

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії №3

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ З ХІРУРГІЇ

**для студентів 6-го курсу Медичного факультету № 1, Медичного
факультету № 2, Медичного факультету № 3, Факультету підготовки
лікарів для Збройних Сил України**

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

*Тема 12. Особливості протікання хірургічних захворювань у вагітних.
Діагностика та диференційна діагностика гострих захворювань органів
черевної порожнини. Особливості обстеження. Хірургічна тактика.
Запобігання передчасним пологам. Перебіг гострих захворювань у осіб
похилого віку*

Київ – 2024

Методичні розробки затверджено на засіданні кафедри хірургії № 3
26 березня 2024 року, протокол №11.

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії №3:

Укладачі:

- Іванчов Павло Васильович, доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії № 3;
- Повч Олег Андрійович, кандидат медичних наук, доцент кафедри;
- Сидоренко Віктор Михайлович, кандидат медичних наук, доцент
кафедри.

Тема 12. Особливості протікання хірургічних захворювань у вагітних. Діагностика та диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини. Особливості обстеження. Хірургічна тактика. Запобігання передчасним пологам. Перебіг гострих захворювань у осіб похилого віку.

Актуальність.

Хірургічна патологія, яка виникає у вагітних, 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 акушерсько-гінекологічну патологію, яка може симулювати гострі хірургічні захворювання або супроводжувати їх. Тому, на всіх етапах діагностики та лікування вагітних із хірургічною патологією, необхідна тісна взаємодія між хірургом та акушером-гінекологом.

Мета.

1. Формування професійно-значущої особистості лікаря, що є спеціалістом широкого профілю, якому приходить стикатися не тільки із спеціалізованою патологією.
2. Підкреслити значення національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування вагітних із хірургічною патологією.
3. Знати анатомо-фізіологічні особливості організму вагітної жінки.
4. Знати хвороби, які найчастіше зустрічаються у вагітних, мати розуміння, як вагітність змінює перебіг деяких хірургічних хвороб, погіршує їх перебіг.
5. Мати уяву про клінічну картину гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, особливості перебігу її у вагітної жінки.
6. Знати особливості виникнення та перебігу патології вен у вагітної

жінки.

7. Розуміти особливості дослідження вагітної жінці.
8. Мати поняття про консервативне та оперативне лікування вагітних, що мають хірургічну патологію.

Студент має знати:

1. Анатомо-фізіологічні особливості організму вагітної жінки, що можуть впливати на перебіг хірургічної патології.
2. Анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки хірургічної патології у вагітних.
3. Призначати план обстеження вагітним жінкам із підозрою на гостру хірургічну патологію з використанням лабораторних та інструментальних методів дослідження.
4. Надавати екстрену консервативну допомогу вагітним із гострою хірургічною патологією, призначати лікування щодо профілактики передчасних пологів.
5. Визначати покази до оперативного втручання у вагітних із діагнозом гострої хірургічної патології.

Студент має вміти:

1. Зібрати анамнез захворювання у вагітної жінки.
2. Провести диференціальну діагностику між фізіологічними та патологічними змінами, зумовленими вагітністю, та гострою хірургічною патологією.
3. Визначити діагноз захворювання.
4. Призначити консервативну терапію захворювання.
5. Обґрунтувати покази до оперативного втручання в конкретній ситуації.

Термінологія.

Вагітність	Період, коли зародок розвивається всередині матки жінки.
Триместр	Кожні 3 місяці вагітності (всього 3)
Аборт	Мимовільне або штучне переривання вагітності впродовж перших її 22 тижнів (пізніше – передчасні пологи)

Викладення теми.

1. Анатомічні і фізіологічні зміни при вагітності.

Сукупність глибоких змін, що відбуваються в організмі жінки при вагітності, і змін, викликаних хворобою або травмою, може створити складну і неясну клінічну картину гострої хірургічної патології. Для правильної оцінки стану матері, її рідинного балансу та інтерпретації простих лабораторних тестів, необхідне чітке розуміння фізіологічних та анатомічних змін, які норми спостерігаються у вагітної пацієнтки. Крім того, патологічні стани, унікальні для вагітності, можуть ініціюватися 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 її лікування та другого пацієнта (плоду).

Зміни серцево-судинної системи:

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.

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.

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.

На електрокардіографічні дані впливає зміщення серця збільшеною

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.

Гематологічні зміни:

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, у 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 18 000, а під час пологів, навіть до 25 000.

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.

Швидкість осідання еритроцитів при нормальній вагітності збільшується до 60-80 мм на годину.

Зміни в легенях:

Дихальний об'єм, у пізні терміни вагітності, збільшується приблизно на 40%. Залишковий об'єм при вагітності зменшується приблизно на 25%, а частота дихання змінюється незначно.

На газовий вміст 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 не вагітних). Нормальний pH підтримується завдяки збільшенню екскреції бікарбонату нирками.

Зміни у шлунково-кишковому тракті:

Зниження моторики шлунку і зменшення часу його спорожнення сприяють підвищенню ризику аспірації, особливо у пацієнток, що вимагають застосування загальної анестезії. Ознаки подразнення очеревини у вагітних менш виражені в цьому відношенні, ніж у невагітних із травмою. Болючість та ригідність м'язів передньої 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.

Зміни в сечовивідній системі:

Розширення ниркових мисок і сечоводів (праворуч більше, ніж ліворуч) починається з 10-го тижня вагітності і зберігається аж до 6 тижнів після пологів.

Сечовий міхур зміщується догори і наперед, стаючи приблизно з 12-го тижня вагітності органом черевної порожнини; що робить його більш вразливим (у разі пошкодження).

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.

Зміни репродуктивних органів:

Під час вагітності довжина і вага матки збільшуються з 7см 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 вмісту (наприклад, розрив матки, відшарування плаценти, розрив плодових оболонок, пошкодження плоду). Кровообіг у матці зростає протягом вагітності з 60 до 600 мл/хв, що призводить до масивної крововтрати при порушенні цілісності маткових судин під час хірургічного втручання.

2. Вагітність та гострий живіт

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 в декілька разів 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%.

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.

Вагітність і гострий апендицит

Перебіг захворювання. Під час вагітності створюються умови, що сприяють розвитку гострого апендициту. Під впливом прогестерону настає зниження тонуусу 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.

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, при цьому 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 (флегмонозного, гангренозного і перфоративного). У сумнівних випадках, для підтвердження діагнозу, хвору спостерігають у динаміці 1,5-2 год, повторюють лейкограми, біохімічні дослідження крові, аналізи сечі. Лабораторні дані зіставляють із результатами клінічного спостереження, температурою тіла, частотою пульсу, оглядом і пальпацією живота. Спостереження здійснюють, спільно, хірург і акушер-гінеколог.

Перебіг вагітності ускладнюється загрозою викидня, передчасних пологів.

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.

Вагітність і гострий холецистит

Серед не акушерських показань до хірургічного втручання під час вагітності, гострий холецистит стоїть на другому місці (після гострого апендициту). Холецистектомія, потрібна, приблизно, одній вагітній, із 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 камені випадково виявляють при УЗД ОЧП. 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.

Допомагає діагностиці гострого холециститу лабораторні дослідження: загальні та біохімічні показники крові та сечі, УЗД печінки і позапечінкових проток.

Диференціальну діагностику гострого холециститу при вагітності проводять, перш за все, з пієлонефритом, сечокам'яною хворобою, при наявності жовтяниці – з вірусним гепатитом, гестозами.

Захворювання проявляється болями 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 у проекції жовчного міхура. З'являється біль при легкому ударі по правій реберній дузі (симптом Ортнера); біль на вдиху при пальпації правого підребер'я (симптом Кера); болючість між ніжками правого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (симптом Мюссе).

Хворі госпіталізуються у відділення патології вагітних, лікування хворих проводять спільно з терапевтами, хірургами. Призначається постільний 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 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 родостимуляції. При неускладненому холециститі прогноз для матері і плоду в цілому задовільний.

Вагітність і захворювання підшлункової залози

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.

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.

Причини гострого панкреатиту при вагітності:

1. Лікарські засоби: азатіоприн, тіазидні діуретики, фуросемід.
2. Порушення відтоку панкреатичного вмісту у 12-палу кишку: жовчнокам'яна хвороба, запалення та набряк фатерова соска, дивертикул дванадцятипалої кишки.

3. Метаболічні порушення: гіпертригліцеридемія, гіперкальціємія, ХНН.

4. Інфекції: аскаридоз, епідемічний паротит та інші вірусні інфекції, мікоплазмова інфекція.

5. Інші захворювання: гостра жирова дистрофія печінки, пенетруюча виразка шлунку або дванадцятипалої кишки, тромбоцитопенічна пурпура.

Вагітність не впливає на клінічну картину гострого панкреатиту. У 70-90% випадків спостерігаються нудота і блювота. Часто спостерігається гострий, 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 у параумбілікальній ділянці (симптом Куллена). Диференціальну діагностику проводять із гострим апендицитом, із розшаруванням аневризми черевної аорти, кишковою непрохідністю, гострим холециститом, діабетичним кетоацидозом, виразковою хворобою, пієлонефритом, паранефритом, перфорацією порожнистого органу і ниркової колькою. При лабораторних дослідженнях можуть відзначатися наступні зміни.

1. Помірна гіпербілірубінемія (25-30 мкмоль/л).

2. Лейкоцитоз вище 15 000-30 000 в мкл

3. Рівень амілази сироватки вище 2000 од/л.

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 ОЧП. Якщо діагноз підтверджений, проводять лікування гострого панкреатиту та профілактику його частих ускладнень: гіпокальціємії, гіповолемії, гіпомагніємії і гіперглікемії. Крім того, при гострому панкреатиті високий ризик гострої ниркової недостатності, ДВС-синдрому, РДСВ, кровотеч у

просвіти несправжніх кіст підшлункової залози.

Лікування гострого панкреатиту при вагітності таке ж, як у невагітних. При консервативному лікуванні, панкреатит, зазвичай розрішується 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 дренирування.

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 родостимуляції. 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.

Показаннями до оперативного лікування є перехід набрякової форми в деструктивну, гнійний панкреатит, перитоніт. Мета оперативного втручання - створити відтік активних ферментів із 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.

Вагітність і виразкова хвороба

Виразкова хвороба зустрічається в 1 з 4000 вагітних. Ці дані можуть бути занижені, оскільки діагностика виразкової хвороби під час вагітності затруднена. Вважають, що ризик виразкової хвороби під час вагітності знижується.

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 домішками незміненої або зміненої крові (остання схожа на кавову гущу). Призначають гастроскопію. Це дослідження допомагає підтвердити діагноз, а також провести диференціальну діагностику між виразковою хворобою та іншими станами, що потребують лікування.

Лікування виразкової хвороби під час вагітності: виключають куріння та алкоголь. Призначають антациди, сукральфат, блокатори протонної помпи. Рідкі антациди застосовують у дозі 30 мл всередину кожні 2-3 год.

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.

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 шлунково-кишковій кровотечі різко підвищується ризик загибелі плода та розвитку ускладнень з боку матері. Масивна кровотеча під час вагітності є показанням до екстреного оперативного втручання, якщо не ефективні ендоскопічні методи гемостазу.

Вагітність і гостра непрохідність кишечника

Гостра непрохідність кишечника (ГНК) 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.

Механічну непрохідність поділяють на обтураційну, странгуляційну, змішану та судинну (інфаркт кишечника).

Клінічна картина гострої кишкової непрохідності (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.

Компресія судин брижі, що призводить до гострого порушення трофіки кишки (при завороту, вузлуотворенні, при інвагінації і спайковій 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 наростаючий набряк і імбібіцію кишки кров'ю, можливі клінічні прояви шоку.

При порушенні притоку і відтоку крові в брижі симптоми ГНК різко виражені, але частіше переважають явища швидко прогресуючого перитоніту, викликаного легкою проникністю кишкової стінки, іноді і її перфорацією.

У початковому періоді розвитку ГНК (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 переймоподібно 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 блювота. 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, має місце 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 ГНК. При пальпації і перкусії живота при доношеній вагітності, неможливо рентгенологічно досліджувати шлунково-кишковий тракт і визначити горизонтальні рівні. Болі при ГНК можуть бути помилково прийняті за початок родової діяльності і хворих доставляють у акушерські стаціонари, в результаті втрачається час для хірургічного лікування, тому, майже у половини вагітних, операції проводять пізніше 36 год від появи початкових симптомів гострої кишкової непрохідності. ГНК може бути причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти і може бути прийнята за іншу патологію гострого живота. У результаті всіх ускладнень прогноз вагітності при ГНК несприятливий.

При гострій непрохідності кишечника 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 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.

Гострий біль в животі при вагітності.

Больовий синдром при вагітності пізніх строків, найбільш часто, обумовлений загрозою розриву матки або передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. При загрозі розриву матки під час пологів сильний біль у животі найчастіше виникає при клінічно вузькому тазі (невідповідність між розмірами голівки плоду і тазом матері. Менш виражений больовий синдром спостерігається при загрозовому розриві матки по рубцю після операції кесаревого розтину або в результаті дистрофічних процесів в міометрії, обумовлених запальними захворюваннями. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти супроводжується важкими формами пізнього токсикозу (нефропатія, прееклампсія, еклампсія), гіпертонічної хвороби, гломерулонефриту. При загрозі розриву матки під час пологів породілля скаржиться на сильні спазмові болю в животі, які не зникають у паузах. Матка напружена і болюча при пальпації. Відзначаються ознаки перерозтягнення нижнього маткового сегмента і високе стояння контракційного кільця (кордон між нижнім сегментом матки і її тілом). Круглі маткові зв'язки напружені, болючі і виразно пальпуються через передню черевну стінку. Сечовипускання затримано. При піхвовому дослідженні визначається притиснення і набряк шийки матки (при головному передлежанні плоду). Із статевих шляхів з'являються кров'яністі виділення (якщо почався розрив матки). При розриві матки, що відбувся, бурхлива родова діяльність припиняється, при цьому жінка відчуває сильний біль в животі. Швидко нарастають явища внутрішньої кровотечі та шоку. Плід знаходиться в стані важкої гіпоксії і швидко гине. При загрозовому розриві матки по рубцю після колишньої операції кесаревого розтину вагітна чи породілля скаржиться на біль у ділянці рубця. Пальпація рубця на матці

викликає біль.

Для передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, якщо вона сталася на значному протязі (до 1/3 плаценти і більше), характерний гострий біль у животі розпираючого характеру. Матка щільна, напружена, не розслабляється. З боку утворення ретроплацентарної гематоми – асиметрія матки і виражена локальна болючість. Відзначаються ознаки внутрішньої і (або) зовнішньої кровотечі (почастішання пульсу, зниження артеріального тиску, поява кров'яних виділень з піхви). Серцеві тони плода швидко перестають вислуховуватися. При підозрі на загрозовий розрив матки або передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, необхідно розслабити матку. Це досягається ефірно-кисневим наркозом, після чого жінку транспортують в найближчий пологовий будинок для термінового розродження (кесарів розтин).

3. Варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок під час вагітності

Вважається, що поширеність ВРВ під час вагітності коливається в межах від 20 до 50%. Підвищення концентрації прогестерону під час вагітності призводить до зниження тону гладкої 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 самотійно не розглядається як причина варикозного розширення, оскільки розширення вен відбувається вже на перших тижнях вагітності.

Основними симптомами ВРВ є: наявність варикозно-розширених вен (їх косметична дисконфігурація), відчуття важкості (синдром «важких» ніг),

судоми, біль, набряк, шкірні гіперпигментації, ліподерматосклероз, екзема, виразка.

На початку захворювання, нерідко, першими симптомами є телеангієктазії 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. Із 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.

У жінок молодого віку може спостерігатися помірне розширення поверхневих вен, яке нерідко проявляється неприємними відчуттями під час менструації. Зазвичай ці вени стають більш розширеними і множинними під час вагітності.

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 сильна пекучий біль у гомілці, який може позбавити хворого працездатності.

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 венозної недостатності, набряк поширюється до середньої частини гомілки. У результаті, розвивається лімфовенозна недостатність і формується хронічний набряк із 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. Із виразкою;
4. Із виразкою та запаленням.

Кінцівки хворого слід оглядати в положенні стоячи спереду, збоку і ззаду, від стопи до рівня сідниць. 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 із-за набряку або ожиріння, вони можуть бути виявлені за допомогою пальпації. Ступінь набряку і його поширення в області стопи, гомілковостопного суглоба та гомілки документуються за допомогою вимірювальної стрічки в певних точках. Розташування венозної виразки, її розміри, глибина відзначаються на діаграмі, а також описується наявність грануляцій. Із 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

Із метою виявлення рефлюксу по поверхневим і перфорантним венам, виконуються проби Броди-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, у результаті функціональних проб, затримується майже на 2 с, у результаті чого спостерігається ретроградний рух крові.
3. Флебографія 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 приток.

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 протязі, з поширенням на глибокі вени).
4. Кровотеча з тонкостінного варикозного вузла.
5. Тромбоемболія легеневої артерії (рідко, при поширенні тромбофлебиту на глибокі вени).

Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок у вагітних

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 гангрени кінцівки.

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 легеневих артерій може бути першим проявом асимптомного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.

Симптоми тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок розвиваються, як правило, протягом періоду від кількох годин до одного – двох днів із початку тромбоутворення. Іноді клінічні прояви запізнюються майже на 2-5 діб по відношенню до фактичного часу формування тромбу.

Симптоми тромбозу глибоких вен гомілки включають:

1. Набряк в області ступні, 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 (кола) ураженої кінцівки, встановлене за допомогою вимірювальної стрічки, у порівнянні з неураженою

є одним з найбільш достовірних ознак набряку.

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.

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.

При клубово-стегновому (ілеофemorальному) тромбозі з повною obturaцією загальної стегнової 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.

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, сідницю і передню черевну стінку на стороні ураження. При пальпації визначається, як набряк підшкірної клітковини, так і м'язів. Відзначається виражена болючість у 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 іліофemorального тромбозу і супроводжується розвитком ціанозу;

3) венозна гангрена, яка виникає при порушенні прохідності (спазмі)

артеріального русла нижньої кінцівки. Із 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 із 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 переважної 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 утворюються 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 протромбірованого 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 ілеокавальном або ілеофemorальном сегментах, які виявляються при дуплексном 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 запізнілою 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 ілеокавальном або ілеофemorальном сегментах;
9. тромбоз глибоких вен в анамнезі у хворих, що перенесли хірургічну операцію з високим ризиком розвитку ТЕЛА;
10. септичний тромбофлебіт при неефективності консервативної терапії.

Перерва нижньої порожнистої вени може сама по собі індукувати ішемічний синдром. Метод стенозування нижньої порожнистої вени лігатурою легше, безпечніше і більш швидкий. Використання кава-фільтру, 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.

Геморой при вагітності

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 і пр. Тому геморой дуже часто виникає до пологів і ще частіше – після них. Внаслідок цього вважають геморой у вагітних не патологією, а варіантом норми.

Ще одна особливість – геморой у вагітних часто поєднується з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок.

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.

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 новокаїнової блокади. Сприятливо діє, місцево, УВЧ-терапія. При випаданні вузлів, відразу після відділення посліду (звичайно через 15-30 хв), слід обережно спробувати їх вправити після теплої сидячої ванни. Слід звернути увагу, що вправлення вузлів дозволяється тільки у вагітних та породіль як тимчасовий захід, що полегшує стан.

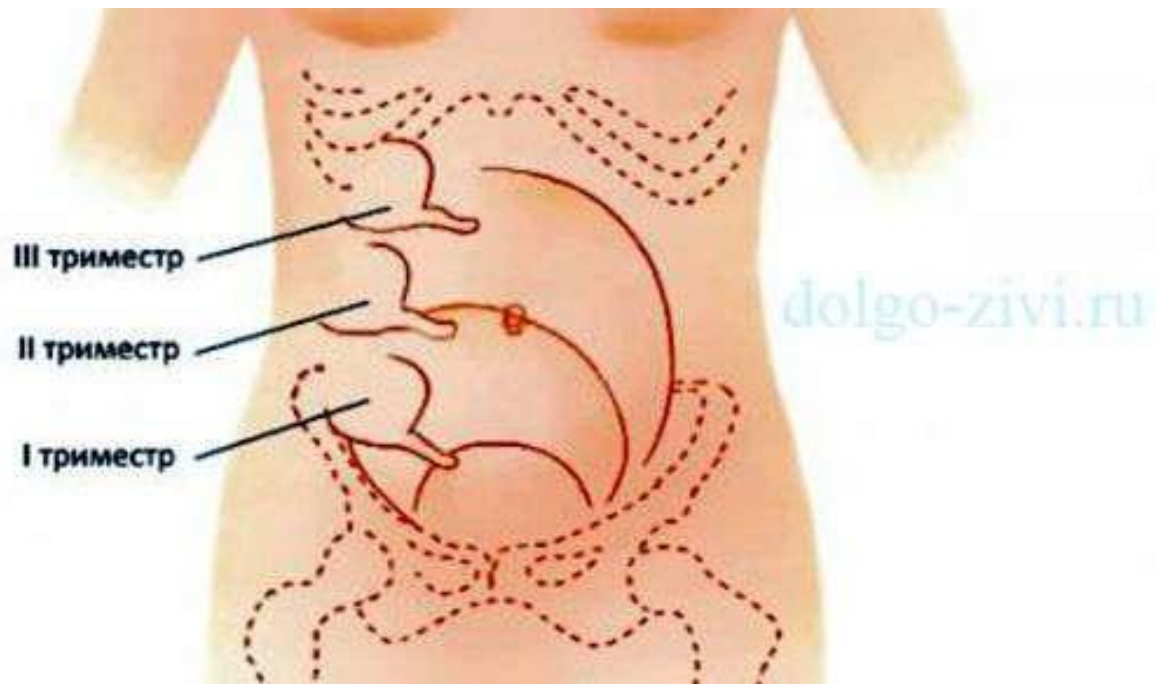
Література

Основна

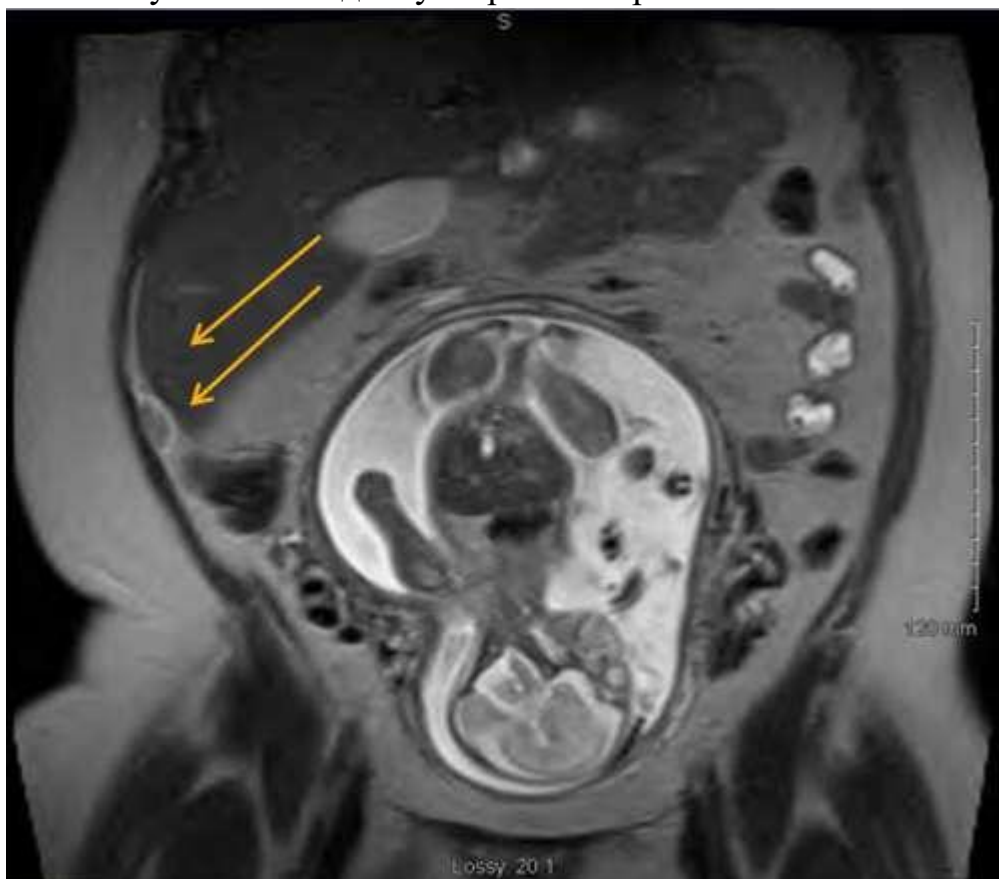
1. Greenfield's surgery: scientific Principles & Practice. Sixth edition (2017). Edited by Michael W. Mulholland, Keith D. Lillemoe, Gerard Doherty, Gilbert R. Upchurch, Jr., Hasan B. Alam, Timothy M. Pawlik; illustrations by Holly R. Fischer.
2. Ендоскопічна і роботизована хірургія. За ред. В.М. Запорожана, В.В.Грубніка, Я. Боньєра. Навчальний посібник.-Медицина, 2023.
3. Хірургія, Том1 і Том 2. За редакцією П.Г.Кондратенка, В.І.Русина. Підручник. – Нова Книга, 2019.
4. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. Книга 1. Акушерство-підручник. Книга 2. Гінекологія-підручник. За ред.В.І.Грищенка, М.О.Щербини. Медицина, 2020. 464 с.
5. Практикум з хірургії. Модуль 1. Торакальна, серцево-судинна, ендокринна хірургія. Навчальний посібник. Мішалов В. Г. 2011

Додаткова

1. Актуальні питання абдомінальної хірургії (курс лекцій) В.М. Денисенко, Е.В.Світличний. Київ. -2005, 242с.
2. Акушерство та гінекологія (у 4-х томах). За ред.В.М.Запорожана. Медицина, 2018.



Розташування апендиксу на різних термінах вагітності



Діагностика гострого апендициту у вагітних за допомогою допоміжних інструментальних методів дослідження.

ТЕСТИ. ВХІДНИЙ КОНТРОЛЬ

1. 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.

А. Показане оперативне втручання з приводу холедохолітазу, після чого – природні пологи

***Б. Показане оперативне втручання з приводу холедохолітазу з водночасним кесарським розтином.**

В. Показане консервативне лікування та природні пологи. Г. Показано консервативне лікування та кесарський розтин.

Холедохолітаз, небезпечний, розвитком механічної жовтяниці, що може привести до загибелі плоду. 35 тижнів – термін достатній для зрілого плоду.

2. 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?

***А. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок**

Б. Тромбофлебіт підшкірних вен ніжних кінцівок В.Тромбоз глибоких вен ніжних кінцівок

Г. ПТФС

Відсутність ознак запалення та зворотній розвиток стану після відпочинку вказує на неускладений варикоз.

3. Вагітна жінка (28 тижнів) була доставлена в стаціонар у тяжкому стані з діагнозом: тромбофлебіт глибокої стегнової вени, який ускладнився тромбоемболією мілких гілок легеневої артерії. Під час дуплексного дослідження було знайдено тромбоз глибокої стегнової вени. Яка подальша тактика необхідна по відношенню до даної пацієнтки?

А. Теплі ванни, гірудотерапія, гепарінова мазь

Б. Антибіотикотерапія, бронхоскопія, санація бронхіального дерева, профілактика пневмонії.

В. Лікувальна ходьба, призначення варфарину, масаж ніг.

***Г. Ліжковий режим, призначення гепарину, рішення питання щодо встановлення кава-фільтру**

28 тижнів, термін недостатній для народження зрілого плоду, оперативне лікування в стані тромбоемболії небезпечне для життя як матері так і плоду. Тільки консервативне ведення

4. Жінка, 39 років, знаходиться 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, Нв, із 68 г/л піднявся до 90 г/л. При ЕФГДС: в антральному відділі шлунку чашоподібний рак діаметром 6,5см, дно вкрито мілкими тромбованими судинами. Ваш діагноз? Яке лікування показане хворій на даний час?

А. Очікування природного розродження та оперативне лікування з приводу раку.

***Б. Негайне передчасне переривання вагітності, комплексна хіміо-променева та хірургічне лікування раку шлунка**

В. Тільки променева терапія, завершення вагітності кесарським розтином. Г. Хіміотерапія, переривання вагітності.

Е. Симптоматична терапія, переривання вагітності тільки при погіршенні стану плоду.

Серйозна онкопатологія на ранніх (10 тижнів) термінах вагітності на дозволяє продовжувати вагітність, лікування раку шлунка за онкологічними принципами.

5. У жінки з вагітністю, в терміні 20 тижнів, скарги на раптовий біль в епігастрії, що поступово змістився у праву здухвинну ділянку. При пальпації живота є симптоми подразнення очеревини. З приводу підозри на яке захворювання слід негайно госпіталізувати вагітну?

A. Апендицит В. Холецистит С. Панкреатит

Д. Гостру кишкову непрохідність Е. Еклампсія

Клінічна картина є типовою для симптома Кохера, що є однією із ознак гострого апендициту.

6. Невідкладна медична допомога для зниження гарячки у вагітних полягає в дачі:

А. Ібупрофену

Б. Парацетамолу.

В. Анальгін з дімедролом. Г. Аспірин.

Парацетамол є безпечним для застосування у вагітних на всіх термінах вагітності

7. Самою частою гострою хірургічною патологією (до 90%) у вагітних є:

А. Гострий апендицит. Б. Гострий холецистит.

В. Гостра кишкова непрохідність. Г. Гострий панкреатит.

За статистичними даними самою частою хірургічною патологією черева у вагітних є гострий апендицит.

8. Планові оперативні втручання при вагітності дозволяється проводити в :

А.* I триместр вагітності.

Б. II триместр вагітності. В. III триместр вагітності.

Г. На протязі будь-якого терміну вагітності.

Планові оперативні втручання можна виконувати тільки в I триместр вагітності, в II триместрі починається закладка органів, в III визрівання плоду.

9. Підвищення ШОЕ, фібриногену, лейкоцитоз зустрічаються при:

А.* Нормальному перебігу вагітності;

Б. Гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини; В. Акушерсько-гінекологічних захворюваннях;

Г. У всіх випадках.

Складність лабораторно-інструментальної діагностики у вагітних обумовлена змінами лабораторних показників навіть при нормальному перебігу вагітності

10. Чим проводиться профілактика тромбозу глибоких вен і ТЕЛА у вагітних в післяопераційному періоді?:

А.* Гепарин 5000 од п/шк за 2 год до операції, 2500 тис. од п/шк по операції через 6 год;

Б. Еластична компресія нижніх кінцівок;

В. Пневматична компресія нижніх кінцівок;

Г. Поєднання гепарінотерапії з одним з видів компресії нижніх кінцівок.

Компресія нижніх кінцівок не показана у вагітних в післяопераційному періоді.

ТЕСТИ. КІНЦЕВИЙ КОНТРОЛЬ

1. Які з препаратів не рекомендуються для проведення загального знеболення у вагітних:

А.*Тіопентал натрія, дитилін;

Б. Галотан, ардуан;

В. Кетамін, неостигмін; Г. Омнопон, фентаніл.

Вищезначені препарати негативно впливають на плід

2. В першу добу по операції діурез у вагітної повинен бути не менше:

А.*10 мл/год;;

Б. 15 мл/год;

В. 20 мл/год;

Г. 30 мл/год.

3. Для профілактики передчасних пологів в післяопераційному періоді у вагітних призначають:

А.*Но-шпу; Б. Папаверін; В. Еналапріл;

Г. Сульфат-магнія.

Введення но-шпи позитивно впливає на тонус вагітної матки.

4. Найбільш достовірною ознакою виникнення фетоплацентарної трансфузії у вагітної є:

А.*Падіння артеріального тиску.

Б. Поява фетальних еритроцитів у мазку крові жінки, забарвленням за Клейхауер-Бетке;

В. Тиснучий біль за грудиною; Г. Біль в поясниці.

Падіння артеріального тиску є найбільш достовірною ознакою фетоплацентарної трансфузії вагітних, т.к. інші ознаки можуть бути спровоковані і іншими причинами.

5. Другим за частотою гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини у вагітних є:

А.*Гострий холецистит.

Б. Гострий апендицит.

В. Гостра кишкова непрохідність. Г. Гострий панкреатит.

Гострий холецистит часто зустрічається у вагітних у зв'язку з гіпокінезією жовчовивідних шляхів, викликаною вагітною маткою.

6. У вагітної, на 22 тижні вагітності, виникло защемлення пупової грижі. Ваша тактика?

А. Негайне оперативне втручання під загальним знеболенням

Б. Консервативне ведення пацієнтки.

В. Спроба вправлення защемленої грижі.

Г. Кесарський розтин з алогерніопластикою

Защемлення грижі є абсолютним показанням для оперативного втручання.

7. При виникненні ознак гострого живота у вагітної після 22 тижня вагітності необхідно:

А. Негайно госпіталізувати пацієнтку у відділення хірургії сполученої з пологовим будинком.

Б. Намагатись спостерігати пацієнтку вдома. В. Госпіталізація в пологовий будинок.

Г. Госпіталізація в чергове хірургічне відділення.

Вагітну необхідно госпіталізувати в хірургічне відділення, сполучення з пологовим будинком, для надання всебічної, в разі необхідності, допомоги.

8. Вагітна на 38 тижні вагітності звернулась з ознаками гострого тромбозу гемороїдального вузла. Ваша тактика.

А. Консервативне ведення пацієнтки

Б. Негайне оперативне втручання.

В. Кесарський розтин та негайне оперативне втручання. Г. Застосування малоінвазивної методики.

При вагітності оптимальним є консервативне ведення пацієнтки.

9. Який симптом на пізніх термінах вагітності є зворотнім.

А. Симптом Сітковського

Б. Симптом Образцова.

В. Симптом Раздольського

Г. Симптом Бартомье – Міхельсона.

Симптом Сітковського є зворотнім, із-за тиску вагітною маткою на змінений апендикс.

10. У вагітної на 30 тижні вагітності анальна тріщина та тлі закріпів. Яким чином вирішувати проблему.

А. Застосування препаратів на основі лактулози. Б. Застосування очисних клізм

В. Застосування сольових послаблюючих Г. Застосування проносних загальної дії.

Препарати на основі лактулози (нормазе, дуфалак) є дієвими та абсолютно безпечними для матері та плоду.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІ- КУ

Кафедра хірургії №3. Доцент Повч Олег Андрійович.

Актуальність.

Щороку в хірургічних відділеннях збільшується питома вага людей похилого та старечого віку, які складають основну групу ризику післяопераційних ускладнень та летальності. На даний час, особи похилого та старечого віку складають від 10 до 25 % всіх госпіталізованих у хірургічний стаціонар із приводу гострої хірургічної патології. Клінічна картина гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини (ГХЗОЧП) в пацієнта старшого віку може суттєво відрізнятися від симптоматики в молодшого хворого. У старших пацієнтів більше неспецифічних симптомів, вони переважно звертаються пізніше від моменту початку хвороби, а коло захворювань для диференціальної діагностики ширше. Хворі похилого віку можуть пізніше звертатися за медичною допомогою через страх втратити свою незалежність чи страх перед лікарнею або смертю, відсутність засобів транспорту або доглядальників за чоловіком/дружиною чи домашніми тваринами. Хворих похилого віку порівняно з молодшою популяцією оперують удвічі частіше. Високий операційно-анестезіологічний ризик, супутні захворювання та низький опір операційній травмі є причиною високої частоти післяопераційних ускладнень і летальних наслідків в цієї категорії пацієнтів. Післяопераційна летальність в геронтологічних пацієнтів в 10-20 разів вища ніж у молодих і складає 8-20%. За останніми даними, середня тривалість життя в Україні для жінок становить 73 роки, для чоловіків – 58 років. У розвинених західних країнах ці цифри значно вищі, відзначається тенденція до їх збільшення. Зважаючи на зростання у світі кількості осіб похилого та старечого віку, вивчення особливостей діагностики та клінічної симптоматики ГХЗОЧП у даної категорії пацієнтів є надзвичайно актуальним

завданням.

Мета.

1. Знати перелік ГХЗОЧП, які можуть зустрічатись у осіб похилого та старечого віку.
2. Знати патогенез виникнення ГХЗОЧП із врахуванням особливостей систем організму у хворих похилого та старечого віку.
3. Проводити правильний збір анамнезу, зважаючи на можливі особливості хворих похилого та старечого віку.
4. Проводити фізикальне обстеження (пальпація, перкусія, аускультация) пацієнтів із ГХЗОЧП.
5. Складати план інструментальних та лабораторних методів обстеження при ГХЗОЧП у хворих похилого та старечого віку.
6. На підставі отриманих даних, проводити диференційну діагностику і, на основі клінічного мислення, ставити правильний діагноз.
7. Визначати найбільш оптимальний вид хірургічного лікування із врахуванням вікових особливостей пацієнтів. Наявність у них супутніх захворювань.
8. Оцінювати можливий прогноз захворювання, знати особливості реабілітації пацієнтів похилого та старечого віку після перенесених оперативних втручань.
9. Володіти деонтологічними принципами спілкування з даною категорією хворих.

Студент має знати:

1. Перелік ГХЗОЧП, що можуть виникати у осіб похилого та старечого віку.
2. Особливості етіології та патогенезу ГХЗОЧП у осіб похилого та старечого віку.
3. Особливості клінічного перебігу ГХЗОЧП у пацієнтів похилого та старечого віку.

4. Особливості діагностичної програми та проведення диференціальної діагностики при ГХЗОЧП у хворих похилого та старечого віку.

5. Особливості проведення передопераційної підготовки у пацієнтів похилого та старечого віку, що сають ГЗОЧП із врахуванням важкості супутньої патології.

6. Особливості виконання оперативних втручань при ГХЗОЧП у осіб похилого та старечого віку.

7. Особливості післяопераційного ведення хворих та їх реабілітації після ви- конання оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку.

Студент має вміти:

1. Збирати анамнез у хворих похилого і старечого віку із врахуванням індивідуальних особливостей (психічні розлади, деменція, порушення слуху, інтоксикація і т.д.).

2. Виконувати фізикальні методи дослідження органів черевної порожнини (пальпацію, перкусію, аускультацию) у пацієнтів похилого і старечого віку.

3. Скласти діагностичну програму (визначати перелік інструментальних та лабораторних методів дослідження) для своєчасної діагностики ГХЗОЧП у хворих похилого та старечого віку.

4. Проводити диференційну діагностику ГХЗОЧП у осіб похилого і старечого віку.

5. На основі клінічного мишлення та отриманих результатів додаткових методів дослідження, своєчасно виставляти вірний діагноз ГХЗОЧП.

6. Визначати показання до різних видів оперативних виручань, враховуючи вікові особливості, ступінь вираженості супутньої патології у пацієнтів похилого та старечого віку.

7. Призначати найбільш оптимальне медикаментозне лікування (знати перелік фармакологічних препаратів) у до-, під час та післяопераційному періоді.

8. Знати особливості ведення хворих похилого та старечого віку у

післяопераційному періоді.

9. Демонструвати володіння морально-деонтологічними навиками лікаря при спілкуванні з пацієнтами похилого та старечого віку та їх родичами.

Термінологія.

Старість	Період життя людини після втрати здатності організму до продовження роду та до смерті. Характеризується погіршенням здоров'я, розумових здібностей, загасанням функцій організму. Вікова класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я: 25-44 – молодий вік; 44-60 – середній вік; 60-75 – похилий вік; 75-90 – старечий вік; Після 90 – довгожителі.
Старіння	Біологічний руйнівний процес, що неминуче розвивається з віком.
Екстренне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини	Ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (живота) – це неінвазивне (тобто не порушує цілісності шкірних покривів) дослідження печінки, підшлункової залози, жовчного міхура, а також, селезінки, нирок і надниркових залоз, яке засноване на здатності тканин організму відображати ультразвукові хвилі. Ці сигнали надалі перетворюються у зображення на моніторі апарату. Для уточнення стану кровотоку в досліджуваній зоні застосовують додатково доплерографію, яка дозволяє оцінити наявність і спрямованість кровотоку в заданому місці. Екстренне УЗД органів черевної порожнини використовується для діагностики ГХЗОЧП (визначення вільної рідини у черевній порожнині, патології органів, патології аорти і т.д.).
Мультиспіральна зрізова комп'ютерна	Ультрасучасна методика візуалізації органів черевної порожнини, з впровадженням якої стало можливим використання мультidetекторного сканування зі зменшенням дози іонізуючої радіації і швидкого отримання чітких

томографія ор- ганів черевно ї порожнини	зображень, що відображають стан органів. МСКТ дозволяє проводити і 3D-реконструкцію органів — процедуру, важливу в лікувально-діагностичному плані.
Езофагофібро- гастроуденос- копія	Це ендоскопічне дослідження стравоходу, порожнини шлунка і два- надцятипалої кишки. Являє собою візуальну оцінку стану слизових оболонок цих органів за допомогою складного оптичного апарату. Доз- воляє провести ряд лікувальних маніпуляцій і діагностичних тестів,

	при цьому не вимагає тривалої і складної підготовки з боку пацієнта. Найбільш надійний метод діагностики при ускладненнях виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки (особливо – при гострих шлунково- кишкових кровотечах, так як дозволяє не тільки діагностувати, а й виконувати ендоскопічний гемостаз).
Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини	Метод рентгенівської діагностики, що базується на тому, що тканини різної щільності по різному поглинають рентгенівські промені. Метод дозволяє визначити цілісність органів, їх розміщення, наявність сторонніх тіл та новоутворень. Незамінима діагностична процедура при діагностиці перфорацій порожнистих органів, гострій кишкової непрохідності.
Діагностичний лапароцентез	Маніпуляція, яка полягає в проколі черевної стінки троакаром для видалення патологічного вмісту черевної порожнини. Найчастіше застосовується при асциті, з метою видалення надлишку рідини, однак може застосовуватися з діагностичною метою.

Викладення теми.

Потенційні проблеми, які трапляються при клінічному обстеженні у хворих похилого віку з болем у животі (C. Lyon, D. C. Clark Am Fam Physician 2006; 74:1537-44)

Збір анамнезу

- Порушення розумових здібностей внаслідок гарячки, дисбалансу електролітів або дії ліків (наприклад, опіатів, бензодіазепінів)
- Деменція
- Порушення слуху
- Інтоксикація
- Психіатричні розлади

Клінічне обстеження

- Відсутність гарячки, незважаючи на наявність серйозної бактеріальної інфекції або хірургічної патології
- Відсутність лейкоцитозу, незважаючи на наявність хірургічної патології
- Порушення больової чутливості внаслідок постійного вживання анальгетиків з приводу хронічного болю
- Наявність супутньої патології
- При серйозній патології черевної порожнини в 4 рази вища імовірність розвитку гіпотермії
- При хірургічній патології знижена імовірність виявлення локальної болючості під час пальпації
- Менш виражений дефанс та симптом Блюмберга внаслідок атрофії мускулатури черевної стінки
- Знижена імовірність розвитку тахікардії внаслідок дії медикаментів або супутнього захворювання серця.

Гострий апендицит у хворих похилого та старечого віку.

При обстеженні хворих похилого та старечого віку із підозрою на гострий апендицит, слід враховувати їх вікову психологію. Літні люди, відчуючи занепад сил, відчуючи, 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.

Пізнє надходження хворих з гострим апендицитом пояснюється рядом причин. Головна причина в тому, що гострий апендицит у похилому і

старечому віці, у більшості хворих, спочатку протікає без чітко вираженого больового синдрому. У літньому віці гострий апендицит нерідко починається по-волі, із загального нездужання, порушення фізіологічних відправлень. З'являються здуття живота, легка нудота, затримка газів і стільця. Подібні явища захворілі найчастіше пояснюють старечим віком. Нерізько 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.

Із часом, для хворих похилого і старечого віку з апендицитом більш характерні такі симптоми при надходженні: генералізована болючість, біль довшої тривалості, здуття, локальне напруження м'язів педньої черевної стінки, аускультативні ознаки пригнічення перистальтики та наявність об'ємного утвору в животі при пальпації. Згідно з дослідженням Kraemer M. et al. (2000), особливості симптоматики у хворих старшого віку пов'язані із затримкою надходження в лікарню, а не з відмінностями в патофізіології хвороби. Під час ретроспективного дослідження 65 хворих віком більш як 60 років з патанатомічно підтвердженим апендицитом (Elangovan S., 1996) встановлено, що у старших пацієнтів гіпертермія має низьку прогностичну цінність для встановлення діагнозу гострого апендициту: тільки 23% хворих мали гарячку вище 37,7°C. З підтвердженим діагнозом гострого апендициту тісно корелювали тільки кількість паличкоядерних нейтрофілів більш як 6% та біль у правому нижньому квадранті живота (позитивна прогностична цінність становила відповідно 100 та 90%).

У хворих старечого віку напруження м'язів передньої черевної стінки при гострому апендициті може бути відсутнім, живіт здається м'яким, доступним пальпації. Але, якщо пальпувати обережно, м'яко, порівнюючи ригідність черевної стінки зліва та справа, то можна вловити різницю і деяке напруження у правій здухвинній ділянці. Хворобливість при пальпації розмита. Однак, болісність при пальпації є і її не слід недооцінювати.

У зв'язку з нечіткими болями в животі, відсутністю виражених симптомів подразнення очеревини, нашаруванням супутніх захворювань, хворі пізно (на 2-3-у добу) звертаються до лікаря і, навіть у стаціонарі, діагностика гострого апендициту нерідко супроводжується значною втратою часу. Саме тому, має місце великий відсоток деструктивних форм апендициту в осіб цієї групи. Перфоративний апендицит у людей похилого та старечого віку спостерігається в 3,6% випадків. Разом із тим, клінічна картина гострого апендициту у більшості хворих похилого та старечого віку (91,6%) досить чітко виражена і особливих труднощів для діагностики не становить, але в багатьох випадках спостерігаються своєрідні прояви захворювання, у зв'язку з чим бувають допущені серйозні помилки.

Діагноз можна підтвердити за допомогою МСКТ з контрастуванням, проте дослідженням Нui Т. Т. et al. (2002), під час якого проаналізовано результати лікування до і після широкого застосування КТ в медицині, встановлено, що частіше застосування КТ та діагностичної лапароскопії не вплинуло на рівень смертності та тривалість госпіталізації у представників старшої популяції.

При встановленні вірного діагнозу виконується оперативне лікування – апендектомія (при необхідності – дренування черевної порожнини).

Особливості перебігу виразкової хвороби та перфорації у осіб похилого та старечого віку

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. 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. У літньому віці зростає агресивна роль порушень гастродуоденальної мотори-

ки. Одним з проявів цих чинників агресії служить дуоденогастральний 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 або міжтравний періоди, реалізується феномен зворотної дифузії іонів водню, який грає важливу роль у виразкоутворенні. Ймовірно, цим можна пояснити збільшення кількості поєднаних виразок у шлунку і дванадцятипалій кишці в літньому віці.

Доведено, 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. Цікаві результати отримані при порівнянні морфологічних даних дослідження слизової оболонки шлунка. 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%.

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 труднорубцювальними виразками.

Таким чином, в літньому і молодому віці виразкова хвороба дванадцятипалої кишки характеризується подібними морфологічними

змінами, що свідчить про збереження функціональної активності шлунка. При виразковій хворобі шлунка у літніх хворих, знижені функціональні та морфологічні показники, що може призвести до малігнізації. 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). 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. 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. Якщо у хворих перебіг виразкової хвороби пов'язане з факторами неповноцінного 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.

Виразкову хворобу виявляють у 16% старших пацієнтів з болем у животі. Неспецифічні протизапальні препарати (НСПЗП) та інфікування *Helicobacter pylori* становлять найважливіші фактори ризику розвитку виразкової хвороби: відношення шансів для вживання НСПЗП та виразкової хвороби становить 2,7 для *H. pylori*-позитивних пацієнтів та 5,3 для *H. pylori*-негативних хворих.

Симптоматика виразкової хвороби звичайно відсутня або маловиражена та без чіткої локалізації; приблизно 30% хворих віком, більш як 60 років з підтвердженою виразкою, взагалі не мають болю в животі (Hilton D. et al., 2001). Часто першим проявом хвороби є розвиток гострого ускладнення, наприклад перфорації. При перфорації біль у животі класично виникає

раптово в епігастрії, супроводжується напруженням м'язів черевної стінки та аускультативно відсутністю перистальтики. Проте приблизно третина хворих з виразковою хворобою не скаржаться на біль, особливо ті, які приймають НСПЗП. Незабаром після перфорації внаслідок проникнення панкреатичної амілази в черевну порожнину швидко розвивається лейкоцитоз та підвищення рівня амілази в сироватці крові. Діагноз можна підтвердити за допомогою оглядової рентгенографії черевної порожнини завдяки виявленню вільного повітря (рис. 1); проте приблизно у 50% випадків цей симптом відсутній (Kauvar D. R., 1993). В такому разі виконують оглядову пневмогастрографію. Якщо діагноз сумнівний, вільне повітря або рідину в черевній порожнині можна виявити за допомогою УЗД або МСКТ.



Рисунок 1. Оглядова рентгенографія ОГК. Вільне повітря у черевній порожнині.

У літніх хворих із виразковою хворобою часто спостерігаємо великі розміри виразкових дефектів (особливо – при шлунковій локалізації), причому, більшості випадків, пацієнти майже не мають виражених клінічних скарг. Так, більше ніж в 1/3 випадків виразки шлунку у хворих похилого віку мають великі (більше 2 см в діаметрі) або гігантські (більше 3 см в діаметрі) виразки. Нерідко, першим проявом виразкової хвороби у осіб похилого і старечого віку, є шлунково-кишкова кровотеча (ШКК), причому частота виникнення цього грізного ускладнення майже вдвічі вища, ніж у пацієнтів молодого і середнього віку (ШКК спостерігається більш, як у 25% хворих на виразкову хворобу похилого та старечого віку). Залізодефіцитна анемія, як результат прихованих крововтрат, виявляється у людей похилого віку ще частіше (в 1/3 випадків).

При наявності ознак ШКК із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у осіб похилого та старечого віку виконується екстренна фіброгастроуденоскопія (ФГДС), що має на меті верифікацію джерела кровотечі, визначення ступеню гемостазу по класифікації Forrest (1974) та проведення заходів ендоскопічного гемостазу. Нерідко, екстренна ФГДС виконується в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії чи в умовах загальнохірургічного відділення під контролем показників гемодинаміки з боку лікарів анестезіологів-реаніматологів. При необхідності виконуються міри ендоскопічного моніторингу і, тільки, при відсутності ефекту від засобів ендоскопічного гемостазу і виникненні рецидиву кровотечі, хворим похилого та старечого віку, за життєвими показаннями, виконуються екстренні оперативні втручання, як останню можливість для збереження життя пацієнта. Перевага надається органозберігаючим операціям, однак, іноді, враховуючи наявність вираженої супутньої патології, оператор змушений виконувати оперативні втручання, направлені тільки на збереження життя пацієнта.

Особливості перебігу гострого холециститу у осіб похилого та старечого віку.

Гострий холецистит – одне із найпоширеніших ургентних захворювань

органів черевної порожнини серед осіб похилого та старечого віку. При цьому, кількість хворих на гострий холецистит, за 10 років, збільшилась більше, ніж на 20%.

Захворювання жовчовидільної системи, включаючи холецистит — найчастіше показання для оперативного лікування у хворих похилого віку з болем у животі, цей діагноз трапляється в 1/3 пацієнтів віком більш як 55 років, доставлених ургентно в лікарню з приводу гострого болю в животі. Підвищена захворюваність на жовчокам'яну хворобу пов'язана з віковими змінами жовчовидільного тракту: підвищена літогенність жовчі, збільшення діаметра загального жовчного протоку, підвищена частота наявності жовчних каменів і пігментованих каменів зокрема.

Хворі з гострим холециститом звичайно скаржаться на постійний біль зростаючої інтенсивності у правій половині живота, часто з гарячкою та блюванням. Такі симптоми, як біль у правому верхньому квадранті живота та симптом Мерфі (затримка глибокого вдиху при пальпації правого верхнього квадранта живота через виражену болючість), виявляють приблизно в половині хворих з холециститом — вони менш достовірні, ніж у молодших пацієнтів. Фактично у значного відсотка старших пацієнтів немає класичної симптоматики холециститу. Під час ретроспективного дослідження Parker L. J. et al. (1997) у 168 хворих з гострим холециститом віком більш як 65 років встановлено, що у 60% з них не було болю у попереку або флангу, у 5% — взагалі не було болю, у більш як 40% не було нудоти, у більш як 50% — фебрильної гарячки, у 41% — лейкоцитозу, а у 13% не було гарячки, лейкоцитозу та патологічних змін печінкових тестів.

У більш як половині хворих з гострим холециститом віком більш як 65 років, трапляються такі ускладнення, як гострий висхідний холангіт, жовчний перитоніт, перфорація жовчного міхура, емфізематозний холецистит та непрохідність, зумовлена жовчними каменями.

Для діагностики гострого холециститу використовують УЗД органів черевної порожнини, МСКТ органів черевної порожнини, що дозволяє

своєчасно поставити вірний діагноз.

В останнє десятиліття особливу увагу приділяють, так званим, «прихованим» формам гострого деструктивного холециститу. Це зв'язано з тим, що у зв'язку з вираженою важкою супутньою патологією у осіб похилого та старечого віку, гострий холецистит протікає приховано, малосимптомно, а морфологічні зміни в жовчному міхурі не відповідають клінічним проявам захворювання. При цьому, на фоні, ніби-то, позитивних клінічних змін у результаті проводимої консервативної терапії, розвиваються флегмонозно-гангренозні зміни у стінці міхура, що є показом до термінової операції. Причому, подібні ускладнення гострого холециститу приводять до виникнення великих технічних труднощів, ускладнень та обмеження можливостей лапароскопічної методики.

Серед прооперованих – деструктивні форми спостерігаються у 65% осіб, у тому числі флегмонозний холецистит – у 35%, гангренозний (зокрема перфоративний) – у 30%. Деструктивні форми супроводжуються наявністю перивезикального інфільтрату та місцевого перитоніту.

Післяопераційна летальність у хворих, старше 60 років, оперованих із приводу гострого холециститу та його ускладнень, становить 1,7%. Основна причина смерті – серцево-судинна і поліорганна недостатність.

Особливості перебігу дивертикулярної хвороби у осіб похилого та старечого віку.

Із віком частота дивертикулярної хвороби зростає і сягає 2/3 популяції осіб віком більш як 60 років (на відміну від 5% у загальній популяції). У більш як 90% випадків дивертикулярна хвороба уражає сигмоподібну кишку. У 10-30% пацієнтів з дивертикульозом, з часом, розвивається больовий синдром або дивертикуліт. Дивертикулярна хвороба з больовим синдромом проявляється приступами локалізованого болю в животі при відсутності ознак запалення (гарячки, лейкоцитозу чи перитонеальних симптомів). Дивертикуліт виникає тоді, коли трапляється мікроперфорація одного або більше дивертикулів. Оскільки найчастіше уражається сигмоподібна кишка, у пацієнтів звичайно

виявляють біль у лівому нижньому квадранті живота та симптоми запалення. При дивертикуліті біль більш гострий та виражений, ніж при дивертикулярній хворобі. Діагноз часто встановлюють на підставі клініки. Якщо діагноз сумнівний або є підозра на наявність абсцесу чи фістули, слід виконати МСКТ органів черевної порожнини. У гострій фазі слід уникати проведення колоноскопії чи іригоскопії з контрастуванням барієм, враховуючи ризик поширення локалізованої перфорації.

Особливості перебігу гострої тонкокишкової непрохідності у осіб похилого та старечого віку.

Механічна непрохідність тонкого кишківника у старших пацієнтів найчастіше зумовлена спайковою хворобою після попередньої операції (50-70% випадків) та килами (15-30% випадків). У типових випадках хворі скаржаться на розлитий приступоподібний біль, нудоту та блювання. Під час фізикального обстеження можна виявити здуття кишківника, патологічні шуми при аускультації кишківника, прояви дегідратації, розливу болючість при пальпації живота, іноді – пухлиноподібний утвір у животі. Якщо виникла перфорація, виявляють перитонеальні симптоми.

Діагноз механічної непрохідності тонкого кишківника найчастіше встановлюють за допомогою оглядової рентгенографії черевної порожнини, де виявляють розширені петлі (діаметром більш як 2,5-3,0 см) тонкого кишківника, чаші Клойбера та зниження вмісту повітря в товстому кишківнику (рисунок 2). Проте у 25-40% хворих дані рентгенографії бувають нормальними.



Рисунок 2. Оглядова рентгенографія черевної порожнини з роздутими петлями кишківника при механічній непрохідності тонкого кишківника.

Непрохідність, зумовлена наявністю жовчного каменя (звичайно, діаметром більш як 2,5 см) у дистальному відділі клубової кишки, — рідкісна, але важлива етіологія механічної непрохідності тонкого кишківника у старших пацієнтів. Частота цієї патології у хворих віком більш як 65 років сягає 20%. У пацієнтів виявляють класичну тріаду непрохідності тонкого кишківника, повітря у жовчовидільних шляхах та конкремент на оглядовій рентгенографії черевної порожнини. У половини пацієнтів ускладнений анамнез щодо

жовчокам'яної хвороби, ця патологія частіше трапляється у жінок. Час- то діагноз встановлюють із запізненням, смертність сягає 15%.

Особливості перебігу гострої товстокишкової непрохідності у осіб похилого та старечого віку.

У старших пацієнтів механічну непрохідність товстого кишківника найчастіше викликає рак, дещо рідше – дивертикуліт та заворот кишок. Карцинома товстого кишківника без обструкції просвіту кишки звичайно не викликає гострого болю живота.

Заворот товстого кишківника найчастіше трапляється у сигмоподібній кишці (75-80% випадків). До факторів ризику належить вживання пронос- них, седативних, антихолінергічних та протипаркінсонічних засобів. Хронічне розширення просвіту кишки, збільшення її довжини та мобільності призводить до завороту.

Симптоматика механічної непрохідності товстого кишківника на початкових стадіях буває стертою, а клінічна картина подібна до непрохідності тонкого кишківника. Можливе блювання каловими масами, схуднення та анемія, позитивний аналіз калу на приховану кров. На оглядовій рентгенографії черевної порожнини візуалізуються роздуті (діаметром більш як 5 см) петлі товстого кишківника з гаустрами, які неповністю пересікають діаметр кишки (рис. 3). Якщо дилатація кишок перевищує 9 см, виникає ризик їх перфорації. Діагноз можна підтвердити за допомогою іригоскопії з барієм, особливо у випадку завороту кишок.

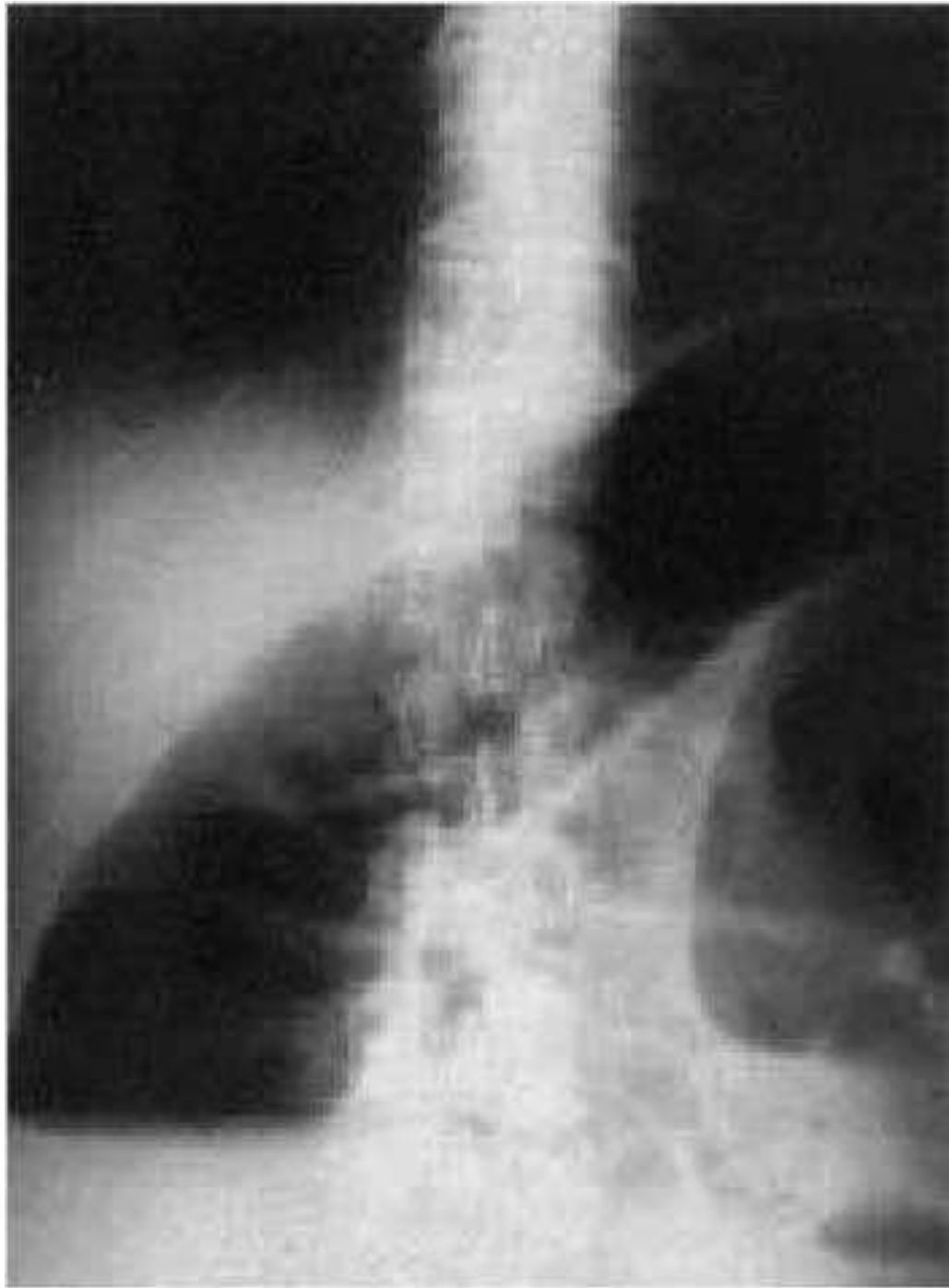


Рисунок 3. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини при гострій непрохідності товстого кишківника.

Особливості перебігу аневризми черевного відділу аорти у осіб похилого та старечого віку

Аневризма черевного відділу аорти (АЧВА) звичайно виникає нижче від місця відходження ниркових артерій і поширюється до клубових артерій. У

більшості випадків цю патологію діагностують під час рутинного обстеження або випадково під час проведення візуалізаційного методу обстеження. Найвищий ризик розвитку АЧВА у старших чоловіків-курців, які мають артеріальну гіпертензію, захворювання периферичних судин та ускладнений сімейний анамнез щодо АЧВА. Куріння – найважливіший незалежний фактор ризику: 90% хворих з АЧВА зловживали тютюном. Комісія з запобігання захворюванням (США) нещодавно рекомендувала проводити скринінг АЧВА серед усіх чоловіків віком 65–75 років, які курили тютюн.

Аневризма значного розміру може бути безсимптомною. Якщо симптоми виникають, вони звичайно неспецифічні: біль у животі, попереку або кульгавість. Розрив аневризми найчастіше проявляється вираженим болем у животі, попереку або флангу, гіпотензією та наявністю пульсуючого утвору при пальпації. Проте класична тріада, характерна для розриву аневризми (гіпотензія, біль у попереку та пульсуючий новоутвір у животі), трапляється тільки у 25–50% випадків. Наявність при пальпації утвору в животі з екхімозами по флангу дуже характерна для розриву аневризми. При надходженні хворі звичайно скаржаться на біль у животі та попереку. Проте клінічна картина при надходженні може нагадувати гострий холецистит, перфорацію виразки, дивертикуліт або ниркову коліку, часто зумовлюючи труднощі при встановленні діагнозу.

На оглядовій рентгенографії черевної порожнини можна виявити кальцифікати аневризми, новоутвори з м'яких тканин, відсутність тіні *m. psoas* або контурів нирок. УЗД – швидкий, безпечний та достовірний метод обстеження для диференціації між абдомінальною аневризмою та іншою патологією черевної порожнини, це обстеження можна провести біля ліжка хворого. МСКТ органів черевної порожнини за ургентними показаннями слід проводити тільки клінічно стабільним пацієнтам для диференціації між розривом та розшаруванням аневризми аорти. На рис. 4 продемонстровано приклад розшаровуючої аневризми аорти.



Рисунок 4. На МСКТ візуалізується розшаровуюча аневризма аорти з клаптем інтими (стрілка) на рівні нирок.

Особливості гострої мезентеріальної ішемії у осіб похилого та старечого віку

Гостра мезентеріальна ішемія – рідкісна, але часто смертельна етіологія гострого болю в животі у старших пацієнтів. Частота цієї патології становить 0,1% усіх випадків надходження хворих у лікарню і 1% випадків надходження з приводу гострого болю в животі.

Приблизно в половини пацієнтів віком більше 60 років наявні прояви атеросклерозу а. celiaca, а. mesenterica superior та а. mesenterica inferior, внаслідок чого зростає ризик розвитку їх гострої ішемії, особливо в курців. При гострій мезентеріальній ішемії найчастіше уражається басейн верхньої мезентеріальної артерії. Основна етіологія гострої мезентеріальної ішемії – артеріальна емболія, артеріальний тромбоз, неоклюзивна ішемія та тромбоз мезентеріальних вен. У таблиці 1 подано характеристику чотирьох основних причин гострої мезентеріальної ішемії.

Таблиця 1. Етіологія гострої езентеріальної ішемії

Етіологія	Частота (%)	Примітки
Емболія верхньої мезентеріальної артерії	50	Ембол звичайно серцевого походження, це фрагмент розширеного тромбу (з лівого передсердя, шлуночка або ураження клапана). До факторів ризику належить фібриляція передсердь, дилататія камер серця, гострий інфаркт міокарда та вегетації на клапанах лівої половини серця. Класична тріада: гострий біль у животі, захворювання серця в анамнезі, гостре підвищення моторики ШКК (діарея або блювання) Звичайно виникає на фоні хронічної мезентеріальної ішемії, зумовленої прогресуючим атеросклерозом. Звичайно не пов'язаний з патологією системи згортання крові. В анамнезі можливі згадки про хронічний біль у животі після обіду, схуднення та інші симптоми з боку ШКК.
Тромбоз верхньої мезентеріальної артерії	15–25	До пізніх симптомів належать кров'яністі випорожнення та блювання, метаболічні та електролітні зміни До цієї категорії ішемії зараховують усі інші причини зниження кровоплину (наприклад, кардіогенний шок, сепсис,
Неоклюзивна		
ішемія	20	гемодіаліз, гіповолемія); механічну непрохідність (наприклад, інвагінація, защемлена кила); травму; дію медикаментів (наприклад, судинозвужуючих ліків)
Тромбоз мезентеріальних вен	5	Фактори ризику: портальна гіпертензія, сепсис або інтраабдомінальна травма, злоякісний процес органів черевної порожнини, гіперкоагуляція. Слід запідозрити у хворих з гострим болем у животі та епізодами тромбозу чи коагулопатії в анамнезі. За допомогою адекватного лікування антикоагулянтами можна зберегти життєздатність кишківника

У типових випадках хворі з гострою мезентеріальною ішемією скаржаться на виражений, погано локалізований біль у животі, який невідповідний до результатів фізикального обстеження. У третини пацієнтів трапляється нудота, блювання або діарея, нагадуючи картину гастроентериту. У пізніх стадіях розвивається здуття живота, шок та симптоми подразнення очеревини, вказуючи на розвиток інфаркту та перфорації. Тест на приховану кров у калі позитивний тільки у 25% пацієнтів. Часто виявляють лейкоцитоз. Якщо розвинувся інфаркт, можна виявити ознаки метаболічного ацидозу, підвищений рівень лактату та амілази в сироватці крові, проте результати цих тестів у ранніх стадіях ішемії можуть бути нормальними. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини спочатку змін немає, у міру прогресування ішемії можна виявити адинамічну кишкову непрохідність, фіксовані роздуті петлі кишківника, чаші Клойбера, симптом «відбитка вказівного пальця» (рис. 5). На МСКТ візуалізується потовщення стінки товстого кишківника внаслідок набряку або крововиливу та газ у стінці тонкого кишківника; за допомогою цього методу обстеження можна виключити іншу патологію та діагностувати тромбоз верхньої мезентеріальної вени. Якщо наявна обґрунтована підозра на мезентеріальну ішемію, діагноз можна підтвердити за допомогою ангіографії.



Рисунок 5. Симптом «відбитка великого пальця» (субмукозний набряк стінки кишки з випуклими вигинами в її просвіт) при ішемії мезентеріальної артерії.

Особливості перебігу гострого панкреатиту у людей похилого та старечого віку:

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.

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. 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.

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 перипроточного фіброзу, гіперплазія епітелію аж до утворення соскообразних 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 залози є однією з основних причин послаблення її зовнішньо-секреторної 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»), що, як правило, не полегшує стану хворого. Блювота в 80-90% випадків супроводжується болями в череві. 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. Язик, звичайно, сухий, обкладений. Хворі неспокійні. Шкіра обличчя набуває блідо-синюшний відтінок, іноді відзначається жовтушність склер і шкірних покривів. 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 приступообразной, як при жовчнокам'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 діастази в сечі, лейкоцитоз і збільшення нейтрофільного зсуву вліво, погіршення загального стану при наростанні явищ інтоксикації і, нарешті, розвиток шоку, що 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 256-4096 од. і більше (по Вольгемуту). 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 віковим зменшенням 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 із 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 коліка, проривна виразка шлунку, гострий перитоніт, кишкова непрохідність, гострий апендицит.

Слід підкреслити, що гострий панкреатит у людей старшого віку, у зв'язку з частою його атиповістю, 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: суворий ліжковий 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 зменшення болю залози вводять 2-3 рази на добу дексалгін, кетанов, кетальгін; доцільне застосування но-шпи, папаверину, галідорору та інших спазмолітиків. При неефективності дії даних препаратів рекомендовано вводити розчини наркотичних анальгетиків (омнопон, промедол). Морфін призначати не рекомендується, так як він може викликати спазм сфінктера Одді і посилювати болі. Для зменшення зовніньосекреторної функції підшлункової залози вводять синтетичні аналоги соматостатину (сандостатин, октра, октреостатин) підшкірно чи внутрішньовенно (на інфузоматі). Важливий чинник у лікуванні гострого панкреатиту – застосування препаратів, що пригнічують активність ферментів підшлункової залози (трасилол, цалол, контрикал, гордокс). Для боротьби з інфекцією призначають антибіотики широкого спектру дії (цефалоспорини 3-го покоління) внутрішньовенно. 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 інше, 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, часто закінчується летально (70% всіх померлих від гострого панкреатиту старше 50 років). Із 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 чотириразовий 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, жирніші супи на міцному м'ясному або рибному бульйоні, квашені та солоні овочі, гострі маринади і приправи, круті яйця, будь-які спиртні напої. Рекомендуються кисляк, кефір та інші молочнокислі продукти. 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. Доцільно з профілактичною метою періодично проводити курси санаторно-курортного лікування на питних курортах (Трускавець, Єсентуки, Боржомі, Желєзноводськ, Карлові Вари).

**Таблиця 1. Лабораторні та візуалізаційні методи
обстеження, показані хворим з гострою хірургічною
патологією в череві у животі**

Обстеження	Етіологія
МСКТ органів черевної порожнини	Апендицит; дивертикуліт; кишкова непрохідність; панкреатит; аневризма черевної аорти у стабільного пацієнта; мезентеріальна ішемія
Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини	Перфорація кишківника (вільне повітря); механічна непрохідність/заворот кишок (розширені петлі кишківника з чашами Клойбера); аневризма черевної аорти (дилятована кальцифікована аорта); мезентеріальна ішемія (розширені петлі кишківника, чаші Клойбера, pneumatosis intestinalis [газ у стінці кишки], симптом «відбитка великого пальця» [субмукозний набряк стінки кишки з випуклими вигинами в її просвіт])
Амілаза	Гострий панкреатит (амілаза менш специфічна, ніж ліпаза); механічна кишкова непрохідність; перфорація виразки; перфорація кишківника; мезентеріальна ішемія
Ангіографія	Мезентеріальна ішемія
Посів крові на стерильність	Інфекція
Оглядова рентгенографія органів грудної клітки	Пневмонія; вільне повітря під діафрагмою
Ургентні захворювання без ураження органів черевної порожнини, такі як інфаркт міокарда або легенева емболія	
Електроліти	Діабетичний кетоацидоз; дисбаланс рівня електролітів; метаболічний ацидоз при інфаркті кишківника (мезентеріальна ішемія)
Лейкоцитоз	Інфекція; ішемія тонкого кишківника; перфорація виразки
Панкреатит; механічна непрохідність кишківника; виразка дванадцятипалої кишки	
Печінкові тести (включаючи трансамінази)	Холецистит (найчастіше підвищується рівень лужної фосфатази, γ- глутамілтрансферази, білірубину); мезентеріальна ішемія (можливе підвищення рівня лужної фосфатази)
Пульсоксиметрія	Пневмонія; легенева емболія

УЗД Холецистит; апендицит (менш достовірне, ніж КТ, і більше залежить від кваліфікації лікаря-діагноста); аневризма черевної аорти в нестабільного пацієнта

Тести початкового рівня знань

1. Хвора Б., 78 років, скаржиться на біль у лівій паховій ділянці, який виник 2 доби тому при фізичному навантаженні, вздуття черева, невідходження газів, затримку випорожнень. Об'єктивно: живіт вздутий, болючий на всій протяжності, перистальтика кишківника не вислуховується. У лівій паховій ділянці, під зв'язкою, визначається пухлиноподібне вип'ячування, 3 на 4 см, болісне, напружене, нерухоме, не вправляється самотійно в черевну порожнину. Симптом кашльового поштовху негативний. Який Ваш діагноз?

- A. Защемлена лівобічна стегнова кила.**
- B. Невправима лівобічна стегнова кила.
- C. Гострий паховий лімфаденіт зліва.
- D. Невправима лівобічна пахова кила.
- E. Защемлена лівобічна пахова кила.

Вірна відповідь А. Утворення виникло після виконання фізичних навантажень, у черевну порожнину самотійно не вправляється, розміщено нижче пахової зв'язки зліва.

2. У хворого М., 88 років, в анамнезі спостерігалися періодичні напади гострого болю в правій підреберній ділянці з блювотою, підвищенням температури. За допомогою не звертався, лікувався самотійно. У даний момент, на фоні вживання жирної їжі, поряд із больовим синдромом, на третій день захворювання з'явилася жовтяниця, яка, за припущенням лікаря, носить механічний характер. Що з нижче наведених показників збільшується при механічній жовтяниці?

- A. Загальний білірубін та його пряма фракція.**
- B. Лейкоцити крові.
- C. Загальний білірубін та його непряма фракція.
- D. Непряма фракція

загального білірубіну.

Е. Швидкість осідання еритроцитів.

Вірна відповідь А. При механічній жовтяниці, обумовленій, ймовірно, жовчно-кам'яною хворобою та холедохолітіазом, спостерігається підвищення рівня загального білірубіну та його прямої фракції.

3. Хворий К., 83 років, скаржиться на сильний біль у правій половині черева, одноразову блювоту, виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$. Хворіє третю добу, за допомогою не звертався, приймав нестероїдні протизапальні препарати. При огляді пацієнта: стан – важкий, шкіра та видимі слизові – бліді, акроціаноз. Пульс – 100 уд/хв, АТ – 90/60 мм рт.ст. При огляді черева – різка болісність і помірне напруження м'язів у правій половині, більше – в правій здухвинній області. Позитивна ознака Ровзінга, Раздольського, Щеткіна-Блюмберга. Ваш діагноз?

А. Гострий деструктивний апендицит.

В. Гострий деструктивний панкреатит.

С. Гострий деструктивний холецистит.

Д. Правобічний пієлонефрит.

Е. Розшарування аневризми черевного відділу аорти.

Правильна відповідь А. Болі в правій половині черева, позитивні апендикулярні знаки та симптом подразнення очеревини у вказаній ділянці свідчать про гострий деструктивний апендицит.

4. Хворий Н., 80 років, госпіталізований у хірургічне відділення зі скаргами на сильний біль в животі (переважно в правому підребер'ї), блювоту, підвищення температури до 38°C . При огляді – виявлені симптоми подразнення очеревини у вказаній ділянці, кількість лейкоцитів крові – $18 \times 10^9/\text{л}$. Що з нижче перерахованого є показанням до негайного

оперативного втручання? **А. Ознаки перитоніту у правій підреберній ділянці.**

В. Гіпертермія.

С. Блювота.

Д. Виражений біль у правій підреберній області. Є. Високий лейкоцитоз крові.

Вірна відповідь А. У хворого, ймовірно, на фоні гострого холециститу, мають місце ознаки перитоніту у правій підреберній ділянці, що і є показанням до екстренного оперативного втручання.

5. Пацієнтка Р., 79 років, госпіталізована в стаціонар із скаргами на наявність пухлиноподібного утворення у правій здухвинній області. Хворіє близько 5-6 діб, коли відмітила болі в череві без чіткої локалізації. Пізніше болі перемістились і локалізувались у правій здухвинній області. Приймала но-шпу, діклофенак, на фоні чого болі в череві зменшились, нормалізувалась температура тіла, однак, відмітила появу дерев'янистої щільності новоутворення. Який діагноз, на Вашу думку, можна запідозрити у хворої?

А. Апендикулярний інфільтрат.

В. Рак сліпої кишки.

С. Апендикулярний абсцес.

Д. Пухлина правої нирки.

Е. Аневризма черевного відділу аорти.

Вірна відповідь А. У пацієнтки анамнестично та клінічно – апендикулярний інфільтрат, як ускладнення гострого апендициту.

6. У пацієнта Р., 81 року, підозрюють гостру obturaційну товстокишкову непрохідність. Назвіть методику дослідження, з якої необхідно розпочати обстеження при поступленні в хворого стаціонар для підтвердження діагнозу.

А. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини.

В. УЗД органів черевної порожнини. С. Фіброгастродуоденоскопію.

Д. Діагностичний лапароцентез. Е. Фіброколоноскопію.

Вірна відповідь А. При підозрі на гостру кишкову непрохідність, обстеження в стаціонарі розпочинають з виконання оглядової рентгенографії органів черевної порожнини для визначення наявності рівнів рідини та чаш Клойбера.

7. Хворий К., 87 років, звернувся в стаціонар зі скаргами на наявність пухлиноподібного вип'ячування у паховій області справа, помірно-болісного, що виникло раптово, під час фізичного навантаження 3-4 дні тому. При огляді – пухлиноподібне вип'ячування 6 на 6 см, у правій паховій ділянці, опускається в праву калитку, м'яке, помірно-болісне. Який діагноз, на Вашу думку, можна запідозрити в хворого?

А. Правобічна пахово-калиткова кила.

В. Водянка правого яєчка.

С. Правобічна стегнова кила.

Д. Аневризматичне розширення варикозного вузла справа.

Е. Правобічний паховий лімфаденіт.

Вірна відповідь А. Вип'ячування виникло після фізичного навантаження, опускається в калитку, м'яке.

8. У пацієнта Н., 76 років, що госпіталізований в хірургічний стаціонар з приводу гострої шлунково-кишкової кровотечі, при екстренній ФГДС виявлено виразку шлунку 3,0 см, на малій кривині, глибиною до 1,0 см із крупною тромбованою судиною. Визначте, яка ступінь гемостазу по ендоскопічній класифікації Forrest, у даного пацієнта?

А. Forrest II А.

- B. Forrest I A.
- C. Forrest II C.
- D. Forrest III.
- E. Forrest II B.

Вірна відповідь А. У вказаного хворого ступінь гемостазу Forrest II А.

9. Пацієнтка О., 88 років, доставлена в клініку зі скаргами на балі в череві без чіткої локалізації, вздуття живота, виділення із прямої кишки калу вишневого кольору. Тривалий час лікується в кардіологів з приводу миготливої аритмії, тахісистолічної форми. При огляді у приймальному відділенні, стан хворої – важкий. Бліда, адинамічна. Пульс – до 140 уд/хв, аритмічний. АТ – 90/60 мм рт.ст. Живіт – піддутий, болісний у всіх відділах. Гази не відходять. Ректальне дослідження – помарки рідкого стулу вишневого кольору. Який діагноз, на Вашу думку, у хворої?

- A. Гострий тромбоз мезентеріальних судин.
- B. Гострий панкреатит.
- C. Рак сліпої кишки з кровотечею.
- D. Рак сигмоподібної кишки із гострою механічною кишковою непрохідністю.
- E. Аневризма черевного відділу аорти із розшаруванням.

Вірна відповідь А. Раптовий початок захворювання у пацієнтки, що стаж- дає миготливою аритмією; болі в череві, без чіткої локалізації, вздуття че- рева, виділення стула вишневого кольору можуть свідчити про розвиток го- строю тромбозу мезентеріальних судин.

10. Хвору р., 75 років, після приступу жовчної коліки, протягом 2-х місяців турбують постійні тупі болі в правому підребер'ї. При пальпації, там же, визначається щільно-еластичне утворення, помірно-болісне. Перитоніту

нема. Температура тіла в нормі. Яке обстеження, в першу чергу, треба виконати хворій для уточнення діагнозу?

- A. Екстренне УЗД органів черевної порожнини.
- B. Екстренна ФГДС.
- C. МСКТ органів черевної порожнини.
- D. Фіброколоноскопію.
- E. Діагностичний лапароцентез.

Вірна відповідь A. Обстеження даної пацієнтки необхідно розпочати з екстреного УЗД органів черевної порожнини для виявлення природи інфільтрату у правому підребер'ї.

Тести кінцевого рівня знань

1. Хворий К., 76 років, доставлений ургентно в клініку зі скаргами на раптові сильні та різкі болі в епігастрії, що виникли після вживання гострої їжі 4 години тому. В анамнезі – виразкова хвороба 12-палої кишки, останні декілька років – ремісія. При огляді – пацієнт займає вимушене сидяче положення на каталці. Живіт – різко болісний у епігастрії та по правому фланку, дошкоподібний. Печінкова тупість відсутня. З якого допоміжного методу дослідження треба розпочати обстеження хворого для постановки діагнозу?

- A. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.**
- B. УЗД органів черевної порожнини.
- C. МСКТ органів черевної порожнини.
- D. Екстренна ФГДС.
- E. Оглядова пневмогастрографія.

Вірна відповідь А. Для підтвердження діагнозу перфоративної виразки 12-палої кишки та проведення диференційної діагностики з гострим панкреатитом, хворий потребує оглядової рентгенографії органів черевної порожнини із виявленням серповидної смужки газу під куполами діафрагми.

2. Пацієнт А., 76-ти років, скаржиться на практично постійне відчуття важкості та переповнення в епігастрії, що посилюється після їжі, відрижку з тухлим запахом, іноді – блюванні з'їденою, 1-2 дні тому, їжею, схуднення. 12 років тому у нього була вперше виявлена виразка пілоричного каналу. Відзначав періодичні «голодні» болі, з приводу яких приймав омепразол. Погіршення протягом 3-х місяців. Об'єктивно: визначається «шум плескоту» в епігастрії. Про яке ускладнення йдеться?

- A. Стеноз пілоруса (воротаря).**
- B. Пенетрація виразки шлунка
- C. Функціональний спазм воротаря

Д. Стороннє тіло шлунка (безоар)

Е. Малігнізація виразки шлунка

Вірна відповідь А. На фоні тривалого виразкового анамнезу, багаторазових загострень виразкової хвороби 12-палої кишки, розвинувся стеноз воротаря (пілоруса).

3. У хворого М., 70 років, через 6 годин після защемлення пахової грижі, відбулося мимовільне самостійне її вправлення. Після 4-х годинного спостереження в стаціонарі хворий прооперований. Виконана герніотомія, пластика пахового каналу. При цьому повноцінної ревізії кишечника не проводилося. На наступний день у хворого розвинулася клініка перитоніту. Яка причина перитоніту?

А. Кишка, яка вправилась, була некротизована.

В. Виникла кровотеча з судин сім'яного канатика.

С. Виник тромбоз мезентеріальних судин.

Д. Виникла рання гостра спайкова непрохідність.

Е. Виник пілефлебит.

Вірна відповідь А. Найімовірніше, мало місце защемлення ділянки кишківника із подальшим некрозом її стінки. Після самостійного вправлення кишки у черевну порожнину, лікар не виконав ревізію кишківника, виконав аллогерніоп-ластику. У подальшому – виникла перфорація стінки кишки, що і стало причиною перитоніту.

4. Хворий К., 81 року, госпіталізований у стаціонар із ознаками гострої шлунково-кишкової кровотечі: була багаторазова мелена, блювота малозміненою кров'ю. В анамнезі, 10 років тому, виявляли виразку шлунку. Після консервативного лікування – ремісія. Гемоглобін – 68 г/л, пульс – 100 уд/хв, АТ – 90/60 мм рт.ст. Визначте послідовну лікувальну тактику по

відношенню до даного хворого.

А. Екстренна ФГДС, верифікація джерела кровотечі, ендоскопічний ге- мостаз, ендоскопічний моніторинг.

В. Екстренна ФГДС, екстренне оперативне втручання.

С. Консервативна терапія (включаючи геотрансфузію), динамічне спосте- реження за пацієнтом, УЗД органів черевної порожнини.

Д. Екстренне оперативне втручання.

Е. МСКТ органів черевної порожнини, консервативна терапія в умовах реа- німаційного відділення.

Вірна відповідь А. Хворий потребує екстренної ФГДС із верифікацією джерела кровотечі, виконання ендоскопічного гемостазу і ендоскопічним моніторингом.

5. Хвора Т., 78 років, доставлена в клініку зі скаргами на різке вздуття черева, блювоту із неприємним запахом, відсутність випорожнень та відходження газів. За останні 6 місяців схудла на 10 кг, страждає закрепами, постійно користується проносними. Періодично турбують болі в лівій здухвинній ділянці. При огляді черева: останній різко вздутий, є «шум плюскоту», болісний у всіх відділах. При ректальному дослідженні – ампула прямої кишки пуста, тонус сфінктера прямої кишки – знижений. Яке обстеження треба провести для підтвердження діагнозу?

А. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини.

В. УЗД органів черевної порожнини.

С. МСКТ органів черевної порожнини.

Д. Фіброколоноскопію.

Е. Фіброгастодуоденоскопію.

Вірна відповідь А. У хворой підозрюємо гостру механічну кишкову непрохідність. Для уточнення діагнозу треба виконати оглядову

рентгенографію органів черевної порожнини.

6. Хворий У., 86 років, поскаржився на підйом температури тіла до 39⁰С, наявність новоутворення у правій здухвинній області. В анамнезі – нещодавно переніс гостре порушення мозкового кровообігу, лікувався в неврологічному стаціонарі. Контакт різко затруднений. Вдалось вияснити, що болі в череві турбують біля 10 днів. При огляді живота – у правій здухвинній області пальпується щільне, болісне новоутворення 8 на 8 см. Там же виявляються перитонеальні знаки. Яке захворювання можна запідозрити у пацієнта?

А. Гострий апендицит, апендикулярний абсцес.

В. Рак сліпої кишки з розпадом.

С. Защемлена правобічна пахова кила.

Д. Розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти. Е. Рак правої нирки.

Вірна відповідь А. У пацієнта, що має супутню патологію після перенесеного ГПМК, має місце гострий апендицит, ускладнений формуванням апендикулярного абсцесу. Пацієнт не звертався до лікарів із моменту початку захворювання, що привело до розвитку даного ускладнення гострого апендициту.

7. Пацієнт Л., 77 років, госпіталізований ургентно із скаргами на наявність іктеричності склер та пожовтіння шкіри, білого кольору калові випорожнення. В анамнезі – жовчно-кам'яна хвороба, від оперативних втручань відмовлявся. Три дні тому, на фоні прийому жирної їжі, мав місце виражений больовий синдром у правому підребер'ї. Приймав вдома анальгін, но-шпу, що дещо зменшило болі в череві. При огляді – шкіра та склери – іктеричні. Пальпаторно – болі в правому підребер'ї. Симптом Ортнера позитивний, ознак подразнення очеревини нема. Загальний білірубін – 170 мкмоль/л (прямий – 125, непрямий – 45). Що, на Вашу думку, є причиною

механічної жовтяниці?

8. А. Гострий калькульозний холецистит, холедохолітіаз.

В. Гострий панкреатит.

С. Гострий гепатит.

Д. Цироз печінки.

Е. Стенозуючий папіліт.

Вірна відповідь А. На фоні порушення дієти, виникли ознаки гострого холециститу і холедохолітіазу, що і зумовило розвиток механічної жовтяниці.

9. У хворого Л., 72 років, діагностовано гострий панкреатит, що виник на фоні жовчно-кам'яної хвороби. Діастаза сечі – 1024 од Вольгемута, лейкоцити крові – $15 \times 10^9/\text{л}$. Назвіть препарати, введення яких не показано даному пацієнту.

А. Етамзилат 2,0 в/в.

В. Цефтріаксон 1,0 г в/в.

С. Сандостатин 0,1 п/ш.

Д. Пантопразол 40 мг в/в.

Е. Дексалгін 3,0 в/в.

Вірна відповідь А. Введення кровозупиняючого препарату етамзилату натрію не показано хворим, у яких діагностований гострий панкреатит (якщо додатково не вказано про розвиток ускладень, зв'язаних із аррозивною кровотечею).

10. У пацієнта В., 82 років, що має важку супутню серцево-судинну патологію, інтраопераційно виявлено перфорацію виразки 1,0 см на передній стінці цибулини 12-палої кишки, дифузний фібринозний перитоніт. Назвіть вид операції, який найбільш підходить для виконання даному хворому.

А. Висічення країв та ушивання перфоративної виразки.

В. Селективна проксимальна ваготомія та дуоденопластика із висіченням виразки.

С. Селективна ваготомія, антрумектомія за Більрот-ІІ.

Д. Резекція шлунку за Більрот-І.

Е. Тампонада виразки пасмом великого сальника по Полікарпову.

Вірна відповідь А. Зважаючи на важку супутню патологію, хворому треба виконати висічення країв та ушивання виразки.

11. У хворої Д., 78 років, що знаходиться у кардіореанімації з приводу перенесеного нещодавно мілководногнечевого інфаркту міокарда, діагностовано защемлену стегнову килу зліва. Яка повинна бути тактика хірурга, зважаючи на стан пацієнтки?

А. Екстренна операція під місцевою анестезією.

В. Очікувальна тактика, спостереження за хворою, лікування кардіологічної патології.

С. Спроба вправлення кили в черевну порожнину.

Д. Введення спазмолітиків, спостереження за станом кили.

Е. Екстренна операція під ентотрахеальним наркозом.

Вірна відповідь А. Не дивлячись на перенесений гострий інфаркт міокарду, хвора потребує екстренної операції під місцевою анестезією.

Список використаної літератури:

1. Greenfield's surgery: scientific Principles & Practice / Edited by Michael W. Mulholland, Keith D. Lillemoe, Gerard Doherty, Gilbert R. Upchurch [et al.]. – 6th edition. 2017. URL: <https://surgery.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1963>
2. Практикум з хірургії. Модуль 4. Симптоми і синдроми в хірургії : навч. посібник / за ред. проф. В. Г. Мішалова. – Київ : ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ», 2012. – 640 с
3. Lyon C., Clark D. C. Встановлення етіології гострого болю в животі в пацієнтів похилого віку // Am Fam Physician. 2006. – Vol. 74. – P. 1537-1544