

Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики

Технології медичної діагностики та лікування

Загальна хірургія

Тема лекції №9: Абдомінальна хірургія



Лектор: к.мед.н., доцент О.О.Паламарчук

План лекції

1. Пошкодження та захворювання очеревини
 - Гострий живіт
 - Перитоніт
2. Захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки
 - Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки
3. Пошкодження та захворювання печінки та жовчних шляхів
 - Пошкодження печінки та жовчних шляхів
 - Абсцес печінки
 - Кіста печінки
 - Жовчокам'яна хвороба
 - Гострий холецистит
 - Хронічний холецистит
4. Захворювання підшлункової залози
 - Гострий панкреатит
 - Хронічний панкреатит
5. Пошкодження та захворювання селезінки
6. Захворювання кишечника
 - Гострий апендицит
 - Хронічний апендицит
 - Кишкова непрохідність
 - Хвороба Крона
 - Неспецифічний виразковий коліт
7. Грижі живота
8. Захворювання прямої кишки
 - Геморой
 - Випадіння прямої кишки
 - Хронічна анальна тріщина
 - Гострий парапроктит
9. Закрита та відкрита травма

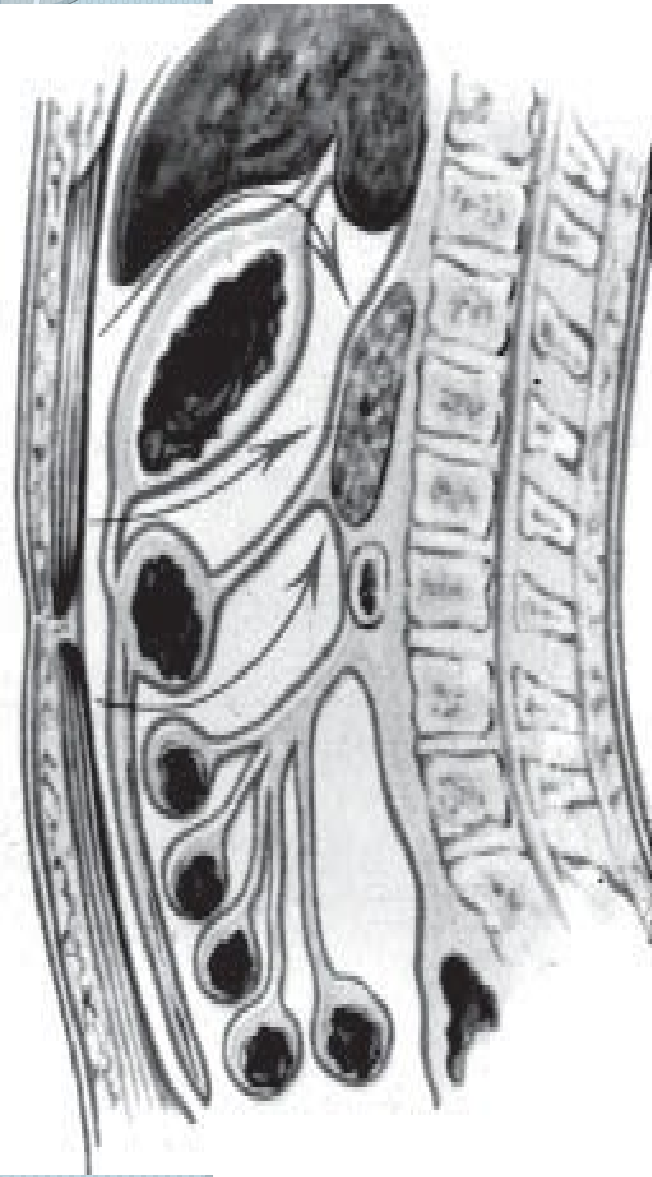


ПОШКОДЖЕННЯ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ОЧЕРЕВИНИ

Гострий живіт

- Гострий живіт – це комплекс клінічних симптомів, які розвиваються при пошкодженнях або гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострому апендициті, проривній виразці шлунка і дванадцятипалої кишки, гострій кишкової непрохідності і т. ін.), що супроводжуються подразненням очеревини, а у випадках несвоєчасного надання медичної допомоги – перитонітом. У багатьох випадках встановити правильний діагноз у цих хворих досить тяжко.
- “*гострий живіт*” – це збірний термін, що означає недіагностоване гостре хірургічне захворювання або пошкодження органів черевної порожнини. Слід пам’ятати, що “гострий живіт” – це не діагноз, а показання до термінової госпіталізації. У стаціонарі таким хворим проводять детальне обстеження і, залежно від виявленого захворювання або ушкодження, здійснюють адекватне консервативне чи хірургічне лікування.

Перитоніт



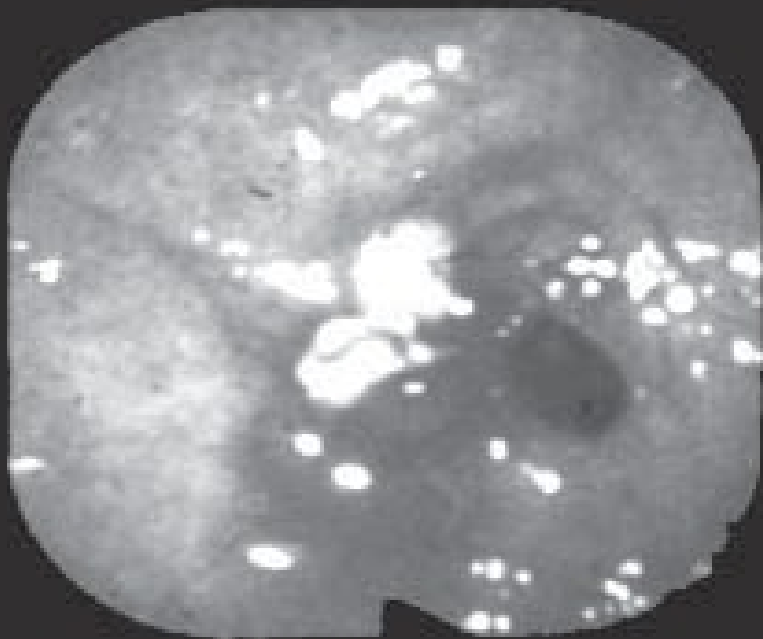
- Перитоніт – це гостре або хронічне запалення очеревини, яке супроводжується як місцевими, так і загальними ознаками захворювання, а також вираженими порушеннями функцій життєво важливих органів і систем організму.
- Основними причинами гострого перитоніту є: гострий апендицит, холецистит, проривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, кишкова непрохідність і т. ін.



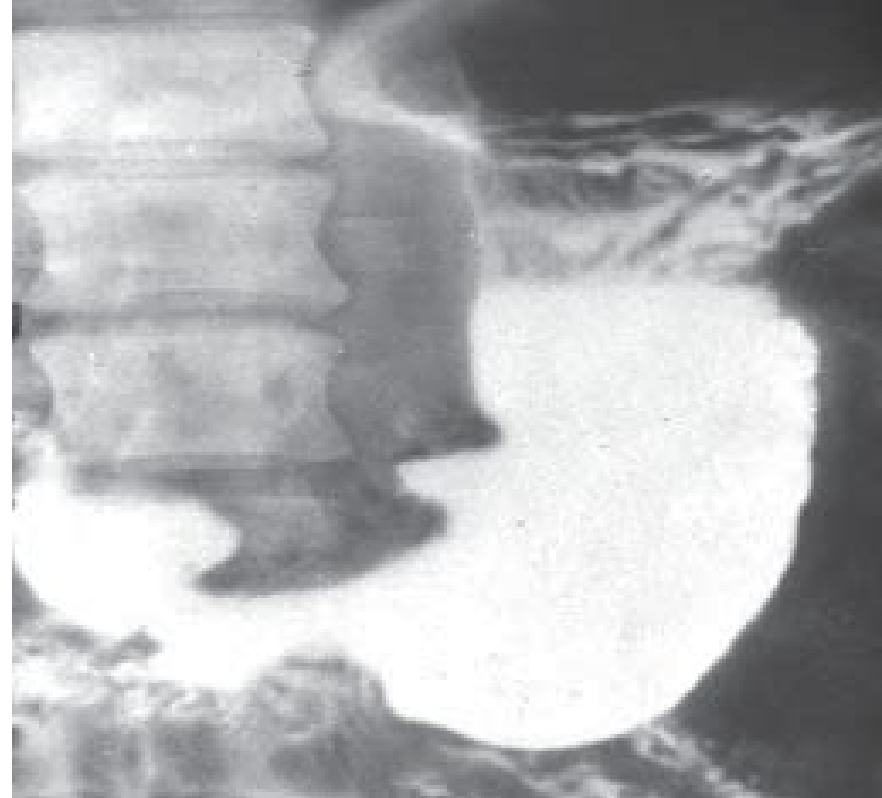
ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

- *Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ)* – це хронічне з поліциклічним перебігом захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки, основним проявом якого є виразка. Зустрічається у людей різного віку, але частіше у 30-40 років, чоловіки хворіють у 6-7 разів частіше, ніж жінки. Причини виникнення цього захворювання на сьогодні залишаються не зовсім виясненими, а численні теорії патогенезу (неврогенна, запальна, судинна і т. ін.) не можуть у всіх випадках відповісти на питання про механізм його розвитку. До останнього часу залишається загальноприйнятою точка зору про неврівноваженість факторів “агресії” і “захисту” слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. До перших належать: соляна кислота, зворотна дифузія іонів водню, пепсин і т. ін. До других: слизовий і лужний компонент шлункового соку, стан кровобігу та регенеративні процеси в слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки. Проте епохальною подією минулого століття було відкриття у 1978 р. австралійськими лікарями Уорреном і Баррі Маршалом *Helicobacter pylori*, яка сьогодні вважається основним чинником виникнення та поширення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Важливе значення для виникнення ВХ мають фактори ризику. До них відносяться: конституційні та спадкові особливості організму; нервово-психічні перенапруження; хронічні захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки (гастрити, дуоденіти); зловживання курінням, алкоголем; порушення ритму і характеру харчування та ін.



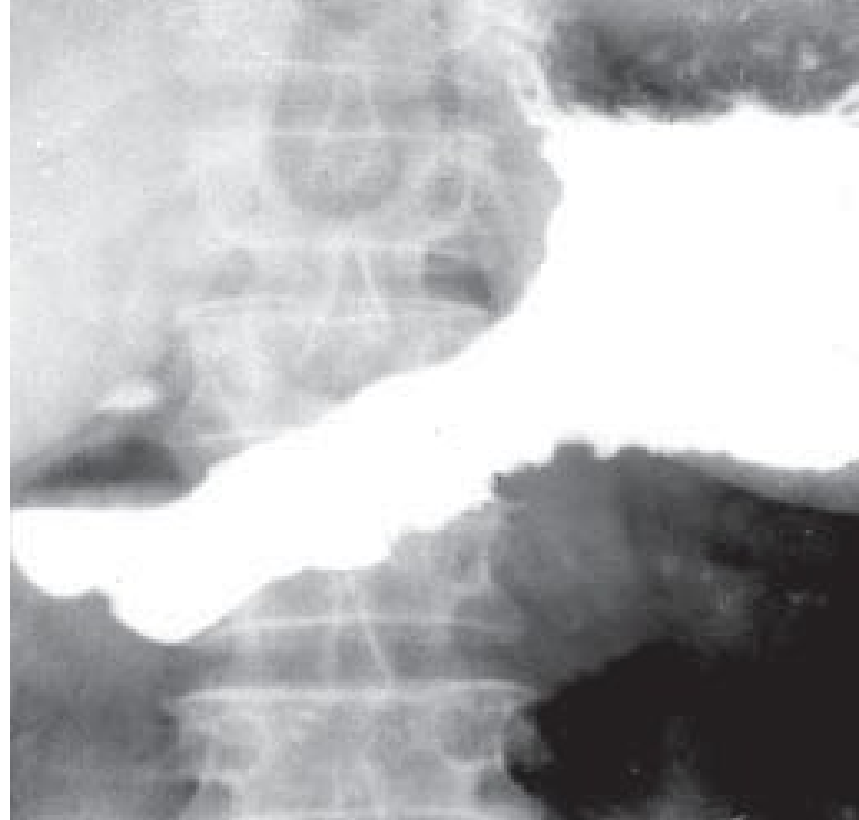
Фіброгастродуоденоскопія.
Хворий П., 52 роки.
Активна виразка шлунка.



Хворий С., 46 років.
Активна виразка шлунка, симптом
“ніші” (*контрастна
рентгенограма*).



Хворий С., 42 роки. Оглядова рентгенограма черевної порожнини, серпоподібна смужка газу під правим склепінням діафрагми.



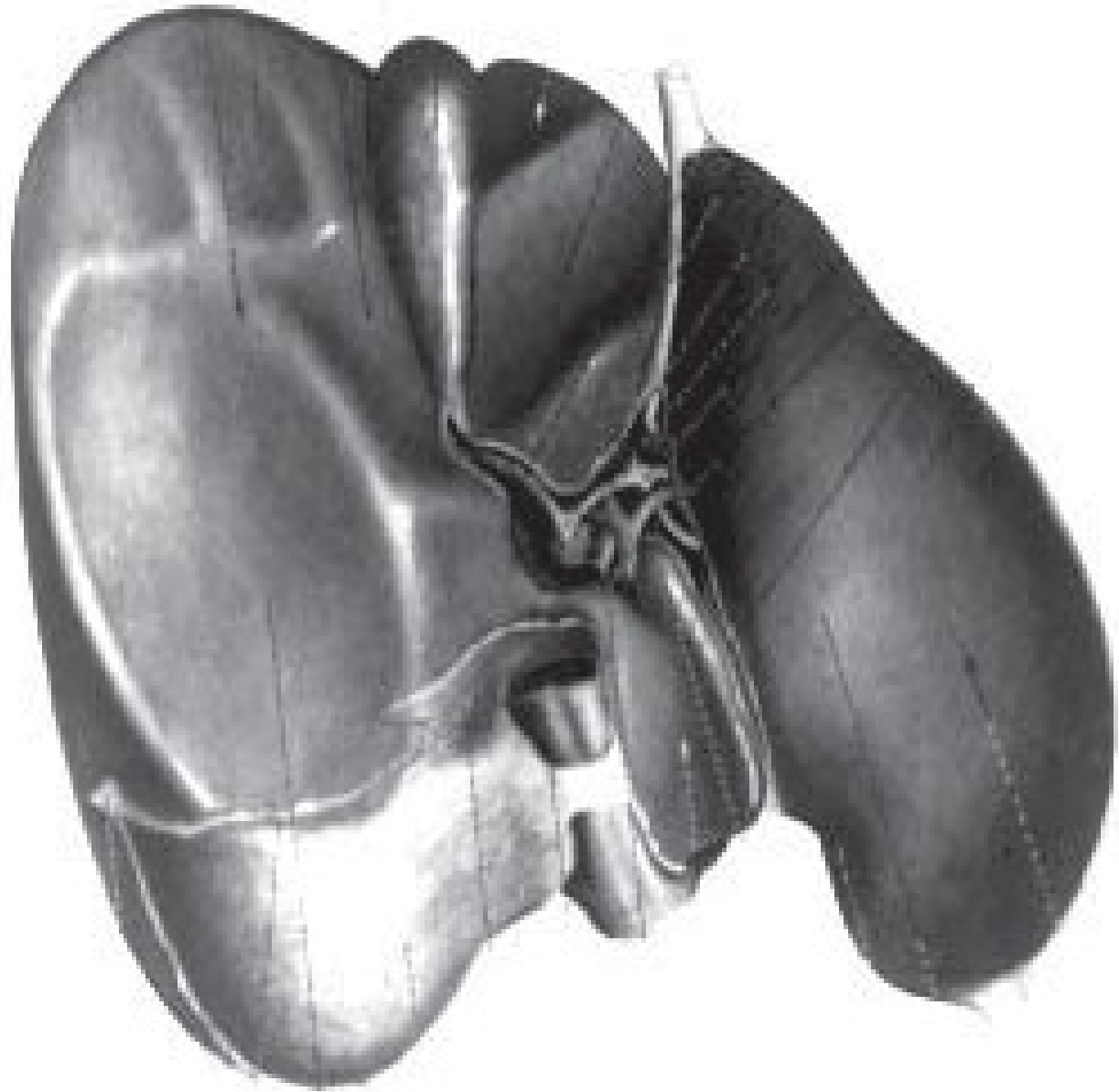
Рак шлунка, “злаякісний рельєф” (контрастна рентгенограма).



ПОШКОДЖЕННЯ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Пошкодження печінки та жовчних шляхів

- *Відкриті пошкодження* виникають при пораненнях колючими, ріжучими предметами або вогнепальною зброєю. *Закриті пошкодження* виникають при ударах по правому підребер'ї або епігастральній ділянці, при стисненні між двома предметами, при падінні і т. ін. Вони можуть бути ізольованими або поєднаними з пошкодженням шлунка, кишечника, поперечно-ободової кишки і т. ін. За механізмом травми можуть бути у вигляді поодиноких або множинних тріщин, розривів, розчавлень і навіть повного відриву печінки.



Топографічна анатомія печінки та жовчних шляхів.

Абсцес печінки

- *Абсцес печінки* виникає внаслідок потрапляння в печінку через жовчні протоки або гематогенним чи лімфогенним шляхом патогенної мікрофлори або паразитів. Абсцеси печінки часто розвиваються як ускладнення гнійного процесу в черевній порожнині (гострого апендициту, холециститу і т. ін.). Нерідко абсцес печінки виникає при амебній дизентерії, ехінококозі, опісторхозі, лямбліозі і т. ін. За клінічним перебігом абсцеси можуть бути гострими і хронічними.

Кісти печінки

- *Кісти печінки* розрізняють справжні та несправжні. Справжня кіста – це патологічна замкнута порожнина з рідинним вмістом, внутрішня поверхня якої вистелена епітелієм або без нього (*псевдокіста*). *Справжні кісти*, як правило, уродженого характеру і виникають внаслідок внутрішньозародкового ангіохоліту чи порушень процесу диференціації. Найпоширенішою причиною псевдокіст є паразитарні (ехінокок) запальні захворювання печінки та травми.
- Найбільш часто зустрічається ехінококоз, який зумовлений паразитуванням личинок стьожкового ехінокока в печінці. Основними носіями паразита є собаки, шакали, вовки, лисиці. Проміжним – людина, вівці, свині та інші тварини. При попаданні в організм людини, зародки гельмінта потрапляють у стінку кишки і з плином крові досягають печінки. Із них у печінці розвиваються пухирці – личинки паразита (ларвіциди), які ростуть повільно, іноді десятками років, довжиною бувають від 1 мм до 40-50 см, всередині заповнені рідиною. Стінка пухиря складається з внутрішньої (гермінативної) і зовнішньої (кутикулярної) оболонок. Навколо пухиря, внаслідок реактивних запальних процесів в оточуючій паразита тканині формується фіброзна капсула. На організм людини ехінокок чинить токсичний, алергічний і механічний вплив.

Жовчнокам'яна хвороба

- Зустрічається досить часто й уражає переважно жінок після 40 років. Морфологічним субстратом хвороби є камені в жовчному міхурі та жовчних протоках, вони складаються із звичайних компонентів жовчі – білірубіну, холестерину, кальцію. При переважанні одного із компонентів камені називають: білірубіновими, пігментними або вапняними. Причини утворення каменів у жовчних шляхах остаточно не встановлені. Існуючі точки зору пояснюють утворення їх за рахунок застою жовчі, наявності інфекції в жовчних шляхах і порушення обміну речовин в організмі. Важливе значення надають порушенню функції вегетативної нервової системи, що призводить до функціональних і трофічних змін у печінці і жовчних шляхах, внаслідок чого створюються сприятливі умови для утворення каменів. Вони утворюються переважно в жовчному міхурі і рідше у жовчних протоках. Кількість каменів у жовчному міхурі коливається від одного до декількох сотень. У багатьох випадках камені в жовчних шляхах себе не проявляють, а їх носії не відмічають ніяких ознак хвороби. Клінічні прояви жовчнокам'яної хвороби пов'язані не стільки з утворенням каменів, скільки з розвитком різних ускладнень зі сторони жовчного міхура і жовчних проток. Наявність каменів у жовчному міхурі може призвести до закупорки міхурової протоки і розвитку гострого або хронічного холециститу. Міграція каменів із жовчного міхура у загальну жовчну протоку може зумовити механічну жовтяницю, холедохіт, холангіт, абсцеси печінки. Найбільш частим ускладненням жовчнокам'яної хвороби є запалення жовчного міхура – холецистит.



вапняні



пігментні

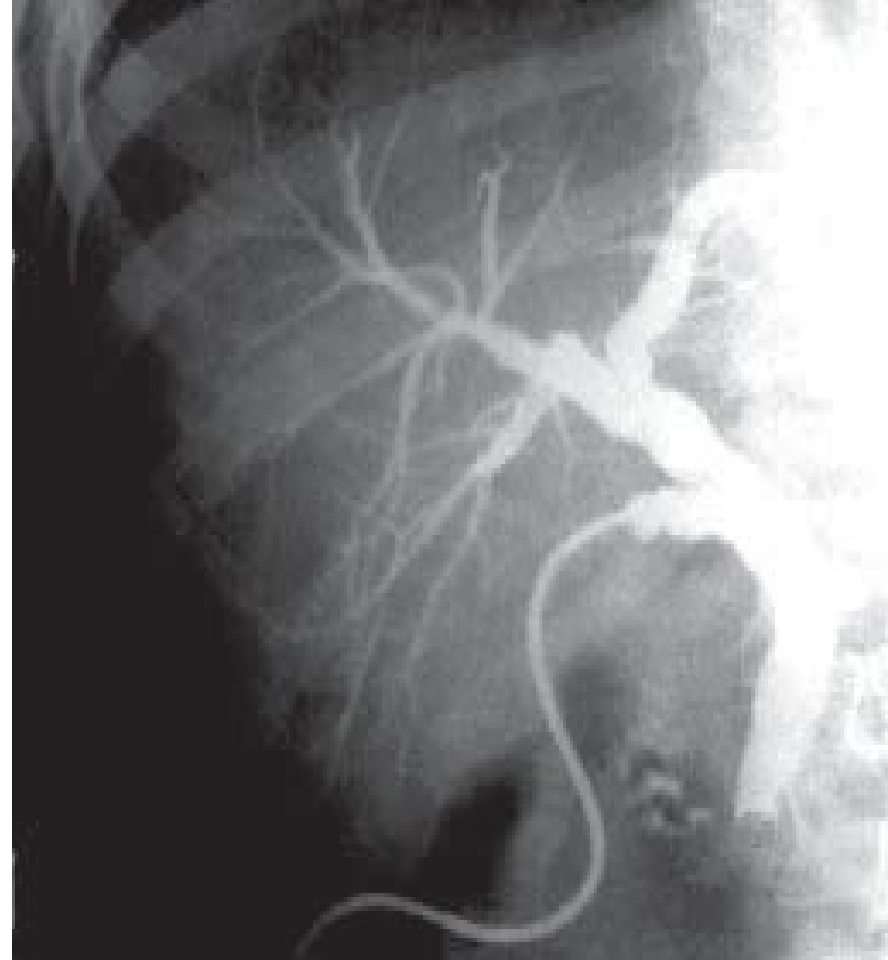
Конкременти жовчного міхура.

Гострий холецистит

- Гострий холецистит займає друге місце після апендициту і становить 12-15 % від усіх захворювань органів черевної порожнини. Жінки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж чоловіки.
- Гострий холецистит поділяють на *калькульозний* (кам'яний) і *безкам'яний*. У свою чергу, запалення жовчного міхура буває: а) *катаральним*; б) *флегмонозним*; в) *гангренозним*.
- Основною причиною розвитку гострого холециститу є порушення відтоку жовчі із міхура внаслідок закупорки (блокади) каменем його шийки або міхурової протоки.
- Гострий холецистит може ускладнюватися: а) *водянкою жовчного міхура*; б) *емпіємою*; в) *перфорацією міхура і перитонітом*; г) *жовтяницею*; д) *панкреатитом тощо*.



рентгенограма жовчного міхура
(холецистографія), камені в жовчному
міхурі



рентгенограма жовчних шляхів
(холангіографія), камінь у кінцевому
відділі загальної жовчної протоки

Конкременти у жовчному міхурі та жовчних протоках.

Хронічний холецистит

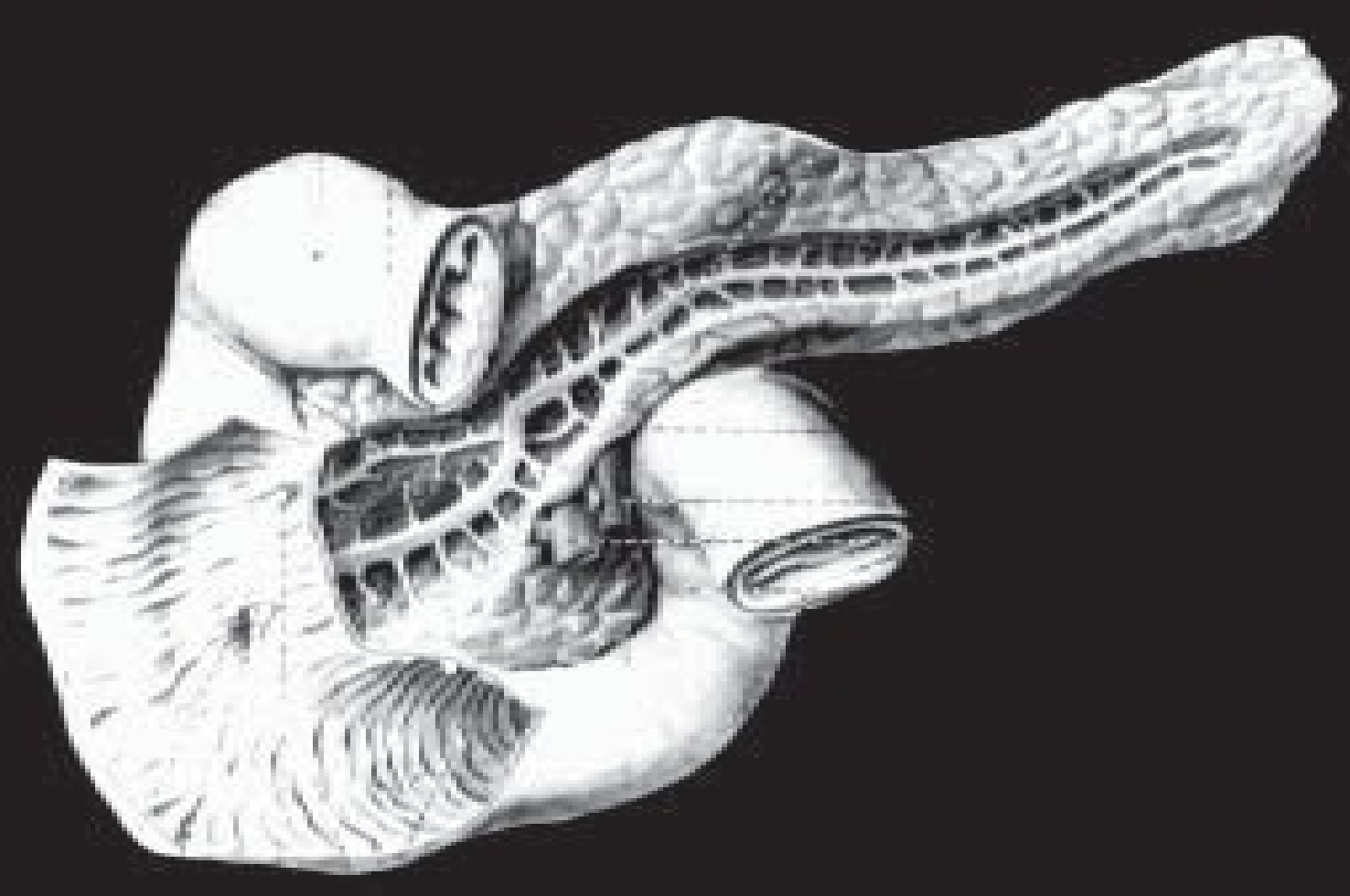
- *Хронічний холецистит* – запалення жовчного міхура, що набуло тривалого хронічного перебігу. При цьому стінка жовчного міхура проростає сполучною тканиною, іноді перетворюється в рубцевий тяж, в середині якого містяться різної величини множинні камені.



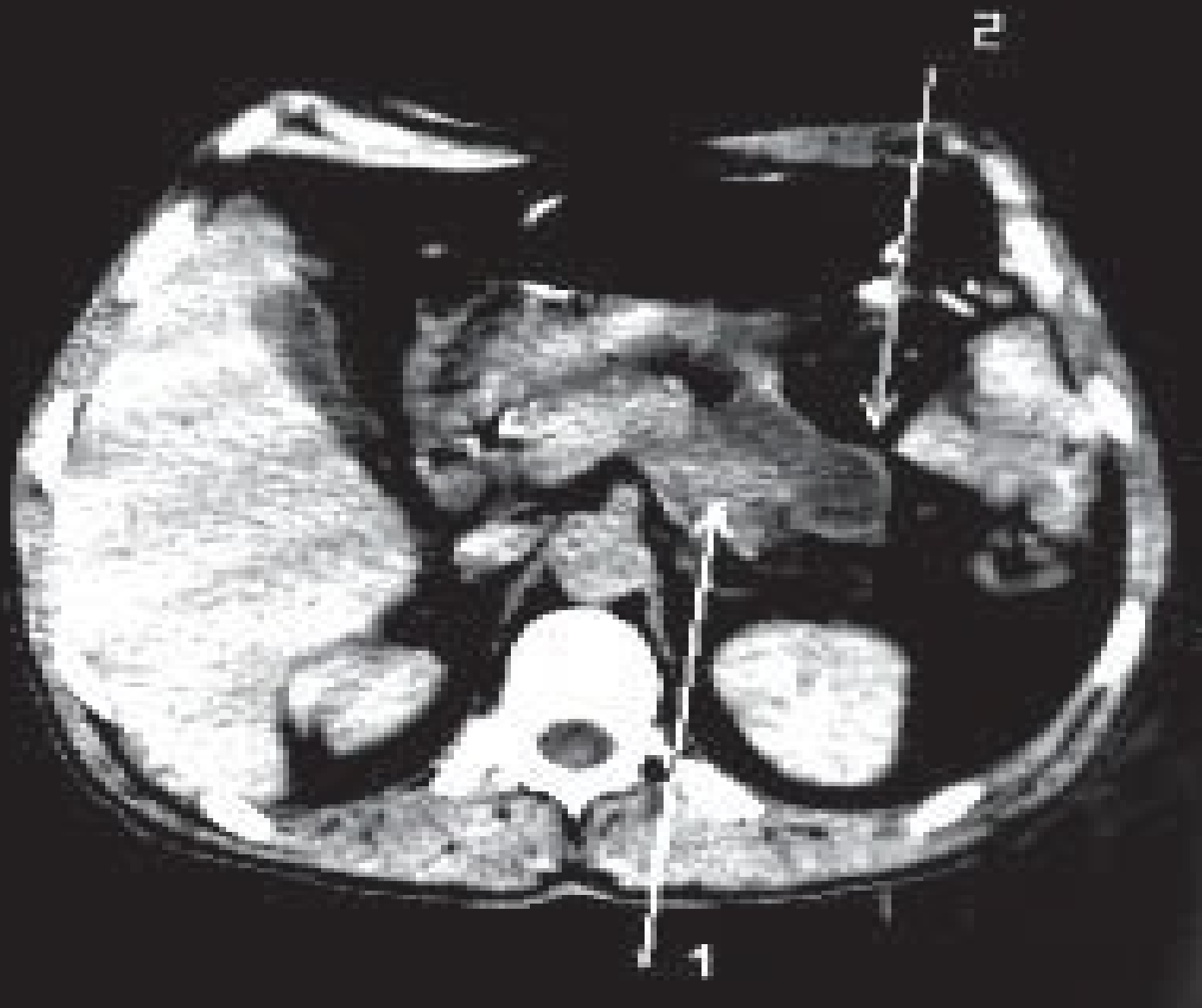
ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Гострий панкреатит

- *Гострий панкреатит* – гостре запалення підшлункової залози, в основі якого лежать дегенеративно-запальні процеси, зумовлені активізацією її ферментів, цитокіновою, оксидативною автоагресією й автолізом тканин.
- У структурі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини гострий панкреатит займає третє місце після гострого апендициту та холециститу й становить 4-9 % усіх її гострих захворювань .
- Основними причинами гострого панкреатиту є: а) зловживання алкоголем, жирною та гострою їжею; б) захворювання жовчних шляхів (калькульозний холецистит, холедохолітіаз, холангіт); в) захворювання дванадцятипалої кишки (дуоденостаз, порушення функції фатерового сосочка); г) інфікування проток і тканини підшлункової залози; д) травми підшлункової залози; е) автоімунні процеси в організмі.
- Пусковим механізмом панкреатиту є пошкодження ацинозних клітин підшлункової залози та виділення клітинного ферменту – цитокінази. Остання зумовлює перехід неактивних ферментів у активні (трипсиногену в трипсин, хемотрипсиногену в хеомпсин), активує ліпазу, амілазу, та оксидантну агресію, що призводить до автолізу контактних клітин залози і розвитку панкреатиту.



Топографічна анатомія підшлункової залози.



Хворий К. 42 роки. Діагноз: Гострий деструктивний панкреатит.
Комп'ютерна томографія: 1 – зона зниженої щільності у ділянці хвоста підшлункової залози;
2 – зона підвищеної щільності у ділянці хвоста підшлункової залози.

Хронічний панкреатит

- Хронічний панкреатит – це хронічне прогресуюче захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать запально-дегенеративні процеси, які зумовлюють деструкцію її основних анатомічних структур і розвиток різного ступеня екзокринної й ендокринної недостатності. Приблизно у 70 % хворих хронічний панкреатит є продовженням гострого процесу в залозі.
- Основними причинами хронічного панкреатиту є захворювання жовчних шляхів (калькульозний холецистит, холедохолітіаз, стенозуючий папіліт), дванадцятипалої кишки (дуоденіт, дуоденостаз), зміни в протоковій системі підшлункової залози (первинні пухлини, стриктури, метаплазія протокового епітелію), погрішності в дієті, вживання алкоголю і т. ін. Залежно від причини розвитку хронічного панкреатиту і його клінічного перебігу розрізняють: а) *холецистопанкреатит*; б) *холепанкреатит*; в) *дуоденопанкреатит*; г) *папілепанкреатит*; д) *автономний панкреатит*.



ПОШКОДЖЕННЯ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЛЕЗІНКИ

- До *вроджених вад селезінки* відносять вродену відсутність селезінки, подвоєння селезінки, додаткова селезінка, яка може локалізуватися біля воріт нормальної селезінки в її зв'язці і у великому сальнику. Зустрічається і так звана “блукаюча” селезінка, яка має довгу ніжку, є надмірно рухомою і може зміщуватись у різні сторони.
- Розрізняють *відкриті і закриті пошкодження селезінки*. Найбільш часто вони виникають при травмі грудної клітки зліва і при травмі верхнього відділу живота. Травмам селезінки часто сприяє її патологічний стан: збільшення у розмірах, пухкість і ранимість паренхіми, неспроможність капсули. Зустрічаються і так звані “самовільні розриви” селезінки, які виникають при різких рухах, чханні, кашлі.
- *Абсцес селезінки* виникає при наявності септичних процесів в організмі: остеомієліту, ендокардиту і т. ін., або як ускладнення різних інфекційних захворювань. Гнійники селезінки можуть бути *одиначними і множинними*.
- *Кісти селезінки* розрізняють *вроджені і набуті*. Вроджені кісти, як правило, є справжніми кістами, внутрішня поверхня, яких вистелена ендотеліальною оболонкою. Набуті (*несправжні*) кісти виникають переважно після травм, інфекційних захворювань (ехінокок, цистициркоз, альвеокок), перенесеного інфаркту селезінки.
- *Спленомегалія* – збільшення селезінки в розмірах; виникає не тільки при її захворюваннях, але й досить часто спостерігається як симптом при інших захворюваннях (цирозі печінки, черевному тифі, малярії, хворобі Верльгофа і т. ін.). Спленомегалія нерідко супроводжується *гіперспленізмом* (порушенням функції селезінки), який характеризується пошкодженням клітин крові, у



**Топографічна анатомія
селезінки.**



ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Гострий апендицит

- *Гострий апендицит* – гостре запалення червоподібного відростка, відноситься до найпоширеніших захворювань органів черевної порожнини. Операція з приводу гострого апендициту становить 60-80 % усіх ургентних втручань на органах черевної порожнини, післяопераційна летальність 0,16-0,18 %.
- Найчастіше причиною гострого апендициту є кишкова мікрофлора (кишкова паличка, стрептокок, стафілокок і т. ін.), яка потрапляє у просвіт відростка або заноситься туди гематогенним чи лімфогенним шляхом.
- Основними факторами, що сприяють виникненню апендициту, вважають:
 - 1) калові камінці в червоподібному відростку;
 - 2) атонію кишечника;
 - 3) тромбоз судин і гангрену стінки відростка;
 - 4) зміну реактивності організму.
- Важливу роль у виникненні апендициту відіграють анатомічні особливості кровопоста- чання (магістральний, розсипний тип) червоподібного відростка, будова брижі, нейрогуморальна регуляція ілеоцекального кута, харчова алергія та ін.



симптом Сітковського –
посилення болю при положенні
хворого на
лівому боці



симптом Бартом'є-Міхельсона –
посилення болю при пальпації у
правій здухвинній ділянці в
положенні хворого на лівому боці



симптом Ровзинга. Лівою рукою притискають сигмоподібну кишку до задньої стінки живота. Правою рукою вище лівої, здійснюють поштовхоподібні рухи, натискаючи на низхідну кишку з низу до верху. Появу болю у правій клубовій ділянці вважають ознакою, характерною для гострого апендициту



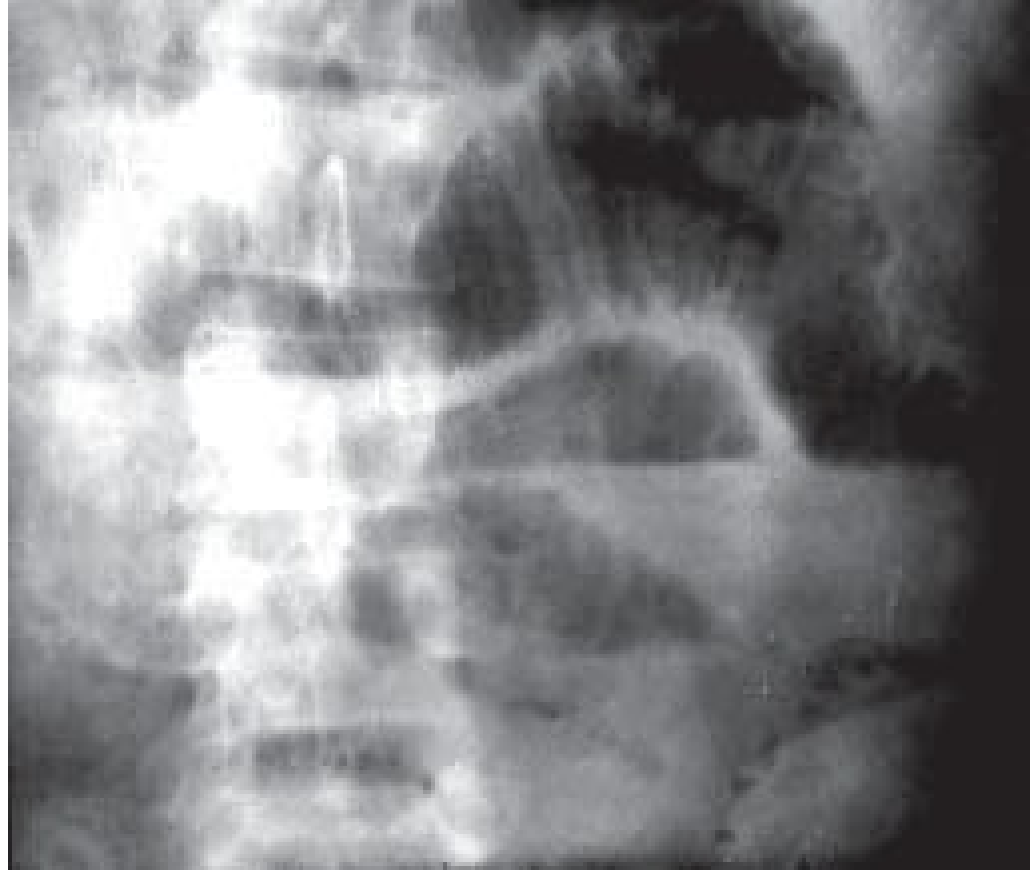
симптом Воскресенського: лівою рукою натягують сорочку донизу. Кінчиками 2-4 пальців правої кисті натискають в епігастральній ділянці і під час видиху хворого швидко та плавно переміщують кисть правої руки у праву здухвинну ділянку – при наявності гострого апендициту посилюється біль

Хронічний апендицит

- *Хронічний апендицит* найчастіше розвивається після нападу гострого апендициту. Виділяють *хронічний рецидивуючий апендицит*, при якому спостерігають рецидиви гострих нападів, і *первиннохронічний апендицит*, при якому захворювання розвивається поступово, без гострих нападів.

Кишкова непрохідність

- *Кишкова непрохідність (ileus)* – повне або часткове порушення проходження вмісту по кишковому тракту. Займає третє місце серед гострих захворювань живота. Післяопераційна летальність становить 6-8 %.
- Основними причинами кишкової непрохідності можуть бути: 1) спайки черевної порожнини після травм, поранень, перенесених операцій та запальних захворювань органів черевної порожнини і таза; 2) довга брижа тонкої або товстої кишок, що зумовлює підвищену їх рухливість; 3) пухлини черевної порожнини і заочеревинного простору.



**Чаші Клойбера (схема).
Хворий Г., 51 рік. Гостра кишкова
непрохідність (рентгенограма), чаші
Клойбера.**

Хвороба Крона

- Хвороба Крона – це хронічне неспецифічне запалення термінального відділу здухвинної кишки (термінальний ілеїт). Однак таке ураження може виникати і в інших ділянках тонкої кишки (сегментарний ілеїт), поширюватися на всю тонку кишку і, навіть, на товсту кишку. Причини виникнення цього захворювання остаточно не вияснені. Проте патологічні зміни, які виявляються при гістологічному дослідженні і проявляються лімфоцитарною й плазмоцитарною інфільтрацією, дають підстави вважати, що для виникнення хвороби важливе значення мають імунні фактори. Запальний процес починається з слизової оболонки, а згодом охоплює всю стінку тонкої кишки і призводить до утворення гранульом. Запальний процес може виходити за межі тонкої кишки і поширюватися на товсту кишку, сечовий міхур, черевну стінку, внаслідок чого можуть утворюватися інфільтрати, абсцеси, нориці. Захворювання переважно зустрічається у людей молодого віку.

Неспецифічний виразковий коліт

- Неспецифічний виразковий коліт – це хронічний запальний процес, що супроводжується виразково-некротичними та рубцево-склеротичними змінами в стінці ободової й прямої кишок. Зустрічається часто (1, 2 випадка на 100 000 населення), переважно у віці від 20 до 40 років. Причини виникнення цього захворювання остаточно ще не з'ясовані. Роль інфекційного фактора – специфічного мікроба або вірусу – у розвитку захворювання на сьогодні не підтверджена. Проте важливого значення у виникненні хвороби надають харчовій алергії. У відповідь на харчовий алерген (антиген) слизова оболонка продукує антитіло, внаслідок чого виникає реакція антиген – антитіло, яка проявляється неспецифічним запаленням і виразкоутворенням. На користь цієї точки зору свідчить той факт, що виключення із дієти молока, яєць покращує перебіг захворювання. Неспецифічний виразковий процес може поширюватися на всю ободову і пряму кишку (*тотальне ураження*) або може захоплювати окремі ділянки кишки (*сегментарне ураження*). За клінічним перебігом розрізняють: а) *гострий неспецифічний виразковий коліт (блискавична форма)*; б) *хронічний неспецифічний виразковий коліт (хронічна рецидивна й хронічна безперервна форма)*.



Неспецифічний виразковий коліт,
симптом “водопровідної труби”.



ГРИЖІ ЖИВОТА



Грижі – часті захворювання живота, якими страждає 3-4 % всього населення, переважно у віці 30-40 років; являють собою небезпеку для життя із-за можливого розвитку ускладнень (защемлення, запалення). Залежно від локалізації розрізняють пахові грижі (75 %), стегнові (8 -10 %), пупкові (4-5 %), після операційні (10-12 %), інші грижі (1-2 %). У чоловіків частіше бувають пахові грижі, у жінок – стегнові і пупкові.

- *Грижа (hernia)* – це випинання органів черевної порожнини через природні отвори або набуті дефекти черевної стінки. Грижі живота можуть бути *зовнішніми* (пахові, стегнові, пупкові і т. ін.) та *внутрішніми*, при яких нутроці потрапляють в очеревинний мішок, утворений у різних щілинах, кишнях очеревини, брижі, природних та набутих отворах діафрагми (діафрагмальні грижі). Від зовнішньої грижі слід відрізняти *підшкірну евентрацію*, для якої теж характерний вихід внутрішніх органів через дефекти черевної стінки, однак ці органи не покриті парієтальним листком очеревини.



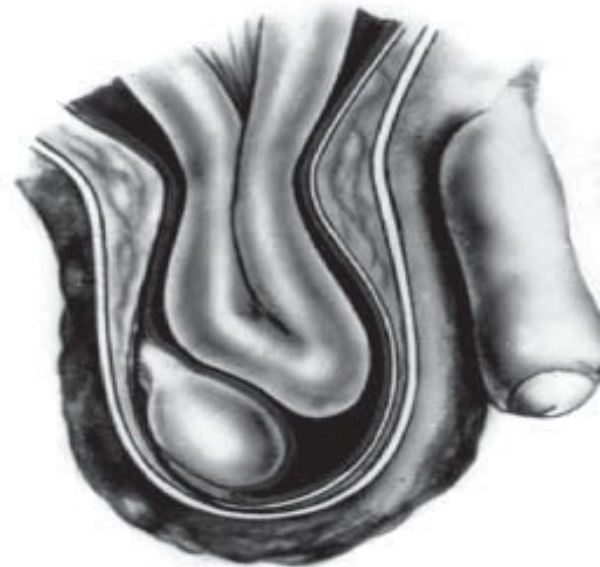
Лівобічна пряма пахова грижа.



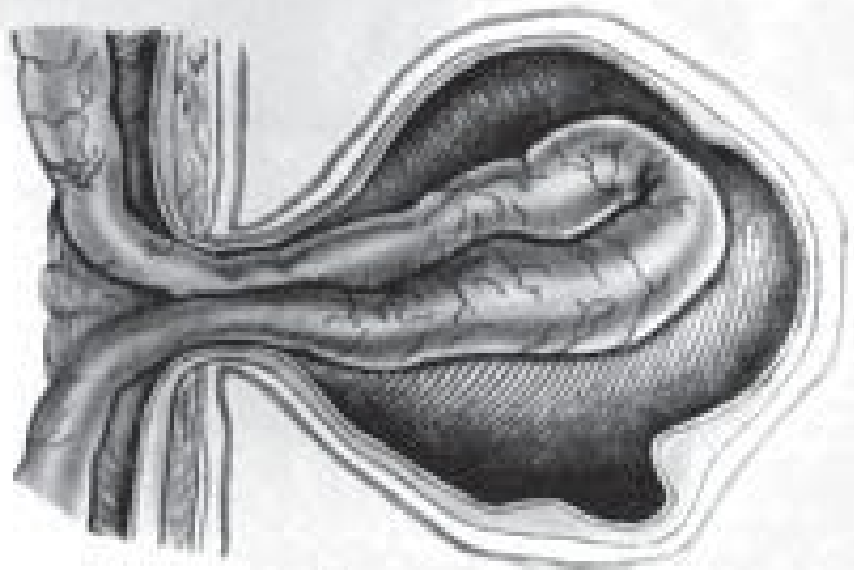
Пупкова грижа великих розмірів.



Післяопераційна вентральна грижа.



Вроджена пахова грижа (петля кишки і яєчко знаходяться в гризовому мішку).



Защемлена грижа.



ЗАХВОРЮВАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Геморой

- Геморой (varices haemorrhoidales) у перекладі з грецької означає кровотечу (гема – кров, рео – текти). В сучасному розумінні – це гіперплазія кавернозної тканини анального каналу, що зумовлює посилений приплив артеріальної крові та розширення вен анального каналу. Саме захворювання не становить загрози для життя, однак може призвести до тривалої непрацездатності та інвалідності. Основною причиною геморою є гіперплазія кавернозної тканини анального каналу, порушення мікроциркуляції, недостатність венозної системи підслизового шару слизової оболонки прямої кишки. Важливе значення у виникненні цього захворювання мають сидячий спосіб життя, тяжка фізична праця, вагітність, утруднене сечовипускання та інші.
- Розрізняють *зовнішній геморой*, з венозно-артеріального сплетіння нижніх гемороїдальних судин, які розміщені під перианальною шкірою навколо відхідника і *внутрішній* (розширені підслизові вени анального каналу). За кількістю вузлів: поодинокі, множинні. За формою: грушоподібні, кулеподібні, мішкоподібні. За клінічним перебігом: гострий і хронічний геморої, які можуть бути неускладненими і ускладненими (кровотечею, тромбозом, випаданням слизової оболонки, тріщинами, парапроктитами та ін.).

Випадання прямої кишки

- Випадання прямої кишки (prolapsus recti) – вихід стінки прямої кишки з заднього проходу. Розрізняють випадання слизової оболонки нижнього відділу прямої кишки і випадання всіх шарів стінки.
- Випаданню кишки сприяють часті потуги при запорах, сечовипусканні, довготривалі проноси, геморой, особливо при виході внутрішніх вузлів, які тягнуть за собою слизову оболонку. В основі випадання стінок прямої кишки, як правило, лежить розслаблення її сфінктерів і м'язової діафрагми таза.

Хронічна анальна тріщина

- Хронічна анальна тріщина (fissura ani) займає третє місце після коліту і геморою (11,7 %). Виникає переважно у жінок. Як правило, локалізуються на задній стінці кишки, нижче морганієвих складок (пазух), рідше (10 %) – спереду. Причина – запори, твердий кал, звужене анальне кільце.
- Встановлення діагнозу тріщини заднього проходу в основному ґрунтується на візуальному і пальпаторному дослідженнях прямої кишки, наявності частих кровотеч, болючому акті дефекації.

Гострий парапроктит

- Гострий парапроктит (*paraproctitis acuta*) – запалення навколопрямокишкової клітковини. Порівняно з іншими запальними процесами має дві особливості: 1) запалення швидко призводить до гнійно-некротичного руйнування тканин; 2) перехід у хронічну форму й утворення нориць.
- Основними причинами парапроктиту є інфікування (стрептококом, кишковою паличкою та ін.), пошкодження слизової оболонки або наявність інших запальних захворювань – метастатична форма.
- Головною причиною гострого парапроктиту є гнійне запалення анальних залоз, які відкриваються у задньопрохідні пазухи. Чоловіки хворіють у 2 рази частіше від жінок.

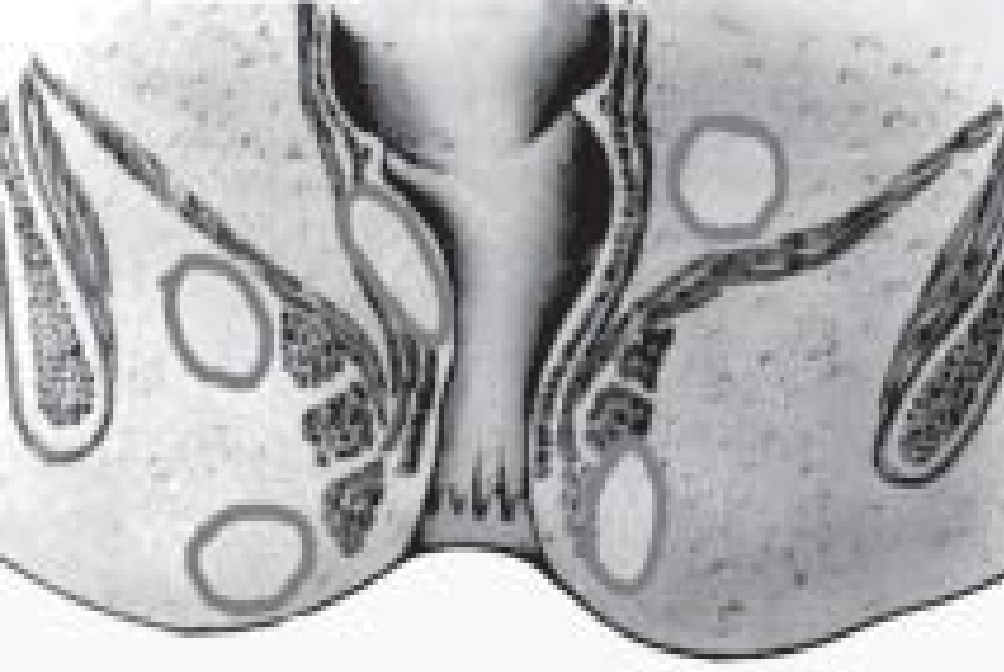


Схема розташування
параректальних гнійників.



Хворий С. 42 р. Параректальні
нориці.



ЗАКРИТА ТА ВІДКРИТА ТРАВМА ЖИВОТА

- Травма живота в загальній структурі травм займає 9-10 %. У 18 % таке пошкодження поєднується з травмою грудної клітки, черепа і кінцівок. Основною причиною травм у мирний час є дорожньо-транспортні пригоди, при яких виникають тяжкі поєднані пошкодження.
- Ушкодження стінки живота можуть бути закритими і відкритими, з пошкодженням органів черевної порожнини або без них. За характером травми розрізняють *ізолювану* травму живота, *поєднану* (з пошкодженням інших органів або ділянок тіла) та *комбіновану* (поєднання механічного пошкодження з термічним, радіаційним та ін.).

- *Закриті ушкодження стінок живота* виникають при ударі або падінні на передню черевну стінку, спину. Розрізняють *забій стінки і розрив м'язів живота*.
- *Відкриті ушкодження стінок живота* завдаються холодною або вогнепальною зброєю. Вони можуть бути непроникними і проникними. При *непроникних пораненнях* є пошкодження черевної стінки без порушення цілості очеревини. При *проникних пораненнях* – пошкодження очеревини і, як правило, внутрішніх органів.
- *Закрита і відкрита травми живота з пошкодженнями органів черевної порожнини* виникають при прямому ударі по животі, падінні з висоти, транспортних пригодах.



непроникні

Відкриті ушкодження живота



проникні



Ножове проникне поранення живота,
випадання петлі тонкої кишки.

Висновки

- Поняття “гострий живіт” включає в собі багато невідкладних станів, що загрожують життю людини
- Завдяки оцінці лабораторних показників лікарі мають змогу правильно встановити діагноз та виробити тактику лікування

Питання для самостійної роботи

- Відмінні симптоми та лабораторна діагностика при гострому апендициті, перитоніті, холециститі, панкреатиті.
- Відмінні симптоми та лабораторна діагностика при гострій кишкової непрохідності та ущемленій килі.
- Відмінні симптоми та лабораторна діагностика шлунково-кишкової кровотечі.
- Симптоми при закритих ушкодженнях живота та основні правила транспортування хворих.

Література

- **Общая хирургия**, Гостищев В.К., ГЭОСТАР-Медиа, 2006.
- **Загальна хірургія: підручник** (ВНЗ IV р. а.) / за ред. М.Д. Желіби, С.Д. Хіміча. — 2-е вид., випр. — К.: Медицина, 2016. —448 с.
- **Загальна хірургія**, Запорожан В.М., Одеський державний медичний університет, 1999.
- **Хірургія**, Кіт О.М., Тернопіль “Укрмедкнига”, 2004.
- **Хирургические болезни: Учебник**/ М.И. Кузин. — 3е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002 — 784 с: ил.

Дякую за увагу

