит необхідно вирішити питання про операцію. Показанням для негайного переходу до оперативного лікування є ускладнення холециститу перитонітом, холангітом, механічною жовтяницею. Операція на жовчному міхурі та протоках проводиться за тими ж правилами, як і поза вагітністю. У післяопераційному періоді призначається лікування, спрямоване на збереження вагітності. Якщо захворювання розвивається до кінця вагітності, то водночас з консервативним лікуванням холециститу проводиться підготовка родових шляхів до подальшої пологостимуляції. При неускладненому холециститі прогноз для матері і плоду в цілому задовільний.

Показаннями до оперативного лікування хворої на гострий панкреатит є перехід набряклою форми в деструктивну інфіковану, гнійний панкреатит, перитоніт. Мета оперативного втручання - створити відтік активних ферментів з проток підшлункової залози, накласти розвантажувальну холецистостому і дрениувати малий чепець, створити канал (тампони, дренажі) для відходження секвестрів підшлункової залози. Для виконання такого обсягу операції потрібно спорожнити матку. З іншого боку, на тлі важкого стану хворих виконання двох операцій ще більше погіршує стан жінки. Післяопераційний період протікає важко, притаманний високий відсоток ускладнень і летальних випадків.

Безуспішність консервативних заходів при гострій кишковій непрохідності протягом 1,5-2 год служить підставою для операції. Оперувати хворих можна в умовах акушерського стаціонару, починаючи з 28 тижнів вагітності (на ранніх термінах хворі можуть перебувати у хірургічних відділеннях). Якщо під час вступу в стаціонар діагноз гострої механічної непрохідності ясний, то вагітну відразу починають готувати до операції. Обов'язкова профілактика гіпоксії внутрішньоутробного плоду. Обсяг оперативного втручання, пов'язаний з непрохідністю, визначає і виконує хірург. Переривання вагітності показано у випадках динамічної кишкової непрохідності, обумовленої самої вагітністю, якщо хірургічне лікування виявляється неефективним. У решти хворих слід уникати операцій на матці, якщо тільки не виникає нагальної потреби в її спорожнюванні з технічних причин або з найсуворіших акушерських показань. При вимушеному в умовах перитоніту кесаревому розтину слідом за спорожнюванням матки має слідувати її видалення. Інтереси врятування життя хворої при важкому захворюванні повинні переважати над усіма іншими міркуваннями.

7. Завдання для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Які є протипокази до екстреної апендектомії при гострому апендициті?

- A. Апендикулярний інфільтрат.
- B. Інфаркт міокарду.
- C. Друга половина вагітності.
- D. Геморагічний діатез.

2. Екстрена апендектомія не показана при:

- A. Гострому простому апендициті
- B. Гострому апендициті в другій половині вагітності.
- C. При першому приступі гострого апендициту
- D. При невстановленому чиннику болі в правій клубової ділянки.

3. До факторів, які впливають на варикозне розширення вен ніжних кінцівок, відносять:

- A. Вагітність.

- V. Тугу пов'язку в ділянці верхньої третини стегна.
 С. Збільшення пахвинних лімфатичних вузлів.
 D. Все перелічене
4. Протипоказом до оперативного лікування при защемленій вентральній грижі є:
 А. Гігантський розмір грижі.
 В. Вагітність в другій її половині.
 С. Флегмона грижового мішка
 D. Жодний з перелічених.
5. При гострому апендициті у жінок в другій половині вагітності.
 А. Відсутній симптом Щоткіна-Блюмберга.
 В. Слабо виражений м'язовий захист.
 С. Зона болючості зміщена вверх і латерально.
 D. Мелена.
6. Апендикулярний інфільтрат це:
 А. Інфільтрація сліпої кишки з червоподібним відростком.
 В. Петлі тонкої кишки з червоподібним відростком.
 С. Конгломерат злучених між собою вищеназваних органів і тканин.
 D. Інфільтрат червоподібного відростка.
7. При якому розташуванні червоподібного паростка ректальне дослідження буде найбільш корисним?
 А. Тазовому
 В. Ретроцекальному
 С. Медіальному
 D. Підпечінковому
8. Для клініки гострого холангіту характерно:
 А. Нудота блювота.
 В. Мелена.
 С. Висока температура, болі у правому підребір'ї, жовтяниця.
 D. Оперізуючий біль
9. Найчастіше гострий панкреатит розвивається в наслідок наступної причини:
 А. Травма підшлункової залози
 В. Жовчнокам'яна хвороба
 С. Аліментарний фактор
 D. Хронічний алкогольний панкреатит
10. При гострій кишковій непрохідності дегідратація організму відбувається переважно за рахунок:
 А. Збільшення діурезу
 В. Секвестрації в третій простір
 С. Блювання
 D. Випаровування з поверхні шкіри та при диханні

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	A	D	C	C	A	C	B	B

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хвора С., 32 років, госпіталізована до акушерського стаціонару з загрозою абортів, строк вагітності – 18 тижнів. При огляді виявлений геморой. Яка тактика необхідна у даної пацієнтки?

2. Хвора Н., 44 років, вагітна, 28 тижнів, звернулася із скаргами на біль в правій клубовій ділянці, нудоту, блювоту, підвищену температуру тіла до гінеколога жіночої консультації. Який попередній діагноз? Яка подальша тактика обстеження, де проводити обстеження?

3. Хвора М., 30 років, вагітність 32 тижня, звернулася зі скаргами на набряк лівої нижньої кінцівки, біль в ній. Після госпіталізації в стаціонар виконано дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, при якому було виявлено флотуючий тромб глибокої стегнової вени. Яке ускладнення може загрожувати життю пацієнтки?

4. Мати двох дітей скаржиться на наявність м'якоеластичних вузлів по латеральній поверхні лівої гомілки та лівого стегна, набряк наприкінці дня, Після відпочинку вночі набряк зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю то пологами. Застосує еластичні панчохи. Який буде попередній діагноз? З чим необхідно провести диференційну діагностику?

5. Вагітна жінка (35 тижнів) поступила в хірургічний стаціонар з діагнозом: гострий калькульозний холецистит. При обстеженні у пацієнтки виявлена механічна жовтяниця, яка зумовлена холедохолітазом. Консервативна терапія без ефекту. Яка подальша тактика необхідна у пацієнтки.

6. Вагітна жінка (28 тижнів) була доставлена в стаціонар в тяжкому стані з діагнозом: тромбофлебіт глибокої стегнової вени, які ускладнилися тромбоемболією дрібних гілок легеневої артерії. Під час дуплексного дослідження було знайдено тромбоз глибокої стегнової вени. Яка подальша тактика необхідна бути по відношенню до даної пацієнтки?

7. Жінка 39 років у важкому стані. Вагітність 10 тижнів, вагітність бажана. Виснажена. Скаржиться на часте блювання кавовою гущею та свіжою кров'ю з домішками шматочків тканин, різку загальну слабкість, спрагу, сухість в роті, запаморочення. Після проведеного комплексного гемостатичного лікування з повторними гемотрансфузіями кровотеча зупинена. Стан хворої поступово покращувався. Кал став нормального кольору, Нь з 68 г/л піднявся до 90 г/л. Рентгенологічно: в антральному відділі шлунку чашоподібний рак діаметром 6,5 см. Яке лікування показане хворій на даний час?

8. Хвора, 29 років скаржиться на постійний неінтенсивний біль в правій здухвинній ділянці та часте сечовипускання. Захворіла гостро 11 годин тому. Спершу відчула важкість в епігастральній ділянці, нудоту, позиви на блювання. Одноразово був стілець. За 8 годин біль перемістився у праву здухвинну ділянку, інтенсивність його збільшилась. Менструації регулярні. Загальний стан середньої важкості. Положення в ліжку на правому боці з підтягнутими до живота ногами. Температура тіла – 37,3° С. АТ – 110/60 мм рт. ст. ЧСС – 88 за 1 хв. Живіт не здутий, симетричний. Права половина дещо відстає при диханні. При пальпації живіт болючий і напружений у правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзінга, Раздольського, Сітковського, Щоткіна-Блюмберга. Ректально – болісність при натискуванні на передню черевну стінку. При вагінальному дослідженні зміщення шийки матки неbolюче, придатки пальпуються не чітко, праві придатки дещо болючі. Найбільш імовірний попередній діагноз?

9. Хвора Н., 46 років, надійшла до хірургічного відділення зі скаргами на болі в правому підребер'ї, що віддають у праву лопатку, нудоту, блювання, підвищення температури тіла до 37,8° С. Живіт не піддутий, при пальпації визначається ригідність, болісність у правому підребер'ї, там же визначається щільний, болісний утвір. Позитивні симптоми Ортнера, Мюссі-Георгієвського. В аналізі крові - лейкоцити $12,6 \times 10^9$. Сформулюйте попередній діагноз?

10. Жінка госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на біль внизу живота, підвищення температури до 39,5° С. Об'єктивно: ЧСС 108 /хв., АТ 120/80 мм рт. ст., живіт помірно піддутий, різко болісний в гіпогастральній зоні. С-м Щоткіна-

Блюмберга позитивний в гіпогастральній зоні. При бімануальному дослідженні не вдається визначити матку та придатки через напруження передньої черевної стінки. Задне склепіння піхви нависає, різко болісне. Попередній діагноз?

Правильні відповіді

1	Пацієнтки показане консервативне лікування
2	Гострий апендицит. Для подальшого обстеження необхідно спрямувати хвору в хірургічний стаціонар
3	ТЕЛА
4	Варикозне розширення вен ніжних кінцівок, необхідно провести диференційну діагностику з ПТФС.
5	Показане оперативне втручання з приводу холедохолітіазу. Однак необхідно оперативну тактику узгодити з акушером-гінекологом, для вирішення питання одночасного розршення вагітності пацієнтки шляхом кесарева розтину під час оперативного втручання
6	Показано призначення ліжкового режиму, препаратів низькомолекулярного гепарину, вирішення питання щодо встановлення тимчасового қава-фільтру з метою профілактики повторної ТЕЛА
7	Негайне передчасне переривання вагітності, комплексна хіміопроменеве та хірургічне лікування раку шлунка
8	Гострий апендицит
9	Гострий холецистит
10	Пельвіоперитоніт

Література

Основна:

1. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія: В 2 т. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
2. Хірургія. Захараш М.П. „Медицина”- Київ 2006 р.221 с.
3. Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. „Медицина” 2002 426 с.

Додаткова:

1. Хирургия. Перевод с англ. Под редакцией Ю.М.Лопухина, В.С. Савельева.- М., Медицина.-1998.
2. Неотложная хирургическая помощь. Под редакцией Б.Д.Комарова.-М., Медицина.-1984.
3. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саєнко В.Ф., Ничитайло М.Е. – К.: Здоров'я, – 2000. – 304с.
4. Литтман И. Оперативная хирургия. – Х.: Континент, 2000. – 1176 с.

ТЕМА 19. ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

1. Актуальність теми:

Особливості розвитку і перебігу хвороб у людей старших вікових груп свідчать про те, що в практиці геріатрії не завжди застосовні схеми діагностики, що склалися. Діагностика, як і терапія, у людей старечого віку (часто вже з шістдесятирічного віку) вимагає іншого підходу, чим у людей більш за молодих. Це викликано особливостями перебігу будь-яких процесів у людей літнього і старечого віку. При спостереженні за хворими літнього і старечого віку, при оцінці їх стану і проведенні діагностики необхідно враховувати не тільки ступінь відхилення від вікових норм, але й неоднорідність ступеня і темпів розвитку інволюції, що зазвичай спостерігається при передчасному старінні, дегенеративно-дистрофічних процесах, так само як і поява нових адаптаційних механізмів в різних системах організму.

Робота в загально-хірургічній клініці потребує від її працівників майже щоденної турботи про те, щоб бути в курсі новітніх досягнень медицини та техніки, а також не забувати основи діагностики та лікарської майстерності. Більшість цих основ було закладено в далекому минулому і мудро поліпшено нашими попередниками. Лише невелика кількість лікарів володіють методами діагностики у ліжка, хворого й не забувають прості, випробувані методи обстеження. А з допомогою ціленаправлено зібраного анамнезу та систематичного фізикального обстеження можна швидко і точно діагностувати найважливіші захворювання загальної хірургії.

Як наслідок зусиль багатьох поколінь учених-медиків, які формували логічну наукову схему опитування та обстеження хворого, системи побудови діагнозу та проведення обґрунтованого лікування, виникла історія хвороби, яка є основним первинним медичним документом лікувально-профілактичних установ.

2. Конкретні цілі.

2.1. *Знати*: особливості етіології, патогенезу, класифікації, клінічних ознак, методів додаткового обстеження у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

А також знати:

- анатомо-фізіологічні особливості організму у осіб похилого віку;
- класифікацію хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- особливості етіології та патогенезу хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- особливості клінічної картини хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- особливості діагностичних методів при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- особливості тактики при хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- принципи лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- надання першої допомоги при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- особливості хірургічних втручань при хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
- основи деонтології та її особливості у хірургічних хворих;
- принципи збирання анамнезу і його особливості у хірургічних хворих;
- методи об'єктивного обстеження хірургічних хворих;
- збирання анамнезу захворювання та його значення в постановці діагнозу;

- збирання анамнезу життя з урахуванням перенесених захворювань, який також відіграє важливу роль в постановці діагнозу;
- дослідження хворого по системам та органам (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних, променеви, функціональних, морфологічних); показання та протипоказання до їх застосування.

2.2. *Вміти*: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, дані анамнезу;
- провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- вміти надавати першу допомогу при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.
- визначити основні (головні) скарги хворого і їх деталізувати;
- зібрати дані про клінічний розвиток хвороби від появи перших симптомів до моменту даного дослідження хворого;
- визначитися у в'ясненні основних питань загального анамнезу, анамнезу життя та сімейного анамнезу у конкретного хворого;
- скласти план обстеження хворого;
- виконати об'єктивне обстеження з першочерговою оцінкою загального стану хворого (у відповідності зі ступенем ураження основних життєво важливих функцій організму) та дослідження кожної системи органів;
- виконати обстеження "місцевого статусу" з послідовним і повним використанням методів огляду, пальпації, перкусії, аускультации, вимірювання даних спеціальних і додаткових досліджень;
- аналізувати результати проведених досліджень;
- провести клініко-лабораторну діагностику використовуючи отримані дані;
- провести диференційну діагностику запідозреного захворювання з подібними проявами при інших хворобах;
- сформулювати обґрунтований клінічний діагноз згідно вимог сучасної класифікації;
- призначити диференційоване лікування хворого в залежності від варіанту перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань, віку хворого; виписати рецепти;
- надати невідкладну допомогу при нагальних станах на догоспітальному та госпітальному етапах;
- визначити тактику попереднього лікаря (медичного працівника) на різних етапах спостереження та лікування хворого;
- призначити відновне лікування хворого на різних етапах реабілітації;

- визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, працевлаштування та профілактики;
- оформити медичну документацію (історію хвороби, індивідуальну карту амбулаторного хворого, листок непрацездатності, направлення на МСЕК, санаторно-курортну картку).

2.3. *Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:* вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

2.4. *Виховні цілі:* сформувати деонтологічні уявлення при роботі з пацієнтами похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патфізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб	Особливості анатомії органів черевної порожнини у осіб похилого віку Особливості фізіології органів черевної порожнини у осіб похилого віку Патогенез розвитку хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку Морфологічні зміни в органах черевної порожнини у осіб похилого віку. Клінічні прояви та методи діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	Визначати топографію органів черевної порожнини у осіб похилого віку; інтерпретувати показники загальноклінічних лабораторних, в тому числі біохімічних тестів; Проводити фізикальне обстеження осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані інструментальних обстежень Надавати невідкладну медичну допомогу особам похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини			+
3.	Проводити диференційну діагностику хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.
2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.
3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.
4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики хірургічних	

	захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнити перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми, пальпаторні дані.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	УЗД Рентгенографія Лапароцентез	Оцінювати отримані дані Оцінювати отримані дані Розрізнити характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини	Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні функції ШКТ. Лапароскопічні, мініінвазивні та лапаротомні оперативні втручання.

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гострий апендицит	Запалення червоподібного паростка
Гострий холецистит	Гостре запалення жовчного міхура
Гострий панкреатит	Захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать дегенеративно-запальні процеси, викликані автолізом її тканин власними ферментами
Перфоративна виразка	Посилення некробіотичного процесу в кратері виразки з подальшим порушенням цілісності стінки
Черевна грижа	Виходження органів черевної порожнини, вкриті очеревиною, через природні отвори

6.2. Теоретичні питання до заняття:

101. Особливості анатомії органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
102. Особливості фізіології органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
103. Особливості етіології хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
104. Особливості патогенезу хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
105. Особливості клінічної картини хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
106. Особливості діагностики хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.

107. Диференційна діагностика хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
108. Принципи лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
109. Показання до різних методів лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини у осіб похилого віку.
110. Особливості хірургічних втручань при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку.

6.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

44. зібрати та оцінити скарги у осіб похилого віку з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
45. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
46. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
47. вміти надавати першу допомогу при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини у осіб похилого віку;
48. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
49. призначити передопераційну підготовку хворим;
50. вести післяопераційний період.

6.4. Зміст теми:

Графологічної структури теми.

6.5. Хірургічна патологія у осіб похилого віку.

Гострий апендицит	<p>Нерідко протікає згладжено, часто з додатковими нашаруваннями, тому правильне вирішення питання про характер захворювання у цієї групи хворих є складною діагностичною завданням.</p> <p>У зв'язку зі збільшенням загальної тривалості життя населення число осіб похилого та старечого віку за останній час зросло. Про це можна судити за процентним співвідношенням хворих похилого та старечого віку, що госпіталізуються з приводу різних захворювань. Так, Данович і Муштакова привели дані НДІ швидкої допомоги. Тоді хворі з гострим апендицитом у віці старше 50 років становили 2,6% (за даними Н. Д. Каменської).</p> <p>При обстеженні хворих похилого та старечого віку слід враховувати їх вікову психологію.</p> <p>Літні люди, відчуваючи занепад сил, відчуваючи, що можливості багатьох життєво важливих функцій знижені, природно, більш обережні у своїх рішеннях. До цього віку багато з них перенесли ряд важких захворювань, залишкові явища після яких нерідко продовжують турбувати їх. Якщо ж літньої людини незадовго до нападу гострого апендициту турбувала грижа або були явища гастриту, то він у першу чергу схильний пояснювати виникнення болю в животі загостренням цих захворювань. Літні хворі нерідко при гострому апендициті починають самолікування, застосовують проносні та очисні клізми.</p> <p>Пізнє надходження хворих з гострим апендицитом пояснюється рядом причин. Інша причина в тому, що гострий апендицит у похилому і старечому віці у більшості хворих спочатку протікає без чітко вираженого больового синдрому. Це відзначили Безфамільний і Пястолов, які вважають, що гострий апендицит у хворих похилого та старечого віку "не</p>
-------------------	---

	<p>дає яскравих симптомів".</p> <p>У літньому віці гострий апендицит нерідко починається поволі, із загального нездужання, порушення фізіологічних відправлень. З'являються здуття живота, легка нудота, затримка газів і стільця. Подібні явища захворілі найчастіше пояснюють старечим віком.</p> <p>Нерідко виражені болі в животі у хворих похилого та старечого віку лікарі нерідко пояснюють явищами копростазу і скупчення газів у кишечнику. Очисні клізми при цьому можуть дати позитивний результат. Після дефекації живіт у такого хворого стає менш роздутим, болі стихають, поліпшується загальний стан.</p> <p>Шмерельсон зазначив, що нерідко здуття живота і рефлекторна затримка газів у літніх хворих часто трактуються як прояви копростазу і часткової кишкової непрохідності. За даними автора, в половині випадків помилковий діагноз при гострому апендициті у осіб похилого та старечого віку пов'язаний з підозрою на кишкову непрохідність. Зарубін повідомив, що у 21% літніх хворих з гострим апендицитом був встановлений неправильний діагноз при направленні їх на госпіталізацію.</p>
Гострий холецистит	<p>Характерним для них є висока частота розвитку деструктивних форм холециститу та їх ускладнення перитонітом. При цьому треба мати на увазі, що такі зміни в жовчному міхурі можуть виникнути вже в першу добу, внаслідок перфорації міхура. Атиповий перебіг проявляється невідповідністю клінічної картини захворювання патоморфологічним змінам, наявним у жовчному міхурі. У клінічній картині на перший план виступають симптоми інтоксикації, тоді як біль і ознаки перитоніту можуть бути виражені нечітко.</p> <p>Водянка жовчного міхура - це асептичне його запалення, яке виникає внаслідок блоку міхурової протоки конкрементом або слизом. При цьому жовч із міхура всмоктується, а в його просвіті накопичується прозорий ексудат (біла жовч). Під час пальпації у хворих відзначають збільшений і безболісний жовчний міхур. У порожнині жовчного міхура - гнійна жовч.</p> <p>Емпієма жовчного міхура є своєчасно не ліквідованої водянкою, яка при повторному інфікуванні трансформувалася в нову форму. Жовчний міхур у таких хворих пальпують у вигляді щільного, помірно болючого освіти. Симптоми подразнення очеревини відсутні.</p> <p>Періодично спостерігають високу температуру тіла, озноб. У крові високий лейкоцитоз із зсувом формули крові вліво.</p> <p>Біліарний панкреатит. Основними його проявами є погіршення стану хворого, поява оперізує болу, багаторазової блювоти, ознак серцево-судинної недостатності, високої амілазурії, наявність інфільтрату в епігастральній ділянці і позитивні симптоми Воскресенського та Мейо-Робсона.</p> <p>Жовтяниця часто виникає при порушенні пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку внаслідок обтурації холедоха конкрементом, замазкою або у зв'язку з набряком головки підшлункової залози. При цьому з'являється жовтушність склер, білірубінемія, темна сеча і світлий незабарвлений кал.</p> <p>Холангіт. У хворих з цією патологією, на тлі жовтяниці, підвищується температура тіла до 38-39° С, виникає лихоманка з проливними потоми, високий лейкоцитоз і знижуються показники функціональних проб печінки.</p> <p>Гепатит проявляється жовтяницею, наростанням явищ загальної слабкості, збільшенням в крові показників аланінаміно й аспарагінамінотрансфераз і лужної фосфатази. Печінка при цій патології</p>

	<p>під час пальпації болюча, з гострими краями.</p> <p>Інфільтрат - ускладнення, яке може розвиватися на 3-4 добу після нападу гострого холециститу. Характерними для нього є тупий біль, наявність в правому підребер'ї щільного пухлиноподібного утвору з нечіткими контурами, підвищення температури тіла до 37,5-38° С і негативними симптомами подразнення очеревини.</p> <p>Абсцес. Хворі скаржаться на високу температуру, біль у правому верхньому квадранті живота, де пальпують хворобливе пухлиноподібне утворення, на лихоманку, загальну слабкість, відсутність апетиту, жовтяницю, іноді блювоту. Рентгенологічно в правому підребер'ї визначається горизонтальний рівень рідини і газу над ним. У крові високий лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.</p> <p>Печінково-ниркова недостатність може розвиватися при дуже важких формах холециститу. Загальний стан хворого при цьому тяжкий, різко виражені інтоксикація, збудження, галюцинації, марення, олігурія і анурія.</p> <p>Перитоніт є найбільш частим ускладненням при перфорації жовчного міхура у вільну черевну порожнину і проявляється різким болем в животі і повторною блювотою. Хворий покритий холодним потом, шкірні покриви бліді, артеріальний тиск знижується, пульс частий і слабкого наповнення. Під час об'єктивного обстеження відзначають напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в правій половині живота або у всіх відділах.</p>
Захворювання підшлункової залози	<p>Гострий панкреатит відноситься до числа найбільш важких і небезпечних захворювань органів черевної порожнини, летальність при гострому панкреатиті, за даними Світового конгресу гастроентерологів, досягає 15-20%. Серед хворих на гострий панкреатит люди похилого віку складають 30-66%. Найбільша частота захворювання відзначається між 61-м і 70-м роками життя. Серед хворих переважають жінки. Все це дозволяє вважати, що з віком виникає ряд чинників, сприяючих розвитку даної патології.</p> <p>Найбільш часта причина гострого панкреатиту в літніх і старих людей - захворювання жовчних шляхів. За статистичними даними, у 60-80% хворих гострим панкреатитом зазначалося попереднє чи супутнє захворювання жовчних шляхів. ^</p> <p>Велике значення у виникненні даної патології в старості має і аліментарний фактор. Часто захворювання розвивається після рясного вживання білкової та особливо жирної їжі, алкоголю. Сприяє цьому також рясний прийом їжі на ніч.</p> <p>Ці причини відіграють основну роль у виникненні захворювання у людей зрілого віку, однак в процесі старіння людини їх значення суттєво зростає. Це пов'язано, насамперед, з морфофункціональними змінами підшлункової залози при старінні. Встановлено, що вікова деструкція проток, кровоносних і лімфатичних судин підшлункової залози починає виявлятися вже після 30-40 років. У цьому відношенні особливої уваги заслуговують розвиток перипротокового фіброзу, гіперплазія епітелію аж до утворення соскоподібних виростів, спрямованих усередину протоки, облітерація проток, зменшення загальної маси залозистої паренхіми, розвиток жирової тканини. До 75-90 років частина часточок повністю заміщується жировою клітковиною, а загальна кількість функціонуючої тканини іноді знижується до 30-40%. Існує певна послідовність морфологічних змін в залозі: спочатку розвиваються судинні зміни, потім розростаються сполучна тканина і жирова клітковина, після чого настає атрофія залози. У свою чергу вікові зміни структури секреторного апарату</p>

залози є однією з основних причин послаблення її зовнішньосекреторної функції при старінні.

Найбільш частий симптом захворювання у людей старшого віку - напад раптових болів в епігастральній ділянці при прийомі великої кількості їжі, особливо жирної або консервованої. Болі носять стискаючий характер, нерідко бувають оперізуючими. При цьому вони можуть бути настільки інтенсивними, що у деяких хворих виникає шок. Другий за частотою симптом захворювання у літніх і старих людей - часта неприборкана блювота малими порціями («по ложці»), як правило, не полегшує стану хворого. Блювання в 80-90% випадків супроводжується болями. Присутність в блювотній рідині жовчі свідчить про прохідності загальної жовчної протоки. При важких формах гострого панкреатиту спостерігається криваве блювання.

Часто у літніх хворих при гострому панкреатиті відзначається парез кишечника. Незважаючи на виражені больові відчуття, живіт при пальпації м'який, в епігастральній ділянці виявляється лише незначна напруга м'язів. Така невідповідність є характерною ознакою панкреатиту у людей старшого віку. Мова звичайно сухий, обкладений. Хворі неспокійні. Шкіра обличчя набуває блідо-синюшний відтінок, іноді відзначається жовтушність склер і шкірних покривів. У багатьох хворих виявляються зони шкірної гіпералгезії в області сегментів D. Дихання прискорене (28-30 в хвилину), пульс частий (100-140 за хвилину), малого наповнення і напруження, АТ частіше знижений.

Однак у літніх і старих людей частіше, ніж у молодих, гострий панкреатит протікає з незначно вираженою і повільно прогресуючою симптоматикою: мають місце легкі болі в епігастральній зоні без іррадіації в спину і поперек, відсутня блювота, живіт слабо роздутий. Нерідко спостерігаються болі в області серця, що імітують картину коронарної недостатності, іноді больові напади нагадують ниркову або печінкову кольку. У ряді випадків біль носить безперервний характер, нагадуючи таку при гострому холециститі, а іноді буває приступоподібний, як при жовчокам'яній або сечокам'яної хвороби.

Для людей старшого віку характерні більш частий перехід гострого серозного панкреатиту в некротичний і гнійний. Головні критерії такого переходу - посилення болю в животі, поява ознак подразнення очеревини, підвищення температури тіла до 38-39° С, випіт в черевну і плевральну порожнини (ексудат при цьому містить панкреатичні ферменти), зростання рівня діастаза в сечі, лейкоцитоз і збільшення нейтрофільної зсуву вліво, погіршення загального стану при наростанні явищ інтоксикації і, нарешті, розвиток шоку, часто є безпосередньою причиною смерті. Поряд з цим у літніх хворих як температурна реакція, так і зміни з боку крові можуть бути виражені слабо. Досить часто у літніх і старих хворих відносно сприятливий перебіг гострого панкреатиту несподівано ускладнюється гострою серцево-судинною та нирковою недостатністю, нирковою комою, кишковою непрохідністю.

Важливе діагностичне значення в розпізнаванні гострого панкреатиту належить лабораторним дослідженням. Один з найбільш постійних ознак (у 75-90% хворих) - підвищення в сечі і крові через 2-4 годин від початку нападу рівня амілази до 256-5000 од. і більше (по Вольгемут). Визначення амілази доцільно проводити на висоті нападу кілька разів на добу. Однак у літніх і старих людей при гострому панкреатиті показники амілази можуть бути невисокими, а в разі панкреонекрозу на тлі погіршення стану хворого амілаза в крові та сечі може бути навіть в межах норми. Це пояснюється

тим, що до існуючого віковою зменшенню кількості функціональної паренхіми підшлункової залози приєднуються деструктивні зміни, обумовлені патологічним процесом. У результаті відбувається майже повне руйнування ацинарних клітин залози, які продукують панкреатичні ферменти. Таким чином, відсутність гіперферментемії і гіперферментурії ще не виключає наявності гострого панкреатиту у хворих старшого віку.

При дослідженні крові виявляються помірний лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво, еозінопенія, лімфопенія, моноцитопенія, підвищена ШОЕ, гіпопротеїнемія, збільшення фракції гамма-глобулінів. Часто у літніх хворих відзначаються гіперглікемія і глюкозурія, що пов'язано з недостатністю інкреторної функції підшлункової залози.

Гострий панкреатит необхідно в першу чергу диференціювати з такими захворюваннями, як інфаркт міокарда, гострий холецистит, печінкова колика, проривна виразка шлунку, гострий перитоніт, кишкова непрохідність, гострий апендицит.

Слід підкреслити, що гострий панкреатит у людей старшого віку у зв'язку з частою його атипові вчасно діагностується приблизно в 25% випадків. Тому при будь-яких болях в області живота у літніх і старих людей слід подумати про гострий панкреатит.

Терапевтичні заходи при гострому панкреатиті повинні проводитися в стаціонарі і починатися якомога раніше. Необхідне створення фізіологічного спокою для залози: строгий постільний режим, голод протягом 3-5 днів, міхур з льодом на живіт. У дні голодування хворому внутрішньовенно крапельно вводять фізіологічний розчин з 5% глюкозою - не більше 1500-2000 мл на добу для боротьби з інтоксикацією та зневодненням організму. Проводять корекцію електролітного обміну, так як він нерідко порушується. При частій блювоті і вираженому здутті шлунка доцільно відкачувати його вміст тонким зондом, введеним через ніс.

Для купування болів і гноблення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози вводять 2-3 рази по 0,75 мл 0,1% розчину атропіну підшкірно, доцільне застосування но-шпи, папаверину, галідору та інших спазмолітиків в поєднанні з промедолом, димедролом. Морфін призначати не рекомендується, так як він може викликати спазм сфінктера Одді і посилювати болі. Гарним лікувальним ефектом володіють двостороння паранефральна новокаїнова (50-80 мл 0,25-0,5% розчину) блокада і внутрішньовенне введення новокаїну (5-10 мл 0,5% розчину) на фізіологічному розчині.

Важливий чинник у лікуванні гострого панкреатиту - застосування препаратів, що пригнічують активність ферментів підшлункової залози (трасилол, цалол, контрикал). У перші 3-4 дні вводять по 25000-50000 од. препарату на добу внутрішньовенно крапельно в 200 мл фізіологічного розчину, потім дозу зменшують до 10000-20000 од. на добу щодня протягом тижня.

При шоці внутрішньовенно крапельно вводять 1,5-2 л 5% розчину глюкози, підшкірно - кофеїн, ефедрин, камфору, кордіамін, щодня переливають по 200-250 мл крові або плазми. З перших днів захворювання призначають глюконат кальцію або хлорид кальцію внутрішньовенно. При тяжкому перебігу набрякової фази гострого панкреатиту доцільно застосовувати стероїдні гормони. Для боротьби з інфекцією призначають антибіотики. З метою профілактики тромбоутворення в перші дні захворювання проводять антикоагулянтну терапію.

У хворих похилого та старечого віку хірургічне втручання при гострому

панкреатиті проводиться лише за життєвими показаннями у зв'язку з розвитком ускладнень (абсцес, кровотеча, перфорація, псевдокісти). Це пов'язано з тим, що у хворих даного віку існуючі зміни серцево-судинної та дихальної систем, порушення обмінних процесів та ін. різко обмежують адаптаційні можливості організму, обумовлюючи розвиток у них важких ускладнень в післяопераційному періоді (серцево-судинна недостатність, пневмонія, тромбоемболія та ін.)

Гострий панкреатит значно важче протікає у літніх і старих людей, частіше закінчується летально (70% всіх померлих від гострого панкреатиту старше 50 років). З найбільш частих причин смерті слід вказати на розвиток серцевої, печінкової і ниркової недостатності, кишкової непрохідності. Значний відсоток, складають вогнищева пневмонія, тромбоемболічні ускладнення, діабетична кома.

У профілактиці гострого панкреатиту основне значення мають своєчасне лікування захворювань печінки та жовчних шляхів, дотримання дієти і раціонального режиму харчування. Калорійність харчового раціону в період між нападами у літніх людей не повинна перевищувати 2200 ккал, у стариків - 2000 ккал.

Рекомендується чотириразові прийом їжі в одні і ті ж години, в теплому вигляді. Продукти, що входять до її складу, слід добре подрібнювати. З дієти виключаються торти, кремові вироби, смажене м'ясо, копчені ковбаси, консерви, жирні супи на міцному м'ясному або рибному бульйоні, квашені та солоні овочі, гострі маринади і приправи, круті яйця, будь-які спиртні напої.

Дієта хворих повинна містити харчові продукти, багаті білком (1,2 -1,5 г білка на 1 кг маси на добу), причому перевага віддається таким продуктам, як сир, худа телятина, яєчний білок, різні крупи (гречана, вівсяна і ін.). Дозволяється вживати також нежирне відварне м'ясо, запечений м'ясної пудинг, фрикадельки, рубане м'ясо, худі сорти прісноводної риби. У харчовому раціоні слід обмежувати вуглеводи (до 300 г на добу) і жири (до 30 г на добу), при цьому краще вживати рослинні жири (соняшникова та кукурудзяна олія).

У меню щодня має бути не менше 600 г овочів, вважаючи і картопля. Частина овочів бажано вживати в сирому вигляді. Нормальному травленню сприяють фрукти, ягоди (яблука, чорна смородина, шипшина, чорнослив).

Корисно раз на тиждень проводити так званий розвантажувальний день, призначаючи хворому 1 л кефіру і 400 р. яблук або 1 л фруктового соку і 400 г сиру на день. При гарній переносимості можна практикувати питної варіант розвантаження: 10-15 склянок кип'яченої води і склянка ізюму або сухого компоту. Строгість дотримання дієти обумовлена тим, що в переважній більшості випадків розвиток захворювання пов'язане саме з відступом від неї.

Людам похилого та старечого віку при відсутності жовчнокам'яної хвороби рекомендується систематично вживати легкі жовчогінні засоби - настої шипшини, кукурудзяних рилець, жовчогінний чай. Пити настої треба за 30 хв до їди по півсклянки 3 рази на день у теплому вигляді. Доцільно також щотижня проводити сліпі зондування - натще хворий випиває склянку теплої розчину сорбіту або ксиліту (по 20 г), карловарської солі або Барбари (1-3 чайні ложки на склянку води), після чого необхідно протягом 1 ½ год полежати на правому боці, підклавши під нього теплу грілку.

Доцільно з профілактичною метою періодично проводити курси санаторно-курортного лікування на питних курортах (Трускавець,

	Єсентуки, Боржомі, Железноводськ, Карлові Вари).
Виразкова хвороба	<p>Зростання числа хворих похилого віку з виразковою хворобою та її ускладненнями, збільшення в структурі захворювання виразок великих і гігантських розмірів, тривалі терміни рубцювання представляють серйозну проблему.</p> <p>Особливості функціональних і морфологічних змін при виразковій хворобі, такі як зменшення секреторної активності шлунка, переважання атрофічних форм гастриту, виражені порушення мікроциркуляції в літньому віці вимагають подальшого вивчення та систематизації для створення лікувально-діагностичного алгоритму і прогнозування перебігу захворювання.</p> <p>Згідно кислотно-пептичної теорії, в основі виразкоутворення лежить насамперед порушення рівноваги між станом захисних факторів, що визначають резистентність гастродуоденальної слизової, і чинників агресії.</p> <p>У літньому віці зростає агресивна роль порушень гастродуоденальної моторики. Одним з проявів цих чинників агресії служить дуоденогастрального рефлюкс (ДГР). Виділяють дві форми ДГР: фізіологічний, який є додатковим чинником нейтралізації соляної кислоти, і патологічний, який здійснює активацію пепсиногену навіть в умовах відсутності соляної кислоти. У літньому віці патологічний ДГР зустрічається у 45% хворих. При попаданні жовчних кислот у просвіт шлунка в умовах затримки зворотного евакуації, особливо в голодний період, реалізується феномен зворотної дифузії іонів водню, який грає важливу роль у виразкоутворення. Ймовірно, цим можна пояснити збільшення кількості поєднаних виразок у шлунку і дванадцятипалій кишці в літньому віці.</p> <p>Показники секреторної активності шлунка за даними рН-метрії розрізняються у молодих і літніх.</p> <p>У групу «здорових» хворих були відібрані пацієнти, які не мали характерних для виразкової хвороби скарг, анамнезу та виразкового ураження при ЕГДС з морфологічним дослідженням слизової. У групу молодого віку потрапили також пацієнти 20-40 років з виразковою хворобою або невиразковою диспепсією.</p> <p>Отримані результати показали, що у хворих похилого віку індекс агресії та інтенсивність кислотопродукції значно нижче, ніж у молодому віці, а захисна функція антрума порушена більше, про що свідчить величина індексу співвідношення - вона перевищує 1, у той час як в нормі становить 0,3 -0,7 од.</p> <p>Цікаві результати отримані при порівнянні морфологічних даних дослідження слизової оболонки шлунка.</p> <p>У групі відносно здорових пацієнтів похилого віку ступінь вираженості активного гастриту значно нижче, переважає атрофія слизової антрального відділу шлунка і часто спостерігається кишкова метаплазія. Інфікованість НР не більше 10%.</p> <p>При виразковій хворобі в літньому віці активний гастрит спостерігається більш ніж у половині випадків, однак при виразці дванадцятипалої кишки відсутні атрофія і кишкова метаплазія, а інфікованість НР зустрічається більш ніж у половини хворих. При виразці шлунка переважають явища атрофії і кишкової метаплазії в антральному відділі, а інфікованість НР виявлена в 13,5% випадків. Наявність атрофії в фундального відділу шлунка (у 37-40% у наших хворих) говорить про неспроможність факторів захисту, є прогностично несприятливою ознакою і зустрічається у 75-80% хворих з гігантськими і важкорубцуючими</p>

	<p>виразками.</p> <p>Таким чином, в літньому і молодому віці виразкова хвороба дванадцятипалої кишки характеризується подібними морфологічними змінами, що свідчить про збережені функціональної активності шлунка. При виразковій хворобі шлунка у літніх знижені функціональні та морфологічні показники, що може призвести до малігнізації.</p> <p>Проаналізувавши отримані результати, можна виділити критерії прогнозу перебігу виразкової хвороби в літньому віці. Ми розділили їх на фактори агресії, фактори неповноцінної захисту слизової і провокуючі фактори (супутня патологія).</p> <p>Зіставивши клінічний перебіг виразкової хвороби з критеріями прогнозу, ми виявили певну закономірність, згідно з якою у хворих без виразкового анамнезу з поєднанням трьох форм супутньої патології спостерігається високий ризик появи гострих виразок в шлунку або дванадцятипалої кишки.</p> <p>При наявності виразкового анамнезу та поєднанні двох форм супутньої патології з одним з чинників агресії з'являється ризик ускладненого перебігу виразкової хвороби. Найбільш частими ускладненнями при цьому є перфорація виразки або кровотеча.</p> <p>Якщо у хворих перебіг виразкової хвороби пов'язане з факторами неповноцінної захисту слизової оболонки і поєднується з двома і більше супутніми захворюваннями, то ми спостерігаємо виразкові ураження великих і гігантських розмірів. Іншою особливістю в цій групі літніх хворих є тривале рубцювання цих виразок і резистентність до консервативного лікування.</p>
--	---

6.6. Курація хворих.

Написання історії хвороби	<p>Студенти проводять повторну курацію хворих. Фізикальне обстеження хворого проводять самі студенти почергово. Для оцінки правильності обстеження постійно залучаються інші студенти.</p> <p>При опитуванні хворих увага студентів звертається на фізикальне обстеження хворого (пальпація, перкусія та аускультация) в повному обсязі згідно схеми історії хвороби, складання плану додаткового обстеження.</p> <p>При фізикальному обстеженні хворого необхідно звернути увагу на загальний стан, свідомість, положення, поставу, вираз обличчя, зріст, масу тіла, конституційний тип та температуру тіла. Далі звертається увага, на стан шкіри та її придатків, підшкірної, основи, обстежується голова, порожнина рота, шия та щитоподібна залоза, периферичні лімфатичні вузли, молочні (грудні) залози.</p> <p>При обстеженні органів дихання проводиться статичний та динамічний огляд грудної клітки, пальпація останньої, перкусія та аускультация легень.</p> <p>При дослідженні серцево-судинної системи проводять обстеження поверхневих судин, огляд та пальпацію передсерцевої ділянки, аускультацию серця.</p> <p>При дослідженні системи органів травлення виконують обстеження живота при горизонтальному положенні хворого: огляд, перкусія, поверхнева пальпація, глибока методична ковзна топографічна пальпація за методикою В.П. Образцова - М.Д. Стражеска та аускультация; в наступному обстежують живіт у вертикальному положенні а, також, відхідникової (анальної) ділянки та прямої кишки.</p> <p>Після наведення даних щодо результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження студенти дооформляють розділ обґрунтування діагнозу. Куратор формулює встановлений ним повний</p>
---------------------------	---

клінічний діагноз основного захворювання та його ускладнень і наводить дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворого (з II та III розділів), які обґрунтовують та підтверджують цей діагноз.

У розділі лікування з коротким обґрунтуванням наводять основні засоби та методи комплексного консервативного та оперативного лікування, які куратор вважає потрібними для даного хворого – режим, дієта, загальне та місцеве медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК; якщо хворому необхідне оперативне лікування, наводять показання до операції, вказують мету та зміст операції, доцільний метод знеболення, у чому повинна полягати підготовка до операції та знеболення, основні лікувальні та профілактичні заходи у післяопераційному періоді.

Щоденник оформлюють за наступною схемою:

Дата	Перебіг хвороби	Призначення
Температура тіла		
ранок/вечір		
Пульс		
Дихання		
Артеріальний тиск		

Щоденник складається із окремих записів, які робить куратор за наступних (3-х) відвідин хворого. Він повинен відтворювати динаміку перебігу хвороби та лікування хворого під час курації.

У графі “Перебіг хвороби” записують скарги хворого у день відвідин його куратором (бажано у порівнянні із попереднім оглядом). Далі наводять суттєві відомості щодо перебігу хвороби та лікування за час між попереднім та теперішнім оглядом хворого куратором, включаючи фізіологічні відправлення (сечовиділення та випорожнення).

Після цього куратор оцінює загальний стан хворого та наводить основні дані щодо стану найважливіших систем органів, особливо за наявності (або появи) у них патологічних явищ.

Відомості щодо перебігу хвороби завершують описанням клінічних проявів місцевого патологічного процесу, відмічаючи наявні зміни (у порівнянні із попереднім оглядом). Якщо під час відвідання хворого робилася перев'язка, необхідно навести дані повного та послідовного обстеження рани, а також про маніпуляції, фізіопроцедури під час перев'язки та про нову пов'язку (з яким лікувальним засобом вона накладена). Тут також наводять конкретні дані щодо переливання крові та операції, які проводилися в цей день (бажано за участю куратора) або в період між теперішнім та попереднім оглядами хворого.

У протоколі переливання крові (еритроцитарної маси, відмитих еритроцитів, лейкотромбоси) необхідно довести показання до гемотрансфузії, відомості щодо відсутності або наявності протипоказань, групу крові хворого та донора, їх резус-належність, дату заготовки крові, щодо результатів проб на індивідуальну (групову) сумісність, резус-сумісність, методу переливання, пробу на біологічну сумісність, кількість перелитої крові, відсутність чи наявність реакції або ускладнень на трансфузію.

Куратор призначає щогодинне вимірювання температури тіла та підрахунок пульсу протягом перших 4-х годин після переливання крові, а також оцінку сечі на наявність макрогематурії, загальні аналізи крові та сечі на наступний день (або записує результати цих аналізів, якщо гемотрансфузія проводилася за день або раніше).

За описання операції наводять метод знеболення, спосіб обробки операційного поля, операційний доступ до враженого органу (ділянка,

напрямок, довжина та глибина розтину), описують виявлені патологічні зміни, застосований оперативний засіб та як закінчена операція (глухий шов рани, дренаж); необхідно також описати макропрепарат.

У графі “Призначення” вказують, як правило, згідно з планом лікування, режим (загальний, палатний, ліжковий, суворий спокій), номер дієти, прописи медикаментів у латинській транскрипції із зазначенням дози, часу та способу прийому (введення), фізіотерапевтичні процедури, ЛФК; можуть бути призначені також необхідні додаткові дослідження.

До щоденника додають температурний лист за весь період курації, в якому у вигляді кривої відмічають температуру тіла хворого (чорною лінією), частоту пульсу (червоною лінією) та частоту дихання (синьою лінією); крім того у температурному листі зазначають артеріальний тиск у перший день курації, а у хворих із супутнім діагнозом гіпертонії також у наступні дні огляду хворого куратором; зазначають також дані щодо ваги хворого, діурез та випорожнення. Куратор підписує кожний щоденник.

Прогноз встановлюють на основі клінічного діагнозу (основного, ускладнень та супутніх захворювань) та спостережень за перебігом хвороби, відображених куратором у розділі “Щоденник”.

Щодо цього прогноз характеризують як сприятливий, сумнівний або несприятливий відносно трьох основних сторін наслідків захворювання:

- а) прогноз відносно життя;
- б) прогноз відносно видужання;
- в) прогноз відносно відновлення функції та працездатності.

Заключний розділ історії хвороби, під час написання якого куратор повинен осмислити та послідовно викласти у стислій формі дані щодо основних етапів проведеної курації хірургічного хворого – суб’єктивне та об’єктивне обстеження, обґрунтування діагнозу, призначення лікування та спостереження за його ефективністю протягом курації, а також визначити рекомендації щодо продовження або завершення лікування хворого після закінчення курації.

Епікриз у цілому відображає зміст основних розділів історії хвороби та може бути оформлений за наступною схемою.

“Курація хворого ... (прізвище, ініціали) ... років почата ... (дата). На початку курації хворий скаржився на ... (основні скарги). Під час опитування з’ясовано, що ... (суттєві моменти із анамнезу хвороби, які характеризують розвиток симптомів та вплив лікування від початку захворювання до початку курації). Під час об’єктивного обстеження хворого було встановлено ... (коротко перераховують виявлені на початку курації патологічні зміни та симптоми, основні відхилення від норми у додаткових дослідженнях).

На підставі суб’єктивних та об’єктивних даних був поставлений діагноз ... (повне формулювання клінічного діагнозу).

Під час курації хворому проводилося лікування ... (наводять основні елементи консервативного та оперативного лікування).

Курація закінчена ... (дата). За час курації стан хворого ... (покрився, залишився без змін, погіршився: коротко перераховують зміни, що настали у проявах хвороби).

Хворому рекомендується ... (коротко – режим, у тому числі по відношенню до праці, яке лікування слід проводити після закінчення курації, необхідність диспансерного нагляду).”

Список літератури, використаної студентом під час курації хворого, складають за алфавітним порядком. Вказують прізвище автора та його ініціали, назву праці, місце та рік видання, сторінки; для журнальних

	статей – прізвище та ініціали автора, назву статті, назву журналу, рік, том, номер випуску, сторінки.
--	---

Лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Діагностична програма

1. Анамнез і фізикальні методи обстеження.
2. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
3. Сонографія.
4. Загальний аналіз крові й сечі.
5. Діастаза сечі.
6. Біохімічний аналіз крові (білірубін, амілаза, аланінами- нотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, лужна фосфатаза, залишковий азот, креатинін).
7. Коагулограма.

Лабораторні дані. Лейкоцитоз у межах $10 \times 10^9/\text{л}$ або лейкопенія, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія і збільшена ШОЕ.

Сонографічне дослідження жовчного міхура може виявити збільшення його розмірів, потовщення стінок, розвиток перивезикальних абсцесів, наявність чи відсутність конкрементів і їх розміри.

Консервативна терапія.

Терапевтичні заходи при гострому панкреатиті повинні проводитися в стаціонарі і починатися якомога раніше. Необхідне створення фізіологічного спокою для залози: строгий постільний режим, голод протягом 3-5 днів, міхур з льодом на живіт. У дні голодування хворому внутрішньовенно крапельно вводять фізіологічний розчин з 5% глюкозою - не більше 1500-2000 мл на добу для боротьби з інтоксикацією та зневодненням організму. Проводять корекцію електролітного обміну, так як він нерідко порушується. При частій блювоті і вираженому здутті шлунка доцільно відкачувати його вміст тонким зондом, введеним через ніс.

Для купування болів і гноблення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози вводять 2-3 рази по 0,75 мл 0,1% розчину атропіну підшкірно, доцільне застосування ношпи, папаверину, галідор та інших спазмолітиків в поєднанні з промедолом, димедролом. Морфін призначати не рекомендується, так як він може викликати спазм сфінктера Одді і посилювати болі. Гарним лікувальним ефектом володіють двостороння паранефральна новокаїнова (50-80 мл 0,25-0,5% розчину) блокада і внутрішньовенне введення новокаїну (5-10 мл 0,5% розчину) на фізіологічному розчині.

Важливий чинник у лікуванні гострого панкреатиту - застосування препаратів, що пригнічують активність ферментів підшлункової залози (трасилол, цалол, контрикал). У перші 3-4 дні вводять по 25000-50000 од. препарату на добу внутрішньовенно крапельно в 200 мл фізіологічного розчину, потім дозу зменшують до 10000-20000 од. на добу щодня протягом тижня.

При шоці внутрішньовенно крапельно вводять 1,5-2 л 5% розчину глюкози, підшкірно - кофеїн, ефедрин, камфору, кордіамін, щодня переливають по 200-250 мл крові або плазми. З перших днів захворювання призначають глюконат кальцію або хлорид кальцію внутрішньовенно. При тяжкому перебігу набрякової фази гострого панкреатиту доцільно застосовувати стероїдні гормони. Для боротьби з інфекцією призначають антибіотики. З метою профілактики тромбоемболії в перші дні захворювання проводять антикоагулянтну терапію.

У хворих похилого та старечого віку хірургічне втручання при гострому панкреатиті проводиться лише за життєвими показаннями у зв'язку з розвитком ускладнень (абсцес, кровотеча, перфорація, псевдокісти). Це пов'язано з тим, що у хворих даного віку існуючі зміни серцево-судинної та дихальної систем, порушення обмінних процесів та ін. різко обмежують адаптаційні можливості організму, обумовлюючи розвиток у них важких ускладнень в післяопераційному періоді (серцево-судинна недостатність, пневмонія, тромбоемболія та ін.)

Гострий панкреатит значно важче протікає у літніх і старих людей, частіше закінчується летально (70% всіх померлих від гострого панкреатиту старше 50 років). З найбільш частих причин смерті слід вказати на розвиток серцевої, печінкової і ниркової недостатності, кишкової непрохідності. Значний відсоток, складають вогнищева пневмонія, тромбоемболічні ускладнення, діабетична кома.

У профілактиці гострого панкреатиту основне значення мають своєчасне лікування захворювань печінки та жовчних шляхів, дотримання дієти і раціонального режиму харчування. Калорійність харчового раціону в період між нападами у літніх людей не повинна перевищувати 2200 ккал, у стариків - 2000 ккал.

Рекомендується чотириразові прийом їжі в одні і ті ж години, в теплому вигляді. Продукти, що входять до її складу, слід добре подрібнювати. З дієти виключаються торти, кремові вироби, смажене м'ясо, копчені ковбаси, консерви, жирні супи на міцному м'ясному або рибному бульйоні, квашені та солоні овочі, гострі маринади і приправи, круті яйця, будь-які спиртні напої.

Дієта хворих повинна містити харчові продукти, багаті білком (1,2 -1,5 г білка на 1 кг маси на добу), причому перевага віддається таким продуктам, як сир, худа телятина, яєчний білок, різні крупи (гречана, вівсяна і ін.). Дозволяється вживати також нежирне відварне м'ясо, запечений м'ясної пудинг, фрикадельки, рубане м'ясо, худі сорти прісноводної риби. У харчовому раціоні слід обмежувати вуглеводи (до 300 г на добу) і жири (до 30 г на добу), при цьому краще вживати рослинні жири (соняшникова та кукурудзяна олія).

У меню щодня має бути не менше 600 г овочів, вважаючи і картопля. Частина овочів бажано вживати в сирому вигляді. Нормальному травленню сприяють фрукти, ягоди (яблука, чорна смородина, шипшина, чорнослив).

Корисно раз на тиждень проводити так званий розвантажувальний день, призначаючи хворому 1 л кефіру і 400 р. яблук або 1 л фруктового соку і 400 г сиру на день. При гарній переносимості можна практикувати питної варіант розвантаження: 10-15 склянок кип'яченої води і склянка ізюму або сухого компоту. Строгість дотримання дієти обумовлена тим, що в переважній більшості випадків розвиток захворювання пов'язане саме з відступом від неї.

Людя́м похилого та старечого віку при відсутності жовчнокам'яної хвороби рекомендується систематично вживати легкі жовчогінні засоби - настої шипшини, кукурудзяних рилець, жовчогінний чай. Пити настої треба за 30 хв до їди по півсклянки 3 рази на день у теплому вигляді. Доцільно також щотижня проводити сліпі зондування - натще хворий випиває склянку теплої розчину сорбіту або ксиліту (по 20 г), карловарської солі або Барбари (1-3 чайні ложки на склянку води), після чого необхідно протягом 1 ½ год полежати на правому боці, підклавши під нього теплу грілку.

Доцільно з профілактичною метою періодично проводити курси санаторно-курортного лікування на питних курортах (Трускавець, Єсентуки, Боржомі, Железноводськ, Карлові Вари).

Оперативне лікування

При оперативних втручаннях по життєвим показанням велику увагу приділяють передопераційній підготовці, інтраопераційному анестезіологічному забезпеченні та післяопераційному веденні хворих.

При планових оперативних втручаннях велике значення мають характер перебігу супутнього захворювання, ступінь компенсації життєво важливих функцій і можливість корекції його за допомогою медикаментозних засобів. Абсолютними протипоказаннями до планової операції у хворих похилого та старечого віку є: 1) свіжий інфаркт міокарда (з часу інфаркту пройшло менше 3-х місяців); 2) легенево-серцева недостатність II-III ступеня; 3) гіпертонічна хвороба III стадії; 4) гострі форми ішемічної хвороби серця (часті напади стенокардії, гостра вогнищева дистрофія міокарда); 5) цукровий діабет, що не піддається корекції інсуліном; 6) посттромбофлебійна хвороба (небезпека тромбоемболії!); 7) цироз печінки в стадії декомпенсації (асцит, спленомегалія,

розширення колатеральних вен). Не слід оперувати інкурабельних онкологічних хворих. У всіх інших випадках питання про планову операцію вирішують індивідуально

7. Завдання для самоконтролю.

A. Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Які є протипокази до екстреної апендектомії при гострому апендициті?
 - A. Апендикулярний інфільтрат.
 - B. Інфаркт міокарду.
 - C. Друга половина вагітності.
 - D. Геморагічний діатез.

2. Екстрена апендектомія не показана при:
 - A. Гострому простому апендициті
 - B. Гострому апендициті в другій половині вагітності.
 - C. При першому приступі гострого апендициту
 - D. При невстановленому чиннику болі в правій клубовій ділянці.

3. З метою попередження послідуєчих смертельних ускладнень обертів правильну тактику у початковій стадії obtураційної кишкової непрохідності:
 - A. Хірургічне лікування, якщо консервативні заходи виявились не ефективними
 - B. Тільки консервативне лікування.
 - C. Екстрена операція
 - D. Планова операція

4. Протипоказом до оперативного лікування при защемленій вентральній грижі є:
 - A. Гігантський розмір грижі.
 - B. Вагітність в другій її половині.
 - C. Флегмона грижового мішка
 - D. Жодний з перелічених.

5. Ранні ускладнення гострого панкреатиту всі, крім?
 - A. Панкреатогенний шок.
 - B. Ферментативний перитоніт.
 - C. Нориця підшлункової залози.
 - D. Колапс.

6. Апендикулярний інфільтрат це:
 - A. Інфільтрація сліпої кишки з червоподібним відростком.
 - B. Петлі тонкої кишки з червоподібним відростком.
 - C. Конгломерат злучених між собою вищеназваних органів і тканин.
 - D. Інфільтрат червоподібного відростка.

7. При якому розташуванні червоподібного паростка ректальне дослідження буде найбільш корисним?
 - A. Тазовому
 - B. Ретроцекальному
 - C. Медіальному
 - D. Підпечінковому

8. Для клініки гострого холангіту характерно:
 - A. Нудота блювота.
 - B. Мелена.
 - C. Висока температура, болі у правому підребір'ї, жовтяниця.
 - D. Оперізуючий біль

9. Найчастіше гострий панкреатит розвивається в наслідок наступної причини:

- A. Травма підшлункової залози
- B. Жовчнокам'яна хвороба
- C. Аліментарний фактор
- D. Хронічний алкогольний панкреатит

10. При гострій кишковій непрохідності дегідратація організму відбувається переважно за рахунок:

- A. Збільшення діурезу
- B. Секвестрації в третій простір
- C. Блювання
- D. Випаровування з поверхні шкіри та при диханні

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	A	D	C	C	A	C	B	B

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Під час операції хворої 70 років виявлений велика кіста підшлункової залози, тісно припаяний до задньої стінки шлунку. Який об'єм операції?

2. У хворої 67 років після прийому жирної їжі з'явився сильний біль в епігастрії, правому і лівому підребер'ї, була блювота з домішками жовчі. З анамнезу відомо, що хвора страждає хронічним калькульозним холециститом, виразковою хворобою. Клінічно: стан хворої середньої важкості. Неспокійна, стогне від болі в животі. PS=100 уд. за хв. Язик сухий. Живіт піддутий, болючий при пальпації в епігастрії і правому підребір'ї. Симптом Щоткіна-Блумберга, Спіжарського негативні. Симптом Мейо-Робсона і Воскресенського – позитивні. Температура 37,5°C, лейкоцитоз – $10,1 \times 10^9/\text{л}$. Найбільш вірогідний діагноз?

3. Хворий 68 років, що страждає хронічною ішемією кінцівок, раптово відчув сильні болі в правій здухвинній ділянці. Звернувся за медичною допомогою через добу. На момент огляду болі в правій здухвинній ділянці зменшились, проте є симптоми подразнення очеревини по всьому животу. Температура 37,5°C., лейкоцитоз помірний, проте є виражений зсув вліво. Про яку форму гострого апендициту слід думати в даному випадку?

4. Хвора 63 років хворіє протягом двох тижнів, коли помітила іктеричність склер, відмічався незначний біль розпираючого характеру в правому підребер'ї. Через дві доби від початку захворювання, з'явився кал сірого кольору, жовтушність шкіри, яка поступово посилювалась. При надходженні у відділення загальний стан задовільний. При УЗД виявлено розширення внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних протоків і головної протоки підшлункової залози. Який діагноз найбільш ймовірний?

5. Під час операції у хворої 68 років з приводу гострого деструктивного холециститу визначена наявність гнійного холангіта. При ревізії холедоха не знайдені конкременти та ознаки стеноза дуоденального сосочка. Виконано холецистектомію. Як необхідно закінчити операцію?

6. Хворий 76 років поступив до лікарні на сьому добу від початку захворювання зі скаргами на біль у правому підребер'ї, слабкість, повторне блювання, підвищення температури тіла до 38 градусів. При огляді – загальний стан середньої важкості. Блідість, пальпується збільшений жовчний міхур, у правому підребер'ї відмічається напруження. Якому методу лікування віддається перевага?

7. Хворий, 76 років, при надходженні в клініку скаржиться на нудоту, здуття живота, утруднення відходження газів. Стільця не було на протязі 2 діб. При огляді хворого в пупочній області має місце грижа, досить великих розмірів, безболісна, в черевну порожнину не вправляється. Симптом “кашльового поштовху” позитивний. При ректальному обстеженні визначаються калові камні. Яка патологія розвинулась у хворого?

8. Жінка 65 років, яка оперована рік тому з приводу гострого апендициту, поступає в приймальне відділення зі скаргами на переймоподібні болі і здуття живота. На протязі доби не відходили гази і не було стільця. При оглядовій рентгенографії живота виявлено вздуті петлі тонкої кишки і чаші Клойбера. Ваш діагноз?

9. Хворий 64 років поступив з клінічною картиною гострого калькульозного холециститу. На другу добу від моменту надходження на фоні консервативної терапії виник гострий біль у правому підребер'ї, стан тяжкий, блідість, тахікардія. Відмічається напруженість м'язів живота та перитоніальні явища у всіх відділах. Про яке ускладнення слід думати?

10. Хворий 86 років доставлений у стаціонар з клінікою защемленої пупочної киля через 1 годину від моменту защемлення. В анамнезі у хворого два інфаркти міокарду (останній три місяці тому), інсульт (два роки тому). Хворий страждає на гіпертонічну хворобу більше 30 років. При загальному клінічному обстеженні у хворого спостерігаються виражені ознаки серцево-судинної та дихальної недостатності. Яка ваша тактика лікування хворого?

Правильні відповіді

1	Цистогастроентероанастомоз
2	Гострий панкреатит
3	Гагренозний
4	Пухлина великого дуоденального сосочка
5	Виконати зовнішнє дренажування холедоха
6	Холецистостомія
7	Копростаз
8	Спайкова тонкокишкова непрохідність
9	Прободіння жовчного міхура, перитоніт
10	Спочатку консервативне лікування протягом 2-х годин від моменту защемлення (спазмолітики, анальгетики, масаж, тепла ванна), при неефективності – хірургічне втручання

Література

1. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія: В 2 т. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
2. Хірургія. Захараш М.П. „Медицина”- Київ 2006 р.221 с.
3. Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. „Медицина” 2002 426 с.
4. Хирургия. Перевод с англ. Под редакцией Ю.М.Лопухина, В.С. Савельева.- М., Медицина.-1998.
5. Неотложная хирургическая помощь. Под редакцией Б.Д.Комарова.-М., Медицина.-1984.
6. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саєнко В.Ф., Ничитайло М.Е. – К.: Здоров'я, – 2000. – 304с.
7. Литтман И. Оперативная хирургия. – Х.: Континент, 2000. – 1176 с.

ТЕМА 20. ХІРУРГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ЧЕРЕВНИЙ ТИФ, ПАРАТИФИ, ЛЕПТОСПРОЗ, АБДОМІНАЛЬНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗ, КИШКОВИЙ ІЕРСИНІОЗ, ОПІСТОРОХОЗ, АСКАРИДОЗ. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МІЖ ГОСТРИМИ ХІРУРГІЧНИМИ ТА ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2. Актуальність теми:

Гострі кишкові інфекції залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної інфектології. На сьогодні в структурі інфекційних захворювань вони поступаються лише гострим респіраторним вірусним інфекціям. За даними ВООЗ у світі щороку реєструється від 68,4 до 275 млн випадків діарейних захворювань, кількість яких постійно зростає. Етіологічний чинник ГКІ вдається виявити у 56-80% хворих. Це можуть бути бактерії, віруси, гриби або ж найпростіші. Частота хірургічних ускладнень у хворих з даними нозологіями досягає 3 – 5 %, проте відносно невелика питома вага асоціюється з надзвичайною складністю їх діагностики та встановлення показань до оперативного лікування. Саме несвоєчасністю діагностики пояснюється стандартно високі показники летальності при розвитку хірургічних ускладнень у хворих на ГКІ – 38 – 62 %.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати: етіологічну структуру основних інфекційних захворювань, варіанти перебігу, діагностику та способи їх лікування.

А також знати:

- особливості епідеміології інфекційних захворювань, що можуть спричинити ургентні хірургічні ускладнення: джерела інфекції, шляхи передачі, фактори, що сприяють інфікуванню;
- особливості клінічного перебігу інфекційних захворювань, інкубаційний перебіг, класичні та атипичні клінічні прояви;
- патогенетичні переумови виникнення та характеристику ускладнень;
- особливості діагностики інфекційних захворювань та їх хірургічних ускладнень на різних стадіях розвитку;
- диференційну діагностику інфекційних захворювань та їх хірургічних ускладнень з іншою патологією неінфекційного генезу;
- особливості консервативного та хірургічного лікування ускладнень інфекційних захворювань;
- особливості післяопераційної інтенсивної терапії хворих з хірургічними ускладненнями інфекційних захворювань;

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, епідеміологічний анамнез, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих з інфекційними захворюваннями при підозрі виникнення їх ургентних хірургічних ускладнень.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати дані скарг хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- оцінити дані епіданамнезу;
- правильно верифікувати та інтерпретувати у хворих ознаки основного захворювання та його хірургічних ускладнень;
- оцінювати дані інструментальних методів дослідження хворих з хірургічними ускладненнями інфекційних захворювань;
- формулювати діагноз хвороби;

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз;

визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з ознаками інфекційних захворювань та їх хірургічних ускладнень.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на інфекційні хвороби та їх хірургічні ускладнення, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патфізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб, рентгенологія	Анатомію органів черевної порожнини; фізіологію системи травлення; обмін білірубину; фізіологію водно-електролітного обміну; види дегідратацій; патогенез діареї, її види; особливості фізикального обстеження органів черевної порожнини.	Проводити збір анамнезу захворювання, визначення та оцінку параметрів гемодинаміки (пульс, АТ, ЦВТ), фізикальне дослідження органів черевної порожнини, визначати основні рентгенологічні та ультразвукові симптоми інфекційних захворювань та їх хірургічних ускладнень.
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія, інфекційні хвороби	Епідеміологію, етіологію, фактори ризику, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики інфекційних хвороб, що потенційно можуть спричинити ургентні хірургічні ускладнення, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз; правила передопераційної підготовки та післяопераційної інтенсивної терапії хворих з даною патологією, основні групи антибіотиків, їх механізм дії, правила призначення та способи контроль ефективності.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення перитоніту та абсцесів інфекційних захворювань та їх ургентних хірургічних ускладнень, вибору оптимальних способів їх лікування та профілактики;
Внутрішньопредметна інтеграція	Причини та сприяючі фактори виникнення ургентних хірургічних ускладнень інфекційних захворювань, їх патогенез, основні клінічні ознаки, додаткові методи обстеження, особливості консервативного та хірургічного лікування.	Оцінювати ефективність хірургічного лікування ургентних ускладнень інфекційних захворювань, запропонувати заходи профілактики.

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з підозрою на ургентні хірургічні ускладнення інфекційних захворювань.		+	
2.	Проводити фізикальне дослідження хворих -огляд хворих з інфекційними захворюваннями, що мають хірургічні ускладнення; -оцінку стану гемодинаміки; -оцінку даних додаткових методів обстеження (лабораторних, рентгенографія, УЗД, ФГДС);			+
3.	Проводити диференційну діагностику ускладнень інфекційних захворювань з іншою хірургічною аптологією		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при різних видах ускладнень інфекційних хвороб		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1. Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори, особливості епідеміології інфекційних захворювань, що потенційно можуть спричинити ургентні хірургічні ускладнення.	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні чинники розвитку хірургічних ускладнень інфекційних захворювань.	
3. Класифікацію	Перерахувати та класифікувати можливі хірургічні ускладнення окремих інфекційних захворювань.	
4. Клініку	Назвати основні клінічні прояви хірургічних ускладнень окремих інфекційних захворювань	

5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики даного ускладень.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики хірургічних ускладень інфекційних захворювань з іншими хірургічним та інфекційними нозологіями.	
7.Лікувальну тактику	Окреслити хірургічну тактику при лікуванні ускладненнь окремих інфекційних захворювань, назвати види оперативних втручань, перерахувати заходи післяопераційної інтенсивної терапії, назвати групи препаратів та обругнувати покази до їх застосування, окреслити заходи профілактики їх розвитку.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворих на перитоніт чи абсцеси черевної порожнини	<p><i>Виконати в наведеній послідовності</i></p> <p>1.Загальний огляд</p> <p>2.Пальпація, перкусія, аускультация.</p>	<p>-Оцінити загальний стан, стан свідомості, колір шкірних покривів, стан слизових оболонок, назвати шкірні прояви інфекційних захворювань, частоту дихання, пульс, АТ, ;</p> <p>- при пальпації черевної порожнини на ранніх стадіях розвитку хірургічних ускладненнь епіцентр болю відповідає локалізації ураженого органа, при динамічному спостереженні слід виявити ознаки розповсюдження болю пиеднання ознак перионіту, виявити симптоми наявності вільного газу (відсутність печінкової тупості) та вільної рідини в черевній порожнині (притуплення перкуторного тону по фланках, симптом Кюленкампа);</p> <p>- вміти правильно провести визначення симптомів подразнення очеревини;</p> <p>-аускультивно провести доопераційну оцінку стану перитстальтики.</p>

<p>Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень, верифікувати зміни в лабораторних даних, що свідчить про появу ургентних хірургічних ускладнень</p>	<p>Лабораторні дослідження</p> <p>Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини</p> <p>Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини</p> <p>Лапароскопія</p>	<p>- загальний аналіз крові: (ознаки гемоконцентрації (підвищення вмісту еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту) чи анемії, лейкоцитоз з паличкоядерним зсувом вліво;</p> <p>-загальний аналіз сечі;</p> <p>- біохімічний аналіз крові: напізніх стадіях захворювання може містити ознаки печінково-ниркової недостатності (підвищення рівнів білірубіну, креатиніну, сечовини);</p> <p>- коагулограма: (ознаки коагулопатії на фоні лептоспірозу та черевного тифу, що сприяють розвитку кровотеч.</p> <p>- наявність вільного газу в черевній порожнині (ознака перфорації порожнистого органа)</p> <p>- наявність ознак гострої непрохідності кишечника (збільшення діаметра кишкових петель, візуалізація складок Кракрінга, симптом розтягнутої пружини, чаші Клойбера, гіперпневматоз)</p> <p>Дозволяє оцінити стан внутрішніх органів на фоні інфекційних захворювань, виявити ознаки наявності хірургічних ускладнень (вільна рідина, непрохідність кишечника, набряк стінки жовчного міхура при гострому холециститі), виявити клінічно значиму супутню патологію, як неінвазивний метод, зручний для використання в якості способу динамічного спостереження та контролю ефективності лікування.</p> <p>Одночасно діагностичні та лікувальна процедура, що дає можливість не тільки виявити причину перитоніту, а в ряді випадків і усунути її.</p>
<p>Визначити лікувальну тактику при хірургічному лікуванні ургентних хірургічних ускладнень черевного тифу та паратифів, лептоспірозу, абдомінального туберкульозу, псевдотуберкульозу, кишкового ієрсиніозу,</p>	<p><u>Заходи передопераційної підготовки хворих</u></p> <p><u>Хірургічне втручання</u></p> <p><u>Післяопераційна інтенсивна терапія</u></p>	<p>Проводяться в умовах відділення інтенсивної терапії:</p> <p>-корекція водно-електролітного дисбалансу;</p> <p>-корекція супутньої патології;</p> <p>-передопераційна антибіотикопрофілактика;</p> <p>-премедикація;</p> <p>При наявності перитоніту операція виконується за життєвими показаннями;</p> <p>Проводиться у відділенні інтенсивної терапії сумісно хірургом, лікарем інтенсивної терапії із залученням профільних фахівців для корекції супутньої патології.</p>

опісторхозу, аскаридозу		
----------------------------	--	--

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Черевний тиф	це гостре інфекційне захворювання, зумовлене сальмонелою (<i>Salmonella typhi</i>), що характеризується гарячкою, симптомами загальної інтоксикації, бактеріємією, збільшенням печінки та селезінки, ентеритом та специфічними морфологічними змінами лімфатичного апарату кишечника.
Лептоспіроз	це гостре інфекційне захворювання, що характеризується гарячкою, загальною інтоксикацією, ураженням нирок, печінки, нервової системи.
Псевдотуберкульоз	це кишковий антропоозооз, що викликається (<i>Y. pseudotuberculosis</i>), що характеризується враженням травного тракту, вираженою токсико-вазальною симптоматикою та схильністю до генералізації.
Кишковий ієрсиніоз	це гостре інфекційне захворювання, збудником якого є (<i>Y. enterocolitica</i>), що характеризується враженням шлунково-кишкового тракту у поєднанні з токсико-алергічною та полівогнищевою симптоматикою.
Опісторхоз	це хронічне інфекційне паразитарне захворювання, що зумовлене

	інвазією організму <i>Opisthorchis felinus</i> , який паразитує у внутрішньо печінкових та позапечінкових жовчних протоках, спричиняючи хронічний холецистикохолангіт.
Аскаридоз	це інфекційне захворювання з групи гельмінтозів, що характеризується вираженою алергізацією організму, кишковими та позакишковими проявами.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Перерахуйте хірургічні ускладнення черевного тифу та паратифів;
2. Назвіть причини перфорацій кишки при черевному тифі, їх особливості;
3. Розкрити патогенез хронізації черевного тифу, яким чином можна перервати процес персистенції збудника в організмі?
4. Причини гаморагічних ускладнень при лептоспірозі;
5. Профести диференційну діагностику жовтяничної форми лептоспірозу та гострого холециститу, ускладненого механічною жовтяницею;
6. Причини розвитку, макроскопічні особливості та ускладнення абдомінального туберкульозу;
7. Особливості оперативних втручань з приводу туберкульозного перитоніту;
8. Перерахувати органи організму людини, до яких спостерігається антигенна тропність збудників кишкового ієрсиніозу та псевдотуберкульозу, назвати ускладнення, що цим зумовлені;
9. Назвати особливості тифопаратифозних перфорацій;
10. Назвати особливості гострого апендициту на фоні ієрсиніозної інфекції;
11. Назвати ускладнення опісторхозу;
12. Особливості хірургічних втручань на жовчовидільних шляхах з приводу корекції ускладнень опісторхозу.
13. Перерахуйте хірургічні ускладнення аскаридозу;

6.3. Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

6.4. Хірургічні ускладнення черевного тифу та паратифів.

Визначення	Черевний тиф – це гостре інфекційне захворювання, що спричиняється сальмонелою, характеризується гарячкою, симптомами загальної інтоксикації, бактеріємією, збільшенням печінки та селезінки, ентеритом та своєрідними змінами лімфатичного апарату кишечника.
Етіологія	Збудник черевного тифу (<i>S. typhi</i>) відноситься до родини Enterobacteriaceae, роду Salmonella, виду Salmonella enterica, підвиду enterica, serovar typhi та морфологічно не відрізняється від інших сальмонел. Це грам негативна рухлива паличка, спор та капсул не утворює, добре росте на звичайних поживних середовищах.
Епідеміологія	Черевний тиф належить до кишкових антропонозів. Єдиним джерелом та резервуаром інфекції є людина. Джерелом інфекції найчастіше стають хронічні бактеріоносії черевного тифу, які залишаючись практично здоровими виділяють бактерії протягом тривалого часу – роки та десятиліття. Небезпеку також становлять пацієнти з легкими та стертими формами захворювання, що рідко своєчасно діагностуються. Механізм передачі збудника фекально-оральний та рідко – переважно серед дітей – контактно-побутовий.

<p>Патогенез та клінічні прояви</p>	<p>Для виникнення захворювання необхідно попадання в шлунково-кишковий тракт мікробів-збудників. З просвіту тонкої кишки сальмонели проникають в солітарні фолікули та пейєрові бляшки, а потім в мезентеріальні лімфатичні вузли, де вони розмножуються, і далі через грудний проток потрапляють у кров. Виникає бактеріємія, яка збігається з першими клінічними ознаками черевного тифу. В результаті бактерицидної дії крові частина мікробів гине з виділенням ендотоксину, що викликає інтоксикацію організму.</p> <p>Ендотоксин має виражену нейротропну дію, що веде до розвитку інфекційно-токсичної енцефалопатії. Вплив ендотоксину на симпатичні нервові закінчення черевного нерву та вегетативні ганглії призводить до трофічних і судинних порушень у слизовій оболонці і лімфатичних утвореннях тонкої кишки. В результаті виникають кишкові виразки, з'являється метеоризм, іноді пронос. Поразка ендотоксином міокарда викликає його дистрофічні зміни, а в більш важких випадках - токсичний міокардит. При тяжкому перебігу хвороби може розвинути інфекційно-токсичний шок.</p> <p>Інкубаційний період триває від 7 до 25 днів. У перебігу хвороби виділяють такі періоди:</p> <ul style="list-style-type: none"> - початковий; - розпал хвороби; - згасання основних клінічних проявів; - одужання. <p>Захворювання починається поступово. Розвиваються виражена загальна слабкість, швидка стомлюваність, адинамія, головний біль, можуть бути невеликі озноби. Підвищується температура тіла і до 4-7-го дня хвороби вона досягає максимуму. Наростає інтоксикація. Стілець зазвичай затриманий, з'являється метеоризм. До 7 - 9-го дня хвороба досягає повного розвитку.</p> <p>К 7-8-му дню захворювання настає період розпалу. Значне посилення інтоксикації проявляється в різкій загальмованості хворих, порушенні свідомості. На шкірі з'являється характерний розеолезний висип. Елементів висипу зазвичай небагато, вони локалізуються на шкірі верхніх відділів живота і нижніх відділів грудної клітини. Розеоли монотипні, з чіткими межами, декілька відносяться над рівнем шкіри (<i>roseola elevata</i>). Елементи існують від кількох годин до 3-5 днів. В періоді згасання основних клінічних проявів температура тіла знижується, а потім нормалізується. Зменшуються і згодом зникають явища загальної інтоксикації, головний біль. З'являється апетит, зменшуються розміри печінки та селезінки.</p>
<p>Класифікація ускладнень</p>	<p>До типових ускладнень черевного тифу належать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перфорації гострих виразок тонкої кишки; • Кишкові кровотечі; • Хронічний холецистохолангіт. <p>Перфорації тонкої кишки на фоні черевного тифу звичайно настає на 3-му тижні захворювання, хоча може виникнути і більш ранній термін – (11- 13-й день хвороби). На фоні прийому антибіотиків вона розвивається навіть при нормальній температурі та при задовільному загальному стані пацієнта. До чинників, що сприяють перфорації кишечника на фоні черевного тифу належать: метеоризм, порушення ліжкового режиму та виражений дефіцит маси тіла. Типова локалізація перфорацій при черевному тифі – дистальний метр тонкої кишки, внаслідок ураження</p>

збудником кишкової стінки в зоні *filiculi lymphatici agregatti* (пейєрові пляшки).

Найбільш постійними ознаками перфорації кишки та початкової стадії перитоніту є болі в животі, напруження м'язів черевного пресу, тахікардія, тахіпноє. Провідний симптом – болі в животі. Інколи хворі скаржаться на сильний біль в животі, переважно в нижніх відділах справа, хоча частіше болі бувають помірної інтенсивності чи мало виражені. При виникненні перфорації кишки на фоні вираженої інтоксикації та високої температури всі суб'єктивні ознаки виражені слабо, тому навіть незначне посилення болю у животі повинно виклопати підвищену настороженість лікаря. Об'єктивні клінічні ознаки також слабо виражені. Інколи єдиним проявом ускладнення є місцеве напруження м'язів черевної стінки в правій здухвинній ділянці. При легких формах черевного тифу та паратифів перфорації кишки іноді можуть наступати поза інфекційним стаціонаром і хворі госпіталізуються безпосередньо в хірургічне відділення з клінікою перитоніту.

При огляді відмічається напруження м'язів черевної стінки, більш виражене в нижніх відділах справа, симптоми подразнення очеревини, черевна стінка не бере участі в акті дихання. Перкуторно визначаються ознаки наявності вільного газу в черевній порожнині - відсутність печінкової тупості та ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині – зміна мед притуплення в зоні фланків при зміні положення тіла пацієнта. Аускультативно перистальтика різко ослаблена чи відсутня.

Діагностика. З інструментальних методів дослідження найбільш інформативні оглядова рентгенографія органів черевної порожнини – наявність полоски газу під куполами діафрагми та ультразвукове дослідження – візуалізація вільної рідини в міжпетлевому просторі та вільній черевній порожнині.

Лікування хірургічне за життєвими показами. Найкращі результати має місце при оперативному лікуванні не пізніше 6 год з моменту перфорації. Як правило виконують ушивання перфорацій кишки та її декомпресію.

Кишкові кровотечі зустрічаються в той же термін захворювання, що і перфорації. При лікуванні антибіотиками вони можуть виникнути не тільки в період гарячки, а й на 3 – 5 добу нормальної температури. Виникнення кишкової кровотечі при черевному тифі на висоті інтоксикації характеризується короткочасним різким падінням температури тіла, проясненням свідомості, зменшенням головних болей та нетривалим покращенням загального стану хворого. Потім хворий блідніє, виступає холодний піт, збільшується пульс, падає артеріальний тиск. Домішки крові у калі при незначній кровотечі мають місце лише через 8 – 12 год з моменту її початку. Хоча при масивної кровотечі вже через 1,5 – 2 год стілець представлений практично незміненою кров'ю. В периферійні крові знижується вміст гемоглобіну, еритроцитів, гематокрит, збільшується кількість ретикулоцитів.

У 3 – 5 % хворих, що переохворіли на черевний тиф незалежно від ступеню важкості даного захворювання в подальшому розвивається хронічне бактеріоносійство, яке зумовлене персистенцією збудника захворювання в тканині стінки жовчного міхура. При цьому чітко прослідковується залежність між патоморфологічними змінами стінки жовчного міхура та тривалістю черевнотифозного процесу в організмі. Гістологічне дослідження регіонарних лімфатичних вузлів жовчного міхура при гострому та хронічному його запаленні на фоні хронічної черевнотифозної інфекції у 88,7% пацієнтів підтверджують

	черевнотифозну природу холецистити. Тому у хворих з хронічною формою черевного тифу після 3 – 4 курсів специфічної терапії при її неефективності доцільно виконати холецистектомію без врахування ступеню морфологічного пошкодження його стінки.
--	---

6.6. Хірургічні ускладнення лептоспірозу.

Визначення	Лептоспіроз – госре інфекційне захворювання, що характеризується високою гарячкою, загальною інтоксикацією, ураженням печінки, нирок, нервової системи.
Етіологія	Збудником лептоспірозу є спірохета родини лептоспір. Відомо біля 200 типів лептоспір, що викликають дане захворювання вони пристосовані до життя у воді тривало виживають у вологому ґрунті.
Епідеміологія	Джерелом інфекції є тварини (лісові миші, водяні щурі, собаки, свині, велика рогата худоба), котрі переносить захворювання без буди-яких клінічних проявів та здатні тривало виділяти збудника у навколишнє середовище з сечею. Зараження людини відбувається при контакті пошкодженої шкіри слизових оболонок з водою, що забруднена виділеннями тварин, вживання цієї води чи забруднених виділеннями творин продуктів у їжу. Заражена лептоспірозом людина небезпеки для оточуючих не становить.
Клінічна картина лептоспіроза	Тривалість інкубаційного періоду до 3 – 30 діб, частіше 6 – 14 днів. Захворювання починається з різкого підвищення температури тіла до 39 – 40 °С, розвивається сильний головний біль, слабкість, нудота, блювання, менінгізм, апри тяжкому стані хворого – серозний менінгіт. З'являється яскрава гіперемія та пастозність шкіри обличчя, ін'єкція судин склери, дрібні крововиливи під шкіру кон'юнктив. З перших днів захворювання можливий розеольозно-папульозний висип, носові кровотечі, гематомезис, гематурія, поширені крововиливи в місцях ін'єкцій. Частим, але не обов'язковим симптомом захворювання є жовтяниця, що розвивається на 3 – 4 добу захворювання. Печінка та селезінка збільшується можливе ураження нирок. Висока температури тримається 5 – 8 днів з подальшим критичним зниженням до нормальної.
Ускладнення лептоспірозу	До хірургічних ускладнень лептоспірозу належить геморагічні ускладнення у вигляді шлунков-кишкових кровотеч, гематом м'яких тканин. Також слід диференціювати жовтяницю при лептоспірозі з іншими патогенетичними формами жовтяниц, які характерні для інфекційних та хірургічних захворювань.

6.7. Хірургічні ускладнення кишкового псевдотуберкульозу та ієрсініозу.

Визначення	Кишковий псевдотуберкульоз та ієрсініоз – це гострі зоонозні інфекційні захворювання, що характеризуються враженням ШКТ в поєднанні з різною токсикоалергічною та полівогнищевою симптоматикою.
Етіологія	Y. pseudotuberculosis и Y. enterocolitica – це рухливі грам негативні неспороутворюючі палички роду Yersinia, родини Enterobacteriaceae. Невибагливі до поживних середовищ, бактерії здатні тривало зберігатись та розмножуватись у харчових продуктах, достатньо стійкі до заморожування, тривало існують у ґрунті та воді. Ентеротоксин Y. Enterocolitica має провідне значення у розвитку вираженої діареї, тоді як ентеротоксин Y. pseudotuberculosis має менше патогенетичне значення. За рахунок вираженої інвазивної активності збудника псевдотуберкульозу

	<p>відмічається тенденція до генералізації даного захворювання. Важливу патогенетичні роль відіграє антигенний зв'язок ієрсиній з антигенами певних тканин людського організму: щитовидної залози, синовіальної оболонки суглобів, печінки, нирок, лімфатичних вузлів, червоподібного відростка, виличкової залози</p>
<p>Епідеміологія та патогенез</p>	<p>Джерелом інфекції є тварини, головним чином свині, велика та дрібна рогата худоба, собаки, гризуни. Зараження від людини відбувається рідко і лише при кишковому ієрсиніозі, хворий на псевдотуберкульоз для оточуючих небезпеки не становить. Механізм передачі – фекально-оральний, провідний шлях передачі – харчовий, на другому місці – водний шлях передачі.</p> <p>Збудник псевдотуберкульозу потрапляє в шлунково-кишковий тракт з інфікованою їжею або водою. Подолавши захисний бар'єр шлунка, мікроби фіксуються в клітках лімфоїдного апарату кишечника, звідти проникають в мезентеріальні лімфатичні регіонарні вузли, викликаючи їх запалення. На цій стадії, як правило, клінічних проявів хвороби немає, захворювання протікає в латентній формі, а в разі неспроможності бар'єру регіонарних лімфатичних вузлів мікроби потрапляють у кров'яне русло і різні органи, відбувається їх масова загибель, що супроводжується вивільненням великої кількості ендотоксину, з'являються клінічні симптоми хвороби (лихоманка, інтоксикація, ураження органів).</p> <p>В залежності від переважання синдрому захворювання виділяють абдомінальну, жовтяничну, артралгічну, висипну, катаральну, змішану, генералізовану, стерту і латентну форми.</p> <p>Абдомінальна форма протікає з переважанням синдрому ураження шлунково-кишкового тракту (болі в животі, нудота, блювання, пронос, ознаки термінального ілеїту, мезаденіта, апендициту).</p> <p>Жовтянична - болі в правому підребер'ї, потемніння сечі, жовтушність шкіри і склер, збільшення печінки, білірубінемія, гіпертрансаминаземія.</p> <p>Артралгічна - виражені артралгії, знерухомлення хворих.</p> <p>Висипна - екзантема, симптоми "капюшона", "рукавичок", "шкарпеток".</p> <p>Катаральна - кашель, нежить, першіння та біль у горлі, гіперемія і набряк слизової оболонки ротоглотки.</p> <p>Змішана - до неї відносяться захворювання, що протікають з чітко вираженими ознаками двох клінічних форм, наприклад, абдомінальній і жовтяничній.</p> <p>Генералізована - всі синдроми або принаймні три виражені настільки яскраво, що важко виявити переважання одного з них.</p> <p>Стерта і латентна форми — виявляються лише при цілеспрямованому лабораторному обстеженні у вогнищі псевдотуберкульозу.</p>
<p>Класифікація ускладнень</p>	<p>Типовими ускладненнями кишкового ієрсиніозу та псевдотуберкульозу є:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гострий апендицит; • Холецистохолангіт; • Гепатит; • Панкреатит; • Гостра непрохідність кишечника; • Перитоніт <p>Особливості гострого апендициту на фоні даних інфекцій:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Більш повільний темп розвитку від катаральних до деструктивних

	<p>форм;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відносно більша частота виявлення катарально зміненого апендикса під час операцій ніж при звичайному апендициті; • Часто після хірургічного втручання спостерігаються ознаки генералізації інфекції: висока гарячка, полілімфаденопатія, гепатоспленомегалія, екзантема.
--	--

6.8 Абдомінальний туберкульоз.

<i>Визначення та епідіміологія.</i>	<p>Специфічне ураження органів травлення, очеревини, лімфатичних вузлів брижі тонкої кишки і заочеревинного простору, що викликається мікобактерією туберкульозу.</p> <p>Клінічна картина абдомінального туберкульозу поліморфна, патогномонічні симптоми і чіткі діагностичні критерії відсутні, тому, як правило, він протікає під маскою інших захворювань органів черевної порожнини і виявляється лише у небагатьох хворих, у більшості ж залишається не діагностованим.</p> <p>У структурі позалегенового туберкульозу абдомінальний складає всього 2-3%. Частіше (у 70% хворих) уражаються мезентеріальні лімфатичні вузли, рідше - очеревина (12%). Ізольоване положення одного органу зустрічається рідко, частіше у специфічний процес втягується одночасно кілька анатомічних утворень.</p> <p>Абдомінальний туберкульоз найчастіше (у 70% хворих) розвивається вторинно в результаті лімфогематогенного занесення мікобактерій туберкульозу інших органів, насамперед з легких. Як первинне ураження він виникає при аліментарному шляхи поширення інфекції.</p>
<i>Патогенез та морфологія</i>	<p>В основі морфологічних змін лежить специфічна гранульома з перифокальною неспецифічною запальною реакцією. Морфологічні зміни при туберкульозному мезаденіті такі ж, як при туберкульозі периферичних лімфатичних вузлів. При туберкульозі кишечника вони характеризуються інфільтрацією, виразкою і рубцюванням. Виразки поширюються по ходу кровоносних і лімфатичних судин, починаючи з брижового краю й опоясуючи всю окружність кишкового просвіту. На серозному покриві відповідно локалізації виразок нерідко є горбкові висипання. Туберкульозні виразки рідко перфорують, частіше рубцюються, в результаті чого утворюються стриктури, які можуть бути одиничними і множинними. Крім виразкової форми, може розвинути пухлиноподібна, при якій відбувається потовщення кишкової стінки, слизова оболонка при цьому не порушується.</p>
<i>Клінічні форми</i>	<p>Клінічна картина складається із загальних симптомів і місцевих. Виражені ознаки туберкульозної інтоксикації: слабкість, стомлюваність, головний біль, дратівливість, нічні поти, поганий сон і апетит аж до повної анорексії, субфебрильна температура тіла, болі в області серця, тахікардія, гіпотонія. При будь-якій локалізації абдомінального туберкульозу в неспецифічний процес втягуються травний тракт, порушуються травлення і всмоктування. Однією з характерних ознак захворювання є зменшення маси тіла.</p> <p>Туберкульозний мезаденіт. Найбільш відома класифікація туберкульозного мезаденіта, запропонована В. Р. Штефко (1937), згідно якої розрізняють казеозну, фіброзно-продуктивну і індуративну форми захворювання.</p> <p>Перебіг туберкульозного мезаденіта може бути гострим і хронічним. При гострому перебігу з'являються болі в животі різної локалізації,</p>

але частіше в ділянці пупка і правої клубової області, при цьому болі настільки інтенсивні, що нагадують картину гострого живота. Живіт рівномірно роздутий, передня черевна стінка бере участь в акті дихання. Пальпація живіта помірно болюча, напруження м'язів передньої черевної стінки відсутнє, симптоми подразнення очеревини можуть бути слабо позитивними. Слід мати на увазі, що збільшені лімфатичні вузли можуть бути причиною розвитку вторинного апендициту через зміни в трофіці червоподібного відростка.

Хронічний туберкульозний мезаденіт протікає хвилеподібно: періоди загострення змінюються ремісією. Головними симптомами є болі в животі. Характер болю різний: від тупих ниючих до переймоподібних типу кольок. Іноді при пальпації в черевній порожнині вдається виявити конгломерати збільшених лімфатичних вузлів у вигляді пухлиноподібних утворень, помірно болючі при пальпації. При перкусії над конгломератом визначається притуплення перкуторного звуку.

Туберкульоз кишечника. Виділяють безсимптомну, діарейну, больову, диспептичну та інтоксикаційну форми захворювання. Болі при туберкульозі кишечника локалізуються в правій здухвинній області і характеризуються постійністю. Вони різні по інтенсивності та тривалості, можуть з'являтися самостійно або у зв'язку з прийомом їжі і дефекацією. Нестійкий стілець (до 2-4 разів на добу) та здуття живота - характерні симптоми туберкульозу кишечника. Гній, слиз і кров у калі виявляють рідко. Живіт рівномірно здутий, при пальпації м'який, болючий в правій здухвинній області, при цьому нерідко пальпація викликає неголосне бурчання в ілеоцекальній області. Сліпа кишка може бути роздутою або ущільненою. Термінальна петля клубової кишки пальпується у вигляді шнура.

Туберкульоз шлунку. Виділяють чотири форми: виразкову, пухлиноподібну, фіброзно-склеротичну та змішану. Хворих турбує тупий біль та відчуття важкості у надчеревній ділянці, нудота, відрижка, погіршення апетиту. При прогресуванні захворювання розвивається картина пілоростенозу. При гастроскопії виявляють інфільтровану ділянку слизовій багряного кольору з дрібними білуватими бугорками або виразку з підритими краями, дно якої вкрито брудно-жовтим нальотом.

Туберкульоз шлунку може призводити до розвитку шлункової кровотечі, що виникає внаслідок розпаду або виразкування туберкульозної псевдопухлини. Нерідко характерні масивні кровотечі несклонні до самостійної зупинки, так як процес розпаду туберкульозної пухлини триває.

Основне значення у діагностиці шлункової кровотечі при туберкульозі шлунку має фіброгастроскопія, яка дозволяє водночас застосувати ендоскопічні методи гемостазу.

Показом до оперативного втручання є

- кровотеча, що не спинається під дією консервативної терапії;
- загроза поновлення кровотечі;
- рецидив кровотечі, після її спинення в умовах стаціонару;
- поєднання кровотечі з перфорацією.

Операція вибору резекція шлунку. Якщо стан хворого не дозволяє виконати резекцію, то виконують паліативні втручання: прошивання лівої шлункової артерії, прошивання судин навколо виразки.

При перфорації туберкульозної виразки виконують висічення

	<p>виразки з пластичним закриттям дефекту (гастроластика).</p> <p>Туберкульозний перитоніт. Загально визнаною є клінікоморфологічна класифікація туберкульозного перитоніту, що включає вузловату, ексудативну, злипливу, ексудативно-злипливу і казеозно-виразкову форми. За своїм перебігом це хронічне захворювання, але воно може бути і гострим. Гострий перебіг характерний для вузловатого туберкульозного перитоніту. Захворювання починається зі значного підвищення температури тіла, появи ознобу, болю в животі, нагадуючи гостре інфекційне захворювання - черевний тиф або паратиф, або його приймають за гострий живіт. Передня черевна стінка напружена, позитивні симптоми подразнення очеревини. Таким хворим найчастіше виробляють оперативне втручання, під час якого виявляють горбкові висипи на очеревині. При гістологічному дослідженні очеревини знаходять епітеліоїдні клітини і клітини Пирогова-Лангханса. При ексудативній формі туберкульозного перитоніту у черевній порожнині може бути вільна рідина. Під час лапаротомії візуально туберкульоз очеревини важко відрізнити від канцероматозу органів черевної порожнини. Гістологічне та бактеріологічне дослідження допомагають встановити вірний діагноз. Після размокування запальних змін у черевній порожнині формується злуковий процес, що може приводити до розвитку кишкової непрохідності.</p> <p>Лікування туберкульозу органів черевної порожнини, у тому числі в післяопераційному періоді проводять за загальними принципами хіміотерапії туберкульозу з обов'язковим залученням до лікувального процесу фтизіатра.</p>
--	--

6.9 Хірургічні ускладнення опісторхозу

Визначення	Опісторхоз – паразитарне захворювання з вираженою ендемічністю, що характеризується в хронічній стадії ураженням внутрішньо- та позапечінкових жовчовидільних шляхів, та протоків підшлункової залози.
Етіологія	Збудник захворювання – печінковий сисун (<i>Opisthorchis felinus</i>)
Епідеміологія	<p>Захворювання передається аліментарним шляхом. Основний фактор передачі збудника – погано термічно оброблена риба. Характеризується вираженою ендемічністю, часто зустрічається в басейнах річок Об, Іртиш, Західний Буг, Дніпро, де ступінь інвазії населення досягає 80 – 95 %, що набуває соціального значення. Цикл розвитку паразита включає в себе перебування його в організмі двох проміжних і одного остаточного господаря. Яйця опісторхів, потрапляючи у воду, заковтуються молюсками <i>Vithynia inflata</i>. У кишечнику цього молюска з яйця виходить личинка - мірацидий. Останній в тілі молюска зазнає кілька стадій і, в кінцевому рахунку, перетворюється у редии, з яких в кінці кінців виходять церкарії. Вони залишають тіло молюска, виходять в воду і проникають через шкіру в товщу м'язів риб сімейства коропових. Там вони перетворюються в метацеркарії і знаходяться до тих пір, поки рибу не з'їсть остаточний господар. Остаточними господарями опісторхів є людина, кішки, собаки, вовки, лисиці, свині. Статевозрілі опісторхи паразитують у протоках печінки і підшлункової залози. Вже через 4-6 тижнів після зараження черв'яки досягають статевої зрілості і починають виділяти яйця в навколишнє середовище. Захворювання протікає у дві фази - гостру і хронічну. Гостра фаза опісторхозу має місце відразу після зараження триває від 4 до 6 тижнів. Вона протікає як гостре алергічне захворювання з сенсibiliзацією організму продуктами життєдіяльності опісторхів.</p> <p>Далі настає хронічна стадія захворювання, яка може тривати роками і призводить до серйозних змін області проживання паразитів.</p>

	<p>Опісторхи, що паразитують в протоках печінки і підшлункової залози, оказують на стінки жовчних протоків і протоків підшлункової залози механічний, токсичний і інфекційно-алергічний вплив. Механічне пошкодження слизової протоків гаками і присосками паразитів веде до розвитку хронічного продуктивного холангіту, холециститу і холангіогепатиту.</p> <p>Склеротичні зміни в стінках проток найбільш виражені в місцях фізіологічних звужень у зонах міхурової протоки, великого дуоденального сосочка і можуть призводити до різкого звуження протоків аж до повної облітерації. Всі ці зміни ведуть до розвитку жовчної гіпертензії, розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків і появи холангіоектазів під гліссоною капсулою. В печінці та підшлунковій залізі також розвиваються склеротичні процеси, що призводять до розвитку цирозу печінки та хронічного панкреатиту.</p>
Класифікація та клінічні прояви ускладнень	<p>Найбільш часте ускладнення - стриктури жовчних шляхів. Стриктур міхурової протоки клінічно проявляються клінікою холециститу. Спостерігаються сильні болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече і лопатку, блювання, симптоми гнійної інтоксикації. Різка болючість і симптоми подразнення очеревини в зоні жовчного міхура, який найчастіше визначається при пальпації. Симптоми Мерфі, Ортнера позитивні. Печінка дещо збільшена і болюча при пальпації. При супутньому холангіті відзначаються запальні зміни з боку периферичної крові.</p> <p>Головною ознакою стриктур загальної жовчної протоки та великого дуоденального сосочка є механічна жовтяниця. Вона проявляється, крім больового синдрому, жовтяничним забарвленням склер і шкірних покривів, ахолічним калом і темною сечею. Печінка збільшена і болюча при пальпації. Нерідко спостерігається підвищення рівню трансаминаз, що свідчить про порушення функцій печінки.</p> <p>Для розвитку гнійного холангіту характерна гектична температура. Слід зазначити, що при стриктурах дистального відділу холедоху і великого дуоденального сосочка жовтяниця може розвиватися і без больового нападу. Збільшений жовчний міхур при цьому симулює синдром Курвуазьє, характерний для пухлин головки підшлункової залози. У важких випадках з тривалою опісторхозною інвазією може розвинути склерозуючий холангіт, що характеризується прогресуючою жовтяницею з гепатосплено-мегалією і розвитком біліарного цирозу печінки.</p> <p>Абсцеси печінки опісторхозної етіології є ускладненням гнійного опісторхозного холангіту. Клінічно вони проявляються важким станом пацієнтів, сильними болями в правому підребер'ї, гектичною температурою. Печінка збільшена, болюча при пальпації. В аналізах крові - запальні зміни. Опісторхозні абсцеси печінки відносяться до холангіогенних абсцесів і частіше бувають множинними.</p> <p>Кісти печінки опісторхозного генезу зустрічаються рідко, розташовуються частіше в краях органу і носять ретенційний характер. Величина їх від 3-5 до 15 см. Частіше вони локалізуються в лівій половині печінки. Клінічно вони проявляються болями в правому підребер'ї у пацієнтів з тривалим багаторічним перебігом опісторхозу. При пальпації визначається збільшена горбиста, злегка болюча печінка. Для діагностики застосовують УЗД, комп'ютерну томографію.</p> <p>Опісторхозні панкреатити можуть бути гострими і хронічними. Гострі клінічно протікають як звичайні гострі панкреатити. Хронічні опісторхозні панкреатити зустрічаються в трьох формах - це хронічний</p>

	<p>больовий панкреатит, хронічний псевдопухлинний панкреатит та опісторхозні кісти підшлункової залози. При цьому опісторхозний панкреатит частіше поєднуються з холециститом.</p>
<p>Діагностика ускладнень</p>	<p>Методи обстеження хворих на опісторхоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Загально клінічні; • Лабораторні; • Копрологічні; • Ультразвукове дослідження; • Ренгенконтрасті методи (різні види холангіографій); • Комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія.
<p>Принципи хірургічного лікування</p>	<p>Хірургічне лікування передбачає:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обов'язкове виконання холецистектомії, що зумовлене частою наявністю каменів у жовчному міхурі (до 90%), інфікованістю стінок міхура, недостатньою його дренажною функцією внаслідок наявності стриктури міхурової протоки 2. Стан жовчних протоків під час операції з'ясовується шляхом холангіографії та холедохоскопії. При розширенні загальної жовчної протоки більше 1 см здійснюється холедохотомія. Якщо виявляють стриктуру дистального відділу загальної жовчної протоки і великого дуоденального сосочка, то здійснюють відновлення пасажу жовчі в кишечник шляхом накладення холедоходуоденоанастомозу або холедохоентероанастомозу. Обов'язкова дегельмінітизація жовчовидільних шляхів за допомогою більтрациду (6 мг/кг) та йодистого калію; 3. При наявності опісторхозних кіст печінки та абсцесів – їх адекватне зовнішнє дренивання з подальшою антигельмінтною терапією, а при неефективності – резекція печінки; 4. При опісторхозних кістах підшлункової залози проводиться резекція тіла і хвоста залози при розташуванні кіст в цих областях і часткове висічення кісти з кріодеструкцією при локалізації кісти в голівці залози. Можливе пункціо-дренажне лікування. Після втручання і одужання хворого рекомендується дегельмінітизація.

6.9. Хірургічні ускладнення аскаридозу:

<p>Етіологія</p>	<p>Збудником аскаридозу є круглий гельмінт - аскарида людська (<i>Ascaris lumbricoides</i>).</p>
<p>Епідеміологія та патогенез</p>	<p>Шлях зараження фекально-оральний. Людина, в кишечнику якого паразитує самки і самці аскарид, є єдиним джерелом інвазії. У зовнішнє середовище з калом виділяються незрілі яйця гельмінтів, і дозрівання їх відбувається тільки при сприятливій для розвитку температурі і вологості. Зараження відбувається при проковтуванні зрілих яєць. Епідеміологічне значення мають переважно овочі, на поверхні яких є частинки ґрунту.</p> <p>З зрілих яєць, проковтнутих людиною, у тонкій кишці виходять личинки, які проникають в стінку кишки і проникають в кровonosні капіляри, та з током крові мігрують в печінку та легені. Крім кишечника, печінки і легень, личинок аскарид знаходили в мозку, оці та інших органах. В легких личинка активно виходить в альвеоли і бронхіоли, просувається по дрібним і великим бронхів до ротоглотки, де відбувається заковтування мокротиння з личинками. Потрапляючи в кишечник, личинка досягає статевої зрілості. Тривалість життя дорослої - аскариди досягає року, після чого відбувається її загибель, і разом з калом вона видаляється назовні. Тому наявність аскарид на протязі декількох років в однієї людини пояснюється лише повторними зараженнями.</p>
<p>Класифікація</p>	<p>Основними хірургічними ускладненнями аскаридозу є:</p>

ускладнень	<p>Гостра obturaційна непрохідність кишки, зумовлена її obturaцією клубком аскарид;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гострий апендицит, зумовлений міграцією аскарид в його просвіт; • Obturaція просвіту холедоха- напад печінкової жовтяниці, гострий холецистохолангіт; • Неспроможність швів міжкишкових анастомозів та перитоніт, спричинений міграцією паразитів в вільні черевну порожнину.
Діагностика та тактика при хірургічних ускладненнях	<p>Часте ускладнення аскаридозу — непрохідність кишечника, яка обумовлена закриттям просвіту кишечника клубком аскарид або внаслідок порушення нервово-м'язової регуляції тонуусу кишки. При пальпації живота у хворих з подібними ускладненнями можна промацати округлу, тестоватої консистенції пухлину — клубок з аскарид, який може локалізуватися в будь-якому відділі кишечника. У деяких випадках при тонкій черевній стінці можна пропальпувати тіла окремих гельмінтів в просвіті кишки. Клінічна картина кишкової непрохідності на тлі аскаридозу не відрізняється від класичної картини obturaційної непрохідності кишечника. Характерні переймоподібний біль у животі, нудота, багаторазове блювання, здуття живота, затримка стільця та газів. У діагностиці широко використовується оглядова рентгенографія живота.</p> <p>При своєчасної діагностиці кишкової непрохідності що обумовлено obturaцією просвіту кишечника клубком аскарид можливо проведення консервативної терапії: застосування спазмолітиків, клізм, протипаразитарних засобів. При відсутності ефекту від консервативної терапії або при вираженій картині кишкової непрохідності показано оперативне лікування. Зазвичай виконують ентеротомію над клубком аскарид з механічним видаленням останніх. У разі масивної інвазії доцільна резекція ураженої ділянки кишечника. В післяопераційному періоді обов'язкове застосування протипаразитарних засобів.</p> <p>Важким ускладненням аскаридозу є проникнення гельмінтів в жовчні протоки і жовчний міхур. У цих випадках виникають сильні болі, які не знімаються навіть наркотичними анальгетиками. На тлі цих нападів часто виникає блювота і з блювотними масами іноді виділяються гельмінти. У випадках виникнення холангіогепатиту і механічної закупорки аскаридами загальної жовчної протоки виникає жовтяниця. Температура при розвитку ускладнень може бути септичного характеру з приголомшливими ознобами.</p> <p>Хірургічне лікування включає холедохотомію, ревізію жовчних протоків з видаленням гельмінтів та подальше зовнішнє дрениування холедоха. Холецистектомія при ураженні аскаридами жовчних шляхів обов'язкова. Після операції до терапії додають протипаразитарні засоби (піперазин, вермокс, декаріс, медамін та інші).</p>

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Які з перерахованих ускладнень не є типовими для тифопаратифозної інфекції?

- А- перорації тонкої кишки;
- В- хронічний аутоімунний гепатит;
- С- кишкові кровотечі;
- Д- хронічний холецистохолангіт;

2.Яка ділянка кишечника є типовим місцем локалізації перфорацій на фоні черевного тифу та паратифів?

- A-дванадцятипала кишка;
- B-проксимальний метр тонкої кишки;
- C- дистальний метр тонкої кишки;
- D-проксимальний метр товстої кишки;

3. Коли найчастіше спостерігаються ускладнення тифопаратифозної інфекції перфорацією та кровотечею?

- A- 1-й тиждень захворювання;
- B- 2-й тиждень захворювання;
- C- 3-й тиждень захворювання;
- D- 4-й тиждень захворювання;

4. Який спосіб лікування слід застосувати у хворого на хронічний черевний тиф при неефективності всіх існуючих антибактеріальних засобів?

- A- виконати плазмосорбцію;
- B- катетеризацію пупочної вени з подальшим введенням карбапенемів;
- C- виконати холецистектомію;
- D- призначити гідрокolonотерапію;

5. З яким органом пов'язана персистенція збудника в організмі при хронічній тифопаратифозній інфекції ?

- A- жовчний міхур;
- B- печінка;
- C- тонка кишка;
- D- товста кишка;

6. Які з перерахованих ускладнень мають місце при лептоспірозі?

- A- шлунково-кишкова кровотеча;
- B- механічна жовтяниця;
- C- гостра непрохідність кишечника;
- D- перфорації тонкої кишки;

7. Виберіть ускладнення, що характерні для кишкового ієрсиніозу та псевдотуберкульозу:

- A- гострий апендицит;
- B- гострий холецистохолангіт;
- C- гостра непрохідність кишечника;
- D- всі перераховані;

8. Яке з перерахованих інфекційних захворювань часто ускладнюється гострим апендицитом, що потребує хірургічного втручання?

- A- туберкульоз кишечника;
- B- кишковий псевдотуберкульоз;
- C- черевний тиф;
- D- опісторхоз;

9. Виберіть особливості, що характерні для абдомінального туберкульозу?

- A- часта асоціація з туберкульозом легеневої локалізації;
- B- наявність змін в заочеревинних лімфовузлах по типу кзеозного некрозу;
- C- наявність стриктур стінки кишки з розвитком непрохідності;
- D- все перераховане вірно;

10. Який спосіб діагностики стриктури холедоха у хворого з опісторхозом на фоні вираженого розширення внутрішньо- та позапечінкових ждовчовидільних шляхів слід використати при неможливості виконання ЕРХПГ?

- A- пероральна холангіографія;
- B-внутрішньовенна холангіографія;
- C- черезшкірна черезпечінкова холангіографія;
- D- лапароскопічна;

11. Який об'єм хірургічного втручання слід виконати у хворого з поширеною стриктурою холедоха опісторхозного генезу?

- A- холецистектомія;
- B- холедохоентеростомія;
- C- зовнішній дренаж холедоха;
- D- все перераховане;

12. Назвіть препарат, що використовується для інтраопераційного та післяопераційного введення в холедох з метою дегельмінтизації при опісторхозі:

- A- левамизол;
- B- мебендазол;
- C- більтрацид;
- D- формальдегід;

13. Яке з перахованих захворювань ніколи не ускладнює перебіг опісторхозу?

- A- гострий холецистит;
- B- гострий апендицит;
- C- гострий панкреатит;
- D- кіста підшлункової залози;

14. Яке з перахованих ускладнень не є характерним для аскаридозу?

- A – гострий апендицит;
- B- механічна жовтяниця;
- C- розвиток дорослої особини в очному яблуці;
- D- перфорація стінки кишки;

15. Морфологічні особливості аскариди людської?

- A- тіло сегментоване, розмірами 1,5 см;
- B- тіло веретеноподібне, довжиною 15 – 40 см;
- C- тіло стрічкоподібне до 1 м довжиною;
- D- жодне з положень невірно;

Ключі до тестів:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
B	C	C	C	A	A	D	B	D	C	D	C	C	C	B

B. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. У хворого С, 46 років, що протягом 19 днів знаходиться на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні з приводу черевного тифу раптово з'явилися різкі болі в правій здухвинній ділянці, нудота, сухість у роті. При огляді стан хворого важкий, риси обличчя загострені, язик сухий, пульс 88/хв, АТ 120/80 мм рт.ст., Т 38,2° С. Живіт при огляді піддутий, відстає при диханні за рахунок правої половини, пальпаторно локальний м'язовий дефанс та позитивні перитонеальні симптоми в правій здухвинній ділянці. Перистальтика ослаблена. При ультразвуковому дослідженні виявлена вільна рідина в черевній порожнині. Яке ускладнення виникло у даного хворого?

Відповідь: перфорація тонкої кишки;

2. Хворий В, 36 років доставлений в клінку каретою швидкої допомоги зі скаргами на різку загальну слабкість, болі в правому підребер'ї, нудоту, сухість та гіркоту в роті, підвищення температури тіла до 38,5° С. З анамнезу відомо, що біля року назад хворий переніс типову форму черевного тифу, лікувався стаціонарно, однак протягом року ще 2 рази госпіталізувався в різні соматичні та інфекційні стаціонари з підвищенням температури тіла неясного генезу. При ультразвуковому дослідженні печінка дещо збільшена, звичайної ехогенності, без вогнищевих утворень, жовчний міхур збільшений, стінка його набрякла, двоконтурна, в просвіті дрібнодисперсна завесь, конкременти відсутні, холедох діаметром 6 мм, просвіт його вільний. Який ймовірний діагноз у даного хворого?

Відповідь: хронічний черевний тиф, гострий холецистит;

3. Хворий К, 40 років, доставлений в клініку у важкому стані зі скаргами на виражену загальну слабкість, болі в м'язах гомілок, запаморочення, жовтушність шкіри та склер, наявність розеолезно-папулезної висипки. Вважає себе хворим 3 доби. З анамнезу відомо, що 2 тижні тому був на риболовлі в сільській місцевості. Об'єктивно стан хворого важкий, наявна розеолезно-папулезна висипка на фоні жовтяниці. Язик сухий. Т 37,8°С, пульс 98 уд/хв, АТ 90/50 мм рт. ст. Живіт при огляді симетричний, не здутий приймає участь в акті дихання рівномірно. При пальпації помірно болісний в дялянці правого підребер'я, печінка пальпаторно +4 нижче краю реберної дуги, пальпується також збільшена помірно болісна селезінка. Симптоми подразнення очеревини негативні, перистальтика посилена. Відмічається болісність при пальпації м'язів гомілки. Яке ускладнення якого інфекційного захворювання слід запідозрити у даного хворого?

Відповідь: лептоспіроз, ускладнений шлунково-кишковою кровотечею;

4. У хворого В, 25 років, що знаходиться в інфекційному відділенні з приводу кишкового ієрсиніозу, на 4 добу захворювання з'явилися інтенсивні болі в правій здухвинній ділянці, що посилюються в положенні на лівому боці. При огляді стан хворого середньої важкості, язик сухий. Живіт локально болісний у правій здухвинній ділянці, де позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Перистальтика посилена, діарея до 7 разів на добу. Про яке ускладнення слід подумати у даного хворого?

Відповідь: гострий апендицит;

5. Хвора П, 44 роки, доставлений у приймальне відділення у важкому стані зі скаргами на різкий біль у правому підребер'ї, нудоту, багаторазове блювання без полегшення, сухість у роті, пожовтіння шкіри та склер. Зі слів хворого, протягом поточного року 3 рази госпіталізувався у різні клініки з подібними скаргами. Працює геологом, 2 роки тому у складі експедиції працював на Іртиші. При огляді шкіра та склери жовтяничні, язик сухий, живіт звичайної форми, не здутий, при пальпації різко болісний в ділянці правого підребер'я. При ультразвуковому дослідженні жовчний міхур збільшений, стінка його потовщена, набрякла, вміст міхура - дрібнодисперсна завесь, конкременти відсутні. Холедох в проксимальному відділі 14 мм, в дистальному не прослідковується. Ускладнення якого з гельмінтозів має місце у даного хворого?

Відповідь: опісторхоз.

Література

1. Хірургія. Захараш М.П. „Медицина” - Київ 2006 р.221 с.
2. Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. „Медицина” 2002 426с.
3. Шпитальна хірургія під редакцією Ковальчука Л.Я. – Тернопіль 1999 -590 с.
4. Неотложная абдоминальная хирургия. Гринберг А. А. Москва, «Триада», - 2000. – 493 с.
5. Руководство по неотложной абдоминальной хирургии. Савельев В.С. Москва, «Триада», - 2004. – 640 с.

ТЕМА 21. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМ

1. Актуальність теми.

Серцево-судинні хвороби - головна причина інвалідності і дострокової загибелі людей економічно розвинених держав. Сьогодні доля даних хвороб в структурі смертності складає 40-60%, при цьому наголошується підйом захворюваності і поразка жителів нашої планети юного віку, що робить серцево-судинні хвороби найголовнішою медико-соціальною проблемою охорони здоров'я.

По економічних прогнозах в третьому тисячолітті витрати охорона здоров'я, пов'язана з лікуванням захворювань легенів, перевищать витрати на боротьбу із захворюваннями серцево-судинної системи і онкологічними захворюваннями.

Зростанню поширеності захворювань легенів сприяє забруднення атмосферного повітря, поширеність куріння, у тому числі пасивне куріння, зловживання алкоголем, переохолодження організму, значна частота гострих бронхітів і пневмоній в періоди епідемій грипу, зміна реактивності організму людини, а також недоліки в організації лікування.

Зростання захворюваності населення захворюваннями легенів наводить до збільшення розмірів втрат суспільства від непрацездатності. З віком спостерігається зростання числа хронічних захворювань легенів. Це надає проблемі захворювань легенів не лише медико-біологічне і соціально-гігієнічне, але і економічне значення.

2. Цілі заняття.

Знати :

- засвоїти анатомо-фізіологічні особливості органів грудної порожнини
- трактувати етіологію, патогенез та класифікацію, клінічну картину захворювань грудної порожнини ;
- визначити методи діагностики, алгоритми консервативного та хірургічного лікування вказаних захворювань
- визначити принципи післяопераційного лікування та реабілітації хворих з патологією органів грудної порожнини
- засвоїти фактори ризику виникнення ускладнень
- трактувати результати лабораторного та інструментального дослідження
- демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у хірургії
- здійснювати прогноз життя та працездатності при вказаних хірургічних захворюваннях
- трактувати загальні принципи лікування, реабілітації і профілактики хірургічних захворювань органів грудної порожнини
- демонструвати вміння ведення медичної документації у клініці хірургічних хвороб
- надавати невідкладну медичну допомогу при ургентних хірургічних захворюваннях органів грудної порожнини

Після вивчення теми студент повинен знати:

- анатомічні особливості дихальної та серцево-судинної систем
- етіологія і патогенез захворювань дихальної та серцево-судинної систем
- класифікацію захворювань м'яких дихальної та серцево-судинної систем
- клінічну характеристику, методи діагностики
- показання та методи консервативної терапії захворювань дихальної та серцево-судинної систем
- показання і принципи хірургічного лікування захворювань дихальної та серцево-судинної систем

- проведення післяопераційного періоду
- питання трудової реабілітації.

Після вивчення теми студент повинен вміти:

- сформулювати діагноз захворювання
- зібрати анамнез ,провести фізикальне обстеження хворого
- скласти план лабораторних і інструментальних обстежень
- провести диференційну діагностику
- обґрунтувати тактику і методи лікування
- брати участь в операціях з приводу захворювань дихальної та серцево-судинної систем
- вести хворих в післяопераційному періоді стаціонарно і амбулаторно.

Вихідний рівень знань :

- анатоμο-фізіологічні особливості органів грудної порожнини
- етіологія і патогенез захворювань дихальної та серцево-судинної систем
- класифікація, клінічна картина захворювань дихальної та серцево-судинної систем
- методи діагностики, консервативної терапії та хірургічного лікування хворих
- методи медичної та трудової реабілітації в стаціонарі і поліклініці.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими з захворюваннями дихальної та серцево-судинної систем, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія людини Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Анатомію органів грудної порожнини . Фізіологію органів грудної порожнини Патогенез розвитку ускладнень дихальної та серцевої систем Морфологічні зміни в органах дихальної та серцево-судинної систем Клінічні прояви та методи діагностики захворювань дихальної та серцевої систем	Проводити фізикальне обстеження хворих з патологією органів грудної порожнини
<i>Наступні дисципліни:</i> ендокринологія		Провести диференційну діагностику патології органів грудної порожнини та ендокринологічної патології

<i>Внутрішньопредметна інтеграція</i>	Питому частку захворювань органів грудної порожнини в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при патології дихальної та серцевої систем. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики
---------------------------------------	--	---

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з патологією органів грудної порожнини		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження Дані ЕКГ-обстеження			+ + +
3.	Проводити диференційну діагностику патологій органів грудної порожнини		+	
4.	Визначати лікувальну тактику у хворих з патологією дихальної та серцевої систем		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань органів грудної порожнини	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси ,які відбуваються в дихальній та серцево-судинній системах.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію захворювань органів грудної порожнини	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми патології дихальної та серцево-судинної систем.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослід-ження, котрі необхідні для діагностики данної	

	патології.	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики патології дихальної та серцево-судинної систем.	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворого з патологією дихальної та серцево-судинних систем	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізняти перкуторні звуки, аускультативні дані.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих	Рентгенографія ЕКГ-дослідження УЗД серця КТ, МРТ	Диференціювати ступінь ураження органів грудної порожнини Інтерпретація даних дослідження
Визначити лікувальну	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Методи оперативного лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні кардіологічних протимікробних препаратів, кисневої терапії і тп.

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гостра дихальна недостатність	Гостре порушення системи зовнішнього дихання, при якому не забезпечується нормальний газовий склад артеріальної крові чи його підтримка на нормальному рівні досягається за рахунок надмірного функціонального напруження цієї системи.
Гіпоксія	визначається як стан, що розвивається при зниженій оксигенації тканин.
Гіпоксемія	в основі гіпоксемічного синдрому лежить порушення процесів оксигенації артеріальної крові в легенях.
Гіперкапія	патологічний синдром, що характеризується підвищеним рівнем вмісту вуглекислого газу у крові чи кінці виходу .
Гостра серцева недостатність	Це клінічний синдром, що є наслідком прогресування первинного захворювання серця чи іншої хвороби, при якому серце не забезпечує достатнє кровопостачання органів та тканин у відповідності з їх метаболічними потребами.
Кардіогенний шок	синдром, що розвивається внаслідок різкого порушення насосної функції лівого шлуночка, що характеризується неадекватним кровопостачанням життєво важливих органів з наступним порушенням їх функції.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомія органів грудної порожнини.
2. Анатомічна будова серцево-судинної системи.
3. Класифікація, етіологія та патогенез захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
4. Назвіть класифікацію захворювань дихальної системи.
5. Який патогенез в розвитку захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
6. Яка клінічна картина хворих з дихальною недостатністю.
7. Яка клінічна картина хворих з серцево-судинною недостатністю.
8. Яка клінічна картина кардіогенного шоку.
9. Яка клінічна картина хворих з інфарктом міокарда .
10. Методи діагностики хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.
11. Диференційна діагностика захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
12. Принципи лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем. .

13. Показання до різних методів хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.
14. Особливості хірургічних втручань при патології дихальної та серцево-судинної систем.
15. Профілактика і лікування хворих з патологією дихальної та серцевої систем, реабілітація.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. зібрати та оцінити скарги хворого з патологією органів грудної порожнини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
2. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
3. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, ЕКГ-дослідження, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
4. вміти надавати першу допомогу при невідкладних станах патології органів грудної порожнини;
5. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
6. призначити передопераційну підготовку хворим;
7. вести післяопераційний період хворих з патологією серцево-судинної та дихальної систем.

Графологічної структури теми.

Причини гострого нестерпного болю в груді:

1. Хвороби серця.
 - інфаркт міокарда
 - перикардит
 - міокардит та кардіоміопатія
2. Хвороби аорти
 - Розмежовуюча аневризма аорти (висхідної або низхідної)
 - Розрив аневризми грудної аорти (травматична, вроджена, набута)
 - Аневризма грудної аорти з здавленням прилеглих органів.
3. Хвороби легень.
 - Пневмоторакс та пневмомедіастеніт
 - Сухий плеврит
 - Епідемічна міалгія

Причини довготривалого чи періодично з'являючогося болю в груді: :

1. Кардіалгія
 - стенокардія
 - некоронарогенні кардіалгії
 - нейроциркуляторна дистонія
 - клімактерична кардіопатія
 - пролабування мітрального клапану
 - міокардит та кардіоміопатія
 - ревмокардит
 - аорталгія
2. Хвороби грудної стінки.
 - А. Ураження міжреберних нервів
 - міжреберна невралгія
 - оперізуючий лішай
 - синдром ковзаючих реберних хрящів

Б. Ураження м'язів грудної клітки та верхніх кінцівок

- синдром малого грудного м'язу
- фіброміозит
- синдром переднього драбинчатого м'язу
- рефлекторна дистрофія верхньої кінцівки(синдром плечо-кисть).

В. Хвороби кісток та суглобів

- шийний остеохондроз
- синдром Тітце

- манубріостернальний синдром
- ксіфоїдалгія

Г. Інші хвороби.

- хвороби молочної залози
- хвороба Мондора

З. Хвороби інших органів грудної клітини.

- хвороби легень та плеври
- хвороби органів міжстіння
- хвороби діафрагми.

Дихальна недостатність

Дихальна недостатність (ДН) – стан при якому або не забезпечується підтримка нормального газового складу крові, або остання досягається за рахунок включення механізмів компенсації функціональної системи дихання.

Етіологія.

М. М. Канаєв (1980) виділяє **п'ять груп факторів**, які зумовлюють порушення зовнішнього дихання:

1. Ураження бронхів і респіраторних структур легенів

а. ураження бронхіального дерева:

- підвищення тону м'язової мускулатури бронхів (бронхоспазм),
- набряково-запальні зміни бронхіального дерева,
- порушення опірних структур дрібних бронхів,
- зниження тону великих бронхів (гіпотонічна дискинезія);

б. ураження респіраторних структур:

- інфільтрація легеневої тканини,
- деструкція легеневої тканини,
- дистрофія легеневої тканини,
- пневмосклероз;

в. зменшення функціонує легеневої паренхіми:

- недорозвиненість легенів,
- стиснення й ателектаз легенів,
- відсутність частини легеневої тканини після операції.

1. Ураження кістково-м'язового каркаса грудної клітки та плеври:

- обмеження рухомості ребер,
- обмеження рухомості діафрагми,
- плевральне зрощення.

3. Ураження дихальної мускулатури:

- центральний і периферичний параліч дихальної мускулатури,
 - дегенеративно-дистрофічні зміни дихальних м'язів.
2. Порушення кровообігу у малому колі:
- редукція судинного русла, легенів,
 - спазм легневих артеріол,
 - застій крові в малому колі.
3. Порушення регуляції дихання:
- пригнічення дихального центра,
 - дихальні неврози,
 - порушення місцевих регуляторних відношень.

Центрогенна ДН може бути зумовлена порушенням функції дихального центру, наприклад при ураженні стовбура головного мозку (захворювання або травма), а також при пригніченні центральної регуляції дихання в результаті отруєння депресантами дихання (наркотики, барбітурати й інші). Нервово-м'язова ДН може виникнути внаслідок розладів функції дихальних м'язів при пошкодженні спинного мозку (травма, поліомієліт і т.д.), рухових центрів (поліневрит) і нервово-м'язових синапсів (ботулізм, міастенія, гіпокаліємія і т.д.). Тороко-діафрагмальна ДН може бути викликана розладами біомеханіки дихання при патології грудної клітки (переломи ребер, кіфосколіоз, хвороба Бехтерева), при високому стоянні купола діафрагми (прес шлунка і кишечника, асцит, ожиріння), великих плевральних зрощення. Етіологічним фактором може бути компресія легень ексудатом, кров'ю і повітрям при гемо- або пневмотораксі. Найчастіше причиною бронхо-легеневої ДН є патологічні процеси в легенях і дихальних м'язах. Ураження дихальних шляхів, як правило, супроводжуються частковою або повною їх обструкцією (обструктивна форма). Це може бути зумовлене попаданням чужерідного тіла, набряками або стисненням пухлиною, бронхоспазмом, алергічним, запальним або застійним набряком слизової оболонки бронхів. Закупорка дихальних шляхів секретом бронхіальних залоз спостерігається у хворих з порушенням відкашлювання, наприклад при коматозному стані, різкій слабості з обмеженням функції м'язів видиху, не змиканні голосової щілини. Рестриктивна форма бронхолегеневої недостатності може бути викликана пневмонією, емфіземою, пневмосклерозом, резекцією легень, туберкульозом, актиномікозом, сифілісом, пухлиною і т.д. Причинами дифузної ДН можуть виступати пневмосклероз, фіброз легень. Синдром Хамана-Річа. Дифузна ДН суттєво поглиблюється, якщо одночасно спостерігається розлади кровотоку і порушення вентиляції, що має місце при тромбоемболії легеневої артерії, склерозі легеневого стовбура, первинній гіпертензії малого кола кровообігу, вадах серця, гострій лівошлуночкової недостатності, гіпертензії малого кола, при крововтратах і т.д.

Однією з причин ДН, пов'язаної з порушенням легеневого кровотоку і дифузії газів, є так звана шокова легень. Вона розвивається у хворих, які перенесли тяжкі порушення гемодинаміки (шок, крововтрата, тимчасова зупинка серця, опіки і т.д.).

Патогенез. Виділяють три групи патогенетичних механізмів розвитку ДН.

1. Ураження, що ведуть до порушення вентиляції альвеол. Причини гіповентиляції альвеол: зміни апарату зовнішнього дихання (зменшення функціонуєчої легеневої тканини внаслідок ателектазу пухлини, запалення тощо,

зменшення рухомості легеневої тканини через фіброз, емфізему, застій, порушення прохідності верхніх дихальних шляхів, обмеження рухливості легень при плевральному випоті, пневмотораксі, гемотораксі, торакопластиці тощо), захворювання дихальних м'язів, обмеження рухів грудної клітки, пригнічення дихального центру.

2. Порушення відповідності між легеневою вентиляцією і кровотоком. Важливе не тільки рівномірність розподілу повітря по альвеолах, але й стикання його з адекватною кількістю протікаючою до альвеол кров'ю. Причинами нерівномірного кровотоку можуть бути анатомічні шунти, емболії або закупорки гілок легеневої артерії, місцеве зменшення легеневого судинного русла (при емфіземі, фіброзі тощо), порушення місцевого кровотоку (внаслідок резекції легень, застою в легенях тощо). Зміни легеневого кровотоку можуть бути викликані і рефлекторним шляхом, при зниженні PaO_2 .

3. Порушення дифузії, при якій здійснюється перехід кисню з альвеолярного газу в кров легених капілярів. Дифузія кисню залежить від ряду факторів. До них відносяться:

а) щоб потрапити з альвеол в кров, кисень повинен пройти через декілька шарів – альвеолярну мембрану, інтерстиціальну рідину, мембрану капілярів, шар плазми, мембрану еритроцита. Будь – яке збільшення цього шляху за рахунок інтерстиціального набряку легень, потовщення альвеолярних і капілярних мембран (при фіброзі легень, склерозі судин) тощо, веде до зниження дифузійної здатності. При скороченні капілярного русла в легенях настає прискорення кровотоку не менше ніж на $2/3$. Це можливо при дифузному легеневому фіброзі, склерозі легених артеріол, множинних емболіях, а також при фізичному навантаженні у випадку поразення легень.

Класифікація.

В МКХ Х перегляду дихальна недостатність знаходиться в рубриці J96. J96 – Дихальна недостатність, не класифікована в інших рубриках

J96.0	–	Гостра	респіраторна	недостатність
J96.1	–	Хронічна	респіраторна	недостатність
J96.9	–	Респіраторна	недостатність,	не уточнена

Класифікацій дихальної недостатності запропоновано багато: А.Г. Дембо (1957), Стід і Мак-Доналд (1959) й інші. Рос'є (1956) запропонував розділити дихальну недостатність на латентну (в стані спокою у хворого немає порушень газового обміну крові), парціальну (наявна гіпоксія без гіперкапнії) і глобальну (гіпоксемія в поєднанні з гіперкапнією). ДН поділяють також на первинну, пов'язану з ураженням безпосередньо апарату зовнішнього дихання, і вторинну, в основі якої лежать захворювання і травми інших органів системи. В 1982 році Б.Є. Вотчал запропонував класифікацію згідно з якою розрізняють центрогенну, нервово-м'язову, торако-діафрагмальну або парієтальну і бронхо-легеневу ДН. При цьому в бронхо-легеневій ДН виділяють обструктивну форму, зумовлену порушенням бронхіальної прохідності, рестриктивну (обмеження рухомості легень) і дифузну.

Клініка. Клінічні прояви ДН залежать від характеру захворювання, яке викликало порушення дихання, проте окремі симптоми розвиваються незалежно від етіології ДН. Розрізняють хронічну ДН, при якій порушення газообміну і включення компенсаторних процесів настає поступово і життєдіяльність організму підтримується протягом тривалого часу, та гостру ДН, яка розвивається швидко і компенсаторні механізми нерідко не можуть забезпечити нормальний газовий склад крові. При гострій ДН швидко нарастають порушення оксигенації і кислотно-лужної рівноваги в крові і тканинах організму. Ранніми ознаками хронічної ДН виступають задуха, слабкість при звичайних, а потім і невеликих фізичних навантаженнях, обмеження активності і працездатності. За вираженістю задухи Б.Є. Вотчал ділить хронічну ДН на чотири ступені: I ступінь – задуха при незначних навантаженнях (короткий біг, швидке піднімання сходами), які раніше добре переносилися; II ступінь – задуха при звичайних навантаженнях повсякденного життя; III ступінь – задуха при незначному навантаженні (одягання, вмивання);

IV ступінь – задуха в стані спокою. В подальшому з'являється відчуття нестачі повітря, головний біль, втрата апетиту, безсоння, пітливість. Відмічається дифузний ціаноз, зміни показників зовнішнього дихання (частота дихання, хвилинного об'єму легень, резерву вдоху і видиху і т.д.). В залежності від форми ДН можливі деякі клінічні особливості. Так, при обструктивній формі ДН задуха непостійна, часто виникає у вигляді приступів експіраторного характеру (затруднений видих). Дихання спочатку рідке, дихальний об'єм збільшений, ціаноз може з'являтися тільки під час приступів задухи. В легенях вислуховуються сухі свистячі хрипи, відмічається втягування грудної клітки на вдосі і вибухання на видиху. Грудна клітка набуває бочкоподібної форми. Знижується об'єм форсованого видиху, збільшується функціональна залишкова ємність легень і коефіцієнт опору дихальних шляхів. Життєва ємність легень змінюється мало, індекс Тіфно падає. При рестриктивній і дифузній формах ДН, які нерідко поєднуються, задуха може носити інспіраторний або змішаний характер. Характерний постійний ціаноз. Дихання часте. Аускультативно: послаблене везикулярне дихання, в деяких ділянках легень може не вислуховуватися. Знижується життєва ємність легень при нормальному індексі Тіфно. Гіпоксемія при хронічній ДН часто поєднується із гіперкапнією, розвивається поліцитемія, збільшується в'язкість крові, наростає гіпертрофія правого шлуночка, особливо при обструктивній формі. З'являються набряки, підвищується венозний тиск. Ровиваються гіпоксемічні пошкодження паренхіматозних органів, в основному печінки і нирок.

Для гострої ДН характерне швидке наростання симптомів, рання поява порушення психіки (гіпоксична енцефалопатія). Це пов'язано з наростаючою гіпоксією, що виражається у вигляді безсоння, ейфорії, галюцинацій, марення. Шкіра у таких хворих гіперемована з ціанотичним відтінком. Ціаноз різко посилюється при фізичному навантаженні.

В розвитку гострої ДН можна виявити 3 стадії. Початкова стадія характеризується неспокоєм, ейфорією, іноді сонливістю, загальмованістю. Може з'явитися гіперемія і ціаноз шкірних покривів, акроціаноз, посилена пітливість, дихання часте, роздуваються крила носа. Тахікардія, АТ помірно підвищений. Парціальний тиск кисню в артеріальній крові 80/60 мм.рт.ст. Стадія глибокої гіпоксії: хворі дуже неспокійні, збуджені. Дифузний ціаноз, дихання з участю допоміжної мускулатури, тахікардія, артеріальна гіпертензія. Іноді судоми, самовільний сечопуск, дефекація. Парціальний тиск кисню PO₂- 60-45 мм.рт.ст.

Стадія гіпоксичної коми: свідомість відсутня, арефлексія, мідріаз. Виражений ціаноз. Артеріальний тиск критично падає, пульс аритмічний. Дихання носить патологічний характер. Незабаром настає зупинка серця і смерть. Гостра ДН завжди вимагає активної і термінової терапії, оскільки загрожує життю. Важливу роль в діагностиці ДН відіграють рентгенологічне і інструментальне дослідження, які поряд з даними анамнезу, клінічними симптомами дозволяють виявити основне захворювання. При хронічній ДН велике значення має спірографія (хвилинний об'єм дихання, дихальний об'єм, частота дихання, максимальна вентиляція легень, життєва ємність дихання, резервний об'єм вдоху і видиху, об'єм форсованого видиху за 1 секунду), пневмотахометрія. Велике значення має дослідження газового складу і кислотно-лужної рівноваги артеріальної і венозної крові. Комплексне застосування декількох методів, дозволяє встановити основні патогенетичні механізми ДН і визначити правильну лікувальну тактику. Диференціальний діагноз. Проводять з серцевою недостатністю, при якій в анамнезі і при обстеженні вдається виявити захворювання серця. Серцева недостатність починається із тахіпноє, яке більш чітко пов'язане з фізичним навантаженням і більш стабільне, частіше супроводжується відчуттям серцебиття, аритмією. Для аускультативної картини ДН характерні ослаблення дихання або сухі хрипи, а при серцевій недостатності з'являються вологі хрипи в задніх і нижній відділах легень, при чому їх локалізація змінюється від

положення хворого. При серцевій недостатності швидше виникають ознаки застою в системі малого і великого кола кровообігу. Стан хворого з серцевою недостатністю покращується при застосуванні серцевих глікозидів і сечогінних препаратів. Однак, дихальна і серцева недостатність звичайно ускладнюють одна одну, відповідно змінюючи їх картину і затруднюючи діагностику.

Лікування.

Для реабілітації дихальної функції використовують ряд методів і засобів. З медикаментозних засобів використовують препарати, що покращують бронхіальну прохідність:

це:

- препарати холінолітичної дії (атропін, платифілін, солутан і ін.), або адреноміметичні препарати (ефедрин, еуспіран, ізадрин і ін.);
- хворим з вираженими формами ДН призначають кортикостероїдну терапію. Преднізолон в дозі 5 – 10 мг на добу від 1 до 3 місяців. Кортикостероїди призначають в мінімальних дозах для того, щоб мати можливість проводити лікування тривало і уникнути різних ускладнень;
- оксигенотерапія по звичайній методиці: застосовують кисень 40 – 60% концентрації в суміші з повітрям, який подається через маски або носові катетери. Доцільно поєднувати кисневу терапію з бронхолітичними і сечогінними середниками. Показаним є використання в лікувальному комплексі ЛФК. Комплекс, так званої, респіраторної лікувальної гімнастики, включає спеціальні дихальні вправи статичного і динамічного характеру, тренують вдихаючу і видихаючу функції легень. Для покращення бронхіальної прохідності і виділення харкотиння застосовують позиційний дренаж. Відновленню функції легень сприяє масаж. Серед методів фізіотерапії: використовують гальванізацію і електрофорез лікарських речовин, синусоїдальні модульовані струми, УВЧ, електромагнітне надвисокої частоти в дециметровому (ДМВ) і сантиметровому (СМВ) діапазоні, аероіонотерапія, ультразвук, УФО.

Бронхолітичний ефект дає електрофорез платифіліна (0,1% р-н); еуфіліна (2-5% р-н); новокаїна (5% р-н). Покращує бронхіальну прохідність електрофорез йоду (5-10% р-н) і протеолітичних ферментів (трипсину, панкреатину). З методів бальнеотерапії застосовують кисневі, вуглекислі, родонові ванни. Важливий метод реабілітації хворих з ДН – кліматотерапія. Враховуючи те, що найчастіше функція дихання порушується при бронхолегневих захворюваннях (хронічний бронхіт, бронхіальна астма, туберкульоз легень і ін.), а також серцево-судинних захворюваннях (ІХС, гіпертонічна хвороба і ін.) лікування повинно проводитись з врахуванням форм і фази захворювання і починатися по можливості на ранніх стадіях захворювання.

Прогноз. Хронічна ДН може тривати роками. Загострення найчастіше настає від приєднання інфекції. Поступово приєднується серцева недостатність. Хворі можуть померти від декомпенсації дихальної або серцевої діяльності. Прогноз при гострій дихальній недостатності тим кращий, чим швидше початі інтенсивна терапія і реанімаційні заходи.

Серцева недостатність

Це синдром, який характеризується нездатністю серця перекачувати необхідну кількість крові, погіршенням якості та зниженням очікуваної тривалості життя. Вона не може бути основним діагнозом, а є лише ускладненням інших захворювань серця, зокрема: ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, запальних захворювань (міокардит, перикардит та ін.), аритмій, патології клапанів та інші. Серцева недостатність може бути гострою та хронічною. До гострої серцевої недостатності належать кардіогенний шок та гострий (кардіогенний) набряк легень, які несуть безпосередню небезпеку для життя.

пацієнтів. Частіше зустрічається хронічна серцева недостатність, яка має 4 стадії згідно класифікації Українського товариства кардіологів (2000):

- **СН I** – поява задишки, тахікардії, втоми лише при фізичному навантаженні.
- **СН IIА** – ознаки застою в одному з кіл кровообігу (частіше малому), які можна усунути при проведенні відповідної терапії.
- **СН IIБ** – ознаки застою в обох колах кровообігу, які є постійними, повністю не зникають, незважаючи на лікування.
- **СН III** – тяжкі розлади гемодинаміки з розвитком незворотніх змін в органах, загальною дистрофією, інколи виснаженням, повною втратою працездатності.

Окрім цього за **Нью-Йоркської Асоціації серця** виділяють функціональні класи серцевої недостатності:

- **Функціональний клас I** – пацієнти із захворюваннями серця, в яких виконання звичайних фізичних навантажень не викликає задишки, втоми чи серцебиття.
- **Функціональний клас II** – пацієнти із захворюваннями серця та помірним обмеженням фізичної активності. Задишка, втома, серцебиття спостерігаються при виконанні звичайних фізичних навантажень.
- **Функціональний клас III** – пацієнти із захворюваннями серця та вираженим обмеженням фізичної активності. В стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.
- **Функціональний клас IV** – хворі із захворюваннями серця, в яких будь-який рівень фізичної активності викликає зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають і в стані спокою.

Неінвазивні дослідження у діагностиці СН:

- a. ЕКГ дає змогу оцінити серцевий ритм; патологічні зубці Q можуть свідчити про перенесений інфаркт міокарда.
- b. Рентгенографія органів грудної клітки дозволяє виявити кардіомегалію, що свідчить про високу ймовірність серцевої недостатності, зміни силуету серця, оцінити легеневі поля, що може допомогти у виявленні інтерстиціального або альвеолярного набряку легень, а також виключити легеневе захворювання як причину клінічних симптомів.
- c. Ехокардіографія дозволяє оцінити систолічну та діастолічну функції серця, диференціювати дилатацію камер серця, гіпертрофію та випіт в перикард, дослідити функцію клапанів, виявити легенево-гіпертензію.
- d. Гематологічне та біохімічне дослідження: анемія може спричинити загострення серцевої недостатності, підвищений рівень гематокриту свідчить про те, що задишка, ймовірно пов'язана з хворобою легень, синьою вагою серця чи легеневою атріовенозною мальформацією. Біохімічне дослідження дозволяє диференціювати СН з нирковою недостатністю, виявляти електролітні розлади.

Інвазивне дослідження може допомогти встановити причину СН. Зокрема, коронарографія показана для виключення ураження вінцевих артерій при підозрі на дилатаційну кардіоміопатію, а також перед вірогідною реваскуляризацією.

Діагностика ГСН

- Підозра на гостру серцеву недостатність. Оцінка скарг і симптомів
- ЕКГ/мозковий натрійуретичний пептид/рентгенологічне дослідження

- • Оцінка функції серця з використанням ехокардіографії або інших візуалізуючих
- • Методик, визначення типу ураження серця
- • Вибір дослідження (ангіографія, моніторинг параметрів гемодинаміки, катетер у легеневій артерії)

Лікування серцевої недостатності передбачає вжиття загальних заходів, спрямованих на:

- зменшення ризику нових пошкоджень міокарда (припинення куріння, нормалізація маси тіла, припинення вживання алкоголю, контроль рівня артеріального тиску та цукру в крові);
- підтримання балансу рідини (обмеження вживання кухонної солі до < 5 г/день, рідини до 0,8-1,0 л/добу, щоденний контроль ваги тіла);
- фізичні вправи (помірні фізичні навантаження, пристосовані до можливостей хворого, уникати важких ізометричних вправ).

Медикаментозне лікування:

1. всім хворим з систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ < 40 %) показано лікування ІАПФ в цільових дозах, які зменшили смертність хворих у великих контрольованих дослідженнях;
2. при наявності затримки рідини до лікування додати діуретик;
3. при недостатній ефективності ІАПФ та діуретиків або при високій частоті скорочень шлуночків у хворих з миготливою аритмією на фоні серцевої недостатності– призначити серцеві глікозиди;
4. за умови клініко-гемодинамічної стабілізації показано приєднання до лікування β -блокатора з поступовим титруванням його дози за схемою.

У деяких пацієнтів можуть використовуватися гідролазин та ізосорбїду динітрат, блокатори АТ-ІІІ- рецепторів, антагоністи альдостерону, антагоністи кальцію, антиаритмічна терапія та антикоагулянти.

При розвитку серцевої астми хворому необхідно:

- сидяче положення з опущеними ногами;
- джгути (венозні) на кінцівки 20-30 хв;
- кровопускання ≈ 300 -500 мл;
- швидкодіючі сечогінні в/в – лазикс – 2 % - 6-8-16 мл;
- наркотики або нейролептики – морфін 1 % - 1-2 мл, промедол 1 % - 1-2 мл з 0,5 мл атропіну, дроперидол 0,25 % - 1-3 мл, аміназин 2,5 % - 1-2 мл;
- периферичні вазодилататори – нітрогліцерин 1 % - 0,5-1 мл на 200 мл поляризуючої суміші, нітропруссид натрію 30-50 мл в 300-500 мл 5 % глюкози вводять по 5-7 крапель на годину на протязі 6-12 годин;
- оксигенотерапія, штучна вентиляція легень;
- серцеві глікозиди з вагомиметичною активністю (дігосин 0,025 % - 1 мл) або β -стимулятори – допамін 5-10 мкг/хв;
- антигістамінні препарати, які пролонгують дію інших препаратів і діють як мембрана стабілізуючого (преднізолон і ін.);
- корекція кислотно-лужної рівноваги проводиться в/венними введеннями бікарбонату натрію 4-76-100 мл, трис-буфер;

- для боротьби з піною – поверхнево-активні речовини: розчин силікону, алкоголь, антифомсилат, які вводять аерозольно

Хірургічне лікування ГСН

ГСН є серйозним ускладненням більшості захворювань серця. У багатьох випадках термінове хірургічне втручання значно поліпшує прогноз. До хірургічних втручань відносяться коронарна реваскуляризація, корекція анатомічних порушень, заміна або реконструкція клапана серця, а також тимчасова циркуляторна підтримка з використанням апаратів допоміжного кровообігу. Ехокардіографія є найінформативнішим методом діагностики. Захворювання серця, що є причиною ГСН і вимагають оперативного втручання.

1. Кардіогенний шок після ГІМ, при ураженні кількох коронарних судин.
2. Постінфарктний дефект міжшлуночкової перетинки.
3. Розрив стінки шлуночка.
4. Гостра декомпенсація наявної патології клапанного апарата.
5. Недостатність або тромбоз штучного клапана серця.
6. Аневризма аорти або розшаровуюча аневризма аорти в порожнину перикарда.
7. Гостра мітральна недостатність унаслідок:
 - ішемічного розриву сосочкових м'язів;
 - ішемічної дисфункції сосочкових м'язів;
 - міксоматозного розриву сухожильних хорд;
 - ендокардиту;
 - травми.
8. Гостра аортальна регургітація унаслідок:
 - ендокардиту;
 - розшаровуючої аневризми аорти;
 - закритої травми грудної клітки;
 - розриву аневризми синуса Вальсальви.
9. Гостра декомпенсація хронічної кардіоміопатії.

7. Завдання для самоперевірки.

1. Опишіть основні методи дослідження органів грудної порожнини.
2. Назвіть основні методи дослідження серцевої системи.
3. Назвіть основні методи лікування легенів.
4. Перерахуйте інтервенційні методи лікування серця.
5. Методи хірургічного лікування захворювань серцево-судинної системи.

51. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

Задача

№

1

Хворий 65 років, скаржиться на загальну слабкість, серцебиття та задишку при помірному фізичному навантаженні, зрідка запаморочення. Ввечері відзначає набряк нижніх кінцівок. ЧСС 80 за хв., АТ - 140/70 мм рт. ст. Тони серця приглушені. На ЕКГ ознаки ішемії та дистрофії міокарду. Під час ультразвукового дослідження виявлено зниження ударного об'єму. Був зроблений висновок про наявність у жінки серцевої недостатності. Внаслідок якого гемодинамічного результату виникли описані порушення?

1. зменшення артеріального тиску
2. зменшення швидкості кровотоку
3. підвищення венозного тиску
4. -зменшення хвилинного об'єму крові

5. підвищення артеріального тиску

Задача №2

Чоловік 18 років скаржиться на задишку, швидко втомлюваність при русі. Вважає себе хворим з народження, коли була встановлена уроджена недостатність аортальних клапанів. Фізично розвинутий задовільно, шкіряні покрови бліді, слабкий ціаноз губ. Ліва границя серця розширена. ЧСС 78 уд/хв, АТ-110/80 мм рт. ст. Який основний механізм виникнення серцевої недостатності в описаному випадку ?

1. пошкодження кардіоміоцитів
2. пошкодження провідної системи серця
3. перенавантаження посиленням опору току крові
4. перенавантаження серця об'ємом крові
5. ішемія міокарду

Задача №3

Хвора 30 років скаржиться на постійний біль в області серця, задишку при русі, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіра бліда та холодна, акроціаноз. Пульс 96 за 1 хв., АТ - 105/70 мм рт.ст. Межа серця зміщена на 2 см вліво. Перший тон над верхівкою серця послаблений, систолічний шум над верхівкою. Діагностована недостатність мітрального клапана серця. Який основний механізм виникнення СН?

1. Зниженням об'єму циркулюючої крові
2. Перевантаженням міокарда збільшеним об'ємом крові
3. Пошкодженням міокарда
4. Збільшенням об'єму судинного русла
5. Перевантаженням міокарда підвищеним опором відтоку крові

Задача №4

У хворого діагностований стеноз аортального отвору. Який основний механізм виникнення СН?

1. перевантаженням міокарду підвищеним опором відтоку крові
2. збільшенням об'єму судинного русла
3. Пошкодженням міокарду
4. зниженням об'єму циркуючої крові
5. перевантаженням міокарду збільшеним об'ємом крові

Задача №5

У хворого 25 років діагностований ревматичний міокардит. Який основний механізм виникнення СН?

1. перевантаженням міокарду підвищеним опором відтоку крові
2. перевантаженням міокарду збільшеним об'ємом крові
3. зниженням об'єму циркуючої крові
4. збільшенням об'єму судинного русла

5. пошкодженням міокарду

Задача №6

Який із показників прямо вказує на кардіальну форму недостатності кровообігу?

1. Підвищення мінімального артеріального тиску.
2. Тахікардія.
3. Брадікардія.
4. Зниження максимального артеріального тиску.
5. Зменшення швидкості зростання тиску в лівому шлуночку в фазу ізометричного скорочення.

Задача №7

У хворого 50 років з недостатністю мітрального клапану виникла гіпертрофія лівого шлуночка серця. Який механізм є пусковим у її розвитку ?

1. Збільшення споживання жирних кислот.
2. Активація гліколізу.
3. Збільшення надходження Ca^{2+} в клітину.
4. Активація генетичного апарату.
5. Збільшення інтенсивності клітинного дихання.

Задача

№

8

Хвора 12 років, потрапила до кардіологічного відділення зі скаргами на збільшення температури тіла, біль та набрякання у колінному та гомілковостопному суглобах, слабкість, зниження апетиту. Об'єктивно: стан середньої важкості. Дівчинка заниженої ваги, бліда. Пульс в стані спокою - 80 на хвилину, зміна положення у постелі визиває тахікардію. Серцевий товчок посилений. Ліві межі серця розширені на 1,5 см. Тони приглушені. На верхівці інтенсивний систолічний шум. Діагноз: ревматизм, повторна атака. Ендоміокардит на фоні недостатності мітрального клапану. Який тип серцевої недостатності є у дитини?

1. Недостатність серця від перевантаження
2. Недостатність серця при пошкодженні міокарду, що спричинена інфарктом
3. Недостатність серця при пошкодженні міокарду, що спричинена перевантаженням
4. Недостатність серця при пошкодженні міокарду, що спричинена авітамінозом
5. Змішаний тип серцевої недостатності

Задача

№

9

Пацієнт, 70 років, протягом 12 років страждає бронхіальною астмою, ішемічною хворобою серця, 1,5 роки підвищенням артеріального тиску. Встановлена гіпертрофія лівого шлуночка, яка її причина?

1. Недостатність дихання
2. Артеріальна гіпертензія
3. Емфізема легень
4. Вік хворого
5. Хронічна ішемія серця

Задача № 10

Хворому 70 років під час інтенсивної дезінтоксикаційної терапії було введено внутрішньовенно 1,5л. розчинів (реополіглюкін, р-р NaCl 0,9%) протягом 6 годин. Але стан пацієнта погіршався, був діагностований набряк легень, ще через 3 год. – інфаркт міокарду. Яка причина набряку легень?

1. Загальна гіпоксія тканин
2. Зменшення онкотичного тиску крові внаслідок гемоділюції
3. Пошкодження міокарду, зменшення ударного об'єму
4. Перевантаження правого шлуночку об'ємом
5. Збільшення осмотичного тиску крові

Задача № 11

Під час обстеження хворого, який протягом 15 років страждає артеріальною гіпертензією, загальний стан задовільний, АД-170/80 мм рт.ст., ЧСС-70хв. ЧД-28хв. Набряк гомілок, пастозність. Яка причина серцевої недостатності?

1. Змінення об'єму циркулюючої крові
2. Підвищення периферичного спротиву судин
3. Підвищення притоку крові
4. Порушення загального обміну речовин
5. Порушення нейрогуморальної регуляції

Задача №12

Хвора 65 років скаржиться на задишку, набряки гомілок. Встановлено: загальний стан задовільний, АТ=160 мм рт.ст. ЧСС=45/хв. ЧД-26/хв. Перкусія: розширення лівої границі серця. Аускультация: тони серця приглушені, екстрасистолія. Миготлива аритмія на ЕКГ. Яка ведуча причина серцевої недостатності

1. Порушення коронарного кровообігу
2. Підвищення периферичного спротиву судин
3. Підвищення притоку крові
4. Порушення нейрогуморальної регуляції
5. Порушення ритму серцевих скорочень

Задача №13

Хворий страждає мітральним стенозом протягом 10 років. Під час обстеження встановлена серцева недостатність. Внаслідок якого процесу розвинулося вказане ускладнення?

1. Гіпоксії
2. Інтоксикації
3. Порушення нейрогуморальної регуляції
4. Зниження притоку крові
5. Перегрузка серця

Задача №14

Хвора 50 років страждає поліцитемією протягом 1 року. Під час обстеження встановлено: загальний стан задовільний. АТ-140/70мм рт.ст., ЧД-28хв. В легенях- дихання верікулярне. Тони серця приглушені, одиничні екстреситоли, акцент 2 тону над аортою. Гомілки пастозні. Внаслідок якого процесу розвинулася серцева недостатність?

1. Порушення периферичного спротиву судин
2. Порушення ритму серцевих скорочень
3. Порушення коронарного кровообігу
4. Підвищення переднавантаження на серце
5. Зменшення ударного об'єму крові

Задача №15

Під час реанімаційних заходів хворому було тричі введено адреналін. Серцева діяльність відновлена. Але через 6 годин стан пацієнта погіршився. ЧСС-100хв. АТ-140/70 ммрт.ст. ЧД-30/хв. Тони ритмічні. В легенях безліч різноколіберних хрипів. Який патофізіологічний механізм обумовив ознаки серцевої недостатності?

1. Перевантаження серця об'ємом
2. Підвищення периферичного спротиву судин
3. Порушення коронарного кровообігу
4. Невідповідність між потребою серця в кисню й його одержанням
5. Підвищення переднавантаження на серце

Література

Основна

1. Факультетська хірургія /За ред. В.О.Шідловського, М.П.Захараша .- Тернопіль: Укрмедкніга, 2002.- С. 349-356, 363-371.
2. Хірургічні хвороби /Под ред. М.І.Кузіна. - М.: Медицина, 1995. - С.38-60.
3. Хірургічні маніпуляції. / Під ред. Б.О.Мількова, В.Н.Круцяка.- К.: Вища школа, 1985.- 208 с.
4. Сулимов ВА, Маколкін ВИ Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца. Медицина 2001.
4. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство /Бураковский В.И., Бокерия Л.А., - М.: Медицина, 1989.- 752.
5. Кондратенко П.Г., Русин В.И. „Неотложная хирургия органов брюшной полости”. 2013 – 574 с.

Додаткова

1. Белоконь Н.А. Врожденные пороки сердца.-М.:1990.-352с.
2. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии-К.: Здоровья, 1990.-296с.
3. Сулимов ВА, Маколкін ВИ Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца. Медицина 2001
4. Рычков А.Ю Показания к проведению чреспищеводного электрофизиологического исследования. Вестник аритмологии N20 2000

ТЕМА 22. СИНДРОМИ БОЛЮ В ГРУДІ, ДИХАЛЬНОЇ ТА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМ

1.Актуальність теми.

Біль у грудній клітці окремо або в поєднанні з дихальною (ДН) та серцевою недостатністю (СН) може бути проявом таких тяжких захворювань, як інфаркт міокарда (ІМ), аневризма аорти, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), пневмонія, злоякісні новоутворення легенів, медіастеніт, перфоративна виразка шлунку або дванадцятипалої кишки, панкреатит тощо.

У загальній терапевтичній практиці біль у грудній клітці спостерігають близько у 3 % хворих, а у відділеннях невідкладної допомоги він є другою за частотою причиною звернення після гострого болю в животі – 12-50 %.

Диференційна діагностика захворювань ОГК є однією з складових повсякденної практичної діяльності лікарів багатьох спеціальностей, передусім терапевтів, пульмонологів, фізіотрів, онкологів, хірургів, лікарів швидкої допомоги. Лікар будь-якої спеціалізації може стикнутися з надзвичайною ситуацією або бути викликаний до пацієнта з болем у грудній клітці, ознаками СН або ДН і має вміти передусім швидко та точно визначити невідкладність стану і його загрозу для життя пацієнта.

Мета:

Засвоїти принципи диференційної діагностики захворювань ОГК, які супроводжуються болем, ДН і СН (зазначити захворювання, з якими потрібно проводити диференційну діагностику та охарактеризувати синдроми брю, ДН і СН).

2. Конкретні цілі заняття.

2.1. Знати :

- анатомію грудної клітки, серця, легенів і плеври, середостіння;
- перелік захворювань, з якими потрібно проводити диференційну діагностику в разі болю в грудній клітці, ДН і СН;
- клінічну картину та класифікацію найчастіших захворювань ОГК;
- основні симптоми та синдроми, що виникають у разі захворювань ОГК;
- етіологію та патогенез синдромів ДН і СН, больового синдрому при захворюваннях ОГК;
- діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів дослідження при захворюваннях серця, магістральних судин, легенів і органів середостіння.

2.2 Вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження (огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию) пацієнтів зі скаргами на біль у ділянці грудної клітки;
- інтерпретувати дані лабораторних досліджень та діагностичних пункцій, читати електрокардіограми, бронхограми, рентгенограми, ангіограми, комп'ютерні томограми ОГК;
- правильно сформулювати діагноз та провести диференційну діагностику захворювань ОГК;
- скласти план обстеження пацієнтів із захворюваннями ОГК;
- на підставі аналізу даних лабораторного й інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при захворюваннях ОГК;
- демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного працівника та принципи фахової субординації.

2.3. *Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу:* вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів.

2.4. *Виховні цілі:* сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими з захворюваннями дихальної та серцево-судинної систем, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія людини Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Анатомію органів грудної порожнини . Фізіологію органів грудної порожнини. Патогенез розвитку ускладнень дихальної та серцевої систем. Морфологічні зміни в органах дихальної та серцево-судинної систем. Клінічні прояви та методи діагностики захворювань дихальної та серцевої систем.	Проводити фізикальне обстеження хворих з патологією органів грудної порожнини
<i>Наступні дисципліни:</i> Внутрішня медицина Пульмунологія Кардіологія	Класифікацію, клінічні ознаки, методи, діагностики болю в груді, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	Застосувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем болю в груді її диференційної діагностики вибору оптимальних способів лікування.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому вагу захворювань органів грудної порожнини в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при патології дихальної та серцевої систем. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики.

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайоми вся	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з патологією органів грудної порожнини		+	

2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження Дані ЕКГ-обстеження			+
3.	Проводити диференційну діагностику патологій органів грудної порожнини		+	
4.	Визначати лікувальну тактику у хворих з патологією дихальної та серцевої систем		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань органів грудної порожнини	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси ,які відбуваються в дихальній та серцево-судинній системах.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію захворювань органів грудної порожнини	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми патології дихальної та серцево-судинної систем.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики даної патології.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики патології дихальної та серцево-судинної систем.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворого з патологією дихальної та серцево-судинних систем	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнити перкуторні звуки, аускультативні дані.
Навчитись правильно оцінювати та	Рентгенографія	Диференціювати ступінь ураження органів грудної порожнини

інтерприту-вати результати інструментальних досліджень хворих	ЕКГ-дослідження УЗД серця КТ, МРТ	Інтерпретація даних дослідження
Визначити лікувальну тактику залежно від причин синдрому болю в груді	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Методи оперативного лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні кардіологічних протимікробних препаратів, кисневої терапія і т.п.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
--------	------------

Гостра дихальна недостатність	гостре порушення системи зовнішнього дихання, при якому не забезпечується нормальний газовий склад артеріальної крові чи його підтримка на нормальному рівні досягається за рахунок надмірного функціонального напруження цієї системи.
Гіпоксія	визначається як стан, що розвивається при зниженій оксигенації тканин.
Гіпоксемія	в основі гіпоксемічного синдрому лежить порушення процесів оксигенації артеріальної крові в легенях.
Гіперкапія	патологічний синдром, що характеризується підвищеним рівнем вмісту вуглекислого газу у крові чи кінці виходу .
Гостра серцева недостатність	це клінічний синдром, що є наслідком прогресування первинного захворювання серця чи іншої хвороби, при якому серце не забезпечує достатнє кровопостачання органів та тканин у відповідності з їх метаболічними потребами.
Кардіогенний шок	синдром, що розвивається внаслідок різкого порушення насосної функції лівого шлуночка, що характеризується неадекватним кровопостачанням життєво важливих органів з наступним порушенням їх функцій.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Анатомія органів грудної порожнини.
2. Анатомічна будова серцево-судинної системи.
3. Класифікація, етіологія та патогенез захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
4. Назвіть класифікацію захворювань дихальної системи.
5. Який патогенез в розвитку захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
6. Яка клінічна картина хворих з дихальною недостатністю.
7. Яка клінічна картина хворих з серцево-судинною недостатністю.
8. Яка клінічна картина кардіогенного шоку.
9. Яка клінічна картина хворих з інфарктом міокарда .
10. Методи діагностики хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.
11. Диференційна діагностика захворювань дихальної та серцево-судинної систем.
12. Принципи лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.
13. Показання до різних методів лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.
14. Особливості хірургічних втручань при патології дихальної та серцево-судинної систем.
15. Профілактика і лікування хворих з патологією дихальної та серцевої систем, реабілітація.

6.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

52. зібрати та оцінити скарги хворого з патологією органів грудної порожнини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
53. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;

54. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, ЕКГ-дослідження, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
55. вміти надавати першу допомогу при невідкладних станах патології органів грудної порожнини;
56. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
57. призначити передопераційну підготовку хворим;
58. вести післяопераційний період хворих з патологією серцево-судинної та дихальної систем.

Графологічної структури теми.

Причини гострого нестерпного болю в груді:

1. Хвороби серця.
 - інфаркт міокарда
 - перикардит
 - міокардит та кардіоміопатія
2. Хвороби аорти
 - Розмежовуюча аневризма аорти (висхідної або низхідної)
 - Розрив аневризми грудної аорти (травматична, вроджена, набута)
 - Аневризма грудної аорти з здавленням прилеглих органів.
3. Хвороби легень.
 - Пневмоторакс та пневмомедіастеніт
 - Сухий плеврит
 - Епідемічна міалгія

Причини довготривалого чи періодично з'являючогося болю в груді:

1. Кардіалгія
 - стенокардія
 - некоронарогенні кардіалгії
 - нейроциркуляторна дистонія
 - клімактерична кардіопатія
 - пролабування мітрального клапану
 - міокардит та кардіоміопатія
 - ревмокардит
 - аорталгія
2. Хвороби грудної стінки.
 - А. Ураження міжреберних нервів
 - міжреберна невралгія
 - оперізуючий лишай
 - синдром ковзаючих реберних хрящів
 - Б. Ураження м'язів грудної клітки та верхніх кінцівок
 - синдром малого грудного м'язу
 - фіброміозит
 - синдром переднього драбинчатого м'язу
 - рефлекторна дистрофія верхньої кінцівки(синдром плечо-кисть).
 - В. Хвороби кісток та суглобів
 - шийний остеохондроз
 - синдром Тітце
 - манубріостернальний синдром
 - ксифоїдалгія
 - Г. Інші хвороби.
 - хвороби молочної залози
 - хвороба Мондора
3. Хвороби інших органів грудної клітини.
 - хвороби легень та плеври

<p>-хвороби органів середостіння -хвороби діафрагми.</p>	
<p>Дихальна недостатність</p>	<p>(ДН) – стан при якому або не забезпечується підтримка нормального газового складу крові, або остання досягається за рахунок включення механізмів компенсації функціональної системи дихання.</p> <p>Етіологія.</p> <p>М. М. Канаєв (1980) виділяє п'ять груп факторів, які зумовлюють порушення зовнішнього дихання:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ураження бронхів і респіраторних структур легенів: <ol style="list-style-type: none"> 1. ураження бронхіального дерева: <ul style="list-style-type: none"> ▪ підвищення тонузу гладкої мускулатури бронхів (бронхоспазм), ▪ набряково-запальні зміни бронхіального дерева, ▪ порушення опірних структур дрібних бронхів, ▪ зниження тонузу великих бронхів гіпотонічна дискінезія); 2. ураження респіраторних структур: <ul style="list-style-type: none"> ▪ інфільтрація легеневої тканини, ▪ деструкція легеневої тканини, ▪ дистрофія легеневої тканини, ▪ пневмосклероз; 3. зменшення функціонуючої легеневої паренхіми: <ul style="list-style-type: none"> ▪ недорозвиненість легені, ▪ стиснення й ателектаз легені, ▪ відсутність частини легеневої тканини після операції. 5. Ураження кістково-м'язового каркаса грудної клітки та плеври: <ul style="list-style-type: none"> ○ обмеження рухомості ребер, ○ обмеження рухомості діафрагми, ○ плевральне зрощення. 6. Ураження дихальної мускулатури: <ul style="list-style-type: none"> ○ центральний і периферичний параліч дихальної мускулатури, ○ дегенеративно-дистрофічні зміни дихальних м'язів. 7. Порушення кровообігу у малому колі: <ul style="list-style-type: none"> ○ редукція судинного русла, легенів, ○ спазм легневих артеріол, ○ застій крові в малому колі. 8. Порушення регуляції дихання: <ul style="list-style-type: none"> ○ пригнічення дихального центра, ○ дихальні неврози, ○ порушення місцевих регуляторних відношень. <p>Центрогенна ДН може бути зумовлена порушенням функції дихального центру, наприклад при ураженні стовбура головного мозку (захворювання або травма), а також при пригніченні центральної регуляції дихання в результаті отруєння депресантами</p>

<p>дихання (наркотики, барбітурати й інші). Нервово-м'язова ДН може виникнути внаслідок розладів функції дихальних м'язів при пошкодженні спинного мозку (травма, поліомієліт і т.д.), рухових центрів (поліневрит) і нервово-м'язових синапсів (ботулізм, міастенія, гіпокаліємія і т.д.). Торако-діафрагмальна ДН може бути викликана розладами біомеханіки дихання при патології грудної клітки (переломи ребер, кіфосколиоз, хвороба Бехтерева), при високому стоянні купола діафрагми (прес шлунка і кишечника, асцит, ожиріння), великих плевральних зрощеннях. Етіологічним фактором може бути компресія легень ексудатом, кров'ю і повітрям при гемо- або пневмотораксі.</p> <p>Найчастіше причиною бронхо-легеневої ДН є патологічні процеси в легенях і дихальних м'язах. Ураження дихальних шляхів, як правило, супроводжуються частковою або повною їх обструкцією (обструктивна форма). Це може бути зумовлене попаданням чужерідного тіла, набряками або стисненням пухлиною, бронхоспазмом, алергічним, запальним або застійним набряком слизової оболонки бронхів. Закупорка дихальних шляхів секретом бронхіальних залоз спостерігається у хворих з порушенням відкашлювання, наприклад при коматозному стані, різкій слабості з обмеженням функції м'язів видиху, не змиканні голосової щілини. Рестриктивна форма бронхолегеневої недостатності може бути викликана пневмонією, емфіземою, пневмосклерозом, резекцією легень, туберкульозом, актиномікозом, сифілісом, пухлиною і т.д. Причинами дифузної ДН можуть виступати пневмосклероз, фіброз легень, синдром Хамана-Річа. Дифузна ДН суттєво поглиблюється, якщо одночасно спостерігається розлади кровотоку і порушення вентиляції, що має місце при тромбоемболії легеневої артерії, склерозі легеневого стовбура, первинній гіпертензії малого кола кровообігу, вадах серця, гострій лівошлуночкової недостатності, гіпертензії малого кола, при крововтратах і т.д. Однією з причин ДН, пов'язаної з порушенням легеневого кровотоку і дифузії газів, є так звана шокова легеня. Вона розвивається у хворих, які перенесли тяжкі порушення гемодинаміки (шок, крововтрата, тимчасова зупинка серця, опіки і т.д.).</p> <p>Патогенез. Виділяють три групи патогенетичних механізмів розвитку ДН.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ураження, що ведуть до порушення вентиляції альвеол. Причини гіповентиляції альвеол: зміни апарату зовнішнього дихання (зменшення функціонуєчої легеневої тканини внаслідок ателектазу, пухлини, запалення тощо; зменшення рухомості легеневої тканини через фіброз, емфізему, застій, порушення прохідності верхніх дихальних шляхів, обмеження рухливості легень при плевральному випоті, пневмотораксі, гемотораксі, торакопластиці тощо), захворювання дихальних м'язів, обмеження рухів грудної клітки, пригнічення дихального центру. 2. Порушення відповідності між легеневою вентиляцією і кровотоком. Важливе не тільки рівномірність розподілу повітря по альвеолах, але й стикання його з адекватною кількістю притікаючою до альвеол кров'ю. Причинами нерівномірного кровотоку можуть бути анатомічні шунти, емболії або закупорки гілок легеневої артерії, місцеве зменшення легеневого судинного русла (при

емфіземі, фіброзі тощо), порушення місцевого кровотоку (внаслідок резекції легень, застою в легенях тощо). Зміни легеневого кровотоку можуть бути викликані і рефлекторним шляхом, при зниженні PaO_2 .

3. Порушення дифузії, при якій здійснюється перехід кисню з альвеолярного газу в кров легневих капілярів. Дифузія кисню залежить від ряду факторів. До них відносяться: а) щоб потрапити з альвеол в кров, кисень повинен пройти через декілька шарів – альвеолярну мембрану, інтерстиціальну рідину, мембрану капілярів, шар плазми, мембрану еритроцита. Будь – яке збільшення цього шляху за рахунок інтерстиціального набряку легень, потовщення альвеолярних і капілярних мембран (при фіброзі легень, склерозі судин) тощо, веде до зниження дифузної здатності. При скороченні капілярного русла в легенях настає прискорення кровотоку не менше ніж на 2/3. Це можливо при дифузному легеневому фіброзі, склерозі легневих артеріол, множинних емболіях, а також при фізичному навантаженні у випадку поразення легень.

Класифікація.

В МКХ Х перегляду дихальна недостатність знаходиться в рубриці J96.

J96 – Дихальна недостатність, не класифікована в інших рубриках.

J96.0 – Гостра респіраторна недостатність

J96.1 – Хронічна респіраторна недостатність

J96.9 – Респіраторна недостатність, не уточнена

Класифікацій дихальної недостатності запропоновано багато: А.Г. Дембо (1957), Стід і Мак-Доналд (1959) й інші. Рос'є (1956) запропонував розділити дихальну недостатність на латентну (в стані спокою у хворого немає порушень газового обміну крові), парціальну (наявна гіпоксія без гіперкапнії) і глобальну (гіпоксемія в поєднанні з гіперкапнією). ДН поділяють також на первинну, пов'язану з ураженням безпосередньо апарату зовнішнього дихання, і вторинну, в основі якої лежать захворювання і травми інших органів системи.

В 1982 році Б.Є. Вотчал запропонував класифікацію згідно з якою розрізняють центрогенну, нервово-м'язову, торако-діафрагмальну або парієтальну і бронхо-легеневу ДН. При цьому в бронхо-легеневій ДН виділяють обструктивну форму, зумовлену порушенням бронхіальної прохідності, рестриктивну (обмеження рухомості легень) і дифузну.

Клініка. Клінічні прояви ДН залежать від характеру захворювання, яке викликало порушення дихання, проте окремі симптоми розвиваються незалежно від етіології ДН. Розрізняють хронічну ДН, при якій порушення газообміну і включення компенсаторних процесів настає поступово і життєдіяльність організму підтримується протягом тривалого часу, та гостру ДН, яка розвивається швидко і компенсаторні механізми нерідко не можуть забезпечити нормальний газовий склад крові. При гострій ДН швидко наростають порушення оксигенації і кислотно-лужної рівноваги в крові і тканинах організму. Ранніми ознаками хронічної ДН виступають задуха, слабкість при звичайних, а потім і невеликих фізичних навантаженнях, обмеження активності і працездатності. За вираженістю задухи Б.Є. Вотчас ділить хронічну ДН на чотири ступені:

I ступінь – задуха при незначних навантаженнях (короткий біг, швидке піднімання сходами), які раніше добре переносилися;

II ступінь – задуха при звичайних навантаженнях повсякденного життя;

III ступінь – задуха при незначному навантаженні (одягання, вмивання);

IV ступінь – задуха в стані спокою. В подальшому з'являється відчуття нестачі повітря, головний біль, втрата апетиту, безсоння, пітливість. Відмічається дифузний ціаноз, зміни показників зовнішнього дихання (частота дихання, хвилинного об'єму легень, резерву вдоху і видиху і т.д.). В залежності від форми ДН можливі деякі клінічні особливості. Так, при обструктивній формі ДН задуха непостійна, часто виникає у вигляді приступів експіраторного характеру (затруднений видих). Дихання спочатку рідке, дихальний об'єм збільшений, ціаноз може з'являтися тільки під час приступів задухи. В легенях вислуховуються сухі свистячі хрипи, відмічається втягування грудної клітки на вдосі і вибухання на видиху. Грудна клітка набуває бочкоподібної форми. Знижується об'єм форсованого видиху, збільшується функціональна залишкова ємність легень і коефіцієнт опору дихальних шляхів. Життєва ємність легень змінюється мало, індекс Тіфно падає. При рестриктивній і дифузній формах ДН, які нерідко поєднуються, задуха може носити інспіраторний або змішаний характер. Характерний постійний ціаноз. Дихання часте. Аускультативно: послаблене везикулярне дихання, в деяких ділянках легень може не вислуховуватися. Знижується життєва ємність легень при нормальному індексі Тіфно. Гіпоксемія при хронічній ДН часто поєднується із гіперкапнією, розвивається поліцитемія, збільшується в'язкість крові, наростає гіпертрофія правого шлуночка, особливо при обструктивній формі. З'являються набряки, підвищується венозний тиск. Розвиваються гіпоксемічні пошкодження паренхіматозних органів, в основному печінки і нирок.

Для гострої ДН характерне швидке наростання симптомів, рання поява порушення психіки (гіпоксична енцефалопатія). Це пов'язано з наростаючою гіпоксією, що виражається у вигляді безсоння, ейфорії, галюцинацій, марення. Шкіра у таких хворих гіперемована з ціанотичним відтінком. Ціаноз різко посилюється при фізичному навантаженні.

В розвитку гострої ДН можна виявити 3 стадії. Початкова стадія характеризується неспокоєм, ейфорією, іноді сонливістю, загальмованістю. Може з'явитися гіперемія і ціаноз шкірних покривів, акроціаноз, посилена пітливість, дихання часте, роздуваються крила носа. Тахікардія, АТ помірно підвищений. Парціальний тиск кисню в артеріальній крові 80/60 мм.рт.ст. Стадія глибокої гіпоксії: хворі дуже неспокійні, збуджені. Дифузний ціаноз, дихання з участю допоміжної мускулатури, тахікардія, артеріальна гіпертензія. Іноді судоми, самовільний сечопуск, дефекація. Парціальний тиск кисню PO₂- 60-45 мм.рт.ст.

Стадія гіпоксичної коми: свідомість відсутня, арефлексія, мідріаз. Виражений ціаноз. Артеріальний тиск критично падає, пульс аритмічний. Дихання носить патологічний характер. Незабаром

настає зупинка серця і смерть. Гостра ДН завжди вимагає активної і термінової терапії, оскільки загрожує життю.

Важливу роль в діагностиці ДН відіграють рентгенологічне і інструментальне дослідження, які поряд з даними анамнезу, клінічними симптомами дозволяють виявити основне захворювання. При хронічній ДН велике значення має спірографія (хвилинний об'єм дихання, дихальний об'єм, частота дихання, максимальна вентиляція легень, життєва ємність дихання, резервний об'єм вдоху і видиху, об'єм форсованого видиху за 1 секунду), пневмотахометрія. Велике значення має дослідження газового складу і кислотно-лужної рівноваги артеріальної і венозної крові. Комплексне застосування декількох методів, дозволяє встановити основні патогенетичні механізми ДН і визначити правильну лікувальну тактику.

Диференціальний діагноз. Проводять з серцевою недостатністю, при якій в анамнезі і при обстеженні вдається виявити захворювання серця. Серцева недостатність починається із тахіпноє, яке більш чітко пов'язане з фізичним навантаженням і більш стабільне, частіше супроводжується відчуттям серцебиття, аритмією. Для аускультативної картини ДН характерні ослаблення дихання або сухі хрипи, а при серцевій недостатності з'являються вологі хрипи в задніх і нижній відділах легень, при чому їх локалізація змінюється від положення хворого. При серцевій недостатності швидше виникають ознаки застою в системі малого і великого кола кровообігу. Стан хворого з серцевою недостатністю покращується при застосуванні серцевих глікозидів і сечогінних препаратів. Однак, дихальна і серцева недостатність звичайно ускладнюють одна одну, відповідно змінюючи їх картину і затруднюючи діагностику.

Лікування.

Для реабілітації дихальної функції використовують ряд методів і засобів. З медикаментозних засобів використовують препарати, що покращують бронхіальну прохідність це:

- препарати холінолітичної дії (атропін, платифілін, солутан і ін.), або адреноміметичні препарати (ефедрин, еуспіран, ізадрин і ін.);
- хворим з вираженими формами ДН призначають кортикостероїдну терапію. Преднізолон в дозі 5 – 10 мг на добу від 1 до 3 місяців. Кортикостероїди призначають в мінімальних дозах для того, щоб мати можливість проводити лікування тривало і уникнути різних ускладнень;

- оксигенотерапія по звичайній методиці: застосовують кисень 40 – 60% концентрації в суміші з повітрям, який подається через маски або носові катетери. Доцільно поєднувати кисневу терапію з бронхолітичними і сечогінними середниками. Показаним є використання в лікувальному комплексі ЛФК. Комплекс, так званої, респіраторної лікувальної гімнастики, включає спеціальні дихальні вправи статичного і динамічного характеру, тренують вдихаючу і видихаючу функції легень. Для покращення бронхіальної прохідності і виділення харкотиння застосовують позиційний дренаж. Відновленню функції легень сприяє масаж.

Серед методів фізіотерапії використовують: гальванізацію і електрофорез лікарських речовин, синусоїдальні модульовані струми, УВЧ, електромагнітне надвисокої частоти в дециметровому

	<p>(ДМВ) і сантиметровому (СМВ) діапазоні, аероіонотерапія, ультразвук, УФО.</p> <p>Бронхолітичний ефект дає електрофорез платифіліна (0,1% р-н); еуфіліна (2-5% р-н); новокаїна (5% р-н). Покращує бронхіальну прохідність електрофорез йоду (5-10% р-н) і протеолітичних ферментів (трипсину, панкреатину).</p> <p>З методів бальнеотерапії застосовують кисневі, вуглекислі, родонові ванни.</p> <p>Важливий метод реабілітації хворих з ДН – кліматотерапія. Враховуючи те, що найчастіше функція дихання порушується при бронхолегеневих захворюваннях (хронічний бронхіт, бронхіальна астма, туберкульоз легень і ін.), а також серцево-судинних захворюваннях (ІХС, гіпертонічна хвороба і ін.) лікування повинно проводитись з врахуванням форм і фази захворювання і починатися по можливості на ранніх стадіях захворювання.</p> <p>Прогноз. Хронічна ДН може тривати роками. Загострення найчастіше настає від приєднання інфекції. Поступово приєднується серцева недостатність. Хворі можуть померти від декомпенсації дихальної або серцевої діяльності. Прогноз при гострій дихальній недостатності тим кращий, чим швидше початі інтенсивна терапія і реанімаційні заходи.</p>
<p>Серцева недостатність</p>	<p>–це синдром, який характеризується нездатністю серця перекачувати необхідну кількість крові, погіршенням якості та зниженням очікуваної тривалості життя. Вона не може бути основним діагнозом, а є лише ускладненням інших захворювань серця, зокрема: ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, запальних захворювань (міокардит, перикардит та ін.), аритмій, патології клапанів та інші. Серцева недостатність може бути гострою та хронічною. До гострої серцевої недостатності належать кардіогенний шок та гострий (кардіогенний) набряк легень, які несуть безпосередню небезпеку для життя пацієнтів. Частіше зустрічається хронічна серцева недостатність, яка має 4 стадії згідно класифікації Українського товариства кардіологів (2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ СН І – поява задишки, тахікардії, втоми лише при фізичному навантаженні. ▪ СН ІА – ознаки застою в одному з кіл кровообігу (частіше малому), які можна усунути при проведенні відповідної терапії. ▪ СН ІБ – ознаки застою в обох колах кровообігу, які є постійними, повністю не зникають, незважаючи на лікування. ▪ СН ІІІ – тяжкі розлади гемодинаміки з розвитком незворотніх змін в органах, загальною дистрофією, інколи виснаженням, повною втратою працездатності. <p>Окрім цього за Нью-Йоркською Асоціацією серця виділяють функціональні класи серцевої недостатності:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Функціональний клас І – пацієнти із захворюваннями серця, в яких виконання звичайних фізичних навантажень не викликає задишки, втоми чи серцебиття. ▪ Функціональний клас ІІ – пацієнти із захворюваннями

серця та помірним обмеженням фізичної активності. Задишка, втома, серцебиття спостерігаються при виконанні звичайних фізичних навантажень.

- **Функціональний клас III** – пацієнти із захворюваннями серця та вираженим обмеженням фізичної активності. В стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.
- **Функціональний клас IV** – хворі із захворюваннями серця, в яких будь-який рівень фізичної активності викликає зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають і в стані спокою.

Неінвазивні дослідження у діагностиці СН:

1. ЕКГ дає змогу оцінити серцевий ритм; патологічні зубці Q можуть свідчити про перенесений інфаркт міокарда.
2. Рентгенографія органів грудної клітки дозволяє виявити кардіомегалію, що свідчить про високу ймовірність серцевої недостатності, зміни силуету серця, оцінити легеневі поля, що може допомогти у виявленні інтерстиціального або альвеолярного набряку легень, а також виключити легенеve захворювання як причину клінічних симптомів.
3. Ехокардіографія дозволяє оцінити систолічну та діастолічну функції серця, диференціювати дилатацію камер серця, гіпертрофію та випіт в перикард, дослідити функцію клапанів, виявити легенеvu гіпертензію.
4. Гематологічне та біохімічне дослідження: анемія може спричинити загострення серцевої недостатності, підвищений рівень гематокриту свідчить про те, що задишка, ймовірно пов'язана з хворобою легень, синьою вадою серця чи легеневою атріовенозною мальформацією. Біохімічне дослідження дозволяє диференціювати СН з нирковою недостатністю, виявляти електролітні розлади.

Інвазивне дослідження може допомогти встановити причину СН. Зокрема, коронарографія показана для виключення ураження вінцевих артерій при підозрі на дилатаційну кардіоміопатію, а також перед вірогідною реваскуляризацією.

Діагностика ГСН

1. Підозра на гостру серцеву недостатність. Оцінка скарг і симптомів
2. ЕКГ / мозковий натрійуретичний пептид/рентгенологічне дослідження
3. Оцінка функції серця з використанням ехокардіографії або інших візуалізуючих методик, визначення типу ураження серця
4. Вибір дослідження (ангіографія, моніторинг параметрів гемодинаміки, катетер у легеневій артерії)

Лікування серцевої недостатності передбачає вжиття загальних заходів, спрямованих на:

1. зменшення ризику нових пошкоджень міокарда (припинення куріння, нормалізація маси тіла, припинення вживання алкоголю, контроль рівня артеріального тиску та цукру в крові);
2. підтримання балансу рідини (обмеження вживання кухонної солі до < 5 г/день, рідини до 0,8-1,0 л/добу, щоденний контроль ваги тіла);
3. фізичні вправи (помірні фізичні навантаження, пристосовані до можливостей хворого, уникати важких ізометричних вправ).

Медикаментозне лікування:

1. всім хворим з систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ < 40 %) показано лікування ІАПФ в цільових дозах, які зменшили смертність хворих у великих контрольованих дослідженнях;
2. при наявності затримки рідини до лікування додати діуретик;
3. при недостатній ефективності ІАПФ та діуретиків або при високій частоті скорочень шлуночків у хворих з миготливою аритмією на фоні серцевої недостатності – призначити серцеві глікозиди;
4. за умови клініко-гемодинамічної стабілізації показано приєднання до лікування β-блокатора з поступовим титруванням його дози за схемою.

У деяких пацієнтів можуть використовуватися гідролазин та ізосорбїду динїтрат, блокатори АТ-ІІ- рецепторів, антагоністи альдостерону, антагоністи кальцію, антиаритмічна терапія та антикоагулянти.

При розвитку серцевої астми хворому необхідно:

- сидяче положення з опущеними ногами;
- джгути (венозні) на кінцівки 20-30 хв;
- кровопускання ≈ 300-500 мл;

-швидкодїючі сечогінні в/в – лазикс – 2 % - 6-8-16 мл;

- наркотики або нейролептики – морфін 1 % - 1-2мл, промедол 1 % - 1-2 мл з 0,5 мл атропіну, дроперидол 0,25 % - 1-3 мл, аміназин 2,5 % - 1-2 мл;
- периферичні вазодилататори – нітрогліцерин 1 % - 0,5 -1 мл на 200 мл поляризуючої суміші, нітропруссид натрію 30-50 мл в 300-500 мл 5 % глюкози вводять по 5-7 крапель на годину на протязі 6-12 годин;
- оксигенотерапія, штучна вентиляція легень;
- серцеві глікозиди з вагоміметичною активністю (дігосин 0,025 % - 1 мл) або β-стимулятори – допамін 5-10 мкг/хв;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ антигістамінні препарати, які пролонгують дію інших препаратів і діють як мембраностабілізуючі (преднізолон і ін.); ○ корекція кислотно-лужної рівноваги проводиться в/венними введеннями бікарбонату натрію 4-76-100 мл, трис-буфер; ○ для боротьби з піною – поверхнево-активні речовини: розчин силікону, алкоголь, антифомсилат, які вводять аерозольно
	<p>Хірургічне лікування ГСН</p> <p>ГСН є серйозним ускладненням більшості захворювань серця. У багатьох випадках термінове хірургічне втручання значно поліпшує прогноз. До хірургічних втручань відносяться коронарна ревазуляризація, корекція анатомічних порушень, заміна або реконструкція клапана серця, а також тимчасова циркуляторна підтримка з використанням апаратів допоміжного кровообігу. Ехокардіографія є найінформативнішим методом діагностики. Захворювання серця, що є причиною ГСН і вимагають оперативного втручання.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кардіогенний шок після ГІМ, при ураженні кількох коронарних судин. 2. Постінфарктний дефект міжшлуночкової перетинки. 3. Розрив стінки шлуночка. 4. Гостра декомпенсація наявної патології клапанного апарата. 5. Недостатність або тромбоз штучного клапана серця. 6. Аневризма аорти або розшаровуюча аневризма аорти в порожнину перикарда. 7. Гостра мітральна недостатність унаслідок: <ul style="list-style-type: none"> - ішемічного розриву сосочкових м'язів; - ішемічної дисфункції сосочкових м'язів; - міксоматозного розриву сухожильних хорд; - ендокардиту; - травми. 8. Гостра аортальна регургітація унаслідок: <ul style="list-style-type: none"> - ендокардиту; - розшаровуючої аневризми аорти; - закритої травми грудної клітки; - розриву аневризми синуса Вальсальви. 9. Гостра декомпенсація хронічної кардіоміопатії.

7.Завдання для самоконтролю.

1. Вкажіть особливості анатомії серцево-судинної та дихальної систем.
2. Класифікація причин гострого нестерпного болю у грудях.
3. Клінічна картина дихальної та серцево-судинної недостатності.
4. Методи консервативної терапії і хірургічного лікування хворих з патологією дихальної та серцево-судинної систем.

5. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

Тест №1

У хворого діагностований стеноз аортального отвору. Який основний механізм виникнення СН?

- А. перевантаженням міокарду підвищеним опором відтоку крові
- В. збільшенням об'єму судинного русла
- С. Пошкодженням міокарду
- Д. зниженням об'єму циркуючої крові
- Е. перевантаженням міокарду збільшеним об'ємом крові

Тест №2

У хворого 25 років діагностований ревматичний міокардит. Який основний механізм виникнення СН?

- А. перевантаженням міокарду підвищеним опором відтоку крові
- В. перевантаженням міокарду збільшеним об'ємом крові
- С. зниженням об'єму циркуючої крові
- Д. збільшенням об'єму судинного русла
- Е. пошкодженням міокарду

Тест №3

Який із показників прямо вказує на кардіальну форму недостатності кровообігу?

- А. Підвищення мінімального артеріального тиску.
- В. Тахікардія.
- С. Брадікардія.
- Д. Зниження максимального артеріального тиску.
- Е. Зменшення швидкості зростання тиску в лівому шлуночку в фазу ізометричного скорочення.

Тест №4

У хворого 50 років з недостатністю мітрального клапану виникла гіпертрофія лівого шлуночка серця. Який механізм є пусковим у її розвитку ?

- А. Збільшення споживання жирних кислот.
- В. Активація гліколізу.
- С. Збільшення надходження Ca^{2+} в клітину.
- Д. Активація генетичного апарату.
- Е. Збільшення інтенсивності клітинного дихання.

Тест № 5

Пацієнт, 70 років, протягом 12 років страждає бронхіальною астмою, ішемічною

хворобою серця, 1,5 роки підвищенням артеріального тиску. Встановлена гіпертрофія лівого шлуночка, яка її причина?

- A. Недостатність дихання
- B. Артеріальна гіпертензія
- C. Емфізема легень
- D. Вік хворого
- E. Хронічна ішемія серця

Тест № 6

Хворому 70 років під час інтенсивної дезінтоксикаційної терапії було введено внутрішньовенно 1,5л. розчинів (реополіглюкін, р-р NaCl 0,9%) протягом 6 годин. Але стан пацієнта погіршався, був діагностований набряк легень, ще через 3 год. – інфаркт міокарду. Яка причина набряку легень?

- A. Загальна гіпоксія тканин
- B. Зменшення онкотичного тиску крові внаслідок гемоділюції
- C. Пошкодження міокарду, зменшення ударного об'єму
- D. Перевантаження правого шлуночку об'ємом
- E. Збільшення осмотичного тиску крові

Тест № 7

Під час обстеження хворого, який протягом 15 років страждає артеріальною гіпертензією, загальний стан задовільний, АД-170/80 мм рт.ст., ЧСС-70хв. ЧД-28хв. Набряк гомілок, пастозність. Яка причина серцевої недостатності?

- A. Змінення об'єму циркулюючої крові
- B. Підвищення периферичного спротиву судин
- C. Підвищення притоку крові
- D. Порушення загального обміну речовин
- E. Порушення нейрогуморальної регуляції

Тест №8

Хвора 65 років скаржиться на задишку, набряки гомілок. Встановлено: загальний стан задовільний, АТ=160 мм рт.ст. ЧСС=45/хв. ЧД-26/хв. Перкусія: розширення лівої границі серця. Аускультация: тони серця приглушені, екстрасистолія. Миготлива аритмія на ЕКГ. Яка ведуча причина серцевої недостатності

- A. Порушення коронарного кровообігу
- B. Підвищення периферичного спротиву судин
- C. Підвищення притоку крові
- D. Порушення нейрогуморальної регуляції
- E. Порушення ритму серцевих скорочень

Тест №9

Хворий страждає мітральним стенозом протягом 10 років. Під час обстеження встановлена серцева недостатність. Внаслідок якого процесу розвинулося вказане ускладнення?

- A. Гіпоксії
- B. Інтоксикації
- C. Порушення нейрогуморальної регуляції
- D. Зниження притоку крові

Е. Перегрузка сердца

1	2	3	4	5	6	7	8	9
A	E	E	C	C	D	C	E	E

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

Задача № 1

Хвора 65 років, скаржиться на загальну слабкість, серцебиття та задишку при помірному фізичному навантаженні, зрідка запаморочення. Ввечері відзначає набряк нижніх кінцівок. ЧСС 80 за хв., АТ - 140/70 мм рт. ст. Тони серця приглушені. На ЕКГ ознаки ішемії та дистрофії міокарду. Під час ультразвукового дослідження виявлено зниження ударного об'єму. Був зроблений висновок про наявність у жінки серцевої недостатності. Внаслідок якого гемодинамічного результату виникли описані порушення?

Задача № 2

Чоловік 18 років скаржиться на задишку, швидку втомлюваність при русі. Вважає себе хворим з народження, коли була встановлена уроджена недостатність аортальних клапанів. Фізично розвинутий задовільно, шкіряні покрови бліді, слабкий ціаноз губ. Ліва границя серця розширена. ЧСС 78 уд/хв, АТ-110/80 мм рт. ст. Який основний механізм виникнення серцевої недостатності в описаному випадку ?

Задача № 3

Хвора 30 років скаржиться на постійний біль в області серця, задишку при русі, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіра бліда та холодна, акроціаноз. Пульс 96 за 1 хв., АТ - 105/70 мм рт.ст. Межа серця зміщена на 2 см вліво. Перший тон над верхівкою серця послаблений, систолічний шум над верхівкою. Діагностована недостатність мітрального клапана серця. Який основний механізм виникнення СН?

Задача № 4

Хвора 12 років, потрапила до кардіологічного відділення зі скаргами на збільшення температури тіла, біль та набрякання у колінному та гомілковостопному суглобах, слабкість, зниження апетиту. Об'єктивно: стан середньої важкості. Дівчинка заниженої ваги, бліда. Пульс в стані спокою - 80 на хвилину, зміна положення у постілі визиває тахікардію. Серцевий товчок посилений. Ліві межі серця розширені на 1,5 см. Тони приглушені. На верхівці інтенсивний систолічний шум. Діагноз: ревматизм, повторна атака. Ендомиокардит на фоні недостатності мітрального клапану. Який тип серцевої недостатності є у дитини?

Задача № 5

Хвора 50 років страждає поліцитемією протягом 1 року. Під час обстеження встановлено: загальний стан задовільний. АТ-140/70мм рт.ст., ЧД-28хв. В легенях- дихання везікулярне. Тони серця приглушені, одиничні екстреситолі, акцент 2 тону над аортою. Гомілки пастозні. Внаслідок якого процесу розвинулася серцева недостатність?

Задача № 6

Під час реанімаційних заходів хворому було тричі введено адреналін. Серцева діяльність відновлена. Але через 6 годин стан пацієнта погіршився. ЧСС-100хв. АТ-140/70 ммрт.ст. ЧД-30/хв. Тони ритмічні. В легенях безліч різноколіберних хрипів. Який патологічний механізм обумовив ознаки серцевої недостатності?

№	Правильна відповідь
---	---------------------

задача	
1	Зменшення хвилинного об'єму крові
2	Перенавантаження серця об'ємом крові
3	Перевантаженням міокарда підвищеним опором відтоку крові
4	Змішаний тип серцевої недостатності
5	Порушення ритму серцевих скорочень
6	Підвищення периферичного спротиву судин

Література

Основна:

1. С.А. Сумин. Неотложные состояния. Москва. 2004 год. стр 95-177.
2. А.В.Виноградов. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Москва. 1999 год. стр 146.
3. Мішалов В.Г., Бурка А.О., Бідний В.Г. та ін. Лекції з госпітальної хірургії: навчальний посібник / За ред. д-ра мед. наук, проф. В.Г. Мішалова – У 3-х т. – 2-ге вид., доп. і переробл. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008.
4. Хірургія / За ред. Березницького Я.С., Захараша М.П., Мішалова В.Г., Шідловського В.О. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро - VAL», 2007-Т. II
5. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В., Нечитайло М.Ю. Шпитальна хірургія. – Тернопіль, 1999

Додаткова:

1. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии (болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез) / Под ред. П.В. Гарелика. – Минск, 2002.
2. Руководство по кардиологии / Под ред. Н.В. Коваленко. – К.: МОРИОН, 2008.
3. Актуальные вопросы грудной хирургии / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2004
4. Петровский Б.В. Хирургия средостения. – М.: Медгиз, 1970.
5. Торакальная хирургия: руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова. – СПб., 2004.
6. Катусhev Ф.Г., Гвоздев М.П., Филин В.И. Неотложная хирургия груди и живота: ошибки диагностики и тактики. – Л.: Медицина, 1984.
7. Бисенко Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – 2008.
8. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения / Розенштраух Л.С., Виннер М.Г. – М.: Медицина, 1991.

ТЕМА 23. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПОРАНЕННЯХ СЕРЦЯ. ТРІАДА СИМПТОМІВ ПОРАНЕННЯ СЕРЦЯ. ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ. МЕДІАСТИНІТ

1. Актуальність теми.

У даний час поранення серця складають від 5 до 7% від числа всіх проникаючих поранень грудної клітини, зокрема серед вогнепальних поранень - не більше 0,5-1%, і відносяться до числа вкрай небезпечних пошкоджень. При ножових пораненнях серця і перикарду ізольовані пошкодження перикарду складають 10-20%. Самі по собі поранення перикарду не представляють небезпеки для життя постраждалого, проте кровотеча з пошкоджених перикардіальних судин може привести до тампонади серця. При затримці в наданні екстреної медичної допомоги і перфорації одного з шлуночків серця постраждалий умирає на місці події від втрати крові, особливо при пошкодженні лівого шлуночку.

Обширні поранення приводять до негайної смерті. Близько 15% потерпілих з колотими і невеликими різаними ранами серця можуть навіть за відсутності допомоги жити якийсь час. Гемоперикард зустрічається в 53-70% всіх поранень серця. Ступінь тампонади визначається розмірами рани серця, швидкістю кровотоку в порожнині серцевої сорочки, а також розмірами рани перикарду. Невеликі рани перикарду швидко закриваються згортком крові або прилеглим жиром і швидко настає тампонада. Слід пам'ятати, що обширна рана перикарду перешкоджає виникненню тампонади, оскільки кров вільно виливається в плевральну порожнину або назовні.

Летальність при пораненнях серця пов'язана з характером, розмірами, локалізацією рани серця, порушенням ритму, а також супутніми пошкодженнями коронарних артерій, внутрішньосерцевих структур і тривалістю часу від моменту поранення до початку реанімації і лікування. Звертається увага на тривалість гострої тампонади серця і ступінь крововтрати. Найвища летальність спостерігається при вогнепальних пораненнях. Основні причини смерті надогоспітальному етапі (В.Н. Вульф): 32,8% гинуть від масивної крововтрати, 26,4% - поєднання масивної крововтрати і тампонади серця, 12,7% - ізольованої тампонади серця.

Останніми роками спостерігається підвищення летальності, що в першу чергу, обумовлене тяжкістю пошкоджень серця.

Тому вивчення даної патології є важливим в роботі лікаря не тільки хірургічної, а й загальноклінічної практики. Зцією метою студент повинен орієнтуватися в питаннях пошкоджень серця для своєчасного проведення необхідного обстеження, визначення діагнозу, тяжкості ушкодження, а також правильного та висококваліфікаційного надання допомоги постраждалому.

2. Конкретні цілі.

2.1. Загальні цілі

- Студент має ознайомитися з сучасним визначенням поняття «пошкодження грудної клітини», зі зростанням рівня пошкоджень серця: питомою вагою гемоперикарда й тампонади серця, а також рівнем летальності в залежності від лікувальної тактики.
- Студент має ознайомитися з етіопатогенезом різних форм пошкоджень серця, їх класифікацією.
- Студент має звернути увагу на сучасні об'єктивні методи функціонального та інструментального дослідження в торакальній хірургії (рентгенографія, томографія (КТ/СТ), спіральна КТ, фібробронхоскопія).
- Студент має вивчити особливості клінічного перебігу пошкоджень серця при відкритих та закритих пошкодженнях грудної клітини, діагностичної програми при пошкодженні серця, помилки в діагностиці та тактиці ведення хворих.
- Студент має ознайомитися з тріадою симптомів поранення серця.

- Студент має ознайомитися із хірургічними методиками лікування пошкоджень серця (різні види трансторакального дренивання, відеоторакоскопічні операції, фенестрація та відкриті оперативні втручання).
- Студент має ознайомитися із різними видами комплексного лікування пошкоджень серця.

2.2. Виховні цілі

1. Сформувати деонтологічне уявлення при роботі з пацієнтам, у яких виявлені пошкодження серця.

2. Розвинути уявлення про вплив факторів ризику отримання пошкодження серця.

3. На матеріалі теми, що вивчається, розвинути почуття відповідальності за своєчасність, а також правильність і професійність дій відносно постраждалого.

4. Сформувати уяву про основу психотерапевтичного підходу до хворих з проникаючими та непроникаючими пошкодженнями серця.

5. Оволодіти умінням встановлювати психологічний контакт з хворим та його родичами.

2.3. Конкретні цілі:

- Студенти повинні знати етіопатогенез пошкоджень серця;
- Студенти повинні знати питому вагу гемоперикарда й тампонади серця, а також рівень летальності в залежності від лікувальної тактики;
- Студенти повинні засвоїти сучасні об'єктивні методики функціонального та інструментального дослідження в торакальній хірургії;
- Ознайомити студентів з особливостями клінічного перебігу різних видів пошкоджень серця;
- Надати студентам можливість оволодіти хірургічними та комплексними методиками діагностики та лікування пошкоджень серця;
- Надати студентам теоретичні знання для правильного проведення збирання анамнезу у хворих з пошкодженнями серця;
- Надати студентам можливість обстеження та виявлення пошкоджень серця;
- Надати студентам теоретичні знання для правильного трактування результатів сучасних об'єктивних методів лабораторного та інструментального дослідження (УЗД, рентгенологічні дослідження, ЕхоКГ, КТ, спірографія, фібробронхоскопія, діагностична торакоскопія).

2.4. На основі вивчення теоретичного матеріалу оволодіти (вміти):

- Студенти повинні уміти правильно визначати складові елементи серця на анатомічних препаратах та на рентгенограмах.
- Студенти повинні уміти правильно трактувати результати функціональних та лабораторних досліджень, особливо показників серцевого ритму, артеріального тиску, трактувати основні рентгенологічні ознаки, що виникають при пошкодженні серця;
- Студенти повинні уміти визначати головні етіологічні моменти в кожному окремому випадку пошкодження серця;
- Студенти повинні уміти визначати тріаду симптомів поранення серця;
- Проводити повну клінічну та інструментальну діагностику даної патології;
- Володіти у повній мірі навичками огляду, опитування, перкусії, аускультатії;
- На основі одержаної інформації скласти розгорнутий попередній діагноз, посилаючись на рекомендації МКХ 10.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.
(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		

1. Нормальна анатомія	Структурну будову органів грудної клітини (серце, легені, стравохід, трахея, діафрагма)	Правильно визначати складові органів грудної клітини на анатомічних препаратах та на рентгенограмах.
2. Нормальна фізіологія	Нормальні показники газообміну, нормальні параметри перфузії та оксигенації, основні гемодинамічні показники малого та великого кола кровообігу	Правильно трактувати результати функціональних та лабораторних досліджень, особливо показників газообміну, кислотно - лужного балансу, спірографії.
3. Патологічна фізіологія	Патологію газообміну, типові зрушення перфузії та оксигенації, основні гемодинамічні показники малого та великого кола кровообігу	Трактувати результати лабораторних методів дослідження та спірографії, проводити пневмотахометрію
4. Рентгенологія	Основні види рентгенологічного дослідження органів грудної клітини, показання до застосування спеціальних методик	Правильно трактувати результати оглядової рентгенографії, томографії, основні ознаки серцевої патології, а також комп'ютерної та спіральної томографії
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методи фізикального обстеження хворого, основні клінічні синдроми. Інструментальні дослідження, лабораторні методи дослідження	Досліджувати черевну порожнину, застосовуючи методи пальпації, перкусії, аускультації. Інтерпретувати данні лабораторних та інструментальних досліджень.
6. Фармакологія	Основні препарати, що застосовуються в лікуванні пошкоджень грудної клітини	Виписувати рецепти.
7. Організація ОЗ	Знати структуру МКХ - 10, мати навички з навігації по МКХ - 10	На основі одержаної інформації скласти розгорнутий попередній діагноз, посилаючись на рекомендації МКХ – 10.
Наступні дисципліни		
Реаніматологія та анестезіологія	Методи реанімаційних заходів при розвитку ускладнень, що розвинулися при пошкодженнях грудної клітини. Інтенсивна терапія	Проводити реанімаційні заходи в повному обсязі, забезпечити нагляд та спостереження за хворими в палаті інтенсивної терапії. Складати план інфузійної терапії з урахування фонової та супутньої патології у хворого.
Внутрішньопредметна інтеграція		
Гнійні захворювання легенів та плеври	Стадія перебігу захворювань, клінічна картина ускладнень, рентгенологічні ознаки	Застосовувати отримані знання під час проведення диференційної діагностики
Пошкоджені органів черевної порожнини	Стадія перебігу захворювань, клінічна картина ускладнень, рентгенологічні ознаки	

Сучасні методи хірургічного лікування хворих з торакальною патологією	Основні ендоскопічні методи оперативного лікування, що застосовуються при торакальній патології; показання та протипоказання до них; можливості методу	
---	--	--

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навичок по темі і ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навичок по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Опанував
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з серцево-судинними захворюваннями		+	
2.	Проводити огляд хворих: - Збір анамнезу захворювання; Інтерпретація інструментальних методів обстеження: - ЕхоКГ, - Рентгенографія - Коронарорентрикулографія			+ + + +
3.	Проводити диференціальну діагностику серцево-судинних захворювань		+	
4.	Визначити лікувальну тактику при серцево-судинних захворюваннях		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, завдання III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь і навичок, навчальні завдання III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тесту завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити: 1. Етіологія	Назвати основні етіологічні фактори серцево-судинних захворювань (травми серця, медіастиніт).	
2. Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при травмах серця, медіастиніті	
3. Класифікацію	Скласти класифікацію травм серця	
4. Клініку	Назвати основні клінічні симптоми травм серця	
5. Діагностику	Перечислити які обстеження необхідно провести при травмах серця	
6. Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики травм серця, медіастиніту	
7. Лікувальну тактику	Скласти схему лікування травм серця та медіастиніту.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з серцево-судинною патологією	Виконати в наведеній послідовності 1.Огляд хворого 2.Аускультативне дослідження серця	-Колір шкіри, наявність ознак серцево-судинної недостатності; мелодія серця, систолічний та діастолічний шуми, їх особливості.
Навчитися правильно оцінювати і інтерпретувати результати інструментальних досліджень серця	Ехокардіографія Рентгенографія органів грудної клітини	-Стан клапанного апарату і камер серця, скоротливості, наявності тромбів і аневризм. -Стан легень (новоутворення, інфільтрат, ділянки запалення), серця (розміри магістральних судин, серця) -Наявність уражень серця та перикарду
Визначити лікувальну тактику при травмах серця медіастенітах	<u>Консервативна терапія</u> <u>Застосовується при важких ураженнях і при наявності компенсованій серцевій недостатності.</u> <u>оперативні втручання</u> <u>Основний метод лікування придбаних вад серця, інфекційного ендокардиту, травм серця медіастинітах після інструментальних досліджень і при резистентності до медикаментозної терапії.</u>	-Терапія полягає в корекції і профілактиці запалень перикарду та сепсисі -Ургентні оперативні втручання показані при травмах серця

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями і планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап.

Повинен бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності в залежності від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок в відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань і умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних завдань, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для

студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались в письмовому вигляді і перевірялися викладачем під час заняття, обговорювалися результати.

5.3.Заклучний етап.

Оцінюється поточна діяльність кожного студента на протязі заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється в журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, Які винен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Травма серця	це група ушкоджень серця в результаті дії травматичного чинника.
Медіастиніт	серозне або гнійне запалення клітковини середостіння

6.2.Теоретичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова серця.
- 2.Скільки судин кровопостачають серце
- 3.Назвіть відділи серця.
4. Назвіть камери серця.
5. Назвіть клапани серця
6. Назвіть шляхи притоку крові до серця і відтоку
7. Що таке штучний кровообіг?
8. Що таке мембранний оксигенатор?
9. Що таке кадіоплегія?
- 10.В яких випадках застосовується штучний водій серця?
- 11.Коли виконують пункцію плевральної порожнини?
- 12.Когда виконують пункцію перикарда?
13. Що таке перикардектомія?
14. Що таке зондування серця?
- 15.Чем небезпечна миготлива аритмія?

6.3.Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- 1.Зібрати анамнез у хворого з захворюванням серця.
- 2.Провести огляд обличчя, шиї, грудної клітки і нижніх кінцівок.
- 3.Оглянути серце і судини шляхом пальпації і аускультатії.
- 4.Провести вимірювання артеріального тиску і частоти пульсу.
- 5.Провести аналіз електрокардіограми.
- 6.Провести аналіз рентгенівського знімку грудей.
7. Вивчити дані зондування серця.
- 8.Ознайомитись з оснащенням кардіохірургічної операційної оперативних втручаннях.
- 9.Спостерігати за ходом операції на серці зі штучним кровообігом.
- 10.Принципи вибору між корекцією хвороби серця за закритим методом і на відкритому серці.
- 11.Що таке антикоагулянтна терапія?
- 16.Чим відрізняються прямі антикоагулянти від непрямих?
- 17.Діагностувати миготливу аритміюфізикальними методами.
- 18.Діагностувати кровотечу в ранньому післяопераційному періоді.
- 19.Об'єм інтраопераційного моніторингу при кардіохірургічних втручаннях.

- 20.Проведіть догляд за дренажами..
 22.Видаляти дренажі.
 23.Знімати шви.
 24. Проводити постановку очищуючих клізм.
 25. Проводити в/м і в/в введення лікарських препаратів.
 26. Проводити катетеризацію сечового міхура.
 27.Оформити історію хвороби.
 28.Інтраопераційні результати лабораторних та інструментальних досліджень.
 29.Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4.Зміст теми:

Граф логічної структури теми.6.5.

Пошкодження серця

Визначення	Травма серця - це група ушкоджень серця в результаті дії травматичного чинника.
Етіопатогенез	Причини травм серця можуть бути різними, найчастіше це ДТП, бійка, вогнепальні пошкодження.
Класифікація	За класифікацією ушкодження міокарду розділяють на чотири групи: - струс серця; - забиття серця; - травматичний інфаркт міокарду; - розрив міокарду.
Клініка	Клінічна картина струсу серця характеризується виникненням короточасних функціональних розладів серцево-судинної і центральної нервової систем: запамороченням, непритомністю, екстрасистолією рідше - миготливою аритмією, гіпотонією. Типове швидке зникнення (впродовж декількох годин) усіх симптомів. При струсі серця слід пам'ятати про можливість розвитку фібриляції шлуночків і обумовлених нею ознак раптової зупинки кровообігу. До травматичної міокардиострофії деякі фахівці відносять ураження міокарду, обумовлені тільки порушеннями метаболізму. При цьому можуть виникати ниючі болі в ділянці серця, синусова тахікардія передсердна або шлуночкова екстрасистолія (рідше - інші форми порушення ритму і провідності), приглушення тонів, систолічний шум на верхівці, тенденція до гіпотонії. Ці ознаки з'являються через 1-5 днів після травми і можуть зберігатися довго (декілька тижнів).
Діагностика	Діагностика захворювання У діагностиці закритої травми серця найбільше значення (на дошпитальному етапі) мають: 1) оцінка механізму травми; 2) наявність ознак травми грудей (проте їх відсутність не унеможливає закритої травми серця); 3) скарги на болі в ділянці серця і за грудиною; 4) фізикальні ознаки ураження серця - порушення ритму, гіпотонія, глухість тонів, ритм галопу, систолічний шум, розширення меж серцевої тупості (не завжди); у важких випадках - наростаюча серцево-судинна недостатність; 5) ЕКГ-ознаки; різні порушення ритму і провідності,

	зміни зубця Т, зміщення сегменту ST рідше - поява патологічного зубця Q.
Диференційна діагностика	Слід мати на увазі кардіалгії різного походження.
Лікувальна тактика	<p>Тактика надання невідкладної допомоги:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) накладення асептичної захисної пов'язки; 2) накладення герметизуючої пов'язки за наявності відкритого пневмотораксу; 3) покриття рани стерильним рушником у разі наявності великого дефекту грудної стінки з подальшою фіксацією циркулярною пов'язкою; 4) негайне транспортування пораненого для проведення екстреної торакотомії. Лікувальні заходи під час транспортування зводяться до підтримки життєдіяльності: кисень, штучна вентиляція легенів, переливання кровозамінників, серцеві засоби. За відсутності можливості швидко доставити постраждалого в хірургічний стаціонар - пункція перикарду за Ларреєм із залишенням тонкого поліетиленового катетера в порожнині перикарду. Кінець катетера пережимають затискачем і прикріплюють пластиром до грудної стінки. Кожні 15-20 хвилин (або частіше) відсмоктують кров з порожнини перикарду. В деяких випадках тонкий катетер вдається ввести через рану і видалити хоча б частину крові з порожнини перикарду. <p>Хірургічне лікування пошкодження серця.</p> <p>Незалежно від виду пошкодження і варіанту хірургічної тактики при лікуванні пацієнтів слід дотримуватися лікувально-діагностичного алгоритму, що включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - усунення болю; - раннє і адекватне дренирування плевральної порожнини; - заходи, направлені на швидке розпрямлення легені; - відновлення і підтримка прохідності дихальних шляхів; - герметизацію і стабілізацію грудної стінки; - остаточну зупинку кровотечі і поповнення крововтрати; - інфузійну, антимікробну і підтримуючу терапію. <p>Медикаментозне лікування пошкодження серця, супутніх закритих травм, повинне обов'язково враховуватися в плані комплексної дії і полягає в призначенні 0,2-1 мл 1% розчину атропіну при тахікардії і серцевих аналептиків при брадикардії. Порушення ритму купуються введенням хлориду калію (1% розчин, 50-100 мл внутрішньовенно краплинно) і оротату калію (по 0,5 г 2-3 рази всередину). При миготливій аритмії внутрішньовенно вводять ізоптин (2 мл 0,25% розчину), новокаїнамід (5 мл 10% розчину). При розвитку ішемії і гіпоксії міокарду: курантіл, но-шпа, еуфіллін.</p>

6.6. Медіастиніт

Визначення	Медіастиніт-серозне або гнійне <u>запалення</u> клітковини середостіння.
Епідеміологія	Розвиток медіастиніту супроводжується подвоєнням

	<p>безпосередньої і віддаленої (протягом дворічного періоду) летальності (деякі дослідження демонструють рівень летальності до 47%). У роботі J.H. Braxton et al. показано, що при проведенні операцій коронарного шунтування у 36078 хворих медіастиніт розвинувся у 418 (1,16%). Частота летального результату була статистично значимо вищою у групі, де медіастиніт ускладнив перебіг післяопераційного перебігу, ніж без нього (11,15 на 100 людин / років і 3,81 на 100 людин / років відповідно, $P < 0,001$). У віддаленому періоді - через 6 місяців після операції, - ці показники склали, відповідно, 5,7 і 2,66 смертей на 100 людин / років, $P < 0,001$ [15]. За іншими даними, розвиток медіастиніту також негативно позначається не тільки на безпосередній виживаності пацієнтів, але і на віддалених результатах лікування. Так, летальність у перші 90 днів після операції в групі хворих з медіастинітом склала 11,8%, у групі без медіастиніту 5,5%. Аналогічний показник у період з 1 по 2 рік після операції склав 8,1% і 2,3% [92].</p>
Класифікація	<p>Класифікація</p> <p>Медіастиніти, як і запальні захворювання інших локалізацій, бувають: а) гострими і хронічними, б) за походженням: первинні і вторинні; в) за етіологією: ранової, перфоративні, післяопераційними; г) по локалізації: передньому, задньому середостінні; д) за поширеності: локальні, розлиті; е) ускладнені та неускладнені.</p> <p>У 1996 році RMEIOakley і JEWright запропонували наступну класифікацію ранової інфекції в області груднини [42]:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медіастінальна дегісценція (Mediastinaldehiscence) - розбіжність рани і кісткових структур без ознак інфекції і при негативних результатах мікробіологічного дослідження 2. Медіастінальна ранова інфекція (Mediastinalwoundinfection) - клінічно або мікробіологічно доведена інфекція престернальних м'яких тканин або остеомієліт груднини: <ol style="list-style-type: none"> а) поверхнева ранова інфекція (Superficialwoundinfection) - інфекція, локалізована в престернальних м'яких тканинах; б) глибока ранева інфекція або медіастиніт (Deerwoundinfectionormediastinitis) - остеомієліт груднини без або з залученням глибоких структур середостіння. <p>Післяопераційний медіастиніт прийнято розділяти на п'ять типів за Further:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тип I - виникає протягом 2 тижнів після операції при відсутності факторів ризику - Тип II - виникає через 2-6 тижнів після операції при відсутності факторів ризику - Тип III - тип I і тип II при наявності факторів ризику - Тип IV - типи I, II, III після одного або більше невдалих курсів лікування - Тип V - виникає більше, ніж через 6 тижнів після операції. <p>Спадний некротизуючий медіастиніт запропоновано класифікувати на [43]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Локалізований медіастиніт (тип 1) - процес поширюється по верхньому середостенню, вищекарини трахеї - Дифузійний (тип 2A) - процес поширений в передньому

	<p>нижньому середостінні - Дифузійний (тип 2Б) - процес поширений по передньому і задньому нижньому середостінню.</p>
Клініка	<p>Типовий післяопераційний медіастиніт супроводжується лихоманкою, тахікардією і розвитком місцевих ознак ранової інфекції в області стернотомного доступу. У близько 2 / 3 випадків ці ознаки проявляються протягом перших 14 днів після операції. При більш пізньої маніфестації інфекції основними клінічними ознаками ускладнення є біль за грудиною, що наростає з часом, і прогресуюча гіперемія в області післяопераційного шва. Ослаблення систолічних серцевих тонів при аускультатії прекардіальної зони (симптом Hamman), повинно насторожувати на предмет можливого медіастиніту, проте негативний результат не виключає розвиток цього ускладнення.</p> <p>Місцеві ознаки інфекції в області грудини можуть фігурувати в числі ранніх, але можуть виявлятися, коли діагноз медіастиніту вже безсумнівний і підтверджений іншими методами. Можуть бути присутні всі або частково симптоми: біль в області грудини, нестабільність грудини, наявність локальної або поширеною інфекції м'яких тканин, виділень з рани. Якщо вони супроводжуються ознаками сепсису, швидше за все, мова йде про розвиток глибокої інфекції та медіастиніту.</p> <p>За даними KR Cardenas-Maltaetal., основними клінічними ознаками низхідного некротизуючого медіастиніту були гіпертермія (100%), дисфагія (80%), диспное (80%), болі за грудиною (60%), ортопное (40%), тахікардія (20%). У 80% випадків ураження середостіння стало наслідком одонтогенної інфекції [20]. У залежності від вірулентності флори, а також перерахованих вище факторів ризику, процес може розвиватися стадійно, починаючись, в залежності від локалізації первинного вогнища, з залучення клітковини дна порожнини рота, потім, опускаючись на шию по шляхам лімфогенної дисемінації, проявлятися як глибока, частіше некротизуюча інфекція клітковинних просторів, і, нарешті, залучати клітковину верхнього середостіння.</p> <p>Інший сценарій розвитку медіастиніту - це дуже швидке залучення клітинних просторів та шиї, і середостіння, без чіткої стадійності, з клінікою токсичного шоку.</p> <p>При медіастиніті в результаті травми, перфорації чужорідним тілом або інструментального пошкодження стравоходу пацієнтів частіше всього турбує біль в області шиї; можлива наявність підшкірної емфіземи. У літніх, ослаблених хворих симптоми перфорації стравоходу можуть бути не виражені; маніфестація захворювання розвивається вже при масивному некротичному ураженні середостіння з переважанням клініки токсичного шоку.</p> <p>При об'єктивному обстеженні найбільш частими проявами захворювання є тахікардія і гіпертермія. У більш важких випадках розвивається картина сепсису, важкого сепсису або септичного шоку, навіть незважаючи на значні обсяги інфузії</p>

і проведену інотропну підтримку. Резистентність септичних проявів до повноцінної інтенсивної терапії найчастіше є ознакою недостатнього дренивання гнійних вогнищ. При одонтогенному медіастиніті, а також медіастиніті, що ускладнили перфорації стравоходу, в результат дисемінації анаеробної флори можливо газоутворення в середостінні. Компресія великих вен і камер серця ексудатом і газами проявляється як синдром верхньої порожнистої вени або серцевою недостатністю. Враховуючи некротизуючий характер інфекції, нерідко лізис клітковини середостіння призводить до залучення в процес вісцеральної плеври з розвитком емпієми.

Несприятливими прогностичними чинниками у хворих з медіастинітом є септичний шок, пневмонія, емпієма плеври і перикардит, діагностовані на момент надходження в стаціонар [56].

За даними J.L. Trouillet et al., летальність від медіастиніту після відкритих операцій на серці у відділенні інтенсивної терапії (у середньому, 20,3%) на момент надходження корелювала з:

- Віком хворого більше 70 років (OR = 2,7)
- Операцією, крім ізольованого коронарного шунтування (OR = 2,59)
- Віднесенням до групи 2 / 3 по McCabe (OR = 2,47)
- Вагою за шкалою APACHE II (OR = 1,12 за бал)
- Наявністю органної дисфункції (OR = 2,07).

На 3 добу після надходження незалежними факторами ризику летальності були:

- Вік хворого більше 70 років
- Операція, крім ізольованого коронарного шунтування
- Клас 2 / 3 по McCabe
- Важкість за шкалою APACHE II
- Необхідність у проведенні штучної вентиляції легень на 3 добу післяопераційного періоду
- Персистуюча бактеріємія.

Показово, що у хворих, що знаходяться на 3 добу після операції на спонтанному диханні, летальність була низькою (2,4%). У хворих, яким проводилася тривала ШВЛ - 52,8%. При цьому потреба в ШВЛ асоціювалася з нешунтуючими операціями на серці, наявністю персистуючої бактеріємії і вираженою супутньою патологією [138]. За даними багатофакторного аналізу, летальність серед хворих з постстернотомічним медіастинітом, що знаходяться у відділенні інтенсивної терапії, визначалася також пізньою діагностикою ускладнень і наявністю бактеріємії, але не була пов'язана з фактом виділення з вогнища метицилінрезистентні *S.aureus* [27].

Факторами ризику розвитку загрозливих для життя ускладнень при важких інфекційних процесах ший є літній вік, високий лейкоцитоз, формування абсцесу (ів), наявність важкої супутньої системної патології, цукровий діабет, передня імнужина локалізація патологічного процесу, пізня діагностика та затримка з оперативним лікуванням і адекватної антибактеріальною терапією [14]. Ці ж фактори в

	<p>рівній мірі можуть бути спроектовані на медіастиніту, що розвиваються внаслідок перфорації стравоходу різного генезу. Висока летальність характерна для пухлинного ураження стравоходу, оскільки в більшості випадків через за давненість процесу хірургічне втручання та консервативна терапія носять симптоматичний характер.</p>
Діагностика	<p>На думку N. Chaudhary et al., несвоєчасна постановка діагнозу є однією з основних причин високої летальності при медіастиніті [23].</p> <p>Крім загальноклінічних, в діагностичний алгоритм при медіастиніті обов'язково слід включати лабораторні та ряд параклінічних тестів.</p> <p>Показники периферичної крові при медіастиніті неспецифічні і вказують на важку гнійну інфекції з характерним високим лейкоцитозом, часто зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво. Для інтерпретації сепсису важливо враховувати збільшення кількості тромбоцитів на ранніх стадіях, що змінюються тромбоцитопенією в завершальній стадії сепсису або при розвитку ДВЗ - синдрому. Можливий розвиток токсичної анемії зі зниженням гематокриту.</p> <p>Виділення гемокультури є одним з найважливіших діагностичних тестів при медіастиніті. При післяопераційному медіастиніті частота бактеріємії коливається в межах 60%. За даними J. Sobo et al., бактеріємія була важливим діагностичним фактором медіастиніту і зустрічалася в 83,3% (чутливість 50%, специфічність 91,3%) [25].</p> <p>Візуалізація медіастиніту можлива за допомогою ряду неінвазивних та інвазивних методів, основні з яких - це звичайна поліпозиційної рентгенографія і комп'ютерна томографія.</p> <p>Своєчасна діагностика медіастиніту базується на інтенсивному динамічному рентгенівському дослідженні [62], однак найбільш докладну інформацію про поширеність процесу все ж таки дає комп'ютерна томографія [123].</p> <p>Рентгенографія в динаміці є стандартом обстеження хворого з підозрою на медіастиніт. На оглядовому знімку грудної клітини може визначатися пневмоторакс, гідропневмоторакс і горизонтальний рівень рідини в середостінні, який частіше краще видно на рентгенограмі в бічній проекції. Розширення тіні середостіння у хворих після кардіохірургічних втручань не може бути достовірним критерієм розвитку медіастиніту, але має бути основою для проведення більш поглибленого дослідження. У той же час, серія знімків дозволяє відзначити динаміку зміни контурів середостіння і активізувати діагностичний пошук. Прогресуюче накопичення фібрину в тканинах середостіння супроводжується зниженням рухливості рентгеноконтрастних структур, що може звертати на себе увагу при проведенні кінетичного рентгенівського обстеження.</p> <p>Комп'ютерна томографія найбільш інформативна для виявлення рівнів рідини і газу в середостінні. Цей метод дозволяє діагностувати діастаз грудини після операції і</p>

виявляти дрібні скупчення рідини в ретростернальна просторі. Комп'ютерна томографія може застосовуватися в післяопераційному періоді для моніторингу перебігу локальних процесів в середостінні. Після 2 тижнів післяопераційного періоду чутливість та специфічність КТ становить близько 100% [66].

Ознаками медіастиніту, отриманими при комп'ютерній томографії, є (з зазначенням відсотка зустрічальності):

- Збільшення розмірів середостіння (100%)
- Локальні скупчення рідини в середостінні (55%)
- Вільний газ в середостінні (57,5%)
- Збільшення лімфатичних вузлів середостіння (35%)
- Рідина в перикарді (27,5%) і плевральних порожнинах (85%)
- Легенева інфільтрація (35%)
- Розбіжність країв розрізу грудини (40%)
- Плевромедіастінальна фістула (2,5%).

Чутливість і специфічність методу при післяопераційному медіастиніті в перші 17 днів склали, відповідно, 100% і 33%; в більш пізні терміни - 100% і 90%. Ці ж показники при низхідному некротизуючої медіастиніті і медіастиніті в результаті перфорації стравоходу наближалися до 100% [45].

Ознаки медіастиніту, які виявляються за допомогою КТ, деякі автори ділять на безпосередні (локальне скупчення рідини в середостінні та пневмомедіастинум) і вторинні, наявність яких може бути обумовлено також і іншими причинами (набряк тканин середостіння, лімфаденопатія, плеврит, патологія грудини і легенів). У термін до 14 діб первинні ознаки медіастиніту є неспецифічними (чутливість 100%, специфічність 33%). Наявність їх у більш пізні терміни є достовірною ознакою післяопераційного медіастиніту (чутливість та специфічність по 100%) [66].

Діагностика медіастиніту за допомогою КТ можлива набагато раніше, ніж зміни стануть видні на традиційних поліпозиційної рентгенограмах [91, 136]. При цьому перевага має спіральна комп'ютерна томографія [108].

Широке використання комп'ютерної томографії дозволяє також швидко діагностувати запальний процес на шиї і в середостінні та вжити термінове втручання з дренажуванням всіх виявлених гнійних вогнищ шийним і торакотомним доступами [104].

В якості діагностичного методу, що уточнює дані комп'ютерної томографії, може бути використана трансезофагеальне ультразвукове дослідження з проведенням діагностичної тонкоголкової пункції середостіння і наступним мікробіологічним дослідженням пунктату [50, 110].

Магнітно-резонансна томографія. Діагностична цінність цього методу у хворих медіастинітом визначена недостатньо. Крім того, наявність у хворих після операції швів грудини, кліпс на судинах, металевих клапанів можуть знизити вірогідність дослідження. У хворого в критичному стані на ШВЛ проведення МРТ вкрай важко.

Дослідження стравоходу з контрастуванням. Методика

	<p>максимально інформативна у випадках, коли причиною медіастиніту є перфорація стравоходу. Попадання барієвої суспензії в середостіння ускладнює перебіг медіастиніту і може бути його причиною. Тому спочатку дослідження повинне проводитися з водорозчинними контрастами. Після попереднього виключення діагнозу, повторно проводять контрастування барієвою суспензією.</p> <p>У діагностиці медіастиніту може виявитися корисною методика радіоізотопного сканування з використанням мічених гранулоцитів [13].</p> <p>Фібробронхоскопія. Метод вибору, коли причиною медіастиніту є (підозрюється) перфорація дихальних шляхів. У більшості випадків, вдається діагностувати рівень і характер перфорації, особливо при порушенні цілісності проксимальних відділів дихальних шляхів.</p> <p>Фіброезофагоскопія. При пошкодженнях стравоходу може бути корисною, але в більшості випадків, особливо при малих розмірах перфорації, чутливість методу низька.</p> <p>Субксіфоїдальної аспірація. Пункційні отримання проб рідини під контролем УЗД або КТ може виявитися корисним при постановці діагнозу і для отримання попередньої інформації про характер ймовірних патогенів (після фарбування зразків за Грамом). Чутливість методу складає по кумулятивним даними 60-70%, у тому числі при ранніх формах медіастиніту.</p> <p>У кардіохірургічних хворих бактеріємія, викликана <i>S.aureus</i>, часто є достовірним критерієм розвитку післяопераційного медіастиніту [48]. Чутливість і специфічність виділення з гемокультури <i>S.aureus</i> у хворих з післяопераційним медіастинітом склали 68% і 98%, відповідно, з рівнем позитивного прогнозу 87%, негативного - 95%. При аналізі групи хворих з підвищеним ризиком розвитку медіастиніту чутливість і специфічність цього тесту склали 73% і 98%, при рівні позитивного і негативного прогнозу 90% і 93%, відповідно [121].</p> <p>Забарвлення за Грамом зразків, отриманих з ранового - перший етап мікробіологічної діагностики, що дозволяє припустити мікробіологічний діагноз і почати раціональну емпіричну антибіотикотерапію.</p> <p>Культуральне дослідження шовного матеріалу та імплантатів проводиться, якщо вони більше не виконують своїх функцій і їх перебування в рані не обов'язково, а видалення не буде супроводжуватися розвитком серйозних ускладнень. Чутливість і специфічність цього методу складають, відповідно, 75% і 83%, із імовірністю позитивної прогнозу 12%, імовірністю негативного прогнозу 99%. Це означає, що відсутність росту культури з шовного матеріалу робить діагноз післяопераційного медіастиніту малоімовірним.</p> <p>Крім того, можливе проведення стерильної пункції з діагностичною метою [10, 84].</p>
--	--

Таблиця 1. Органи та ураження, що зумовлюють больовий синдром у грудній клітці

Назва органа	Ураження органа та (або) захворювання
Серце	Ішемінна хвороба серця (стенокардія, інфаркт міокарда та ін.), пороки серця, міокардит, перикардит, кардіоміопатії, нейроциркуляторна дистонія
Судини великого і малого кола кровообігу	Аорта, легенева артерія
Легені та плевра	Рак легень, пневмонія, інфаркт легень, сухий плеврит, ексудативний плеврит, емпієма плеври, спонтанний пневмоторакс
Середостіння	Бронхокарцинома, плеврити, захворювання серця і судин, хребта, кровотворної системи, рак стравоходу
Діафрагма	Сухий діафрагмальний плеврит, грижі стравохідного отвору, езофагіт, рефлюкс-езофагіт
Грудна стінка	Оперізувальний лишай, синдром переднього сходиноквого м'яза, остеомієліт ребер, мієлома хвороба
Хребет	Остеохондроз шийного та грудного відділів хребта, синдром Тітце, метастазування пухлин, туберкульоз, сифіліс, травми
Органи черевної порожнини	Рак шлунка, виразкова хвороба шлунка, гострий та хронічний панкреатит, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба

Таблиця 2. Алгоритм обстеження хворих з болем у грудній клітці

Біль провокується фізичними навантаженнями ні	→ Так →	Стенокардія, інфаркт міокарда
Біль провокується вживанням їжі та супроводжується ознаками ураження каналу травлення ні	→ Так →	Діафрагмальна грижа стравохідного отвору, калькульозний холецистит, езофагіт, кардіоспазм, дивертикул стравоходу
Біль посилюється при диханні та самостійних рухах верхньої частини тулуба ні	→ Так →	Перикардит, захворювання легень і плеври (пневмонія, сухий плеврит, ексудативний плеврит, пухлина плеври, інфаркт легень)
Біль посилюється при пальпації грудної клітки ні	→ Так →	Міжреберна невралгія (здавлення нерва, невринома, оперізувальний лишай, мієлома хвороба, туберкульозний спондиліт); перелом ребер, синдром Тітце; синдром передньої грудної стінки, остеохондроз)
Біль, не пов'язаний з вищезазначеними чинниками	→ Так →	Спонтанна стенокардія, аневризма дуги аорти, нейроциркуляторна дистонія, міокардіодистрофія, міокардит, пороки серця

Ушкодження серця - проникаючі поранення грудної порожнини.

Проникаючі поранення серця - поранення з пошкодженням і без пошкодження внутрішніх органів. Особливо слід виділити торакоабдомінальні поранення, при яких ушкоджується діафрагма, і раневий канал проникає в плевральну або черевну порожнину. До торакоабдомінальних необхідно відносити також позаплевральні поранення, що проникають в черевну порожнину. Окремою групою, за рекомендацією М. Абакумова, виділяють абдоміоторакальні поранення, при яких раневий канал може проходити або через обидві серозні порожнини, або закінчуватися позаплевральню.

Непроникаючі поранення серця.

Класифікація ушкоджень серця:

Принциповим для визначення хірургічної тактики є розподіл поранень на проникаючі і непроникаючі.

Поранення серця ділять на невогнепальні (ножові і ін.) і вогнепальні: на проникаючі в порожнині серця і непроникаючі.

Проникаючі, у свою чергу, - на сліпі і скрізні.

По локалізації поранень по відношенню до камер серця:

- поранення лівого шлуночку (45-50%),

- правого шлуночку (36-45%),
- лівого передсердя (10-20%)
- правого передсердя (6-12%).

Вони в свою чергу - з пошкодженням і без пошкодження внутрішньосерцевих структур.

Найприйнятнішою класифікацією закритих пошкоджень вважаються струс, удари і травматичний інфаркт міокарду.

Критерії діагностики:

У діагностиці поранень серця визначаючими є локалізація рани груднини в проекції серця і ступінь крововтрати. Важлива і достовірна ознака поранення серця - локалізація зовнішньої рани в проекції серця.

Діагноз встановлюють на підставі тріади Бека і загального важкого стану потерпілого. Тріада Бека включає в себе зниження артеріального тиску, підвищення центрального венозного тиску і глухість тонів серця. Вона, як правило, виникає тільки при тяжкій, гострій тампонаді серця.

Перелік основних діагностичних заходів:

- 1) візуальна ревізія пошкодження грудної клітини;
- 2) пальпація тканин в зоні пошкодження в динаміці для визначення наявності емфіземи і темпу її наростання;
- 3) перкусія грудної клітини для встановлення факту наявності пневмотораксу і/або гемотораксу;
- 4) аускультация для виявлення функції легенів на стороні ураження;
- 5) вимірювання АТ і підрахунок пульсу;
- 6) підрахунок частоти дихальних рухів (ЧДР);
- 7) визначення рівня свідомості.

Клініка ушкоджень серця

Необхідно пам'ятати, що всяка рана, розташована в проекції серця і крупних судин, небезпечна відносно можливих поранень серця. Характерними ознаками поранення серця слід вважати наступну тріаду симптомів:

- 1) локалізація рани в проекції серця;
- 2) ознаки гострої крововтрати;
- 3) ознаки гострої тампонади серця.

Тампонада серця - стан, при якому кров, проникаючи в порожнину перикарду, якби «здавлює» серце.

Класична клінічна картина тампонади серця: глухість тонів серця; низький артеріальний тиск з малим частим пульсом (і малим пульсовим тиском); високий венозний тиск з набуханням шийних вен. Ступінь тампонади визначається розмірами рани серця, темпом кровотечі з серця в порожнину серцевої сорочки, а також розмірами рани перикарду. Невеликі ножові рани перикарду швидко закриваються згортком крові або прилеглим жиром і швидко наступає тампонада серця. Скупчення в порожнині серцевої сорочки більше 100-150 мл крові приводить до здавлення серця, зниження скоротливої здатності міокарду.

Пряме ушкодження серця - маскується супутніми переломами ребер і пошкодженням легені. В цих умовах нерідко помилково ігнорують "типові кардіальні симптоми", до яких відносяться болі в області серця, задишка, серцебиття, наростаюче відчуття слабкості, запаморочення, неприємні відчуття за грудиною, відчуття туги і невмотивованого страху смерті, шум в голові.

Тактика надання невідкладної допомоги:

- 1) накладення асептичної захисної пов'язки;
- 2) накладення герметизуючої пов'язки за наявності відкритого пневмотораксу;
- 3) укриття рани стерильним рушником у разі наявності великого дефекту грудної стінки з подальшою фіксацією циркулярною пов'язкою;

4) негайне транспортування пораненого для проведення екстреної торакотомії. Лікувальні заходи під час транспортування зводяться до підтримки життєдіяльності: кисень, штучна вентиляція легенів, переливання кровозамінників, серцеві засоби. За відсутності можливості швидко доставити постраждалого в хірургічний стаціонар - пункція перикарду за Ларреєм із залишенням тонкого поліетиленового катетера в порожнині перикарду. Кінець катетера пережимають затискачем і прикріплюють пластиром до грудної стінки. Кожні 15-20 хвилин (або частіше) відсмоктують кров з порожнини перикарду. В деяких випадках тонкий катетер вдається ввести через рану і видалити хоча б частину крові з порожнини перикарду.

Хірургічне лікування ушкоджень серця.

Незалежно від виду пошкодження і варіанту хірургічної тактики при лікуванні пацієнтів слід дотримуватися лікувально-діагностичного алгоритму, що включає:

- усунення болю;
- раннє і адекватне дронування плевральної порожнини;
- заходи, направлені на швидке розпрявлення легені;
- відновлення і підтримка прохідності дихальних шляхів;
- герметизацію і стабілізацію грудної стінки;
- остаточну зупинку кровотечі і поповнення крововтрати;
- інфузійну, антимікробну і підтримуючу терапію.

Медикаментозне лікування пошкоджень серця, супутніх закритій травмі, повинне обов'язково враховуватися в плані комплексної дії і полягає в призначенні 0,2-1 мл 1% розчинів атропіну при тахікардії і серцевих аналептиків при брадикардії. Порушення ритму купіруються введенням хлориду калію (1% розчин, 50-100 мл внутрішньовенно краплинно) і оротату калію (по 0,5 г 2-3 рази всередину). При миготливій аритмії внутрішньовенно вводять ізоптін (2 мл 0,25% розчину), новокаїнамід (5 мл 10% розчину). При розвитку ішемії і гіпоксії міокарду: курантіл, но-шпа, еуфілін.

Операції, що виконуються при пошкодженнях серця:

1. Дренування плевральної порожнини.
2. Відеоторакоскопія, декорткація легені, зупинка кровотечі, перикардіоскопія.
3. Відеоторакоскопія, коагуляція пошкоджень легені, зупинка кровотечі, перикардіоскопія.
4. Торакотомія, ушивання поранень серця, легені та магістральних судин, зупинка кровотечі.

Медіастиніт

Медіастиніт є загрозливим для життя станом і, в разі запізнілої діагностики або неадекватного лікування, супроводжується високими показниками летальності. Практика показує, що тільки 15-20% випадків медіастиніту виявляється прижиттєво, що пов'язано з швидко прогресуючим перебігом захворювання і недостатньо патогномічними проявами на тлі загальної важкої інфекції.

Медіастиніт може ускладнювати значне число патологічних станів легень, плеври, трахеї, шиї, порожнини рота, гортані, глотки, стравоходу, серця і т. д. З урахуванням багатогранності причин виникнення, медіастиніт представляє клінічний інтерес не тільки для пульмонології та торакальної хірургії, але також для отоларингології, гастроентерології, кардіології, стоматології.

Середостіння – простір у грудній порожнині, центрально розташованої по відношенні до легень. Спереду середостіння обмежене грудиною, ззаду – хребетним стовпом, з боків – медіастинальної плеврою, знизу – діафрагмою; вгорі без чітких кордонів середостіння переходить в область шиї. У середостінні виділяють верхній і нижній поверхи з умовною межею в області IV грудного хребця. У верхньому середостінні виділяють передній і задній відділи; в нижньому – передній, середній і задній відділи.

У передньому відділі верхнього середостіння розташовані виличкова залоза, дуга аорти, верхня порожниста вена, легенева артерія. Передню частину заднього середостіння займають серце і перикард; середню – біфуркація трахеї, лімфовузли, стовбур і гілки легеневої артерії, висхідна частина аорти. У задньому середостінні переднього та нижнього поверхів проходять стравохід, грудна лімфатична протока, симпатичний стовбур, низхідна частина аорти, нижня порожниста вена, непарна і парна вени.

Всі поверхи і відділи середостіння являють собою єдиний, топографо-анатомічно пов'язаний простір без чітких кордонів, тому гнійне запалення при медіастиніті може поширюватися з однієї частини середостіння на іншу. Певною мірою цьому сприяє постійний рух органів середостіння: серцеві поштовхи, пульсація судин, зсув трахеї при розмові і кашлі, перистальтика стравоходу і т.д.

Класифікація медіастиніту

Відповідно до етіопатогенетичних механізмів виділяють первинні (травматичні) медіастиніти при пораненнях органів середостіння і вторинні медіастиніти, обумовлені контактним і метастатичним проникненням інфекції з інших областей.

За клінічним перебігом медіастиніту можуть бути блискавичним, гострими і хронічними; за характером запалення – серозними, гнійними, анаеробними, гангренозними, туберкульозними.

Хронічні медіастиніти бувають асептичними і мікробними. Серед асептичних медіастинітів виділяють ідіопатичні, ревматичні, постгеморагічні адіпозосклеротичні та ін; серед мікробних – специфічні (туберкульозні, сифілітичні, мікотичні) і неспецифічні. Гострі медіастиніти, як правило, носять інфекційний характер.

З урахуванням тенденції до поширення розрізняють лімфаденіти з залученням клітковини середостіння, абсцеси і флегмони середостіння, які можуть бути схильними до обмеження чи прогресування.

За топографії та анатомічної зацікавленості структур середостіння медіастиніти підрозділяються на:

- передньоверхній (вище рівня III міжребір'я)
- передньонижній (нижче рівня III міжребір'я)
- розлиті передні (з залучення верхнього і нижнього відділів)
- задньоверхній (вище рівня V грудного хребця)
- задньонижній (нижче рівня V грудного хребця)
- заднессерединний
- розлиті задні (з залучення верхнього, середнього і нижнього відділів)
- тотальні (з поширення на переднє і заднє середостіння).

Причини медіастиніту Первинні травматичні медіастиніти виникають внаслідок екзогенно інфікування. Найчастіше це відбувається при відкритих, в тому числі вогнепальних, травмах органів середостіння. Другою за частотою причиною первинного медіастиніту виступають травми стравоходу при інструментальних маніпуляціях (бужування стравоходу, кардіодилатація, езофагоскопія, інтубації трахеї, трахеостомії, шлунковому зондування). Нерідко ушкодження стравоходу обумовлені сторонніми тілами, спонтанним розривом стравоходу, опіками, перфорація дивертикула, виразки пухлин і ін

До числа первинних медіастиніту також відносять післяопераційні запалення клітковини середостіння, зумовлені порушенням герметичності стравохідно-шлункових анастомозів (після виконання резекція і пластики стравоходу, резекція шлунка), ускладненнями кардіохірургічних втручань (маммарокоронарного шунтування, аортокоронарного шунтування, протезування мітрального клапана і аортального клапана).

Вторинні медіастиніти є ускладнення якого-небудь гнійного або деструктивного процесу і розвиваються при безпосередньому переході запалення на клітковину середостіння або метастазуванні збудників зі встановлених або невстановлених інфекційних вогнищ. Контактний медіастиніт може розвиватися на тлі ран і флегмон шиї,

гнійного тиреоїдиту, пневмонії, поранень легені та плеври, абсцесу та гангрені легень, туберкульозу, емпієми плеври, бронхоектатичної хвороби, стравохідно-плевральних нориць, перикардиту, остеомієліту ребер, грудини і грудного відділу хребта.

Первинним джерелом інфекції при метастатичних медіастинітах можуть бути флегмони верхніх і нижніх кінцівок, відмороження, періостит, остеомієліт нижньої щелепи, абсцес при тонзиліті, флегмонозний паротит, ангіна, виразковий коліт, дизентерія, бешиха, лімфаденіт, сепсис.

Мікробіологічна основа медіастиниту представлена, в основному, змішаною флорою. Актуальними патогенами при медіастиніті виступають анаероби (бактероїди, пептострептококи, превотелли, порфіромонади, фузобактерії) і аероби (стафілококами, стрептококами, клебсієла), гриби. Особливість змішаної мікрофлори полягає в синергізмі анаеробів і аеробів в асоціаціях, що зумовлює злоякісності перебігу медіастиніт і високу летальність.

Симптоми медіастиніту. Гострий медіастиніт зазвичай розвивається раптово, маніфестуючи з за грудинних болей, ознобу, високою лихоманкою (до 39-40 °), профузного потовиділення, задишки. При наявності в організмі гнійного процесу іншої локалізації, з приєднанням медіастиніту різко погіршується загальний стан, наростають явища гнійної інтоксикації. Занепокоєння і рухове збудження, характерні для початкового періоду медіастиніт, незабаром змінюються адинамією, іноді – сплутаністю свідомості.

Провідним місцевим симптомом медіастиніту служить інтенсивний біль у грудній клітці, що посилюється під час ковтання і закидання голови назад. При передньому медіастиніті біль локалізується за грудиною, при задньому – в надчеревній області або межлопаточном просторі. Пацієнти, прагнуть прийняти вимушене положення – напівсидячи зі схиленою до грудей головою, полегшуючи, таким чином, дихання і зменшуючи біль. Виникає набряк обличчя, шиї та верхньої половини тулуба, підшкірна емфізема, розширення поверхневих вен, ціаноз шкіри.

Важка інтоксикація при медіастиніті обумовлює розлади серцевої діяльності: виражену тахікардію (до 110-120 уд. в хв.), аритмії, зниження артеріального тиску і наростання ЦВТ. Здавлення набряклою клітковиною середостіння нервів, судин, трахеї та стравоходу супроводжується розвитком задухи, наполегливого кашлю, дисфонії, дисфагії.

Блискавична форма гострого медіастиніту призводить до загибелі хворих протягом перших 2-х діб. Вона характеризується скудними місцевими проявами і важкої загальною інтоксикацією.

При хронічних асептичних медіастинітах симптоматика пов'язана з розвитком склерозу і рубцюванням медіастиальної клітковини, компресії органів середостіння. Клінічно це може виражатися у виникненні астмоїдних нападів і осиплості голосу, розвитку синдрому верхньої порожнистої вени або синдрому Горнера.

Хронічний мікробний медіастиніт виникає при наявності в середостінні інкапсульованого гнійника, навколо якого згодом розвивається реактивний рубцевий процес. При цьому наголошується тривалий субфебрилітет з періодами підвищення та зниження температури, пітливість, слабкість, помірні болі в грудній клітці. При розвитку компресійно синдрому приєднуються кашель, задишка, порушення голосу, дисфагія.

Діагностика медіастиніту Раннє розпізнавання медіастиніту представляє великі труднощі. Необхідно детальне вивчення анамнезу та проведення ретельного аналізу клінічної картини. При огляді хворого на медіастиніт може вказувати наявність об'єктивних симптомів: посилення болю при постукуванні по грудині, натисненні на остисті відростки хребців, нахилі голови; пастозність в області грудини і грудних хребців, припухлість і крепітація в яремній западині і над ключицею, синдром здавлення ВПВ і др. Проводиться ретельне рентгенологічне обстеження (рентгенографії грудної клітки, томографія, рентгенографії стравоходу, пневмомедіастінографія). Рентгенологічно при медіастиніті може виявлятися розширення тіні шиї і середостіння, емфізема середостіння, пневмоторакс, гідроторакс, збільшення рівню рідини в середостінні, стравохідні нориці. При підозрі на перфорації стравоходу показане проведення

езофагоскопії (ЕГДФС), при вірогідності травми трахеї і бронхів – бронхоскопії. Наявність плеврального і перикардального випоту дозволяє виявити УЗД плевральної порожнини і перикарда. В останні роки для діагностики медиастинит використовують трансезофагеальну УЗД.

З інвазивних методів обстеження вдаються до діагностичної тонкоголкової пункції межистіння з подальшим мікробіологічним дослідженням пунктату, медиастиноскопії, діагностичної торакоскопії.

У першу добу від моменту розвитку медиастинит слід диференціювати від пневмонії, перикардиту, плевриту, гострого живота.

Лікування медиастиніту Базовими принципами лікування медиастиніту є призначення ранньої масивної антибіотикотерапії, здійснення адекватного дренирування гнійних вогнищ, радикальне хірургічне усунення причини медиастиніту. З метою боротьби з інтоксикацією проводиться активна інфузійна терапія, корекція водно-електролітного і білкового балансу, симптоматична терапія, екстракорпоральна детоксикація, гіпербарична оксигенація, внутрішньовенно, внутрішньоартеріально, ендолімфатичне введення антибіотиків. У ситуаціях гострого гнійного та травматичного медиастиніту показана медиастинотомія і санація середостіння. При верхньому передньому медиастиніті виконується шийна медиастинотомія; нижньому передньому – позаочеревинна передня медиастинотомія, при передньому розлитому використовується комбінація над-і підгрудинних доступів. Дренирування верхнього заднього медиастиніту здійснюється шийним доступом; нижнього заднього – черездіафрагмальним (позаплевральним) доступом; дифузно заднього – черезплевральний доступ (бічна торакотомія). При перфорації стравоходу одночасно з медиастинотомією виконується гастростомія або езофагостомія. Для санації середостіння проводять активну аспірацію, промивання середостіння антисептиками, введення антибіотиків і протеолітичних ферментів.

У ранні терміни (від 12 до 24 годин від моменту розвитку медиастиніту) проводиться ушивання дефектів в стінці бронхів або стравоходу, дренирування плевральної порожнини та середостіння. У більш пізньому періоді перфоративні отвори НЕ ушиваються.

При післяопераційних медиастинітах, що зустрічаються в кардіохірургії, проводиться резекція грудини, видалення некротичних тканин, медиастинопластика клаптами з великих грудних м'язів, сальника або прямого м'яза живота. При осумкованих гнійниках середостіння застосовують трансторакальні пункції і промивання порожнини абсцесу або розтин абсцесу і його ведення відкритим способом. Необхідно усунення причин, що викликають компресії середостіння і підтримуючих запальний процес. При хронічних медиастинітах специфічної етіології показано активне лікування сифілісу, туберкульозу, мікозів.

Прогноз і профілактика медиастиніту. Прогноз медиастиніту завжди дуже серйозний. На результат захворювання впливає характер основного захворювання або травми, своєчасність розпізнавання медиастиніту, адекватність хірургічного втручання і правильність ведення післяопераційного періоду. При гострому гнійному медиастиніті летальність досягає 70%. Шляхи профілактики медиастиніту полягають, головним чином, в попередженні ятрогенних ушкоджень і інтраопераційних поранень органів середостіння, своєчасній діагностиці та раціональному лікуванні захворювань, що призводять до медиастиніту.

7.Завдання для самоконтролю.

1. При тампонаді серця показані:
 - a) пункція перикарду;
 - b) переливання крові;
 - c) сечогінні засоби;
 - d) гемостатична терапія;
 - f) антибіотики.

2. Про поранення серця свідчать:

- a) локалізація рани;
- b) різке зниження артеріального тиску, тахікардія;
- c) зовнішній вигляд хворого;
- d) підвищення венозного тиску;
- f) все перераховане.

3. При тампонаді серця спостерігаються:

- a) зниження артеріального тиску;
- b) ціаноз обличчя;
- c) розширення меж серця;
- d) глухість тонів;
- f) все перераховане.

4. Для закритої травми серця характерні:

- a) зміни ЕКГ;
- b) болі в області серця;
- c) зниження артеріального тиску;
- d) підвищення венозного тиску;
- f) всі перераховані ознаки.

Вірні відповіді

1	2	3	4
a	f	f	f

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хворий доставлений з проникаючим пораненням грудей зліва. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Пульс 120 уд. в хвилину, АТ 100/60 мм рт. ст. При рентгенографії: зліва є малий гемоторакс, межі серця розширені. Таля серця відсутня. Ер. 3,8 Т/л. Ваші заходи:

- A) Торакоцентез.
- B) Аспірація вмісту з плевральної порожнини.
- C) Протишокове лікування.
- D) Рентгенологічний контроль через 30 хвилин.
- E) *Торакотомія.

2. Через 1 годину після бійки доставлений хворий з проникаючим пораненням грудної клітини зліва. Стан середньої тяжкості. Блідий. АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 120 уд. в хвилину. При рентгенографії: зліва малий гемоторакс, межі серця розширені. Таля серця відсутня. Ер. 3,2 Т/л. Ваш попередній діагноз:

- A) Гидроторакс зліва.
- B) Гемоторакс зліва.
- C) Геморагічний шок.
- D) *Поранення серця.
- E) Поранення легені.

Вірні відповіді

1	Торакотомія
2	Поранення серця.

Література

Основна:

1. Флорикян А.К. Хирургическое лечение поврежденных органов грудной клетки. - Харьков, 2006. - 608 с.
2. Хирургия. Учебник под ред. Я.С.Березницкого, М.П.Захараша, В.Г.Мишалова..г. Дне-пропетровск. 2011 г. – с.346-359
3. Хірургія. Підручник. За ред. Л.Я.Ковальчука. м.Тернопіль, Укрмедкнига,2010р. – с.185-189.

Додаткова:

1. Хирургия. Учебник / под ред. Я.С.Березницкого, М.П.Захараша, В.Г.Мишалова. - Днепро-петровск, 2011. – С. 346-359
2. Хірургія. Підручник / За ред. Л.Я.Ковальчука. – Тернопіль : Укрмедкнига,2010. – С. 185-189.
3. К вопросу о ранении сердца / М. П. Королев, Ш. К. Уракчеев, Н. К. Пастухова, Р. С. Сага-тинов, Г. Е. Старков // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2011. - № 3. – С. 75-76.
4. Масляков В. В. Отдаленные результаты лечения больных с ранениями сердца / В. В. Мас-ляков, П. С. Доржиев // Медицинский альманах. – 2013. - № 4. – С. 97-101.
5. Масляков В. В. Непосредственные и отдаленные результаты лечения открытых травм сердца / В. В. Масляков, П. С. Доржиев // Хирург. – 2013. - № 5. – С. 42-47.
6. Поселперационные осложнения ранений сердца и перикарда / Ю. А. Радченко, М. М. Абакумов, Е. С. Владимирова [и др.] // Хирургия. – 2013. - № 4. – С. 23-28.
7. Справочник по хирургии / Под редакцией: Шварца С., Шайерса Дж., Спенсера Ф. – 2007. – 1000 с.
8. Ранения сердца / Колкин Я. Г., Хацко В. В., Терменжи А. И., Кравец В. В., Вегнер Д. В. // Питання експериментальної та клінічної медицини : зб. статей. - 2011, вип. 15, т. 2. – С. 232-236.
9. Афендулов С.А. Алгоритм диагностической и лечебной тактики при торако абдоминальных ранениях: методические рекомендации / С.А. Афендулов М.В. Ковалев. – Липецк, 2008. – 22 с.

ТЕМА 24. СИНДРОМ ДУГИ АОРТИ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ВИБІР ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ

1. Актуальність теми.

Серед захворювань магістральних артерій синдром дуги аорти займає особливе місце у зв'язку зі складністю діагностики, вагою клінічних проявів і ускладнень, відмінністю підходів до консервативного й хірургічного лікування. У більшості пацієнтів, а в основному це особи молодого працездатного віку, захворювання швидко приводить при відсутності лікування до серйозних ускладнень, значно знижує працездатність.

Незважаючи на відносно малу частоту проявів у популяції, лікарям будь-якої спеціальності необхідно вміти виявити синдром дуги аорти, правильно організувати обстеження й лікування хворого. Надалі при амбулаторному спостереженні хворих необхідний ретельний контроль за ступенем запальних і ішемічних проявів хвороби.

2. Цілі заняття:

2.1. Загальні цілі: Ознайомитися з сучасним визначенням терміну «синдром дуги аорти», сучасними методами діагностики та лікування всіх його видів.

2.2. Виховні цілі:

1. Формування професійно значущої особистості лікаря.
2. Підкреслити участь національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування синдрому дуги аорти.

2.3. Конкретні цілі:

Студент повинен знати:

1. Визначення терміну та класифікацію синдрому дуги аорти.
2. Сучасні методи діагностики та лікування різних видів синдрому.
3. Принципи диференціальної діагностики синдрому дуги аорти з іншими захворюваннями, що схожі з ним за клінічними проявами.

На основі теоретичних знань з теми студент повинен вміти:

1. Виявляти анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки синдрому дуги аорти (неспецифічного аорто-артеріїту).
2. Діагностувати неспецифічний аорто-артеріїт.
3. Призначати план обстеження з використанням лабораторних, рентгенологічних, УЗД методів обстеження.
4. Надати екстрену консервативну допомогу хворим на неспецифічний аорто-артеріїт.
5. Визначати покази до оперативного втручання та теоретично знати методику їх проведення.

2.4. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, виконувати аускультацию, аналізувати дані рентгенологічних, ультразвукових, ангіографічних, комп'ютерних досліджень, визначати найбільш інформативні показники для діагностики і вибору хірургічної тактики.

Також вміти:

- аналізувати і оцінювати скарги кардіологічного хворого;
- аналізувати й оцінювати дані анамнезу та огляду пацієнта;
- Оцінювати дані інструментальних методів дослідження серця;
- Проводити аускультативне дослідження;
- формувати діагноз хвороби серця;
- орієнтуватися в хірургічній тактиці при хворобах серця.

2.5. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати і на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну хірургічну тактику залежно від стадії захворювань і наявності ускладнень у пацієнтів з синдромом дуги аорти.

2.6. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з кардіохірургічними хворими, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих, розвивати почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій.

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

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
1	2	3	4
I. Попередні дисципліни			
1.	Анатомія	Будова аорти та великих гілок, кровопостачання шії, голови, кінцівок .	Вміти під час операцій диференціювати різноманітні судини та їх гілки.
2.	Фізіологія та патфізіологія	Особливості кровообігу головного мозку, шії, верхніх кінцівок	Вміти інтерпретувати порушення гемодінамики у хворих з синдромом дуги аорти.
3.	Гістологія	Будова артеріальної стінки.	Вміти інтерпретувати гістологічні дані по мікропрепаратах.
4.	Фармакологія	Механізм дії препаратів, що використовують при лікуванні синдрому дуги аорти.	
II. Внутрішньо-предметна інтеграція			
1.	Неспецифічний аорто-артеріїт	Ознаки захворювання, рентгенологічні та УЗД ознаки характерних змін магістральних судин	Інтерпретувати дані ангиографічного, ультразвукового та ендоскопічного дослідження.
2.	Атеросклероз судин	Знати етіологію та клінічні прояви.	Цілеспрямовано зібрати анамнез, вміти знайти ознаки хронічної ішемії.
3.	Ендартеріїт (тромбангіїт)	Знати клінічну картину, диференціальну діагностику	Вміти обстежити хворого поставити первинний діагноз.
4.	Тромбози магістральних судин.	Знати особливості клінічної картини та діагностики гострої ішемії кінцівок та окремих органів.	Вміти провести диференціальний діагноз, інтерпретувати дані рентгенологічного та дуплексного дослідження, поставити покази до лікування.

4. Зміст теми.

Синдром дуги аорти — найбільш частий прояв неспецифічного аортоартеріїта. Неспецифічний аортоартеріїт (НАА) - системне захворювання аутоімунного генеза, що веде до стенозування аорти, магістральних артерій і ішемії відповідного органа.

Аж до середини 60-х років зустрічаються різні назви неспецифічного аортоартеріїта - хвороба відсутності пульсу, синдром дуги аорти, артеріїт молодих жінок, оклюзивна тромбартеріопатія, брахіоцефальний артеріїт, синдром середньої частини аорти, синдром

Мартореля або синдром облітерації супрааортальних стовбурів, синдром аортиту та ін. Термін «хвороба Такаясу» був уведений у клінічну практику Casamisse, Whitman в 1952 р.

Серед брахіоцефальних артерій найчастіше мають ураження підключичні артерії, особливо ліва (мал. 1). Клініка поразки містить у собі симптоми, обумовлені ішемією верхньої кінцівки, і симптоми ішемії головного мозку. Основними скаргами у хворих, що страждають ішемією верхніх кінцівок, є слабкість у руках, оніміння й швидка стомлюваність рук при фізичному навантаженні. У тім або іншому ступені симптоми ішемії верхніх кінцівок спостерігають більш ніж в 90 % хворих з поразкою підключичних артерій.

Клінічні прояви транзиторних ішемічних атак характеризуються нападами втрати свідомості, порушення зору аж до сліпоти, мінущими парезами й паралічами, запамороченнями з розвитком хиткості й втрати рівноваги. У більшості випадків ці симптоми фіксують у хворих з розімкнутим вілізієвим колом.

У той же час саме при цій локалізації НАА можлива найбільша різниця між великим обсягом поразки гілок дуги аорти й убогістю клінічної симптоматики. Більш ніж в 50 % хворих при поразці брахіоцефальних артерій плин захворювання неврологічне асимптомне. Лише 11 % хворих з поразкою гілок дуги аорти до моменту надходження в клініку перенесли гостре порушення мозкового кровообігу.

Діагностика поразки брахіоцефальних артерій, як правило, не утруднена.

Найбільш часто реєструють:

- відсутність пульсації на одній або обох променевих артеріях,
- систоличний шум у надключичній області при поразці підключичних артерій,
- систоличний шум над загальними сонними артеріями,
- градієнт артеріального тиску між верхніми кінцівками.

У діагностиці синдрому вирішальну роль грають дуплексне сканування й рентген-контрастне дослідження.

Метою дуплексного сканування насамперед є оцінка:

- морфологічних змін в уражених артеріях;
- стану внутрішніх сонних артерій у хворих зі стенозами або оклюзіями загальних сонних артерій.

Ультразвукові особливості, характерні для неспецифічного аортоартеріїта:

- 1) стовщення стінок загальних сонних артерій максимально до 4,0-4,5 мм,
- 2) товщина стінок прямо корелює з виразністю запального процесу,
- 3) стінки артерії - із чіткими, рівними контурами при хронічній стадії процесу,
- 4) розпливчасті контури,
- 5) нечітке диференціювання від паравазальної клітковини зовнішніх шарів уражених артерій свідчать про триваюче запалення,
- 6) нерівномірні включення підтверджують кальциноз артерій, що у свою чергу говорить про давнину наявного процесу,
- 7) за рахунок пролонгованих сегментарних стенозів навіть у хворих з гемодинамічно незначущими стенозами всі швидкісні показники збільшені. У зв'язку із цим оцінка ступеня стенозу на підставі швидкісних величин при неспецифічному аортоартеріїті утруднена.

Надзвичайно важлива оцінка стану внутрішніх сонних артерій у хворих зі стенозами або оклюзіями загальних сонних артерій, тому що від їхньої прохідності в значній мірі вирішується питання про доцільність оперативного втручання. Дотепер рентген-контрастне дослідження залишається золотим стандартом діагнозу неспецифічного аортоартеріїта.

За характером поразки в підключичних артеріях переважають оклюзії (частіше в другому й третьому сегментах). Для неспецифічного аортоартеріїта характерні пролонговані поразки загальних сонних артерій. Дифузійні звуження плавно переходять у

незмінені ділянки. Нерідко загальні сонні артерії зберігають нитковидний просвіт і процес поширюється аж до біфуркації, іноді з розширенням на неї. Однак, як правило, внутрішні сонні артерії залишаються прохідними. Докладна картина поразки брахіоцефальних артерій може бути отримана при МРТ.

Епідеміологія. Раніше вважалося, що неспецифічний аорто-артеріт досить рідке захворювання й зустрічається тільки в країнах Сходу (Японія, Індія, Китай, Корея й ін.), у зв'язку із чим захворювання також називається східною хворобою. Однак останні дані літератури, безумовно, свідчать про його більш широке поширення.

Частота неспецифічного аорто-артеріта в різних регіонах варіює в досить значному діапазоні.

Передбачається, що розходження клінічних проявів неспецифічного аортоартеріта обумовлено особливостями кліматичних умов, що роблять вплив на плин захворювання. Однак, при відсутності переконливих фактів про причину захворювання й можливості поліетіологічного характеру це можна пояснити різними етіологічними факторами.

Етіологія неспецифічного аорто-артеріту дотепер невідома. На початкових етапах вивчення цієї патології був висловлений ряд версій відносно її генеза (туберкульоз, сифіліс, ревматизм та ін.). Вони не знайшли підтвердження.

Існує вроджена теорія виникнення неспецифічного аортоартеріта. У генезі захворювання може відігравати певну роль уроджений дефект злиття ембріональної дорсальної аорти на 3-му тижні внутрішньоутробного розвитку.

В останні роки все більше число прихильників здобуває аутоімунна теорія виникнення й прогресування неспецифічного аортоартеріта, уперше висловлена в 1962 р. Judge.

Зв'язок неспецифічного аортоартеріта з іншими захворюваннями й спадкоємні фактори. Питання про вплив спадкоємних факторів на виникнення й прогресування неспецифічного аортоартеріта дотепер не одержала свого остаточного рішення.

У літературі обговорюються випадки сполучення неспецифічного аортоартеріта з іншими захворюваннями, у генезі яких беруть участь імунні порушення. Так, неспецифічний аортоартеріт сполучається із хворобою Крона, різними формами ревматоїдного артрити, гломерулонефритом, кардіоміопатією, системною червоною волчанкою. Однак майже всі публікації стосуються одиничних випадків і виявити справжню частоту сполучення цих захворювань не виявляється можливим.

Установлений зв'язок певних антигенів гистосумісності, відповідальних за імунну відповідь, із частотою розвитку неспецифічного аортоартеріта. Незважаючи на передбачувану генетичну схильність, для його виникнення необхідні додаткові фактори.

Аутоімунні механізми. З моменту першого припущення про роль імунних порушень у генезі неспецифічного аортоартеріта пройшло більше 40 років. Якого ж доказу ролі аутоімунної агресії в розвитку синдрому дуги аорти отримані наукою сьогодні?

Ще в середині 30-х років було встановлено, що нерідко перші симптоми аутоімунних захворювань виникають під час вагітності, що, як відомо, супроводжується зміною імунологічної реактивності.

Точка зору про роль імуно-патологічних процесів у розвитку НАА підтверджується наявним, хоча й рідким сполученням цієї патології з іншими аутоімунними захворюваннями: хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом, системної червоної волчанкою, ревматоїдним артритом, вузловим періартерітом, гломерулонефритом. Є спостереження неспецифічного аортоартеріта при імунодефіцитних станах.

Визначено, що у 25-41 % хворих виявляють антитіла до кардіолипіну, причому збільшення рівня антитіл асоціюється з оклюзивною поразкою судин, розвитком артеріальної гіпертензії й поразкою аортального клапана. В останні роки було доведено, що в сироватках хворих неспецифічним аортоартерітом у 38-95 % випадків присутні антитіла до ендотеліальних кліток. При цьому частота їхнього виявлення й рівень істотно вище, ніж при інших захворюваннях за участю аутоімунного компонента (системна червона волчанка, склеродермія, облітеруючий тромбангіт).

Як передбачуваний механізм виникнення аутоімунної агресії автори висувують припущення про зміну проникності судинної стінки під впливом яких-небудь факторів. Особливе значення в патогенезі неспецифічного аортоартеріту надають порушенням клітинного імунітету.

Отже, не викликає сумніву, що неспецифічний аортоартеріт супроводжується вираженими імунними порушеннями. Однак еффлекторна ланка імунного дефекту залишається неясною. Більше того, спірний і той факт, чи є імунний дефект первинним або він виникає у відповідь на гостре або підгостре запалення.

Патологічна анатомія. Визначено, що при неспецифічному аортоартеріті патологічний процес в основному вражає аорту, а також великі магістралі, що відходять від неї, (артерії еластичного й м'язово-еластичного типів). При цьому характерною рисою захворювання є переважна поразка проксимальних сегментів, що відходять від аорти галузей, у той час як дистальні відділи уражених артерій, як правило, залишаються інтактними (мал 2) . Найбільш часто в процес при неспецифічному аортоартеріті втягуються брахіоцефальні артерії й торакоабдомінальний сегмент аорти з нирковими й вісцеральними артеріями. Характерне залучення в процес декількох артеріальних сегментів.

Патологічний процес при неспецифічному аортоартеріті досить варіабельний залежно від стадії запального процесу. У результаті виражених запальних або аутоімунних процесів руйнуються всі еластичні структури в медії й адвентиції, з наступним утворенням гранулематозної, а в остаточному підсумку фіброзної й рубцевої тканин. З переходом же запального процесу на інтиму артерії остання різко товщає, склерозується (мал.3) і обумовлює звуження просвіту ураженої артерії.

У міру прогресування захворювання гранулематозні зміни перетворюються у фіброзні, виникає фрагментація й деструкція еластичних волокон в адвентиції й медії. Аналогічна зміна відбувається й з м'язовими елементами. В остаточному підсумку настає хронічна стадія захворювання, результат якої - виражений склероз і фіброз всіх шарів стінки ураженої судини.

У практичній діяльності строге виділення стадій досить важке, тому що при неспецифічному аортоартеріті, як правило, у різних сегментах аорти й артерії можна бачити розвиток різних фаз патологічного процесу в окремих сегментах артерії одночасно.

Патологічна фізіологія синдрому дуги аорти (неспецифічного аортоартеріту) відповідає захворюванням, які характеризуються порушенням кровообігу в різних артеріальних басейнах.

Варіанти порушення гемодинаміки обумовлені ішемією різних органів. Принциповим механізмом компенсації кровообігу різних басейнів є артеріальна гіпертензія системного характеру, обумовлена вазоренальним, коарктаційним, цереброішемічним або змішаним генезом.

Класифікація й клінічна картина

Найпоширенішою клінічною класифікацією є класифікація, у якій всі види поразки умовно розділені на 4 типи (мал. 4):

- I - ізольоване залучення в процес галузей дуги аорти;

- II - поразка тільки торако-абдомінального сегмента аорти з вісцеральними галузями й нирковими артеріями, без залучення галузей дуги аорти;
- III або змішаний тип - комбінація цих двох варіантів.
- IV тип поразки, при якому можуть залучатися будь-які відділи аорти, але з обов'язковим залученням легеневої артерії.

Клінічна картина неспецифічного аортоартеріїта дуже різноманітна й багатоліка, що обумовлено насамперед мозаїчністю поразки тих або інших артеріальних сегментів. У той же час характерні ножиці між клінічними симптомами захворювання й морфологічних змін аорти й магістральних артерій. Вага поразки судин завжди більше, ніж клінічні прояви захворювання.

У переважній більшості випадків діагноз неспецифічного аортоартеріїта може бути поставлений уже при первинному огляді хворого тільки на підставі опитування стандартного ангіологічного дослідження, що включає аускультацию судин і вимір АТ на всіх кінцівках.

А.В.Покровський (1979) у картині захворювання виділяє 10 клінічних синдромів:

- загальзапальних реакцій;
- поразки гілок дуги аорти;
- стенозування спадної грудної аорти або коарктаційний синдром;
- вазоренальної гіпертензії;
- хронічної абдомінальної ішемії;
- поразки біфуркації аорти;
- коронарний, або так звані коронаріїти;
- аортальної недостатності;
- поразки легеневої артерії;
- аневризматичний.

Найчастіше зустрічаються синдроми поразки гілок дуги аорти, коарктаційний, вазоренальної гіпертензії й загальзапальних проявів.

Синдром загально-запальних реакцій (загальні, кардіальні й легеневі симптоми) фіксують у гострому періоді захворювання. У цьому періоді відзначають пітливість, невмотивовані підйоми температури, запальні зміни крові, прискорення ШОЕ, позитивну реакцію на С-реактивний білок. Нерідко хворі скаржаться на біль по ходу магістральних артерій. Можлива задишка й серцебиття. Кардіальні симптоми можуть бути обумовлені ще і коронаріїтом, а легеневі симптоми - наявністю поразки галузей легеневої артерії. У цілому загально-запальні реакції спостерігають в 2/3 хворих. Нерідко цей синдром передує стадії гемодінамично значимих порушень.

Синдром вазоренальної гіпертензії спостерігають при поразці ниркових артерій. Ізольовану поразку ниркових артерій при неспецифічному аортоартеріїті спостерігають рідко. Частіше поразка ниркових артерій сполучається з поразкою гілок дуги аорти або торакоабдомінального відділу аорти. Стеноз ниркової артерії, як правило, розташовується в усті або першому сегменті. Оклюзії ниркової артерії реєструють значно рідше.

Основні скарги - головний біль, задишка, біль в області серця, обумовлена системною гіпертензією. Поразка ниркових артерій приводить до більше високої артеріальної гіпертензії, чим при коарктаційному синдромі. Для цього синдрому типове підвищення систолічного тиску до 180-250 мм рт.ст., діастолічного тиску - до 100-160 мм рт.ст.

При неспецифічному аортоартеріїте, справжній рівень АТ можна визначити лише при вимірі його на чотирьох кінцівках. Іноді при поразці обох підключичних артерій і

торакоабдоминального сегменту аорти тиск на верхніх кінцівках може не визначатися або залишатися в нормі.

Справжній рівень АТ в таких хворих може бути визначений тільки при зондуванні аорти.

Велике значення в діагностиці має аускультация, при якій майже в 80 % випадків діагностують систоличний шум в епігастральній ділянці.

У діагностиці цього синдрому найбільш інформативні ультразвукове дуплексне сканування й ангіографія. Для поразки ниркових артерій характерна обмежена ділянка стенозу, тому при дуплексному скануванні важливого значення набувають локальне підвищення швидкості й асиметрія кровообігу на обох ниркових артеріях. МРА виявляє поразки аорти й ниркових артерій, однак картина більше ясна звичайно при ангіографічному дослідженні, що дозволяє уточнити характер і довжину поразки (мал 5). При аортиті даної локалізації нерідко навіть при оклюзії ниркової артерії її дистальна ділянка залишається прохідною.

Синдром хронічної абдомінальної ішемії становить, за даними літератури, від 5 до 66 %. Досить рідко спостерігається у хворих без залучення в процес торакоабдоминального відділу аорти або ниркових артерій.

Рідкість його прояву обумовлена гарними колатеральними шляхами компенсації кровообігу.

Найбільше часто компенсація кровообігу здійснюється за рахунок нижньої брижової артерії через дугу Ріолана. Переважають розлади функції кишечника. Характерні прояви - нестійкість стільця, безпричинна зміна поносу запором. Іноді хворі значно худнуть.

Діагностика в першу чергу пов'язана з аускультациєю: під мечоподібним відростком звичайно вислуховується грубий систоличний шум.

Дуплексне сканування й двохпроекційна ангіографія є пріоритетними дослідженнями.

При дуплексному скануванні різко стовщені стінки черевного стовбура й верхньої брижової артерії. УЗД дозволяє визначити довжину ураженого сегмента й оцінити ступінь стенозу артерії, а також стан дистального артеріального русла. Це має принципове значення для вибору методу оперативного втручання.

При рентген-контрастному дослідженні саме в бічній проекції вдається візуалізувати стеноз черевного стовбура й верхньої брижової артерії. Звуження, як правило, локалізуються в гирлі. При поразці торакоабдоминального відділу аорти першими втягуються в процес черевний стовбур і верхня брижова артерія, при локалізації процесу в інфраренальному відділі аорти переважно страждають нижня й верхня брижова артерії.

Установлено, що ні при якому з інших відомих захворювань коллатералі між вісцеральними артеріями не бувають настільки сильно розвиненими, як при неспецифічному аортоартеріїті. Розвинена дуга Ріолана, що заповнюється ретроградно при ангіографічному дослідженні в пацієнтів молодого віку, є патогномонічним симптомом неспецифічного аортоартеріїту (мал. 6). Таку ж картину поразки можна виявити при електронно-променевій або спіральній томографії.

Синдром поразки біфуркації аорти поєднує поразку інфраренального відділу й здухвиних артерій. Частота виявлення цього синдрому при неспецифічному аортоартеріїті становить 18-20 % . При цьому в 25 % хворих в процес втягуються артерії нижніх кінцівок нижче пупартової зв'язки, частіше - стегонові артерії.

Основними симптомами є ознаки ішемії нижніх кінцівок і тазових органів: біль у нижніх кінцівках, що перемежується кульгавістю, слабкість у нижніх кінцівках і їхнє похолодання. Нерідко, особливо при поразці аорти, спостерігають високу перемежовану кульгавість із болем у й м'язах стегна.

Майже в 50 % хворих із цим синдромом порушена статева функція, що частіше проявляється розладом ерекції. Досить імовірно, що у генезі виникнення цих симптомів важливу роль грає оклюзія внутрішніх здухвинних і поперекових артерій.

Основними клінічними симптомами є ослаблення або відсутність пульсації, АТ на нижніх кінцівках. Над червону аортою й стегновими артеріями вислуховується систолічний шум.

Діагностику проводять із урахуванням виміру АТ, дуплексного сканування й ангіографічного дослідження. Останнє при даному синдромі має пріоритетне значення. Ангіографічна картина характеризується стенозом або оклюзією інфраренального відділу аорти. При цьому стегові й здухвинні артерії нерідко залишаються інтактними або мало змінені.

Коронарний синдром, або так звані коронаріїти, зустрічається не більш ніж в 8—10 % хворих. Більшість пацієнтів з поразкою коронарних артерій, за даними світової літератури, особи жіночої статі (86 %) японської національності.

Основними проявами поразки коронарних артерій є симптоматика грудної жаби, біль в області серця, серцебиття зі схильністю до тахікардії, задишка, швидко минаючі зміни на ЕКГ. Нерідкий розвиток фатального інфаркту міокарда, що виникає без усяких провісників. Коронаріїт може приводити до інфаркту міокарда внаслідок стенозу або оклюзії артерії, а також ішемії міокарда під час навантаження через ригідність коронарної артерії й неможливості її адекватної дилатації.

У діагностиці синдрому важливе значення мають:

- ЕКГ із функціональними пробами, сцинтиграфія міокарда, холтеровське моніторування;
- коронарографія.

Діагноз поразки коронарних артерій може бути запідозрений на підставі даних ЕКГ.

Основними ЕКГ-ознаками поточного коронаріїта є депресія зубця *ST* і інверсія зубця *T*. Більш ніж в 29 % пацієнтів з гемодинамічно значимими поразками коронарних артерій при ЕКГ не було ознак ішемії міокарда.

У діагностиці допомагають холтеровське моніторування ЕКГ і сцинтиграфія міокарда. Майже в 30 % випадків коронаріїт сполучається з аортальною регургітацією, а в 5 % - з мітральною недостатністю.

Коронарографія є золотим стандартом для уточнення характеру, локалізації й довжини поразки.

Синдром аортальної недостатності діагностують у різних регіонах з досить різною частотою. В Україні зустрічається рідко: не більш ніж в 2-3 % хворих, а в Японії - до 50%. Розвиток синдрому обумовлений інфільтрацією й розширенням висхідного відділу аорти. Надалі відбувається дилатація аортального кільця з виникненням аортальної недостатності. Клінічна картина характеризується скаргами на біль в ділянці серця й за грудиною, задишку. Діагностика заснована на визначенні АТ й аускультативній. Основним симптомом є зниження діастолічного тиску. Аускультативно вислуховується діастолічний шум над аортою й у третьому-четвертому міжребір'ї ліворуч від грудини.

Ступінь недостатності клапана, дані про розміри висхідного відділу аорти чітко визначають за допомогою ЕхоКС.

Ангіографія з вентрикулографією доцільна тільки в окремих випадках.

Синдром поразки легеневої артерії вперше був виявлений лише у 1973 р.

Клінічними проявами звичайно служать кашель, кровохаркання й біль за грудиною. При хронічній стадії процесу клінічна симптоматика може бути досить незначною. Нерідко єдиним симптомом може бути кашель із домішкою мокротиння. Описані також випадки асимптомної поразки легеневої артерії при неспецифічному аортоартеріїті.

Найбільш часта поразку легеневої артерії діагностують у сполученні з локалізацією процесу в галузях дуги аорти або торакоабдомінальній аорті.

У діагностиці синдрому велике значення мають рентгенологічне дослідження, сканування легенів. Заключним дослідженням є ангіопульмонографія.

При рентгенологічному дослідженні виявляють підвищену прозорість уражених сегментів.

При скануванні легенів у зоні поразки може погіршуватися васкуляризація. За допомогою ангіопульмонографії вдається виявити стенози або оклюзії гілок легеневої артерії, а також її деформацію.

Аневризматичний синдром, або аневризматичні розширення, спостерігають в 7—22 % хворих, які в 14 % випадків можуть бути єдиним проявом патологічного процесу

Як правило, аневризматичні розширення розташовуються в грудній (близько 60 %) і черевній аортах (40 %). Для неспецифічного аортоартеріту характерна також наявність множинних аневризм. Як правило, аневризматичні розширення носять дифузійний характер, значно рідше виявляють аневризми мішотчасті.

Клінічна картина складається із симптомів здавлення аневризмою суміжних органів і обумовлена локалізацією й розмірами аневризматичного випинання, однак ці симптоми можуть бути не виражені.

При локалізації процесу в черевній аорті, як правило, є супутня поразка ниркових артерій з розвитком синдрому артеріальної гіпертензії. Ізольований розвиток аневризми без стенотичного процесу в інших басейнах діагностують надзвичайно рідко, за винятком південно-африканського регіону.

Діагностика заснована на аускультативній й пальпаторній. Як правило, над аневризматичним розширенням вислуховується систолічний шум, а при локалізації процесу в черевній аорті при пальпації вдається виявити її розширення.

У діагностиці поразки важливу роль грають ультразвукова локація, комп'ютерна томографія, МРТ і ангіографічне дослідження. Ультразвукове сканування, чрезстравоходна ехографія є найпростішими видами діагностики. Комп'ютерна й МР-Томографія дозволяють не тільки оцінити розміри, довжину аневризматичного розширення аорти, але й оцінити ступінь кальцинозу судин.

Ангіографію доцільно проводити при локалізації процесу в грудному відділі аорти. Для рішення питання про стан вісцеральних артерій при відходженні від аневризматичного розширення дослідження доцільно виконувати в проекціях.

Диференціальний діагноз.

Диференціальну діагностику НАА насамперед варто проводити з атеросклеротичними поразками аорти, оскільки тільки ці захворювання викликають множинні поразки різних сегментів аорти й магістральних артерій.

Неспецифічний аортоартеріт вражає переважно жінок від 20 до 40 років. Атеросклеротичну поразку, як правило, спостерігають у пацієнтів старше 40 років, але можливо в осіб молодше 40 років. Диференціальна діагностика заснована на особливостях клінічного плину, часу початку захворювання, типової локалізації процесу й результатах інструментальних методів дослідження.

Поразка брахіоцефальних артерій, викликана неспецифічним аортоартерітом, звичайно буває в молодих жінок до 30 років, процес розташовується в другому й третьому сегментах підключичних артерій, у загальних сонних артеріях. У чоловіків старше 40 років при атеросклерозі найбільше часто процес локалізується в ділянці біфуркації сонних артерій, загальні сонні артерії стенозуються рідко. Підключичні артерії, як правило, мають поразку в першому сегменті, і дуже рідко процес локалізується в дистальних сегментах.

При неспецифічному аортоартеріїті в процес часто утягується торакоабдоминальний відділ аорти, при атеросклерозі цей сегмент аорти пошкоджується надзвичайно рідко.

При аортоартеріїті ізольовану поразку здухвинних і стегнових артерій діагностують рідко. Інфраренальний відділ аорти, здухвинні й стегові артерії - улюблені локалізації атеросклеротичного процесу.

При неспецифічному аортоартеріїті в молодих пацієнтів часто фіксують артеріальну гіпертензію, при атеросклерозі в молодих пацієнтів вона буває рідко.

У хворих на неспецифічний аортоартеріїт, як правило, виражений кальциноз уражених сегментів аорти, у молодих пацієнтів з атеросклерозом кальциноз спостерігають рідко.

При ультразвуковій ехолокації при неспецифічному аортоартеріїті стінка уражених сегментів аорти й артерій стовщена, часто периаортальне запалення й фіброз, при атеросклерозі стовщений комплекс інтима-медіа, однак адвентиція й периаортальний простір, як правило, інтактні.

На ангиограмах у хворих на неспецифічний аортоартеріїт спостерігаються пролонговані сегментарні звуження, що плавно переходять у незмінні ділянки, при атеросклерозі звичайні локальні звуження з нерівними, а іноді поїденими краями.

Інше захворювання, з яким іноді доводиться диференціювати неспецифічний аортоартеріїт, - це облітеруючий тромбангіїт. Захворювання вражає артерії дрібного й середнього калібру. На відміну від неспецифічного аортоартеріїту переважно хворіють чоловіки. Як правило, при облітеруючому тромбангіїті страждають артерії нижніх кінцівок, іноді в процес втягуються дистальні сегменти артерій верхніх кінцівок, значно рідше - інфраренальний сегмент аорти. Вісцеральні гілки й гілки дуги аорти втягуються в процес казуїстично рідко.

Іноді диференціальна діагностика важка між неспецифічним аортоартеріїтом торакоабдоминальної аорти й гіпоплазією аорти. Клінічна картина обох захворювань може бути схожою, оскільки при неспецифічному аортоартеріїті торакоабдоминальної локалізації активність запалення може бути невисока. Нерідко тільки за допомогою рентген-контрастного дослідження вдається виявити справжній генез оклюзуючої поразки. Варто пам'ятати, що при гіпоплазії аорти вісцеральні й ниркові артерії в процес практично ніколи не втягуються. Другою важливою диференціальною діагностичною ознакою є справжня товщина стінки аорти. Комп'ютерна томографія й ультразвукова трансторакохрідна ехолокація грають надзвичайно важливу роль при труднощах диференціальної діагностики стенозуючих поразок, що викликані неспецифічним аортоартеріїтом і гіпоплазією аорти. Товщина стінки аорти при неспецифічному аортоартеріїті завжди більше, ніж у хворих з гіпоплазією спадної аорти, у яких товщина стінки не перевищує норми. Крім того, у хворих з гіпоплазією аорти практично ніколи не буває кальциноза аорти.

Ниркові й внутрішні сонні артерії можуть змінюватися внаслідок фибром'язової дисплазії, при яких, однак, ніколи не змінюється сама аорта. У каротидному басейні фибром'язова дисплазія локалізується у внутрішній сонній артерії без залучення в процес загальних сонних артерій, що практично не спостерігається при неспецифічному аортоартеріїті.

Детальне обстеження хворих у переважній більшості випадків дозволяє поставити правильний діагноз.

Медикаментозне лікування

Лікування неспецифічного аорто-артеріїта представляє комплексне завдання. При неадекватному лікуванні процес переходить у затяжні підгострі стадії й сприяє прогресуванню захворювання, що зафіксовано в 88 % хворих. Більш ніж в 61 % випадків розвиваються поразки в раніше інтактних місцях. Навіть при досягненні клінічної ремісії

поява нових поразок досить імовірна. Приблизно 20 % пацієнтів, що страждають синдромом дуги аорти не мають рецидивів запалення й не мають потреби в якій-небудь протизапальній імуносупресивній терапії. Як показали клінічні спостереження, призначення нестероїдних препаратів, антибіотиків і антикоагулянтів прямої дії неефективно в лікуванні активності процесу неспецифічного аортоартеріїта. Найбільш типовою й загальноприйнятою схемою лікування гострої й підгострої стадії є терапія малими дозами (по 30-60 мг у добу) кортикостероїдів у сполученні з антиагрегантною терапією. Частота ефективності подібної терапії коливається від 25 до 72 %.

В останні роки особливу популярність здобуває комбіноване лікування цитостатиками й глюкокортикоїдами. Хоча комбінація кортикостероїдів із цитостатиками є важливим чинником у поліпшенні віддалених результатів і виживаності пацієнтів із системними васкулітами, вона має побічну дію й підвищує ризик розвитку лікарняно-індуцированих захворювань.

За даними літератури, у цей час перевага віддається метотрексату, як найменш токсичному препарату, що викликає меншу кількість ускладнень.

Серед інших протизапальних заходів були використані плазмаферез, гемосорбція, однак їхня ефективність у плані досягнення стійкої й тривалої ремісії суперечлива.

Іншим досить пріоритетним напрямком є специфічний плазмаферез. Метод заснований на видаленні із кровеносного русла плазми (1200-1600 мл) і/або її пропущенні через сорбент иммотин із загальною ємністю по зв'язуванню трипсину 20 мг.

Хірургічне лікування

Питання про вибір консервативного або хірургічного методу лікування, так само як і самих методів консервативного лікування, є дотепер предметом суперечок вітчизняних і закордонних авторів. На рівні сучасних знань ці методи не повинні бути альтернативою один одному.

Надзвичайно важливі наступні положення:

- хворих на неспецифічний аортоартеріїт доцільно оперувати після стихання гострої й підгострої стадії запалення;
- методом вибору в перед- і післяопераційній протизапальній терапії є пульс-терапія циклофосфаном і мітив-преднізолоном;
- операцію переважно треба виконувати через 3-4 міс. після завершення ефективної пульс-терапії.

Перші успішні операції на гілках дуги аорти були виконані на початку 50-х років. Проте більшість судинних центрів навіть сьогодні мають у своєму розпорядженні досвід лише одиничних втручань на галузях дуги аорти при НАА.

Оперативне лікування на брахіоцефальних галузях дуги аорти показане при:

- минутих порушеннях мозкового кровообігу при наявності гемодинамічно значущих поразках;
- гемодинамічно значущих стенозах або оклюзіях загальних сонних артерій;
- хребетно-підключичному синдромі обкрадування при клінічних проявах;
- субкомпенсованої і декомпенсованої ішемії верхньої кінцівки.

Питання про втручання при асимптомному плинні захворювання дотепер остаточно не вирішений. На відміну від атеросклерозу при неспецифічному аортоартеріїті відсутній механізм емболізації із бляшки, що розпадається.

Оперативне втручання показане хворим із множинними поразками дуги аорти, при оклюзіях і гемодинамічно значущих стенозах загальних сонних артерій навіть при асимптомному плинні захворювання.

До сього дня більшість клініцистів воліють менш травматичні екстраторакальні втручання. Для виконання екстраторакальних втручань потрібна, тобто інтактна, ділянка донорської артерії, якою може бути загальна сонна артерія при сонно-

підключичному шунтуванні або підключична артерія при підключично-сонному протезуванні. На жаль, це не завжди можливо при множинному характері поразки, що нерідко просто не дозволяє виконати більш просте втручання.

Аортобікаротидні операції супроводжуються найбільшим числом ускладнень, насамперед виникненням геморагічного інсульту, обумовленого невідповідністю припливу й відтоку крові й підвищенням АТ, що спостерігається в перші години й добу після оперативного втручання.

Застосування балонної ангіопластики у хворих НАА - сумнівно.

Виконання одномоментних операцій на екстракраніальних і ниркових артеріях не виправдано, тому що тяжкість стану хворих, травматичність одномоментних реконструкцій різко підвищують ризик розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень. Доцільні етапні реконструкції.

Черговість корекції того або іншого артеріального басейну вирішується з урахуванням гіпотензивної проби, що дозволяє оцінити толерантність головного мозку до штучно створюваної помірної гіпотензії.

Диспансерне спостереження.

Варто пам'ятати, що хворі на неспецифічний аортоартеріт вимагають диспансерного спостереження не рідше 1 разу на рік, що включає:

- визначення активності процесу;
- дуплексне сканування не тільки реконструйованих судин, але й інших артеріальних басейнів для своєчасного виявлення нових поразок;
- протизапальні курси пульс-терапії або підтримуюча терапія метотрексатом при визначенні високої активності процесу.

5. Матеріали методичного забезпечення заняття.

5.1. Матеріали контролю до підготовчого етапу заняття.

Питання

1. Загальна класифікація судинних захворювань за етіологічною ознакою.
2. Головні клінічні ознаки гострої та хронічної ішемії кінцівок.
3. Гостре порушення мозкового кровообігу.
4. Диференціальна діагностика атеросклерозу та ендартеріїту.
5. Методика проведення обстеження судин (дуплексне сканування, ангіографія).
6. Тактика хірурга та особливості обстеження хворого із судинною патологією.
7. Покази та методика консервативного лікування хронічної ішемії кінцівок.
8. Покази до оперативних втручань при ознаках мозкової ішемії чи ішемії кінцівок.
9. Методи оперативних втручань на судинах.

Ситуаційні задачі

1. Хворий А., 60 років, госпіталізований до хірургічного відділення із скаргами на слабкість, біль у верхній кінцівці, порушення активного руху та чутливості у пальцях той же кінцівки. Що може бути причиною скарг?
Еталон відповіді: тромбоз магістральної артерії кінцівки.
2. Хвора Ю., 54 років, звернулася із скаргами на повторне короткотривале запаморочення, слабкість, порушення слуху. При аускультатії – систолічний шум в проекції правої сонної артерії. Який найбільш вірогідний діагноз?
Еталон відповіді: Стеноз правої сонної артерії з транзитними ішемічними атаками.
3. Хворий М., 30 років звернувся із скаргами на підвищену чутливість пальців верхніх та нижніх кінцівок до холоду, зміну їх кольору, періодичну біль у спокою. Хворіє

біля 3 років, після переохолодження у воді. Переміжна кульгавість 300 м. Ваш діагноз?

Еталон відповіді: Ендартерїт, ХАН 2 ст.

5.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

1. Що таке ендартеректомія?

А. Прошивання артерії.

- Б. Резекція частини артерії.
- В. Видалення середнього та верхнього шару артерії.
- Г. Шунтування артерії.
- Д. Видалення атеросклеротично зміненої інтими та медії

Еталон відповіді: Д.

2. Хворого А. 35 років, доставлено до хірургічного стаціонару у важкому стані з ознаками ішемії верхніх кінцівок, трофічними розладами на пальцях рук, послабленням пульсації на сонних артеріях, відсутністю пульсації на артеріях верхніх кінцівок. Активні рухи та чутливість в пальцях рук присутні. Хворіє біля 1 року. Найважливіше дослідження для постановки діагнозу?

- А. Лабораторне.
- Б. Об зорна рентгенографія органів грудної клітини.
- В. Аускультация, ЄКГ
- Г. Ультразвукове дослідження.
- Д. Дуплексне сканування судин.

Еталон відповіді: Д.

3. Яка етіологічна теорія неспецифічного аортоартерїту найбільш доказана:?

- А. Інфекційна
- Б. Аллергічна.
- В. Імунологічна
- Г. Ревматологічна.

Еталон відповіді: В.

Диференціальна діагностика НАА з атеросклеротичним ураженням судин.

Ознака	НАА	Атеросклероз
Вік хворого	від 20 до 40 років	старше 40 років, але можливо в осіб молодше 40 років
Поразка брахіоцефальних артерій	звичайно буває в молодих жінок до 30 років, процес розташовується в другому й третьому сегментах підключичних артерій, у загальних сонних артеріях	У чоловіків старше 40 років, найбільше часто процес локалізується в ділянці біфуркації сонних артерій, загальні сонні артерії стенозуються рідко. Підключичні артерії, як правило, мають поразку в першому сегменті, і дуже рідко процес локалізується в дистальних сегментах
Торакоабдомінальний відділ аорти	часто втягується в процес	цей сегмент аорти пошкоджується надзвичайно рідко
Ізольована поразка здухвинних і стегнових артерій	діагностують рідко	улюблені локалізації

Артеріальна гіпертензія	в молодих пацієнтів часто фіксують	в молодих пацієнтів вона буває рідко.
Виражений кальциноз уражених сегментів аорти	часто	у молодих пацієнтів з атеросклерозом кальциноз спостерігають рідко
При ультразвуковій ехолокації:	стінка уражених сегментів аорти й артерій стовщена, часто периаортальне запалення й фіброз	стовщений комплекс інтима-медіа, однак адвентиція й периаортальний простір, як правило, інтактні
На ангіограмах:	спостерігаються пролонговані сегментарні звуження, що плавно переходять у незмінні ділянки	звичайні локальні звуження з нерівними, а іноді поїденими краями

Критерії діагностики НАА (синдрому дуги аорти):

(Arned et al.: The American College of Rheumatology, 1990 Criteria for the classification of Takayasu Arteritis, *Arthritis Reum.* 33:1129-1134,1990.)

1. Початок захворювання у віці до 40 років.
2. Переміжна кульгавість (м'язові скарги при русі, як мінімум, в одній кінцівці, особливо в руці).
3. Ослаблена пульсація променевої й/або ліктьової артерії.
4. Різниця систолічного тиску на обох руках більш ніж на 10 мм рт.ст.
5. Судинні шуми над підключичною артерією при аускультатії (з однієї або по обидва боки) або над черевною аортою.
6. Ангіографічне виявлення типових судинних змін аорти, її гілок або більших артерій у проксимальних відділах верхніх або нижніх кінцівок (найчастіше фокально-сегментарні, стенозуючі або оклюзуючі зміни), які не можна пояснити атеросклерозом або фібромускулярною дисплазією або подібними причинами.

Про ймовірний НАА свідчить наявність щонайменше трьох із цих шести критеріїв.

М. Takayasu (М. Такаясу) - японський офтальмолог, що в 1908 р. описав у хворий 21 року зміни очного дна й виді артеріовенозних анастомозів і мікроаневризм; у наступних повідомленнях відзначено, що в пацієнтів з подібними змінами очного дна часто не прощупується пульс.

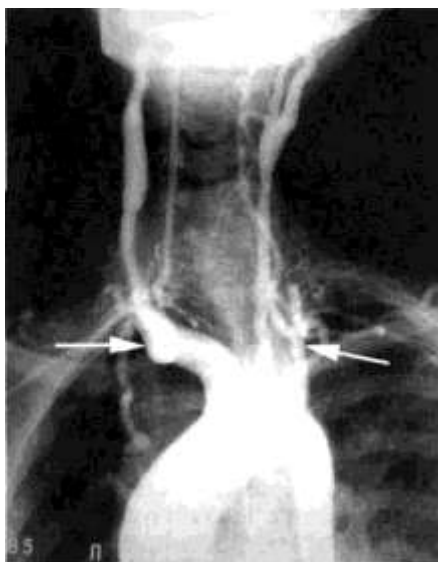


Рис. 24.1. Ангіограма хворої М., 24 р. Множинне ураження гілок дуги аорти. Стрілками позначені оклюзія лівої і правої підключичних артерій



Рис. 24.2. Мікропрепарат частини висхідній і дуги аорти; оклюзія брахіоцефальних стовбура, лівої сонної і лівий підключичної артерій, виражене потовщення і набряклість висхідного відділу аорти

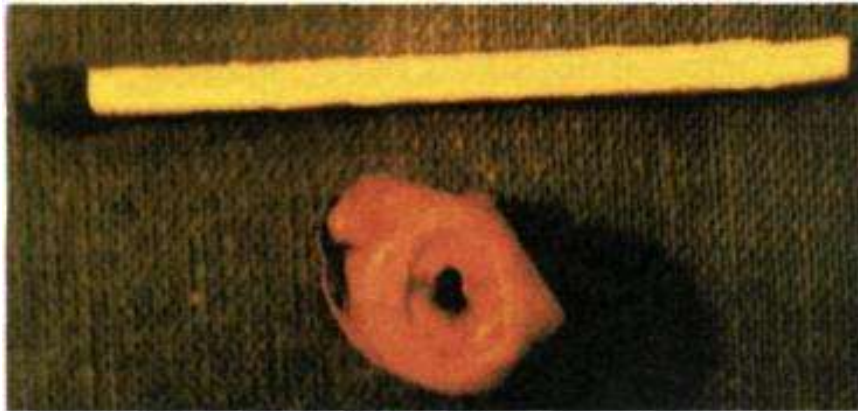


Рис. 24.3. Макропрепарат грудної аорти (поперечний розріз). Просвіт аорти пропускає сірникову голівку

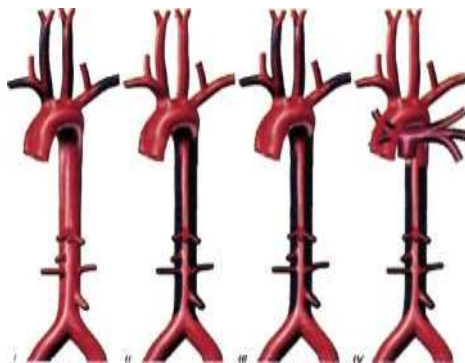


Рис. 24.4. Типи ураження аорти по класифікації E.Lupi-Herrera і ін.

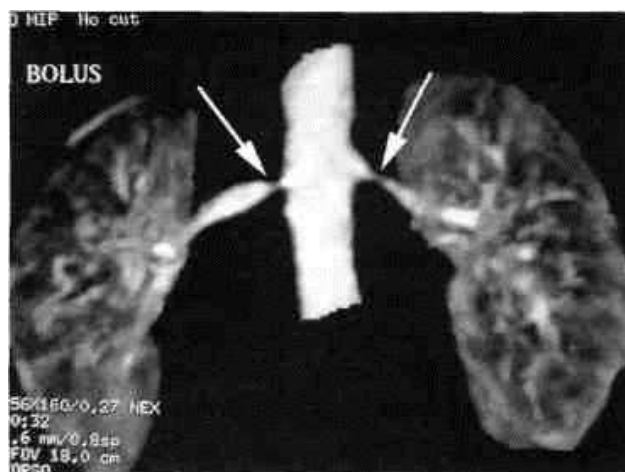


Рис. 24.5. Магнітно-резонансна ангиографія з контрастуванням. Стрілками позначені стенози обох ниркових артерій



Рис. 24.6. Компенсація кровообігу при оклюзії чревного стовбура і верхньої брижової артерії здійснюється за рахунок розвиненої дуги Ріолан (позначено стрілкою), функціонуючій в краніальному напрямку.

6.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Ситуаційні задачі

1. Визначите захворювання (стовпець 1), що відповідають локалізації поразки (стовпець 2).

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. Синдром Лериша. | д) біфуркація аорти. |
| 2. «Черевна жаба». | |
| 3. Синдром Такаюсу. | |

- а) верхньощелепна артерія;
- б) дуга аорти і її гілок;
- в) артерії підстави черепа;
- г) судини кишечника;

Еталон відповіді: 1-д, 2-г, 3-б.

2. Для синдрому дуги аорти нехарактерно: а) зникнення пульсу на верхніх кінцівках; б) зникнення пульсу на нижніх кінцівках; в) писальний спазм; г) запаморочення й головні болі; д) погіршення зору аж до повної сліпоти.

Еталон відповіді: б, в.

3. Хвора 24 років, має скарги на болі в руках, почуття оніміння, похолодання в передпліччях, кистях. почуття оніміння, похолодання в спокої. Погіршення в останній тиждень. При огляді шкірні покриви верхніх кінцівок звичайного коліру, але при стисканні й розтисканні пальців кисті протягом 1 мінути відзначається їх збліднення, похолодання, з'являються болі в пальцях. Активні рухи в суглобах у повному обсязі, розладу чутливості немає. Пульсація плечової артерії зменшена у дистальній третині плеча, на променевій і ліктьовій артеріях не визначається нечітко. Яке захворювання у хворої? Яке лікування показане хворій із приводу цього захворювання? Яке лікування варто рекомендувати хворій для профілактики повторних подібних захворювань?

Еталон відповіді: Неспецифічний аорто артеріт (синдром дуги аорти) з ураженням артерій верхніх кінцівок. Хворій показано консервативне лікування: терапія малими дозами (по 30-60 мг у добу) кортикостероїдів у сполученні з антиагрегантною терапією.

Література для студентів**I. Навчальна основна:**

1. Клиническая хирургия /под ред. Ковальчук Л.Я., Саенко В.Ф., Тернополь, Укрмедкнига, 2010).
2. Гринштейн Ю.И. Васкулиты. - Красноярск, 2010. - С.221.

II. Додаткова (наукова, методична):

1. Белова А.А., Архакова І.А., Оглобля О.Г. Лечение больных неспецифическим аортоартериитом с помощью методов экстракорпорального кровообращения//Тер. арх. - 2008. - Т.70, № 1. - С. 26-29.
2. Гринштейн Ю.И. Васкулиты. - Красноярск, 2009. - С.221.
3. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкына Н.П. Васкулиты и васкулопатии.-М., 2010.
4. Спиридонов А.А., Амбатьелло С Г., Самуи-Лова Д.Ш., Хургес И.С, Иванова Л.С, Дмитриева В.А. Иммунологические нарушения гомеостаза и методы их коррекции для программного предоперационного лечения больных неспецифическим аорта-артериитом//Хирургия. – 2009 - № 5- 6. - С. 23-29.

ТЕМА 25. ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ. ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА МІЖ НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ВОГНИЩЕВИМИ УТВОРЕННЯМИ І ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

1.Актуальність теми.

Погіршення гігієни дихання сучасної людини, сприяє порушенню захисних механізмів дихальної системи, зростаюча частота імунодефіцитних станів, обумовлених діабетом, алкоголізмом та іншими причинами, наростаюча обсемінітність антибіотикорезистентними штамми збудників розглядаються як чинники, що сприяють виникненню інфекційних деструкції легень.

Досить висока частота виникнення абсцесів легені при пневмоніях (від 2 до 5%), закритих травмах грудей (1,5-2%), вогнепальних пораненнях (1,5%). Не дивлячись на значні успіхи в лікуванні цієї патології, летальність при абсцесах легенів досягає 10 %, а при гангрені легені вона залишається вкрай високою – від 40 до 90%.

Найбільш часто емпієма плеври ускладнює перебіг гострих пневмоній (5-8%), абсцесів легень (9-11%), гангрені легені (80-95%). При закритих пошкодженнях грудної клітини емпієма плеври зустрічається в 3-5% випадків, а при проникаючих пораненнях – в 10-15%.

2.Конкретні цілі.

2.1. Знати: основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих з гнійними захворюваннями легень і плеври, методи лікування.

А також знати:

- анатомо-фізіологічні дані про легені та плевру;
- класифікацію гнійних захворювань легень та плеври;
- сучасні погляди на етіологію та патогенез захворювань легень та плеври;
- клінічну картину захворювань легень та плеври;
- методи діагностики та диференційної діагностики захворювань легень та плеври;
- принципи лікування захворювань легень та плеври, показання до різних методів лікування;
- особливості хірургічних втручань при захворюваннях легень та плеври;
- техніку виконання плевральної пункції;
- техніку «закритого» дренивання плевральної порожнини.

2.2. Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих з гнійними захворюваннями легень і плеври.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворого із захворюванням легень та плеври, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати біохімічного дослідження крові, дослідження отриманого ексудату, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її

аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з гнійними захворюваннями легень і плеври.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на гнійні захворювання легень і плеври, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.
(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія людини Гістологія Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Дольову структуру легень та анатомію плевральної порожнини, особливості кровообігу легень Гістологічну будову гематоальвеолярного бар'єру Фізіологію плеври та легень Патогенез захворювань легень та плеври Морфологічні зміни в легенях та плеврі Клінічні прояви та методи діагностики захворювань легень та плеври	Проводити фізикальне обстеження хворих з патологією легень та плеври
<i>Наступні дисципліни:</i> Госпітальна терапія Фтизіатрія Онкологія	За захворювання, що можуть призвести до гнійних захворювань легень і плеври	Провести диференційну діагностику із пневмоніями Провести диференційну діагностику із туберкульозом легень та його ускладненнями Проводити диференційну діагностику об'ємних утворів легень
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку гнійних захворювань легень і плеври в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів грудної порожнини. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику гнійних захворювань легень і плеври. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики

4. План і організаційна структура заняття

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з гнійними захворюваннями легень та плеври		+	
2.	Виконувати фізикальні методи обстеження Інтерпретувати дані рентгенологічного обстеження			+ +
3.	Проводити диференційну діагностику гнійних захворювань легень та плеври		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при гнійних захворюваннях легень та плеври		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори гнійних захворювань легень та плеври.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при гнійних захворювань легень та плеври.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію гнійних захворювань легень та плеври.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми гнійних захворювань легень та плеври.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики гнійних захворювань легень та плеври.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гнійних захворювань легень та плеври.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування гнійних захворювань легень та плеври.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізнити перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми.

торакального хворого		
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих з гнійними захворюваннями легень та плеври	Рентгенографія	Диференціювати об'ємні утворення в легенях, наявність патологічного вмісту в плевральній порожнині.
Визначити лікувальну тактику при гнійних захворювань легень та плеври	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування гнійних захворювань легень та плеври	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні дихальної функції. Трансторакальне дренивання абсцесу легені по Мональдї. Резекція легені Пункція плевральної порожнини «Закрите» та «відкрите» дренивання плевральної порожнини.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Абсцес легені	захворювання, що характеризується утворенням порожнини в легеневої тканині, відмежованій від непошкоджених відділів піогенною капсулою, що формується в процесі розвитку гнійного або гнилісного запалення в ній.
Гангрена легені	характеризується некрозом великого масиву легеневої тканини, залежно від об'єму якого (сегменти або частка легені), вірулентності мікрофлори, загального стану організму інфекційно-деструктивний процес може відмежовуватися від неуражених відділів запально-грануляційним «валом» або за відсутності відмежування і прогресу некрозу розповсюджуватися на всю легеню (поширена гангрена легені).
Бронхоектатична хвороба	придбане захворювання, що характеризується хронічним гнійним запаленням, що вражає всю товщу бронхіальної стінки з необоротною зміною її структури і функцій, виникає, як правило, в нижніх відділах легенів.
Емпієма плеври	гнійне або гнилісне запалення, що розвивається в плевральній порожнині із залученням до патологічного процесу парієтальної і вісцелярної плеври
Піопневмоторакс	вид гострої емпієми плеври, що виникає унаслідок прориву в плевральну порожнину легеневого гнійника

6.2. Теоритичні питання до заняття:

111. Анатомічна будова легень.
112. Анатомічна будова плеври.
113. Назвіть легеневі долі.
114. Назвіть легеневі сегменти.
115. Назвіть відділи плеври.
116. Скільки плевральної рідини міститься в нормі.
117. Назвіть класифікацію гнійних захворювань легень.
118. Назвіть класифікацію гнійних захворювань плеври.
119. Назвіть етіологію гнійних захворювань легень.
120. Назвіть етіологію гнійних захворювань плеври.
121. Який патогенез розвитку гнійних захворювань легень та плеври.
122. Яка клінічна картина абсцесу легень.
123. Яка клінічна картина гангрені легень.
124. Яка клінічна картина бронхоектатичної хвороби.
125. Яка клінічна картина емпієми плеври.
126. Яка клінічна картина піопневмотораксу.
127. Методи діагностики захворювань легень та плеври.
128. Диференційна діагностика захворювань легень та плеври.
129. Принципи лікування гнійних захворювань легень та плеври.
130. Показання до різних методів лікування гнійних захворювань легень та плеври.
131. Особливості хірургічних втручань при захворюваннях легень та плеври.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

6. Зібрати та оцінити скарги хворого із захворюванням легень та плеври, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
7. Визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
8. Правильно тлумачити результати біохімічного дослідження крові, дослідження отриманого ексудату, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
9. Визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
10. Призначити передопераційну підготовку хворим;
11. Вести післяопераційний період.
12. Виконати плевральну пункцію
13. Виконати «закрите» дренивання плевральної порожнини

6.4. Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Абсцес легені

Визначення	гнійна порожнина відмежована з усіх боків піогенною капсулою в процесі поступової деструкції легеневої тканини, така, що утворилася в центрі запального інфільтрату
Епідеміологія	Серед хворих переважають чоловіки у віці 30—35 років. Жінки хворіють в 6—7 разів рідше, що пов'язане з особливостями виробничої діяльності чоловіків, поширенішим серед них зловживанням алкоголем і курінням, ведучим до "бронхіту тих, що палять" і порушення дренажної функції бронхів
Етіопатогенез	Інфекція при абсцесі і пневмонії потрапляє в легені різними шляхами: 1) аспіраційним (бронхолегочний); 2) гематогенно-емболічним; 3) лімфогенним; 4) травматичним. Аспіраційний (бронхолегочний) шлях. Відбувається аспірація слизу і блювотних мас з ротової порожнини і глотки при несвідомому стані хворих, алкогольному сп'янінні, після наркозу. Інфікований матеріал (частинки їжі, зубний камінь, слина, блювотні маси), що містить велику кількість анаеробних і аеробних мікроорганізмів, може викликати запалення і набряк слизистої оболонки, звуження або обтурацію просвіту бронха. Розвивається ателектаз і запалення ділянки легені, розташованого дистальніше місця обтурації. Як правило, абсцеси в цих випадках локалізуються в задніх сегментах (II, VI), частіше в правому легені. Аналогічні умови виникають при закупорці бронха пухлиною, чужорідним тілом, при звуженні його просвіту рубцем (обтураційні абсцеси). Видалення чужорідного тіла і відновлення прохідності бронха нерідко приводять до швидкого лікування хворого. Гематогенно-емболічний шлях. Близько 7—9% абсцесів легені розвиваються при попаданні інфекції в легені з потоком крові з внелегочних вогнищ (септикопемія, остеомієліт, тромбофлебіт і т. д.). Дрібні судини легені при цьому тромбуються, внаслідок чого розвивається інфаркт легені. Уражена ділянка піддається некрозу і гнійному розплавленню. Абсцеси, що мають гематогенно-емболічне походження (зазвичай множинні), частіше локалізуються в нижніх долях легені. Лімфогенний шлях. Занесення інфекції в легку із струмом лімфу, спостерігається рідко, можливий при ангіні, медіастиніті, піддіафрагмальному абсцесі і так далі Травматичний шлях. Абсцес і гангрена можуть виникнути в результаті більш менш обширного пошкодження легеневої тканини при проникаючих пораненнях і закритій травмі грудної клітки.
Класифікація	I. По патогенезу: 1. Бронхогенних (зокрема аспіраційні і обтураційні).

	<p>2. Гематогенних (зокрема емболічні).</p> <p>3. Посттравматичних.</p> <p>III. По тяжкості: а) легкі; б) середнього ступеню тяжкості; у) важкі.</p> <p>IV. По характеру течії:</p> <p>1. Неускладнених.</p> <p>2. Ускладнених (емпіємою плеври, легеневою кровотечею, сепсисом, пневмонією протилежної легені і ін.).</p> <p>Крім того, абсцеси можуть бути: а) одиничними; б) множинними; у) односторонніми і г) двосторонніми.</p>
Клініка	<p>При типово протікаючому одиничному абсцесі в клінічній картині можна виділити два періоди: до прориву і після прориву абсцесу в бронх. Захворювання зазвичай починається з симптомів, характерних для гострої пневмонії, тобто з підвищення температури тіла до 38—40 °С, появи болю в боці при глибокому вдиху, кашлю, тахікардії і тахіпное, різкого підвищення числа лейкоцитів з переважанням незрілих форм. Ці симптоми характерні для важкого синдрому системної реакції на запалення. Другий період починається з прориву гнійника в бронхіальне дерево. Спорожнення порожнини абсцесу через крупний бронх супроводжується відходженням великої кількості неприємно пахнучого гною і мокроти, іноді з домішкою крові. Рясне виділення гною супроводжується зниженням температури тіла, поліпшенням загального стану.</p>
Діагностика	<p>-Скарги хворого, анамнез захворювання.</p> <p>-Загальний огляд хворого.</p> <p>-Фізикальні методи обстеження.</p> <p>-рентгенологічні методи дослідження.</p> <p>-Бронхоскопія.</p>
Диференційна діагностика	<p>В першу чергу інфекційні деструкції легенів слід диференціювати з кавернозною і деякими іншими формами туберкульозу легенів. Досить часто необхідна диференційована діагностика з раком легені. Негативні результати бронхофіброскопии не дозволяють виключити периферичну форму раки легені з розпадом. За наявності обґрунтованої підозри на новоутворення обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу (різні способи біопсії). Нерідко також необхідна диференціальна діагностика гострих абсцесів легенів з різними видами обмежених емпієм плеври (обмеженого піопневмотораксу, міжчасткової емпієми, апікальної емпієми) і так званими плевралегочними порожнинами, при яких однією із стінок порожнини є легенева тканина, що розпадається, інший — парієтальна плевра (емпієма плеври з деструкцією легені), піддіафрагмальними абсцесами. Найбільш інформативні в таких випадках ультразвукова і комп'ютерна томографія. В деяких випадках доводиться диференціювати абсцеси легенів від ехінококозу, особливо в ендемічно несприятливих районах і при відповідних анамнестичних даних, тим більше що нагниваюча ехінококова кіста практично є абсцесом легені паразитарної природи, з абсцедированим легеневою паренхіми при актиномікозі, аспергілезі легені з формуванням порожнини, що містить міцелій гриба, — так звана аспергиллома</p>
Лікувальна тактика	<p>Рациональні антибіотикотерапію проводять з урахуванням чутливості мікрофлори, що висівається з крові і мокроти. За відсутності даних про чутливість мікрофлори доцільно використовувати антибіотики широкого спектру дії: цефалоспорины III покоління (цефотаксим, цефтриаксон-роцефин) або II покоління (цефуросим, цефамандол). Дуже хороший ефект отриманий при лікуванні септичних деструктивних захворювань</p>

	<p>легенів антибіотиком тиенам (комбінований препарат — имипенем/циластатин). Це антибіотик ультраширокого спектру, що фактично діє на все клінічно значущі патогенні мікроорганізми. У зв'язку з цим його можна призначати при змішаній інфекції емпірично до отримання результатів посіву крові, мокроти, раневого відокремлюваного. Препарат накопичується в бронхолегочній системі у високій концентрації і утримується протягом тривалого часу (препарат вводять один раз в добу). Використовують також комбінацію цефалоспоринов з гента-мицином, метронидазолом. Крім внутрішньовенного, внутрішньом'язового або перорального введення антибіотиків, доцільно вводити їх безпосередньо в бронхіальне дерево у вигляді аерозоля або через бронхоскоп в бронх, що дронує абсцес, а також в порожнину абсцесу при його пункції у разі субплеврального розташування. Для повноцінного видалення гноїть і частинок тканини, що розпадається, з порожнини абсцесу і мокроти з бронхів доцільно проводити щоденну бронхоскопію. Іноді в бронх, що дронує порожнину абсцесу через бронхоскоп, вдається ввести тонкий дренаж для постійної аспірації вмісту і введення антибіотиків. Не слід забувати про призначення препаратів, що розширюють бронхи і розріджуючих слизисту мокроту. Це дозволяє ефективніше відкашлювати мокроту. Рекомендується проводити постуральний дренаж, щоб запобігти затіканню гноїть в здорову легеню (крім того, гній краще віддалятиметься при відкашлюванні). При гострому абсцесі перевага віддається консервативному лікуванню. Якщо воно виявляється безуспішним або хвороба ускладнилася емпією плевральної порожнини, а стан пацієнта не дозволяє провести радикальніше втручання, то виконують одномоментну (за наявності зрощень між вісцелярним і парієнтальним листками плеври) або двомоментну (за відсутності зрощень) пневмотомію по Мональдї. Останніми роками ці операції проводять все рідше, оскільки дронувати абсцес можна, пунктируючи його через грудну стінку, а також ввівши в порожнину абсцесу дренаж за допомогою троакара. Консервативне лікування безперспективне при абсцесах діаметром більше 6 см, при дуже товстій, нездбній до зморщування (зменшенню) капсулі абсцесу, при загальній інтоксикації організму, невіддатливій повноцінній комплексній терапії. У цих випадках можна рекомендувати операцію — резекцію частки або сегменту легені вже в гострому періоді.</p>
--	---

Бронхоектатична хвороба

Визначення	придбане захворювання, що характеризується хронічним гнійним запаленням, що вражає всю товщу бронхіальної стінки з необоротною зміною її структури і функцій, виникає, як правило, в нижніх відділах легенів. Вона є патологією переважно дитячого віку.
Етіопатогенез	Провідне значення в розвитку бронхоектатичної, хвороби має порушення прохідності бронхів (середніх і дрібних), що приводить до формування обтураційного ателектаза. У частини хворих є, як указувалося вище, природжена схильність до спадання стінок бронха (недорозвинення хрящових кілець і гладком'язових волокон), а також зниження активності сурфактанту, підвищена в'язкість мокроти (при муковисцедозе), з формуванням щільних слизистих пробок, обтуравальних просвіт бронхів. У дітей податлива стінка бронха, нерідко, здавлюється збільшеними лімфовузлами при бронхоаденіті, частіше туберкульозному, пневмоніях, особливо коровий, інших респіраторних інфекціях, що викликають гіперплазію лімфоїдної тканини. Нижче за місце обтурації починає скупчуватися бронхіальний секрет.

Класифікація	<p>Класифікація бронхоектазів</p> <p>I. За походженням:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Природжені (зокрема що поєднуються з іншими пороками розвитку — синдром Зіверта—картагенера) 2. Придбані (при бронхоектатичній хворобі). <p>II. По переважній поразці структур легені:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. З переважною поразкою легеневої паренхіми. 2. З переважною поразкою бронхів. <p>III. За формою бронхоектазів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Циліндрових. 2. Мешотчатіє. 3. Веретеноподібних. 4. Змішаних. <p>IV. По клінічній течії:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ремісія. 2. Загострення. 3. Безперервно рецидивуюча течія. <p>V. По наявності ускладнень:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неускладнена течія. 2. Ускладнене: <ul style="list-style-type: none"> — легеневою кровотечею; — кровохарканням; — піопневмотораксом; — абсцедуванням. <p>VI. За станом функції зовнішнього дихання:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Без дихальної недостатності. 2. Дихальна недостатність I, II і III ст. 3. Легенево-серцева недостатність.
Клініка	<p>Основною скаргою пацієнтів, яка приводить їх до лікаря, є кашель. Він, як правило, постійний, продуктивний, посилюється в періоди переохолодження, особливо на піке гострих респіраторно-вірусних захворювань в осінньо-весняні періоди. Кількість мокроти може бути значною — до 200—300 мл в добу, характер її переважно гнійний в періоди загострення і слизово-гнійний з жовтуватим відтінком поза ним. Найбільша кількість мокроти відкашлюється вранці («повним ротом») і менше протягом дня або збільшується при фізичному навантаженні і в постуральному положенні. У мокроті можуть бути прожилки крові, що також є частою причиною звернення хворого до лікаря. Нерідко є задишка при фізичному навантаженні, що свідчить про значне залучення до патологічного процесу легеневої паренхіми. Підвищення температури тіла часто супроводжується збільшенням кількості откашливаної мокроти гнійного характеру, що зазвичай спостерігається в періоди загострення захворювання. Ретельно зібраний анамнез захворювання має велике значення в його розпізнаванні і визначенні причинних чинників розвитку бронхоектатичної хвороби (пневмонії, кашлюк, кір, туберкульоз). Для цього необхідний цілеспрямований розпрос батьків хворого, які можуть відзначити початок розвитку хронічної легеневої патології (хронічної пневмонії, хронічного бронхіту) навіть в ранньому дитячому віці.</p>
Діагностика	<ul style="list-style-type: none"> -Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -рентгенологічні методи дослідження.

	-Бронхоскопія.
Диференційна діагностика	слід проводити внутрисиндромно (bronхоектатична хвороба, бронхоектази як прояв інших патологічних процесів — хронічного бронхіту, туберкульозу; бронхоектази при природженій патології — кістозній гіпоплазії, трахеобронхомегалії, синдромі Зіверта—картагенера і ін.).
Лікувальна тактика	Наявність бронхоектазів — розширення бронхів, що супроводжується хронічним гнійно-запальним процесом в них спонукає оцінити можливість і необхідність в першу чергу у виконанні радикальної операції, — видалення патологічного осередку. Необхідно враховувати, що тривале існування гнійного запалення неминуче приводить до розповсюдження патологічного процесу на всі відділи бронхіального дерева (дифузний хронічний бронхіт), респіраторних відділів легені (хронічна пневмонія, пневмофіброз, емфізема) і потім надає виражену системну дію (дистрофія паренхіматозних органів, амілоїдоз). Операція не показана хворим в I—II стадії бронхоектатичної хвороби, коли наполегливе і кваліфіковане консервативне лікування може «розірвати» патологічний круг, що формується, і привести до багаторічної ремісії, а у багатьох хворих і до практичного одужання. Це лікування включає інтенсивну санацію бронхіального дерева (постуральний дренаж, засоби, що полегшують виведення мокрот, інгаляції, санаційні бронхоскопії), антибактеріальну терапію за свідченнями (висока лихоманка, пневмонія, абсцедирование). При виражених проявах гнійної інтоксикації проводиться цілеспрямована інфузійна, замісна і детоксикаційна терапія. Операція неможлива у хворих з поширеним (тотальним) характером поразки бронхіального дерева і малоперспективна за наявності супутнього обструктивного бронхіту з вираженою дихальною недостатністю, легенеvim серцем. Таким чином, свідченням до хірургічного лікування бронхоектатичної хвороби є локалізована її форма, тобто коли функція видалених відділів легені компенсується достатнім об'ємом повноцінної легеневої паренхіми, що збереглася. При цьому операція можлива навіть при двосторонніх локалізованих бронхоектазіях (одномоментна резекція або послідовні операції з деяким проміжком часу) за умови збереження достатнього об'єму (не менше 8-10 сегментів) повноцінної легеневої тканини.

Емпієма плеври

Визначення	скупчення гнійного ексудату в плевральній порожнині
Етіопатогенез	Майже у 90 % хворих емпієма плеври виникає у зв'язку із запальними процесами в легенів (на тлі гострої пневмонії 5 %, абсцесу легені 9—11 %, при гангрені легені 80—95 %). У етіологічній структурі емпієм плеври, за даними останніх досліджень, переважають стафілококи, стрептококи, синегнойная паличка, протей. Більш ніж в третині випадків ці мікроорганізми знаходяться в асоціації з численними видами неклостридиальної анаеробної мікрофлори (бактероїди, фузобактерии, пептострептококки).
Класифікація	1. закрыта, відкрита. 2. тотальна, субтотальна, відмежована (апикальна, пристінкова, базальна, міждольова).
Клініка	Всі форми гострої емпієми плеври мають загальні симптоми: кашель з виділенням мокрот, задишка, болі в грудях, підвищення температури тіла, а також ознаки інтоксикації організму. По сучасних уявленнях, клініка емпієми плеври укладається в картину важкого синдрому системної реакції на запалення, яка при невчасних лікувальних заходах може дати початок розвитку сепсису і поліорганної недостатності. У більшості хворих є

	задишка у спокої, ціаноз губ і грон рук, що свідчать про виражену дихальну недостатність, кисневе голодування і ацидоз. Пульс зазвичай прискорений до 110—120 в 1 мин. Температура тіла, як правило, висока і іноді, особливо при гнильній і неклостридиальной анаеробною інфекціях, має гектический характер. Клінічна картина схожа на сепсис (необхідні неодноразові посіви при виявленні інфекції).
Діагностика	<ul style="list-style-type: none"> -Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -рентгенологічні методи дослідження. -Бронхоскопія.
Диференційна діагностика	<p>Емпієму плеври потрібно диференціювати із специфічною (туберкульозним, микотическим) поразкою плеври, коли первинний процес передую розвиту емпієми плеври. Правильний діагноз дозволяє встановити цілеспрямоване дослідження ексудату (на мікобактерії туберкульозу, гриби), серологічні проби, біопсія пункції плеври, а також торакаскопія з біопсією. Достатньо відповідальною є диференціальна діагностика емпієми плеври з великими субкортикальними, пристеночними абсцесами (так звані плеврорегочные порожнини), оскільки пункція і трансторакальне дренивання такого гнійника не завжди виправдано і приводить до серйозних ускладнень. У цих випадках обов'язкове дослідження томографії, бажано комп'ютерна томографія. Це ж відноситься до діагностики великих кіст легені, повітря, що містять, і рідину, а також нагниваючих ретенційних кіст, що розвиваються в «блокованому» бронху і нагадують міжчасткову осумковану емпієму плеври.</p>
Лікувальна тактика	<ol style="list-style-type: none"> 1) відокремлення плевральної порожнини і воздухоносных шляхів за допомогою тимчасової ендобронхіальної оклюзії ураженого бронха пробкою або катетером Фогерті; 2) санацію емпіємной порожнини; 3) розпрямлення легені (ліквідація емпіємной порожнини); 4) корекцію порушень гомеостазу, викликаних розвитком гнійного запалення; 5) лікування патологічного процесу в легені, що зумовив виникнення гнійного процесу в плевральній порожнині. <p>При об'ємі ексудату до 300 мл і відсутності бронхоплеврального повідомлення (при цьому у міру евакуації вмісту в плевральній порожнині створюється розрідження) можна обмежитися лікуванням методом пункції, дотримуючи наступні вимоги:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повна аспірація вмісту емпіємной порожнини при кожній пункції. 2. Промивання порожнини розчином антисептика до чистого промивного розчину, причому об'єм розчину, що одноразово вводиться, не повинен перевищувати об'єму евакуйованого гноїть (запобігання розшаруванню зрощень і інфікування інших відділів плевральної порожнини). 3. Після промивання порожнини створення в ній максимального розрідження. 4. Введення в порожнину перед витяганням голки добової дози ефективного антибіотика (бактерицидного, широкого спектру дії до отримання результатів бактеріологічного дослідження) в невеликому об'ємі його розчину (у 10 разів менше, ніж об'єм порожнини). За наявності в ексудаті пластівців або згортків фібрину, що перешкоджають аспірації, склад розчину, що «залишається» в порожнині, доповнюється протеолітичними ферментами

**Лабораторна та інструментальна діагностика
Рентгенологічного дослідження.**

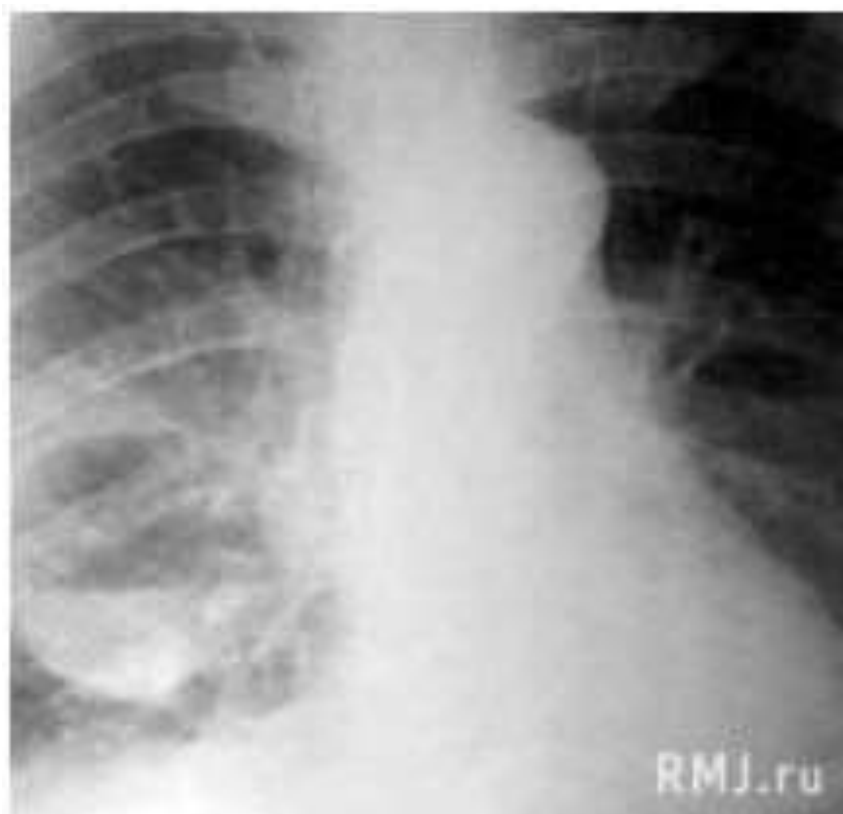


Рис. 25.1. Хворий Н., 30 років. Гострий абсцес середньої долі правої легені



Рис. 25.2. Хворий М., 48 років. Хронічний абсцес правої легені



Рис. 25.3. Хвора М., 58 років. Осумкований піопневмоторакс



Рис. 25.4. Хвора М., 38 років. Бронхоектази нижньої долі лівої легені (бронхограмма в бічній проекції)



Рис. 25.4. Хвора М., 18 років. Кіста, що нагноїлась, верхньої долі правої легені (бокова проекція)

Лабораторне обстеження.

1. Загальний аналіз крові.

Гемоглобін – 138г/л.

Еритроцити – $3,8 \times 10^{12}$ /л.

Кольоровий показник – 1,05.

Лейкоцити – $13,2 \times 10^9$ /л.

Тромбоцити – 220×10^9 .

ШОЕ – 32 мм/год.

Нейтрофіли:

палочки – 9%;

сегменти – 58%;

Еозинофіли – 1%.

Базофіли – 0%.

Лімфоцити – 26%.

Моноцити – 6%.

2. Біохімічне дослідження крові.

Загальний білок – 55 г/л.

Альбумін – 35 г/л.

Креатинін – 115 мкМ/л.

Сечовина – 8,3 мМ/л.

Холестерин – 5,6 мМ/л.

Тригліцириди – 0,7 мМ/л.

Тимолова проба – 4 од. мутн.

АлАТ – 16 Од./л.

Білірубін загальний – 17,8 мкМ/л.

Глюкоза натще – 4,5 мМ/л.

3. Коагулограмма.

Фібриноген – 4, 25 г/л.

ПТІ – 106%.

β – фібриноген - ++

4. Склад плевральної рідини (приклад норми).

Питома вага – 1015.

Колір – солом'яно-жовтий.

Прозорість – повна.

Не в'язка.

Не має запаху.

Клітинний склад:

загальна кількість еритроцитів 2000-5000 в мм³;

загальна кількість лейкоцитів 800-900 в мм³;

нейтрофіли до 10%;

еозинофіли до 1%;

базофіли до 1%;

лімфоцити до 23%;

ендотелій до 1%;

плазматичні клітини до 5%.

Білок 1,5-2 г на 100 мл (15-25 г/л).

ЛДГ 1.4 - 1.7 ммоль/л.

Глюкоза 20-40 мг на 100 мл (2.1 - 2.2 ммоль/л).

pH 7.2.

7. Завдання для самоконтролю.***A. Завдання для самоконтролю (тестові завдання).***

11. Гнійний гострий плеврит характеризується:

- 1) задишкою у спокої
- 2) високою температурою
- 3) наявністю рідини в плевральній порожнині
- 4) болями в грудній клітині
- 5) зміщенням середостінням у хворий бік

12. При прориві абсцесу легені і при надходженні гною і повітря в плевральну порожнину спостерігається:

- 1) різкий біль у боці
- 2) сильний кашель
- 3) поверхневе дихання
- 4) тахікардія
- 5) здавлення легені і зміщення органів середостіння в здоровий бік

13. Вкажіть найбільш ефективний метод лікування хворих на гостру емпієму плеври:

- 1) внутрішньотрахеальна інсуфляція антибіотиків з протеолітичними ферментами
- 2) торакотомія з плевректомією
- 3) дренивання плевральної порожнини по Бюлау
- 4) дренивання плевральної порожнини з постійною активною аспірацією
- 5) пункція плевральної порожнини з евакуацією гною

14. Для уточнення діагнозу гострого плевриту при накопиченні рідини в плевральній порожнині основну роль грає метод дослідження:

- 1) рентгенографія грудної клітини
- 2) комп'ютерна томографія
- 3) пункція плевральної порожнини

- 4) ультразвукове дослідження
15. Чоловік 40 років після алкогольного сп'яніння протягом 4-5 годин проспав на вулиці. Через 2 дні у нього підвищилася температура, з'явилися болі в грудній клітці. Поступове підвищення температури до 39° С. Через 2 тижні раптово при кашлі відійшло близько 200 мл гною з неприємним запахом. Який найбільш імовірний діагноз?
- 1) гострий абсцес легені
 - 2) бронхоектатична хвороба
 - 3) плеврит
 - 4) загострення хронічного бронхіту
 - 5) рак легені з розвитком пневмоніту
16. Ускладнення гострого абсцесу легень.
- 1) піопневмоторакс.
 - 2) амілоїдоз нирок.
 - 3) малігнізація.
 - 4) флегмона грудної стінки.
 - 5) медіастиніт
17. Основний спосіб санації гострого абсцесу легень.
- 1) Трахеоцентез.
 - 2) Пункція трахеї.
 - 3) Інгаляції.
18. Ускладнення плевральної пункції.
- 1) Пневмоторакс.
 - 2) Емболія.
 - 3) Пневмомедіастиніт.
 - 4) Гемоперикард.
19. Рідина розташована в плевральній порожнині по лінії Дамуазо при:
- 1) Ексудативному плевриті.
 - 2) Медіастиніті.
 - 3) Пневмотораксі.
 - 4) Піопневмотораксі.
20. Перкуторні дані при ексудативному плевриті:
- 1) Притуплення перкуторного звуку.
 - 2) Тимпаніт.
 - 3) Тимпаніт з металічним відтінком.
21. Піопневмоторакс - це ускладнення:
- 1) Гангрени легень.
 - 2) Закритої травми грудної клітки.
 - 3) Емпієми плеври.
 - 4) Бронхоектатичної хвороби.
 - 5) Ексудативного плевриту.
22. Аускультативні дані при піопневмотораксі:
- 1) Відсутність дихання.
 - 2) Амфоричне дихання.
 - 3) Бронхіальне дихання.
 - 4) Вологі хрипи.
 - 5) Сухі хрипи.
23. Лікування піопневмотораксу:
- 1) Дренування плевральної порожнини.
 - 2) Ушивання нориці.
 - 3) Плевральна пункція.
 - 4) Пульмоностомія.

- 5) Сегментарна резекція легені.
24. Рентгенологічні ознаки гострої емпієми плеври:
 - 1) Наявність рівня рідини по лінії Дамуазо.
 - 2) Високе стояння діафрагми.
 - 3) Колапс легені.
 - 4) Колапс легені з горизонтальним рівнем рідини.
 - 5) Ателектаз легені.
25. Причини виникнення гострого абсцесу легень:
 - 1) Пневмонія.
 - 2) Медіастиніт.
 - 3) Емпієма плеври.
 - 4) Туберкульоз.
 - 5) Піопневмоторакс.
26. Аускультативна картина гострого абсцесу після дренажу через бронх:
 - 1) Амфоричне дихання.
 - 2) Ослаблене дихання.
 - 3) Бронхіальне дихання.
 - 4) Відсутність дихання.
27. Покази до оперативного втручання при гострому абсцесі легень:
 - 1) Кровотеча.
 - 2) Піопневмоторакс.
 - 3) Прорив абсцесу в бронх.
 - 4) Емпієма плеври.
 - 5) Флегмона грудної стінки.

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

11. При госпіталізації у стаціонар у хворого відмічається висока температура (до 39° С), біль у грудях, неприємний запах із рота, вологий кашель із гнійним мокротинням невеликої кількості. Про яке захворювання у першу чергу можна думати? Які додаткові методи обстеження необхідно призначити? Лікувальна тактика?
12. У хворого з клінічною картиною абсцесу легені виникло масивне кровохаркання, різке погіршення загального стану, гіпотензія. Про яке ускладнення можна подумати? Яка хірургічна тактика?
13. При госпіталізації до стаціонару у хворого відмічається висока температура, помірний біль у грудях, сухий кашель, аускультативно над правою легенею дихання не прослуховується, перкуторно – тупий звук. Про яке захворювання можна в першу чергу думати? Яке ускладнення можна запідозрити при появі гнійного мокротиння?
14. У хворого 48 років на сьому добу після появи помірної болю в грудях, надривного кашлю, гарячки до 39° С з'явилося харкотиння з неприємним запахом. Проте стан хворого залишається тяжким, за добу виділяє більше 600 мл сіро-зеленого харкотиння, зберігаються гектичні перепади температури тіла. На рентгенограмі – на тлі неомогенного затемнення нижньої долі правої легені виявляється порожнина з горизонтальним рівнем рідини. Яке захворювання найбільш вірогідне?
15. Хворий А., 37 років, поступив із скаргами на кашель з виділенням гнійного харкотиння до 150 мл на добу, болі в правій половині грудної клітки, підвищення температури до 38 град.С. Хворіє на протязі двох тижнів. За день до поступлення в клініку на висоті кашлевого приступу відійшло дл 300 мл гнійного харкотиння з неприємним запахом. При огляді: вкорочення перкураторного легеневого звуку

- під правою лопаткою, там же - ослаблене везикулярне дихання. Попередній діагноз?
16. Хворому на двосторонній гідроторакс неодноразово проводили плевральні пункції з обох сторін. Після чергової пункції погіршення стану, лихоманка, болі у грудях. Наступного дня лікуючим терапевтом під час плевральної пункції справа одержано гній. Який механізм виникнення правосторонньої гострої емпієми?
 17. У хворого 45 років з гострим абсцесом лівої легені при кашлі раптово виникли сильні болі в грудній клітці, задуха, посилилась тахікардія. При рентгенологічному контролі зліва виявлено колабовану ліву легеню, повітря в лівій плевральній порожнині з горизонтальним рівнем рідини. Який механізм виникнення даного ускладнення?
 18. Хворий А., 42 років, переведений в клініку із терапевтичного відділення, де на протязі двох місяців лікувався з приводу гострого абсцесу верхньої долі правої легені. Проводилось лікування: внутрим'язеве введення антибіотиків, сульфаніламідні препарати. Покращення незначне. Залишається кашель з виділенням гнійного харкотиння 80-100 мл на добу з неприємними запахом, температура підвищена (37,6 град.С). Діагноз?
 19. Хворий Д., 39 років, захворів гостро після переохолодження підвищилась температура до 40 град.С, появились болі в грудній клітці справа, блювота із харкотинням з смердучим запахом. Зловживає куривом і алкоголем. Об'єктивно: загальний стан важкий, температура - 39 град.С, виражені ознаки гнійної інтоксикації і дихальної недостатності. Рентгенологічно: на фоні масивного затемнення верхньої і середньої долі визначаються порожнини різних розмірів з горизонтальним рівнем рідини. Діагноз?
 20. Хворий Л., 36 років, поступив із скаргами на кашель з виділенням гнійного харкотиння дл 150 мл на добу, кровохаркання, періодично підвищення температури до 37,8 град.С, понижений апетит, загальну слабкість. Хворіє на протязі 10 років, загострення захворювання навесні і восени. Об'єктивно: блідість, легкий акроціаноз, потовщення нігтьових фаланг пальців. Аускультативно: вологі хрипи під лівою лопаткою. На рентгенограмах - розширення кореня легені, тяжистість і ячеїстість легеневого рисунку зліва. Який найбільш достовірний метод для уточнення діагнозу?

Лігература

1. Основна:
 - а) Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов / Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко. – СПб: «Специальная литература», 1998. – 517 с.
 - б) Частная хирургия / Учебник под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1991.
 - в) Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник. – М.: Медицина, 1997. – 672 с.
2. Додаткова:
 - а) Помелов В.С. и соавт. Клиника, диагностика и лечение абсцессов лёгкого // М.: Медицина, 1976 г., 120 с.
 - б) Колесников И.С., Вихриев Б.С. Абсцессы легких / Л.: Медицина, 1973 г.
 - в) Александровский Б.П., Барнебойм А.М.. Дифференциальная диагностика в пульмонологии / Киев: «Здоровье»,. 1973 г

ТЕМА 26. ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ. КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОТОРАКСУ, ГЕМОТОРАКСУ І ХІЛОТОРАКСУ. ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

1.Актуальність теми

Механічні пошкодження грудей називають закритими, якщо немає порушення цілості шкірних покривів цієї області. У мирний час такі пошкодження зустрічаються в 9-10 разів частіше відкритих і складають близько 9% загального числа травм. Їх виявляють у 40-45 % загиблих унаслідок механічних травм. Протягом останніх десятиліть цей вид пошкоджень став частішим, що пов'язують з інтенсифікацією і збільшенням швидкості руху транспортних засобів, широким розповсюдженням будівництва висотних споруд та іншими причинами. Пошкодження грудей є безпосередньою причиною загибелі кожного четвертого і зустрічаються у кожного другого постраждалого в результаті дорожньо-транспортних пригод. У Велику Вітчизняну війну серед всіх інших причин закритих травм грудей пошкодження від вибухової хвилі склали 58,5 %.

Розміщені в грудній клітині життєво важливі органи значно відрізняються один від одного по щільності, консистенції, мобільності та здібності сприймати дію травмуючої сили. Вірогідність швидкого розвитку загрозливих для життя станів (клапанний пневмоторакс, гемоторакс, тампонада серця, ателектаз легені) вимагає від лікаря гарного знання клініки цієї патології, вміння швидко розпізнавати її і ухвалити найбільш раціональне рішення щодо характеру і змісту медичної допомоги.

При закритій травмі грудей найчастіше ушкоджуються легені (60,0 %), ребра (45,4 %), серце (7,7 %), хребет (4,8 %), діафрагма (3,7 %), крупні судини (3,0 %), крупні бронхи (2,6 %).

Відкриті пошкодження можуть бути непроникаючі і проникаючі, сліпі або крізні, без пошкодження або з пошкодженням внутрішніх органів, кісток. Як правило, вони ускладнюються закритим, відкритим або клапанним пневмотораксом, гемотораксом, гемопневмотораксом, гемоперикардом.

Проникаючі поранення грудей є небезпечнішими для життя потерпілих, у зв'язку з можливим пошкодженням внутрішньогрудних органів і розвитком внутрішньої кровотечі, емфіземи середостіння, наростаючої легенево-серцевої недостатності.

2.Конкретні цілі.

2.1. *Знати:* основні положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих з травмою грудної клітини.

А також знати:

- анатоμο-фізіологічні дані про грудну клітину та органи середостіння;
- 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 дренивання плевральної порожнини.

2.2. *Вміти:* збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику у хворих з травмою грудної клітини.

Також вміти:

- зібрати та оцінити скарги хворого із травмою грудної клітини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;

- визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- правильно тлумачити результати клінічних аналізів, плевральної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
- вміти надавати першу допомогу при травмах грудної клітини;
- визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
- призначити передопераційну підготовку хворим;
- вести післяопераційний період.

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з травмою грудної клітини.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими з травмою грудної клітини, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. 3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни: Анатомія людини	Анатомію грудної клітини	
Нормальна фізіологія Патологічна фізіологія Патологічна анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб	Фізіологію кровообігу. Патогенез розвитку. Морфологічні зміни в легенях. Клінічні прояви та методи діагностики.	Проводити фізикальне обстеження хворих із травмою грудної клітини
Внутрішньопредметна інтеграція Бешиха Хронічний лімфостаз Тромбоз підколінної артерії	Питому частку хворих із травмою грудної клітини в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Проводити диференційну діагностику ускладнень, що виникають при травмі грудної клітини. Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики.

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих із травмою грудної клітини		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд грудної клітини; -визначення кольору та оцінку шкірної температури -визначення пульсації артерій в типових місцях			+ + + +
3.	Проводити диференційну діагностику пневмотораксу, гемотораксу, перелому ребер		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при травмах грудної клітини		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори травм грудної клітини.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при травмі грудної клітини.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію травм грудної клітини.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми травм грудної клітини.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики травм грудної клітини.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики травм грудної клітини.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування травм грудної клітини.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження торакального хворого	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> Огляд, перкусія, пальпація та аускультация хворих.	Розрізняти перкуторні звуки, голосове тремтіння, аускультативні шуми.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень хворих з травмою грудної клітини	Рентгенографія Плевральна пункція	Диференціювати об'ємні утворення в легенях, наявність патологічного вмісту в плевральній порожнині. Розрізняти характер отриманого вмісту.
Визначити лікувальну тактику при травмі грудної клітини	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується на початкових стадіях захворювання та обов'язково доповнює хірургічне лікування <u>Оперативні втручання</u> Основний метод лікування хворих з ускладненою травмою грудної клітини	-Терапія полягає в дезінтоксикації, застосуванні протимікробних препаратів, покращенні дихальної функції. Пункція плевральної порожнини «Закрите» та «відкрите» дренирування плевральної порожнини.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів,

оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гемоторакс	скупчення крові в плевральній порожнині.
Пневмоторакс	скупчення повітря в плевральній порожнині

6.2. Теоритичні питання до заняття:

132. Анатомічна будова легень.
133. Анатомічна будова плеври.
134. Назвіть легеневі долі.
135. Назвіть легеневі сегменти.
136. Назвіть відділи плеври.
137. Скільки плевральної рідини міститься в нормі.
138. Назвіть класифікацію травм грудної клітини.
139. Назвіть етіологію травм грудної клітини.
140. Який патогенез в розвитку ускладнень травм грудної клітини.
141. Яка клінічна картина геиотораксу.
142. Яка клінічна картина пневмотораксу.
143. Яка клінічна картина пневмогемотораксу.
144. Яка клінічна картина піопневмотораксу.
145. Методи діагностики травм грудної клітини.
146. Диференційна діагностика захворювань легень та плеври.
147. Принципи лікування травм грудної клітини.
148. Показання до різних методів лікування травм грудної клітини.
149. Особливості хірургічних втручань при травмі грудної клітини.

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

59. зібрати та оцінити скарги хворого із травмою грудної клітини, дані анамнезу, провести фізикальне дослідження та вірно трактувати отримані результати;
60. визначити раціональний об'єм лабораторних та інструментальних методів дослідження;
61. правильно тлумачити результати клінічних аналізів, плевральної пункції, УЗД, комп'ютерної томографії, рентгенологічних методів дослідження;
62. вміти надавати першу допомогу при травмах грудної клітини;
63. визначити показання до операцій та інших методів лікування хворих;
64. призначити передопераційну підготовку хворим;
65. вести післяопераційний період.

6.4.Зміст теми:

Граф логічної структури теми.

Пошкодження грудної клітки та грудної порожнини відносяться до найбільш тяжких травм, що зустрічаються як у мирний час, так і під час бойових дій. У мирний час тяжка травма грудної клітки разом з пошкодженнями черепа займають основне місце серед причин загибелі постраждалих, особливо на дорогах. Приблизно у половини з 50 000–

60 000 чоловік, які гинуть щорічно в результаті автомобільних катастроф у США, смерть настає в результаті пошкоджень органів грудної порожнини. Під час бойових дій торакальна травма спостерігається у кожного десятого пораненого й по частоті поступається тільки пошкодженням кінцівок.

Пошкодження грудної клітки розділяють на закриті травми та поранення. Поранення, особливо нанесені холодною зброєю, більш характерні для бойових дій, однак зустрічаються і в мирний час. Вони діляться на проникні й непроникні, наскрізні та сліпі. Проникні поранення грудної клітки характеризуються пошкодженням парієтальної плеври, проникненням повітря в плевральну порожнину через раньовий канал з формуванням пневмотораксу. Одночасно визначається накопичення крові в плевральній порожнині — гемоторакс.

Класифікація травм грудної клітки (П.А.Купріянов, 1950; М.Г. Шрайбер, 1973; М.В. Шеляховський, 1977)

I. Закриті пошкодження

1. Без пошкоджень внутрішніх органів:

- 1) без пошкоджень кісток;
- 2) з пошкодженням кісток (без парадоксальних або з парадоксальними рухами грудної клітки).

2. З пошкодженням внутрішніх органів:

- 1) без пошкодження кісток;
- 2) з пошкодженням кісток (без парадоксальних або з парадоксальними рухами грудної клітки).

II. Поранення

1. Непроникні поранення (сліпі та наскрізні):

- 1) без пошкодження внутрішніх органів:
 - а) без пошкодження кісток;
 - б) з пошкодженням кісток;
- 2) з пошкодженням внутрішніх органів:
 - а) без гемотораксу, з малим та середнім гемотораксом;
 - б) зі значним гемотораксом.

2. Проникні поранення (наскрізні, сліпі):

- 1) з пораненням плеври та легені (без гемотораксу, з малим, середнім і значним гемотораксом):
 - а) без відкритого пневмотораксу;
 - б) з відкритим пневмотораксом;
 - в) з клапанним пневмотораксом;
- 2) з пораненням переднього відділу середостіння:
 - а) без пошкодження органів;
 - б) з пошкодженням серця;
 - в) з пошкодженням великих судин;
- 3) з пораненням заднього відділу середостіння:
 - а) без пошкодження органів;
 - б) з пошкодженням трахеї;
 - в) з пошкодженням стравоходу;
 - г) з пошкодженням аорти;
 - д) з пошкодженнями органів середостіння в різних поєднаннях.

В останні десятиріччя з ростом транспортного та промислового травматизму відзначається збільшення питомої ваги тяжких, в тому числі й поєднаних травм. Раніше лікування постраждалих у більшості випадків успіху не мало. Однак в сучасний період,

завдяки досягненням реаніматології, загальної і особливо торакальної хірургії, можливості надання невідкладної хірургічної допомоги збільшилися. У зв'язку з цим важливого значення набуває сучасна діагностика пошкоджень грудної порожнини та їх ускладнень. Однак визначення стану скелета й внутрішніх органів, особливо при тяжких поєднаних травмах декількох анатомічних зон, нерідко утруднене й супроводжується великою кількістю діагностичних помилок.

Гемоторакс

Визначення	скупчення крові в плевральній порожнині
Етіопатогенез	Нерідко при важкій механічній травмі грудей, особливо якщо вона поєднується з пошкодженням інших областей тіла і супроводжується значною крововтратою і артеріальною гіпотензією, на тлі дихальної і серцево-судинної недостатності у постраждалих формується синдром «шокової (вологого) легені». Його виникнення пов'язане в основному з напругою і зривом негазообмінних функцій легенів, які перш за все забезпечують очищення такою, що притікає з великого круга кровообігу венозної крові від клітинних агрегатів, мікрозгортків фібрину, крапель деземулгированного жиру і інших мікроемболів, мікробів, а також біологічно активних речовин (кинінов, серотоніна, гістаміну, норадреналіну і т. п.). Велике значення в етіології цього синдрому надається підвищенню в'язкості крові і адгезивно-агрегаційних властивостей її формених елементів, а також порушенням кровообігу в системі бронхіальних артерій. У «шоковій легені» помітно зменшується кількість функціонуючих капілярів за рахунок їх блокування мікроагрегатами з тромбоцитів і еритроцитів, мікроемболами і адгезированими до ендотелію мікросудин лейкоцитами, а також в результаті патологічних вазомоторних реакцій, збільшується артеріо-венозне шунтування крові, порушується живлення альвеолярних структур, що веде до порушення синтезу сурфактанту, освіти мікро- і макроателектазів і гіалінових мембран, підвищенню проникності і товщини альвеолярно-капілярних мембран, появі інтерстиціального набряку, бронхіоле- і артеріолоспазма, підвищенню тиску в системі легеневої артерії і збільшенню навантаження на правий шлуночок серця. Наслідком цих змін є важко кориговані порушення легеневого газообміну і гіперкаліємія, правошлуночкова і лівошлуночкова недостатність, анемія, що важко компенсується. Прогрес описаних порушень по порочному кругу часто закінчується летальним результатом, не дивлячись на інтенсивне лікування.
Класифікація	Залежно від кількості крові, що вилася, розрізняють малий, або обмежений, — в межах синуса, середній — до рівня IV ребра спереду або до кута лопатки ззаду, великий — до рівня II ребра і тотальний гемоторакс.
Клініка	Основною скаргою постраждалих є болі на стороні поразки, що посилюються під час вдиху і при русі. Болі найбільш інтенсивні при переломі ребер. У випадках пошкодження легенів можливі кровохаркання, легенева кровотеча, підшкірна емфізема, яка іноді розповсюджується на шию, особу, живіт і навіть мошонку.
Діагностика	-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -рентгенологічні методи дослідження. -Плевральна пункція Принципово важливим є рішення питання про те, чи продовжується внутрішньоплевральна кровотеча або воно зупинилося (!). При кровотечі,

	що продовжується, кров, поміщена в суху пробірку, швидко згущується, має високий гематокрит, а її крапля на марлевій серветці дає феномен подвійної плями: у центрі розташовуються еритроцити або забарвлений ними згорт, що негайно утворився, на периферії — прозорий віночок сироватки. Що давно вилилася і піддалася фібринолізу кров дефібринує, не згущується, має темне забарвлення, низький гематокрит, а її крапля на серветці дає гомогенну буру пляму.
Лікувальна тактика	<ol style="list-style-type: none"> 4. Усунення больового синдрому, боротьба з асфіксією, дихальною і серцево-судинною недостатністю. 5. Зупинка внутрішньоплевральної і легеневої кровотечі, відшкодування гострої крововтрати і відновлення функції життєво важливих органів і систем. 6. Видалення з плевральної порожнини крові, повне розпрямлення коллабірованого легені, відновлення бронхіальної прохідності, декомпресія перикарду, запобігання інфекційним ускладненням пошкоджень легенів і плеври. 7. У пізніші терміни проведення відновних оперативних втручань при розривах крупних бронхів. <p>Перша лікарська допомога повинна бути направлена на реалізацію перших три з перерахованих принципів. Вона включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> • швидке відновлення і збереження прохідності верхніх дихальних шляхів шляхом їх звільнення від крові і мокроти, усунення западения мови з подальшим введенням воздуховодной трубки (екстрена трахеостомія показана лише при пошкодженнях гортані); • місцеве знеболення при переломах ребер шляхом паравертебральної блокади або введення 20-40 мл 1—2 % розчину новокаїну безпосередньо в гематоми; • проведення вагосимпатической блокади при множинних переломах ребер, «ребрових клапанах» і явищах плевропульмонального шоку; • введення наркотичних анальгетиків при легневих кровотечах, а також у випадках, коли місцеве знеболення мале ефективно, але немає ознак пригноблення дихального і кашельного центрів; • пункцію, торакоцентез і дренивання плевральної порожнини при клапанному пневмотораксі; • пункцію і декомпресію перикарду при тампонаді серця; • введення серцевих і дихальних аналептиків (1—2 мл кордіаміну, 3—5 мл 1,5 %-ного розчину етимізола), плазмозамінників (0,8—1,2 л поліглюкіну або реополиглюкіна), 1 мл 0,06 %-ного розчину корглікона, 10 мл 2,4 %-ного розчину зуфилліна, 60 міліграм преднізолону; • профілактичне введення антибіотиків широкого спектру дії; • оксигенотерапію з використанням інтраназальних катетерів при швидкості подачі кисню 6-8 л/хв.

Пневмоторакс

Визначення	скупчення повітря в плевральній порожнині
Етіопатогенез	Пневмоторакс при закритих пошкодженнях грудей виникає в результаті появи плевробронхіальних повідомлень при пошкодженні легені або розривах стравоходу. Можливий розвиток як закритого, так і клапанного (напруженого) пневмотораксу. При клапанному пневмотораксі в плевральній порожнині відбувається наростання тиску унаслідок надходження повітря у момент вдиху і при кашлі. Це веде до повного спадання (компресійному ателектазу) пошкодженої легені, здавлення органів середостіння і їх зсуву в

	<p>протилежну сторону, швидкому наростанню явищ вентиляційній легеневій і серцево-судинній недостатності. Вентиляційний (обтураційний) ателектаз легені або його відділів (доль, сегментів) виникає унаслідок порушення бронхіальної прохідності. На відміну від пневмотораксу при вентиляційному ателектазі легеня ніколи не спадається і повністю виконує всю плевральну порожнину. Причинами ателектазів при закритій травмі грудей є скупчення в бронхах крові і слизу із-за низької ефективності кашельного акту при вираженому больовому синдромі і пригніблення кашельного рефлексу, розриви бронхів, їх перегин і здавлення при компресії легені на тлі клапанного пневмотораксу і поширеного гемотораксу, бронхоспазм, порушення синтезу сурфактанту і набряк при синдромі «шокової легені».</p> <p>Якщо рана грудної стінки зіє, то завжди виникає відкритий пневмоторакс з подальшим ланцюгом несприятливих анатомічних і функціональних змін. При вдиху порція повітря, входивши в порожнину плеври, здавлює легеню, податливі відділи серця і порожнистої вени, різко відтісняє середостіння в здорову сторону, а діафрагму донизу. При видиху повітря виштовхується з плевральної порожнини назовні; легеня, позбавлена еластичної тяги грудної клітки, частково розправляється. Виявляється парадоксальне дихання, при якому на вдиху в здорову легеню потрапляє частина повітря, насиченого вуглекислим газом з ураженої легені, а на видиху він спрямовується у зворотному напрямі. У результаті з газообміну вимикається не тільки легеня на стороні пошкодження, але і помітно зменшується ефективність дихальної функції здорової легені, значно порушується загальна і легенева гемодинаміка, розвивається гіпоксемія, що у поєднанні з роздратуванням нервових утворень середостіння при його флотації приводить до наростання функціональних розладів</p>
Класифікація	<p>Закритий, клапанний, відкритий. Зовнішній, внутрішній.</p>
Клініка	<p>При клапанному пневмотораксі і медіастинальній емфіземі виражені задишка, ціаноз губ і кінчиків пальців, тахікардія, загальна слабкість. Основною скаргою постраждалих є болі на стороні поразки, що посилюються під час вдиху і при русі. Болі найбільш інтенсивні при переломі ребер. У випадках пошкодження легенів можливі кровохаркання, легенева кровотеча, підшкірна емфізема, яка іноді розповсюджується на шию, особу, живіт і навіть мошонку.</p>
Діагностика	<p>-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -Фізикальні методи обстеження. -рентгенологічні методи дослідження. -Бронхоскопія.</p>
Лікувальна тактика	<ul style="list-style-type: none"> ● раннє і повноцінне дренивання плевральної порожнини; ● заповнення крововтрати; ● ефективна підтримка прохідності дихальних шляхів; ● усунення болю; ● герметизацію і стабілізацію грудної стінки; ● антимікробну і підтримуючу терапію.

Організація та методики проведення рентгенологічного дослідження

Рентгенологічний метод дослідження відноситься до найбільш інформативних методів діагностики пошкоджень грудної клітки й грудної порожнини, а методично правильно проведене рентгенологічне дослідження дозволяє різко підняти ефективність

діагностики та скоротити кількість діагностичних помилок. Крім того, при динамічному рентгенологічному спостереженні вдається об'єктивно оцінити перебіг процесу, своєчасно визначити ускладнення та ефективність терапії.

З практичної точки зору хворих з травмою грудної клітки слід поділити на три групи: 1) хворі з тяжкими пошкодженнями, яким показані невідкладні оперативні втручання; 2) хворі з тяжкими пошкодженнями, які потребують проведення реанімаційних заходів без оперативних втручань; 3) хворі з пошкодженнями середньої тяжкості і легкими травмами, які не потребують невідкладних операцій та реанімації.

Постраждалих першої групи досліджують безпосередньо в операційній на рентгеноопераційному столі. Рентгенівське дослідження другої групи проводять в реанімаційному відділенні на каталці, носилках або у ліжку. В гострий період травми обстеження хворих обох груп звичайно обмежується оглядовою рентгенограмою органів грудної клітки (ОГК) та черевної порожнини. Знімки ОГК слід проводити у двох взаємоперпендикулярних проекціях, використовуючи приставки, додаткові пристрої, що дозволяють провести поліпозиційне дослідження без зміни положення пацієнта. Знімки в прямій проекції проводять у горизонтальному положенні хворого з піднятою верхньою частиною тіла, а також у латеропозиції на здоровому боці. Рентгенографію у боковій проекції (при тяжких травмах) необхідно виконувати в положенні пацієнта на спині.

Хворих третьої групи обстежують у відділенні рентгенодіагностики у повному обсязі. При задовільному стані пацієнта обстеження починають з рентгеноскопії у вертикальному положенні, яка поєднується з оглядовою (у стандартних проекціях — пряма, бокова) і прицільною рентгенограмами (в положеннях, оптимальних для виявлення тих чи інших патологічних змін).

Окрім оглядової рентгеноскопії та рентгенографії в процесі дослідження постраждалих використовують спеціальні методики рентгенологічного дослідження. При підозрі на пошкодження великих бронхів, а також при ускладненнях, таких як бронхіальні нориці, порожнини та ін., проводять томо-, бронхо- та фістулографію. Для виявлення пошкоджень аорти, а також з метою оцінки легеневого кровообігу можуть використовуватись аортографія, ангіопульмонографія та радіонуклідне дослідження. Важливу інформацію можна отримати за допомогою комп'ютерної томографії.

Причиною для невідкладного повторного рентгенологічного дослідження може бути поява ознак гострої дихальної недостатності, симптомів внутрішньої кровотечі, кровохаркання, болю у грудній клітці та ін. Часто виявляють повітря у плевральній порожнині, ателектаз частки або усієї легені, ознаки інтерстиціального та альвеолярного набряку легень, фокуси інфільтрації тощо.

Своєчасне визначення їх та призначена адекватна терапія дозволяють істотно покращити результати лікування травми.

Рентгенодіагностика закритих пошкоджень. Закриті пошкодження грудної клітки виникають унаслідок прямої дії сили, при здавленнях, ударах тяжкими та тупими предметами (транспортна, промислова або побутова травма). Пошкодження грудної порожнини можуть виникати внаслідок дії на організм вибухової хвилі, що характеризується наявністю двох фаз: різким короточасним підвищенням атмосферного тиску з наступним його зниженням до негативних показників у зоні розрідження. В патогенезі важливе місце займає як прямий удар стисненим повітрям (вибухова хвиля), так і різкий перепад атмосферного тиску (баротравма).

Пошкодження грудної клітки. При закритій травмі грудної клітки частіше за все пошкоджуються ребра. Характер таких ушкоджень залежить від механізму травми: при компресії грудної клітки у передньо-задньому, прямому або косих напрямках виникають косі та поперечні, а при ударі — уламкові переломи. У дітей та пацієнтів молодого віку нерідко спостерігаються підокістні переломи.

Рентгенодіагностика переломів ребер головним чином базується на визначенні лінії перелому та зміщення уламків. Побічною ознакою пошкодження ребер являється

наявність параплевральної гематоми, що має напівовальну форму й розміщується вздовж внутрішньої поверхні ребер, на рівні їх пошкоджень та нижче цієї зони. На стандартних прямих рентгенограмах ОГК добре видні ребра до VIII включно. IX–XII ребра внаслідок нашарування інтенсивної тіні печінки та селезінки контуруються менш чітко, а тому їх знімають окремо, використовуючи жорстке рентгенологічне випромінення та відсіювальну решітку. Залежно від клінічних даних рентгенографію виконують у прямій (передній чи задній), боковій (правій або лівій) і косих (передніх та задніх) проекціях. Знімки ребер у бічній проекції проводять при невеликій фокусній відстані (50–70 см) залежно від розмірів грудної клітки.

Розрив легені з пошкодженням вісцеральної плеври при закритій травмі грудної клітки виникає так само часто, як і контузія легеневої тканини. В більшості випадків він поєднується з переломами грудної клітки.

Рентгенологічна діагностика базується на виявленні пневмотораксу, а також медіастинальної, поміжм'язової та підшкіряної емфіземи.

Пневмоторакс. При рентгенологічному дослідженні пневмоторакс характеризується підвищеною прозорістю легеневого поля й відсутністю зображення легеневого малюнка в зонах скупчення повітря в плевральній порожнині. Зазвичай повітря накопичується в латеральних відділах плевральної порожнини. Медіально від нього розташовується легеня, що спалась.

Залежно від кількості повітря, яке попало в плевральну порожнину, а також наявності або відсутності злук пневмоторакс може бути тотальним, частковим та осумкованим.

При тотальному пневмотораксі повітря заповнює практично всю плевральну порожнину, легеня зміщується до кореня, діафрагма — донизу, а органи середостіння — у здорову сторону. При цьому окремі частки легені можуть спадатись неоднаково. На тлі повітря більш чітко, ніж зазвичай, визначаються деталі зображення грудної клітки.

Частковий та осумкований пневмоторакс характеризується різноманітністю рентгенологічної картини, що залежить від локалізації пошкодження плеври, кількості повітря, яке попало у плевральну порожнину, наявності й розташування злук поміж листками плеври. Основними рентгенологічними ознаками розриву легені являються: пневмоторакс, пневмогемоторакс, емфізема м'яких тканин грудної клітки, емфізема середостіння.

Ефективність рентгенологічної діагностики пневмотораксу зазвичай залежить від кількості повітря в плевральній порожнині, його розміщення та використання методологічних прийомів у процесі дослідження. Значна кількість повітря в плевральній порожнині без проблем виявляється при звичайній рентгеноскопії або рентгенографії. Для діагностики незначної кількості повітря в плевральній порожнині необхідно проводити рентгенограми високої якості, бажано «м'якими» променями, причому після форсованого видиху. При цьому легеня зменшується в об'ємі й пневмоторакс відображається з більшою чіткістю.

Окреме значення для діагностики пневмотораксу має визначення скорочень серця, а також положення середостіння й діафрагми. При наявності повітря в плевральній порожнині спостерігаються швидкі та глибокі скорочення серця. Окрім цього, спостерігаються зміщення діафрагми та органів середостіння, характер і вираженість яких залежать від виду пневмотораксу.

Лабораторна та інструментальна діагностика

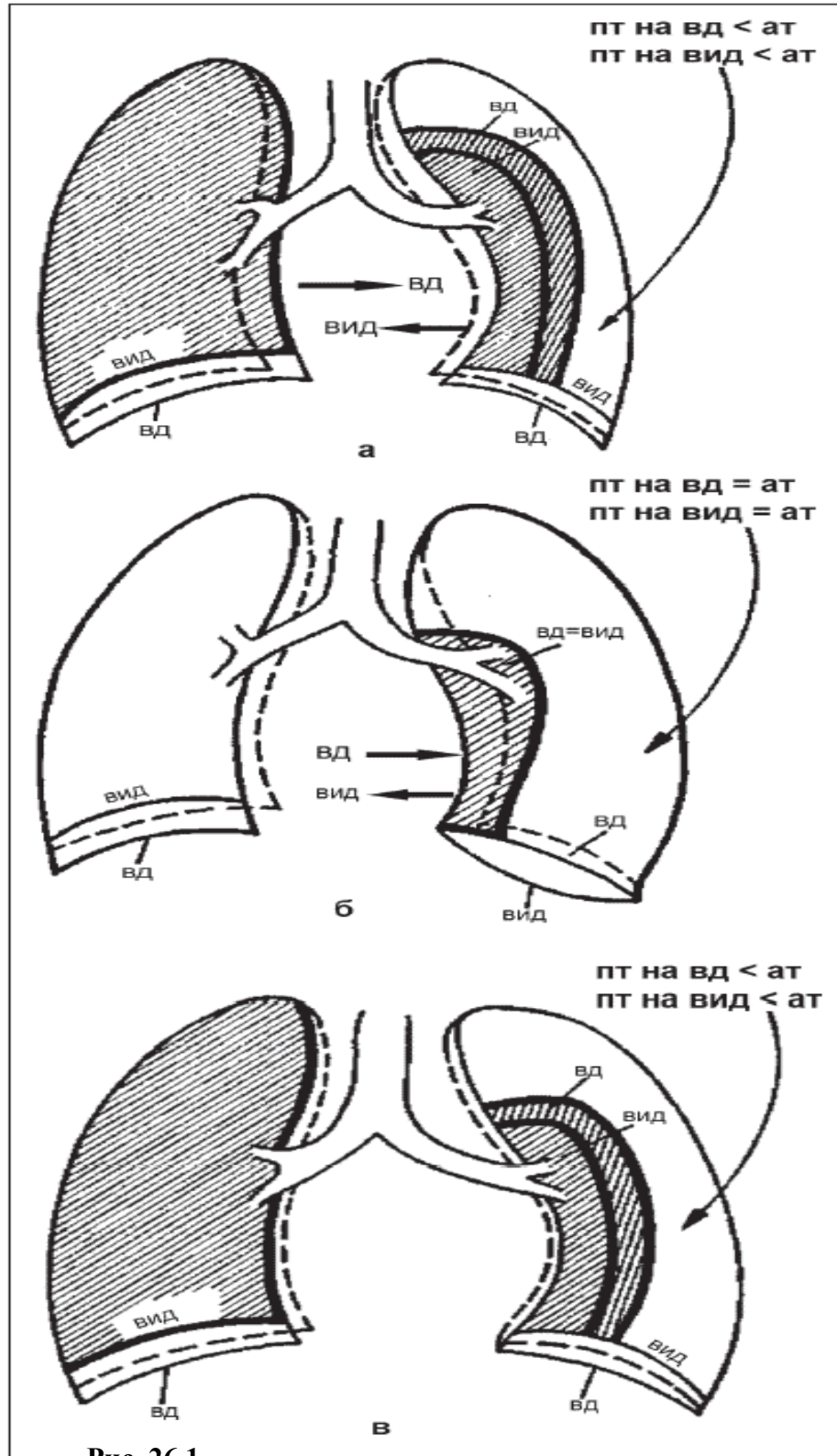


Рис. 26.1.

Закритий пневмоторакс (схема):
а — при тиску в плевральній порожнині нижче атмосферного;
б — при тиску вище атмосферного;
в — при тиску, рівному атмосферному;
 вд — вдих; вид — видих; пт — плевральний тиск;
 ат — атмосферний тиск. Пунктиром визначено положення середньої тіні і діафрагми під час дихальної паузи

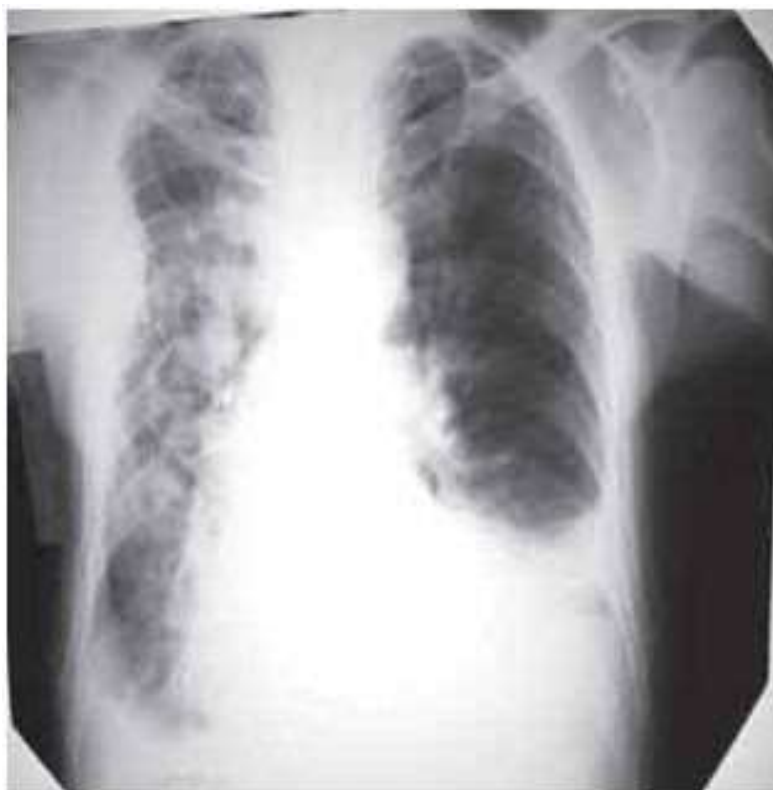


Рис. 26.2. Хворий І., 70 років. Закрита травма грудної клітини, множинні переломи V, VI, VII, VIII ребер. Двобічний плеврит

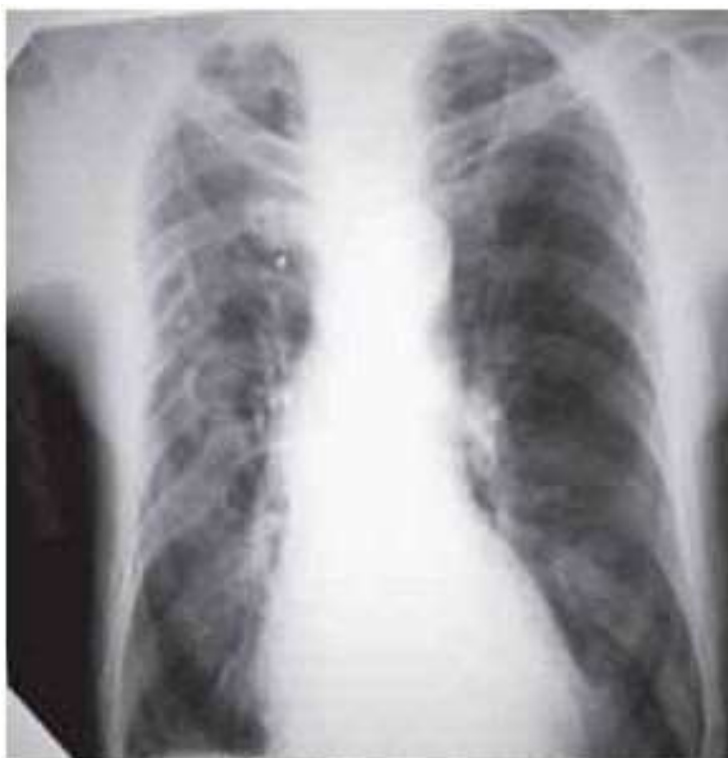


Рис. 26.3. Хворий І., 70 років. Закрита травма грудної клітини, множинні переломи V, VI, VII, VIII ребер в стадії консолідації (після лікування)



Рис. 26.4. Хворий К., 40 років. Закрита травма грудної клітини, перелом VII - VIII ребер, пневмоторакс, емфізема м'яких тканин грудної клітини

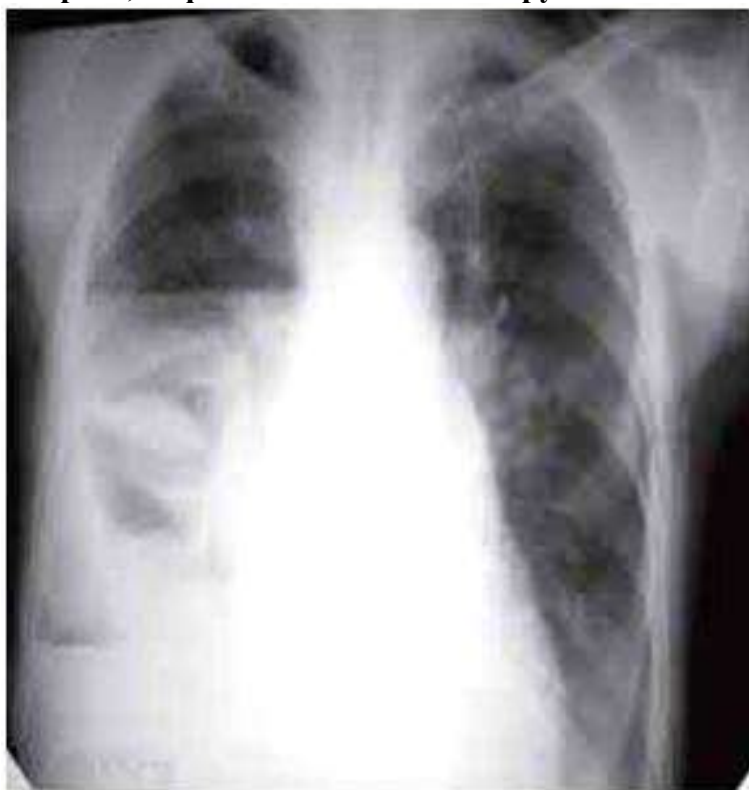


Рис. 26.5. Хворий М., 50 років. Проникаюче ножове поранення грудної порожнини справа ускладнене множинними осумкованими плевритами, пневмотораксом

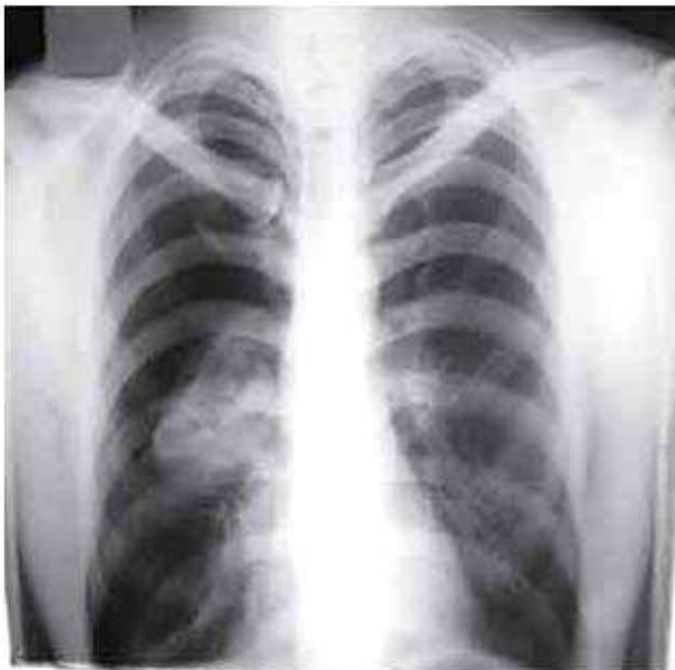


Рис. 26.6. Хворий Н., 30 років. Проникаюче ножове поранення грудної порожнини справа ускладнене тотальним пневмотораксом



Рис. 26.7. Хворий А., 40 років. Частковий спонтанний пневмоторакс справа обмежений злуками

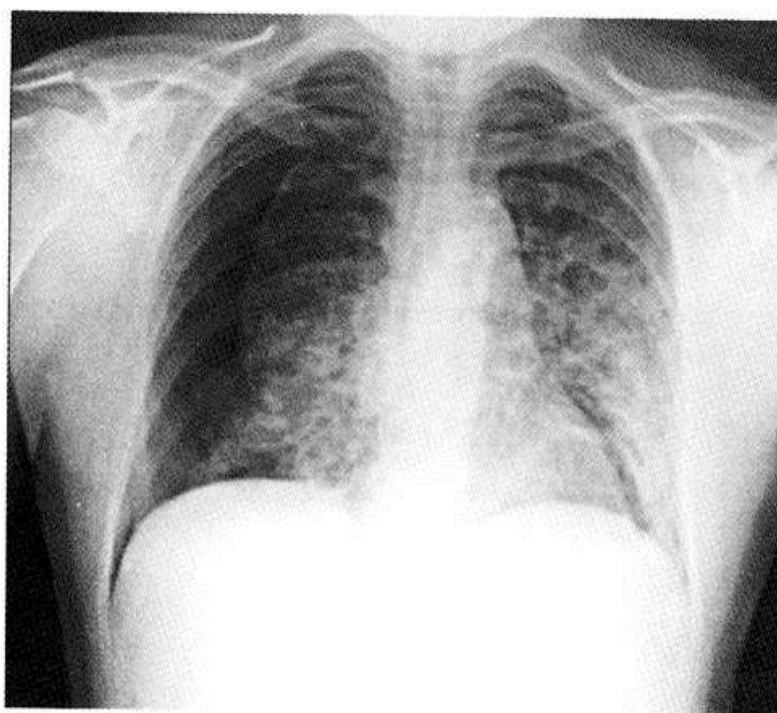
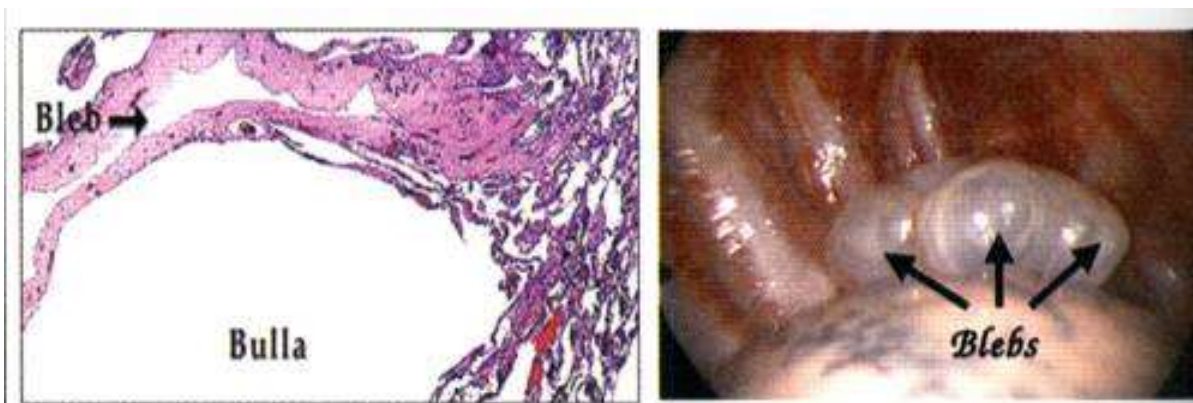


Рис. 26.8. Хворий В., 40 років. Пневмоторакс справа (травма під час ШВЛ).
Лабораторне обстеження.

1. Загальний аналіз крові.

Гемоглобін – 98г/л.

Еритроцити – $2,8 \times 10^{12}$ /л.

Кольоровий показник – 0,85.

Лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /л.

Тромбоцити – 220×10^9 .

ШОЕ – 22 мм/год.

Нейтрофіли:

палочки – 9%;

сегменти – 58%;

Еозинофіли – 1%.

Базофіли – 0%.

Лімфоцити – 26%.

Моноцити – 6%.

2. Біохімічне дослідження крові.

Загальний білок – 85 г/л.
 Альбумін – 50 г/л.
 Креатинін – 115 мкм/л.
 Сечовина – 8,3 мМ/л.
 Холестерин – 5,6 мМ/л.
 Тригліцериди – 0,7 мМ/л.
 Тимолова проба – 4 од. мутн.
 АлАТ – 16 Од./л.
 Білірубін загальний – 17,8 мкм/л.
 Глюкоза натще – 4,5 мМ/л.

3. Коагулограмма.

Фібриноген – 4,25 г/л.
 ПТІ – 106%.
 β – фібриноген - ++

4. Склад плевральної рідини (приклад норми).

Питома вага – 1015.
 Колір – солом'яно-жовтий.
 Прозорість – повна.
 Не в'язка.
 Не має запаху.
 Клітинний склад:
 загальна кількість еритроцитів 2000-5000 в мм³;
 загальна кількість лейкоцитів 800-900 в мм³;
 нейтрофіли до 10%;
 еозинофіли до 1%;
 базофіли до 1%;
 лімфоцити до 23%;
 ендотелій до 1%;
 плазматичні клітини до 5%.
 Білок 1,5-2 г на 100 мл (15-25 г/л).
 ЛДГ 1.4 - 1.7 ммоль/л.
 Глюкоза 20-40 мг на 100 мл (2.1 - 2.2 ммоль/л).
 рН 7.2.

7.Завдання для самоконтролю.*А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)*

- 1.Типове місце для плевральної пункції при посттравматичному пневмотораксі:
 - II міжребер'я.
 - V міжребер'я.
 - VI міжребер'я.
 - VII міжребер'я.
 - VIII міжребер'я.
- 2.Вагосимпатична блокада використовується при:
 - Переломах ребер.
 - Черепно-мозковій травмі.
 - Спонтанному пневмотораксі.
 - Посттравматичному пневмотораксі.

- Піопневмотораксі.
3. При напруженому пневмотораксі показано:
 - Дренування плевральної порожнини.
 - Дренування середостіння.
 - Шкірні насічки.
 - Туга пов'язка.
 - Вагосимпатична блокада.
 4. При посттравматичному пневмотораксі дренування плевральної порожнини проводять в:
 - II міжребер'ї
 - IV міжребер'ї.
 - V міжребер'ї.
 - VI міжребер'ї
 - VII міжребер'ї
 5. При пневмотораксі дренування проводять в:
 - II міжребер'ї.
 - IV міжребер'ї.
 - VII міжребер'ї.
 - VI міжребер'ї.
 - IV міжребер'ї.
 6. Співвідношення спирт-новокаїнової суміші при міжреберній блокаді:
 - 3:7
 - 2:8
 - 1:9
 - 2:3
 - 1:1
 7. При медіастінальній емфіземі проводять:
 - Дренування переднього середостіння.
 - Дренування заднього середостіння.
 - Шкірні насічки.
 - Плевральну пункцію.
 - Пункцію перикарду.
 8. Підшкірна емфізема виникає при пошкодженні:
 - Легені.
 - Трахеї.
 - Бронха.
 - Стравоходу.
 - Грудної стінки.
 9. При переломах ребер застосовується:
 - Паравертебральна блокада.
 - Паранефральна блокада.
 - Блокада переднього середостіння.
 10. Торакотомія показана при травмі грудної клітки, що ускладнена:
 - Великим гемотораксом.
 - Малим гемотораксом.
 - Пневмотораксом та підшкірною емфіземою.
 - Медіастінальною емфіземою.
 - Пневмотораксом.
 11. Кров придатна для реінфузії при гемотораксі на протязі:
 - 24 годин.
 - 6 годин.
 - 12 годин.

- 36 годин.
 Більше 36 годин.
12. При великому гемотораксі проводиться:
 Торакотомія.
 Розсмоктуюча терапія.
 Плевральна пункція.
 Дренування плевральної порожнини.
 Дренування плевральної порожнини з аспірацією вмісту.
13. Пункція перикарду проводиться в точці:
 Ларрея.
 Воскресенського.
 Кохера.
14. Причиною виникнення посттравматичного пневмотораксу є пошкодження:
 Легені.
 Діафрагми.
 Трахеї.
 Бронха.
 Стравоходу.
15. При ателектазі легені показана:
 Бронхоскопія.
 Торакотомія.
 Бронхографія.
 Плевральна пункція.
 Дренування плевральної порожнини.
16. Показом для негайної торакотомії є:
 Гемоперикард.
 Гемомедіастиніт.
 Пневмоторакс.
 Пневмогемоторакс.
17. Ускладнення гемотораксу:
 Емпієма плеври.
 Посттравматичний плеврит.
 Піопневмоторакс.
 Медіастиніт.
18. Рентгенологічні ознаки згорнутого гемотораксу:
 Інтенсивне гомогенне затемнення з множинними рівнями.
 Колапс легені з горизонтальним рівнем.
 Горизонтальний рівень рідини.
 Затемнення по лінії Дамуазо.

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1 Крізне вогнепальне поранення лівої половини грудної клітки. Спереду на рівні 2 міжребер'я по середньоключичній лінії рана діаметром 0,5 см. Ззаду зліва в області лопатки рана 2×3 см. Різка задишка, видих утруднений, ціаноз, поширена підшкірна емфізема по всій лівій половині грудей з переходом на шию. Пульс - 120 уд/мин. Про пошкодження яких органів у першу чергу можна думати? Лікувальна тактика?

2 Хворий після ДТП пред'являє скарги на інтенсивний біль в грудній клітині, запаморочення. Об'єктивно пульс 130 хв⁻¹, АТ 90/60 мм рт. ст. Яке пошкодження можна запідозрити? Додаткові методи обстеження?

3 При плевральній пункції у хворого із закритою травмою грудної клітини отримана кров, що швидко згортається у пробірці, її капля на серветці дає феномен подвійної плями. Яка хірургічна тактика?

4 У хворого 45 років після тупої травми грудної клітки з переломом груднини виникли слаб-кість, гіпотонія, ціаноз верхньої половини тулуба, надимання вен шиї. При плевральній пункції вміст відсутній. Пульс 120 уд./ хв., ритмічний, слабого наповнення. Який діагноз найбільш вірогідний?

5 Хворий П., 48 років, звернувся до чергового хірурга зі скаргами на біль у правій половині грудної клітки, задуху, кашель, головокружіння. Із анамнезу: годину тому він упав з мотоцикла та ударився правою частиною грудної клітки до краю тротуару. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові бліді, свідомість пригнічена, АТ-90/60 мм рт ст., пульс – 100 уд/хв., у грудній клітці справа дихання ослаблене, перкуторно – тупість в нижніх відділах. Який патологічний процес можна запідозрити?

6 У хворого 45 років після тупої травми грудної клітки з переломом груднини виникли слаб-кість, гіпотонія, ціаноз верхньої половини тулуба, надимання вен шиї. При плевральній пункції вміст відсутній. Пульс 120 уд./ хв., ритмічний, слабого наповнення. Який діагноз найбільш вірогідний?

7 Чоловік 32 років підчас фізичного навантаження зненацька відчув задуху, біль в лівій половині грудної клітки, серцебиття. Об'єктивно: стан важкий, АКТ – 100/70 мм рт мт, пульс 100 уд/хв., дихання – 28 рухів/хв., ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання, перкуторно зліва високий тимпаніт. Причиною даного стану може бути?

8 Чоловік 32 років підчас фізичного навантаження зненацька відчув задуху, біль в лівій половині грудної клітки, серцебиття. Об'єктивно: стан важкий, АКТ – 100/70 мм рт мт, пульс 100 уд/хв., дихання – 28 рухів/хв., ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання, перкуторно зліва високий тимпаніт. Причиною даного стану може бути?

9 Хворий 42 років поступив через 3 години після травми з вираженою підшкірною емфіземою верхньої половини туловища, задишкою, тахікардією, пульс-120 уд. в хв. Рентгенологічно пневмотораксу не виявлено, значно розширене середостіння. Яка невідкладна допомога?

10 Після падіння з висоти у чоловіка 36 років з'явився сильний біль в правій половині грудної клітини і затруднення в диханні. При об'єктивному дослідженні – різка біль при пальпації в ділянці 6 ребра по аксілярній лінії, перкуторно – тупий звук до 5 ребра, дихальні шуми при аускультатії справа не визначаються, при рентгенологічному дослідженні – затемнення правої половини грудної клітини до 5 ребра з горизонтальним рівнем рідини; перелом 6 ребра з невеликим зміщенням. Для уточнення діагнозу, що необхідно виконати ?

Література

1. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов / Под ред. члена-корр. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко. – СПб: «Специальная литература», 1998. – 517 с.
2. Частная хирургия / Учебник под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1991.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник. – М.: Медицина, 1997. – 672 с.
4. Александровский Б.П., Барнебойм А.М.. Дифференциальная диагностика в пульмонологии / Киев: «Здоровье», 1973 г

ТЕМА 27. СИНДРОМ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК. ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЙОГО ВИКЛИКАЮТЬ. КОНСЕРВАТИВНЕ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОКЛЮЗІЙ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК. ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У КІНЦІВКАХ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, УРАЖЕННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Актуальність теми:

Хронічна ішемія нижніх кінцівок має велике соціальне значення в зв'язку з значним поширенням, довгою складною течією і важкими наслідками хвороби. Облітеруючий ендартеріїт та атеросклероз судин нижніх кінцівок вважається дуже розповсюдженими серед населення. Так, у хірургічних стаціонарах хворі з цією патологією складають 1-2%. При профілактичних оглядах населення зазвичай виявляється від 10 до 20% осіб, які страждають хронічною ішемією судин нижніх кінцівок.

Знання питань етіології, патогенезу, клінічного перебігу захворювання, методів профілактики і лікування дозволяє своєчасно виявляти і лікувати хворих на хронічну ішемію судин нижніх кінцівок.

2. Конкретні цілі:

2.1 Знати: етіологію, патогенез, класифікацію, анатомію судин нижніх кінцівок та черевної порожнини клінічні ознаки, методи обстеження хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок, облітеруючий атеросклероз та ендартеріїт, основні і додаткові методи обстеження хворих, диференціальну діагностику, методи лікування і реабілітації хворих.

А також знати:

- Анатомо-фізіологічні данні
- Регуляцію кровообігу нижніх кінцівок
- Клінічні прояви захворювань
- Спеціальні методи досліджень
- Особливості діагностики та диференціальної діагностики
- Принципи індивідуального підходу до розв'язання питань хірургічної тактики при захворюваннях артерій нижніх кінцівок
- Принципи оперативних втручань у хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок
- Ускладнення після оперативних втручань
- Лікувальна тактика при ускладненнях після оперативних втручань
- Принципи консервативного лікування хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок
- Реабілітація хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок
- Загальні методи дослідження;
- Спеціальні методи дослідження;
- Патофізіологічні прояви захворювання;
- Особливості діагностики та диференціальної діагностики судинних захворювань;
- Принципи індивідуального підходу до розв'язання питань консервативної терапії, хірургічної тактики та реабілітації хворих.

2.2. Вміти:

- Збирати скарги, анамнез хвороби

- Методично правильно проводити огляд хворих
- Виконувати функціональні дослідження судин нижніх кінцівок
- Аналізувати та оцінювати дані скарг хворого
- Аналізувати та оцінювати дані анамнезу
- Оцінювати дані функціональних досліджень судин нижніх кінцівок
- Формулювати діагноз хвороби
- Обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики
- Обирати найбільш раціональну тактику лікування хворих
- Асистувати на операціях

2.3. Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпритувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювання та наявності ускладнень.

2.4. Виховні цілі: Сформулювати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на ураження судин нижніх кінцівок, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патологічна фізіологія, біохімія, пропедевтика внутр. хвороб, рентгенологія.	Анатомо-фізіологічні дані судин нижніх кінцівок. Регуляцію кровообігу. Основні клінічні, лабораторні та рентгенологічні симптоми захворювань судин нижніх кінцівок.	Визначити топографічну анатомію судин нижніх кінцівок. Визначити фізіологічні та патофізіологічні процеси судин нижніх кінцівок та рентгенологічні симптоми захворювань.
<i>Наступні дисципліни:</i> ендокринологія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Класифікацію, клінічні ознаки, методи, діагностики захворювань судин нижніх кінцівок, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	Застосувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем захворювань судин нижніх кінцівок, вибору оптимальних способів їх лікування.
<i>Внутрішньо предметна інтеграція</i>	Питому вагу захворювань артерій нижніх кінцівок в структурі хірургічних захворювань судин, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики ускладнень.	Оцінювати ефективність результатів лікування хірургічних захворювань судин нижніх кінцівок, використовувати методи профілактики. Оцінювати ефективність результатів паліативних, декомпресійних, реконструктивних оперативних втручань.

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з захворюваннями судин нижніх кінцівок		+	
2.	Проводити огляд хворих: -огляд нижніх кінцівок; -функціональні проби -УЗД дослідження, доплерографія; - ангиографія	+	+	+ +
3.	Проводити диференційну діагностику захворювань артерій, вен нижніх кінцівок та невропатій		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при хірургічних захворюваннях судин нижніх кінцівок.		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори облітеруючому ендартеріїті, атеросклерозі та синдрому діабетичної стопи.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при хронічній ішемії нижніх кінцівок	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію облітеруючого атеросклерозу, ендартеріїтута синдрому діабетичної стопи.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми облітеруючого ендартеріїту	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики уражень судин нижніх кінцівок	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики при захворюваннях судин нижніх кінцівок	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворих на облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та синдрому діабетичної стопи.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок.	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1.Огляд нижніх кінцівок.	-Колір шкіри, наявність пульсації на магістральних судинах, наявність мацерацій, трофічних виразок, ознак запалення судин, функціональні проби, визначення чутливості
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інстру-ментальних досліджень судин нижніх кінцівок	Допплеросонографія Ангіографія Термографія	-Функціональні проби для діагностики стану артеріального кровообігу судин нижніх кінцівок, що встановлюють ступінь їх ішемії.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Облітеруючий	Специфічне ураження артерій;еластичного та м'язово-

атеросклероз нижніх кінцівок	еластичного типів у вигляді вогнещівого розростання сполучної тканини з ліпідною інфільтрації інтими.
Облітеруючий ендартеріт	Ураження периферичного русла артерій яке призводить до облітерації їх просвіту.
Синдром діабетичної стопи (СДС)	Інфекція, виразка та/або деструкція глибоких тканин, що пов'язані з неврологічними патологічними змінами, погіршенням магістрального кровообігу в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості та остеоартропатією

6.2. Теоритичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова стегнової артерії
- 2.Скільки судин кровопостачають нижні кінцівки.
- 3.Назвіть відділи підколінної артерії.
- 4.Назвіть, що входить в підколінно-колінний канал.
- 5.На які функції (залежно від виконуваної функції – 5) можна поділити судини?
- 6.Амортизуючі, або магістральні судини (аорта і крупні артерії).
- 7.Резистивні, або судини опору(дрібні артерії,артеріоли).
- 8.Обмінні судини (капіляри)
- 9.Шунтуючі (артеріоло-венулярні шунти)
- 10.Ємнісні (вени)
- 11.Які клінічні ознаки облітеруючого ендартеріїту?
- 12.Які клінічні ознаки облітеруючого атеросклерозу?
- 13.Як класифікуються облітеруючий ендартеріїт та атеросклероз?
- 14.Як класифікуються синдрому діабетичної стопи
- 15.Назвіть лабораторні та інструментальні методи діагностики?
- 16.Консервативне лікування
- 17.Показання до хірургічного лікування.
- 18.Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування
- 19.Що таке синдром «обкрадання» ?
- 20.Лабораторні методи дослідження ?

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

Зібрати анамнез у хворого .

1. Провести огляд хворого.
2. Проби для визначення хронічної артеріальної недостатності?
3. Скласти алгоритм обстеження при захворюваннях судин н.кінцівок.
4. Визначити показники до оперативних втручань при хронічній артеріальній недостатності.
5. Вказати методи консервативного лікування облітеруючого ендартеріїту.
6. Вказати методи консервативного лікування облітеруючого атеросклерозу
7. Вказати методи консервативного лікування синдрому діабетичної стопи
8. Асистувати при оперативних втручаннях.
9. Скласти індивідуальну програму післяопераційного лікування хворих.
10. Виконувати зміну пов'язок.
11. Накладання та зміну вакуумних апаратних пов'язок
12. Здійснювати догляд за дренажами.
13. Промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати.
14. Видаляти дренажі.
15. Знімати шви.
16. Виконувати в/м, в/в та в/а введення лікарських препаратів.

17. Накладання імобілізаційних пов'язок.
18. Здійснювати катетеризацію сечового міхура.
19. Скласти індивідуальну програму післяопераційного лікування.
20. Оформити історію хвороби.
21. Оформити лікарняний лист.
22. Виписати рецепт.
23. Оформити витяг з історії хвороби.
24. Надати правильні рекомендації після операцій .
25. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
26. Інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень.
27. Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4.Зміст теми:

Графологічної структури теми.

6.5.Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок

Визначення	Поширене захворювання з характерним специфічним ураженням артерій еластичного та м'язового-еластичного типів у вигляді вогнищового розростання сполучної тканини з ліпідною інфільтрацією інтими, у результаті якого виникає порушення кровообігу в тканинах.
Етіопатогенез	Серед концепцій розвитку атеросклерозу найвизначнішою є теорія холестериново-ліпідної інфільтрації.В основі її лежить зміна складу плазми крові-гіперхолестеринемія, дисліпопротеїнемія та порушення проникності артеріальної стінки.
Класифікація і клініка	За Фонтане (1954 р.) 1-ступінь-повна компенсація(мерзлякуватість,втома,парестезії) 2-ступінь недостатність кровообігу при функціональному навантаженні (переміжна кульгавість) 3-ступінь-артеріальна недостатність кінцівки в стані спокою (постійний або нічний біль). 4-ступінь-виражена деструкція тканин дистальних відділів кінцівки (виразки,некроз,гангрени). За локалізацією (О.О.Шалімов,М.Ф.Дрюк, 1977 р.) A1 - стеноз або оклюзія клубових артерій, біфуркації черевного відділу аорти (синдром Леріша); A2 - оклюзація термінального відділу черевної аорти до рівня вічка нижньої брижової артерії зі збереженням у ній кровобігом; A3 - стенозуюче ураження черевної аорти до рівня вічок ниркових артерій і перекриття вічка нижньої брижової артерії; A4 - стенозуючий процес на рівні інтрааренального або супраренального сегмента черевної аорти до рівня верхньої брижової артерії із втягненням у процес ниркових артерій іклінічним синдромом вазоренальної гіпертензії; A5 - стенозуючий процес супраренального відділу черевної аорти з оклюзією верхньої брижової артерії; A6 - стенозуючий процес супраренального відділу черевної аорти з оклюзією черевного стовбура (ознаки хронічної абдомінальної ішемії); B - стегновийсегмент; C - підколінний і гомілковий сегменти.
Діагностика	-Скарги хворого, анамнез захворювання. -Загальний огляд хворого. -функціональні проби -лабараторні та інструментальні методи дослідження
Диференційна	-облітеруючий ендартеріт

діагностика	-облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера) -облітеруючий атеросклероз -хвороба Рейно
Лікувальна тактика	Консервативна терапія доцільна при I-II ступенях хронічної ішемії, а також у хворих із високим ризиком розвитку ускладнень і атеросклеротичними ураженнями артеріальної системи нижніх кінцівок, що не підлягають оперативному лікуванню. Дезагрегантна терапія (препарати ацетилсаліцилової кислоти разом з тиклопідіном або клопідогрелем), введення низькомолекулярних декстранів (реополіглюкіну) і пентоксифіліну (трентал) Ліквідації ангіоспазму, судинорозширювальні препарати (папаверин, платифілін, галідор), гангліо-блокуючих засобів (бензогексоній, пентамін, димеколін), спазмолітичних препаратів (мідокалм, андекалін, депоподутин, дипрофен), препарати простагландину E1 (Вазоростан, альпростан ВАП20) Хірургічне лікування (при II-III інколи IV ступенях – реконструкція судин, шунтування, протезування, ендартеректомія автовенозне шунтування).

6.6. Облітеруючий ендартеріт

Визначення	Захворювання судин нейрогуморального генезу, що розпочинається з ураження периферичного русла, головним чином артерій, і призводить до облітерації їх просвіту.
Етіопатогенез	Значну роль відіграє низькі температури, нікотинний фактор, механічні травми та інше. Зміни у стінках судин приводять до аутоімунних процесів, які значно посилюють проліферативні процеси інтими судин, причиняють порушення інтракапілярного кровотоку з підвищеною проникністю стінок, що викликає появу болю і спазму регіональних судин, сповільнення кровотоку, гіперкоагуляцію і некроз тканини.
Класифікація і клініка	За перебігом захворювання: 1 стадія – ішемічна 2 стадія – трофічних розладів 3 стадія – виразково-некротична 4 стадія – гангренозна За М.І. Кузіним (1987 р.) 1-стадія – функціональної компенсації (мерзлякуватість, парестезії в пальцях, втомлюваність, переміжна кульгавість при ходьбі більш 1000 м.). 2-стадія – субкомпенсації (переміжна кульгавість після 200 м., сухість шкіри, атрофія п/ш клітковини, гіперкератоз) 3-стадія – декомпенсації (біль у спокої, неможливість пройти 25-50 метрів, атрофія м'язів гомілки і ступень). 4-стадія – деконструктивних змін (біль у ступні і пальцях, набряк, виразки в подальшому гангрена).
Діагностика	Анамнез захворювання і скарги хворого Функціональні проби Лабораторні методи дослідження Рентгенологічні, інструментальні, УЗД, термографічні, осцилографічні дослідження
Диференційна діагностика	-облітеруючий атеросклероз -облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера) -хвороба Рейно
Лікувальна	На початковій стадії може бути консервативним.

тактика	<p>Призначають комплекс лікувальної фізкультури, а також загальнозміцнювальне лікування.</p> <p>Дезагрегантна терпія (препарати ацетилсаліцилової кислоти разом з тиклопідіном або клопідогрелем), введення низькомолекулярних декстранів (реополіглюкіну) і пентоксифіліну (трентал)</p> <p>Ліквідації ангіоспазму, судинорозширювальні препарати (папаверин, платифілін, галідор), гангліо-блокуючих засобів (бензогексоній, пентамін, димеколін), спазмолітичних препаратів (мідокалм, андекалін, депоподутин, дипрофен), препарати простагландину E1 (Вазоростан, альпростан ВАП20)</p> <p>Гормональні препарати, глюкокортикоїди</p> <p>Найпоширенішим хірургічним втручанням треба вважати гангліонарну симпатектомію.</p>
---------	--

6.7. Синдром діабетичної стопи

Визначення	<p>Інфекція, виразка та/або деструкція глибоких тканин, що пов'язані з неврологічними патологічними змінами, погіршенням магістрального кровообігу в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості та остеоартропатією.</p>
Етіопатогенез	<p>Основними патогенетичними чинниками розвитку трофічних уражень нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет (ЦД) є діабетична сенсомоторна та вегетативна нейропатія й ураження периферичних артерій нижніх кінцівок. Сприяють розвитку СДС: деформація стоп, виразки нижніх кінцівок в анамнезі, гіперкератози у ділянках підвищеного плантарного тиску, пізні ускладнення ЦД (хронічна діабетична хвороба нирок та ретинопатія), не діагностований та відповідно не лікований ЦД, хронічна декомпенсація діабету, незадовільні соціальні умови, паління, зловживання алкоголем, а також тривалість ЦД і вік хворих. Тяжка форма діабетичної нейропатії являє собою один з основних чинників, що сприяють розвитку синдрому діабетичної стопи, який було діагностовано у 15,6% хворих на цукровий діабет з перевагою нейропатичного варіанта даного синдрому – 92%..</p>
Класифікація і клініка	<p>Діабетична периферична поліневропатія.</p> <p>Стадія 0: відсутні суб'єктивні скарги, неврологічна симптоматика та клінічні ознаки нейропатії.</p> <p>Стадія 1 (субклінічна периферична полінейропатія): скарги відсутні, при клінічному та неврологічному обстеженні симптоми й ознаки нейропатії не виявляються. Субклінічну форму дистальної поліневропатії можна виявити лише за допомогою електронейрофізіологічних методів дослідження, зокрема електронейроміографії, що дає змогу визначати швидкість проведення імпульсу по нервовому волокну, та біотензіометрії, що визначає поріг вібраційної чутливості. Для більшості клінік їх застосування обмежується переважно науковими дослідженнями.</p> <p>Стадія 2 (клінічно виражена, або симптоматична, периферична нейропатія): поява суб'єктивних скарг та клінічних симптомів нейропатії, що визначаються під час неврологічного обстеження, яке включає дослідження чутливості за допомогою якісних і напівкількісних тестів і оцінку рефлексів.</p> <p>Стадія 3 (пізніх ускладнень): крім суб'єктивної та об'єктивної симптоматики, з'являються нейропатичні або невроішемічні виразки стопи, діабетична остеоартропатія (стопа Шарко), в анамнезі – нетравматичні ампутації, пов'язані з діабетичною нейропатією ніг.</p> <p>Ішемічна форма синдрому діабетичної стопи виникає за облітерації</p>

	<p>артеріальних судин середнього та великого калібрів. Клінічними проявами її є блідість, ціанотичність шкіри стоп, тріщини на ній. Властива переміжна кульгавість, утворення сильно болючих виразок із незначною ексудацією з них. Під час огляду шкіра стоп та гомілок суха, лискуча, стопи холодні на дотик, спостерігається атрофія підшкірної клітковини та м'язів, відсутність оволошіння. Нігті на ногах потовщені, з грибковими ураженнями.</p> <p>Діабетична мікроангіопатія має типову патоморфологічну картину: потовщення базальної мембрани капілярів, проліферація ендотелію і відкладання в стінці судин гліпротейнів. Патогномонічним для мікроангіопатій також є зменшення кількості або повне зникнення перицитів, які мають здатність регулювати тонус судин і товщину базальної мембрани. Порушення їх функції призводить до розширення просвіту капілярів, гемостазу та змін проникності мембран судин. Крім того, спостерігають плазматичне просякнення та гіаліноз судинної стінки аж до повної облітерації просвіту артеріол та капілярів.</p> <p>Діабетична макроангіопатія не має специфічних відмінностей від атеросклеротичних змін у хворих без ЦД. Але атеросклероз при ЦД має свої особливості: ранній розвиток і значну розповсюдженість. ЦД по суті порушень обмінних процесів є природною моделлю атеросклерозу. Прогресуванню процесу сприяє й ураження дрібних судин</p> <p style="text-align: center;">Класифікація виразково-некротичних уражень стопи (Wagner F.W., 1981)</p> <p>0 - Виразки відсутні. Група високого ризику (деформації, аномалії стопи, зниження чутливості)</p> <p>1- Поверхнева виразка без інфікування</p> <p>2- Глибока виразка з проникненням в сухожилля, без ураження кісток</p> <p>3- Глибока виразка з ураженням кісток, остеомиєліт</p> <p>4- Гангрена частини стопи (пальці, передня частина стопи)</p> <p>5- Гангрена всієї стопи</p>
Діагностика	<ul style="list-style-type: none"> • Пульсація на магістральних артеріях гомілки та стопи • Міні-доплера (визначення КПП кісточково-плечовий індекс) • вібраційна – за допомогою камертона 128 Гц, на зап'ясті, наколіннику, кісточці, пальцях • больова – застосуванням тупої голки з дозатором навантаження • тактильна – за допомогою монофіламентів Semmes-Weinstein, що створюють локальний тиск потужністю 5 і 10 г на м2 • температурна почерговим прикладанням спеціального циліндра з холодним і теплим полюсами • пропріоцентивна – оцінки правильності хворим напряму пасивних рухів пальців стопи або всієї стопи
Диференційна діагностика	<p>-обітеруючий атеросклероз</p> <p>-облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера)</p> <p>-хвороба Рейно</p> <p>-облітеруючий ендартеріт</p> <p>-радикулярний синдром</p>
Лікувальна	<p>Основою лікування пацієнтів із СДС є хірургічне втручання — санація</p>

тактика	<p>трофічних виразок, вскриття абсцесів, флегмон, некретомії, екзартикуляції, ампутації на різних рівнях кінцівки. Усім хворим проводять комплекс терапевтичних заходів:</p> <ul style="list-style-type: none">• нормалізація показників вуглеводного обміну,• антибіотикотерапія,• знеболення,• лікування та профілактика ускладнень;• специфічне лікування залежно від форми СДС <p>Ангіопластика.</p> <p><u>Показання:</u> збереження та прогресування критичної ішемії незважаючи на медикаментозне лікування.</p> <p><u>Протипоказання:</u> перенесені гострі судинні катастрофи у попередні 3 місяці; серцева недостатність 3-4 ступеню; онкологічні захворювання.</p>
---------	---



Рис. 27.1. Пальпація стегнової артерії



Рис. 27.2. Пальпація підколінної артерії



Рис. 27.3. Пальпація задньої великогомілкової артерії



Рис. 27.4. Пальпація тильної артерії стопи

Ультразвукова доплерографія

дозволяє встановити швидкість кровотоку, наявність тромботичних мас однорідно низької ехогенності на досить великому протязі.



Рис. 27.5. УЗД ознаки атеросклеротичних бляшок в артерії з акустичною тінню



Рис. 27.6. УЗД ознаки атеросклеротичних бляшок в артерії з акустичною тінню

Ангіографія

■ Дозволяє визначити ступінь порушення кровотоку у кінцівці і рівень оклюзії артерії.

■ Основні покази:

- при неясній клінічній картині захворювання;
- при невідповідності місця зникнення пульсації і межі ішемічних розладів;
- при потребі диференціальної діагностики різних видів артеріальної непрохідності;
- у випадку множинної багатоповерхової тромбоемболії;
- інтраопераційно, якщо ефективність відновлення кровотоку під час операції викликає сумніви; в післяопераційному періоді, якщо зберігаються явища ішемії.

■ **Ангіографічні ознаки емболії** – це обрив контрасту в магістральній артерії з рівними гладкими стінками. Колатералі виражені дуже слабо.

■ **Ангіографічні ознаки тромбозу** – рівень обриву контрасту в артерії має форму нерівної лінії з западинами. Деколи спостерігається феномен поступового зникнення контрасту. Стінка судини нерівна, відмічаються ознаки її органічного ураження (нерівність, з'їдженість, міткоподібність контурів).

■ Колатеральна сітка судин виражена по-різному.



Рис. 27.7. Розвиток колатерального кровообігу дистальніше оклюзії

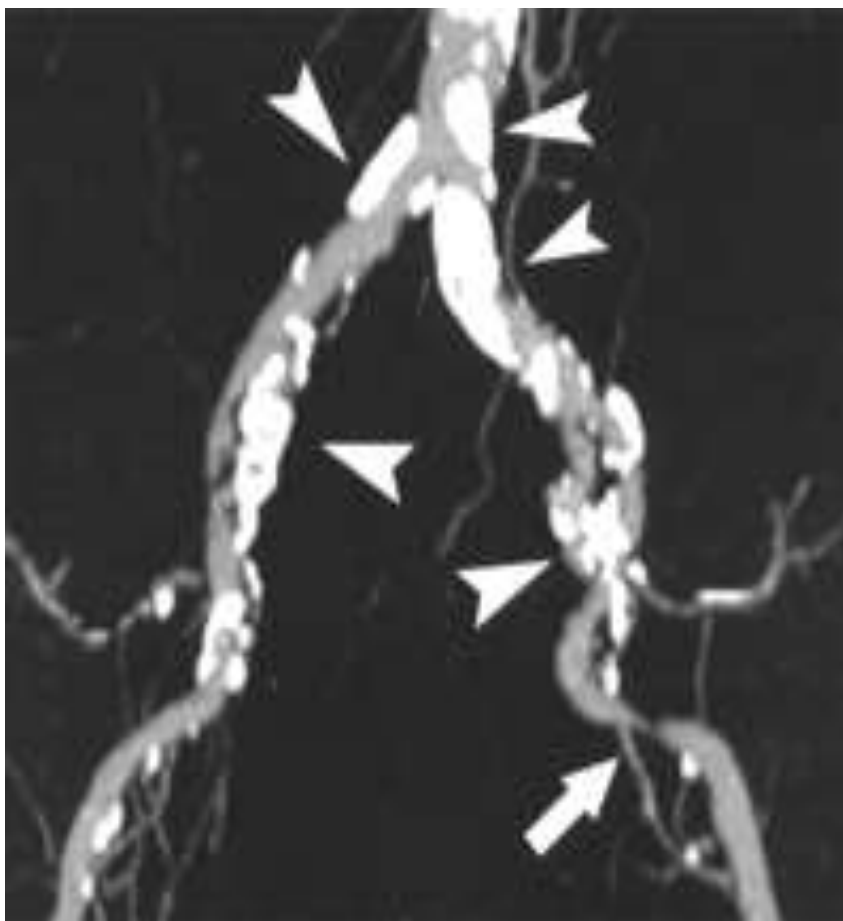


Рис. 27.8. Відкладання атероматозних бляшок в черевній аорті та загальних клубових артеріях

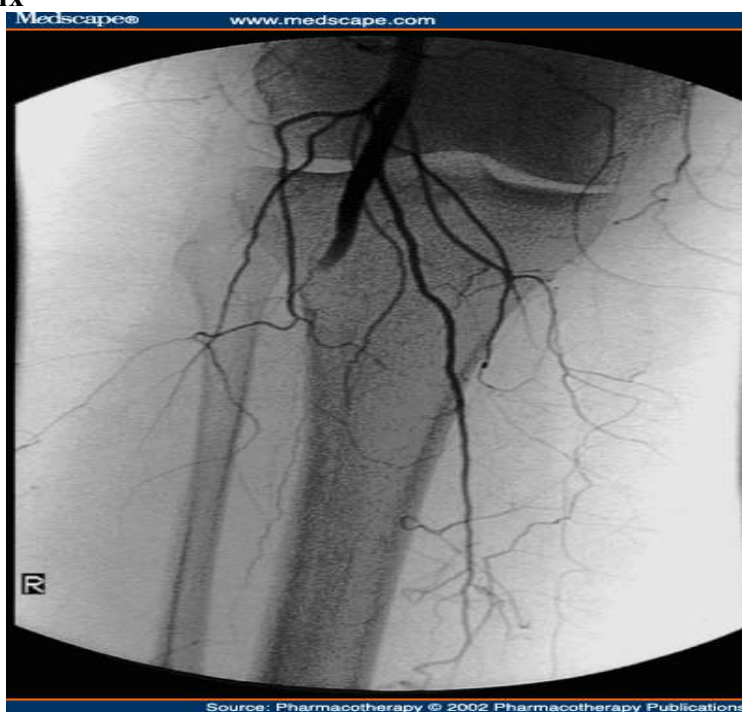


Рис. 27.9. Оклюзія правої підколінної артерії.



Рис. 27.10 Синдром Леріша

Кісточково-плечовий індекс (КПІ) Визначення кісточково-плечового індексу здійснюється із застосуванням портативного міні-доплера – сонографічного приладу, за допомогою якого можна вимірювати систолічний артеріальний тиск (АТ) на нижніх кінцівках. Таке дослідження дуже подібне до звичайного вимірювання АТ на плечі, тому може використовуватися без обмежень у клініках, які мають ангіографія та дуплексне сканування. Міні-доплер дає змогу чітко чути пульсацію невеликих артеріальних судин калібру *dorsalis pedis*. Приблизні значення індексу для здорових повнолітніх людей коливаються у межах 0,98-1,31, тобто близько 1. Зниження цього показника однозначно трактується як наявність облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок, а форма синдрому діабетичної стопи – як ішемічна або невроішемічна залежно від ступеня виразності діабетичної периферичної полінейропатії. Значення, не нижчі за 0,8, свідчать про наявність незначної обструкції проксимальної частини артерії, $\leq 0,75$ – клінічно значиму обструкцію, $< 0,5$ – можливу наявність критичної ішемії кінцівки, що унеможливило загоєння ран (зокрема виразок). Значення КПІ більше ніж 1 не завжди є свідченням відсутності патології артеріальних судин, оскільки в разі глибокої нейропатії можливий склероз Менкеберга, що призводить до кальцифікації середнього шару стінки артерії та заважає компресії артерії у манжетці. Розраховували кісточково-плечовий індекс як частку від ділення величини АТ на гомілці на аналогічний показник на плечовій артерії.

$$\text{КПІ} = \frac{\text{АТ сист гомілки}}{\text{АТ сист плеча}}$$



Рис. 27.11. Міні-доплеро сонографія

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

- 1.Фактори що сприяють облітерації артеріальних судин:
 - А. алергічні стани
 - В. куріння
 - С. стресові стани
 - Д. часті пологи
 - Е. переохолодження

- 2.Частота захворюваності при облітеруючому ендартеріїті:
 - А. частіше жінки
 - В. частіше чоловіки
 - С. у похилому віці
 - Д. люди віком 30-40 років

- 3.характерними симптомами облітеруючих захворювань є:
 - А. висока температура
 - В. переміжна кульгавість
 - С. збліднення нижніх кінцівок
 - Д. гіпертрихоз

- 4.Характерні симптоми облітеруючих захворювань артерій :
 - А. с-м Панченка
 - В. с-м Ольє
 - С. с-м Курвуазьє
 - Д. с-м опеля-Бюргера
 - Е. с-м Мандора

- 5.При облітеруючому ендартеріїті переважно уражаються:
 - А. дрібні артерії кінцівок
 - В. великі артерії кінцівок
 - С. аорта та магістральні судини

1	2	3	4	5
ABCE	AD	BC	BD	A

Б.Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. Хворому, 60 років, що страждає на атеросклероз нижніх кінцівок з оклюзією стегново-підколінного сегмента зправа з ішемією III ступеня, виконана операція стегново-підколінного шунтування зправа. Які заходи профілактики тромбозу шунта необхідно провести в ранньому післяопераційному періоді?

2. Хворий Д., 29 років, поступив із скаргами на швидку втому, відчуття холоду в нижніх кінцівках, появу болю в м'язах гомілок при проходженні відстані до 300 м. Вважає себе хворим протягом 6 років і пов'язує початок хвороби із переохолодженням. Загальний стан хворого задовільний. Пульс - 72 за 1 хв, ритмічний. Артеріальний тиск - 115 та 70 мм рт.ст. Серцеві тони ритмічні. Шкірні покриви нижніх кінцівок на рівні стоп та нижньої третини гомілки з блідим відтінком, прохолодні на дотик, з бідним оволосінням на гомілці, витончені, сухі. Пульсацію на артеріях нижньої кінцівки визначено на стегновій артерії, на

підколінній пульсація ослаблена, на артеріях ступні – відсутня. Пульсація на правій стегновій та підколінній артеріях задовільна, на артеріях ступні - відсутня. Який з попередніх діагнозів найбільш ймовірний?

3. Лікар швидкої медичної допомоги викликаний додому до хворого 58 років з приводу раптово виниклого 40 хвилин тому гострого болю в лівій нозі, її похолодіння, оніміння, збліднення шкіри. Появу болю зв'язує з підвищеним фізичним навантаженням (під час скопування городу). З анамнезу з'ясовано, що вже на протязі 4-х років відзначає утруднену ходьбу (симптом “перемежованої кульгавості”). Лікар діагностував синдром гострої артеріальної непрохідності кінцівки. Яка причина гострого захворювання у хворого?
4. Хворий М., 28 років, курець, скаржиться на переміжну кульгавість до 500 метрів. Пульсація на артеріях стоп відсутня, на підколінних - ослаблена. Оптимальним першочерговим методом лікування в цього хворого буде:

№ задача	Правильна відповідь
1	Призначення прямих антикоагулянтів.
2	Облітеруючий ендартерійт нижніх кінцівок.
3	Облітеруючий атеросклероз кінцівок
4	Консервативне лікування до обстеження хворого

Література

1. Хирургия Учебник под ред. Я.С.Березницкого, М.П.Захараш, В.Г. Мишалова. г. Донецк. 2011г.-с.390-403.
2. Хірургія. Підручник. За ред. Л.Я. Ковальчука. м. Тернопіль, Укрмедкнига, 2010р. – с.192-204.
3. Попов В.П. Больовой синдром при критичній ішемії нижніх кінцівок/Попов В.П.// Актуальные опроси анестезиологии и интенсивной терапии: сборник материалов конференции, Запорожье-Бердянск, 2012-Вып.8. –с.43-45.
4. Фасенко У.А. Поперекова симптоматична блокада у пацієнтів з ішемією нижніх кінцівок/Фасенко У.А. Панов В.М. Зюзенко С.Н. // Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблеми безпеки пацієнта та моніторингу: матеріали VI Британо-Українського Симпозіуму, Київ, 2014.-с.54
5. Хірургічні хвороби під редакцією Кузіна М.І. М. «Медицина» 2002
6. Облитерирующие заболевания конечностей . Вишневский А.А., «Медицина» 1976.
7. Хируогия аорты и магистральных артерій. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. К.: Здоровье, 1979.

ТЕМА 28. ПРОБЛЕМИ ТРОМБОЗІВ ТА ЕМБОЛІЙ. СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ. ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ І ЙОГО ОСНОВНІ МЕТОДИ

Актуальність теми.

Ще в 1853 р. Р. Вірхов описав емболію та емболічні оклюзії судин.

На сьогоднішній день венозна тромбоемболія є третьою за поширеністю патологією серцево-судинної системи. Вона поєднує в собі тромбози глибоких вен нижніх кінцівок та тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). В Європі щорічно реєструють більше 370 000 смертей, пов'язаних з венозним тромбоемболізмом (ВТЕ), більше 70% з них виникли в умовах стаціонару. Тобто 1 з 10 смертей зумовлена ВТЕ. Тільки у 7% померлих правильний діагноз був встановлений прижиттєво.

В сполучених шатах Америки від ТЕЛА помирає більше людей, ніж від травм, раку молочної залози та СНІДу разом (500 000 емболій та 200 000 смертей щорічно).

У Франції щорічно реєструють 150 000 нових випадків тромбозу глибоких вен, у 80 000 – ТЕЛА, при чому 20 000 з них помирає.

У 92-95% хворих причинами артеріальних емболій є захворювання серця, в першу чергу порушення серцевого ритму та гострий інфаркт міокарду (переважно в перші 2-3 тижні), ускладнений аневризмою лівого шлуночка.

Аналіз загальної смертності населення України свідчить, що в 62% випадків вона є наслідком хвороб системи кровообігу. цей показник обумовлений в основному двома чинниками – ішемічною хворобою серця та цереброваскулярними захворюваннями, питома вага яких у структурі смертності становить відповідно 65 і 25% та поступається лише смертності від онкологічних захворювань.

3. Конкретні цілі.

2.1.Знати: основні положення етіології, патогенезу, класифікації, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих з артеріальними та венозними тромбозами і емболіями, методи лікування.

А також знати:

- причини виникнення тромбозу та емболії;
- епідеміологію захворювання;
- різницю між поняттями «тромбоз» і «емболія»
- класифікацію тромбозів та емболій;
- фактори ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень;

- ключові особливості кровообігу судинних басейнів: коронарного, церебрального, вісцерального, ниркового та нижніх кінцівок;
- клінічні прояви ВТЕ та артерійних тромбозів та емболій;
- прояви ішемічного синдрому залежно від локалізації оклюзії;
- методи діагностики (клінічні, лабораторні та інструментальні);
- способи проведення диференційної діагностики тромбозів та емболій різної локалізації;
- лікувальну тактику при підозрі на наявність тромбозу чи емболії;
- принципи хірургічних втручань, які використовують при даній патології;
- методи профілактики виникнення тромбоемболічних ускладнень, особливо в періопераційному періоді;
- підходи до тривалої тромбопрофілактики.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при артеріальних та венозних тромбозах та емболіях.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати скарги хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- оцінювати дані інструментальних методів дослідження (реовазографії, дуплексного УЗ сканування, доплерографії, ЕКГ, ангіографії)
- оцінювати тести згортальної системи крові (коагулограма, тромбоеластограма, фібрінолітичної активності)
- визначити пульсацію на магістральних артеріях
- формулювати діагноз хвороби;
- асистувати на операціях, які виконуються з приводу артеріальних тромбозів та емболій.

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з артеріальними та венозними тромбозами та емболіями.

2.4. Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

4. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патофізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб, рентгенологія	Анатомію серцево-судинної системи, шляхи можливого об'їждного кровопостачання органів при оклюзійно-стенотичних захворюваннях судин. Стадії гострих ішемічних розладів при гострій артеріальній непрохідності. Патогенез тромбозу та емболії судин.	Визначити топографічну анатомію серцево-судинної системи; фізіологічні та патофізіологічні процеси в серцево-судинній системі, клінічні та рентгенологічні симптоми захворювань при тромбозах та емболіях.
<i>Наступні дисципліни:</i> Хірургія (модуль 6), анестезіологія, клінічна фармакологія	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики захворювань серцево-судинної системи, диференційну діагностику даної патології, її тактику лікування та прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем захворювань серцево-судинної системи, вибору оптимальних способів їх лікування та адекватних методів дослідження судин.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку захворювань серцево-судинної системи в структурі хірургічних захворювань, зв'язок даної патології з іншими хірургічними захворюваннями органів грудної, черевної порожнини та кінцівок Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування хірургічних захворювань судин, використовувати методи профілактики.

4. План і організаційна структура навчального заняття.

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з серцево-судинною патологією		+	
2.	Проводити огляд хворих: -оцінити основні методи дослідження згортальної системи крові; -оцінювати результати методів вивчення кровотоку -вивчити пульсацію на магістральних артеріях -провести перкусію, аускульту хворого, зробити висновки			+ + + +

3.	Проводити диференційну діагностику захворювань артеріальні тромбози і емболії		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при гострих тромбозах та емболіях		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори тромбозів і емболій	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при тромбозах та емболіях.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію артеріальних та венозних тромбозів та емболій.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми ішемії, тромбозу, емболії, гангрені, ІХС, ТЕЛА	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики тромбозів та емболій.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики гострих серцево-судинних захворювань.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування хворих з тромбозами та емболіями.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих з серцево-судинною патологією	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1.Огляд хворого 2.Пальпацію, перкусію, аускультацию хворого	Важливим практичним завданням є оцінка загального стану хворого, виявлення ембологенного захворювання (наприклад миготлива аритмія або мітральний стеноз) та визначити ступень недостатності кровообігу.
Навчитись правильно	ЕКГ	-провести реєстрацію ЕКГ у спокої та почати тривале моніторування сегмента

оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	<p>–коронарна ангіографія та ЕхоКГ</p> <p>–ангіографія</p> <p>лапароскопія</p> <p>–ультрозвукова доплерографія, дуплексне сканування.</p>	<p>ST</p> <p>–Основний метод дослідження ступеня урадження коронарного русла, міокардіальної дисфункції та його скоротливої здатності, визначення ушкодження внутрішньошлуночкових структур.</p> <p>–Наважливішим методом діагностики нині залишається ангіографія, чутливість якої при ГМІ становить 74%.</p> <p>–Особливо в поєднанні з лапароскопічною доплерівською флоуметрією та пробою з флуоресціном</p> <p>–Метод першої лінії дослідження судин</p>
Визначити лікувальну тактику при тромбозах та емболіях	<p><u>Консервативна терапія-</u></p> <p><u>Чрезшкірне коронарне втручання (ЧКВ)</u></p> <p><u>Ендоваскулярні втручання при тромбозах та емболіях</u></p> <p><u>Оперативні втручання</u></p>	<p>–на підставі результатів багатьох клінічних досліджень визначено ефективність застосування антишемічних, антитромбінових і антитромбоцитарних засобів, фібринолітиків і коронарної реваскуляризації.</p> <p>–імплантація стента – це досить безпечна процедура, яка сприяє стабілізації розірваної атеросклеротичної бляшки у місці ушкодження</p> <p>–сучасний, малотравматичний спосіб відновлення кровообігу</p> <p>–поділяють на радикальні і паліативні. До радикальних операцій відносять ембол- та тромбінтимектомію, ангіопластику і обхідне шунтування (аутовеноами та синтетичними протезами). Паліативні методи включають операції на симпатичній нервовій системі й ампутації кінцівок.</p>

5. Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1. Підготовчий етап.

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2. Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3. Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього

6. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Емболія	Гостре порушення артеріального кровообігу, що розвинулося внаслідок перекриття просвіту артерії або аорти емболом, який є частиною тромбу або тканини організму, газом, жиром або стороннім тілом, що відірвалися від місця первинної локалізації, мігрували з током крові по кровоносному руслу.
Тромбоз	Гостре порушення артеріального кровообігу, що настає внаслідок перекриття просвіту артерій або аорти згортком крові на місці його формування.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Дати визначення тромбозу та емболії
2. Перерахувати шари судинної стінки
3. Намалювати принципову схему будови серцево-судинної системи
4. Назвати порушення функції згортальної системи крові
5. Етіологія гострих тромбозів аорти і магістральних артерій
6. Причини венозних тромбозів
7. Що таке тріада Вірхова?
8. Патогенез тромбозу та емболії
9. Назвіть стадії гострих ішемічних розладів при гострій артеріальній непрохідності
10. Наведіть класифікацію гострої артеріальної непрохідності кінцівок
10. Дайте визначення ішемії
11. Дайте визначення ІХС
12. Дайте визначення інфаркту міокарда
13. Дайте визначення ішемічного інсульту
14. Яка клінічна картина гострого тромбозу підколінної артерії?
15. Яка клінічна картина тромбозу мезентеріальних судин?
16. Що таке синдром Лериша?
17. Основні методи дослідження при артеріальних тромбозах і емболіях
18. Основні принципи виконання тромб- та інтимектомії
19. Радикальні оперативні втручання по відновленню артеріального кровообігу
20. Паліативні оперативні втручання при ішемії кінцівки
21. Які втручання відносяться до малоінвазивних?

6.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез у хворого з захворюванням серцево-судинної системи.
2. Провести пальпацію, перкусію та аускультацию хворого.
3. Оцінити основні тести стану згортальної системи крові.
4. Оцінити данні артеріографії та флебографії.
5. Оцінити данні УЗ дуплексного дослідження.
6. Оцінити данні ЕКГ та ехо-КГ.
7. Інтерпритувати дані інструментальних методів дослідження
8. Оцінити результати плетизмографії та реовазографії.
9. Асистувати при хірургічних втручаннях на судинах.
10. Виконувати зміну пов'язок.
11. Здійснювати догляд за дренажами.
12. Промивати дренажі та вводити в них лікарські препарати.
13. Видаляти дренажі.
14. Знімати шви.
15. Робити внутрішньоартеріальні ін'єкції.
16. Виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів.
17. Оформити історію хвороби.
18. Оформити лікарняний лист.
19. Виписати рецепт.
20. Оформити витяг з історії хвороби.
21. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
22. Інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень.
23. Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом.

6.4. Зміст теми:

Графологічна структура теми.

6.5. Тромбози та емболії судин

Визначення	<p>ТРОМБОЗ – гостре порушення кровообігу, що настає внаслідок перекриття просвіту артерії або вени згустком крові на місці ураження її стінки патологічним процесом.</p> <p>ЕМБОЛІЯ – гостре порушення артеріального кровообігу, що розвинулося внаслідок перекриття просвіту артерії емболом, який є частинкою тромбу, газом, жиром або стороннім тілом, що відірвався від місця формування і мігтував з током крові по кровоносному руслу.</p>
Епідеміологія	Аналіз загальної смертності населення України свідчить, що в 62% випадків вона є наслідком хвороб системи кровообігу.
Етіопатогенез	<p>Джерелом тромбоемболії артеріального русла служать серце, аорта і великі судини, а спостерігаються такі тромбоемболії при фібриляції передсердь (пароксизмальна і постійна форми), гострому інфаркті міокарду, аневризмі лівого шлуночка серця, кардіоміопатії, при інфекційному та інших формах ендокардиту, у хворих з протезуванням клапанів серця, з міксомой лівого передсердя. Джерелами тромбоемболії можуть бути атеросклеротично змінена аорта і великі судини, а також аневризми аорти або великих судин. Тромбоемболія легеневої артерії виникає внаслідок відриву тромбів, які формуються в глибоких венах нижніх кінцівок та тазу.</p> <p>Зазвичай емболи застрягають в місцях розгалуження артерій і в дистальних їх відділах, де просвіт судини зменшується. Відносно нижніх кінцівок відмічено, що фіксація емболів найчастіше відбувається в стегнових артеріях, потім у порядку зменшення – в клубових артеріях, аорті, підколінних артеріях і артеріях гомілки.</p>

	<p>Гострий тромбоз <i>in situ</i> зазвичай виникає в атеросклеротично змінених артеріях – у місцях їх стенозування чи аневризм, або у вигляді тромбозу шунтів. Тромби можуть утворюватися також в місцях травм, пункцій або в наслідок катетеризації артерій. Гострі артеріальні тромбози можуть спостерігатися при станах, що характеризуються гіперкоагуляцією.</p>
Класифікація	<p>Виділяють 4 стадії ішемії нижніх кінцівок (за класифікацією R. Fontaine):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стадія початкових проявів оклюзії (мерзлякуватість, відчуття холоду, парестезії, блідість шкіри, підвищена пітливість). 2. Недостатність кровообігу при фізичному навантаженні (головний симптом – переміжна кульгавість). 3. Недостатність кровообігу в спокої. 4. Виразково-некротичні зміни. <p>Формування тромбів в венах нижніх кінцівок може призвести до виникнення тромбофлебіту глибоких або поверхневих вен.</p>
Клініка	<p>I або легка стадія хронічної ішемії кінцівки характеризується симптомами недостатності шкірного кровотоку: зміни забарвлення (блідість, легка синюшність, плямистість) і температури шкіри дистальних відділів кінцівки; мерзлякуватість; парестезії (відчуття повзання мурашок, поколювання, печіння чи холоду). Зазначені симптоми є першими ознаками захворювання артеріальних судин. Однак хворі нерідко пояснюють їх появу іншими причинами і звертаються до лікаря на більш пізніх стадіях захворювання. Зазначені симптоми нерідко спостерігаються також при різних неврологічних синдромах, функціональних захворюваннях судин, тому вимагають ретельної диференціальної оцінки. При I стадії ішемії біль у нижніх кінцівках може з'являтися тільки при значному фізичному навантаженні (наприклад, при ходьбі понад 1 км). Найбільш характерною ознакою II стадії ішемії є переривчаста ходьба (переміжна кульгавість). Через певну відстань хворий змушений зупинитися у зв'язку з появою сильного болю. Через кілька секунд чи хвилин біль зникає, і хворий може знову пройти таку саму відстань, потім знову з'являється біль і т. д. У модифікації Покровського стадія недостатності кровообігу при фізичному навантаженні (II) розділена на дві підстадії – ПА і ПБ, що суттєво при показаннях щодо вибору методу лікування. Стадія ПБ характеризується ранньою появою переміжної кульгавості – при ходьбі на відстань до 200 метрів, що є показником значного обмеження можливості переносити фізичне навантаження. Симптоми минущої ішемії при роботі м'язів кінцівки є проявом недостатності м'язового кровотоку при посиленому чи нормальному їх функціональному навантаженні (біг, ходьба). Загальноприйнятий у світовій літературі термін для позначення минущої ішемії кінцівки, а також інших органів (кишечника, мозку), що виникає при їхньому функціональному навантаженні, «<i>claudication</i>» походить від латинського <i>claudicare</i>, що означає «кульгавість». Уперше цей термін застосував ветеринарний лікар Boullaya у 1831 р. для опису переривчастого бігу коня з ушкодженням стегна. Через свою специфічність це одна з ранніх і основних, ознак ішемії кінцівки. Біль виникає в різних м'язах залежно від локалізації і довжини артеріальної оклюзії. При облітерації артерій стопи і нижньої третини гомілки він з'являється в зоні підошви і тилу стопи; при оклюзії стегнової, підколінної чи гомілкової артерій – в ікроножному м'язі (круралгія). При аорто-здухвинній оклюзії біль спостерігається в ікроножних, а також у</p>

стегнових і сідничних м'язах. У деяких хворих біль виникає тільки в м'язах стегна і сідниць.

Прояви болу пояснюють накопиченням у м'язах продуктів метаболізму та ацидозом внаслідок недостатності кисню, що викликає подразнення нервових закінчень.

Переміжна кульгавість є типовим симптомом артеріальних оклюзивних захворювань і відносно рідко спостерігається за інших патологій (анемія, коарктація аорти, виражена серцева недостатність, вторинний ішемічний синдром внаслідок спазму артерій кінцівок при вертеброгенному радикуліті, вегетативно-судинній дистонії). Виявлення цього симптому має важливе диференційно-діагностичне значення.

При декомпенсації кровообігу виникає біль у спокої – **III стадія**. Постійні болі у спокої є ознакою тяжкої ішемії. Спочатку вони виникають при невеликому фізичному навантаженні, а потім і вночі при горизонтальному положенні кінцівки і супроводжуються відчуттям оніміння. При прогресуванні захворювання відзначається сильний біль у пальцях, стопі, а іноді й по всій нозі. Біль буває настільки інтенсивним, що нерідко не піддається дії наркотичних препаратів. Поступово біль посилюється, пацієнт починає масажувати стопу, спати сидячи чи з опущеною ногою, що викликає венозний стаз, який проявляється набряканням стопи і гомілки. Спочатку це служить певною компенсацією, а потім збільшує ішемію.

Шкіра пальців у цей період мармурова, синюшна, багряна (атонія капілярів). Болі пояснюються ішемічним чи запальним невритом. Далі ще більше страждає трофіка тканин, випадає волосся, з'являються тріщини шкіри, виникає дистрофія нігтів і атрофія м'язів. Деструктивні зміни тканин дистальних відділів кінцівки є кінцевим проявом тяжкої ішемії тканин. Вони проявляються вогнищевими некрозами, трофічними виразками, гангреною пальців або стопи. Дистрофія тканин сягає такого ступеня, що найменший додатковий поштовх (фізичне навантаження, охолодження, травма) може призвести до розвитку гангрені. Некротичні зміни з'являються спочатку на пальцях, частіше на великому, їм передують характерна плямиста синюшність шкіри підшовової поверхні пальця, що не змінюється при зміні положення тіла (постуральна проба). Некротичні зміни можуть виявлятися спонтанно, однак частіше безпосередньою їх причиною є незначні травми, потертості, опіки грілкою, ушкодження шкіри при зрізанні нігтів. Некроз шкіри, як правило, ускладнюється прогресуючою інфекцією, запаленням тканин. До некротичних вогнищ приєднується лімфангоїт, що посилює ішемію тканин. Виразково-некротичний процес має повільно протікаючий характер. Гангрена, ускладнена лімфангоїтом та лімфаденітом, відрізняється дуже сильним, нестерпним болем, що доводить хворого до несамовитості. Вторинна інфекція і запалення можуть призвести до швидкого прогресування гангрені, вторинного тромбофлебіту, загальної інтоксикації і неминучої високої ампутації кінцівки. У деяких хворих гангрена пальців або дистальних відділів кінцівки розвивається раптово, без попередньо вираженої і тривалої клініки хронічної артеріальної недостатності. Такий перебіг зумовлений швидким розвитком поширеного тромбозу магістральних судин кінцівки. На відміну від пацієнтів з попередніми вираженими трофічними змінами тканин, колір шкіри пальців і стопи у таких хворих звичайно блідий чи мармуровий, шкіра холодна на дотик, нерідко порушена чутливість.

Для **тромбофлебіту поверхневих вен** характерна наявність всіх проявів

	<p>запалення в проекції варикозно-розширених вен та температурної реакції. Тромбофлебіт глибоких вен характеризується набряком внаслідок порушенням венозного відтоку, болями в кінцівці, найбільш вираженими в проекції судинного пучка, на гомілці – в ікровоножних м'язах. Типовою є й висока температура тіла.</p>
Діагностика	<p>Мета діагностики полягає не тільки у встановленні характеру патології, але й локалізації, довжини оклюзивного ураження і ступеня порушення кровообігу.</p> <p>Типова ознака недостатності артеріального кровообігу в кінцівці – симптом минущої ішемії, переміжна кульгавість. Артеріальний біль у кінцівках підсилюється при навантаженні або в піднятому положенні кінцівки. При легкому ступені порушення кровообігу хворі відзначають мерзлякуватість кінцівки, парестезії, зміни кольору і температури шкіри. Важливо виявити фактори ризику захворювання – тривале й інтенсивне паління, переохолодження кінцівки, симптоми атеросклеротичного ураження судин інших органів (серця, мозку, нирок). Останні обставини важливі також щодо виявлення загальних протипоказань до операції. Дані про ефективність застосованих раніше методів лікування є важливими для вибору тактики і методу лікування.</p> <p>При огляді нижніх кінцівок хворого звертає на себе увагу симетричність змін кольору шкіри, атрофія м'язів, трофічні розлади, зміна форми нігтів і випадіння волосся. При ішемії шкіра може бути блідою, синюшною, червоною, багряною. Блідість шкірних покривів зумовлена спастичним станом капілярів. У кінцевих стадіях ішемії нерідко виникає парез капілярів і шкіра набуває яскраво-червоного чи багряного кольору. При підніманні кінцівки догори блідість шкіри підсилюється, а багрянний і червоний колір звичайно зникають. При атонії капілярів шкіра набуває багряно-ціанотичного забарвлення, особливо при діapedезі еритроцитів через стінку паретичних капілярів.</p> <p>Колір шкіри здорової людини майже не міняється при зміні положення тулуба, а також при короткочасному піднятті кінцівки. Проби зі зміною положення кінцівки використовують для діагностики початкової стадії захворювання, коли колір шкіри в горизонтальному положенні кінцівки звичайно нормальний. Хворому пропонують у положенні лежачи підняти ноги на 45-70°. Уже через кілька десятків секунд шкіра пальців і стопи стає значно блідішою внаслідок гіршого притоку крові. Ця ознака краще виявляється при виконанні згинально-розгинальних рухів у гомілково-стопному суглобі. Потім хворому пропонують сісти, опустити обидві ноги. Через деякий час відзначається почервоніння тильної поверхні стопи і пальців. На цьому феномені засновано ряд функціональних проб, що дозволяють оцінити стан кровообігу в кінцівках: проба Ратшова, Гольдфламма, Ленъель-Лавастіна, Іпсена.</p> <p>З метою виявлення пульсації та дилатації судин проводять пальпацію й аускультацию в зонах їхньої проекції на симетричних ділянках нижніх кінцівок – стегнових, підколінних, задніх велико-гомілкових і тильних артеріях стоп, черевної частини аорти. Відсутність пульсації вказує на оклюзію судини вище місця дослідження. Визначення пульсації артерій є обов'язковим клінічним дослідженням у кожного пацієнта з захворюванням артерій кінцівок. Цей метод простий, легко доступний і дозволяє одержати цінні діагностичні результати. Визначення пульсації виконують на всіх доступних для пальпації артеріях. Пульсацію необхідно досліджувати за можливості симетрично на обох кінцівках, що дозволяє знайти різницю в</p>

ступеню наповнення і напруги пульсу.

Оцінюючи дані пальпаторного дослідження пульсу, варто враховувати можливість аномалії розвитку та особливості розташування периферичних артерій. Так, відомо, що у 10-14 % здорових людей відсутня пульсація на тильній артерії стопи, у 2 % – на задній великогомілковій артерії.

Тимчасове ослаблення чи навіть відсутність пульсації периферичних артерій кінцівки може спостерігатися на початкових стадіях облітеруючих захворювань, при вираженому стенозі без цілковитої закупорки просвіту судини, а також внаслідок різко вираженого судинного спазму. У деяких хворих з добре розвиненим колатеральним кровообігом визначається пульсація на периферичних артеріях при обмеженій оклюзії магістральних артерій, що виявляється ангиографічно.

Пульсація артерій не дозволяє визначити наявність стенозів артерій, і тому виконується їх аускультация. Виявлення систолічного шуму над артерією є показником стенозу чи аневризматичного розширення судини, а також дозволяє визначити локалізацію ураження. Судинний шум спостерігається у 50-90 % хворих зі звуженням артерії. Необхідно зазначити, що шум на здорових артеріях не вислуховується, а з'являється при стенозі артерій не менш як на 40 % їх просвіту. Найбільш інтенсивно шум виражений при стенозах у межах 70-80 %. При фізичних пробах інтенсивність шуму наростає.

У вивченні патології судин у клініці все більшого значення набувають інструментальні функціональні методи дослідження. Вони дозволяють виявити судинні порушення на ранній стадії при слабко вираженій клінічній симптоматиці, відрізнити функціональні судинні порушення від органічних, визначити ступінь недостатності кровотоку, глибше оцінити динаміку патологічного процесу, а також ефективність хірургічного лікування. Виділяють неінвазивні та інвазивні функціональні методи дослідження.

Неінвазивні методи:

- функціональні проби;
- реовазографія
- вимір сегментарного тиску;
- електротермометрія;
- тепlobачення;
- осцилографія;
- капіляроскопія;
- об'ємна сфігмографія;
- вимір pO_2 у тканинах;
- ультразвукові методи дослідження (дуплексне та триплексне дослідження),
- МРТ та КТ ангиографія.

Інвазивні методи:

- визначення тканинного кровотоку за кліренсом ксенону (^{133}Xe);
- Ro-контрастна аорто-артеріографія.

Вимір сегментарного тиску на підколінній артерії і гомілкових судинах дуже показовий. На сьогодні як індексацію використовують метод ультразвукової ехолокації (доплерівське дослідження), що дозволяє також визначити характер кровотоку біля великого пальця стопи.

На думку більшості хірургів, виникнення болю в кінцівці у спокої варто очікувати при зниженні сегментарного артеріального тиску нижче 50 мм рт. ст., а консервативна терапія можлива й ефективна у пацієнтів з

артеріальним сегментарним тиском 80 мм рт. ст. Водночас, вимір сегментарного тиску не може замінити рентген-контрастні методи дослідження судин для визначення характеру і локалізації атеросклеротичного ураження.

Надійність методу дослідження сегментарного тиску також залежить від наявності чи відсутності комбінованого ураження артеріального русла на кількох рівнях (чим вищий рівень ураження, тим надійніший метод). Більш точним є кісточковий індекс тиску (співвідношення тиску щиколотка-плече).

Електротермометрія уже на ранніх стадіях ішемії дозволяє виявити асиметрію температури, а також її зниження при фізичному навантаженні. В нормі асиметрія не перевищує 1,5°C.

Ділянка ішемії добре фіксується за допомогою теплобачення, що уловлює інфрачервоне випромінювання поверхні шкіри.

Реовазографія – метод, що фіксує регулярність пульсових коливань, реографічний індекс, реографічний коефіцієнт. У нормі індекс дорівнює 0,8-0,9 %, а коефіцієнт – 10,5-11 %. Дані візуального і графічного аналізу реографічних кривих і показників функціональних проб дозволяють виявити загальне зниження кровотоку і оцінити ступінь артеріальної недостатності кінцівки, а також визначити характер зміни тону артерій (здатність до розширення, еластичність стінки), ступінь органічного ураження судинної стінки. Метод дозволяє певною мірою оцінити ефективність консервативного лікування і реконструктивної судинної операції. Однак, характеризуючи сумарне кровонаповнення кінцівки, що в умовах оклюзії артерій залежить від ступеня розвитку колатералей, реографія не дозволяє диференційовано визначити стан окремих периферичних магістральних судин.

На підставі аускультативної картини і морфологічної хвилі, величини лінійної швидкості кровотоку і регіонального артеріального тиску, а також індексу тиску ультразвукова доплерографія забезпечує точну топічну діагностику оклюзії артерій нижніх кінцівок.

Визначення напруги pO_2 у тканинах кінцівки дуже важливе для оцінки їх функціонального стану та стану метаболізму тканин.

З радіоізотопних методів виміру тканинного кровотоку велику цінність має визначення м'язового кровотоку, вираженого в мілілітрах на 100 грамів тканини за 1 хвилину як у спокої, так і при функціональних пробах, зокрема з навантаженням. Як індикатор застосовують ^{133}Xe та інші речовини, що вільно проникають через клітинні мембрани.

Найважливішим дослідженням при тромбозах та емболіях артерій та вен є ангиографія: артеріо- та флебографія. Цей метод дозволяє одержати найбільш точну інформацію про локалізацію, довжину, характер ураження, стан судин притоку та відтоку, що необхідна для вирішення питання про операбельність хворих і вибір методу лікування. Можливо виконання як інвазивної прямої ангиографії, коли контрастну речовину вводять безпосередньо в судини, які досліджують, так і КТ та МРТ ангиографії. При останніх контраст вводять в ліктьову вену.

Для одержання повноцінної інформації про стан судинного русла аорти і периферичних артерій, а також стан колатералей та вирішення питання про тактику подальшого лікування усім хворим показана рентгеноконтрастна артеріографія всієї черевної аорти і артерій нижніх кінцівок, аж до стопи. Техніка дослідження визначається, головним чином, рівнем оклюзії артерій. Однак ідеальним є виконання аорто-артеріографії для того, щоб

	<p>одержати контрастування судинного русла всієї кінцівки від аорти до дистальних її відділів. Це дозволяє визначити локалізацію і довжину оклюзії, виявити «багатоповерхові» закупорки, вивчити стан судин притоку і відтоку, від прохідності яких багато в чому залежать результати хірургічного втручання.</p> <p>Дотепер пряма рентгеноконтрастна ангіографія є «золотим стандартом» обстеження хворих із патологією судин. На ангіограмах добре видно місця оклюзій, стенози, колатеральні шляхи кровотоку. Виходячи з результатів дослідження, можна приймати остаточне рішення про вибір методу лікування і визначати показання щодо виду оперативного втручання.</p> <p>Інтраопераційну артеріографію застосовують з метою контролю, виявлення різних дефектів хірургічної корекції оклюзії магістральних судин.</p> <p>При пізніх тромбозах після реконструктивних операцій ангіографія необхідна для діагностики причини, локалізації і довжини тромбозу, виявлення оклюзії і стенозу судин притоку й відтоку для визначення можливості і вибору методу повторної операції.</p> <p>При підозрі на ТЕЛА у пацієнтів з високим ризиком смерті – спіральна КТ. У разі неможливості її виконання – ехокардіографія. У групи пацієнтів з низьким ризиком смерт від ТЕЛА – КТ та визначення D-дімеру.</p>
Лікувальна тактика	<p>Лікування: емболії черевної аорти і магістральних артерій верхніх і нижніх кінцівок є абсолютним показанням до хірургічного лікування. Це обумовлено тим, що консервативна терапія не здатна привести до повного лізису емболу, який часто є тромбом з явищами організації. Консервативне лікування може бути призначене лише хворим, таким, що знаходяться у вкрай важкому стані при достатній компенсації кровообігу в ураженій кінцівці.</p> <p>Гострі тромбози крупних магістральних артерій з декомпенсацією кровообігу в ураженій кінцівці підлягають хірургічному лікуванню і подальшій консервативній терапії. Чим раніше від початку захворювання виконана операція, тим краще її результати. Медикаментозна терапія незрідка дає позитивні результати у хворих з артеріальними тромбозами (виключаючи травматичні) при компенсації кровообігу в кінцівці. Вона досить ефективна і у хворих з гострою непрохідною артерією передпліччя і гомілки.</p> <p>При венозному тромбоемболізмі можливо як хірургічне, так і консервативне лікування. Останнє використовується частіше. Хірургічне втручання передбачає виконання тромбектомії з глибоких вен, кроесектомію при наближенні тромбофлебиту підшкірних вен до вустя великої підшкірної вени та встановлення кава фільтра для попередження ТЕЛА.</p> <p>Консервативне лікування як при артеріальному, так і венозному тромбозі може включати тромболізис, антикоагулянтну терапію, покращення мікроциркуляції. При артеріальних тромбозах ефект дає додаткове призначення спазмолітиків. Необхідно також усувати чинники, що сприяють прогресу ішемії.</p> <p>Серед тромболітичних препаратів найбільш широкого поширення набули стрептокіназа, урокіназа, альтеплаза та тенектеплаза. Стрептокіназа – продукт життєдіяльності гемолітичного стрептококка – являється непрямим активатором плазміногена. Її вводять внутрішньовенно крапельно в дозі від 800 000 до 1 750 000 ОД/дбу, інколи впродовж декількох днів до здобуття клінічного ефекту. Урокіназа – прямий активатор плазміногена, виділений з сечі, володіє високою</p>

тромболітичеської активністю. Вводять внутрішньовенно крапельно, разова доза від 400 000 до 800 000 ЕД. Тромболітична терапія несе з собою великий ризик кровотечі, особливо при наявності відповідних супутніх захворювань (кумулятивний ризик великих кровотеч 13%).

Оскільки медикаментозний тромболізис супроводжується відтермінованим прокоагулянтним ефектом, для боротьби з останнім по закінченні тромболізису переходять до антикоагулянтної терапії. Остання є альтернативою тромболізису і у випадку наявності протипоказів до нього.

Одним з найбільш ефективних антикоагулянтів прямої дії, використовуваних для лікування хворих з гострими тромбозами, є гепарин. Антикоагулянтний ефект гепарину настає відразу ж після внутрішньовенного і через 10–15 хв. після внутрішньом'язового введення і продовжується протягом 4–5 год. Добова доза гепарину складає 30 000–40 000 ОД. Гепаринотерапія вважається ефективною, якщо час згортання крові перевищує вихідний рівень в 2–2,5/ рази. При передозуванні гепарину може виникнути геморагічний синдром, який усувають шляхом введення 1% розчину протаміну сульфату, 1 міліграм якого нейтралізує ефект 100 ЕД гепарину. Прямі антикоагулянти потрібно застосовувати протягом не менше 5 днів. Антагоністи вітаміну К (АВК) (варфарин) потрібно призначити якомога раніше, краще всього в день початку антикоагулянтної терапії. Для того, щоб з'явився ефект від них потрібно 3 дні. Парентеральне введення антикоагулянтів треба спинити коли міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС) буде в межах 2,0-3,0 протягом 2 днів поспіль. Всього виходить 5 днів. При застосуванні варфарину стартова доза повинна бути 5-7,5 мг.

Підвищення адгезивно-агрегационної функції тромбоцитів робить необхідним призначення препаратів, що мають дезагрегаційну дію, зокрема пентоксифеліну та курантілу. Вказані засоби найбільш ефективні при внутрішньовенному введенні. Доцільно також використання 10% низькомолекулярних декстранів реополіглюкіну та реоглюману або кристалоїдного плазмозамінника реосорбілакту, які поліпшують мікроциркуляцію та мають дезагрегаційні властивості.

Спазмолітичні засоби (но-шпа, папаверин, галідор) переважно вводять внутрішньовенно. Метаболічний ацидоз, який незрідка розвивається у хворих, вимагає контролю за показниками кислотно-лужного стану і їх своєчасної корекції шляхом введенням 4% розчину бікарбонату натрію.

Для поліпшення метаболічних процесів в тканинах доцільне призначення вітамінів, актовегіну та солкосеріла. При відповідних показах мають бути призначені серцеві глікозиди і антиаритмічні препарати.

Хірургічне лікування хворих з гострими тромбозами та емболіями полягає у видаленні тромбу або емболу з просвіту судин.

Тромбоемболектомія може бути прямою та непрямую. При першій виконують розтин судини безпосередньо над місцем її оклюзії і видаляють перешкоду. При другій судину вскривають в легкодоступному місці, а тромбоемболектомію виконують за допомогою катетера Фогарті. При поразці артерій нижніх кінцівок оголюють біфуркацію стегнової артерії, а при обтурації артерій верхніх кінцівок – біфуркацію плечової артерії. Виконують поперечну артеріотомію і катетер просувають в напрямку закупорки судини, проводячи його через тромботичні маси. Потім за допомогою шприца вводять рідину, роздувають балончик, і катетер видаляють разом з тромботичними масами. На розріз в артерії накладають судинний шов.

	<p>При важкій ішемії, що супроводиться набряком м'язів з метою декомпресії і поліпшення тканинного кровообігу показана додаткова фасціотомія. Якщо тромбоз або емболія виникли на тлі органічної поразки артеріального русла, виконують тромбінтимектомію або обхідне шунтування. При гангрені нижньої кінцівки показана первинна висока ампутація, частіше в середній третині стегна. При гангрені верхньої кінцівки, що починається, не слід квапитися з ампутацією, оскільки інтоксикація у таких хворих, як правило, не виражена, рівень розвитку колатералей краще і у ряді випадків удається обмежитися некректомією.</p>
--	---

7.Завдання для самоконтролю.

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання початкового рівня знань)

1. У хворого 38 років 2 годи тому раптово виник інтенсивний біль у ділянці лівої ступні та гомілки, останні затерпли, стали холодними зблідніли. Хворий страждає на мітральний стеноз. Об'єктивно: шкіра правої ступні та гомілки бліда, холодна на дотик, пульсація артерій ступні та підколінної артерії відсутня. Тактильна, больова та температурна чутливість порушені. Який діагноз найбільш імовірний:

- А. гострий тромбоз підколінної артерії;
- Б. неврит сідничного нерва;
- В. гострий тромбоз підколінної вени;
- Г. дискогенний попереково-крижовий радікуліт;
- Д. тромбоемболія підколінної артерії.

2.Синдром Лериша це:

- А. стеноз плечо-головного стовбура;
- Б. стеноз ниркових артерій;
- В. оклюзія біфуркації черевної аорти;
- Г. стеноз черевного стовбура;
- Д. стеноз легеневої артерії.

5. До хірурга поліклініки звернувся чоловік 59 років зі скаргами на різкий біль, відчуття холоду та затерпнення у правій ступні. Пацієнт протягом багатьох років страждає на миготливу аритмією. При огляді – ступня холодна, пульс визначається на стегновій артерії, дистальніше – відсутній. Сформулюйте діагноз:

- А. тромбоз глибоких вен правої гомілки
- Б. невроз сідничного нерва;
- В. облітеруючий атеросклероз правої нижньої кінцівки;
- Г. тромбоемболія правої підколінної артерії;

Д. тромбоз артерій правої гомілки.

4. Зовнішній шар судинної стінки має назву:

- А. адвентиція;
- Б. інтима;
- В. медія;
- Г. мезенхіма;
- Д. строма

5. Від якої артерії відходить підключична артерія справа:

- А. загальна сонна артерія;
- Б. хребцева артерія;
- В. поперекова артерія ший;
- Г. безпосередньо від дуги аорти;
- Д. плечо-головного стовбура.

6. Найбільш надійною ознакою тромбозу глибоких вен є:

- А. набряк кінцівки дистальніше місця оклюзії;
- Б. болючість гомілки;
- В. наявність телеангіектазій;
- Г. позитивний симптом Нотман;
- Д. дилатація підшкірних вен.

7. Найбільш часте джерело тромбоемболії легеневої артерії:

- А. іліофemorальний сегмент;
- Б. глибокі вени гомілки;
- В. велика підшкірна вена;
- Г. підколінна вена;
- Д. глибокі вени нижніх кінцівок;

8. Тест Brodie-Trendelenburg демонструє:

- А. перфоранти середини стегна;
- Б. тромбоз підшкірних вен;
- В. недостатність сафено-фemorального клапана;
- Г. тромбоз глибоких вен;
- Д. недостатні перфоранти гомілки;

9. Найкращими методом діагностики тромбозу глибоких вен є:

- А. флебографія;
- Б. радіонуклідне сканування;
- В. дуплексне дослідження;
- Г. реовазографія;
- Д. плетизмографія;

10. Фактори, які спричиняють виникнення тромбозу судин об'єднують у:

- А. тетраду Ерліха;
- Б. тріаду Вірхова;
- В. тріаду Мондора;
- Г. тетраду Фалло;
- Д. тріаду Шарко;

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	В	Г	А	Д	А	Д	В	В	Б

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. До приймального відділення лікарні поступив хворий 75 років зі скаргами на біль у животі, затримку випорожнення. Хворіє 20 годин. Хірургічних втручань не було. В анамнезі інфаркт міокарду і ішемічний інсульт. Пульс 88 уд/хв., миготлива аритмія. А/Т – 90/60 мм.рт.ст. Живіт вздутий, болючий у всіх відділах, з сумнівними перитонеальними ознаками. Перистальтичні шуми не вислуховуються. Рентгенологічно – пневматоз кишківника. Ректально домішки крові в калі. Який діагноз є найбільш вірогідним? Тактика лікування.
2. Пацієнтка 45 років доставлена в приймальне відділення зі скаргами на почервоніння та болючість правої стопи та нижньої третини гомілки. Вона вказує на те, що протягом 15 років були набряки на правій нозі. Ліва залишалася нормальною. При фізичному дослідженні температура тіла 36,9⁰ С, ліва нога нормальна. На правій нозі є зона набряку від пупартової зв'язки вниз до стопи. Кінцівка безболісна. Яке захворювання у пацієнтки?
3. Хворий віком 45 років був доставлений до стаціонару з гангреною лівої стопи. У пацієнти тривалий анамнез паління. Виконана ампутація лівої стопи. Патогістологічне дослідження виявило наявність артеріального тромбозу з нейтрофільною інфільтрацією артеріальної стінки. Запалення також розповсюджувалося на сусідні вени та нерви. Яким є найбільш вірогідний діагноз?

4. Чоловік 60 років доставлений у відділення невідкладної кардіологічної допомоги з великим інфарктом передньої стінки міокарду. На другий день з'явилися оніміння та втрата рухомості правої стопи. При фізичному дослідженні не визначалася пульсація на правій стегновій, підколінній та артеріях стопи. Діагностована гостра артеріальна тромбоемболія. Якою буде найбільш адекватна лікувальна тактика?
5. У пацієнта 55 років з фібриляцією передсердь, що виникла недавно, раптово похолоділа ліва нога, пульсація на її артеріях не визначається. З'явилися парестезія та неможливість дорзального згинання пальців ноги. Після емболектомії з підколінної артерії відновилися пульсація на артеріях стопи. Проте пацієнт не може виконати дорзального згинання пальців. Що повинно бути наступною стадією лікування?

Правильні відповіді

21.	Діагноз: Гострий мезентеріальний тромбоз. Хворому показан екстренна лапаротомі та резекція гангренозно зміненого кишечника.
22.	Первинна лімфедема
23.	Тромбангіт
24.	Емболектомія під місцевою анестезією або черезшкірне ендovasкулярне відновлення артеріального кровообігу
25.	Невідкладна фасціотомія

В. Результати додаткових методів дослідження для самоконтролю:

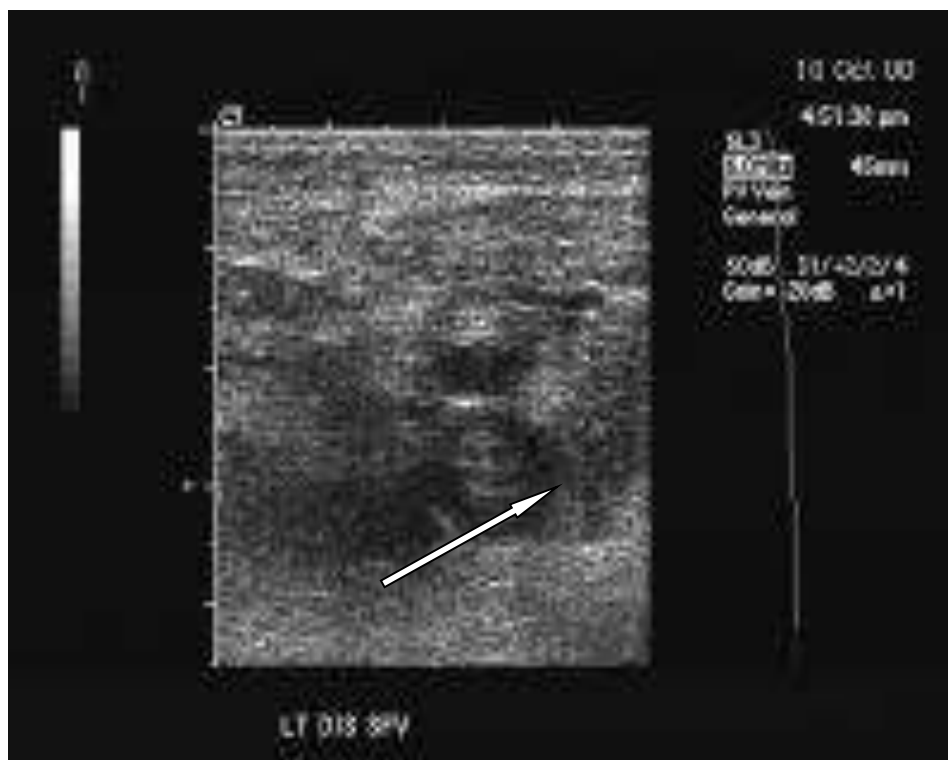


Рис. 28.1. Ультразвукове дослідження судин нижньої кінцівки (стрілкою – тромб в дистальній частині стегнової вени)

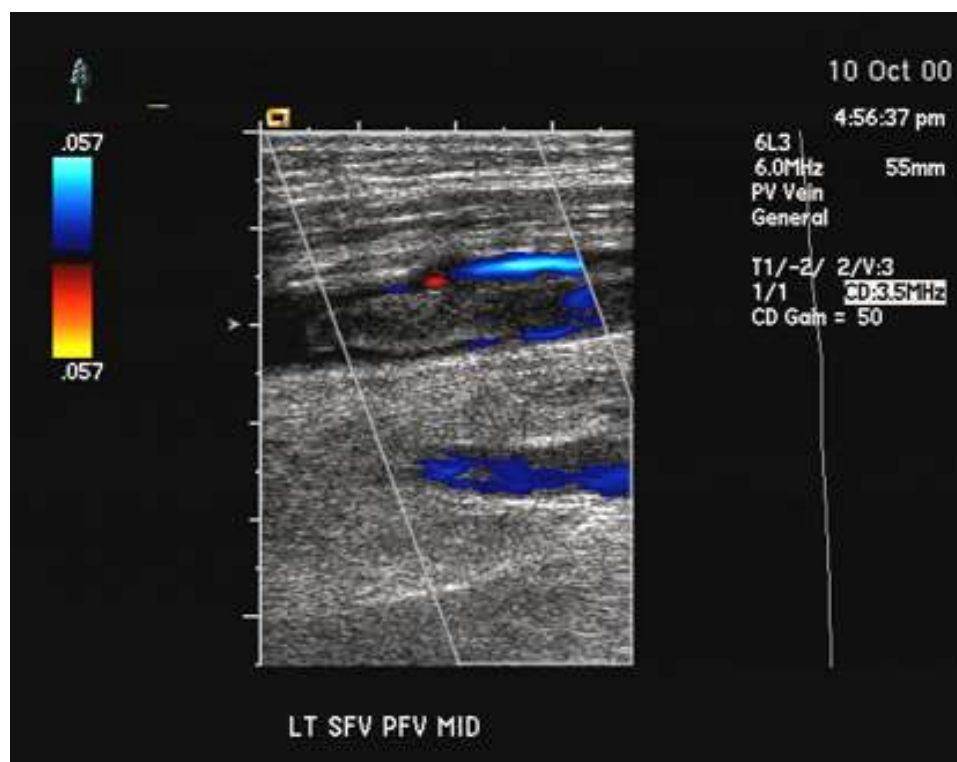


Рис. 28.2. Дуплексне дослідження – тромб в поверхневій стегновій вені, невеликий кровообіг навколо нього, нижче глибока стегнова вена

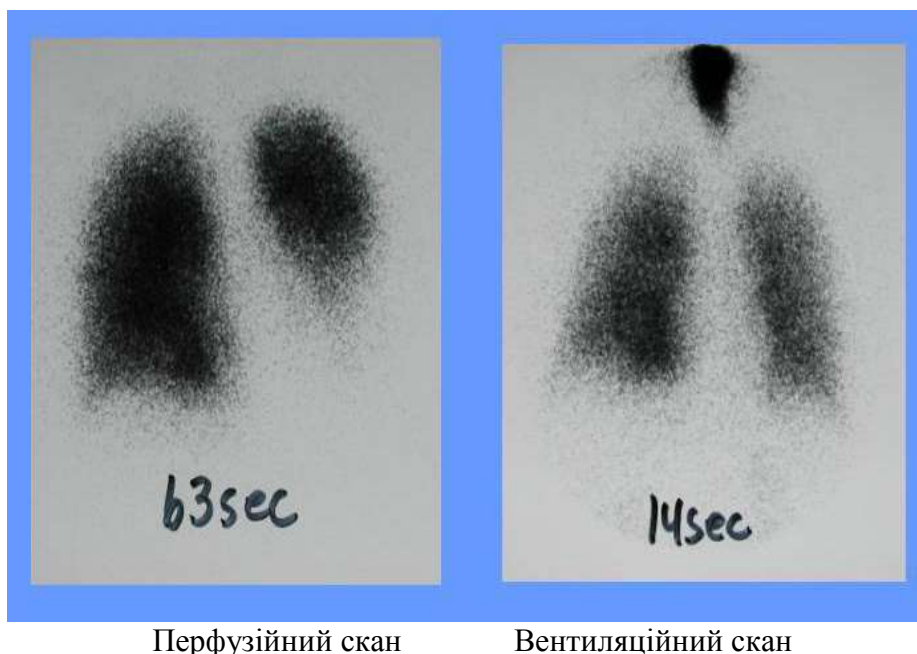


Рис. 28.3. Вентиляційно-перфузійне сканування легень – перфузійний дефект в нижній долі зліва, вентиляція цієї долі не порушена, що вказує на ТЕЛА

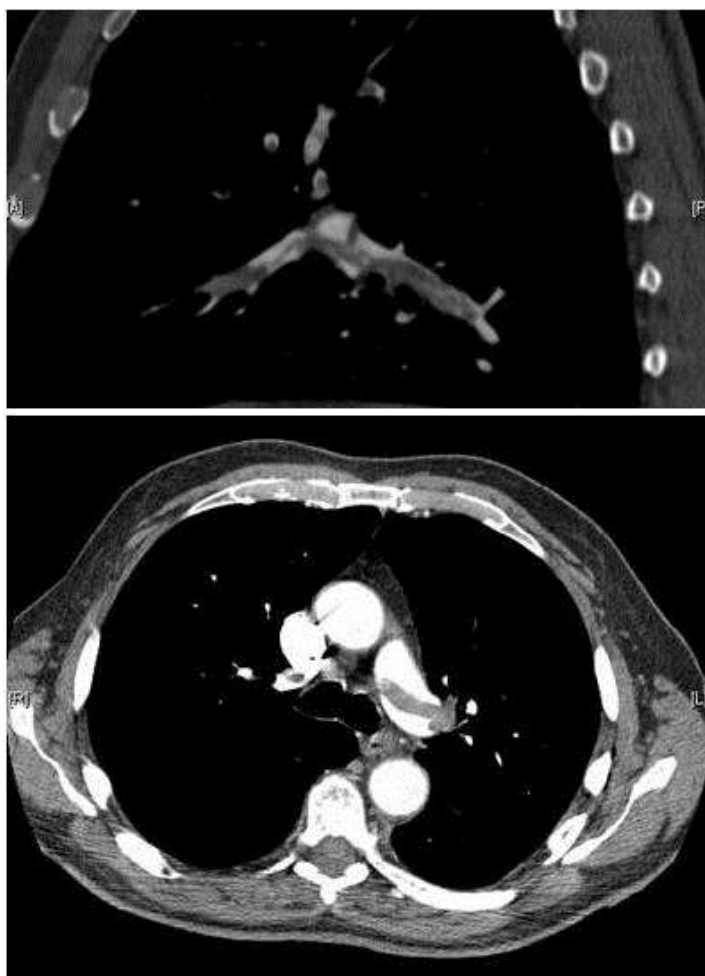


Рис. 28.4. Спіральна КТ високої роздільної здатності – сідлоподібні емболи з подовженими тромбами в дольових гілках обох головних легеневих артерій



Рис. 28.5. Ангіографія легеневої артерії – масивна білатеральна емболія

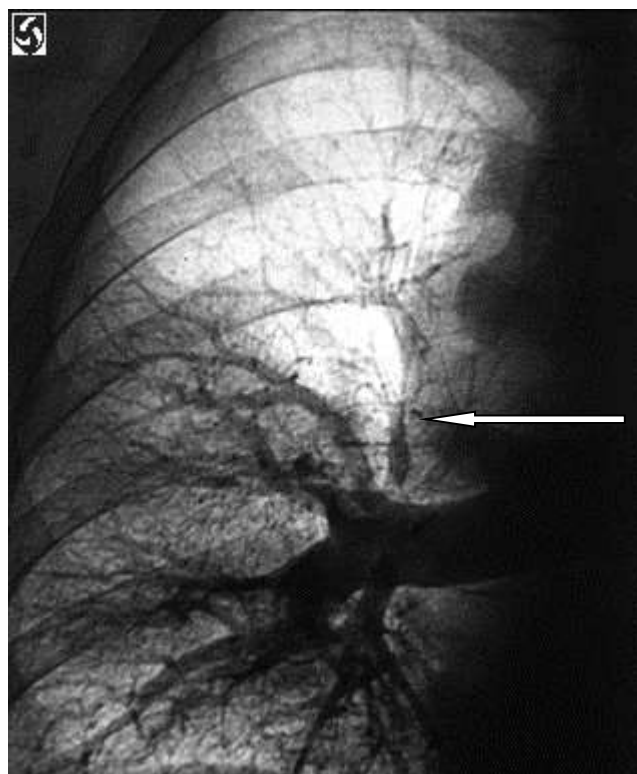


Рис. 28.6. Ангіографія легеневої артерії, стрілка – різкий обрив висхідної гілки правої верхньодольової артерії



Рис. 28.7. Тромбоемболія підколінної артерії



Рис. 28.8. 3-D реконструкція артерій при мультиспіральній комп'ютерній томографії, стрілка – оклюзія лівої підколінної артерії

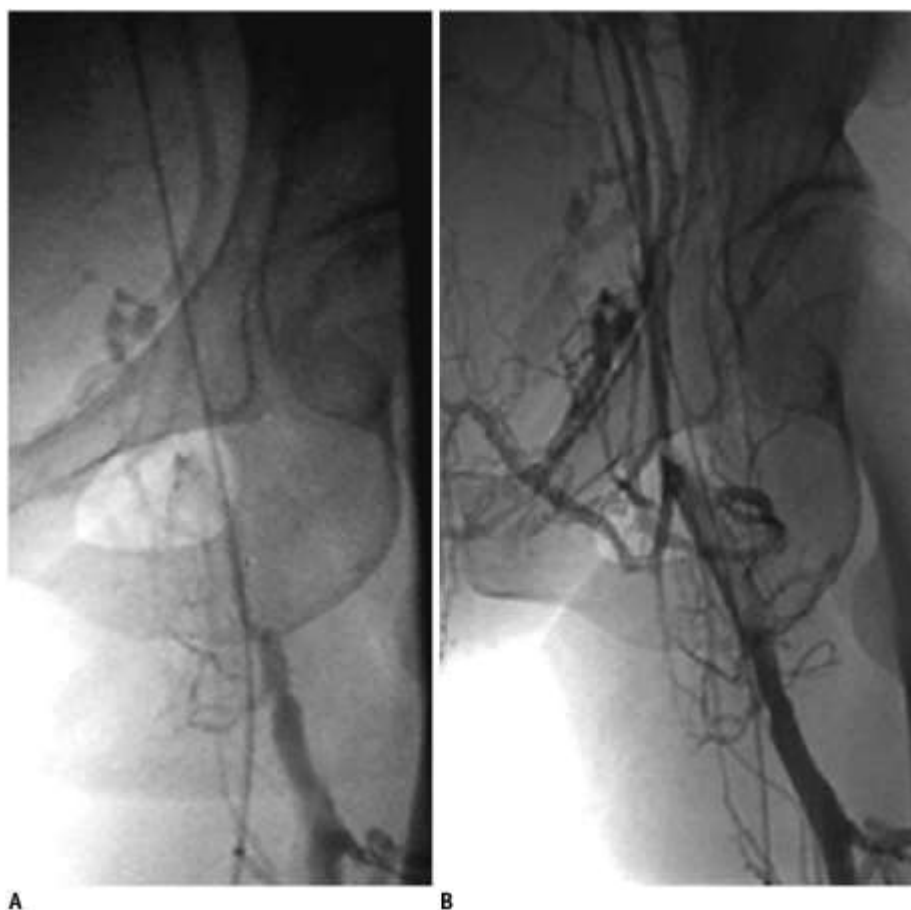


Рис. 28.9. Флебографія: А – повністю перекрита тромбом ліва загальна стегнова вена; В – відновлена прохідність лівої загальної стегнової вени після чрескатетерного тромболізу, з'явилася велика кількість колатералей



Рис. 28.10. Ангіографія нижніх кінцівок, стрілка – звуження загальної клубової артерії зліва на 90% з ознаками пристінкового тромбозу

Література

Основна:

1. Ковальчук Л.Я. Хірургія. Підручник / Ковальчука Л.Я. – м.Тернопіль, Укрмедкнига, 2010. – 368 с.
2. Савельев В. С. Сосудистая хирургия. Национальное руководство / Савельев В. С. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2015. – 464 с.
3. Cronenwett J.L. Rutherford's Vascular Surgery / Cronenwett J.L., Johnston K.W. – Elsevier - Health Sciences Division, 2014. – P.2784.
4. Мішалов В.Г. Методичні розробки до практичних занять з хірургії // Мішалов В.Г., Бурка А.О., Храпач В.В. – К.: Асканія, 2009. – 315 с.

Додаткова:

1. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Белов Ю.В. – М: Медицинское информационное агентство (МИА), 2011. – 464 с.
2. Bhattacharya V. Postgraduate Vascular Surgery / Bhattacharya V., Stansby G. – Cambridge University Press, 2011. – P.49-57. – Режим доступу до книги : <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511997297>
3. Yamanouchi D. Vascular Surgery / Yamanouchi D. - InTech, Chapters published, 2011. – 272 p.
4. Varga Z., Kriska M., Kristova V. et al. Analysis of non-steroidal anti-inflammatory drug use in hospitalized patients and perception of their risk // Interdiscip. Toxicol. – 2013. – V. 6. – P. 141-144.
5. Березницький Я.С. Хирургия. Учебник / Березницький Я.С., Захараш М.П., Мишалов В.Г. – Днепропетровск, 2011. – с.390-403

ТЕМА 29. ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН. СИНДРОМ ВЕРХНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ. СИНДРОМ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ. ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЛІМФОСТАЗУ

1.Актуальність теми.

Варикозним розширенням вен нижніх кінцівок називають захворювання вен, для якого характерне збільшення діаметра просвіту, витончення венозної стінки і утворення «вузлів». Воно спостерігається у 17 – 25 % населення. У стаціонарах хворі з варикозним розширенням вен складають 2 – 3,3% від загального числа хірургічних хворих. Жінки хворіють в 3 рази частіше, ніж чоловіки. У 75 – 80% хворих вражається стовбур і гілки великої підшкірної вени, у 5 – 10% – мала підшкірна вена; обидві вени залучаються до патологічного процесу у 7 – 10% хворих.

2. Конкретні цілі.

Ознайомитись з епідеміологічними дослідженнями захворюваності на варикозну хворобу нижніх кінцівок в Україні та світі.

2.1.Знати: положення етіології, патогенез, класифікацію, клінічні ознаки, методи додаткового обстеження хворих на варикозну хворобу.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при варикозній хворобі.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати дані скарг хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- оцінювати дані інструментальних методів дослідження;
- формулювати діагноз варикозна хвороба;
- асистувати на операціях, які виконуються з приводу захворювань вен;

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань та наявності ускладнень у пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

2.4.Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на варикозну хворобу. Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні дисципліни:</i> Анатомія, топографічна анатомія, фізіологія, патофізіологія, біохімія, пропедевтика внутрішніх хвороб, рентгенологія	Анатомію та фізіологію венозної системи.	Знати топографічну анатомію підшкірних вен нижніх кінцівок, фізіологічні та патанатомічні процеси при цій патології.
<i>Наступні дисципліни:</i> Хірургія, анестезіологія, клінічна фармакологія	Епідеміологію, класифікацію, клінічні ознаки, методи діагностики захворювань вен, тактика лікування та прогноз.	Застосовувати отримані базові знання для подальшого вивчення проблем захворювань, вибору

		оптимальних способів лікування та адекватних методів знеболення.
Внутрішньопредметна інтеграція	Питому частку захворювань вен в структурі хірургічних захворювань. Результати та наслідки їх лікування, методи профілактики.	Оцінювати ефективність результатів лікування, використовувати методи профілактики.

4.1.Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п\п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з захворюваннями вен.		+	
2.	Проводити огляд хворих: - Збір анамнезу захворювання - Інтерпретація даних інструментальних досліджень			+
3.	Проводити диференційну діагностику варикозної хвороби з тромбозом магістральних вен, ПТФС, лімфодемою кінцівок.		+	
4.	Визначати лікувальну тактику при захворюваннях вен.		+	

4.2.Методичне забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2.Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3.Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4.Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори захворювань вен.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при захворюваннях вен.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію захворювань вен.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми захворювань вен.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження, котрі необхідні для діагностики.	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики захворювань вен.	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему оперативного та консервативного лікування при захворюваннях вен.	

4.4.Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою обстеження хворих	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1) Огляд нижніх кінцівок 2) Проведення проб на прохідність глибоких вен нижніх кінцівок	-Колір шкіри, ознаки запалення, наявність трофічних порушень.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати інструментальних досліджень	Доплерографія судин нижніх кінцівок Флебографія Лімфографія	-Прохідність вен нижніх кінцівок
Визначити лікувальну тактику	<u>Консервативна терапія</u> Застосовується при гострих тромбофлебітах підшкірних вен. <u>Оперативні втручання</u> Це є єдиний радикальний метод лікування варикозної хвороби.	-Полягає у ліквідації запального процесу. -Планові. -Ургентні операції показані при гострому висхідному прогресуючому флебіті великої підшкірної вени.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап . Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап. Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Варикозне розширення вен	Захворювання з характерними необоротними прогресуючими змінами в поверхневих, комунікантних і глибоких венах, а також у шкірі, підшкірній основі, м'язах, кістках і нервах, яке клінічно проявляється у вигляді розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, пігментації, трофічних виразок.
Функціональні проби	Проби за допомогою яких виявляють клапанну недостатність поверхневих вен, недостатність клапанів перфорантних вен, прохідність та функціональний стан глибоких вен.
Операція Троянова-Тренделенбурга	Перевязка великої пішкірної вени в місці її впадіння в стегнову вену з одночасним пересіченням усіх поверхневих гілок.
Тромбоз вен	захворювання немікробної етіології, супроводжується обтурацією глибоких магістральних вен тромбом і порушенням регіонарної гемодинаміки, мікроциркуляції та лімфобігу.
Постромбофлебітичний синдром	Хронічний патологічний стан венозної системи (глибокої чи поверхневої), обумовлений перенесеним гострим тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок.
Хронічна венозна недостатність (ХВН)	Симптомокомплекс, який виникає в результаті вродженої чи набутої недостатності клапанного апарату поверхневого чи глибокого сегментів венозної системи та характеризується наявністю набряків, болю, трофічних розладів м'яких тканин.
Лімфостаз (лімфедема)	вроджене або набуте захворювання лімфатичної системи, пов'язане з порушенням відтоку лімфи від лімфатичних капілярів і периферичних лімфатичних судин кінцівок та інших органів до основних лімфатичних колекторів.

6.2.Теоритичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова підшкірних вен нижніх кінцівок.
- 2.Скільки перфорантів на нижній кінцівці?
- 3.Назвіть анатомічні відділи підшкірних вен.
- 4.Назвіть, клінічні прояви гострого тромбофлебиту.
- 5.Які існують методи хірургічного лікування варикозної хвороби?
- 6.Які існують методи малоінвазивного хірургічного лікування варикозної хвороби?
- 7.Які існують методи лікування тромбозу?
- 8.Назвіть основні причини виникнення лімфедема.

6.3.Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

- 1.Зібрати анамнез у хворого
- 2.Провести огляд.
- 3.Проведення проб на прохідність глибоких вен.

- 4.Провести УЗД.
- 5.Провести Флебодіагностику.
- 6.Визначити покази до оперативних втручань при захворюваннях вен нижніх кінцівок.
- 7.Асистувати при оперативних втручаннях.
- 8.Визначити методи підготовки хворого до операції.
- 9.Скласти індивідуальну програму післяопераційного лікування.
- 10.Діагностувати ускладнення після операції.
- 11.Призначити медикаментозне лікування.
- 12.Виконувати заміну пов'язок.
- 13.Знімати шви.
- 14.Здійснювати догляд за дренажами.
- 15.Видаляти дренажі.
- 16.Виконувати в/м та в/в введення лікарських препаратів.
- 17.Оформити історію хвороби.
- 18.Оформити лікарняний лист.
- 19.Виписати рецепт.
- 20.Оформити витяг з історії хвороби.
- 21.Надати правильні рекомендації після операцій на венах нижніх кінцівок.
- 22.Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
- 23.Інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень.
- 24.Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим, його родичами, з медичним персоналом

6.4.Зміст теми:

Графологічна структура теми.

6.5.Варикозна хвороба підшкірних вен нижніх кінцівок

Визначення	Варикозним розширенням вен називають захворювання з характерними необоротними прогресуючими змінами в поверхневих, комунікантних і глибоких венах, а також у шкірі, підшкірній основі, м'язах, кістках і нервах, яке клінічно проявляється у вигляді розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, пігментації, трофічних виразок.
Етіопатогенез	Серед етіологічних факторів розвитку варикозної хвороби важливого значення надають спадковості, гормонально-ендокринним змінам, особливо під час вагітності, різноманітним фізіологічним і патологічним чинникам, що спричиняють підвищений внутрішньочеревний тиск. При вродженій або набутій слабкості м'язово – еластичних структур венозної стінки і клапанного апарату формується патологічне коло венозного кровообігу: з підшкірних вен гомілки кров надходить у глибокі, підіймається до вічка підшкірних вен, де її частина знову переходить у підшкірні магістралі і в результаті недостатності клапанного апарату скидається вниз. Цей механізм призводить до підвищення тиску у венах і їх варикозного розширення. Макроскопічно вени звивисті, нерівномірно роздуті, вузлуваті, іноді заповнені тромбами. Стінки вен потовщені, в місцях випинання, навпаки, стоншені. Мікроскопічно на початку розвитку хвороби виявляють вогнищеву гіперплазію еластичних волокон і гіпертрофію поздовжніх та циркулярних м'язових волокон. У подальшому виникає вогнищева плазморагія, фіброеластоз і склероз. У м'язових волокнах розвивається атрофія. Розширення просвіту вен спричиняє функціональну недостатність клапанів. На шкірі (особливо гомілок) виникають гіперпігментація і трофічні виразки.
Класифікація	<i>В.С. Савельєв виділяє 2 стадії варикозної хвороби поверхневих вен:</i>

	<p>1. Стадія компенсації (А і Б).</p> <p>2. Стадія декомпенсації:</p> <p>а) з трофічними порушеннями;</p> <p>б) без трофічних порушень.</p> <p><i>А.А. Шалімов виділяє 2 стадії верикозної хвороби:</i></p> <p>1. Функціональна недостатність клапанного апарату.</p> <p>2. Органічна недостатність клапанного апарату.</p> <p><i>Локалізація:</i></p> <p>1. Система підшкірних вен.</p> <p>2. Система глибоких вен.</p> <p>3. Комуникантні вени.</p> <p><i>Класифікація хронічних захворювань вен (СЕАР) (С) - клінічний розділ, (Е) – етіологічний розділ, (А) – анатомічний розділ, (Р) – патофізіологічний розділ класифікації.</i></p> <p>В клінічному розділі розрізняють:</p> <p>С 0 – не має видимих чи пальпаторних ознак ХВН</p> <p>С 1 – телеангіектазії або ретикулярний варикоз</p> <p>С 2 – варикозно змінені підшкірні вени діаметром більше 3 мм</p> <p>С 3 – наявний набряк</p> <p>С 4 – трофічні зміни шкіри та підлеглих тканин</p> <p>а – гіперпігментація та/чи венозна екзема</p> <p>б – ліподерматосклероз/ атрофія шкіри</p> <p>С 5 – загоєна венозна виразка</p> <p>С 6 – відкрита венозна виразка</p>
Клініка	<p>Ретикулярний варикоз (С1 за міжнародною класифікацією СЕАР) є суттєвою косметичною проблемою та зустрічається у 58 % обстежених пацієнтів. Ретикулярні венозні сплетення знаходяться на 1-3 мм під шкірою і впадають в поверхневу венозну систему, іноді безпосередньо в глибоку венозну систему. Рефлюкс із поверхневої чи глибокої венозної системи відіграє провідну роль в розвитку ретикулярного варикозу. Розширення ретикулярних вен найчастіше спостерігаються на латеральній частині стегна. У 78% пацієнтів це є лише косметичною проблемою і не супроводжується іншими скаргами, у інших мають місце незначні набряки та відчуття дискомфорту в кінцівках. Деякі автори пропонують розглядати ретикулярний варикоз, як окрему патологію.</p> <p>Клінічна картина варикозної хвороби варіює залежно від стадії:</p> <p>Стадія компенсації – початком захворювання є поява окремих венозних вузлів або сегментарне розширення поверхневих вен на стегні й гомілці. Розширені вени м'які при пальпації, не болючі, легко спадаються, шкірні покриви над ними не змінені.</p> <p>А – без клапанної недостатності;</p> <p>Б – з клапанною недостатністю;</p> <p>Стадія декомпенсації – характеризується синдромом венозного застою. Скарги на відчуття важкості в ногах, повноти в ногах, швидку втому, тупий біль, судоми в литкових м'язах, виснажливе свербіння, особливо ввечері, набряки або пастозність у ділянці гомілковоступневого суглоба, що збільшуються до кінця робочого дня і зникають або зменшуються після нічного відпочинку. Ступінь набряку залежить від величини статичного навантаження на кінцівку. Під час огляду виявляють помірне або різко виражене розширення поверхневих вен, пігментацію шкірних покривів, явища сухої та вологої екзем, трофічні виразки, лімфостаз, вогнища атрофії шкіри, гемосидерозу, дерматосклерозу. Трофічні виразки при варикозній</p>

	<p>хворобі особливо часто розвиваються на передній медіальній поверхні нижньої третини гомілки (v.Cocset)</p> <p>При пальпації варикозно розширені вени напружені, туго-еластичної консистенції, стінки великих вен склерозовані, інтимно спаяні із шкірою, шкіра в ділянці трофічних розладів не береться в складку (целюліт).</p>
Діагностика	<p>-Скарги хворого, анамнез захворювання.</p> <p>-Загальний огляд хворого.</p> <p>-Функціональні проби.</p> <p><i>I. Проби, за допомогою яких виявляють клапанну недостатність поверхневих вен.</i></p> <p>Проба Броді-Троянова-Тренделенбурга:</p> <p>Положення хворого – лежачи на спині. Кінцівку, яку досліджують, піднімають з метою спорожнення варикозно розширених поверхневих вен, потім місце впадання великої підшкірної вени в стегнову перетискають пальцем або на верхню третину стегна накладають м'який гумовий джгут. Після цього хворий стає на ноги.</p> <p>Підшкірні вени спочатку залишаються спалими, однак у подальшому впродовж 30 с поступово заповнюються кров'ю, що надходить із периферії. Якщо відразу після того як хворий став на ноги відпустити палець, або зняти джгут, варикозно розширені вени стегна і гомілки протягом декількох секунд туго заповняться зворотним током крові зверху. Такий результат проби свідчить про недостатність клапана устя і стовбурових клапанів великої підшкірної вени.</p> <p>Також існує пальпаторно-перкусійна проба Шварца-Мак-Келиг-Хейердала, симптом Гаккенбруха-Сікара.</p> <p><i>II. Проби, за допомогою яких виявляють недостатність клапанів перфорантних вен.</i></p> <p>1. Проба Пратта. У положенні хворого лежачи, після спорожнення варикозно розширених вен у верхній третині стегна накладають гумовий джгут, що стискає проксимальний відділ великої підшкірної вени. Після цього на кінцівку накладають еластичний бинт від пальців до джгута і хворого переводять у вертикальне положення. Еластичний бинт починають знімати по одному витку, починаючи зверху. При утворенні між джгутом і бинтом проміжку шириною 10 см знову накладають еластичний бинт, що обвиває кінцівку зверху вниз вслід за турами першого бинта, який поступово знімають. Напружений сегмент варикозної вени між двома бинтами свідчить про те, що в цьому місці поверхнева вена сполучається з перфорантною веною з недостатністю клапанного апарату.</p> <p><i>III – Проби, за допомогою яких виявляють прохідність і функціональний стан глибоких вен.</i></p> <p>1. Проба Мейо-Пратта. Хворому, який знаходиться в горизонтальному положенні, накладають гумовий джгут на верхню третину стегна. Після цього кінцівку, яку досліджують, туго бинтують еластичним бинтом від пальців стопні до верхньої третини стегна. Хворому пропонують походити впродовж 20-30 хв. Відсутність неприємних суб'єктивних відчуттів при ходьбі свідчить про задовільну функцію глибокої венозної системи. Якщо після довготривалої ходьби з'являється сильний розпираючий біль у ділянці гомілки, це означає, що прохідність глибоких вен порушена.</p>
Диференційна діагностика	<p>При встановленні діагнозу варикозної хвороби слід проводити диференційну діагностику з такими нозологіями:</p> <p>1. Вторинне варикозне розширення вен, яке спостерігають при посттромбофлебітичній хворобі.</p>

	<p>2. Варикозне розширення вен при хворобі Пратта-Піулак-Відаля-Барракі. 3. Варикозне розширення вен при хворобі Пакс-Вебера-Рубашова.</p>
Лікувальна тактика	<p>У лікуванні варикозної хвороби застосовують такі методи: консервативний, лігатурний, склерозуючий, хірургічний, комбінацію методів. Найбільш радикальним і ефективним є хірургічний. У чистому вигляді консервативного лікування варикозної хвороби не існує. Консервативні заходи – тимчасове, симптоматичне лікування проявів захворювання. Еластичний бинт, еластичні панчохи, венотоніки, фізіотерапевтичні процедури – це паліативні заходи, що тимчасово покращують стан гемодинаміки в кінцівці й деякою мірою сповільнюють подальший розвиток патологічного процесу.</p> <p>Хірургічне лікування включає три групи методів:</p> <p><i>I. Ліквідація скиду крові з глибокої венозної системи в поверхневу.</i></p> <p>1.1. Операція Троянова (1888)-Тренделенбурга (1890). Мета: запобігти патологічному рефлексу крові із стегнової вени у велику підшкірну вену через сафено-феморальний перехід. Суть: перев'язка великої підшкірної вени в місці її впадання у стегнову вену з одночасним пересіченням усіх поверхневих гілок, що впадають у цій ділянці у велику підшкірну вену.</p> <p>1.2. Надапоневротична перев'язка перфорантів за Коккетом (1956). Мета: запобігати патологічному рефлюксу крові з глибоких вен у поверхневі вени через неспроможні клапани перфорантних вен Коккета. Суть: перев'язку безпосередньо над апоневрозом роблять таким чином, щоб після підсічення лігатури кукса перфорантної вени занурилась всередину. Після цього дефект в апоневрозі слід зашити.</p> <p>1.3. Підапоневротична перев'язка перфорантів за Лінтоном (1938). Показання: виражені трофічні зміни шкіри і жирової підшкірної клітковини. Мета: запобігти патологічному рефлюкса крові з глибоких вен у поверхневі через неспроможні клапани перфорантних вен гомілки. Доступ: на всьому протязі гомілки (медіальна поверхня) нижня його третина зміщується назад і проходить на 1 см допереду від ахілового сухожилка. Суть: відшаровують шкірно-апоневротичний клапоть від прилеглих м'язів, видаляють перфорантні вени і перев'язують їх операцію закінчують зашиванням апоневрозу вузловими шовковими швами.</p> <p><i>II. Видалення варикозно розширених поверхневих вен.</i></p> <p>2.1. Операція Маделунга (1884). Повне видалення великої підшкірної вени з її притоками через великий розріз – від пахової складки до медіальної кісточки. Цю операцію у своєму первісному варіанті на сьогоднішній день не застосовують, оскільки вона дуже травматична і залишає грубі обширні рубці. Сучасний варіант операції Маделунга полягає у висіченні варикозно розширених вен гомілки із одного великого розрізу, проведеного по ходу великої підшкірної вени від колінного суглоба до медіальної кісточки. Цей доступ дає можливість одночасно перев'язати неспроможні перфорантні вени. Подібне видалення підшкірної вени застосовують при взятті матеріалу для аорто – коронарного шунтування.</p> <p>2.2. Операція Нарата (1906). Видалення розширених вен через декілька невеликих (від 3 до 10 см) розрізів.</p>

	<p>2.3. Операція Беккока (1907). Принцип метода полягає в тому, що вену видаляють на значному протязі за допомогою введеного в просвіт вени спеціального екстрактора. Екстрактор - довгий гнучкий стержень або тросик із булавоподібною “головкою” та циліндром на кінці.</p> <p><i>III. Виключення з кровообігу й облітерація варикозно розширених поверхневих вен</i> (як допоміжний метод, у комплексі з двома попередніми).</p> <p>3.1. Лігатурний метод: а) операція Ниде-Кохера; б) метод Клапа;</p> <p>3.2. Методи розсічення варикозно розширених вен. а) операція Ріндфлейша; б) метод Іванова; в) метод Хрустальова;</p> <p>Методи розсічення варикозно розширених вен, як і лігатурні методи, в даний час не застосовують.</p> <p>3.3. “Біопластичний” метод Топровера. Грунтується на принципі використання коагуляційної дії кетгуту, який вводять у просвіт вени. На сьогоднішній день метод не застосовують.</p> <p>3.4. Малоінвазивні методики: Серед малоінвазивних в цій галузі конкурують флебооблітеруючі методики, які за механізмом дії на варикозно розширені вени можна розділити на хімічні (склерооблітерація або ін. назва склеротерапія) та фізичні – радіочастотна, лазерна електрокоагуляція. Останні відрізняються високою собівартістю лікування.</p> <p>Склеротерапія пройшла еволюцію від склерозування окремих вариксів до інтраопераційної катетерної склерооблітерації великих стовбурів підшкірних вен.</p> <p>Виділяють чотири різновиди склеротерапії: класична рідинна склеротерапія, ехосклеротерапія, склеротерапія foam-foam та мікросклеротерапія.</p> <p>Склеротерапія в комплексному лікуванні варикозної хвороби, при умовах, що діаметр варикозно трансформованої судини не перевищує 5 мм, патогенетично обґрунтований та високоєфективний метод. Даний метод є провідним при лікуванні ретикулярного варикозу.</p> <p><i>IV. Екстравазальна корекція клапанів вен.</i></p>
--	---

6.6.Тромбоз магістральних вен

Визначення	Тромбоз - захворювання немікробної етіології, супроводжується обтурацією глибоких магістральних вен тромбом і порушенням регіонарної гемодинаміки, мікроциркуляції та лімфобігу.
Етіопатогенез	<p>Приблизно 150 років тому R. Virchow описав основні механізми внутрішньосудинного утворення тромбів. Класична тріада Вірхова включає зміни крові (стан гіперкоагуляції), травму стінки судини (пошкодження ендотелію) та сповільнення току крові (стаз).</p> <p>На зміну факторів коагуляції впливає головним чином вроджений дефіцит захистних механізмів (дефіцит природних інгібіторів коагуляції, дисфібриногенемія, порушення фібринолітичної системи, мутації гену протромбіну тощо)а також деякі набуті.</p> <p>Пошкодження судинної стінки може виникнути внаслідок багатьох причин, серед них слід виділити: гіпоксію, паління, віруси, ендотоксини, пряме пошкодження при травмі або операції.</p>

	<p>До причин сповільнення чи порушення току крові слід віднести: варикозне розширення вен, здавлення венозних судин зовні оточуючими тканинами (набряки, пухлини тазу, матка в III триместрі вагітності, зміни вен внаслідок попередніх епізодів трмбозу), іммобілізація кінцівок.</p>
Класифікація	<p>Класифікація тромбозів(за Л. І. Кліонер, 1969)</p> <p><i>I. За локалізацією первинного тромбоутворення і шляхами його поширення:</i></p> <p>1. Система нижньої порожнистої вени:</p> <p>а) тромбоз вен, якими здійснюється відтік крові з м'язів гомілки; б) тромбоз вени ілеофemorального сегмента; в) тромбоз вен підниркового, ниркового і надниркового сегментів або вся нижня порожниста вена; г) тромбоз кавалеофemorального відділу; д) тотальний тромбоз усієї глибокої венозної системи нижньої кінцівки.</p> <p><i>II. За етіологічними ознаками:</i></p> <p>1) інфекційні; 2) посттравматичні; 3) постопераційні; 4) післяпологові; 5) варикозні; 6) що виникли на фоні алергічних реакцій і порушень обмінних процесів; 7) що виникли на фоні інтравазальних вроджених і набутих факторів (перегородки, діафрагми, атрезії); 8) що виникли при екстравазальних вроджених і набутих факторах (стискання венозної стінки пухлинами, артеріями, аневризмами).</p> <p><i>III. За клінічним перебігом.</i></p> <p>1. Гострий тромбофлебіт. 2. Підгострий тромбофлебіт. 3. Хронічний тромбофлебіт (післятромбофлебітний синдром). 4. Гострий тромбофлебіт, що розвинувся на фоні посттромбофлебітного синдрому.</p> <p><i>IV. За ступенем виникнення трофічних змін і порушень гемодинаміки.</i></p> <p>1. Легка форма. 2. Середня форма. 3. Тяжка форма.</p>
Клініка	<p>Набряки кінцівки можна вважати характерним симптомом ілеофemorального тромбозу. Послідовність їх появи в різних відділах кінцівки завжди залежить від шляхів його поширення. Так, при низхідному тромбозі, що перекриває стегнові вени, набряк виникає одночасно в ділянці стегна й гомілки. Він швидко прогресує і максимальних об'ємів досягає приблизно через добу. Висхідний тромбоз супроводиться більш повільним наростанням набряку, що спочатку виникає на гомілці, а далі переходить на стегно. Максимальної величини такий набряк досягає через 2-3 доби. В окремих випадках може починатися з пахової ділянки, стегна чи нижньої половини живота. Це, перш за все, пов'язано з первинним ураженням пахового лімфатичного колектора.</p> <p><i>Синя флегмазія</i> - тяжка форма гострого тромбозу глибоких магістральних вен нижніх кінцівок і таза та основних колатеральних шляхів відливу венозної крові.</p> <p>Клінічний перебіг захворювання дуже тяжкий. Характерними клінічними ознаками хвороби є ціаноз, набряк, біль, гангрена ступні або гомілки.</p> <p><i>Тромбоз глибоких вен гомілки.</i> Це найбільш часта локалізація тромбозів нижніх кінцівок. Захворювання без значних гемодинамічних розладів, у зв'язку з чим клінічні прояви його виражені слабо. Нерідко симптоматика обмежується лише скаргами хворих на біль у гомілкових м'язах, що посилюються при ходьбі. Окремі хворі скаржаться на почуття тяжкості в ногах, на періодичні спазми та посилення болю в гомілкових м'язах при їх скороченні. Набряки гомілок бувають, як правило, маловираженими.</p>

	<p><i>Тромбоз клубово-стегнових вен.</i> Дана патологія зустрічається в 10 % випадків тромбозів нижніх кінцівок. Проте при мігруючому тромбофлебіті вона може мати початком як тромбоз вен стегна і таза, так і розвиватися внаслідок переходу процесу з великої підшкірної вени на глибокі. Можливе також поширення тромбування вгору із вен гомілки. Для клініки гострого ілеофemorального тромбозу, насамперед, притаманним є біль розпираючого характеру, набряк усєї ноги. Останній буває більш вираженим у хворих внаслідок поширення тромбозу з вічка великої підшкірної вени.</p>
Діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез і фізикальні методи обстеження. 2. Загальний і біохімічний аналіз крові. 3. Дослідження згортальної системи крові. 4. Флебографія. 5. Сонографія і доплерографія. 6. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки й черевної порожнини. 7. Комп'ютерна томографія.
Диференційна діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гострий тромбофлебіт підшкірних вен 2. Індуративною і вузлуватою еритемою. 3. Хворобою Вебера-Крістіана. 4. Лімфангоїтом. 5. Запальними процесами в підшкірній жировій клітковині. 6. Вузликовий періартеріт 7. Мігруючий тромбангін (хвороба Бюргера). 8. Гострий артеріальний тромбоз і емболія. 9. Лімфангіт і вогнищевий целюліт 10. Облітеруючий ендартеріт
Лікування	<p><i>Консервативне:</i> Основними складовими консервативного лікування є застосування тромболітиків (фібринолізину, стрептази, стрептодекази, целіази, урокінази) та антикоагулянтів прямої і непрямой дії на фоні антибактеріальної й дезінтоксикаційної терапії. У гострий період обов'язковим є ліжковий режим.</p> <p><i>Хірургічне:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тромбектомія пряма або непряма 2. Тромбектомія в поєднанні з перев'язкою вен. 3. Тромбектомія в поєднанні із фасціотомією, коли розвивається венозна гангрена. 4. Тромбектомія з попереднім встановленням кавафільтра.

6.7. Постромбофлебітичний синдром (ПТФС)

Визначення	<p>ПТФС - симптомокомплекс, який розвивається в результаті перенесеного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок. Він являє собою типовий різновид хронічної венозної недостатності і проявляється вторинним варикозним розширенням вен, стійкими набряками, трофічними змінами шкіри та підшкірної клітковини.</p>
Етіопатогенез	<p>Згідно зі статистичними дослідженнями, на дану патологію страждає 1,5 – 5% населення. Проява ПТФС залежить від долі тромбу, який сформувався у просвіті судини. Найчастіше буває часткова і повна реканалізація з втратою клапанного апарату, іноді облітерація судини. Процес організації тромбу починається з 2 – 3 тижня від початку захворювання, яке завершується його реканалізацією протягом 5-7 років. У результаті</p>

	<p>запальних явищ вена перетворюється на ригідну склерозовану трубу із зруйнованими клапанами. Навколо неї формується фіброз, який стискає вену. Всі ці зміни призводять до грубого порушення гемодинаміки (рефлюкс крові, венозна гіпертензія), в результаті чого з'являється рефлюкс крові по перфорантним венам з глибоких вен до поверхневих. Високий тиск і стаз крові у венах гомілки призводять до порушення лімфовенозної циркуляції, підвищеної проникності капілярів, набряку тканин, склерозу шкіри та підшкірної клітковини (ліподерматосклероз), некрозу шкіри і формуванню трофічних виразок венозної етіології.</p>
Класифікація	<p>Класифікація (О.О. Шалімов, І.І. Сухарев). За формою виділяють склеротичний, варикозний, набряково-больовий, виразковий; За стадіями розвитку – I, II, III ст. За локалізацією – нижню порожнисту вену, клубові вени, яремні вени, підколінну вену, гомілкові вени. Ураження можуть бути: ізольовані, комбіновані, поширені. За характером ураження вен – оклюзію, часткову реканалізацію, повну реканалізацію. За ступенем венозної недостатності – компенсацію, субкомпенсацію, декомпенсацію.</p>
Клініка	<p>Хворих турбують тяжкість, розпирання і біль в ураженій кінцівці з локалізацією переважно в ділянці дистальних відділів гомілки, набряки, пігментація шкіри, екзема, трофічні виразки, свербіння шкіри, варикозне розширення поверхневих вен. При огляді в більшості хворих з ПТФС кінцівка збільшена в розмірах за рахунок набряку і лімфостазу. Виявляють різного роду варикозне розширення поверхневих вен. Варикоз поширюється на поверхневі вени гомілки, стегна, лобка, зовнішніх статевих органів. Пігментація може бути у вигляді плям або дифузною. Пігментована шкіра атрофічна, без волосяного покриву. Трофічні виразки, як правило, глибокі й широкі, іноді циркулярні. При пальпації ураженої кінцівки виявляють біль по ходу глибоких венозних стовбурів. Ділянки індуративно зміненої шкіри (склероз, індуративний целюліт) і підшкірної клітковини нерухомі щодо до прилеглих тканин, щільні, болючі при пальпації. Варикозно розширені вени напружені, особливо в ділянці неспроможних перфорантів, помірно болючі, погано спадаються. Завжди є доцільним посегментарне і порівняльне із здоровою кінцівкою вимірювання об'єму ураженої кінцівки. Ступінь збільшення кінцівки в об'ємі залежить від тяжкості гемодинамічних порушень, а поширеність набряку вказує на локалізацію посттромботичних змін у магістральних венах. Посттромботичне ураження нижнього сегмента проходить відносно сприятливо. Стадія компенсації триває досить довго: впродовж 3-5 років після перенесеного гострого тромбозу. Поява стійкого збільшення гомілки в обсязі або значного розширення поверхневих вен, яке супроводжується відповідними суб'єктивними розладами, свідчить про стадію декомпенсації. При посттромботичному ураженні середнього (клубово-стегнового) сегменту стадія компенсації коротка, в багатьох хворих навіть відсутня. Стадія декомпенсації кровообігу настає через кілька місяців або відразу після затихання явищ гострого ілеофеморального венозного тромбозу.</p>

	<p>Протягом наступних 2-3 років розвиваються трофічні розлади, які мають дифузний характер і в більшості хворих ускладнюються трофічними виразками.</p> <p>При посттромбофлебітичному синдромі верхнього (нижня порожниста вена) сегменту відразу виникають ознаки декомпенсації венозного відтоку, на тлі якої дуже швидко розвиваються важкі розлади кровообігу дистальних відділів обох нижніх кінцівок.</p>
Діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Флебографія 2. Лімфографія 3. Радіоіндикація. 4. Ультразвукова флоуметрія 5. Оклюзійна плетизмографія
Диференці-альна діагностика	<p>Ряд захворювань, при яких спостерігається варикозне розширення вен і набряк кінцівки, подібні клінічним проявам посттромбофлебітичного синдрому. До них відносяться: варикозна хвороба поверхневих вен, вроджені захворювання судин нижніх кінцівок і лімфостаз.</p> <p>Особливе значення в диференціальному діагнозі варикозної хвороби і посттромбофлебітичного синдрому мають анамнестичні дані. Наявність у хворого в анамнезі симптомів гострого тромбозу магістральних вен з подальшою появою розширення поверхневих вен свідчить на користь посттромбофлебітичного синдрому. При варикозній хворобі спочатку розвивається розширення поверхневих вен і тільки потім виникає набряк кінцівки.</p>
Лікувальна тактика	<p>Лікувальна тактика визначається стадією процесу. При посттромбофлебітичному синдромі під час стадії компенсації застосовують консервативне лікування, стадії декомпенсації - хірургічне лікування. При наявності вагомих протипоказань до операції приєднується комплексне консервативне лікування з накладенням компресійної цинкжелатинової пов'язки Уна.</p> <p><i>Консервативне лікування:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анальгетики. 2. Венопротектори (троксевазин, венорутон, ескузан, глівенол). 3. Дезагреганти. 4. Препарати ензимів (трипсин, хімотрипсин, вобензим). 5. Десенсибілізуючі засоби. 6. Сечогінні засоби в поєднанні з препаратами калію. 7. Лімфотропні препарати. 8. Протизапальні препарати (нестероїдні протизапальні препарати). 9. Місцеве лікування трофічних порушень (залежно від тяжкості та фази ходу некротично-виразкових процесів). <p><i>Хірургічне лікування.</i></p> <p>Хірургічні втручання визначаються стадією тромбозу. Їх поділяють на операції щодо усунення патологічного рефлюксу крові, корекції односторонніх порушень відтоку крові по стегнових і тазових венах і реконструктивні операції на венах гомілки і стегна.</p> <p>До операцій для усунення патологічного рефлюксу крові застосовують: а) видалення поверхневих вен і епіфасціальну або субфасціальну перев'язку комунікантних вен; б) резекцію глибоких вен; в) створення штучних внутрішніх і позасудинних клапанів.</p> <p>Для корекції односторонніх порушень відтоку крові по тазових та стегнових вен виконують перехресне аутовенозне шунтування (операція Пальма-Д'Есперона) подвійне перехресне аутовенозне шунтування або</p>

	<p>обхідні шунтування стегнової вени (Операція Уорена-Тайра). Реконструктивні операції спрямовані на створення штучних клапанів. Хірургічне лікування хворих з посттромбофлебітичним синдромом слід проводити не раніше ніж через 3 місяці після ліквідації трофічних порушень і загоєння трофічних виразок.</p>
--	--

6.8 Лімфостаз

Визначення	<p>Лімфостаз (лімфедема) - вроджене або набуте захворювання лімфатичної системи, пов'язане з порушенням відтоку лімфи від лімфатичних капілярів і периферичних лімфатичних судин кінцівок та інших органів до основних лімфатичних колекторів. Це є набряк тканин, обумовлений порушенням відтоку лімфатичної рідини, що призводить до збільшення розмірів ураженого органу.</p>
Етіопатогенез	<p>Порушення лімфообігу із затримкою лімфи в тканинах зустрічається при серцевій недостатності, патології нирок, гіпопротеїнемії, коли лімфатичні магістралі не справляються з відтоком лімфи.</p> <p>Лімфостаз може бути наслідком хронічної венозної недостатності при декомпенсованих формах варикозної хвороби, посттромбофлебітичному синдромі, артеріовенозних норицях. Причинами лімфостазу можуть слугувати вроджені вади лімфатичної системи, непрохідність лімфатичних судин при їх пошкодженнях (механічних та операційних травмах, опіках), здавленні пухлинами або запальними інфільтратами, що перешкоджають відтоку лімфи. Розширена мастектомія, виконувана з приводу раку молочної залози, ускладнюється розвитком лімфедми верхньої кінцівки в 10-40% спостережень. Провокувати лімфостаз також може рак простати, видалення пахово-стегнових лімфовузлів, променева терапія зон регіонарного лімфовідтоку.</p> <p>У деяких випадках порушення лімфообігу з розвитком лімфостазу спостерігається при рецидивуючих стрептококових лімфангітах (при флегмоні, бешисі), паразитарних інфекціях. У країнах з тропічним кліматом зустрічається лімфатичний філяріоз.</p>
Клініка	<p>При лімфостазі характерні повільний розвиток вираженого набряку кінцівки; відсутність в анамнезі даних про гострий тромбоз магістральних вен. При порушенні лімфовідтоку завжди виражений набряк тильної поверхні ступні й пальців, у пізні стадії розвиваються дифузне потовщення шкіри і гіперкератоз, а атрофії та пігментації шкіри, властивих для посттромбофлебітичного синдрому, немає.</p>
Діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лімфографія. 2. Лімфосцинтиграфія 3. Флебографія 4. УЗД вен кінцівок
Диференційна діагностика	<p>Лімфостаз диференціюють від тромбозу глибоких вен і посттромбофлебітичного синдрому, при яких лімфедема одностороння, набряк м'який, визначається наявність гіперпігментації, варикозної едеми та варикозно розширених вен. Для виключення венозної патології проводиться УЗД вен кінцівок.</p>
Лікувальна тактика	<p><i>Консервативне лікування:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анальгетики. 2. Венопротектори (троксовазин, венорутон, ескузан, глівенол). 3. Дезагреганти. 4. Ензимні препарати (трипсин, хімотрипсин, вобензим).

	<p>5. Десенсебілізуювальні препарати.</p> <p>6. Сечогінні засоби в поєднанні з препаратами калію.</p> <p>7. Лімфотропні препарати.</p> <p>8. Протизапальні засоби (нестероїдні протизапальні препарати).</p> <p><i>Хірургічне лікування.</i> При лімфостазі вдаються до мікрохірургічного створення лімфовенозних анастомозів, ліпосакції і дерматофасціоліпектомії.</p> <p>У разі первинної лімфедеми показана пересадка повноцінного тканинного лімфоїдного комплексу. При вираженій слоновості, що виключає можливість проведення радикальних операцій, проводиться тунелювання уражених ділянок для відведення лімфи в здорові тканини, резекційні втручання.</p>
--	---

6.9 Синдром верхньої порожнистої вени

Визначення	Синдром верхньої порожнистої вени (СВПВ) - стан, пов'язаний з порушенням кровообігу в басейні верхньої порожнистої вени, який ускладнює перебіг багатьох захворювань, пов'язаних з ураженням середостіння або самої вени.
Етіопатогенез	В основі розвитку СВПВ лежать три основні патологічні процеси: <ol style="list-style-type: none"> 1. здавлення вени ззовні, 2. проростання стінки вени злоякісною пухлиною, 3. тромбоз верхньої порожнистої вени.
Клініка	Синдром верхньої порожнистої вени проявляється класичної тріадою ознак: набряком, ціанозом і розширенням поверхневих вен обличчя, шиї, верхньої половини тулуба і верхніх кінцівок. Клінічний перебіг СВПВ може бути гострим або повільно прогресуючим. Скарги хворого вкрай різноманітні: головний біль, нудота, запаморочення, зміна зовнішності, осиплість голосу, кашель, дисфагія, болі в грудній клітці, утруднене дихання, задишка, сонливість, непритомність, судоми. При фізикальному обстеженні виявляються: розширення, набухання вен шиї, грудної стінки і верхніх кінцівок, набряк обличчя, шиї або верхнього плечового пояса, ціаноз або повнокров'я обличчя, тахіпное.
Діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити патологічний процес в середостінні, ступінь його поширення. 2. При СВПВ доцільно проведення комп'ютерної томографії з контрастуванням, яка дозволяє уточнити контури пухлинного процесу, ступінь ураження лімфатичних вузлів середостіння. 3. У деяких клінічних ситуаціях корисно доплерівське ультразвукове дослідження сонних або надключичних вен з метою диференціальної діагностики між тромбозом і обструкцією ззовні. 4. Флебографія.
Диференційна діагностика	Проводять диференційний діагноз захворювань органів грудної порожнини, що викликали непрохідність верхньої порожнистої вени, тромбозом. Подібний синдром розвивається і при артеріовенозній нориці між верхньою порожнистою веною і висхідною аортою. У ряді випадків необхідно виключати венозний застій при правошлуночкової недостатності.
Лікувальна тактика	<i>Консервативне лікування:</i> Спокій, піднесене положення, киснетерапія, іноді можуть знадобитися трахеостомія, інтубація, введення протисудомних засобів. Показано застосування діуретиків і кортикостероїдів.

	<p>Хіміотерапія та променева терапія при онкозахворюваннях</p> <p>Лікування антикоагулянтами або фібринолітичними препаратами показано при тромбозі вени.</p> <p><i>Хірургічне лікування:</i></p> <p>Серед радикальних операцій найбільш ефективною є радикальна декомпресія - видалення пухлинного утворення, що стискає вену. При гострому тромбозі показана тромбектомія. Паліативні операції не ліквідують причин венозної обструкції і спрямовані на поліпшення венозного відтоку в системі верхньої порожнистої вени методами декомпресії або шунтування.</p>
--	---

6.10 Синдром нижньої порожнистої вени

Визначення	Синдром нижньої порожнистої вени – стан, що пов'язаний з порушенням кровообігу в басейні нижньої порожнистої вени, що насамперед пов'язано з її тромбозом.
Етіопатогенез	Причини характерного патологічного процесу так до кінця не з'ясовані, проте достовірно відомо, що патогенними факторами є підвищення згортання крові, порушений хімічний склад крові, інфекційні ураження вен і генетична схильність. Першими в групу ризику потрапили вагітні жінки при наявності багатоплідної вагітності. Крім вагітних жінок до групи ризику також потрапили пацієнти з ехінококозом, пухлинами очеревини і заочеревинного простору.
Клініка	<p>Найбільш важкі форми цього синдрому спостерігаються при високих оклюзіях стовбура, коли закупорка нижньої порожнистої вени поєднується з непрохідністю печінкових вен і з розвитком хвороби Хіарі або нефротичного синдрому. При ураженні нижнього, інфраренального, сегменту нижньої порожнистої вени в поєднанні з ураженням глибокої венозної мережі кінцівок клінічна картина в основному складається із симптомів хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок, включаючи найбільш важку симптоматику як тромбозу глибоких вен гомілок, так і клубово-стегнового тромбозу.</p> <p>Болі бувають розлитими, поширюються на нижню кінцівку, пахову ділянку, сідниці і черевну порожнину.</p> <p>Набряк також виражений: у більшості хворих окружність стегна і гомілки збільшується на 8 - 10 см і більше. Набряк рівномірно захоплює всю нижню кінцівку аж до стопи, нерідко статеві органи, сідниці і передню черевну стінку (Oliver, 1957).</p> <p>Підшкірні вени варикозно розширюються на гомілці, менше - на стегні, особливо сильно - над лобком і по переднебоковій поверхні черевної стінки, прямуючи вгору.</p>
Діагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основним диференціальним методом вважається флебографія. 2. Для уточнення діагнозу також рекомендується додатково виконати УЗД з доплерографією, а також магнітно-резонансну флебографію.
Диференційна діагностика	Диференціюють з тромбозом глибоких вен гомілок, клубово-стегнового тромбозом. На відміну від цих видів локалізації первинного тромботичного афекту в глибоких венах гомілки або іліофemorальному сегменті закупорка нижньої порожнистої вени завжди обумовлює двобічне ураження нижніх кінцівок.
Лікувальна тактика	<p><i>Консервативне:</i></p> <p>Основними складовими консервативного лікування є застосування</p>

	тромболітиків (фібринолізину, стрептази, стрептодекази, целіази, урокінази) та антикоагулянтів прямої і непрямой дії на фоні антибактеріальної й дезінтоксикаційної терапії. <i>Хірургічне:</i> Тромбектомія
--	--

7. Завдання для самоконтролю.

A. Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

1. Через який час після призначення виявляють свою дію непрямі антикоагулянти?

- A. Через 12 - 48 год.
- B. Через 4 ч.
- C. Через 72 ч.
- D. Через 56 ч.

2. Методи контролю стану згортання і фібринолітичної системи крові:

- A. Коагулограма, тромбоеластограма
- B. Визначення швидкості локального кровотоку
- C. Гемограма
- D. Біохімічний аналіз крові

3. Які фази гемокоагуляції гальмує гепарин?

- A. Тільки тромбопластин утворення
- B. Тромбопластино-, тромбін-, фібриноутворення
- C. Тільки утворення
- D. Тільки фібріноутворення

4. До антикоагулянтів непрямой дії відносяться:

- A. Препарати групи алкалоїдів
- B. Фібринолітичні препарати
- C. Препарати групи 4-оксикумарину, феніліндонріана
- D. Тромболітики.

5. До абсолютних протипоказань до призначення антикоагулянтів відносяться:

- A. Кровотеча будь-якої локалізації, геморагічні діатези
- B. Апластична анемія
- C. Дихальна недостатність
- D. Серцево-судинна недостатність
- E. Недостатність мозкового кровообігу

6. До активаторів фібринолізу відносять

- A. Фенілін, омефін
- B. Гастроцепін, вентер
- C. Нікотинова кислота, компламін
- D. Вітаміни групи B

7. При передозуванні гепарину вводять:

- A. 1% розчин протаміну сульфату
- B. Цитітон, лобелін
- C. Амітриптилін
- D. 2,5% розчин аміназину

8. Препарати тромболітичної дії:

- A. Коргликон, строфантин
- B. Целанід, лантозід
- C. Фібринолізин, целіаза, стрептокіназа
- D. Реополіглюкін, поліглюкін

9. Маршова проба дозволяє визначити

- A. Прокідність глибоких вен
- B. Порушення функції остіального клапану великої підшкірної вени
- C. Прокідність коммунікантних вен
- D. Прокідність підшкірних вен
- E. Ступінь ішемії сегмента, що досліджується

10. Синдром Педжета Шретера це –

- A. Гострий тромбоз підключичної вени
- B. Гострий мезентеріальний венозний тромбоз
- C. Гострий тромбоз нижньої порожнистої вени
- D. Мігруючий тромбофлебіт вен кінцівок
- E. Гострий ілеофеморальний венозний тромбоз

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	A	B	C	A	C	A	C	A	A

V. Ситуаційні задачі для самоконтролю

1. Хвора 36 років, впродовж 3-х днів відмічає помірні болі та невеликий набряк в ділянці правої гомілки. П'ять годин тому раптово з'явилися болі в в/3 стегна і набряк всієї правої ноги з вираженим ціанозом. Об-но: при пальпації різка болючість в в/3 стегна та інфільтрація вздовж судинного пучка. Ваш діагноз?

2. У хворой 60 р., яка страждає варикозним розширенням вен ніг, після незначної травми гомілки, через добу, з'явився біль і її набряк, підвищилась температура тіла до 37,50 С. По ходу великої підшкірної вени на гомілці спостерігається гіперемія шкіри і визначається ділянка болючого затвердіння у вигляді тяжа. Ваш діагноз?

3. Хвора 47 років, скаржиться на відчуття важкості, повноти в ногах, швидку втомлюваність при стоянні та ході, які проходять в горизонтальному положенні. Об-но: розширення поверхневих вен лівої гомілки та стегна з пігментацією і трофічними розладами шкіри. З якої функціональної проби потрібно починати обстеження хворої?

4. Хворій 28 років скаржиться на вузлувате розширення підшкірних вен на тилі правої стопи, внутрішній поверхні правої гомілки і стегна, відчуття важкості в правій гомілці наприкінці робочого дня. Об'єктивно: у вертикальному положенні і- виражене поширення підшкірних вен, які спорожняються в горизонтальному положенні, а ще краще в підвищеному положенні правої ноги. Ваш вирогідний діагноз?

5. У пацієнта 46 років з варикозною хворобою нижньої кінцівки профузна кровотеча з варикозного вузла в нижній третині гомілки в області трофічної виразки. Якою має бути перша медична допомога?

6. Хвора, 47 років, 3 роки тому перенесла гострий тромбоз клубового сегмента. Зараз турбує біль, тяжкість, значний набряк правої нижньої кінцівки. При огляді виявлений

значний набряк стегна і гомілки, бура індурація шкіри в нижній третині ноги, варикозно розширені поверхневі вени на ногах. Ваша тактика хірургічного лікування?

7. Пацієнт 65 років хворіє 25 років варикозною хворобою підшкірних вен нижніх кінцівок. Госпіталізована. При клінічному обстеженні виявлена трофічна виразка в області середньої третини великогомілкової кістки, з фібрином, без ознак інфікування. Який метод лікування доцільно застосувати?

8. Хворий 35 років страждає на посттромбофлебітичний синдром лівої нижньої кінцівки. Об'єктивно варикозне розширення підшкірної вени стегна, біль і набряк лівої гомілки. При флебографії виявлена оклюзія стегнової вени. Ваша тактика хірургічного лікування?

9. Хвора, 53 років, поступила в стаціонар зі скаргами на сильний біль в правій гомілці розпираючого характеру. Набряк стопи та гомілки, судомні скорочення литкових м'язів, підвищення температури до 38,5°C. Хворіє протягом 3 днів. При огляді шкіра правої гомілки та стопи гіперемована, напружена, блискуча. Окружність правої гомілки більша лівої на 5 см. Рухи можливі, але дуже болючі. При пальпації кінцівки визначається болючість по ходу судинного пучка, особливо в підколінній ямці. Пульсація на артеріях стоп задовільна. Ваш діагноз?

10. Вагітна двійнею жінка 28 років, у III триместрі вагітності, поступила в стаціонар зі скаргами на виражений набряк обох нижніх кінцівок, розлиті болі, що поширюються на нижню кінцівку, пахову ділянку, сідниці і черевну порожнину. Об'єктивно: окружність стегна і гомілки збільшена на 8 - 10 см. Набряк рівномірно захоплює всю нижню кінцівку, статеві органи, сідниці. Підшкірні вени варикозно розширені на гомілці, менше - на стегні, особливо сильно - над лобком і по переднебоковій поверхні черевної стінки.

Ваш вірогідний діагноз?

№ задачі	Правильна відповідь
1	Гострий ілеофemorальний тромбоз зправа
2	Гострий тромбофлебіт
3	Троянова-Тренделенбурга
4	Варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність в стадії субкомпенсації
5	Підняте положення кінцівки, асептична компресійна пов'язка
6	Операція Пальма
7	Сафенектомія
8	Операція Хюсні
9	Гострий тромбоз підколінної вени.
10	Синдром нижньої порожнистої вени

Література

6. Шидловський В.О., Захараш М.П., Полянський І.Ю. та ін. Факультетська хірургія / За ред. В.О.Шидловського, М.П.Захараша. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - С. 53-76.
7. Хирургические болезни / Под ред. М.И.Кузина. - М.: Медицина, 1995. - С. 491-506.
8. Хирургические манипуляции / Под ред. Б.О.Милькова, В.Н.Круцяка.- К.: Вища школа, 1985. - 207 с.
9. Неотложная хирургическая помощь в условиях сельской врачебной амбулатории / Под ред. проф. Б.О.Милькова. - К.: Здоров'я, 1987. - 88-89.
10. Флебология: Руководство для врачей/ Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – С. 176-197.
11. Handbook of venous disorders. Editad by P. Gloviczki. Edward Arnold Ltd. 2009; 108.

ТЕМА 30. ХІРУРГІЧНА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

1. Актуальність теми.

Хірургічна ендокринологія займається хірургічним лікуванням захворювань залозвнутрішньої секреції.

Нажаль усучасному світі через погіршення екології на залози внутрішньої секреції зовнішній вплив значно більший, ніж 40-50 років тому.

Еутироїдний і токсичний зоб досить поширені захворювання в Україні, особливо в місцях зобної ендемії. Вузли у щитовидній залозі спостерігаються у 4-7% дорослого населення та у 0,2-1,5% дітей. За даними ВООЗ, на дифузний токсичний зоб припадає близько 60% усіх випадків тиреотоксикозу. Прогноз захворювання визначається своєчасністю його діагностики, наявністю ускладнень та адекватністю здійснюваної терапії. На ранній стадії захворювання пацієнти добре відповідають на лікувальні заходи, можливе повне одужання. Пізня діагностика та неадекватне лікування спричиняють подальший розвиток патології та втрату працездатності. Виникнення ускладнень (сенсомоторної нейропатії, токсичного гепатиту, недостатності надниркових залоз) роблять прогноз захворювання несприятливим. Щорічно на щитовидній залозі проводиться понад 10 тисяч операцій. Щитовидна залоза одна з найбільших ендокринних залоз. Головна її функція полягає у виробленні гормонів, головним чином йодтиронинів. Вона регулює в організмі людини теплоутворення, теплорегуляцію, діяльність головного мозку, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, статевої системи, обмінні процеси.

2. Конкретні цілі.

2.1. Знати:

- Анатомічні та топографоанатомічні дані про залози внутрішньої секреції;
- Фізіологію залоз внутрішньої секреції;
- Які ендокринні захворювання підлягають хірургічному лікуванню;
- Класифікацію захворювань щитоподібної залози;
- Характеристику зобної ендемії (коефіцієнт Ленца-Бауера);
- Класифікацію зоба;
- Клінічну характеристику еутироїдного і токсичного зобу;
- Біохімічні маркери патології щитоподібної залози;
- Можливості інструментальних методів обстеження хворих з патологією залоз внутрішньої секреції;
- Методи консервативної терапії тиреотоксикозу;
- Показання до оперативного лікування і методи операції;
- Особливості підготовки хворих до операції з приводу тиреотоксикозу;
- Ускладнення операцій і їх лікування;
- Ведення хворих із зобом в післяопераційному періоді;
- Сучасні малоінвазивні нехірургічні технології в лікуванні доброякісних вузлових утворень щитоподібної залози;
- Клінічні прояви гіпер- та гіпопаратиреозу;
- Методи діагностики та лікування гіпер- та гіпопаратиреозу;
- Клінічні прояви новоутворень наднирників (альдостероми, феохромацитомі та кортикостероми);
- Методи діагностики та лікування новоутворень наднирників;
- Клінічні прояви інсуломи та глюкагономи;
- Методи діагностики та лікування гормонпродуруючих пухлин підшлункової залози.

2.2.Вміти: збирати скарги, анамнез хвороби, методично правильно проводити огляд хворого, виконувати пальпацію щитоподібної залози, формулювати діагноз, обирати найбільш інформативні додаткові методи діагностики та лікувальну тактику при захворюваннях залоз внутрішньої секреції, що підлягають хірургічному лікуванню.

Також вміти:

- аналізувати та оцінювати дані скарг хворого;
- аналізувати та оцінювати дані анамнезу;
- дати оцінку симптомів еутироїдного та токсичного зобу, гіпер та гіпопаратиреозу, альдостероми та феохромацитомы, інсуломи та глюкагономи;
- оцінювати дані інструментальних методів дослідження щитоподібної залози, паращитоподібних залоз та наднирників;
- проводити пальпацію щитоподібної залози
- формулювати діагноз хвороби з ендокринною хірургічною патологією;
- проводити диференціальну діагностику доброякісних утворень з раком щитоподібної залози;
- скласти план проведення допоміжних методів обстеження;
- призначити консервативну терапію;
- визначити показання до операції;
- виявляти очні симптоми при тиреотоксикозі

2.3.Розвивати творчі здібності на основі вивченого клінічного та діагностичного матеріалу: вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та на підставі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань, функції щитоподібної залози та наявності ускладнень у пацієнтів з вузловим і тиреотоксичним зобом, функції паращитоподібних залоз та наднирників.

2.4.Виховні цілі: сформувати деонтологічні уявлення при роботі з хворими на зоб, оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з даною категорією хворих та їх родичами, розвивати почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Уміти
1. Раніше вивчені дисципліни		
Анатомія людини	Топографію шиї та позаочеревного простору Анатомічну будову щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та острівкового апарату підшлункової залози. Їх взаємовідношення з іншими органами. Топографічну анатомію зворотнього нерва.	Визначати топографічні орієнтири відповідних залоз внутрішньої секреції.
Гістологія	Гістологічна будова вище вказаних залоз внутрішньої секреції.	Оцінювати результати гістологічного дослідження вузлів.

Нормальна фізіологія	Функція щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та острівкового апарату підшлункової залози. Фізіологічні функції гормонів що продукуються вказаними залозами, гормональна та нервова регуляція їх функцій.	Оцінювати стан функції щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та острівців Лангерганса.
Патологічна фізіологія	Патогенез порушення функції щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та острівців Лангерганса.	Оцінити результати дослідження функції щитоподібної залози.
Патологічна анатомія	Гістологічні форми пухлин та кіст щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та острівців Лангерганса. Диференціальна діагностика між раком, гострим та підгострим тиреоїдитом та аденомами щитоподібної залози.	Оцінювати результати патогістологічного дослідження новоутворень щитоподібної залози.
Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Обстеження ший та залоз внутрішньої секреції. Клінічні прояви та методи діагностики захворювань ендокринних залоз.	Проводити фізикальне обстеження хворих із захворюваннями залоз внутрішньої секреції.
Нервові хвороби	Клінічні прояви ураження зворотнього нерву.	Проводити диференційну діагностику уражень зворотнього нерву.
Ендокринологія	Клінічні ознаки тиреотоксикозу, гіпотиреозу, гіпер- та гіпопаратиреозу, альдостероми, феохромоцитом та інсуломи. Консервативні методи лікування тиреотоксикозу та гіпотиреозу.	Призначити консервативне лікування хворому з тиреотоксикозом і гіпотиреозом.
2. Дисципліни, що вивчатимуться пізніше		
Онкологія	Особливості клінічної картини злоякісних пухлин щитоподібної залози, методи хірургічного лікування злоякісних пухлин щитоподібної залози та наднирників, ад'ювантна терапія.	Призначити план обстеження хворих з підозрою на пухлину щитоподібної залози та наднирників, показання для променевої терапії та радіоїодтерапії.
Військово-польова хірургія	Тактика евакуації хворих з ураженнями щитоподібної залози.	Вибрати методи обстеження, проведення першої допомоги.

Анестезіологія і реаніматологія	Особливості передопераційної підготовки та ведення післяопераційного періоду у хворих з тиреотоксикозом та феохромацитомою, методи запобігання тиреотоксичного кризи.	Призначити терапію при тиреотоксичному кризі.
3. Внутрішньо-предметна інтеграція		Провести диференційну діагностику між різними вогнищевими захворюваннями щитоподібної залози і з пухлиноподібними захворюваннями шиї іншої етіології, диференційну діагностику пухлин підшлункової залози та наднирників.

4. План і організаційна структура заняття

4.1. Перелік практичних навиків по темі та ступінь їх засвоєння студентами:

№ п/п	Назва обов'язкових навиків по темі	Ступінь засвоєння		
		Ознайомився	Опанував	Оволодів
1.	Збирати скарги та анамнез у хворих з хірургічними хворобами щитоподібної залози		+	
2.	Проводити фізикальне обстеження шиї і щитоподібної залози			+
3.	Проводити диференційну діагностику новоутворень шиї		+	
4.	Оцінювати результати УЗД щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, підшлункової залози та наднирників.			+
5.	Оцінювати результати дослідження гормонів щитоподібної залози та ТТГ, інсуліну, С-пептиду, глюкагону, альдостерон-ренінове співвідношення, дослідження метанефринів в добовій сечі та ВМК, дослідження кортизолу в добовій сечі, дослідження кортизолу в слині, дослідження рівня кортизолу після проведення дексаметазонавого тесту, рівня паратгормону.			+
6.	Оцінювати результати сцинтиграфії з ¹³¹ I			+
7.	Оцінити результати КТ та МРТ наднирників			
8.	Визначати лікувальну тактику при вище перелічених захворюваннях		+	

4.2. Методичне забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, тестові завдання II рівня, задачі III рівня.

2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: орієнтовні карти для формування практичних умінь та навичок, учбові задачі III рівня, тести III рівня.

3. Матеріали контролю для заключного етапу: завдання, тестові завдання III рівня, тести III рівня.

4. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовні карти для організації самостійної роботи студентів з учбовою літературою.

4.3. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити : 1.Етіологію	Назвати основні етіологічні фактори тиретоксикозу та доброякісних вузлових утворень в щитоподібній залозі, пухлин наднирників, паращитоподібних залоз, та підшлункової залози.	
2.Патогенез	Визначити патогенетичні процеси при доброякісних та злроякісних гормон-продукуючих пухлин щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, наднирників та підшлункової залози.	
3.Класифікацію	Скласти класифікацію захворювань вище наведених ендокринних залоз.	
4.Клініку	Назвати основні клінічні симптоми хірургічних захворювань ендокринних залоз.	
5.Діагностику	Дати перелік основних методів дослідження	
6.Диференційну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики вузлового зоба з іншими вузловими утвореннями шиї і раком щитоподібної залози; доброякісних та злроякісних новоутворень підшлункової залози та наднирників	
7.Лікувальну тактику	Скласти схему лікування вище наведених захворювань	

4.4. Інструктивні матеріали для оволодіння зазначеними професійними вміннями та навичками.

Завдання	Вказівка	Примітка
Оволодіти методикою фізикального обстеження шиї і щитоподібної залози, навчитися виявляти клінічні ознаки синдрому/хвороби Іценко-Кушинга	<i>Виконати в наведеній послідовності</i> 1.Огляд шиї 2.Пальпацію щитоподібної та паращитоподібних залоз, стоячи перед хворим та позаду нього 3.Перевірити очні симптоми. 4.Оцінити наявність стрій та вигляд обличчя.	-Колір шкіри, наявність деформацій, чи помітна щитовидна залоза в розслабленому стані та при глотанні. -Розміри долей та перешійка, наявність вузлів в залозі, рухомість залози. -При хворобі Іценко-Кушинга – місяцеподібне обличчя, стрії широкі, атрофічні, багрово-синюшні.
Навчитись правильно оцінювати та інтерпритувати результати УЗД, сцинтиграфії, КТ та	УЗД	- <i>ЩЗ</i> : Розміри долей і перешійка залози, вимірювання їх об'єму. Розташування вузлів, їх співвідношення з нервово-судинним пучком шиї, ехогенність паренхіми. - <i>Паращитоподібні залози</i> : наявність в них

МРТ	Сцинтиграфія КТ	новоутворень. - Підшлункова залоза: наявність та розміри вузлів. - Наднирники: виявити феохромоцитому. -ЩЗ: Місця накопичення радіоізоотопу, інтенсивність його накопичення. -ЩЗ:Загрудинне розташування зобу, співвідношення залози і вузлів з оточуючими органами, стан лімфатичних вузлів шії. -Пухлини наднирників та підшлункової залози.
Визначити лікувальну тактику при хірургічних ендокринних захворюваннях	<u>Консервативна терапія</u> тиретоксикозу застосовується на початковому етапі лікування хворих. <u>Оперативні втручання</u> Єдиний метод лікування вузлового зобу. Може також бути застосоване при неефективності консервативного лікування тиретоксикозу. Єдиний можливий варіант видалення пухлин паращитоподібних залоз, підшлункової залози та наднирників	- Призначають мерказоліл. Поступово підвищують його дозу до досягнення еутиреозу, переходять на підтримуючу терапію. -Планові оперативні втручання виконують при розмірі вузлів більше 1 см. При меншому розмірі і відсутності ознак малігнізації можливе динамічне спостереження. Операція – видалення вузла або лобектомія. При тиреотоксикозі виконують субтотальну резекцію щитоподібної залози. Після операції можливий гіпотиреоз.

5.Методика організації навчального процесу на практичному (семінарському) занятті.

5.1.Підготовчий етап .

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований контроль початкового рівня підготовки студентів.

5.2.Основний етап – має бути структурованим і передбачати проведення зі студентами навчальної діяльності залежно від видів навчальних занять (практичних (семінарських)); забезпечувати навчальну діяльність студента з об'єктами або моделями, що їх замінюють з метою формування нових знань, умінь, практичних навичок відповідно до конкретних цілей заняття.

Важливим для засвоєння нових знань та умінь на цьому етапі є вирішення ситуаційних задач, зображення графіків, малюнків, схем. Бажано, щоб завдання для студентів на цьому етапі були точними і структурованими, виконувались письмово і перевірялись викладачем під час заняття, обговорювались результати.

5.3.Заключний етап .

Оцінюється поточна діяльність кожного студента упродовж заняття, стандартизований кінцевий контроль, проводиться аналіз успішності студентів, оголошується оцінка діяльності кожного студента і виставляється у журнал обліку відвідувань і успішності студентів. Староста групи одночасно заносить оцінки у відомість обліку успішності і відвідування занять студентами, викладач завіряє їх своїм підписом.

Доцільно коротко інформувати студентів про тему наступного заняття і методичні прийоми щодо підготовки до нього.

6.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття:

6.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик,які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Тиреотоксикоз	Поняття, що включає стани, які проявляються клінічною картиною, зумовленою підвищеним вмістом тиреоїдних гормонів (вільного тироксину та трийодтироніну) в крові.
Гіпотиреоз	Синдром, розвиток якого зумовлений гіпофункцією щитоподібної залози, розвивається внаслідок зменшення кількості функціональної тканини щитоподібної залози і характеризується зниженим вмістом тиреоїдних гормонів та підвищенням рівня тиреотропіну у сироватці крові.
Вузловий зоб	Збірне клінічне поняття, що свідчить про наявність у щитовидній залозі вогнищевих уражень гетерогенної морфологічної структури.
Аденома щитоподібної залози	Це доброякісне новоутворення щитоподібної залози, що розвивається переважно з фолікулярних клітин цього органа
Токсична аденома щитовидної залози (хвороба Пюммера)	Являє собою гіперфункціонуючу пухлину, в надлишку секретуючий Т3 і Т4. Функціонує автономно, незалежно від ТТГ. Надлишок Т3 і Т4 пригнічує секрецію ТТГ гіпофізом.
Гіперпаратиреоз	Захворювання ендокринної системи, зумовлене надлишковою продукцією паратгормону внаслідок гіперплазії парашитоподібних залоз або їх пухлинного ураження, характеризується порушенням обміну фосфору та кальцію
Гіпопаратиреоз	Патологія, що об'єднує декілька станів, яка характеризується зниженням декількох або всіх ефектів паратгормону, що супроводжується гіпокальціємією
Синдром Кона	Первинний гіперальдостеронізм, викликаний пухлиною – альдостеромою або гіперплазією клубочкової зони коркового шару наднирника
Кортикостерома	Кортикостерома, є пухлиною з високою гормональною активністю, сприяє збільшенню секреції кортизола і кортикостерона, зумовлює розвиток ендогенного гіперкортицизму.
Феохромоцитома	Гормонально активна пухлина хромафінних клітин симпатoadреналової системи наднирників або позанаднирникової локалізації, що секретує велику кількість катехоламінів. Захворювання відноситься до пухлин (доброякісних або злоякісних) АПУД-систем та досить часто є однією зі складових синдрому множинної ендокринної неоплазії (як правило, в цьому

	випадку феохромоцитомома буває двобічною).
Інсулінома	Доброякісне (рідше злоякісне) новоутворення (частіше з бета-клітин острівців підшлункової залози), що неконтрольовано секретує в кров'яне русло інсулін, що призводить до розвитку гіпоглікемічного симптомокомплексу і частіше проявляється гіпоглікемічним синдромом натще. Злоякісні інсуліноми складають 10-15 %, третина з яких метастазує.
Глюкагонома	Пухлина (звичайно злоякісна) з альфа-клітин острівців Лангерганса, яка секретує глюкагон. Розвивається складний симптомокомплекс, який частіше включає в себе дерматит, діабет, анемію та похудіння. Рідше спостерігається діарея, враження слизових оболонок, тромбози та емболії.

6.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Як співвідносить щитоподібна залоза з фасціями шиї?
2. Де проходить зворотній нерв?
3. Локалізація паращитоподібних залоз?
4. Які судини постачають кров щитоподібній залозі?
5. Які гормони продукує щитоподібна залоза?
6. Які гормони впливають на функцію щитоподібної залози?
7. Причини виникнення аденом щитоподібної залози.
8. Яким чином визначають ступені збільшення щитоподібної залози?
9. Інструментальні методи обстеження щитоподібної залози?
10. Фактори, що спричиняють виникнення тиреотоксикозу.
11. Форми тиреотоксикозу.
12. Ранні ознаки тиреотоксикозу.
13. Симптоми порушення нервової системи при тиреотоксикозі.
14. Як впливає тиреотоксикоз на серцево-судинну систему?
15. Передопераційна підготовка хворих на тиреотоксикоз.
16. Показання до операції і типи операцій при тиреотоксичному зобі.
17. Очні симптоми при тиреотоксичному зобі.
18. Зоб Хасімото, причини виникнення аутоімунного тиреоїдиту.
19. Тиреоїдити.
20. Методи диференційної діагностики між аденомами і аденокарциномами щитоподібної залози.
21. Диференційний діагноз різних форм гіперпаратиреозу.
22. Медикаментозне лікування гіпопаратиреозу.
23. Методи діагностики захворювань паращитоподібних залоз.
24. Лабораторна діагностика гіперкортицизму.
25. Хірургічні методи лікування пухлин наднирників.
26. Діагностика первинного гіперальдостеронізму.
27. Вибір методу лікування первинного гіперальдостеронізму.
28. Лабораторні маркери наявності феохромоцитоми.
29. Методи діагностики інсуліноми.
30. Яку іншу патологію потрібно виключити у пацієнтів, у яких діагностовані глюкагонома або інсулінома.

6.3. Практичні роботи (завдання), як виконуються на занятті:

1. Зібрати анамнез у хворого з захворюванням щитоподібної залози, наднирників та .
2. Провести пальпацію, перкусію щитоподібної залози.
3. Оцінити основні тести стану щитоподібної залози.
4. Оцінити данні УЗ щитоподібної залози.
5. Оцінити результати УЗД наднирників.
6. Оцінити результати УЗД підшлункової залози.

7. Оцінити результати КТ наднирників та підшлункової залози.
8. Оцінити рівень іонізованого та загального кальцію.
9. Оцінити рівень калію.
10. Оцінити рівень гормонів щитоподібної залози, паращитоподібних залоз та наднирників.
11. Провести диференційний діагноз гострого та підгострого тиреоїдиту за загальним аналізом крові.
12. Перевірити очні симптоми тиреотоксикозу.
13. Провести диференційну діагностику між очними симптомами при тиреотоксикозі та ендокринною офтальмопатією
14. Пояснити методику проведення нічного тесту з 1 мг дексаметазону
15. Перевірити симптоми Хвостека та Труссо. Методика проведення проби з голодування при підозрі на інсуліному.
16. Оформити історію хвороби.
18. Виписати рецепт
19. Оформити витяг з історії хвороби.
20. Здійснювати прогноз результатів оперативного втручання.
21. Інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень.
22. Виконувати правила деонтології у відносинах з хворим та його родичами.

6.4. Зміст теми:

Графлогічної структури теми.

6.5. Еутиреоїдний зоб

Визначення	Вузловий зоб – збірне клінічне поняття що свідчить про наявність у щитовидній залозі вогнищевих уражень гетерогенної морфологічної структури.	
Епідеміологія	Серед дорослого населення вузли у щитовидній залозі спостерігаються у 4-7%, у дітей – у 0,2-1,5% випадків патології цього органу.	
Етіопатогенез	Загально визнаною є теорія йодної недостатності, сучасні дослідження надають великого значення ендокринним чинникам розвитку пухлини – підвищена потреба у тиреоїдних гормонах під час статевого дозрівання, вагітності, клімаксу, знижена резорбція і порушення утилізації йоду при захворюваннях ШКТ, підвищене виведення йоду при різних ендокринних порушеннях, лабільність регуляторних механізмів ЦНС. Все це призводить до гіперплазії.	
Класифікація	МКХ-10 E01.1 E04.1 E04.2 E04.9 E05.1 E04.2 E73; M8000/3	Зоб полінодозний (йоддефіцитний) Зоб мононодозний (нетоксичний) Зоб полінодозний (нетоксичний) (кістозний) Зоб вузловий (нетоксичний) (аденоматозний) Зоб мононодозний токсичний або з тиреотоксикозом Зоб вузловий ендемічний з тиреотоксикозом Зоб пухлинний злоякісний За морфологічними ознаками до вузлового і багатовузлового зоба належать: -вузловий колоїдний зоб -фолікулярна аденома -кіста ЩЗ -вогнищевий тиреоїдит -інфекційні та паразитарні ураження
Клініка	Скарги на наявність утворення на передній поверхні шиї, відчуття	

	слабкості, підвищеної втомлюваності, головного болю. При великих розмірах вузлів з'являються симптоми компресії органів шиї, що проявляється скаргами на відчуття тиску в ділянках шиї, передусім у лежачому положенні, утруднене дихання, пульсуючий головний біль, порушення ковтання. Атипова локалізація вузлів – позастернальна, кільцева, під'язична, язична, позатрахеальна. За характером функції залози прийнято поділяти гіпер-, гіпо- та еутиреоїдні форми. Ускладнення: стискання близько розташованих нервів і судин, розвиток серцево-судинних порушень
Діагностика	Перший етап – виявлення вузлового утворення у ЩЗ. УЗД ЩЗ, Тонкоголова пункційна біопсія при розмірі вузла >1 см. Визначають у крові рівні вільного та загального тироксину, трийодтироніну, тиреотропіну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, антимікросомальної фракції ЩЗ, тиреоглобуліну. За наявності показань – КТ шиї та середостіння, рентгенографію за грудинного простору, ларингоскопію і езофагоскопію.
Диференційна діагностика	Зі злоякісними пухлинами ЩЗ, аутоімунним тиреоїдитом, токсичною аденомою ЩЗ, рідкісними захворюваннями ЩЗ (лімфопроліферативні захворювання, паразитарні кісти). Використовують УЗД та тонкоголову аспіраційну біопсію. Обов'язковим є врахування даних гормональних досліджень, анамнезу захворювання.
Лікувальна тактика	<u>Консервативне лікування.</u> Призначають лікування препаратами L-тироксину при відсутності симптомів компресії органів шиї, а також соматичних протипоказань для хірургічного лікування при рівні ТТГ вище 3,0 МО/л. Тироксин призначають під контролем рівня ТТГ, УЗД – двічі на рік. <u>Хірургічне.</u> Абсолютні показання: <ol style="list-style-type: none"> 1. Цитологічний висновок «рак ЩЗ». 2. Цитологічний висновок «підозра на рак ЩЗ». 3. Цитологічний висновок «фолікулярна неоплазія». 4. Вузли із ознаками стискання органів шиї. 5. Ехінококоз ЩЗ. 6. Ізольовані форми лімфогранулематозу. 7. Лімфосаркома ЩЗ. 8. Тератома ЩЗ. 9. Вторинні ізольовані метастатичні пухлини ЩЗ. Відносні показання: <ol style="list-style-type: none"> 1. Швидкий ріст вузлів на тлі тироксину і контролю ТТГ (понад 5-10 мм упродовж 6-12 міс), повторна пункційна біопсія для вирішення питання про оперативне втручання. 2. Наполеглеве бажання хворого провести хірургічне лікування вузлового зоба. 3. Косметичний дефект шиї. Об'єм операції – гемітиреоїдектомія на ураженому боці, тиреоїдектомія при двобічному ураженні ЩЗ. Необхідно інтраопераційне гістологічне експрес-дослідження.

6.6. Тиреотоксикоз

Визначення	Поняття, що включає стани, які проявляються клінічною картиною, зумовленою підвищеним вмістом тиреоїдних гормонів (вільного тироксину та трийодтироніну) в крові.
Епідеміологія	За даними ВООЗ, на дифузний токсичний зоб припадає близько 60% усіх випадків тиреотоксикозу.

Етіопатогенез	ДТЗ – поліетіологічне захворювання. Причини остаточно не з'ясовані. Значну роль надають спадковим чинникам. Характер спадкування визначається різними генами. Розвитку захворювання передують застудні інфекційні захворювання, хронічні інтоксикації, психічні та фізичні травми. Велике значення має загострення хронічного тонзиліту. Певний вплив на розвиток захворювання має гіперінсоляція, перегрівання, охолодження. Часто захворювання розвивається під час вагітності після пологів, у період клімаксу.	
Класифікація	МКХ-10 E05.0 E05.1 E05.2 E06.3 E05.4 E05.5 E05.8 E05.9	Тиреотоксикоз з дифузним зобом. Екзофтальмічний або токсичний зоб БДВ. Хвороба Гревса. Тиреотоксикоз із токсичним одновузловим зобом. Тиреотоксикоз із токсичним багатовузловим зобом. Тиреотоксикоз із ектопією тиреоїдної тканини. Тиреотоксикоз штучний. Тиреотоксичний криз або кома. Інші форми тиреотоксикозу. Тиреотоксикоз неуточнений (гіпертиреоз БДВ).
Клініка	Клінічні прояви розвиваються поступово. На перший план виступають симптоми порушення функції нервової і серцево-судинної і травної систем, збільшення ЩЗ, офтальмологічні ознаки. Хворі відчувають загальну слабкість, слабкість у ногах, втомлюваність. Спостерігають серцебиття, пітливість втару маси тіла, випинання очних яблук, очні симптоми (Грефе, Мебіуса, Штельвага та інші) підвищену дратливість, плаксивість, тремтіння рук, усього тіла. Важливим симптомом є зменшення маси тіла при збереженому апетиті і відповідному харчуванні. Характерні проноси. Важливим симптомом є м'язова слабкість, болі у кістках. Збільшення ЩЗ 0- II ступеня за класифікацією ВООЗ.	
Діагностика	На ЕКГ – гіпердинамія. Скорочений час ахілового рефлексу. Можливе підвищення цукру крові. Визначення рівня вільного тироксину та трийодтироніну в крові (показники перевищують норми). Рівень тиреотропіну – знижений. При ДТЗ можуть виявлятися підвищені рівні антитіл до тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну. Особливе значення для діагностики та моніторингу лікування має проведення УЗД ЩЗ, виявлення її збільшення. Радіоізотопні методи діагностики використовують рідко (виключно для діагностики токсичної адноми ЩЗ, розташування зоба у нетипових місцях).	
Диференційна діагностика	Найчастіше треба диференціювати з нейроциркуляторною дистонією, клімактеричним неврозом, атеросклеротичним кардіосклерозом, міокардитом. Діагностичне значення мають чітка картина ДТЗ, наявність гормональних змін (підвищення тироксину та трийодтироніну в крові, зниження рівня тиреотропіну).	
Лікувальна тактика	<u>Фармакотерапія.</u> Основним методом є призначення тиреостатичних і йодвмісних препаратів. Їх застосовують для довготривалої терапії з метоювилікування, зняття симптомів тиреотоксикозу перед операцією, лікуванням радіоактивним йодом. Дві групи тиреостатичних препаратів: похідні тиоурацилу і похідні меркаптоїмідазолу. Лікування починають з максимальної дози і продовжують до досягнення еутиреозу, який настає	

	<p>через 3-4 тижні. З переходом на менші дози подальшу корекцію слід проводити повільніше (зменшувати не частіше ніж 1 раз на 2 місяці). Середня тривалість лікування 1-1,5 роки.</p> <p><u>Показання для хірургічного лікування:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -відсутність ефекту від консервативного лікування. -швидке збільшення розмірів ЩЗ під час лікування. -наявність великої ущільненої ЩЗ із симптомами стискання органів ший. -тяжка форма ДТЗ. -алергія чи агранулоцитоз при вживанні тиреостатиків. -рецидив ДТЗ. <p><u>Показання для лікування радіоактивним йодом.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -вік більше 40 років. -відмова від операції. -повторні рецидиви захворювання при наявності п/о ускладнень (двосторонній парез зворотного нерву, гіпопаратиреоз). -гострі та хронічні психози.
--	---

6.7. Гіперпаратиреоз

Визначення	Клінічний синдром з характерними симптомами та ознаками, зумовленими збільшенням продукції паратгормону (ПТГ) паращитоподібними залозами, ПТГ-індукованої кістковоїрезорбції та порушеннями обміну кальцію та фосфору.	
Епідеміологія	Частота зустрічаємості первинного гіперпаратиреозу (ПГПТ) складає від 0,0022 до 0,52%. В середньому 25-28 на 100 000 населення, пік захворюваності приходить на вік 40-50 років.	
Етіопатогенез	Розвивається внаслідок аденоми, гіперплазії чи раку паращитоподібної залози. Найбільш часта причина – аденома паращитоподібної залози (80-85%), гіперплазійзустрічається у 15-20%, рак – 1-2%.	
Класифікація	МКХ-10 E21 E21.0 E21.1 E21.3	Гіперпаратиреоз та інші порушення паращитоподібної залози Гіперпаратиреоз нез'ясований Вторинний гіперпаратиреоз, не класифікований в інших рубриках Первинний гіперпаратиреоз
Клініка	<p>Клінічні ознаки та симптоми</p> <p>А. початковий період:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Слабкість – Нездужання – Втрата апетиту – Диспептичні явища – Полідіпсія – Поліурія, гіпоізостенурія – Адинамія – Біль в м'язах та кістках – Психічні розлади – Погіршення пам'яті <p>Б. Кісткова форма:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Остеопоротична – Фіброзно-кістозний остеїт – Педжетоїдна <p>В. Вісцеропатична форма</p> <ul style="list-style-type: none"> – Гастроінтестинальна симптоматика 	

	<ul style="list-style-type: none"> – Ураження серцево-судинної системи – Ураження нирок <p>Г. Змішана форма</p>
Диференційна діагностика	<p>-Злоякісні новоутворення</p> <p>- Вторинний та третинний ГПТ</p>
Лікувальна тактика	<p>Хірургічне видалення – метод вибору.</p> <p>Альтернатива – консервативне руйнування ПЩЗ</p> <p>А) ангіографічне</p> <p>Б) введення етанолу під УЗД контролем</p> <p>Хірургічне лікування проводиться якщо пацієнт відповідає 1 чи більше з наведених критеріїв:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Рівень загального кальцію в крові більше 3 ммоль/л – Екскреція кальцію з сечею більше, ніж 400 мг/доба – Наявність нефролітазу, фіброзного остейту, рецидивуючої виразки шлунку або 12п.к., інші вісцеральні прояви – Зниження МПКТ кортикальних шарів кісток більше, ніж на 2 SD за Z-критерієм – Вік до 50 років

6.8. Первинний гіперальдостеронізм

Визначення	Клінічний синдром внаслідок надлишкової продукції альдостерона корою наднирників, яке проявляється артеріальною гіпертензією та гіпокаліємією	
Епідеміологія	Більше 10% пацієнтів з артеріальною гіпертензією	
Етіопатогенез	50-60% – аденома наднирників, 40-50% – гіперплазія кори наднирників рідкісна причина – карцинома кори наднирників.	
Класифікація	МКХ-10 E26.0 E26 E26.1	Первинний гіперальдостеронізм Гіперальдостеронізм Вторинний гіперальдостеронізм
Клініка	Важко контрольована артеріальна гіпертензія, гіпокаліємія (у 20-30%) та їх клінічні еквіваленти – поліурія, спрага, ніктурія, міопатія, парестезії, судоми м'язів, аритмія, головний біль, запоморочення, погіршення зору. Найчутливіший тест – співвідношення альдостерон/активність ренину плазми. При захворюванні цей показник становить 20-25 нг/дл. Вміст альдостерону – 900 пмоль/л. Нормальні показники 10 та 270 відповідно. Додатковий лабораторний тест – зниження рівня калію в крові менше 3,6 ммоль/л, збільшення рівня добової екскреції альдостерону понад 14 мкг і підвищення рівня альдостерону плазми після 3-добової нормальної сольової дієти (мінімум 200 мЕкв/добу) при забиранні крові в положенні хворого лежачи більше 1 години.	
Диференційна діагностика	Адренокортикальний рак – КТ. Порівняльний селективний забір венозної крові. У віці до 40 років генетичне тестування на глюкокортикоїдзалежний первинний гіперальдостеронізм.	
Лікувальна тактика	При одобічному – лапароскопічна адреналектомія. При двобічній гіперплазії – ведення з використанням антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів. При глюкокортикоїдзалежному первинному гіперальдостеронізмі – використання титрованої дози глюкокортикоїдів. Яка нормалізує АТ та рівень калію.	

6.9. Кортизол-продукуєча аденома наднирника

Визначення	Пухлина з високою гормональною активністю, сприяє збільшенню секреції
------------	---

	кортизола і кортикостерона, зумовлює розвиток ендogenous гіперкортицизму.	
Епідеміологія	В 20% гіперсекреція глюкокортикоїдів пов'язана з первинним процесом в наднирниках (синдром Кушинга). Однобічний процес – це переважно аденома або аденокарцинома. Двобічний процес – мікро- або макровузлова гіперплазія.	
Етіопатогенез	Гіперсекреція кортизолу, порушення біосинтезу та метаболізму стероїдних гормонів, порушення циркадних ритмів секреції АКТГ, кортизолу, альдостерону та певних інших гормонів. Патогенез зумовлений підвищеним вмістом глюкокортикоїдів. В 80% розвивається АГ.	
Класифікація	МКХ-10 E24 E24.9	Синдром Іценко-Кушинга Синдром Іценко-Кушинга не уточнений
Клініка	Фенотип синдрому Іценко-Кушинга: Дорсоцервікальне ожиріння – 97% Місяцеподібне обличчя – 89% Артеріальна гіпертензія – 76% Витончення шкіри/гемтомибез видимої травми – 75% Цукровий діабет або порушення толерантності до вуглеводів – 70% Гонадотропна дисфункція – 69% М'язова слабкість – 68% Гирсутизм/акне – 56% Депресія – 55% Остеопороз – 40% Набряки – 15% Полідіпсія/поліурія 10% Грибкові захворювання – 8%	
Диференційна діагностика	З кортикотропіною	
Лікувальна тактика	Видалення пухлини, бажано лапароскопічне.	

6.10. Феохромоцитома

Визначення	Нейроендокринна пухлина, що продукує біологічно активні речовини (адреналін, норадреналін, дофамін)	
Епідеміологія	Часний випадок парагангліом – пухлин, що можуть бути виявлені в любых місцях накопичення других нейронів вегетативної нервової системи (парагангліях)	
Етіопатогенез		
Класифікація	МКХ-10 E27.5	Гіперфункція мозкового шару наднирників
Клініка	25-30% хворих мають генетичні дефекти, що передаються за аутосомно-домінантним типом. В 32-38% спостережень з сімейними формами захворювання феохромоцитома виявляється в рамках хвороби Хиппеля-Ліндау.	
Диференційна діагностика	Дослідження метанефрину та норметанефрину в плазмі або добовій сечі. Визначення хромограніну А в плазмі крові. КТ (висок щільність, більше 40 НУ) та МРТ (T2зважений сигнал). Визначення рівня катехоламінів в крові з відповідних гілок нижньої порожнистої вени.	
Лікувальна тактика	Консервативне лікування - α - та β -адреноблокатори. Хірургічне видалення пухлини.	

6.11. Інсулінома

Визначення	Інсулінома – гормонально-активна пухлина β -клітин острівцевого апарату
------------	---

	підшлункової залози, що в надмірній кількості продукує інсулін та приводить до розвитку гіпоглікемії.	
Епідеміологія	Інсуліноми становлять 70-75% серед усієї кількості гормонально-активних пухлин підшлункової залози. Згідно зі статистичними даними, тільки 10% інсуліном є злоякісними.	
Етіопатогенез	Інсуліноми може виникнути в будь-якій частині підшлункової залози (тілі, головці, хвості), дуже рідко вона розміщується екстрапанкреатически, тобто в сальнику, стінці шлунка або дванадцятипалої кишки, воротах селезінки, печінки. Розміри інсуліноми зазвичай складають від 1,5 до 2 см.	
Класифікація	МКХ-10 D13.7	Пухлини острівцевих клітин підшлункової залози
Клініка	Протягом захворювання виділяють фази порівняльного благополуччя, на зміну яким приходять прояви гіпоглікемії і реактивної гипердреналинемиї. Що стосується латентного періоду, то в ньому єдиним проявом інсуліноми може бути підвищений апетит, і як наслідок – ожиріння. Гіпоглікемічні напади супроводжуються тремтінням, холодним потом, відчуттям голоду та страху, тахікардією, парестезіями, порушеннями здатності говорити, зоровими проблемами, галюцинаціями, нескладними вигуками, руховим занепокоєнням, невмотивованою агресією, ейфорією. У важких випадках – судомі та кома. Клініка дуже схожа на епілептичний напад. Коли пацієнти помічають, що їжа купує напад, вони швидко набирають зайву вагу.	
Диференційна діагностика	<p>Диференціювати з 1. Епілепсією – зниження рівня глюкози крові.</p> <p>2. З медикаментозною та 3. алкогольною гіпоглікемією, 4. Гіпофізарною та 5. Наднирничковою недостатністю, 6. Раком наднирників, 7. Демпінг-синдромом, 8. Галактоземією та іншими станами.</p> <p>Виконують функціональну пробу з голоданням. Приблизно у 70% хворих з інсуломою гіпоглікемія виникає вже протягом першої доби, у 25 – на другу добу, у 5% – на третю добу. <i>Проба з голоданням.</i> Продовжити нічне голодання до появи симптомів гіпоглікемії. Одразу після пробудження беруть кров з вени для визначення концентрації глюкози та інсуліну. Потім кожні 2-4 години повторно беруть кров з пальця та визначають концентрацію глюкози. Коли концентрація останньої знижується менше 2,8 ммоль/л або з'являються симптоми гіпоглікемії, знову беруть кров з вени для визначення концентрації інсуліна та глюкози в плазмі. Діагноз вважається підтвердженим, якщо співвідношення інсулін/глюкоза перевищує 37.</p> <p>Визначення рівня інсуліна та С-пептиду в сироватці крові.</p> <p>УЗД підшлункової залози.</p> <p>Селективна ангиографія с забором крові з порталної вени.</p> <p>МРТ.</p>	
Лікувальна тактика	Видалення пухлини шляхом енукліації або резекції підшлункової залози. при неоперабельних пухлинах – консервативна терапія, спрямовану на купування та профілактику гіпоглікемії. Для цього використовують гіперглікемізуючі засоби: адреналін, норадреналін, глюкагон, глюкокортикоїди. При злоякісних пухлинах – хіміотерапія: стрептозотоцин, 5-фторурацил, доксорубіцин.	

6.12. Глюкогонома

Визначення	Глюкагонома являє собою пухлину з α -клітин підшлункової залози, що секретує глюкагон, викликає гіперглікемію та характерний висип на шкірі.
Епідеміологія	Зустрічаються рідко, подібно до інших пухлин острівцевого апарату, первинна пухлина та метастази зростають повільно. Тривалість життя складає близько 15 років. Вісімдесят відсотків глюкагоном є злоякісними. Середній вік пацієнтів при появі симптомів складає 50 років, 80% – жінки. У

	деяких пацієнтів спостерігається I тип синдрому множинної ендокринної неоплазії. Захворювання рідко вражає осіб віком до 30 років, вік 85% хворих на момент діагностики – 50 років та більше.	
Етіопатогенез	Причини захворювання невідомі. Нерідко зустрічається в рамках синдрому множинних ендокринних неоплазій I типу.	
Класифікація	МКХ-10 D13.7 C25.4	Острівцевих клітин підшлункової залози Злоякісні новоутворення острівцевого апарату підшлункової залози
Клініка	Симптоми, пов'язані з підвищенням рівня глюкози в крові: – Спрага, підвищення вживання води. – Часте обільне сечовипускання. Враження шкіри та слизових оболонок – некролітична мігруюча еритема (патогномонічний синдром): – Червоно-коричневий висип на шкірі – процес починається з появи червоних плям, на місці яких скоро з'являються міхури. Останні, коли лопнуть викликають появу поверхні, що мокне. При підсиханні з'являються корки. Вогнища висипів мають тенденцію до зливання з утворенням крупних бляшек. Процес починається з пахової ділянки, розповсюджується на шкіру живота, ніг, сідниць. Язик та червона кайма губ робляться ярко-червоними. Язик набуває «полірованого» вигляду. Загальні симптоми: втрата маси тіла, втрата апетиту, зниження маси тіла та загальна слабкість.	
Диференційна діагностика	Можлива анемія. Підвищення рівня глюкози крові. Позитивний глюкозолерантний тест. Підвищення рівня глюкагону в крові УЗД та КТ черевної порожнини для виявлення пухлини.	
Лікувальна тактика	Видалення пухлини. При неможливості – хіміотерапія: внутрішньоартеріально стрептозоцин або поліхіміотерапія (стрептозоцин, фторурацил, доксорубіцин та дакарбази в різних комбінаціях). Іноді вдається знизити рівень глюкагону за допомогою октреатиду.	

7.Завдання для самоконтролю.

А.Завдання для самоконтролю (тестові завдання)

- Хвора 28 років, оперована з приводу тиреотоксичного зобу. Через 12 годин у хворої піднялась температура до 39°C, виникла тахікардія до 160 уд./хв., піднявся тиск до 180/110 мм рт.ст. Яке ускладнення найбільш імовірно виникло у хворої?
 - Недостатність параситовидних залоз.
 - Пневмонія.
 - Тиреотоксична криза.
 - Пошкодження зворотного нерва.
 - Гіпертонічна криза.
- При підозрі на інсуліному потрібно:
 - Визначити концентрацію глюкагону.
 - Перевірити рівень С-пептиду.
 - Провести пробу з гастрином.
 - Виконати дексаметазонову пробу.
 - Глюкозолерантний тест.
- Лікування фолікулярного раку щитоподібної залози III-IV стадії.
 - Хірургічне.

- Б. Радіойодтерапія.
 В. Тотальна тиреоїдектомія з телегаматерапією.
 Г. Тотальна тиреоїдектомія з наступною хіміотерапією.
 Д. Тотальна екстрафасціальна тиреоїдектомія з радіойодтерапією.
4. Хвора, 32 років, потрапила до хірургічного відділення з діагнозом дифузний токсичний зоб 4 ст., з важкою формою тиреотоксикозу. Пульс – 128 уд/хв., А/Т 145/70 мм.рт.ст., вага тіла зменшилась на 6 кг. Яка операція показана хворій?
 А. Субтотальна субфасціальна резекція щитоподібної залози.
 Б. Гемітиреоїдектомія.
 В. Резекція перешийку.
 Г. Тиреоїдектомія.
 Д. Резекція долі залози.
5. До очних симптомів при тиреотоксичному зобі відносять:
 А. Хвостека.
 Б. Мюссі.
 В. Мебіуса.
 Г. Труссо.
 Д. Курвуазьє.
6. Виберіть невірне твердження стосовно глюкагономи:
 А. Тривалість життя хворих приблизно 15 років.
 Б. Вік більшості пацієнтів – 50 років.
 В. 80% пухлин злоякісні.
 Г. Росте з γ -клітин острівців Лангерганса.
 Д. Часто спостерігається в складі синдрому MEN-I.
7. Згідно з класифікацією ВООЗ II ступінь збільшення щитоподібної залози це:
 А. Залозу не видно, але перешийок пальпується та візуалізується при ковтанні.
 Б. При ковтанні видно та пальпується залоза, однак форма шиї не змінена.
 В. Залоза візуалізується, «товста шия».
 Г. Зоб пальпується та помітний на відстані.
 Д. Збільшення залози з компресійним симптомом.
8. Методи обстеження щитоподібної залози.
 А. УЗД, дослідження Т3, Т4, біопсія, сцинтиграфія з ^{131}I .
 Б. УЗД, концентрація метанефрину, КТ, МРТ.
 В. Біопсія, КТ, УЗД, нічний дексаметазоновий тест.
 Г. Дослідження з радіоактивними речовинами, УЗД, співвідношення альдостерон/ренин
 Д. КТ, ангіографія з селективним забором венозної крові, МРТ, визначення хромограніну А в плазмі крові.
9. Симптоми порушення нервової системи при тиреотоксикозі.
 А. Збудливість.
 Б. Перепади настрою.
 В. Занепокоєність.
 Г. Плаксивість.
 Д. Усі перераховані.
10. Форми тиреотоксикозу.
 А. Легка, середня, важка.
 Б. Компенсована, субкомпенсована, декомпенсована.

В. Шоку, уявного благополуччя, кінцева.
Г. Реактивна, токсична, термінальна.
Д I, II, III ступені.

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В	Б	Д	А	В	Г	Г	Д	А	В

Б. Ситуаційні задачі для самоконтролю:

1. У хворого з ожирінням, діабетом, артеріальною гіпертензією та остеопорозом був проведений нічний дексаметазоновий тест з 1 мг дексаметазону. Рівень кортизолу на наступний день становив 0,8 мкг/дл. Чи є гіперкортицизм причиною вище зазначеної патології?

2. У хворій 45 років протягом 5-ти років невропатологи констатували вегетосудинну дистонію. При огляді ендокринологом виявлено рівномірне збільшення щитоподібної залози II ст., при пальпації в правій і лівій долях виявлені вузли. Тахікардія – 94 на хв., АТ – 150/80 мм. рт. ст. Дермографізм. Ультразвукове дослідження підтвердило наявність вузлів в обох долях. Який попередній діагноз? З чим потрібно проводити диференційну діагностику?

3. Хвора, оперована півроку назад з приводу тиреотоксичного зоба, скаржиться на слабкість, сонливість, упадок сил, прогресуюче ожиріння. При огляді звертає на себе увагу пастозність, одутловатість обличчя, сухість і грубість шкіри. Кукса щитоподібної залози не збільшена. Післяопераційний рубець звичайний. Який найбільш вірогідний діагноз?

4. У пацієнта з сечокам'яною хворобою було проведено дослідження рівня іонізованого кальцію та паратгормону. Рівень останнього становив 72 пг/мл (референтні значення 15-65 пг/мл). Рівень іонізованого кальцію становив 1,24 ммоль/л. Після цього дотаково був визначений вміст 25(OH)D, який був 30 нмоль/л (<50 – дефіцит). Яке порушення обміну має місце? Встановіть діагноз.

5. З 14 років у хворого впрше були зареєстровані втрати свідомості і судоми. Курс лікування у відділенні неврології не привів до покращення стану. При поглибленому дообстеженні встановлений рівень глікемії натще 1,6 ммоль/л. При проведенні проби з голодуванням глікемія знизилась до 1,9 ммоль/л, що супроводжувалось втратою свідомості. Тест припинений. МРТ підшлункової залози виявило кистоподібне новоутворення діаметром 2,5 см на межі тіла та хвоста підшлункової залози, виявлений нефролітіаз (конкременти до 18 мм в діаметрі). Рівень С-пептиду 12,1 нг/мл (0,5-3,2 референтні значення). Рівень паратгормону 141 пг/мл, загальний кальцій сироватки 2,65 ммоль/л. Діагноз. Яку іншу патологію потрібно виключити?

Правильні відповіді

1	Ні, рівень нижчий за 1,8 мкг/дл виключає наявність гіперкортицизму.
2	Багатовузловий токсичний зоб, який потрібно диференціювати з вегетосудинною дистонією.
3	Післяопераційний гіпотиреоз.

4	Перевірити рівень креатиніну та вітаміну D. При низькому рівні останнього встановлюють діагноз: «вторинний гіперпаратиреоз на тлі дефіциту вітаміну D.»
5	Синдром MEN-I (первинний гіперпаратиреоз, інсулінома), нефролітиаз. Дослідження: АКТГ, соматотропний гормон, інсуліноподібний фактор росту, пролактин. МРТ, КТ гіпофізу, ангиографію підшлункової залози. Сканування парацитоподібних залоз з ^{123}I -MIBI, ^{99}Tc -sestamibi.

Література

Основна:

1. Ковальчук Л.Я. Хірургія. Підручник / Ковальчука Л.Я. – м.Тернопіль, Укрмедкнига, 2010. – 368 с.
2. Ендокринологія / Боднар П.М. – Вінниця: Нова книга. – 2010. – 461 с.
3. Clark O.H., Duh Q.Y. Textbook of Endocrine Surgery / Clark O.H., Duh Q.Y. // Jaypee Brothers Medical Pub; 3 edition, 2015. – 900 p.

Додаткова:

1. Комиссаренко Ю.И., Бобрик м.И., Сидорова И.В. Бурка О.А. актуальные европейские рекомендации по ведению хронического гипопаратиреоза у взрослых / Ю.И. Комиссаренко и соавт. // Международный эндокринологический журнал. – 2015. - №5(69). – 59-64.
2. Зафт В.Б., Клімова Ж.О., Зафт А.А., Галицька В.В., Бойко І.В. Дефіцит вітаміну D та його сучасна лабораторна діагностика / В.Б. Зафт та співавт. // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – №2(66). – С.81-88.
3. Черенько С.м. Скрытый и субклинический варианты синдрома Кушинга: распространенность, диагностика, лечебная тактика / С.М.Черенько // Здоров'я України. 2013. – Квітень. – С.54-56.

Навчально-методичний посібник

БЕЗРОДНИЙ Б.Г., КОЛОСОВИЧ І.В., КОРОТКИЙ В.М., ТЕПЛИЙ В.В.,
ЧЕРПАК Б.Д., ФУРМАНЕНКО М.Ф., ІВАНОВ М.А, КАРТАШОВ Б.Т.,
КОПЙОВ Ю.О., СИДОРЕНКО Р.А., СІРОМАХА С.О., ГАНОЛЬ І.В.,
ІОВЦА А.В., МАРТИНОВИЧ Л.Д., МОЙСЕСЬКО А.І., ПЕТРЕНКО О.М.,
ЦИГАНОК А.М., ЧЕМОДАНОВ П.В., ЧЕРЕПЕНКО І.В., ЧИБІСОВ О.Л.,
КОЛОСОВИЧ А.І., КОРОЛЬОВА Х.О., ПРИСТУПЮК М.О.

Методичні вказівки
до практичних занять з хірургії (Модуль 8)

Навчальний посібник для студентів та викладачів
вищих медичних навчальних закладів МОЗ України

Підп. до друку 01.09.2015 р.
Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс.
Ум. друк. арк 3,75 Тираж 200 прим. Зам. 111

ВПЦ «Експрес», 03057, м. Київ, вул. Ежена Потьє, 16 а

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції
Серія ДК №1956 від 27.09.2004 р.