

Тема самостійної роботи: «Невідкладні стани при захворюваннях і ушкодженнях органів черевної порожнини та прямої кишки».

Навчальна дисципліна: «Невідкладні стани в хірургії».

Зміст навчального матеріалу: невідкладні стани, що виникають у хворих із гострим животом, перитонітом, шлунково-кишковою кровотечею, проривною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки, защемленням грижі, печінковою (жовчною) колікою, гострим холециститом, гострим апендицитом, гострим панкреатитом, гострою кишковою непрохідністю, емболією та тромбозом мезентеріальних судин. Закрита та відкрита травма живота (ушкодження порожнистих і паренхіматозних органів черевної порожнини). Травми прямої кишки, гострі захворювання прямої кишки; аноректальний тромбоз, кровотеча з гемораїдального вузла. Паропрактити. Основні причини виникнення, клінічна картина, діагностика, обсяг невідкладної медичної допомоги. Особливості транспортування хворих з невідкладними станами при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини та прямої кишки.

Кількість годин: 4.

Очікувані результати:

По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти знатимуть:

1. Синдром гострого живота.

Загальний термін, під яким розуміють не діагностовані гострі захворювання або ушкодження черевної порожнини, що проявляються симптомами запалення очеревини і перитоніту. Це не діагноз, а сигнал до невідкладної госпіталізації.

Клінічна картина.

Раптове виникнення постійного або періодичного болю в животі або в окремих його частинах.

Нудота, блювання.

Затримка газів і випорожнень.

Напруження м'язів передньої черевної стінки — «дошкоподібний живіт».

Позитивний симптом Щоткіна—Блюмберга.

Сухість у роті, тахікардія.

У крові лейкоцитоз із зсувом формули вліво, збільшення ШОЕ.

ПМД:

1. Невідкладна госпіталізація хворого.
2. Утримання хворого в горизонтальному положенні.
3. Забороняється вводити хворому болезаспокійливі, спазмолітичні і наркотичні препарати, давати послаблювальні засоби і робити клізми.
4. Хворому забороняється пити, їсти.
5. Для зменшення болю можна покласти на живіт міхур із льодом або холодною водою.

6. При наявності шоку хворим внутрішньовенно вливають розчин реополіглюкіну, реоглюману, рефортану, фізіологічний розчин тощо.

2. Перитоніт.

Перитонітом називають гостре запалення очеревини.

Класифікація гострого перитоніту (О.О. Шалімов, 1981):

I. За клінічним перебігом: 1. Гострий перитоніт. 2. Хронічний перитоніт.

II. За причиною виникнення розрізняють:

1.Первинний:

- а) гематогенний;
- б) лімфогенний;
- в) криптогенний (невідомого походження).

2.Вторинний:

- а) запальний (гострий апендицит, холецистит і т. ін.);
- б) перфоративний (перфорація виразки шлунка, дванадцятипалої кишки);
- в) посттравматичний;
- г) післяопераційний (після холецистектомії, резекції шлунка);
- д) випітно-некротичний (некроз стінки кишки, лімфатичних вузлів та ін.);
- е) ферментативний (гострий панкреатит);
- є) гінекологічний (аднексит, сальпінгіт).

III. За поширенням:

1. Місцевий:

- а) обмежений (абсцес, інфільтрат);
- б) необмежений (процес локалізується в одній із кишень черевної порожнини).

2. Поширений:

- а) дифузний — запальний процес охоплює менше ніж 2 поверхи черевної порожнини;
- б) розлитий — процес охоплює більше ніж 2 поверхи черевної порожнини;
- в) загальний — тотальне запалення всього серозного покриву органів і стінок черевної порожнини.

IV. За характером випоту:

- 1. Серозний.
- 2. Серозно-гнійний.
- 3. Гнійний.
- 4. Фібринозно-гнійний.
- 5. Геморагічний та ін.

V. За характером мікрофлори:

- 1. Стафілококовий.
- 2. Стрептококовий.
- 3. Протейний.
- 4. Анаеробний та ін.

VI. За часом від початку захворювання: до 6, 12, 24, 48, 72 год.

Патогенез: внаслідок пошкодження та запалення очеревини виникає патологічна нервова імпульсація, яка призводить до парезу кишечника —

кишка стає роздутою, наповненою токсичним вмістом, що спричиняє блювання. Хворий може втратити до 8-10 л рідини на добу, до 300 г білка і багато електролітів. Усе це призводить до зневоднення організму, порушення обмінних процесів, функціональних розладів внутрішніх органів. Перш за все, уражаються печінка, нирки, що посилює вище наведені зміни.

Клініка. Виділяють три стадії хвороби:

1. Початкова (реактивна) стадія триває до 24 год (при перфорації – до 12 год). У хворих виникає сильний біль у животі, нудота, блювання, спрага, загальна слабкість. При огляді: шкірні покриви бліді, язик сухий, обкладений білим нальотом, температура тіла підвищена, пульс прискорений. При пальпації живіт болючий, м'язи передньої черевної стінки напружені, визначається позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Перистальтика кишечника послаблена. При ректальному дослідженні спостерігають різку болючість і нависання передньої стінки прямої кишки при скупченні ексудату в дугласовому просторі.

2. Токсична стадія виникає після 24 год. і триває до 72 год. (при перфоративному – після 12 до 24 год.). *На цій стадії стан хворого погіршується.* Наростає загальна слабкість, посилюється нудота. Виникає блювання кишковим вмістом із неприємним запахом. Підвищується температура тіла до 39-40 °С, наростає тахікардія, знижується артеріальний тиск. При огляді: язик сухий (як щітка), обкладений білим нальотом; живіт здутий, зникає напруження м'язів черевної стінки. При пальпації спостерігають розливу болючість живота. При аускультатії перистальтика кишечника не визначається. На цій стадії розпочинаються функціональні розлади печінки, нирок. З'являється жовтушність шкірних покривів, зменшується кількість сечі.

3. Термінальна (заклучна) стадія захворювання виникає після 72 год. (при перфоративних перитонітах – після 24 год). Центральне місце у патогенезі перитоніту на цій стадії займають порушення гемодинаміки. Стан хворого погіршується, настає ейфорія, марення. Температура тіла значно знижується. Риси обличчя загострюються, очі западають. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Живіт роздутий, не болючий при пальпації. При перкусії в бокових фланках живота виявляють вільну рідину. Пульс слабого наповнення та напруження, частий. Артеріальний тиск знижується.

Для встановлення діагнозу перитоніту важливе значення мають додаткові методи дослідження: лапароцентез, лапароскопія, ректальне дослідження, загальний аналіз крові та ін. Рентгенологічні методи дослідження для діагностики перитоніту мають другорядне значення, їх використовують в основному для діагностики відмежованих перитонітів (піддіафрагмального, тазового абсцесів, нориць та ін.), при підозрі на перфорацію порожнистого органу.

ПМД: дивись гострий живіт.

Лікування: оперативне.

3. Шлунково-кишкова кровотеча.

Залежно від локалізації джерела і причин кровотеч виділяють:

- а) кровотечі з верхнього відділу травного тракту (стравохід, шлунок і дванадцятипала кишка);
- б) кровотечі з нижнього відділу травного тракту;
- в) захворювання сусідніх органів (закрита травма, пухлини або абсцеси печінки, панкреатит);
- г) захворювання крові і кровоносних судин, системні захворювання, метаболічні розлади.

Михайлович В.А., Мирошніченко А.Г. запропонували таку класифікацію (2001):

Залежно від категорії ускладнень:

1. Кровотечі, що виникають внаслідок виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки;
2. Кровотечі невиразкової етіології (синдром Мелорі – Вейса, рак, поліпоз шлунка).
3. За локалізацією джерела кровотечі:
шлункові;
з дванадцятипалої кишки;
з товстої кишки;
4. За ступенем крововтрати:
легка;
середня;
важка.

Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу.

Виникають внаслідок ретроградного скидання портальної крові у вени стравоходу у хворих на синдром портальної гіпертензії. Підвищення тиску в системі ворітної вени зумовлене механічною перешкодою течії крові системою портальної вени (портальний застій). Механічне блокування будь-якого виду характеризується тріадою симптомів:

1. Варикозно розширені вени стравоходу;
2. Спленомегалія;
3. Асцит.

Початок кровотечі здебільшого гострий, часто з рясним нестримним блюванням темною кров'ю зі згустками. Одночасно є біль у животі, який зменшується або повністю зникає після кривавого блювання. Діагноз “**кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу**” ґрунтується на даних анамнезу (перенесений вірусний гепатит, поява жовтяниці), наявності асциту, спленомегалії, результатах УЗД (цироз печінки, гепатит, рак печінки тощо) та біохімічних досліджень (зростає вміст білірубіну, активність АЛТ, АСТ, зниження рівня альбумінів та підвищення рівня глобулінів).

Кровотечі зі шлунка.

Проявляються кривавим блюванням (яскраво-червоним або темним). Хворі скаржаться на загальну слабкість, біль голови. Під час огляду виявляють блідість слизових оболонок і шкіри. Тахікардія, зниження АТ, якщо

кровотеча профузна — ознаки колапсу. Живіт здебільшого втягнутий, бере участь в акті дихання, під час пальпації м'який, неболючий в епігастрії. Виявляють симптом Бергмана — зменшення інтенсивності або зникнення болю в животі під час кровотечі. Поряд із цим, підсилюється перистальтика кишечника при аускультації (симптом Гордона-Тейлора).

Під час пальцевого дослідження прямої кишки можна виявити чорні, дьогтьоподібні випорожнення. Вони з'являються через 8— 10 год після початку шлункової кровотечі.

Кровотечі з товстої кишки.

Дифузний поліпоз — це спадкова (сімейна) хвороба. У товстому кишечнику утворюється багато дрібних і великих поліпів. Практично вся слизова оболонка вкрита поліпами. Коли поліпоз ускладнюється кровотечею, за добу хворий втрачає 300—400, а інколи до 700— 800 мл крові. Діагностика загалом не важка, якщо хворому виконати ректороманоскопію (фіброколоноскопію) без підготовки кишечника клізмами. Здебільшого на слизовій оболонці серед багатьох поліпів можна виявити ті, які кровоточать.

Пухлини товстого кишечника у 70% хворих локалізуються у лівих відділах товстої кишки. Кров виділяється практично без жодних змін. Разом з тим виявляють домішки слизу та гною. Усі компоненти вмісту товстого кишечника переміщуються. За добу хворий втрачає близько 400-600 мл крові. Шкіра бліда. Знижуються гемодинамічні показники. Обов'язковим є пальцеве дослідження прямої кишки. Проводять ректороманоскопію, яка дає змогу виявити пухлину кишечника.

Шлунково-кишкові кровотечі із виразок. Розрізняють такі періоди:

Латентний (прихований) період (тривалість його залежить від локалізації джерела та швидкості кровотечі, кількості втраченої крові): слабкість; запаморочення; біль голови, шум у голові, нудота, зомління, “мушки” перед очима; блідість шкіри, задишка, холодний піт; знижений АТ, частий ниткоподібний пульс.

Явний період кровотечі: починається з блювання “кавовою гущою” або дьогтьоподібними випорожненнями; одночасна поява гематомезис та мелени свідчить про швидку кровотечу; повільна кровотеча супроводжується лише меленою;

Діагностика:

1. Підвищення сечовини (*при розпаді білка утворюються амінокислоти, креатинін і аміак, останній знешкоджується печінкою утворюючи сечовину; коли кров фільтрується через нирки, відбувається її очищення від сечовини*) за нормального рівня креатиніну свідчить про втрату не менше 1 л крові;

2. Низький рівень гематокриту під час кровотечі вказує на те, що гострому періоду передувала хронічна кровотеча;

3. Гемограма — зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів;

4. Пальцеве дослідження прямої кишки — наявність крові;

5. ФГДС — кров у шлунку, кровоточива виразка, кровоточива пухлина, ерозії, тощо;

6. ФКС — поліп, пухлина, тощо;

7. УЗД, КТ — ознаки цирозу печінки.

Ускладнення: геморагічний шок.

Табл. 1. Клініка та патогенез геморагічного шоку

Крововтрата, %, мл	ІА та ступінь шоку	Клінічні ознаки	Компенсаторні і патологічні механізми
До 10% ОЦК 500 - 700	0.6 – 0.8 Нема шоку	Відсутні	Гемодилуція, юні еритроцити
11 – 20 % 800 - 1400	0.9 – 1.1 Шок 1 ст., компенсований	Помірна тахікардія, незначна артеріальна гіпотонія	Перебудова ССС, катехоламіни, починається централізація кровообігу
21 – 30 % 1500 - 2000	1.2 – 1.4 Шок 2 ст., декомпенсований зворотній	ЧСС 120-130, АТ< 100, олігурія, задишка	Зниження системного АТ, стаз крові на периферії
Понад 30% Більше 2000	1.5 і більше Шок 3 ст. декомпенсований незворотній	ЧСС > 140, гіпостаз, анурія	Сладж, феномен некрозу слизової кишечника

Розрахунок шокowego індексу (індекс Альговера):

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{Частота пульсу, /хв}}{\text{систоличний АТ, мм рт. ст.}}$$

ОЦК – об'єм циркулюючої крові, який складає в середньому 2,5-5,0 л (ОЦК = маса тіла x 50).

Сладж - синдром - прилипання один до одного формальних елементів крові і підвищення в'язкості крові, що ускладнює її перфузію через мікросудини.

Гіпостаз - застій крові в нижчих частинах тіла або органах, що спостерігається у хворих з ослабленою серцевою діяльністю.

Невідкладна допомога:

Лікарські засоби для парентерального введення: розчини в ампулах: - аскорбінової кислоти 5% -5,0 - кальцію хлориду 10% - 10,0; - етамзилату (дицинону) 12,5% - 2.0; - натрію хлориду 10% - 10,0; Розчини в стерильних флаконах: - натрію хлориду 0,9% 200,0 – 500,0 - амінокапронової кислоти 5% - 100,0; - волювену 6% - 1000,0; - рефортану 6% - 500,0; - гекодезу 6% - 200,0; - гелофузину – 500,0 (кровозамінники і перфузійні розчини).

1. Подбати про власну безпеку; одягти окуляри, маску, клейончастий фартух, рукавички або імпровізовані засоби захисту. *Попереджається потрапляння біологічних рідин на шкіру та слизові оболонки. Знижується ризик інфікування особи, що надає допомогу.*

2. Надати пацієнту відповідне положення: 2.1. Покласти на спину без подушки із зігнутими в колінах ногами. Підняти нижній кінець ліжка; 2.2 Повернути хворому голову на бік, підставити лоток під підборіддя для збору блювотних мас. *Створюється фізичний та емоційний спокій. Досягається зменшення кровотечі внаслідок розслаблення м'язів живота та зниження внутрішньочеревного тиску. Попереджається аспірація блювотних мас. Забезпечується їх збирання для подальшої дезінфекції.*

3. Покласти на надчеревну ділянку міхур з льодом. *Відбувається звуження кровоносних судин, що сприяє зупинці кровотечі.*

4. Заборонити їсти та пити. *Здійснюється профілактика посилення кровотечі.*

5. Обстежити пацієнта: оцінити колір, вологість шкіри. Визначити характеристики пульсу. Виміряти АТ. Оглянути блювотні маси, випорожнення. Розрахувати при значній крововтраті індекс шоку.

Оцінюється важкість стану пацієнта. Обирається подальша тактика ведення пацієнта. Визначається приблизно об'єм втраченої крові.

6. Забезпечити зв'язок з периферійною веною, при шоку з 2-3. *Забезпечується швидке безперерійне внутрішньовенне введення ліків.*

7. Давати всередину 5% розчин амінокапронової кислоти невеликими ковтками (до 400 – 500 мл). *Реалізуються кровоспинні властивості препарату.*

8. Вести один або кілька препаратів: - розчину аскорбінової кислоти 5% - 5мл в/венно або в/м'язово; -розчину етамзилату (дицинону) 12,5%-2-4мл в/м'язово або в/венно; - розчину кальцію хлориду 10% - 10мл в/венно; - розчину амінокапронової кислоти 5% - 100мл в/венно краплинно. *Забезпечується зупинка кровотечі, внаслідок підвищення процесів зсідання крові.*

9. Проводити в/венні інфузії кровозамінників при показниках САТ 60-90 мм рт. ст., тахікардії 100-120 та більше за 1хв.: кристалоїдів: - ізотонічного розчину натрію хлориду або Рінгеру лактатного загальною кількістю до 1,5 – 2л. Внутрішньовенно струйно інфузія кристалоїдних розчинів не менше 800 мл за 10 хв. (при відсутності показника САД - в 2 вени й більше) під контролем САД (не менше 90 мм рт.ст.). При крововтраті (САД менше 90 мм рт.ст.) продовжити в/в інфузію колоїдними розчинами (10% розчин гідроксиетилкрохмаль) альбуміну, волювену, рефортану, гекодезу; гелофузіну при помірній крововтраті 500 – 1000 мл, про тяжкій гіповолемії – 1000 – 2000мл, при критичній ситуації – 500 мл швидко під тиском, далі еквівалентно крововтраті. 9.1. Підігрівати перед введенням розчини до 25-28 градусів. 9.2. Ввести перші 10 - 20мл. будь-якого з колоїдних препаратів дуже повільно.

Відновлюється об'єм циркулюючої крові, нормалізуються АТ, венозний тиск. Попереджаються холодові реакції (озноб, тремтіння, неприємні відчуття в ділянці серця, аритмії). Враховується можливість виникнення небажаних реакцій на препарат.

Для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну (дофаміну) зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем частоти серцевих скорочень та АТ, але після введення кровозамінників.

Дофамін розчин для ін'єкцій 4% - 5 мл в ампулі (в 1 мл 40 мг) або 0.5% - 5 мл в ампулі (в 1 мл 5 мг). Дофамін-Дарниця вводять внутрішньо веннокрапельно. Вміст ампули (25 або 200 мг) розбавляють, відповідно, у 125 мл або 400 мл 5 % розчину глюкози або ізотонічного розчину натрію хлориду з розрахунку, щоб 1 мл розчину містив, відповідно, 200 і 500 мкг Дофаміну-Дарниця.

Початкова швидкість введення при середній масі тіла 70 кг становить 1-4 мкг/кг/хв (2-11 крапель 0,05 % розчину). Лікувальна доза становить 5-9 мкг/кг/хв. При вазодилатації та гіпотензії Дофамін-Дарниця доцільно застосовувати в дозі 10-15мкг/кг/хв. При необхідності швидкість введення збільшують до 18 мкг/кг/хв.

10. Використати за наявності невинного блювання розчин натрію хлориду 10% - 10мл в/венно. *Забезпечується протиблювотний ефект препарату, що зменшує кровотечу.*

11. Госпіталізувати у хірургічне відділення на ношах, після стабілізації артеріального тиску. *Здійснюється послідовність дій медичних працівників.*

4. Емболія та тромбоз мезентеріальних судин.

Відомо, що кровопостачання тонкого та правої половини товстого кишечника забезпечується верхньою брижовою артерією, а лівої половини товстого кишечника — нижньою брижовою артерією.

Гостре порушення мезентеріального кровообігу становить 12,3—22% випадків усіх тромбоемболічних ускладнень. Це найважча гостра хірургічна патологія черевної порожнини, що супроводжується летальністю в 90- 95% випадків. Кількість померлих від інфаркту кишечника перевищує кількість летальних випадків від таких розповсюджених захворювань, як гострий апендицит, перфоративна виразка та гостра кишкова непрохідність у сукупності.

Етіологія. Частіше бувають оклюзивні порушення мезентеріального кровообігу шляхом емболізації (у разі аритмії, фібриляції передсердь, мітрального стенозу, тромбоз вухка лівого передсердя). Тромбоз брижових артерій розвивається на тлі гіперкоагуляції і сповільненого кровообігу. Оклюзія вен розвивається на тлі флеботромбозу за портальної гіпертензії або тромбофлебиту (пілефлебиту), причиною якого бувають зональні захворювання органів черевної порожнини (апендицит, холецистит, панкреатит, абсцеси, перитоніт).

Патогенез. Перебіг таких порушень розділяють на три варіанти:

з подальшою компенсацією кровообігу;

з подальшою субкомпенсацією кровообігу;

з декомпенсацією кровообігу.

У разі компенсації кровообігу настає повне відновлення всіх функцій кишечника без жодних наслідків. Хворі одужують спонтанно чи під впливом консервативної терапії.

Порушення мезентеріального кровообігу з подальшою субкомпенсацією обумовлює низку інших захворювань кишечника, пов'язаних з недостатнім кровопостачанням: “абдомінальну жабу” - *болі в животі, обумовлені дискінезією кишечника внаслідок недостатності його кровопостачання при органічній обтурації або при спазмі мезентеріальних артерій*, виразки кишечника, ентерити та коліти (часто виразкові). Згодом у таких хворих можуть виникати кишкові кровотечі, перфорації, флегмони та стенози кишечника, що без адекватного хірургічного лікування закінчуються смертю хворого.

У разі декомпенсації кровообігу її стінка піддається автолізній дії трипсину, який потрапляючи в кров, згубно діє на серце та нирки. Деструкція кишкової

стілки починається з боку слизової оболонки та закінчується розпадом її тканин.

Клініка. Виділяють три стадії захворювання:

- стадія ішемії — тривалість до 6 год;
- стадія інфаркту — тривалість до 12 год;
- стадія перитоніту — понад 12 год.

Лише перша стадія є зворотною, оскільки зміни, що розвиваються в кишечнику з порушеним кровообігом, спостерігають у вигляді порушень кишкової перистальтики і ознак повної непрохідності з важким клінічним перебігом.

Клінічна картина розвивається раптово появою болів у животі. Спочатку болі приступоподібні, пізніше змінюються на постійні інтенсивні з локалізацією в епігастрії або довкола пупка. Інтенсивність болю може зменшуватись під впливом нітрогліцерину, що вказує на судинне походження захворювання. Важливою відмінною ознакою є те, що шоківий стан хворих супроводжується підвищенням АТ. Привертає увагу відсутність ознак подразнення очеревини та болів під час глибокої пальпації. У перші години буває блювання шлунковим вмістом, воно має рефлексорний характер. Венозний тромбоз розвивається повільно протягом 2—5 діб. У хворого з'являються невизначеного характеру болі в животі, дещо підвищується температура тіла внаслідок тромбофлебиту ворітної і верхньої брижової вен. Із-за різкого болю хворі кричать, просять допомоги, не знаходять собі місця, підтягують ноги до живота, займають колінно-ліктьове положення. АТ підвищується на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блінова) і супроводжується брадикардією. Язик у хворих вологий, живіт під час пальпації м'який і абсолютно не болючий.

У стадії інфаркту інтенсивність болю зменшується, хворі заспокоюються, з'являється стан легкої ейфорії (наслідок інтоксикації) і дещо неадекватна поведінка. Нормалізується АТ, пульс прискорений, частішає блювання, починається пронос. У калових і блювотних масах з'являються прожилки крові, язик стає сухим, живіт хоч і м'який, однак збільшується в об'ємі внаслідок здуття та скупчення випоту. Відсутні м'язове напруження та ознаки подразнення очеревини. Під час ректального дослідження на рукавиці виявляють кров. Наростають явища парезу кишечника, інтоксикації (температура тіла 38-39°C, пульс 120-140/хв). Перкуторно визначають вкорочення звуку в нижніх відділах черевної порожнини. Внаслідок некрозу кишки, пропотівання рідини в її стінку та черевну порожнину поглиблюються явища гіповолемії, розвивається метаболічний ацидоз.

У стадії перитоніту різко погіршується загальний стан хворих у зв'язку зі збільшенням інтоксикації, зневодненням, порушенням електролітного балансу і ацидозом тканин. Хворі стають адинамічними, в деяких з'являються психічні розлади. Перитоніт і ознаки подразнення очеревини з'являються пізно, починаючи з нижніх відділів живота. Мелена змінюється

затримкою випорожнень і газів, знижується АТ, різко зростає лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Головними методами діагностики є лапароскопія та аортографія. При лапароскопії в стадії ішемії відсутня перистальтика, спазм кишкових петель, посилення блідості на хвилі перистальтичного скорочення. При лапароскопії в стадії інфаркту - темнокоричневий колір змертвілої кишки, мутний випіт у черевній порожнині.

ПМД: дивись гострий живіт.

Лікування лише хірургічне. Разом із резекцією знекротизованого кишечника виконують емболектомію з верхньої брижової артерії на фоні антикоагулянтної, спазмолітичної та знеболювальної терапії.

5. Проривна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки.

Розрізняють:

1. Типову перфорацію передньої стінки шлунка чи дванадцятипалої кишки, що супроводжується витіканням їх вмісту у вільну черевну порожнину та класичною клінічною картиною 2. Атиповий прорив виразки у малий або великий сальник. 3. Прикриту перфорацію, що виникає при закритті отвору сальником, їжею або стінкою сусіднього органа.

Клініка. Головними ознаками типової перфорації виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки є **тріада Мондора**: а) раптовий “кинджальний” біль у верхніх відділах живота, що розповсюджується по всьому його просторі; б) напруження м’язів передньої черевної стінки (дошкоподібний, човноподібний живіт); в) наявність виразкового анамнезу.

Допоміжними ознаками перфоративної виразки є: 1) зникнення або зменшення розмірів печінкової тупості при перкусії (симптом Жобера); 2) мінливий характер перистальтики кишечника: в перші 30-40 хв при аускультатії – посилена перистальтика (внаслідок подразнення n. vagus), потім відбувається її зниження до повного зникнення (“могильна тиша”, “шум початку – тиша кінця” – симптом Мондора); 3) притуплення або тупість перкуторного звуку у бокових фланках живота (симптом Де Кервена), внаслідок накопичення рідини; 4) позитивний перитонеальний симптом Щоткіна-Блюмберга; 5) вимушене положення хворого в ліжку – на правому боці з підібраними ногами; 6) швидке погіршення загального стану: у хворих розвивається спрага, нудота, виникає часте поверхневе дихання, пульс у перші години сповільнений, з’являється блідість шкіри, ціаноз слизових, знижується температура тіла.

За клінічним перебігом розрізняють декілька стадій перфоративної виразки.

На стадії шоку (6-8 год), під час перфорації і в перші години після неї, з’являється раптовий біль, який супроводжується колапсом. Хворий блідий, шкіра покрита холодним потом, пульс слабкий, артеріальний тиск знижений. Вираз обличчя страждальний, хворий приймає вимушене положення, підгинає ноги до живота, не може змінити положення тіла. Язик може бути вологим, живіт напружений, дошкоподібний, болючий у всіх місцях. З’являються симптоми подразнення очеревини (Щоткіна-Блюмберга). При

перкусії живота зникає печінкова тупість (симптом Спіжарного), виникає болючість і нависання переднього склепіння прямої кишки при її дослідженні (симптом Куленкампа, “крик Дугласа”). Якщо хворому не надати своєчасно допомогу, через 6-8 годин після перфорації інтенсивність болю стихає, напруження черевної стінки зменшується, картина шоку згладжується – **настає друга стадія – уявного благополуччя** (через 6-8 год від початку захворювання). Однак ще через 4-6 годин (12 годин від початку захворювання) стан хворого погіршується, з’являється нудота, блювання, тахікардія (пульс частий, слабого наповнення і напруження), знижується артеріальний тиск. Виникає різке здуття живота (паралітична непрохідність), притуплення в бокових фланках живота, і розвивається **третя стадія – розлитого перитоніту**. Якщо хворому з якихось причин не була надана допомога протягом 24 годин від початку захворювання, розвивається **четверта – термінальна стадія перфоративної виразки**, після якої настає смерть.

Діагностика. Рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини, при якому виявляють повітря (пневмоперитонеум) між правим склепінням діафрагми і верхнім краєм печінки. *У хворих із нез’ясованою клінічною картиною перфоративної виразки проводять діагностичну фіброгастродуоденоскопію або вводять у шлунок через назогастральний зонд 0,5-1 л повітря, після чого виконують оглядову рентгенографію черевної порожнини. Поява повітря в ній свідчить про атипovu або прикриту перфорацію шлунка чи дванадцятипалої кишки.* Характерною ознакою прикритої перфорації є тривале стійке напруження м’язів черевної стінки у правому верхньому квадранті живота при загальному задовільному стані хворого. В усіх сумнівних випадках слід проводити лапаротомію.

ПМД: дивись гострий живіт.

6. Защемлення грижі.

Защемлення кили — несподіване стиснення вмісту килового мішка в килових воротах.

Розрізняють еластичне і калове защемлення. Під еластичним розуміють швидкий вихід внутрішніх органів через ворота кили у разі раптового підвищення внутрішньочеревного тиску (піднімання тягарів, сильний кашель, закрепи, утруднене сечовипускання, особливо в осіб похилого віку), після нормалізації внутрішньочеревного тиску органи залишаються стисненими в ділянці килових воріт.

Калове защемлення виникає внаслідок переповнення привідної петлі кишки великою кількістю кишкового вмісту і газів, що призводить до стискання відвідної петлі кишки.

Крім типових форм защемлення бувають атипovі:

пристінкове защемлення (кила Ріхтера), коли защемленою є частина стінки кишки (без брижі);

ретроградне защемлення (кила Майдля), або W-подібне защемлення: у килових воротах защемлюється не тільки брижа петлі кишки, яка перебуває в киловому мішку, а й брижа петлі, яка є в черевній порожнині; кила Літтре — защемлення дивертикула Меккеля в килових воротах.

Клініка. За такого стану з'являється біль і блювання. Грижове випинання збільшується, стає напруженим, гарячим на дотик, різко болючим під час пальпації. Кашльовий поштовх не передається в ділянку грижового випинання. Порушується функція защемленого органа (затримка відходження калу і газів у разі защемлення кишківника, дизуричні розлади в разі защемлення сечового міхура).

При задавненій грижі розвивається перитоніт.

ПМД. Хворого із защемленою грижею фельдшер повинен негайно госпіталізувати, не вводячи анальгетиків і не вправляючи грижовий вміст. Якщо під час транспортування грижа самостійно вправилася, хворого госпіталізують для подальшого спостереження за його станом.

7. Печінкова (жовчна) коліка.

Найтиповіший прояв жовчнокам'яної хвороби і дискінезії жовчновивідних шляхів. Її причиною є жовчні конкременти, що містяться в міхуровому або жовчних протоках. Вони перешкоджають вільному відтоку жовчі, у зв'язку з чим розвивається гостре розтягнення міхура або жовчних шляхів вище від перешкоди.

Клініка. Основними проявами нападу є больовий та диспепсичний синдроми.

Біль – сильний, різучий, колючий, нестерпний; спочатку розлитий - охоплює праве підребер'я, надалі концентрується в проекції жовчного міхура або в надчеревній ділянці; іррадіює у праве плече, праву половину шиї, нижню щелепу, під праву лопатку, іноді в ділянку серця. Тривалість приступу - від кількох хвилин до кількох годин і навіть діб.

Диспепсичний синдром супроводжує біль і проявляється нудотою, повторним блюванням, здуттям живота.

Дані об'єктивного обстеження:

- хворі неспокійні, не знаходять собі місця;
- часто такі пацієнти надмірного живлення;
- склера та шкіра іноді іктеричні;
- язик сухий, обкладений жовто-білим нальотом;
- живіт здутий, болісний та напружений в ділянці проекції жовчного міхура та правого підребер'я;
- болісність при натисканні між ніжками правого грудинно-ключично-сосочкоподібного м'яза - позитивний френікус - симптом (симптом Георгієвського - Мюссі);
- різкий біль при введенні пальців під праве підребер'я на висоті вдиху – симптом Образцова-Мерфі;
- посилення болю або різкий біль при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі – симптом Ортнера;

- болісність у ділянці жовчного міхура, особливо на вдиху – симптом Кера;
- збільшена, болісна печінка, а іноді й жовчний міхур (симптом Курвуазьє) можуть бути виявлені при пальпації після стихання болю;
- підвищена температура тіла триває тільки протягом приступу, якщо жовчно-кам'яна хвороба не супроводжується холециститом.

Діагностика:

Загальний аналіз крові – лейкоцитоз, підвищення ШОЕ або змін не має.

Ультразвукове дослідження печінки, жовчних протоків та жовчного міхура виявляє конкременти, їх розмір, розташування, визначає стан евакуаторної функції жовчних протоків та жовчного міхура.

ПМД:

1. Покласти грілку на праве підребер'я. *Забезпечується розслаблення гладкої мускулатури стінки жовчного міхура та проток.*

Увага! Застосовувати грілку можна тільки при підтвердженому діагнозі печінкової кольки. Враховується, що при гострому холециститі, гострому апендициті може бути подібна симптоматика, але вживання теплових процедур при цьому заборонено.

2. Ввести пацієнту такі препарати: 2.1. М-холінолітики п/шкірно або в/м'язово: - розчину метацину 0,1% 1мл; - розчину атропіну сульфату 0,1% 1мл; - розчину платифіліну гідротартрату 0,2% 1мл. 2.2. Міотропні спазмолітики в/м'язово: - розчину папаверину гідрохлориду 2% 2мл; - розчину но-шпа 2% 2мл. 2.3. Ненаркотичні анальгетики в/м'язово або в/венно в комбінації з дімедролом: - розчину анальгіну 50% 2мл; - розчину димедролу 1% 1мл. 2.4. Застосувати при інтенсивному, стійкому больовому синдромі баралгін 5 мл в/м'язово або в/венно струмінно дуже повільно з розчином натрію хлориду 0,9% - 10мл. *Усувається спазм гладкої мускулатури жовчного міхура та проток, здійснюється протиблювотна дія, зменшується нудота.*

3. Брати участь в проведенні наркозу закисом азоту за допомогою портативного киснево-наркозного апарату, якщо наступне транспортування буде тривалим. *Здійснюється адекватне знеболювання, профілактика виникнення шоку.*

4. Рекомендувати звернутися до сімейного або дільничного лікаря, якщо діагноз відомий і напад усунено 4.1 Госпіталізувати у хірургічне відділення бригадою «Швидкої допомоги» на ношах, якщо: а) - напад відбувся вперше (незалежно від того, усунено біль чи ні), б) - діагноз відомий, а напад не усунено протягом 2-3 годин. *Здійснюється подальше спостереження за хворим, його лікуванням, профілактика ускладнень. Забезпечується послідовність дій медичних працівників.*

8. Гострий холецистит.

Гострий холецистит — запалення жовчного міхура. Розвиток захворювання спричиняють запальні процеси (тонзиліт, карієс, лямбліоз). Збудники проникають у жовчні шляхи ентерогенним, гематогенним і лімфогенним шляхами. Важливе значення мають алергійні фактори, аутоалергія.

Патологію також провокує нераціональне харчування (вживання жирної і гострої їжі), що зумовлює гіпокінезію і застій жовчі.

У 95 % хворих на гострий холецистит у жовчному міхурі є камені.

Класифікація гострого холециститу.

I. За механізмом розвитку:

1. Унаслідок жовчнокам'яної хвороби (калькульозний холецистит).
2. Унаслідок порушення евакуації міхурової жовчі (безкам'яний холецистит).
3. Унаслідок дискінезії жовчних шляхів.
4. Лямбліозний холецистит.

II. За морфологічними змінами:

1. Гострий катаральний холецистит.
2. Гострий флегмонозний холецистит.
3. Гострий гангренозний холецистит.

III. Ускладнення:

1. З боку жовчного міхура:
 - а) перфорація жовчного міхура;
 - б) водянка жовчного міхура;
 - в) емпієма жовчного міхура.
2. З боку черевної порожнини:
 - а) перитоніт;
 - б) абсцеси черевної порожнини.
3. З боку жовчних шляхів:
 - а) холедохолітаз;
 - б) стеноз фатерового сосочка;
 - в) гострий папіліт.
4. Механічна жовтяниця.
5. Внутрішні жовчні нориці.
6. Гострий панкреатит.
7. Печінково-ниркова недостатність.

Клініка подібна до печінкової коліки.

Діагностика: у крові виявляють високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ, підвищення рівня білірубіну, амінотрансферази, альдолази, лужної фосфатази.

Діагноз підтверджується під час УЗД або лапароскопії.

ПМД: дивись гострий живіт.

9. Гострий апендицит.

Гострий апендицит — запалення червоподібного відростка, яке виникає внаслідок проникнення інфекції в червоподібний відросток.

Розвиток апендициту зумовлюють калові камені або кишкові паразити у просвіті червоподібного відростка.

За класифікацією В.І. Колесова розрізняють:

1. Апендикулярну кольку.
2. Простий поверхневий апендицит.

3. Деструктивний апендицит:
 - а) флегмонозний;
 - б) гангренозний;
 - в) перфоративний.
4. Ускладнений апендицит:
 - а) апендикулярний інфільтрат;
 - б) апендикулярний абсцес;
 - в) розлитий гнійний перитоніт.
5. Інші ускладнення гострого апендициту (пілефлебіт, сепсис, заочеревинна флегмона, локальні абсцеси черевної порожнини).

Клініка. Захворювання характеризується гострим початком. Виникає постійний, тупий, помірної інтенсивності біль у правій здухвинній ділянці, нудота, одноразове блювання і пронос. Зазвичай біль спочатку з'являється в надчеревній ділянці, або біля пупка, поступово зміщуючись у праву здухвинну ділянку (симптом Волковича—Кохера). Біль посилюється під час ходьби, рухів чи кашлю. Язик стає сухим, наростає тахікардія.

Під час огляду живота можна помітити, що права половина живота не бере участі в акті дихання. З'являється напруження м'язів у правій здухвинній ділянці. Там же визначають позитивний симптом Щоткіна—Блюмберга. На ранніх стадіях апендициту можна виявити такі симптоми: симптом Бартом'є — Міхельсона — посилення чи поява болю під час пальпації правої здухвинної ділянки в положенні хворого лежачи на лівому боці; симптом Ровзінга — під час пальпації лівої здухвинної ділянки біль посилюється справа; симптом Раздольського — біль під час перкусії в правій здухвинній ділянці.

Ускладнення. Апендикулярний інфільтрат — це конгломерат петель кишківника, великого сальника й очеревини, який утворюється навколо флегмонозно або гангренозно зміненого червоподібного відростка. Він формується на 3-тю — 4-ту добу від початку захворювання. Під час пальпації виявляють помірно болоче, малорухоме пухлиноподібне утворення. Загальний стан хворого відносно задовільний. Під час лікування застосовують холод (місцево), антибіотики, фізіотерапевтичні засоби. Призначають ліжковий режим. У разі абсцедування інфільтрату його розтинають та дрениують.

Апендикулярний абсцес характеризується утворенням гнояка навколо відростка. Під час пальпації виявляють різкий біль, перитонеальні симптоми. У крові спостерігають нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ.

Пілефлебіт — гнійне запалення ворітної вени. Характеризується тяжкою інтоксикацією, жовтяницею, ознобом, гарячкою. Може призвести до абсцесів печінки.

Піддіафрагмальний і підпечінковий абсцеси характеризуються болем у правому підребер'ї, підвищенням температури. Клініка нагадує гострий холецистит.

Абсцес дугласового простору супроводжується ознаками тяжкої гнійної інтоксикації, гарячкою, диспептичними та дизурічними розладами. Під час ректального обстеження виявляють біль, нависання слизової оболонки.

Атипові форми апендициту. У разі його заочеревинного розташування хворі скаржаться на біль у поперековій ділянці або над крилом клубової кістки. Там же виявляють болючість під час пальпації. Клінічний перебіг гострого апендициту в разі ретроцекального розміщення червоподібного відростка має певні особливості. Він вирізняється пізнім розвитком перитонеальних явищ. Біль виникає у правій поперековій ділянці, спостерігається контрактура правого кульшового суглоба і гарячка. Симптом Образцова (у хворого, який лежить, піднімають праву ногу, а потім різко її опускають; при цьому посилюється біль у правій поперековій ділянці) різко позитивний, також позитивні симптоми Яуре - Розанова (біль у проекції трикутника Пті справа – при натискуванні пальцем) і Габая (біль у тому ж трикутнику – при швидкому забиранні пальця); в) поява еритроцитів у сечі, гематурія.

У 11—20 % випадків спостерігається тазове розташування червоподібного відростка. Біль локалізується над правою пупартовою зв'язкою і над лоном, м'язи передньої черевної стінки можуть бути ненапруженими. Розвиваються дизурічні явища і проноси.

Червоподібний відросток іноді розміщується між петлями кишківника, що призводить до сильного подразнення очеревини, гострої динамічної кишкової непрохідності, перитоніту.

Для підпечінкового розміщення червоподібного відростка характерний біль у правому підребер'ї, де визначають болючість і напруження м'язів.

У дітей перебіг захворювання бурхливий, гарячка. Спостерігається багаторазове блювання, пронос, швидко розвиваються перитонеальні явища.

У хворих літнього віку немає температурної реакції, біль помірний, симптоми подразнення очеревини виражені слабо.

У вагітних (у пізні терміни вагітності) сліпа кишка з червоподібним відростком зміщується вгору, а перерозтягнені м'язи передньої черевної стінки втрачають здатність до напруження.

ПМД: дивись гострий живіт.

10. Гострий панкреатит.

Це запалення підшлункової залози.

В.О. Савельєв виділяє механічні, нейрогуморальні і токсико - алергійні причини розвитку гострого панкреатиту. У 50,4 % випадків панкреатит є ускладненням жовчнокам'яної хвороби.

Класифікація.

I. Клінічно-анатомічні форми:

1. Гострий набряк підшлункової залози.
2. Геморагійний панкреонекроз.
3. Жировий панкреонекроз.
4. Гнійний панкреатит.

II. Поширеність некрозу:

1. Локальне ураження залози.
2. Субтотальне ураження залози.
3. Тотальне ураження залози.

III. Перебіг:

1. *Абортивний (короткочасний перебіг хвороби, яка протікає в легкій формі і не супроводжується появою деяких, нерідко основних клінічних ознак, тобто у тому випадку, коли хвороба не досягає свого розвитку, обривається і наступає одужання).*

2. Прогресивний.

IV. Періоди хвороби:

1. Період панкреатогенного шоку і гемодинамічних порушень.
2. Період функціональної недостатності паренхіматозних органів.
3. Період дистрофічних і гнійних ускладнень.

При гострому панкреатиті хворі скаржаться на тупий постійний оперізувальний біль у надчеревній ділянці, а також на нудоту і блювання, яке не полегшує стан хворого, що залишається тяжким, шкіра бліда, іноді іктерична. Спостерігається ціаноз. Язик сухий, обкладений білим, а у тяжких випадках коричневим нальотом. Пульс спочатку сповільнений, потім частий, ниткоподібний, АТ знижений. Живіт здутий, шкіра живота може бути ціанотичною, навколо пупка помітні жовтувато - ціанотичні плями. Під час пальпації живота біль і напруження м'язів виявляють спочатку в проекції підшлункової залози. У разі прогресування патологічного процесу напруження м'язів і позитивний симптом Щоткіна— Блумберга спостерігається в усіх відділах живота. Виявляють і такі симптоми:

- Мейо — Робсона: різка болючість під час натискання пальцем у лівому реберно-м'язовому куті;
- Воскресенського — пульсація черевної аорти в надчеревній ділянці не визначається;
- Керте — резистентність м'язів і біль на 5—6 см вище і вліво від пупка.

Діагностика: в ЗАК виявляють нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ й еритроцитоз, який змінюється на гіпохромну анемію. Б/х крові рівень амілази в перший день захворювання підвищений у 2-20 разів; підвищення активності ліпази в 10 разів; зростає АЛТ, АСТ, рівень трипсину; гіпоальбумінемія, гіпергамаглобулінемія, гіпокальціємія, гіпокаліємія, гіпомагніємія, гіпохлоремія; У сечі підвищений рівень діастази.

Пункція черевної порожнини для бактеріологічного дослідження ексудату та визначення у ньому рівня ферментів;

Оглядова рентгенографія черевної порожнини — ізольоване здуття попереково-ободової кишки, здуття проксимальних відділів товстої кишки;

УЗД дає змогу виявити збільшення розмірів залози, зниження ехогенності паренхіми та перифокальну інфільтрацію;

Лапароскопія — бляшки стеатонекрозів на вісцеральній та парієтальній очеревині за наявності перитонеального випоту або без нього, може бути серозна інфільтрація;

ФГДС — виявляє вибухання задньої стінки шлунка, набряк і підслизові крововиливи на задній стінці шлунка, стиснення ззовні медіального контуру дванадцятипалої кишки, набряк і гіперемію фатерового соска, появу антиперистальтики шлунка та рефлюкс жовчі під час нагнітання в нього повітря через ендоскоп.

Комп'ютерна томографія — прямі ознаки: локальне або дифузне збільшення розмірів залози, нечіткість контурів, негомогенність паренхіми, наявність доріжок некрозу, розширення вірсунгової протоки.

ПМД: дивись **гострий живіт**. При тяжкій інтоксикації під час транспортування вводять дезінтоксикаційні кровозамінники (реосорбілакт 200 – 400 мл. в/в кр.), інгібітори фібринолізу (контрикал 1 фл. – 10 000 МО; 5 – 10 флаконів на 200 – 400.0 фіз. розчина в/в кр), спазмолітики (2 мл 2% розчину папаверину гідрохлориду + 1 мл 0,2% розчину платифіліну гідротартрату; 2 мл но - шпи + 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату). Інші препарати до уточнення діагнозу не вводять.

11. Гостра кишкова непрохідність.

Патологічний стан, який характеризується гострим порушенням нормального кишкового пасажу аж до повного його припинення на тому чи іншому рівні травного тракту внаслідок механічних або функціональних причин.

Класифікація.

I. За морфофункціональними ознаками:

1. Динамічна функціональна непрохідність:

1.1. Спастична непрохідність.

1.2. Паралітична непрохідність.

2. Механічна непрохідність:

2.1. Странгуляційна непрохідність (заворот, вузлуотворення, внутрішнє защемлення).

2.2. Обтураційна непрохідність (пухлиною, стороннім тілом, каловим або жовчним каменем, клубком аскарид, копростаз, стиснення ззовні).

2.3. Змішана.

II. За клінічним перебігом:

1. Гостра.

2. Хронічна.

III. За рівнем непрохідності:

1. Тонкокишкова.

2. Товстокишкова:

а) висока;

б) низька.

IV. За пасажем кишкового вмісту:

1. Повна.

2. Часткова.

V. За походженням:

1. Природжена.
2. Набута.

VI. За розвитком патологічного процесу:

1. Стадія гострого порушення кишкового пасажу.
2. Стадія гемодинамічних розладів стінки кишки та її брижі.
3. Стадія перитоніту.

Патогенез: *при обтураційній кишковій непрохідності в просвіті кишечника накопичуються травні соки, хімус, газу, які розтягують кишкову стінку. Підвищення внутрішньокишкового тиску призводить до порушення відтоку крові та трансудації рідини в просвіт кишки. Виникає “замкнене коло”: чим більше розтягується ділянка кишки, яка розміщена вище, тим більше порушується всмоктування та посилюється трансудація, які призводять до ще більшого розтягу привідної петлі. Поступово весь відділ шлунково-кишкового тракту, що розміщений вище, переповнюється травними соками, трансудатом і газами. Блювання, яке виникає, має компенсаторний характер, але не в змозі припинити прогресування перерозтягування кишечника. Секвестрація рідини в просвіті кишечника призводить спочатку до позаклітинної, а згодом і до внутрішньоклітинної дегідратації організму. При странгуляційній кишковій непрохідності також важливу роль відіграють процеси у здавленій петлі кишки, порушення її кровопостачання призводить до некробіозу або до тотального некрозу кишки в першу добу захворювання, внаслідок чого вона стає проникною для продуктів білкового розпаду, мікробних токсинів, мікроорганізмів, які перебувають у її просвіті. Мікробні тіла та токсини, проникаючи в черевну порожнину, всмоктуються в кров і спричиняють важку інтоксикацію або ендотоксичний шок, а в подальшому і перитоніт.*

Клініка: характерною є тріада симптомів: біль у животі, блювання, невідходження стільця та газів.

Захворювання звичайно починається з виникнення приступоподібного болю в животі: у разі обтураційної кишкової непрохідності біль переймоподібний, повністю зникає після припинення приступу; странгуляційна непрохідність супроводжується постійним больовим синдромом, на фоні якого періодично виникає додатковий приступоподібний біль.

Другою важливою ознакою є виникнення нудоти та блювання. Чим вищий рівень непрохідності, тим частіше та інтенсивніше блювання. У пізніх стадіях захворювання закидання в шлунок кишкового вмісту надає блювотним масам калового запаху.

Третя ознака - невідходження стільця та газів у перші години або за високої непрохідності може не відмічатись, діагностична цінність затримки стільця та газів значно зростає за наявності здуття живота.

Під час об'єктивного обстеження звертають увагу на загальний стан хворого: у разі обтураційної непрохідності стан хворого залишається задовільним, а за наявності странгуляції швидко погіршується вже в перші години

захворювання. Температура тіла спочатку нормальна, підвищується у разі некрозу кишки та розвитку перитоніту. Тахікардія та зниження АТ прямо залежать від вираженості дегідратації та ступеня зменшення ОЦК. Язик спочатку вологий, потім стає сухим. Живіт у ранніх стадіях захворювання може бути звичайної конфігурації або дещо здутим. Наростання здуття залежить від форми кишкової непрохідності. Особливо швидко здуття наростає у разі заворотів кишківника. Здуття може бути нерівномірним, якщо странгульована петля вип'ячує черевну стінку. Така асиметрія живота вказує на гостру кишкову непрохідність.

Цінними є й інші місцеві ознаки:

симптом Валя: ковбасоподібна, роздута петля кишки, з видимою на око перистальтикою, пальпується через передню черевну стінку, під час перкусії якої визначають високий тимпанічний звук;

симптом Склярова: “шум сплеску” в розтягнутій петлі кишки (виникає у пізніх стадіях захворювання);

симптом Грекова, “обухівської лікарні”: балоноподібне розширення порожньої ампули прямої кишки під час ректального обстеження;

симптом Ківуля: високий обмежений тимпаніт під час перкусії над защемленою петлею кишки у разі завороту сигмоподібної кишки;

Діагностика: оглядова рентгенографія ОЧП – виявляють чаші Клойберга (виявлення газу та рівнів рідини в петлях кишок), за підозри на товстокишкову непрохідність показана іригоскопія, колоноскопія підтверджує діагноз пухлинної гострої кишкової непрохідності, езофагогастроскопію застосовують для діагностики “високої” непрохідності, на рівні шлунка і дванадцятипалої кишки. Лапароскопію застосовують до хворих з ішемічними формами гострої кишкової непрохідності на ранніх етапах захворювання. Лікувальну лапароскопію можна застосовувати у випадках, коли причиною непрохідності є поодинокі спайки, також використовують УЗД – ОЧП.

ПМД: негайно транспортують хворого в хірургічне відділення на ношах у лежачому положенні. На догоспітальному етапі заборонено застосовувати знеболювальні, спазмолітичні, наркотичні, проносні засоби, клізми.

12. Закрита та відкрита травма живота (ушкодження порожнистих і паренхіматозних органів черевної порожнини).

Класифікація травм ОЧП.

Закриті (бувають з ушкодженням і без ушкодження внутрішніх органів):

- забої черевної стінки;
- розриви м'язів;
- розриви апоневрозів;

Відкриті:

- непроникаючі (очеревина не пошкоджується);
- проникаючі:
 - з ушкодженням внутрішніх органів;
 - без ушкодження внутрішніх органів.

Закриті ушкодження черевної стінки.

Клініка.

Біль у ділянці травми, гематома (синець, крововилив) у підшкірну жирову клітковину. Розриви м'язів передньої черевної стінки можуть бути повними або частковими. При обстеженні потерпілого під шкірою визначаються дефект м'язів і гематома. При значних розривах м'язів черевної стінки можуть виникати ознаки подразнення очеревини, парез кишок, затримка газів, випорожнення рефлексорного характеру. Діагностика: за допомогою додаткових методів дослідження необхідно виключити пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини (УЗД, рентгенографія, контрастна рентгеноскопія, діагностичні пункції, ендоскопічне обстеження).

ПМД як при синдромі гострого живота.

Лікування:

Спокій.

Місцево холод.

Знеболювальні засоби.

Великі гематоми розкривають, згустки видаляють, на судини накладають лігатури. При значних розривах м'язів їх зшивають.

Відкриті ушкодження черевної стінки.

Наносяться, як правило, холодною або вогнепальною зброєю.

Клінічна картина.

Біль, кровотеча, припухлість навколо рани. Симптомів подразнення очеревини при непроникаючих пораненнях немає.

ПМД: асептична пов'язка на рану, адекватне знеболення, протишокові заходи в разі потреби та транспортування хворого до лікарні.

Лікування.

При непроникаючих — оброблення рани і накладання швів на шкіру.

При проникаючих – лапаротомія і ревізія внутрішніх органів.

Пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини.

Розрив паренхіматозних органів (печінки, селезінки, підшлункової залози).

Клінічна картина гострої крововтрати: хворий блідий, загальмований, пульс прискорений, слабкого наповнення, АТ знижений, біль у животі наростаючого характеру.

Розриви селезінки можуть бути повними і неповними.

При повному розриві селезінки з'являються симптоми шоку і внутрішньої кровотечі. Спостерігається загальна слабкість, нудота, блювання, запаморочення. Біль спочатку розлитий. Виникають напруження м'язів передньої черевної стінки в лівому підребер'ї, симптом “ваньки-встаньки”.

Неповний (напівкапсульний) розрив селезінки діагностувати тяжче, оскільки внутрішньоселезінкова гематома не супроводжується специфічною симптоматикою.

Загальний стан хворого через деякий час поліпшується, але залишається болючість у лівому підребер'ї, яку виявляють під час пальпації і

постукування по лівій ребровій дузі. У подальшому розвивається внутрішня кровотеча.

Закриті ушкодження печінки. Розрізняють ушкодження печінки без порушення цілісності капсули і з порушенням. Частіше ушкоджується права частка печінки. Одразу після травми у хворого виникає травматичний шок, пізніше — внутрішня кровотеча.

Характерною ознакою є біль, який локалізується в правому підребер'ї і віддає в праве плече і лопатку. Хворий блідий, риси обличчя загострені, язик сухий. Пульс спочатку сповільнений, потім прискорений. У правому підребер'ї визначається напруження м'язів передньої черевної стінки. У пологих місцях черевної порожнини перкуторно виявляється тупий звук.

Ушкодження підшлункової залози. Розрізняють забій і поперечний розрив підшлункової залози. Вони супроводжуються гострим болем у надчеревній ділянці, що іррадіює в ліве плече, а також шоком.

Розрив порожнистих органів (шлунка, кишки).

Клінічна картина гострого перитоніту: біль розлитого характеру, нудота, блювання, хворий блідий, риси обличчя загострені, свідомість сплутана, язик сухий, пульс частий, спостерігається симптом Щоткіна — Блюмберга.

Діагностика: УЗД, рентгенографія, контрастна рентгеноскопія, діагностичні пункції, ендоскопічне обстеження.

Невідкладна допомога при закритих ушкодженнях живота.

Хворого необхідно госпіталізувати в хірургічне відділення.

Забороняється введення болезаспокійливих засобів, спазмолітиків, наркотичних анальгетиків, оскільки вони можуть згладити справжню клінічну картину травми органів живота.

Місцево — холод.

Контроль загального стану і показників гемодинаміки (пульс, АТ), при потребі боротьба з геморагічним шоком і травматичним шоком.

Невідкладна допомога при відкритих ушкодженнях живота з випадінням петель кишок.

Своєчасне і адекватне знеболення для уникнення травматичного шоку.

Петлі, що випали, забороняється вправляти у черевну порожнину.

Накривання петель кишок, що випали, волого - висихаючою пов'язкою для запобігання висиханню і зниження ризику інфікування.

Фіксація простирадлом для запобігання подальшому випадінню і щадного транспортування.

Екстрена госпіталізація.

13. Травми прямої кишки.

Класифікація А.М. Амінева (1965 р.)

I. По характеру пошкодження: відкриті, закриті.

II. По етіології:

1. Пошкодження прямої кишки при пораненнях промежини, ділянок сідниць, черевної стінки;

2. Пошкодження прямої кишки, нанесене гострим твердим предметом по типу "падіння на кіл";
3. Пошкодження при медичних маніпуляціях (очисні клізми, ректороманоскопія, термометрія, видалення поліпів);
4. Пошкодження при переломах кісток тазу;
5. Пошкодження при операціях на сусідніх органах.
6. Розриви прямої кишки від дії стислого повітря.
7. Розриви прямої кишки при статевих стосунках.
8. Пошкодження прямої кишки чужорідними тілами.
9. Спонтанні розриви прямої кишки.
10. Розриви прямої кишки під час пологів.

III. По відношенню до очеревини.

1. Внутрішньоочеревинні: а)прості; б) з пошкодженням сусідніх органів.
2. Позаочеревинні: а)прості; б) з пошкодженням сусідніх органів; в) з пошкодженням сфінктерного апарату.

IV. По глибині пошкодження.

1. Пошкодження слизової оболонки прямої кишки з підслизовою гематомою;
2. Повреждение всіх шарів прямої кишки.

Клініка травми прямої кишки. Залежить від локалізації розриву.

– при пошкодженні внутрішньоочеревинного відділу прямої кишки – швидко розвивається клініка поширеного перитоніту;

– при повних позаочеревинних розривах – клініка тазової флегмони.

Основні ознаки пошкодження прямої кишки:

1. Біль. Може локалізуватися внизу живота, задньому проході, промежині, крижах.
2. Ведучою ознакою є виділення крові із заднього проходу. Кровотечі з прямої кишки завжди дуже ясні, особливо при пошкодженнях позаочеревинного відділу.
3. Мають місце постійні позиви на дефекацію.
4. Віділення калу і газів з ран промежини і області сідниці.
5. При пошкодженні сфінктера – є нетримання калу і газів.

Діагностика травми прямої кишки:

- анамнез;
- клініка;
- пальцеве дослідження;
- ректороманоскопія? (окремі автори вважають протипоказаною RRS при травмі прямої кишки);
- рентгенографія ОЧП;
- лапароцентез;
- лапароскопія;
- огляд прямої кишки в дзеркалах, ревізія рани, ПХО – під наркозом !!!

Перша допомога:

Знеболення, холод на промежину і госпіталізація в проктологічне відділення.

Лікування:

Консервативне, при незначних ушкодженнях — знеболення, введення тампонів з мазями.

Оперативне, при великих ушкодженнях — ПХО з ушиванням і дренажуванням.

14. Гострі захворювання прямої кишки.

Випадіння прямої кишки.

Це вихід стінки прямої кишки із заднього проходу.

Причиною хвороби вважають недорозвинення (у дітей) або слабкість (у дорослих) м'язів тазового дна і сфінктера.

Сприяючі фактори: часті потуги при запорах, сечовипусканні, довготривалі проноси, геморой, особливо при виході внутрішніх вузлів, які тягнуть за собою слизову оболонку.

За клінічним перебігом розрізняють:

I стадія — кишка випадає тільки під час дефекації і самостійно вправляється;

II стадія — кишка випадає після дефекації і потребує вправлення;

III стадія — кишка випадає при незначному фізичному напруженні й утримується після вправлення;

IV стадія — вправлена кишка випадає при вертикальному положенні хворого.

Діагностика: скарги (випадіння кишки відбувається при будь-якому напруженні, а воно супроводжується нетриманням газів, калу), огляд, пальцеве дослідження прямої кишки хворого, ректороманоскопія.

Ускладнення: 1) защемлення стінки кишки; 2) розрив; 3) запалення; 4) кишкову непрохідність; 5) переродження в пухлину.

Лікування: гостре випадіння прямої кишки необхідно вправити після введення знеболювальних і спазмолітиків: долонею руки натискають на верхівку конуса прямої кишки, що випала. Після вправлення хворому призначають ліжковий режим, діету, масляні клізми. Далі проводиться оперативне лікування — підшивання і фіксація прямої кишки.

Гострий проктит.

Гостре запалення слизової оболонки прямої кишки.

Етіологія: різні види бактерій.

Сприяючі фактори: надмірне вживання різних гострих страв, спиртних напоїв, постійні закрепи, інвазії паразитів, переохолодження, геморой.

Клініка: сильний пекучий біль і відчуттям переповнення прямої кишки, часті позиви на дефекацію, виділення рідкого слизу, серозно-кров'яної рідині, інколи з домішками гною.

Лікування: 1) Госпіталізація. 2) Діета при проктиті складається з обмеження кількості клітковини в їжі, тобто хворий їсть менше фруктів, овочів і круп, повністю виключає з раціону прянощі, алкоголь і смажені страви. В раціон повинні входити молочно-кислі продукти, м'ясо в добре перетертому вигляді і супи, зварені з нежирного м'яса.

3) Антибактеріальна терапія призначається з повним урахуванням чутливості патогенної мікрофлори до певних антибіотиків, що виявляється під час посіву кишкового вмісту.

4) Також призначають мікроклізми з відвару ромашки або з 0,5% розчином коларголу. Вже після стихання гострого запалення хворому призначають масляні мікроклізми, а також теплі сидячі ванни зі слабкою марганцівкою і щадний теплий душ на область промежини.

15. Аноректальний тромбоз.

Геморой (варикозне розширення вен прямої кишки) виявляють у 70% людей старших сорока років. Чоловіки хворіють втричі частіше ніж жінки. Розрізняють неускладнені і ускладнені форми геморою. До останніх відносять тромбоз геморойних вузлів.

Етіологія і патогенез.

Під час геморою спостерігають застій крові в кавернозних венах прямої кишки внаслідок порушення регулювання припливу і відтоку крові в них.

Цьому сприяють:

малорухливий спосіб життя;

різке багаторазове напруження під час фізичного навантаження;

тривале перебування під час роботи в стоячому положенні;

вагітність;

тривалі, часті закрепи;

пухлини в малому тазі, які стискають відповідні вени;

порушення кровообігу в системі ворітної і нижньої порожнистої вен.

Тривале переповнення кавернозних тілець спричиняє розширення, витончення їхніх стінок (утворення геморойних вузлів), які легко піддаються травмуванню з утворенням дрібних ерозій і розривів.

Причиною тромбозу геморойних вузлів є інфекція, яка проникає через пошкоджену слизову оболонку вузлів (закрепи, грубі маніпуляції, пов'язані з обстеженням і лікувальними процедурами, тряска їзда). Інколи інфекція заноситься гематогенно.

У разі прогресування процесу може розвиватись висхідний тромбофлебіт, за якого в патологічний процес втягуються не лише вени, які розташовані вище відділів прямої кишки, але й пристінкові вени малого таза. У тяжких випадках через кавалпортальні анастомози можуть розвиватися і печінкові ускладнення (пілефлебіт, абсцедування).

Діагностика.

У хворого спостерігають сильний біль у ділянці заднього проходу (може бути спровокований прийманням алкоголю, гострих страв, закрепом, важким фізичним навантаженням), який підсилюється під час ходіння і сидіння. Геморойні вузли, стають щільними, набряклими, збільшеними в об'ємі (до 2—4 см у діаметрі), багрово-синюшого кольору. Випадіння вузлів супроводжується різкими больовими відчуттями і затрудненнями під час дефекації. Зазвичай одночасно виникає рефлекторний спазм зовнішнього сфінктера, що ще більше підсилює явища застою. Порушується живлення слизової оболонки, яка покриває тромбовані вузли, і можуть виникати ділянки некрозу.

Тканини навколо заднього проходу набряклі, напружені і різко гіперемовані. Пальпація запалених гемороїдальних вузлів різко болюча. На поверхні деяких з них виявляють ділянки некрозу і нашарування фібрину. Температура тіла підвищується до 38°C і вище.

У крові виявляють лейкоцитоз, зміну згортальної здатності крові, в бік гіперкоагуляції (підвищення рівня протромбіну, фібриногену, зміна толерантності плазми до гепарину).

У разі прогресування процесу і розвитку висхідного тромбофлебиту хворого турбують інтермітуюча лихоманка, озноби, проливні поти. У загальному аналізі крові - високий лейкоцитоз з різко вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Невідкладна допомога і принципи лікування.

Ліжковий режим.

Призначають молочно - рослинну дієту.

У разі сильного болю - наркотичні анальгетики.

Не можна вправляти тромбовані гемороїдні вузли, які випали. Такі маніпуляції можуть спричинити значне пошкодження слизової оболонки, кровотечі та інші небезпечні ускладнення.

Сидячі ванни з розчином перманганату калію, холодні примочки з використанням свинцю ацетату або 2% розчину натрію гідрокарбонату, які змінюють щопівгодини.

Антибіотикотерапія.

Антикоагулянтна терапія препаратами непрямой дії з контролем згортання крові. Зниження рівня протромбіну до 60-50% є показом до відміни антикоагулянтів.

Місцеві аплікації ферментів (гіалуронідаза, лідаза) або гепаринової мазі.

Через 1-2 дні рекомендують теплі сидячі ванни (38-40°C).

Призначають нестероїдні протизапальні препарати у вигляді ректальних свічок.

У разі вираженого випадіння вузлів і кровотеч — хірургічне лікування.

16. Кровотеча з гемороїдального вузла.

У всіх типових випадках хронічного геморою на перший план виступають кровотечі. Це пов'язано з природою геморою. Адже його структура представлена венозними ректальними сплетеннями, які анатомічно є у кожної людини. Але у хворих гемороєм вони розвинені надмірно і розширені за типом варикозних вузлів на ногах при варикозній хвороби вен нижніх кінцівок. У випадку з гемороєм все те ж саме, відрізняється лише локалізація процесу (прямокишкова замість гомілок).

З урахуванням наведених даних, чи не важко здогадатися, чому кровотеча при геморої є базовим симптомом. Воно виникає в результаті критичної напруги гемороїдального вузла при максимальному його збільшенні. На цьому тлі відбувається розрив слизової з виділенням крові, яка була його вмістом.

Відмінні ознаки гемороїдальної кровотечі.

Оскільки, не лише геморої здатні проявлятися виділенням крові з заднього проходу, важливо знати ті діагностичні критерії, які характерні саме для нього. Гемороїдальним кровотечам властиво:

1. Виникають при підвищенні венозного тиску. Ось чому геморої кровоточить в основному при дефекації або важкому фізичному навантаженні.
2. Виділяється перша порція темної крові. Відразу після виходу калових мас із заднього проходу починає спливати пульсуюча маленька цівка світлої крові. Це пов'язано з тим, що хоч геморої представлені венозними сплетеннями, але їх кровопостачання здійснюють артеріальні судини.
3. Кровотеча при геморої припиняється самостійно через деякий час і рідко вимагає медичних втручань для його зупинки.
4. Гемороїдальні кровотечі не виникають в стані спокою і ніколи не супроводжуються коричневими або виділеннями іншого характеру. Кровоточивий геморої - це завжди свіжа кров при фізичній напрузі або дефекації. Якщо кров супроводжують ще які-небудь виділення, потрібно думати про інших захворюваннях прямої або ободової кишки.

Хвороби, що симулюють гемороїдальні кровотечі:

1. Гостра і хронічна анальна тріщина;
2. Кровоточиві поліпи прямої і сигмовидної кишки;
3. Ракові пухлини;
4. Ерозивні і виразкові проктити будь-якого походження;
5. Пошкодження і чужорідні тіла прямої кишки;
6. Медичні маніпуляції.

Можливі ускладнення:

профузні кровотечі, які можуть стати причиною геморагічного шоку; анемії (зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів - недокрів'я).

Принципи невідкладної допомоги та лікування:

1. Дотримання дієтичного режиму. Дієта виключає гостру і грубу їжу;
2. Виключити фізичні навантаження;
3. Боротьба з запором: дуфалак, піколакс, мікроклізми;
4. Зміцнення венозних судин: детралекс, нормовен, троксевазин. У високих дозах ефективно допомагають зупинити симптоми геморою;
5. Ректальні свічки та мазі: проктозан, проктоседил, ультрапрокт, реліф;
6. Кровозупиняючі препарати: вікасол, етамзилат, амінокапронова кислота;
7. Введення мазевих, або просоченого перекисем водню тампона в анальний канал і пряму кишку показано при триваючих кровотечах.

17. Парапроктити.

Гострий парапроктит - це запалення навколопрямокишкової клітковини.

Етіологія. Збудником гострого парапроктиту є змішана мікрофлора. Найчастіше виявляють стафілококи та стрептококи, кишкові палички. Специфічна інфекція (туберкульоз, актиномікоз тощо) виявляється рідко.

Сприяючі фактори:

травми прямої кишки;

послаблення загального та місцевого імунітету внаслідок виснаження, алкоголізму, перенесених інфекцій (сепсису, грипу, ангіни); судинні зміни кровообігу при цукровому діабеті, атеросклерозі; функціональні розлади кишечника; інші проктологічні хвороби (геморой, анальна тріщина, папіліт тощо).

Класифікація:

За етіологією: банальний, специфічний та посттравматичний.

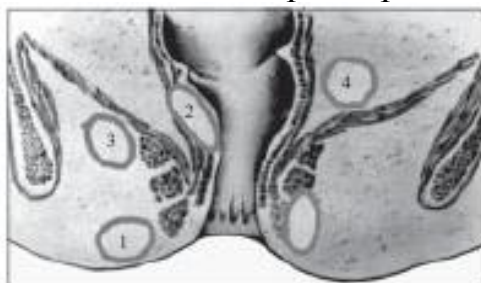
За активністю: гострий, рецидивуючий, хронічний.

За локалізацією: підшкірний (1), підслизовий (2), сіднично - прямокишковий (або ішіоректальний) (3) та тазово - прямокишковий (пельвіоректальний) (4).

За розташуванням внутрішнього отвору нориці: передній, задній, бічний.

За відношенням ходу нориці до волокон сфінктра: інтра-, транс-, екстрасфінктерний.

За наявністю отворів нориці: повний, неповний.



Клініка. Захворювання починається гостро. Продромальний період характеризується підвищенням температури, загальною слабкістю. Потім з'являються біль у області прямої кишки та промежині. Ступінь виразності симптомів залежить від локалізації та поширення запального процесу. Підшкірний парапроктит проявляється утворенням болісного інфільтрату в області запального процесу; сіднично-прямокишковий парапроктит (або ішіоректальний) проявляється загальними симптомами інтоксикації та місцевими симптомами захворювань товстої кишки. Пельвіоректальний парапроктит (тазово-прямокишковий) протікає найбільш тяжко. Пацієнти звертаються до хірурга, уролога чи гінеколога, оскільки біль локалізується в нижньому відділі живота, але не в області анального отвору. Через це діагностика цього типу парапроктиту ускладнюється. На початку захворювання найбільш виражені загальні симптоми інтоксикації, а після 10-12 днів з'являються затримка дефекації та сечовипускання, біль у ділянці промежини.

Загальні симптоми захворювань прямої кишки — біль внизу живота, біль в області прямої кишки, в анальному отворі, тенезми, затримка дефекації та дизуричні розлади — найчастіше трапляються при локалізації гнійника саме в пельвіоректальному просторі, але можливі при будь-якому парапроктиті.

Ускладнення: проктит, вагініт, уретрит, пельвіоперитоніт, хронічний парапроктит, сепсис.

Діагностика:

Підшкірний парапроктит. Він проявляється чітко: гіперемія шкіри, біль при пальпації, помітний інфільтрат. Діагноз «гострий підшкірний парапроктит»

можна поставити на основі пальпації, анамнезу, клінічної картини та пальцевого дослідження прямої кишки.

Підслизовий парапроктит. Підслизовий парапроктит діагностувати теж нескладно. Він визначається при пальцевому дослідженні прямої кишки. На одній зі стінок прямої кишки можна виявити інфільтрат. Підслизовий парапроктит часто проривається самостійно.

Ішіоректальний парапроктит. Помітні оком симптоми ішіоректального парапроктиту з'являються в пізній стадії хвороби. З'являються асиметрія сідниць, згладжування перианальних складок. Якщо пацієнт звернувся до лікаря через озноб, погіршення самопочуття, біль у прямій кишці, але видимих змін не помітно, проводиться пальцеве дослідження, при якому виявляються ущільнення стінки кишки вище анального каналу, згладжування складок стінок. Через тиждень з'являється інфільтрат, що виступає в порожнину прямої кишки, підвищується місцева температура. При поширенні інфільтрату на передміхурову залозу чи уретру при пальпації можливий позив до сечовипускання. Характерною ознакою саме ішіоректального парапроктиту є розташування інфільтрату на рівні аноректальної лінії (місце контакту прямої кишки з верхнім краєм анального сфінктера) чи вище неї.

Пельвіоректальний парапроктит. Протікає найбільш тяжко і діагностується пізно. Зовнішній огляд не допомагає діагностувати цей тип парапроктиту. Для діагностики пельвіоректального парапроктиту застосовуються пальцеве дослідження, ендоскопія, ультрасонографія. Але найголовнішими методами все ж таки залишаються оцінка клінічної картини та дані пальцевого дослідження. Різновидом пельвіоректального парапроктиту є ретроректальний, особливістю якого є наявність постійного болю.

Лікування – оперативне: розкриття гнійника та його дренивання, пошук ураженої крипти та гнійного ходу та їх видалення.

Хронічний парапроктит — це хронічне запалення анальної крипти і параректальної клітковини з формуванням фістульного ходу. Уражена крипта при цьому є внутрішнім отвором фістули.

У верхній частині анального каналу на слизовій оболонці є ряд поздовжніх складок, відомих під назвою «анальних стовпів», між якими знаходяться анальні крипти (пазухи). Останні є устями анальних залоз, які виробляють слиз, що полегшує проходження калу через вузький анальний канал.

Етіологія. Причиною утворення фістули є невилікуваний гострий парапроктит.

Класифікація.

За етіологією (банальний, специфічний та посттравматичний) та за локалізацією гнійників, інфільтратів (підшкірний, підслизовий, ішіоректальний та пельвіоректальний);

за розташуванням внутрішнього отвору фістули: передній, задній та боковий;

за анатомічною ознакою: фістули повні, неповні, внутрішні, зовнішні;

за складністю: прості та складні.

Клініка. Основними симптомами хронічного парапроктиту є поява отвору в промежині, з якого виділяються гній, кров; іноді ці виділення є дуже рясними, спричинюючи подразнення шкіри, свербіж. Можливий несильний біль в області заднього проходу, який посилюється при дефекації.

Перебіг фістули прямої кишки — хвилеподібний. На фоні існуючої нориці може виникнути загострення запального процесу в параректальній клітковині; за симптомами воно буде схожим на гострий парапроктит; може виникнути абсцес, після розкриття якого загальний стан покращиться, гострий запальний процес купірується, зникає біль — настає період ремісії. Тоді фістула може майже ніяк себе не проявляти.

Ускладнення: недостатність анального сфінктеру; при несприятливому розвитку та відсутності лікування абсцес може перейти у флегмону сідниці, стегна тощо; можлива малігнізація фістули, амілоїдоз, сепсис.

Діагностика: всіх хворих з норицею прямої кишки проводиться проба з барвником і зондування. Також проводять ректороманоскопію (для виявлення стану слизової оболонки прямої кишки), сфінктерометрія (для оцінки функції анального сфінктера), аноскопію, ультрасонографію та при підозрі на транссфінктерну чи екстрасфінктерну норицю ще й фістулографію.

Лікування — виключно хірургічне. Операція полягає в розкритті абсцесу (при загостреннях хронічного парапроктиту з утворенням гнійника) і вилученні зовнішнього та внутрішнього отворів фістули разом зі стінками фістульного ходу.

По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти вмітимуть:

- збирати скарги, анамнез;
- провести об'єктивне обстеження при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів черевної порожнини та прямої кишки;
- надати невідкладну допомогу та здійснити транспортування при гострих захворюваннях і ушкодженнях органів черевної порожнини та прямої кишки.

Практичні навички:

- установлення діагнозу та надання першої медичної допомоги хворим в разі гострих хірургічних захворювань та травм живота, прямої кишки;
- методика надання невідкладної допомоги в разі кровотечі із стравоходу, шлунково-кишкових кровотеч, гемороїдальних вузлів;
- методика надання невідкладної допомоги при евентраціях внутрішніх органів;
- транспортування хворих з невідкладними станами в разі гострих захворювань та ушкоджень органів живота.

Запитання для самоконтролю:

1. Дайте визначення терміну «Гострий живіт»? Перерахуйте типові симптоми, що можуть виявлятися при цьому стані? Складіть план заходів під час надання невідкладної допомоги при гострому животі?
2. Дайте визначення, здійсніть класифікацію та охарактеризуйте клінічну картину і невідкладну допомогу при перитоніті?
3. Здійсніть класифікацію та охарактеризуйте клінічну картину і невідкладну допомогу при шлунково-кишкових кровотечах?
4. Охарактеризуйте етіологію, патогенез, клінічну картину та невідкладну допомогу у разі емболії та тромбозу мезентеріальних судин?
5. Охарактеризуйте клінічну картину, класифікацію та невідкладну допомогу у разі проривної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки?
6. Дайте характеристику (причини, класифікація, клінічна картина, можливі ускладнення, невідкладна допомога) защемленій черевній грижі?
7. Охарактеризувати клініку та невідкладну допомогу у разі печінкової коліки?
8. Охарактеризувати причини розвитку, класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення та невідкладну допомогу при гострому холециститі?
9. Охарактеризувати причини розвитку, класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення та невідкладну допомогу при гострому апендициті?
10. Охарактеризувати причини розвитку, класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення та невідкладну допомогу при гострому панкреатиті?
11. Охарактеризувати причини розвитку, класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення та невідкладну допомогу при гострій кишковій непрохідності?
12. Охарактеризувати класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення та невідкладну допомогу при закритій та відкритій травмі живота?
13. Охарактеризувати причини розвитку, класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення при травмі прямої кишки?
14. Охарактеризувати клінічну картину, можливі ускладнення при гострих захворюваннях прямої кишки?
15. Охарактеризувати клінічну картину, можливі ускладнення при аноректальному тромбозі?
16. Назвіть характерні властивості при кровотечі з гемораїдального вузла?
17. Охарактеризувати класифікацію, клінічну картину, можливі ускладнення при гострих і хронічних парапроктитах?

Рекомендована література:

М.С.Регеда, «Невідкладні стани», Львів: «Магнолія 2006», 2008 р. ст. 468 – 496, 500 – 504, 539 - 541.

І.В. Роздольський, «Невідкладні стани в хірургії», Київ: «Медцина», 2007 р., ст. 36 – 50.

О.Ю. Усенко, «Хірургія», Київ: «Медцина», 2013 р., ст. 299 – 300, 318 - 319.

<http://medlec.org/lek-27762.html>

uk.wikipedia.org – парапроктити.