



Зміст

Гострий апендицит.....	4
Грижі.....	13
Захворювання жовчного міхура та холедоха.....	22
Гострий холецистит.....	22
Хронічний холецистит.....	25
Гострий холангіт.....	31
Гострий панкреатит.....	33
Виразкова хвороба.....	42
Гострі ускладнення.....	45
Виразкова хвороба, ускладнена кровотечею.....	45
Виразкова хвороба, ускладнена перфорацією.....	51
Хронічні ускладнення.....	56
Виразкова хвороба, ускладнена стенозом.....	56
Виразкова хвороба, ускладнена пенетрацією.....	60
Виразкова хвороба, ускладнена малігнізацією.....	62
Хвороби оперованого шлунку.....	63
Демпінг-синдром.....	63
Гіпоглікемічний синдром.....	65
Пептична виразка анастомозу.....	65
Синдром привідної петлі.....	66
Гостра кишкова непрохідність.....	68
Перитоніт.....	77
Запальні захворювання кишечника.....	86
Неспецифічний виразковий коліт.....	86
Хвороба Крона.....	92
Захворювання прямої кишки.....	99
Геморой.....	99
Анальна тріщина.....	102
Парапроктит.....	104
Поліпоз товстого кишечника.....	108
Епітеліально-куприкові ходи.....	110
Закриті травми живота.....	112
Закрита травма печінки.....	116
Закрита травма селезінки.....	120
Закрита травма підшлункової залози.....	123
Закрита травма шлунку та 12-палої кишки.....	125
Хвороби печінки.....	127
Абсцес печінки.....	127
Пілефлебіт.....	128
Ехінококоз печінки.....	130
Непаразитарна кіста печінки.....	131
Портальна гіпертензія.....	132
Кровотечі з варикозно розширених вен.....	135
Джерела.....	138



ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Гострий апендицит – це неспецифічне запалення червоподібного відростка, що обумовлене проникненням м/о в його стінку (МКХ-10 K.35).

Апендикулярний інфільтрат – це конгломерат спаяних між собою органів і тканин, розташованих навколо запаленого червоподібного відростка.

Апендикулярний абсцес – це обмежене гнійне утворення черевної порожнини, що виникає внаслідок прогресування запального інфільтрату.

Червоподібний відросток

- довжина від 1 до 30 см (середня 6-9 см);
- діаметр відростка 3-6 мм, товщина стінки 3 мм;
- апендикулярно-яєчникова зв'язка Кладо у 25-50% жінок - від брижі червоподібного відростка до правого яєчника чи широкої зв'язки матки у вигляді складки очеревини (сполучна тканина, м'язові волокна, кровоносні і лімфатичні судини).

Кровопостачання:

- a. mesenterica superior → a. ileocolica → a. appendicularis;
- a ileocolica → a. caecalis anterior;
- a ileocolica → a. caecalis posterior.

Венозний відтік:

- v. appendicularis → v. mesenterica → v. portae et v. cava inferior.

Іннервація:

- черевне сплетення → верхній брижовий ганглії → верхнє брижове сплетення → червоподібний відросток, сліпа кишка, висхідна ободова кишка і поперечна ободова кишка.

Положення червоподібного відростка:

- медіальне;
- висхідне;
- в лівій здухвинній ділянці;
- ретроцекальне;
- ретроперитонеальне;
- латеральне;
- високе;
- тазове;
- трансмуральне;
- інтраперитонеальне.

Фактори ризику

- дефіцит клітковини в продуктах харчування;
- фізичне та емоційне перенавантаження;
- запальні шлунково-кишкові захворювання;
- паління;
- алергічні захворювання.

Етіологія

- обструкція червоподібного відростка копролітами;
- гіпертрофія лімфоїдної тканини в червоподібному відростка.

Патогенез

Обструкція порожнини відростка (копроліти, м'язовий спазм, глистна інвазія) → заповнення порожнини відростка слизом, трансудатом → розтягнен-



ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Гострий панкреатит (ГП) – це гострий запально-некротичний процес, що пов'язаний із передчасною активацією проензимів підшлункової залози і різного ступеня пошкодженням суміжних тканин, а інколи також віддалених органів (МКХ-10: K.85).

Етіологія

- алкоголізм (алкогольний експес, сурогат алкоголю, надлишок вживання жирної їжі) + ЖКХ або густа жовч (80-90%);
- травми;
- зловживання захворювання підшлункової залози;
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (2-3%);
- інфекційні захворювання (паротит, вірус Епштейна-Барр, аскариди та ін);
- медикаменти (фуросемід, сульфаміди, меркаптопурин та ін);
- дисфункція сфінктера Одді;
- аутоімунний (IgG₄-опосередкований) склерозивний гострий панкреатит;
- внутрішньопілярні утворення;
- роздвоєна підшлункова залоза.

Класифікація ГП

Клінічна класифікація Атланти (2012):

- **легкий ГП** – органна недостатність, місцеві (окрім можливого гострого парапанкреатичного рідинного утворення), системні ускладнення відсутні;
- **ГП середньої тяжкості** – транзиторна (< 48 год) органна недостатність, місцеві ускладнення (некроз, гострий некротичний конгломерат, інкапсульований панкреонекроз) і/або загострення хронічних захворювань;
- **важкий ГП** – персистивна (> 48 год) органна недостатність та розвиток ≥ 1 місцевого ускладнення.

Визначення органної недостатності (модифікована шкала Marshall)

Якщо органна недостатність розвивається впродовж перших 24 год госпіталізації та неможливо оцінити, чи вона буде транзиторною чи персистуючою, спочатку класифікують і лікують пацієнта, як у випадку тяжкого ГП. Повторно оцініть важкість ГП через 24 год, 48 год і 7 днів.

Модифікована шкала Marshall

Система	Бали				
	0	1	2	3	4
Дихальна (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Нирки (креатинін)	≤134	134-169	170-310	311-439	> 439
Серцево-судинна (сАТ, мм Hg)	> 90	< 90 відповідь на інфузію присутня	< 90 відповідь на інфузію відсутня	< 90, pH <7,3	< 90, pH <7,2



женим потовщенням і деформацією складок СО та нерівномірним звуженням просвіту ДПК.

Гістологічне дослідження: виявлення уреазі в матеріалі біоптату.

Rö ОЧП:

- *прямі ознаки:* с-м «ніші» (виявляється дефект в стінці заповнений контрастною речовиною), виразковий вал, конвергенція складок (складки шлунка радіально сходяться в напрямку виразки);
- *непрямі ознаки:* с-м «пальця» (при виразці відбувається скорочення циркулярних м'язів і це проявляється у вигляді «вказівного пальця, що вказує на виразку»), сегментарна гіперперистальтика, затримка евакуату, рефлюкс контрасту.

pH-метрія: виявлення гіперацидної функції.

Лікування

- ЕРАДИКАЦІЯ *Helicobacter pylori*

Трьохкомпонентна схема:

ІПП: Пантопразол або Езомепразол або Омепразол або Рабепразол по 40-80 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Кларитроміцин по 500 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Амоксицилін по 1000 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

АБО

Метронідазол по 500 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Класична квадротерапія без вісмуту:

ІПП: Пантопразол або Езомепразол або Омепразол або Рабепразол по 40-80 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Кларитроміцин по 500 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Амоксицилін по 1000 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Метронідазол по 500 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

АБО

Тинідазол по 500 мг п/о 2 р/д протягом 6-10 днів

Класична квадротерапія з вісмутом:

ІПП: Пантопразол або Езомепразол або Омепразол або Рабепразол по 40-80 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Субцитрат вісмуту по 120-420 мг 4 р/д протягом 10-14 днів

Тетрациклін по 500 мг 3-4 р/д протягом 10-14 днів

Метронідазол по 500 мг 4 р/д протягом 10-14 днів

Потрібна терапія з левофлораксацином:

ІПП: Пантопразол або Езомепразол або Омепразол або Рабепразол по 40-80 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Амоксицилін по 1000 мг 2 р/д протягом 10-14 днів

Левофлораксацин по 500 мг 1 р/д протягом 10-14 днів

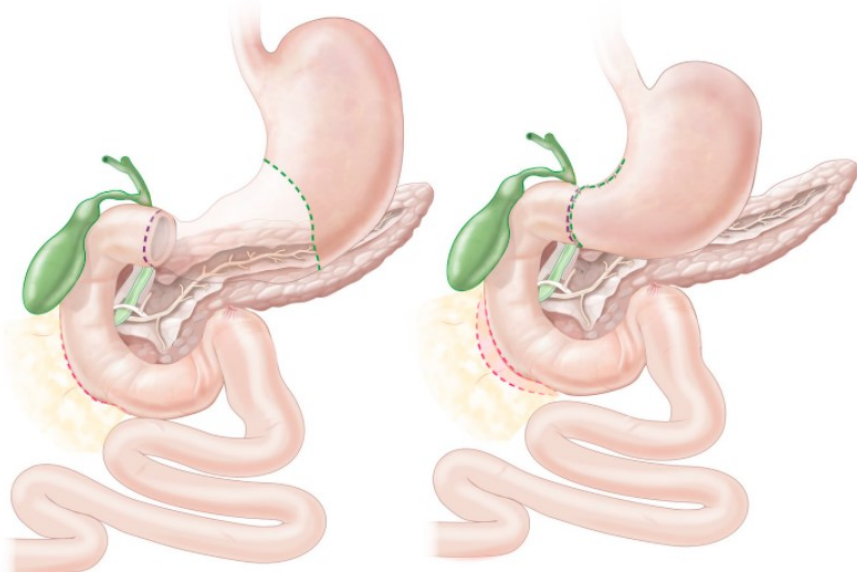
- Н₂-АНТАГОНІСТИ (альтернатива ІПП):

Фамотидин по 20 мг п/о 2 р/д

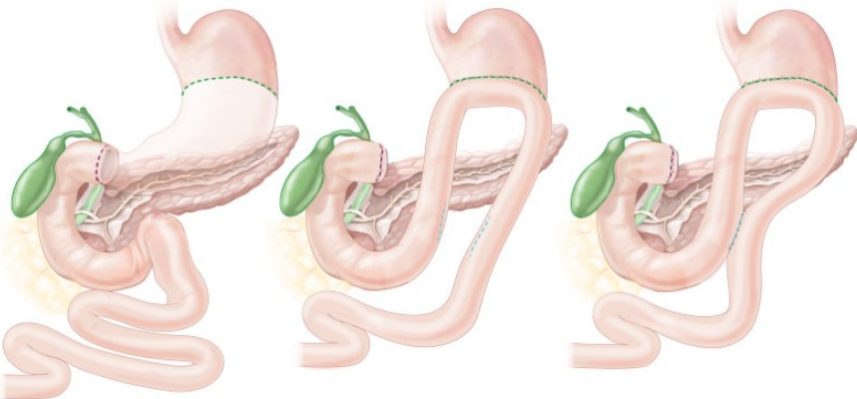


Часткова гастректомія (Більрот) і реконструкція:

Більрот I: дистальна гастректомія з гастродуоденостомією кінець в кінець або бік в кінець (Пілорус видаляють, а дистальний відділ шлунка анастомозують безпосередньо з дванадцятипалою кишкою)



Більрот II: резекція дистальних двох третин шлунка з кукусом дванадцятипалої кишки, що закінчується сліпим, і гастроеюностомією кінець у бік (Більша кривизна шлунка анастомозується з порожньою кишкою)





R6 ОЧП: при перфорації порожнистого органу в піддіафрагмальному просторі поява повітря (симптом серпа/ с-м Жобера), при появі ознак паралітичної кишкової непрохідності: «чаші Клойбера», тонкокишкові арки, зникнення пневматизації товстої кишки, при абсцесі - кулясте утворення з рівнем рідини (за рахунок накопичення газів при розкладанні тканин).

Лапароцентез: наявність вільної рідини в черевній порожнині, характер рідини вказує на причину перитоніту (домішки жовчі, крові, неперетравлених рештки, кал).

Пошуковий катетер: проводиться при підозрі на закриту травму живота; під час лапароцентезу виймаємо стилет та вводимо через гільзу троакара поліхлорвінілову трубку та за допомогою шприца аспіруємо вміст з усіх ділянок черевної порожнини, якщо рідина відсутня, то вводимо фізіологічний розчин, потім аспіруємо його і проводимо лабораторне дослідження.

Лапароскопія: підтвердження діагнозу «гострий перитоніт» та визначення характеру випоту, виявлення захворювання чи пошкодження органу, що спричинив перитоніт.

КТ ОЧП: діагностика відмежованого перитоніту, визначення наявності рідини в черевній порожнині, наявність вільного газу в черевній порожнині, розширення петель кишечника, ознаки пошкодження паренхіматозних органів.

МРТ ОЧП: наявність вільної рідини в черевній порожнині, наявність вільного газу в черевній порожнині, розширення петель кишечника, ознаки пошкодження паренхіматозних органів.

ФГДС: наявність дефекту стінки шлунка або ДПК.

Термографія: порівняння інтенсивності інфрачервоного випромінювання над різними ділянками живота і виявлення джерела перитоніту по локальній гіпертермії.

Радіонуклідне дослідження: можна використовувати при обмеженому перитоніті для виявлення місця локалізації.

Диференційна діагностика

Гострий інфаркт міокарду, патологічна вагітність, апендицит, холецистит, панкреатит, ниркова коліка, гостра кишкова непрохідність, хвороба Шенляйн-Геноха, асцит.

Лікування

Догляд за хворим:

- місцева гіпотермія;
- інтубація і декомпресія шлунка;
- підготовка операційного поля;
- інгаляція киснем через носовий катетер до 4 л/хв;
- катетеризація сечового міхура;



ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА (ЗЗК) НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – це дифузне неспецифічне запалення СО прямої кишки або прямої та ободової кишок, що у важких випадках призводить до утворення виразок.

Фактори ризику

- наявність ЗЗК у близьких родичів;
- активне тютюнопаління;
- інфекційні гастроентерити в анамнезі (протективний фактор для виразкового коліту і фактор ризику для ХК);
- апендектомія і мезентеріальний лімфаденіт в анамнезі (протективний фактор для ВК);
- неселективні НПЗП збільшують ризик розвитку хвороби Крона.

Монреальська класифікація хвороби Крона

За локалізацією:

E1 (виразковий проктит): ураження обмежене прямою кишкою (запалення знаходиться дистальніше ректосигмоїдного з'єднання);

E2 (лівосторонній НВК або дистальний НВК): ураження обмежене частиною ободової та прямої кишки до рівня селезінкового кута;

E3 (поширений або панколіт): ураження поширене за селезінковий кут.

За важкістю:

S0: клінічна ремісія (відсутність симптомів);

S1 (легка форма НВК): ≤ 4 випорожнень/д (з/без крові), відсутність системного прояву та маркери запалення в нормі;

S2 (помірно виражений НВК): > 4 випорожнень/д, але з мінімальними ознаками системної токсичності;

S3 (важка форма НВК): ≥ 6 кров'янистих випорожнень/д, ЧСС ≥ 90 /хв, температура тіла $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, рівень гемоглобіну знижений.

Фульмінантна форма: > 10 випорожнень/д, постійна кровотеча, виражена інтоксикація, болючість та здуття живота, потреба в переливанні крові та дилатація товстої кишки.

Класифікація НВК

За характером клініки:

- гострий (менше 6 міс);
- хронічний безперервний (ремісії менше 6 міс);
- хронічний рецидивуючий (ремісії більше 6 міс):
 - рідко рецидивний (≤ 1 р/рік);
 - часто рецидивний (≥ 2 р/рік).

За локалізацією:

- проктит;
- проктосигмоїдит;
- лівосторонній коліт;



При важкому безперервному перебігу або при резистентності до вище вказаної терапії призначають преднізолон в дозі 40-60 мг (1 мг/кг/д).

- ЦИТОСТАТИКИ НЕСЕЛЕКТИВНІ:

Cyclophosphamidi 0,2 в/в на NaCl 0,9%-250ml

Tab. Azathioprini 0,05 п/о по 1-2,5 мг/кг/д

Меркаптопурин п/о по 0,75-1,5 мг/кг/д + Фолієва к-та по 1 мг

Tab. Methotrexati 0,005 п/о по 25 мг 1 раз на тиждень, далі доза поступово знижується + Фолієва кислота по 1 мг

- ЦИТОСТАТИКИ СЕЛЕКТИВНІ:

Tab. Ciclosporini 0.1 (5-15 мг/кг/д) 14 днів

Sol. Ciclosporini 10%-1ml (1-7 мг/кг/д) в/в 14 днів

- МОНОКЛОНАЛЬНІ АНТИТІЛА:

Антитіла до TNF- α :

Infliximabi по 5 мг/кг в/в кр на NaCl 0,9%-250ml впродовж 2-х год
0, 2 та 6-й тиждень, далі по 5 мг/кг кожні 8 тижнів

Адаліумаб по 160 мг п/ш на 0 тижні, 80 мг на 2 тижні, надалі по
40 мг кожен другий тиждень, починаючи з 4 тижня

Інгібітори α -4- β -7-інтегрину:

Ведолізумаб спочатку по 300 мг в/в на 0, 2 і 6 тиждень, потім по
300 мг кожні 8 тижнів

- Симптоматична терапія:

- ІНГІБІТОРИ ПРОТОНОВОЇ ПОМПИ:

Омепразол по 40 мг п/о 1 р/д

Лансопразол по 30 мг п/о 1 р/д

- СПАЗМОЛПТИКИ (при абдомінальному спазмі):

Дицикломін по 25-40 мг п/о 3 р/д

Гіосциамін по 0,125 мг п/о кожні 6 год

- ПРОТИДІАРЕЙНІ:

Лоперамід стартова доза 4 мг п/о, далі після кожної діареї 2 мг

Холестирамін стартова доза 4 г п/о, далі збільшувати на 4 г кожен
тиждень до 12-24 г

Хірургічне лікування:

- Доступ: серединна лапаротомія;

- Покази до операції:

- поява ускладнень (абсцеси, кишкова непрохідність, нориці, кровотеча, перфорація);

- резистентність ХК до медикаментозного лікування;

- ***види оперативних втручань:***

- обмежена ілеоцекальна резекція;

- при активній ХК з формуванням абсцесу черевної порожнини, дренажування та за необхідності відстрочена резекція ураженої ділянки;



ЗАКРИТА ТРАВМА ПЕЧІНКИ

Міжнародна класифікація (AIS) пошкодження печінки

Ступінь	Вид	Морфологія	AIS-90
I	гематома	Підкапсульна, стабільна, < 10% поверхні органу	2
	розрив	Капсули, паренхіми глибиною < 1 см, без кровотечі	2
II	гематома	Підкапсульна, стабільна, займає 10-50% поверхні органу Інтрапаренхімальна, стабільна, < 10 см в діаметрі	2
	розрив	Капсули, паренхіми глибиною < 10см в довжину, кровотеча	2
III	гематома	Підкапсульна > 50 % поверхні, стабільна;	3
		Підкапсульна, незалежно від величини, але нестабільна;	3
		Підкапсульна з розривом і кровотечею;	3
		Інтрапаренхімальна гематома > 10 см, стабільна;	3
	Центральна гематома незалежно від величини, але не стабільна (наростає).	3	
розрив	Паренхіми глибиною > 3 см.	3	
IV	розрив	Паренхіми 25-75% одної частки, або 1-3 сегментів за Куїно V в межах одної частки.	4
V	розрив	Паренхіми > 75% одної частки, або > 3 сегментів за Куїно в VI межах одної частки.	5
	пошкодж судин	Пошкодження позапечінкових вен (v. cava inf. retrohepatica), магістральних вен печінки.	5
VI	розрив	Вірив печінки.	6

Клінічна картина

- ознаки внутрішньої кровотечі (блідість шкіри та СО, холодний липкий піт, різке зниження АТ, тахікардія);
- розвиток геморагічного або травматичного шоку;
- садна та гематоми в ділянці правого підребер'я;
- ознаки перелому ребер справа;
- передня черевна стінка не бере участь в акті дихання;
- перкуторно притуплення у відлогих ділянках живота.

Симптоми травми печінки:

с-м Елекера – іррадіація болю у праве плече і лопатку.

с-м Мюссі – френікус-симптом, іррадіація болю в шию.

с-м Гейнеке-Лежара – значне здуття живота.

с-м Кулемкампа – див. апендицит.

с-м Фінстерера – брадикардія внаслідок всмоктування жовчі, яка попадає у черевну порожнину.

с-м Менделя (Роздольського) – перкуторно болючість над ділянкою ураження.

с-м Щоткіна-Блюмберга – див. перитоніт.

с-м Де Кервена – див. перитоніт.