

ОСНОВНІ СИМПТОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*Методичні вказівки
для студентів IV–VI курсів медичних факультетів*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ОСНОВНІ СИМПТОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*Методичні вказівки
для студентів IV–VI курсів медичних факультетів*

Затверджено
Вченою Радою ХНМУ.
Протокол № 6 від 29.06.2026.

**Харків
ХНМУ
2026**

Основні симптоми в абдомінальній хірургії : метод. вказ. для студентів IV–VI курсів мед. фак-тів / упоряд. І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, Ю. В. Іванова та ін. Харків : ХНМУ, 2026. 64 с.

Упорядники	І. А. Криворучко
	Н. М. Гончарова
	Ю. В. Іванова
	А. В. Сивожелізов
	К. А. Гольцев
	О. В. Євтушенко

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ОСНОВНІ СИНДРОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	6
1. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ	6
Патофізіологія болю	6
Характеристика болю (OPQRST)	7
Основні больові синдроми	7
Діагностичний алгоритм	9
Диференціальна діагностика	10
2. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ	11
Класифікація диспепсії	11
Підтипи функціональної диспепсії	11
Основні симптоми диспепсії	11
Патогенез функціональної диспепсії	13
Діагностичний алгоритм	14
Диференціальна діагностика	14
3. СИНДРОМ ШЛУНКОВОЇ ТА КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ	15
Класифікація	15
Клінічна картина	15
Оцінка тяжкості кровотечі	16
Шкали прогнозу	16
Причини кровотечі	17
Діагностичний алгоритм	19
Вторинна профілактика	22
4. СИНДРОМ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ	23
Класифікація	23
Патофізіологія	24
Клінічна картина	25
Фізикальне обстеження	25
Діагностика	26
Диференціальна діагностика	28
Лікування	28
Особливі ситуації	31

5. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	32
Анатомія портальної системи	32
Класифікація портальної гіпертензії	33
Патофізіологія портальної гіпертензії	34
Клінічна картина портальної гіпертензії	35
Спленомегалія та гіперспленізм	35
Асцит	35
Варикозне розширення вен стравоходу та шлунка	38
Печінкова енцефалопатія	41
Гепаторенальний синдром	44
Оцінка тяжкості цирозу печінки	45
6. СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ	46
Патофізіологія	46
Класифікація причин мальабсорбції	46
Загальні клінічні прояви мальабсорбції	51
Діагностичний алгоритм мальабсорбції	51
Лікування мальабсорбції	53
7. СИНДРОМ «ГОСТРОГО ЖИВОТА»	54
Визначення та концепція	54
Причини «гострого живота»	54
Клінічна картина	55
«Червоні прапорці» (симптоми тривоги)	55
Діагностичний алгоритм «гострого живота»	56
Лікувальна тактика	59
«Симулятори» гострого живота (диференціальна діагностика)	60
КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ	62
ЛІТЕРАТУРА	63

ВСТУП

Абдомінальна хірургія є однією з найбільш складних і відповідальних галузей клінічної медицини, яка охоплює широкий спектр захворювань органів черевної порожнини – від гострих хірургічних станів, що потребують невідкладного оперативного втручання, до хронічних патологічних процесів, лікування яких вимагає мультидисциплінарного підходу.

Підготовка висококваліфікованого лікаря будь-якої спеціальності неможлива без глибокого розуміння основних клінічних синдромів, що формуються при ураженні органів черевної порожнини. Саме синдромний підхід лежить в основі сучасної клінічної медицини і є обов'язковою складовою компетентності лікаря.

Дані методичні вказівки розроблені відповідно до навчальних програм підготовки студентів IV–VI курсів медичних факультетів і охоплюють вісім основних клінічних синдромів абдомінальної хірургії: ***больовий, диспептичний, синдром шлунково-кишкової кровотечі, синдром кишкової непрохідності, синдром портальної гіпертензії, печінкову енцефалопатію та гепаторенальний синдром, синдром мальабсорбції та синдром «гострого живота».***

Особливу увагу приділено больовому синдрому – найбільш поширеному та клінічно значущому при патології органів черевної порожнини. Детальне вивчення патофізіології, типів, характеристик та диференційної діагностики абдомінального болю є фундаментом для правильного клінічного мислення майбутнього хірурга.

Методичні вказівки побудовані за єдиним структурним принципом: кожен розділ містить підрозділи «Патофізіологія», «Клінічна картина», «Діагностичний алгоритм», «Диференційна діагностика» та «Червоні прапорці». Такий підхід забезпечує системне засвоєння матеріалу та формує у студентів навички клінічного мислення, необхідні для роботи в умовах реальної клінічної практики.

Матеріал викладено відповідно до сучасних міжнародних клінічних настанов (WSES, EASL, ACG, BSG, Baveno VII) та вітчизняних протоколів надання медичної допомоги.

Наприкінці посібника наведено контрольні питання для самоперевірки та список рекомендованої літератури.

Мета методичних вказівок: формування у студентів системних знань про основні клінічні синдроми в абдомінальній хірургії, вироблення навичок синдромної та диференційної діагностики, визначення тактики ведення пацієнтів із патологією органів черевної порожнини.

ОСНОВНІ СИНДРОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Синдром – це сукупність симптомів і ознак, об'єднаних єдиним патогенезом, які можуть зустрічатися при різних захворюваннях. Розпізнавання синдромів є ключовим етапом клінічної діагностики, що дозволяє звужити коло диференційних діагнозів і визначити подальшу тактику обстеження та лікування.

1. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Біль у животі (абдомінальний) – найчастіша скарга пацієнтів із патологією органів травного тракту.

Патофізіологія болю

Типи абдомінального болю:

1. Вісцеральний (внутрішньоорганний) біль:

- Виникає при розтягненні, спазмі гладенької мускулатури порожнистих органів, натягу брижі, капсули паренхіматозних органів.
- Проводиться симпатичними нервовими волокнами.
- Характер тупий, ниючий, дифузний, погано локалізований.
- Локалізація відповідає ембріональним відділам:
 - передня кишка (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка, печінка, підшлункова залоза) → епігастрій;
 - середня кишка (тонка кишка, права половина товстої кишки) → → періумбілікальна ділянка;
 - задня кишка (ліва половина товстої кишки, пряма кишка) → → надлобкова ділянка.
- Супроводжується вегетативними симптомами: нудота, блювання, пітливість, тахікардія.

2. Парієтальний (соматичний) біль:

- Виникає при подразненні парієтальної очеревини (запалення, кров, жовч, кишковий вміст).
- Проводиться соматичними нервовими волокнами (сегментарна іннервація).
- Характер гострий, ріжучий, «кинджальний», чітко локалізований.
- Посилюється під час руху, при кашлі, глибокому диханні.
- Пацієнт лежить нерухомо, м'язовий захист (*défense musculaire*).
- Позитивний симптом Щоткіна–Блумберга.

3. Відображений (іррадіюючий) біль:

- Виникає внаслідок конвергенції вісцеральних і соматичних аферентних волокон на рівні спинного мозку.
- Біль від внутрішнього органа відчувається у віддалених ділянках шкіри (зони Захар'їна – Геда).

- Приклади:
 - біль у правому плечі, лопатці – жовчнокам'яна хвороба (діафрагмальні нерви C3-C5);
 - біль у спині, оперізуючий – панкреатит;
 - біль у лівому плечі – селезінка (симптом Кера, симптом «Ваньки-встаньки» при розриві).

Характеристика болю (OPQRST)

- **O (Onset):** раптовий (перфорація, заворот, розрив аневризми) чи поступовий (запалення).
- **P (Provocation/Palliation):** що провокує/полегшує біль.
- **Q (Quality):** характер – колькоподібний, тупий, пекучий, ріжучий.
- **R (Region/Radiation):** локалізація, іррадіація.
- **S (Severity):** інтенсивність (шкала ВАШ 0–10).
- **T (Time):** тривалість, динаміка.

Основні больові синдроми

1. Виразковий біль:

- **Локалізація:** епігастрій, зліва або справа від серединної лінії.
- **Характер:** пекучий, ниючий.
- **Зв'язок із їжею:**
 - Ранній біль (15–30 хв) – виразка кардії, тіла шлунка.
 - Пізній біль (1,5–2 год) – виразка антруму, дванадцятипалої кишки.
 - «Голодний» біль, нічний біль – виразка дванадцятипалої кишки.
- **Полегшення:** прийом їжі, антациди, молоко.
- **Сезонність:** загострення навесні та восени.
- **Періодичність:** «світлі проміжки» (ремісії).

2. Біль при холецистопанкреатиті:

- **Печінкова колька:**
 - Локалізація: праве підребер'я.
 - Характер: раптовий, інтенсивний, переймоподібний.
 - Іррадіація: праве плече, лопатка, ключиця.
 - Тривалість: 15 хв – 6 год.
 - Провокуючі фактори: жирна, смажена їжа.
 - Супроводження: нудота, блювання жовчю.
 - Позитивні симптоми: Мерфі, Ортнера, Георгієвського–Мюссі.
- **Гострий панкреатит:**
 - Локалізація: епігастрій, ліве підребер'я.
 - Характер: раптовий, постійний, інтенсивний (8–10/10).

- Іррадіація: спина, оперізуючий біль.
- Полегшення: положення сидячи з нахилом вперед («поза ембріона»).
- Супроводження: нестримне блювання, метеоризм.
- Симптоми: Мейо – Робсона, Кача, Куллена (перипупковий ціаноз), Грея – Тернера (ціаноз боків).

3. Біль при апендициті:

- **Симптом Кохера** (міграція болю): біль починається в епігастрії або періумбілікально (вісцеральний), через 2–6 год переміщується у праву клубову ділянку (парієтальний).
- Локалізація: точка Мак-Бернея (1/3 відстані від передньої верхньої ості клубової кістки до пупка).
- Характер: спочатку тупий, потім гострий, постійний.
- Посилення при кашлі, ходьбі, натуженні.
- Супроводжується: нудота, одноразове блювання, субфебрильна температура.
- Позитивні симптоми: Ровзінга, Ситковського, Бартомье – Михельсона, Образцова.

4. Колькоподібний біль (*intestinal colic*):

- **Кишкова непрохідність:**
 - Характер: переймоподібний (хвилі 3–5 хв).
 - Поширення: від епігастрію до гіпогастрію.
 - Супроводжується відсутністю газів, блюванням (спочатку шлунковим вмістом, потім застійним, «каловим блюванням»), метеоризмом, асиметрією живота.
- **Синдром подразненої кишки (СПК):**
 - Хронічний біль > 6 міс.
 - Зв'язок із дефекацією (полегшення після випорожнення).
 - Зміна характеру випорожнень.
 - Відсутність «симптомів тривоги» (кров, схуднення, лихоманка).

5. Біль при мезентеріальній ішемії:

- **Гостра мезентеріальна ішемія:**
 - Раптовий, нестерпний біль (10/10), «біль непропорційний об'єктивним даним».
 - Локалізація: епігастрій, періумбілікально.
 - Супроводження: «порожній живіт» (м'який, без захисту на ранніх стадіях), блювання, діарея (може бути кров'яниста).
 - Пізні ознаки: перитоніт, шок.
- **Хронічна мезентеріальна ішемія («черевна жаба»):**
 - Постпрандіальний біль (через 15–30 хв після їжі).
 - Тривалість 1–3 год.
 - Страх перед їжею (sitophobia) → схуднення.

6. Біль при запальних захворюваннях кишки (ЗЗК):

• Хвороба Крона:

- Локалізація: права клубова ділянка (термінальний ілеїт), може бути поширеним.
- Характер: тупий, ниючий, переймоподібний.
- Супроводжується: діарея (часто без крові), схуднення, лихоманка, періанальні фістули.

• Виразковий коліт:

- Локалізація: ліва клубова ділянка, надлобкова.
- Характер: спазми, тенезми (хибні болючі позиви).
- Супроводження: кров'яниста діарея, імперативні позиви.

7. Біль при дивертикуліті:

- Локалізація: ліва клубова ділянка («лівобічний апендицит»).
- Характер: постійний, ниючий.
- Супроводження: лихоманка, запор або діарея, лейкоцитоз.
- Ускладнення: абсцес, перфорація, фістули.

Діагностичний алгоритм

1. Анамнез:

- Характеристика болю (OPQRST).
- Супутні симптоми (блювання, діарея, лихоманка, жовтяниця).
- Анамнез захворювання (попередні епізоди, операції).
- Фактори ризику (НПЗП, алкоголь, куріння, сімейний анамнез).

2. Фізикальне обстеження:

- *Загальний огляд*: положення, колір шкіри, ознаки дегідратації.
- *Пальпація*: м'язовий захист, локальна болючість, симптом Щоткіна – Блюмберга.
- *Перкусія*: вільний газ (зникнення печінкової тупості), тимпаніт (непрохідність).
- *Аускультация*: перистальтика (посилена, відсутня, «металеві» шуми).
- *Ректальне пальцеве дослідження (обов'язково!)*.

3. Лабораторна діагностика:

- *Загальний аналіз крові (ЗАК)*: лейкоцитоз (запалення), анемія (кровотеча).
- *Біохімія*: амілаза, ліпаза (панкреатит), печінкові проби (холецистит, холангіт).
- *Лактат* (мезентеріальна ішемія), СРБ, прокальцитонін (сепсис).

4. Інструментальна діагностика:

- *Оглядова рентгенографія*: вільний газ, непрохідність.
- *УЗД*: холецистит, апендицит (у дітей), асцит, аневризма аорти.
- *КТ з контрастом* (метод вибору): апендицит, дивертикуліт, панкреатит, мезентеріальна ішемія, перфорація.
- *ЕГДС*: виразка, ерозії, варикоз.
- *Колоноскопія*: ЗЗК, пухлини (поза гострим періодом).

Диференційна діагностика

«Червоні прапорці» (симптоми тривоги) – потребують невідкладного обстеження:

- ⇒ Раптовий, нестерпний біль (перфорація, розрив аневризми, заворот).
- ⇒ Біль + гіпотензія, тахікардія (шок, кровотеча, сепсис).
- ⇒ Біль + лихоманка $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (інфекція, перитоніт).
- ⇒ Біль + кров у калі (кровотеча, ішемія, ЗЗК).
- ⇒ Біль + жовтяниця (холедохолітіаз, холангіт, рак підшлункової залози).
- ⇒ Біль + відсутність газів, блювання (непрохідність).
- ⇒ Біль у літніх осіб > 60 років (мезентеріальна ішемія, розрив аневризми, рак).

Позачеревні причини болю у животі:

- *Серцево-судинні*: інфаркт міокарда (нижня стінка), розшаровуюча аневризма аорти.
- *Легеневі*: пневмонія, плеврит, ТЕЛА.
- *Урологічні*: ниркова колька, пієлонефрит.
- *Гінекологічні*: позаматкова вагітність, перекрут яєчника, апоплексія яєчника, запальні захворювання органів малого таза.
- *Ендокринні*: діабетичний кетоацидоз, криза Аддісона.
- *Гематологічні*: серпоподібноклітинна анемія (криза).
- *Інтоксикації*: свинець, талій.
- *Неврологічні*: герпетична невралгія (herpes zoster).

2. ДИСПЕПТИЧНИЙ СИНДРОМ

Диспепсія – сукупність симптомів, що виникають у верхніх відділах травного тракту (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка).

Класифікація диспепсії

1. Органічна диспепсія:

Симптоми зумовлені наступними морфологічними змінами органів:

- Виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки.
- ГЕРХ, езофагіт.
- Рак шлунка, стравоходу.
- Хронічний гастрит (особливо атрофічний).
- Стеноз ворота.
- Холецистит, жовчнокам'яна хвороба.
- Хронічний панкреатит.

2. Функціональна диспепсія (ФД):

Хронічні або рецидивуючі симптоми (> 3 міс протягом останніх 6 міс) за відсутності органічної патології при ендоскопічному та лабораторному обстеженні.

Римські критерії IV (Rome IV) функціональної диспепсії визначають ФД як наявність таких симптомів (одного або більше):

- Постпрандіальне відчуття переповнення (uncomfortable fullness).
- Швидке насичення (early satiation).
- Біль в епігастрії (epigastric pain).
- Печія в епігастрії (epigastric burning).

Підтипи функціональної диспепсії

- **Постпрандіальний дистрес-синдром (PDS):** переважають переповнення та швидке насичення після звичайного об'єму їжі (≥ 3 рази/тиждень).
- **Епігастральний больовий синдром (EPS):** переважає біль або печія в епігастрії (≥ 1 раз/тиждень).

Основні симптоми диспепсії

1. Нудота (nausea):

- Неприємне відчуття в епігастрії з позивом до блювання.
- *Механізм:* активація блювального центру (довгастий мозок, area postrema).
- *Причини:*
 - Гастропарез (діабетичний, післяопераційний).
 - Стеноз ворота.
 - Медикаменти (опіоїди, хіміотерапія).
 - Вагітність.
 - Центральні (підвищення внутрішньочерепного тиску, мігрень).

2. Блювання (vomiting, emesis):

- Рефлекторне вивільнення вмісту шлунка через рот.
- *Характеристика:*
 - **Час:** натще (стеноз воротаря, вагітність), після їжі (гастрит, виразка).
 - **Характер вмісту:**
 - незміненою їжею – ахалазія, дивертикул Ценкера, стеноз стравоходу;
 - кислий вміст, домішки їжі – гастрит, виразка;
 - жовч – дуоденогастральний рефлюкс, обструкція нижче великого дванадцятипалового сосочка;
 - «кавова гуща» (гематемезис) – кровотеча з верхніх відділів ШКТ (виразка, варикоз);
 - каловий запах («калові блювання», feculent vomiting) – низька кишкова непрохідність, кишково-шлункова фістула;
 - застійний вміст (харчові залишки > 8 год) – стеноз воротаря, гастропарез.
 - **Полегшення:** виразка, стеноз воротаря (після блювання біль зменшується).

3. Печія (pyrosis, heartburn):

- Пекучий біль за грудниною, підіймається від епігастрію до горла.
- *Механізм:* рефлюкс кислого шлункового вмісту у стравохід.
- *Провокуючі фактори:* нахили, лежаче положення, переїдання, жирна їжа, алкоголь, кава, шоколад.
- Найчастіша причина: **ГЕРХ** (гастроезофагеальна рефлюксна хвороба).
- *Ускладнення:* езофагіт (Los Angeles A-D: Лос-Анджелеська класифікація ерозивного езофагіту, яка використовується для оцінки тяжкості ушкодження слизової стравоходу при ГЕРХ. Ст. А: один або більше дефектів слизової ≤ 5 мм, які не поширюються між верхівками складок; ст. В: дефект > 5 мм, але не з'єднує дві складки; ст. С: ураження поширюється між складками, охоплює > 75 % кола стравоходу; ст. D: ураження охоплює ≥ 75 % кола стравоходу), стравохід Барретта (метаплазія), стриктури, аденокарцинома.

4. Відрижка (belching, eructatio):

- Раптовий вихід газу зі шлунка або стравоходу через рот.
- *Типи:*
 - Фізіологічна (після їжі, газованих напоїв).
 - Патологічна (надмірна – аерофагія, гастропарез).
 - Характер: повітрям, кислим (ГЕРХ), гірким (дуоденогастральний рефлюкс), тухлим (стеноз, гастропарез).
- *Аерофагія:* заковтування повітря під час їжі (швидке приймання їжі, жування гумки).

5. Дисфагія (dysphagia):

- Відчуття утруднення проходження їжі по стравоходу.
- *Орофарингеальна дисфагія* (перенесення):
 - Труднощі на початку ковтання (перші 1–2 с).
 - Причини: інсульт, хвороба Паркінсона, дивертикул Ценкера, міастенія.
 - Симптоми: поперхування, назальна регургітація, аспірація.
- *Езофагеальна дисфагія* (транспортування):
 - Відчуття «застрягання» їжі за грудниною (через 2–4 с після ковтання).
 - *Механічна обструкція* (прогресуюча):
 - спочатку на тверду їжу → потім на м'яку → рідину;
 - причини: рак стравоходу, пептична стриктура, стравохід Шацького (Schatzki ring), кільце Шацького, еозинофільний езофагіт.
 - *Нервово-м'язові розлади* (інтермітуюча, на тверду та рідину):
 - ахалазія (дисфагія + регургітація незміненою їжею + кашель вночі);
 - дифузний спазм стравоходу;
 - склеродермія.
- *Одинофагія* (odynophagia): біль при ковтанні.
 - *Причини*: інфекційний езофагіт (Candida, HSV, CMV у ВІЛ-інфікованих), пілюльний езофагіт, їдкі опіки.

6. Швидке насичення (early satiation):

- Відчуття переповнення шлунка після невеликого об'єму їжі (< 200 мл).
- Причини: гастропарез, функціональна диспепсія, зниження акомодатії шлунка.

7. Постпрандіальне переповнення (postprandial fullness):

- Неприємне відчуття подовженої затримки їжі у шлунку після нормального за об'ємом прийому їжі.
- Може тривати кілька годин.

Патогенез функціональної диспепсії

1. **Порушення акомодатії шлунка (30–40 %):**
 - Знижена релаксація дна шлунка після прийому їжі → швидке насичення.
2. **Уповільнене спорожнення шлунка (гастропарез, 25–35 %):**
 - Затримка евакуації твердої їжі > 4 год.
 - Причини: діабет післявірусний, ідіопатичний.
3. **Вісцеральна гіперчутливість:**
 - Знижений поріг сприйняття болю при розтягненні шлунка.
4. **Психосоціальні фактори:**
 - Тривога, депресія, соматизація.
5. **Мікроскопічне запалення дуодена:**
 - Еозинофіли, тучні клітини.
6. **H. pylori-інфекція (10–15 % випадків ФД):**
 - Ерадикація покращує симптоми у 10 % пацієнтів.

Діагностичний алгоритм

⇒ Крок 1. Виключення «симптомів тривоги» (alarm symptoms):

- Схуднення > 5 % за 6 міс.
- Прогресуюча дисфагія, одиофагія.
- Повторне блювання.
- Анемія, прихована кров у калі.
- Пальпована пухлина у животі.
- Жовтяниця.
- Сімейний анамнез раку шлунка, стравоходу.
- Вік > 60 років (перший епізод диспепсії).

За наявності «симптомів тривоги» → ЕГДС обов'язкова!

⇒ Крок 2. Тестування на Н. pylori:

- Неінвазивні тести: дихальний ¹³C-уреазний тест, антиген у калі.
- При позитивному – ерадикаційна терапія.

⇒ Крок 3. Емпірична терапія ІПП (4–8 тиж):

- Якщо немає ефекту → ЕГДС.

⇒ Крок 4. ЕГДС з біопсією:

- Виключення виразки, раку, езофагіту, целиакії (біопсія дванадцятипалої кишки).
- При нормальній ендоскопії + персистуючі симптоми → діагноз «функціональна диспепсія».

Додаткові обстеження (за показаннями):

- Манометрія стравоходу (дисфагія).
- 24-годинна рН-метрія (рефрактерна печія).
- Сцинтиграфія спорожнення шлунка (підозра на гастропарез).
- УЗД, КТ (підозра на панкреатит, холецистит).

Диференційна діагностика

Симптом	Основні причини
Печія	ГЕРХ, езофагіт, функціональна печія
Дисфагія на тверду їжу	Рак стравоходу, стриктура, кільце Шацького
Дисфагія на рідину + тверду їжу	Ахалазія, склеродермія
Блювання натще	Стеноз воротаря, гастропарез, вагітність
Блювання «кавовою гущею»	Кровотеча з виразки, ерозії, варикоз
Швидке насичення	Гастропарез, функціональна диспепсія, рак шлунка
Біль + блювання жовчю	Холецистит, холедохолітаз, панкреатит

3. СИНДРОМ ШЛУНКОВОЇ ТА КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

Кровотеча з травного тракту – небезпечно для життя ускладнення, що потребує невідкладних діагностичних та терапевтичних заходів.

Класифікація

⇒ **За локалізацією:**

1. *Кровотеча з верхніх відділів ШКТ (80 %), UGIB (Upper Gastrointestinal Bleeding).* Джерело кровотечі розташоване проксимальніше дуоденоєюнального переходу (зв'язки Трейца). До UGIB належать кровотечі зі стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки. Найчастіші причини: виразкова хвороба, ерозивний гастрит, варикозне розширення вен стравоходу, синдром Маллорі – Вейса, пухлини.
2. *Кровотеча з нижніх відділів травного тракту (20 %), LGIB (Lower Gastrointestinal Bleeding).* Джерело кровотечі розташоване дистальніше дуоденоєюнального переходу (зв'язки Трейца). Основні причини: дивертикульоз, ангіодисплазії, колоректальний рак/поліпи, запальні захворювання кишки, геморой, анальна тріщина.

⇒ **За тяжкістю:**

- *Легка:* Нб > 100 г/л, САТ > 110 мм рт.ст., ЧСС < 100/хв, немає ортостатичної гіпотензії.
- *Помірна:* Нб 70–100 г/л, САТ 90–110 мм рт.ст., ЧСС 100–120/хв.
- *Тяжка:* Нб < 70 г/л, САТ < 90 мм рт.ст., ЧСС > 120/хв, шок.

⇒ **За перебігом:**

- *Гостра* (явна, масивна).
- *Хронічна* (прихована, окультна).

Клінічна картина

Симптоми кровотечі з верхніх відділів:

1. **Гематемезис (hematemesis)** – блювання кров'ю:
 - Яскраво-червона кров – активна артеріальна кровотеча (виразка, варикоз).
 - «Кавова гуща» (coffee-ground vomitus) – кров контактувала з соляною кислотою → утворення гематину (темно-коричневий колір); зазвичай менш масивна або кровотеча зупинилася.
2. **Мелена (melena)** – чорні, дьогтеподібні, смердючі випорожнення:
 - Виникає при кровотечі > 50–100 мл у верхніх відділах ШКТ.
 - Кров перетравлюється у кишці (гемоглобін → гематин).
 - Мелена може зберігатися 3–5 днів після припинення кровотечі.
 - Хибнопозитивні причини мелени: препарати заліза, вісмут, активоване вугілля, чорниці, чорна смородина.

3. **Гематохезія (hematochezia)** – виділення яскраво-червоної крові з прямої кишки, зазвичай кровотеча з нижніх відділів. **Винятки:** масивна кровотеча з верхніх відділів (> 1000 мл) з прискореним транзитом → яскраво-червона кров.

Симптоми кровотечі з нижніх відділів:

- Гематохезія – найчастіше.
- Кров змішана з калом (колоректальний рак, ЗЗК) або на поверхні калу (геморой, тріщина).
- Згустки крові (дивертикульоз, ангіодисплазії).
- Кров зі слизом (запальні захворювання кишки).

Загальні симптоми (гіповолевмічний шок):

- Слабкість, запаморочення, непритомність (синкопе).
- Блідість шкіри, холодний піт.
- Тахікардія (ЧСС > 100/хв), артеріальна гіпотензія (САТ < 100 мм рт. ст.).
- Ортостатична гіпотензія (↓САТ > 20 мм рт.ст. або ↑ЧСС > 20/хв при переході у вертикальне положення) – втрата > 15 % ОЦК (~750 мл).
- Олігурія (< 0,5 мл/кг/год).
- Зміна свідомості (сплутаність, збудження, сопор).

Хронічна прихована кровотеча:

- Залізодефіцитна анемія: Нб < 100 г/л, MCV (Mean Corpuscular Volume – середній об'єм еритроцита) < 80 фемтолітрів (fL), низький феритин < 30 нг/мл.
- Слабкість, втома, задишка при навантаженні.
- Позитивний тест на приховану кров у калі (FIT, guaiac).
- Причини: колоректальний рак, поліпи, ангіодисплазії, целиакія, паразитози (анкілостомоз).

Оцінка тяжкості кровотечі

Клінічна класифікація шоку (за втратою ОЦК):

Ступінь	Втрата ОЦК	САТ	ЧСС	Свідомість	Діурез
I (легкий)	< 15 % (< 750 мл)	Норма	< 100/хв	Ясна	Норма
II (помірний)	15–30 % (750–1500 мл)	90–100	100–120	Тривога	↓
III (тяжкий)	30–40 % (1500–2000 мл)	70–90	120–140	Сплутаність	< 30 мл/год
IV (критичний)	> 40 % (> 2000 мл)	< 70	> 140	Сопор/кома	Анурія

Шкали прогнозу

1. **Шкала Glasgow-Blatchford (GBS)** – для верхніх кровотеч. Параметри: Нб, САТ, ЧСС, сечовина, мелена, синкопе, захворювання печінки/серця.

- **0 балів** – низький ризик, можливе амбулаторне ведення.
- **≥ 6 балів** – високий ризик повторної кровотечі, потреба у госпіталізації.

2. Rockall score:

- Клінічний Rockall (до ендоскопії): вік, шок, супутні захворювання.
- Повний Rockall (після ендоскопії): + ендоскопічний діагноз, ознаки кровотечі.
- **0–2 бали** – низький ризик смерті (< 0,2 %).
- **≥ 5 балів** – високий ризик смерті (> 10 %).

3. Класифікація Forrest – ендоскопічна оцінка виразкової кровотечі:

- **Ia**: активна артеріальна кровотеча (струмінь) – ризик рецидиву 90 %.
- **Ib**: активна венозна кровотеча (просочування) – 50 %.
- **IIa**: видима судина (visible vessel) – 40–50 %.
- **IIb**: фіксований згусток (adherent clot) – 20–30 %.
- **IIc**: плями гематину (flat spot) – 5–10 %.
- **III**: чиста виразка (clean base) – < 5 %.

Forrest Ia, Ib, IIa, IIb → потреба в ендоскопічному гемостазі.

Причини кровотечі

ВЕРХНІ ВІДДІЛИ ШКТ:

1. *Виразкова хвороба* (35–50 %):
 - Фактори ризику: *H. pylori*, НПЗП, стрес (опіки, ШВЛ, сепсис), синдром Золлінгера – Елісона.
 - Локалізація з високим ризиком: задня стінка цибулини дванадцятипалої кишки (a. gastroduodenalis), мала кривизна шлунка (a. gastrica sinistra).
2. *Ерозивний гастрит / дуоденіт* (8–15 %):
 - НПЗП-гастропатія, стрес-виразки, алкоголь.
3. *Варикозне розширення вен стравоходу/шлунка* (5–10 %):
 - Портальна гіпертензія (цироз печінки).
 - Летальність 15–20 % при першому епізоді.
 - Ризик рецидиву 60 % протягом року без профілактики.
4. *Синдром Маллорі – Вейса* (5 %):
 - Розрив слизової кардіоезофагеального переходу після повторного блювання.
 - Класична тріада: алкогольне сп'яніння → багаторазове блювання → гематемезис.
 - У 90 % самостійна зупинка.
5. *Ерозивний езофагіт* (3–5 %):
 - ГЕРХ (Los Angeles C-D), пілюльний езофагіт, інфекційний (*Candida*, HSV).
6. *Пухлини* (2–5 %):
 - Рак шлунка, стравоходу, GIST, лімфома.
7. *Синдром Бурхаве* (спонтанний розрив стравоходу):
 - Рідкісна, але летальна причина.

8. *Гемобілія* (кровотеча у жовчні шляхи):

- Травма печінки, біопсія, псевдоаневризма печінкової артерії.

9. *Аорто-дуоденальна фістула*:

- Ускладнення реконструкції аорти (протезування), аневризми аорти.
- Класична тріада: попередня операція на аорті → «сигнальна» кровотеча. (невелика) → масивна кровотеча через кілька годин/днів.

НИЖНІ ВІДДІЛИ ШКТ:

1. *Дивертикульоз товстої кишки* (30–50 %):

- Найчастіше у правій половині (висхідна ободова, 70 %), хоча дивертикули частіше у сигмовидній кишці.
- Раптова, безболісна, масивна кровотеча.
- У 80 % самотійна зупинка.

2. *Ангіодисплазії, артеріовенозні мальформації* (20–30 %):

- Частіше у літніх осіб > 60 р., права половина товстої кишки.
- Хронічна рецидивуюча або масивна кровотеча.
- Асоціація з аортальним стенозом (синдром Хейде).

3. *Колоректальний рак, поліпи* (10 %):

- Хронічна кровотеча, залізодефіцитна анемія.
- Рідко масивна кровотеча.

4. *Запальні захворювання кишки* (10 %):

- Виразковий коліт: кров'яниста діарея, тенезми.
- Хвороба Крона: рідше масивна кровотеча.

5. *Геморой, анальна тріщина* (10 %):

- Яскраво-червона кров на туалетному папері або краплі після дефекації.
- Рідко масивна кровотеча.

6. *Ішемічний коліт*:

- Літні, атеросклероз, гіпотензія.
- Біль у животі → кров'яниста діарея.

7. *Постполіпектомічна кровотеча*:

- Відразу (інтраопераційна) або відстрочена (до 14 днів після поліпектомії).

8. *Дивертикул Меккеля*:

- У дітей та молодих дорослих.
- Ектопічна слизова шлунка → виразка → кровотеча.

Діагностичний алгоритм

⇒ ЕТАП 1. ПОЧАТКОВА ОЦІНКА ТА РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ (одночасно!):

А. Оцінка тяжкості:

- Вітальні функції: АТ, ЧСС, ЧД, SpO₂ , свідомість (GCS).
- Ортостатична проба (якщо стан стабільний).
- Класифікація шоку.

В. Венозний доступ:

- Два периферійні венозні катетери великого діаметра (14–16 G) або центральний катетер.

С. Лабораторна діагностика (невідкладна):

- ЗАК (Hb, Ht, тромбоцити, лейкоцити).
- Група крові, резус-фактор, проба сумісності (підготовка еритроцитарної маси).
- Коагулограма (протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення, активований частковий тромбoplastиновий час, фібриноген).
- Біохімія: сечовина (підвищується при кровотечі з верхніх відділів – перетравлення крові), креатинін, електроліти, глюкоза, печінкові проби.
- Лактат (тканинна гіпоперфузія).

Д. Реанімаційні заходи:

- *Інфузійна терапія*: кристалоїди (фізрозчин, Рінгера лактат) 1–2 л внутрішньовенно болюсно.
- *Гемотрансфузія*:
 - Показання: Hb < 70 г/л (або < 80 г/л при ІХС, шоку).
 - Цільовий Hb 70–90 г/л (рестриктивна стратегія).
 - Співвідношення 1:1:1 (еритроцитарна маса : свіжозаморожена плазма : тромбоконцентрат) при масивній кровотечі.
- *Корекція коагулопатії*:
 - Вітамін К 10 мг внутрішньовенно (при прийомі варфарину).
 - Протромбіновий комплекс (міжнародне нормалізоване відношення > 1,5).
 - Транексамова кислота 1 г внутрішньовенно (антифібринолітик) – у масивній кровотечі.
- *Кисень*: якщо SpO₂ < 94 %.
- *Моніторинг*: ЕКГ, пульсоксиметрія, погодинний діурез (катетер Фолея).

Е. Фармакотерапія:

- *Інгібітори протонної помпи (ІПП)*:
 - Ezomeprazol 80 мг внутрішньовенно болюсно → інфузія 8 мг/год протягом 72 год (при виразковій кровотечі).
 - **До ендоскопії**: зменшує ознаки кровотечі (Forrest), але не впливає на смертність.

- *Вазоактивні препарати* (при підозрі на варикозну кровотечу):
 - Октреотид 50 мкг внутрішньовенно болюсно → 50 мкг/год інфузія протягом 2–5 днів.
 - Терліпресин 2 мг внутрішньовенно кожні 4 год (якщо доступний).
- *Антибіотикопрофілактика* (при підозрі на варикозну кровотечу + цироз):
 - Цефтріаксон 1 г внутрішньовенно кожні 24 год протягом 7 днів.
 - Знижує ризик бактеріальних інфекцій (спонтанний бактеріальний перитоніт), покращує виживання.

⇒ ЕТАП 2. ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ГЕМОСТАЗ:

ЕГДС – метод вибору при кровотечі з верхніх відділів:

- **Терміни:**
 - Невідкладна (< 12 год): стабільний пацієнт без шоку.
 - Екстрена (< 2–6 год): масивна кровотеча, нестабільна гемодинаміка (після реанімації), підозра на варикоз.
- **Протипоказання відносні:** нестабільна гемодинаміка, підозра на перфорацію → спочатку стабілізація.

Ендоскопічні методи гемостазу (при Forrest Ia-IIb):

1. *Ін'єкційна терапія:*
 - Адреналін 1:10 000 (0,5–2 мл у 4 квадранти навколо судини) – вазоконстрикція, тампонада.
 - **Не як монотерапія** (високий ризик рецидиву).
2. *Термічна коагуляція:*
 - Біполярна електрокоагуляція, аргонплазмова коагуляція (АРС).
3. *Механічні методи:*
 - Ендокліпси (hemoclips) – найефективніші для видимої судини.
 - Over-the-scope clips (OTSC) – великі дефекти.
4. *Комбінована терапія:* ін'єкція адреналіну + термічна коагуляція або кліпсування (рекомендується).

Варикозна кровотеча:

- **Ендоскопічне лігування варикозних вен (EVL):** гумові кільця на варикозний вузол.
- **Склеротерапія:** ін'єкція склерозанту (етаноламін, полідоканол) – рідше через більшу імовірність ускладнень.
- Балонна тампонада (зонд Блекмора–Сенгстакена) – тимчасовий захід при масивній кровотечі, що не контролюється.

КОЛОНОСКОПІЯ – при кровотечі з нижніх відділів:

- *Терміни:* після підготовки кишки (поліетиленгліколь 4–6 л per os за 3–5 год).
- Невідкладна колоноскопія (< 24 год) при масивній кровотечі.
- Планова (48–72 год) при стабільному стані.
- *Методи гемостазу:* кліпування, термічна коагуляція, ін'єкція адреналіну.
- *Обмеження:* погана візуалізація при активній кровотечі.

⇒ ЕТАП 3. РАДІОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА

(якщо ендоскопія неінформативна):

КТ-ангіографія:

- Виявлення активної кровотечі (екстравазація контрасту) при швидкості > 0,3 мл/хв.
- Показання: масивна кровотеча з нижніх відділів, неінформативна колоноскопія.
- Плюси: неінвазивна, швидка, визначає локалізацію.

Ангіографія + емболізація:

- Показання: активна кровотеча > 0,5–1 мл/хв, невдала ендоскопія.
- Суперселективна катетеризація судини → емболізація (мікрокойли, желатинова губка, частинки Polyvinyl Alcohol particles – це частинки полівінілового спирту, які використовують під час ендovasкулярної емболізації).
- Ефективність 90 %, ризик ішемії кишки 5–10 %.

Сцинтиграфія з міченими еритроцитами (^{99m}Tc – радіоізотоп технецій-99m, Technetium-99m):

- Виявлення повільної кровотечі > 0,1 мл/хв.
- Нижча специфічність локалізації.
- Використовується рідко.

⇒ ЕТАП 4. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ:

Показання:

- Неконтрольована кровотеча (САТ < 90 мм рт. ст., незважаючи на гемотрансфузію > 4 од еритроцитарної маси).
- Неефективна ендоскопічна/ангіографічна зупинка (2 спроби).
- Рецидив кровотечі після ендоскопічного гемостазу.
- Перфорація під час ендоскопії.

Операції:

- *Виразкова кровотеча*: висічення виразки + прошивання судини, ваготомія + + пілоропластика, резекція шлунка.
- *Варикозна кровотеча*: портосистемне шунтування (TIPS – трансюгулярне інтрапечінкове портосистемне шунтування), операція Паціорі (перев'язка варикозних вен стравоходу).
- *Дивертикульоз*: сегментарна колектомія.
- *Тотальна колектомія* – у критичних випадках при невідомій локалізації.

Вторинна профілактика

Виразкова кровотеча:

- Ерадикація *H. pylori* (верифікація через 4–6 тиж).
- ІПП (омепразол 20–40 мг/добу) – тривало, якщо потрібні НПЗП.
- Відміна НПЗП або перехід на селективні інгібітори ЦОГ-2 + ІПП.
- Подвійна антиагрегантна терапія (після стентування) + ІПП.

Варикозна кровотеча:

- Неселективні β -блокатори (пропранолол, карведилол) – зниження портального тиску.
- Повторні сеанси ендоскопічного лігування (кожні 2–4 тиж до ерадикації варикозних вузлів).
- TIPS за наявності рецидиву кровотечі, незважаючи на терапію.

4. СИНДРОМ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Кишкова непрохідність (ileus) – порушення проходження кишкового вмісту від шлунка до ануса внаслідок механічної обструкції або порушення моторики.

Класифікація

1. За механізмом:

А. Механічна (обтураційна) непрохідність: механічна перешкода у просвіті або ззовні кишки.

За рівнем обструкції:

- **Висока** (тонкокишкова): дванадцятипала кишка, порожня кишка.
 - Швидкий розвиток (упродовж годин).
 - Раннє блювання, дегідратація, електролітні порушення.
- **Низька** (товстокишкова): клубова кишка, товста кишка .
 - Повільний розвиток (протягом днів).
 - Пізнє блювання, виражене здуття живота.

За типом обструкції:

- **Проста (обтураційна):** без порушення кровопостачання.
 - Спайки (60 % тонкокишкової непрохідності).
 - Пухлини (60 % товстокишкової непрохідності).
 - Грижі (зовнішні – пахові, стегнові, пупкові, внутрішні).
 - Закупорка просвіту (жовчні камені – gallstone ileus, безоари, аскариди, калові камені).
 - Інвагінація.
- **Странгуляційна:** обструкція + порушення кровопостачання → ішемія → → некроз → перфорація.
 - Заворот (volvulus) сигмовидної кишки, цекуму, тонкої кишки.
 - Защемлена грижа.
 - Спайки з ущемленням петлі.
 - **Летальність вища** (20–30 vs 5–10 % при простій).

В. Динамічна (функціональна) непрохідність: відсутність механічної перешкоди, порушення моторики.

- **Паралітична (парез кишки, adynamic ileus):**
 - Найчастіша форма у післяопераційному періоді (фізіологічний парез 24–72 год).
 - Причини: післяопераційний стан, перитоніт, панкреатит, сепсис, електролітні порушення (гіпокаліємія, гіпомагніємія, гіперкальціємія), медикаменти (опіюїди, антихолінергічні), травма спинного мозку.
- **Спастична** (рідко): отруєння свинцем, порфірія.

2. За ступенем обструкції:

- **Повна:** повне припинення проходження газів та калу.
- **Часткова (субілеус):** періодичне проходження.

3. За перебігом:

- **Гостра:** розвивається протягом годин або днів.
- **Хронічна (рецидивуюча):** спайки, пухлини, хвороба Крона.

Патофізіологія

Порочне коло кишкової непрохідності:

1. **Механічна обструкція** → накопичення кишкового вмісту, газу (проковтнуте повітря + бактеріальна ферментація).
2. **Розтягнення кишки проксимальніше обструкції** (дилатація):
 - Тонка кишка > 3 см, товста > 6 см, цекум > 9 см.
 - Підвищення внутрішньопросвітнього тиску всередині просвіту кишки. При кишкової непрохідності накопичуються гази, кишковий вміст, рідина, в результаті тиск у кишці зростає. Наслідками підвищення внутрішньопросвітнього тиску є здавлювання вен кишкової стінки, порушення венозного відтоку, набряк кишки, погіршення артеріального кровопостачання, ішемія, некроз, перфорація.
3. **Секвестрація рідини у просвіті кишки** («третій простір»):
 - Гіперсекреція у просвіт (до 8–10 л/добу).
 - Зниження всмоктування.
 - Дегідrataція, гіповолемія, електролітні порушення.
4. **Порушення кровопостачання стінки кишки:**
 - Підвищення тиску → здавлювання вен → венозний застій, набряк → → здавлювання артерій → ішемія → некроз → перфорація.
5. **Транслокація бактерій** через ішемізовану стінку → бактеріємія, сепсис.
6. **Системні ефекти:**
 - Гіповолемічний шок.
 - Респіраторний дистрес (здуття живота → підняття діафрагми → зниження дихального об'єму).
 - Ниркова недостатність (преренальна азотемія).
 - Метаболічний алкалоз (блювання шлунковим вмістом – втрата HCl, H⁺) або ацидоз (ішемія кишки – лактат).

Особливості странгуляційної непрохідності:

- Раптове порушення артеріального кровопостачання → швидкий некроз (6–12 год).
- Геморагічна інфільтрація стінки.
- Перитоніт (серозний → гнійний → каловий).

Клінічна картина

Класична тріада:

1. Біль у животі.
2. Блювання.
3. Затримка газів та випорожнень (obstipatio).

Детальна характеристика:

1. Біль:

- *Механічна непрохідність*: переймоподібний (хвилі кожні 3–5 хв), відповідає перистальтичним скороченням.
 - При странгуляції: раптовий, постійний, інтенсивний (на фоні кольок).
- *Паралітична непрохідність*: тупий, постійний біль, що розпирає, без кольок.

2. Блювання:

- *Висока непрохідність*: раннє (перші години), часте, значне.
 - Спочатку шлунковий вміст → жовч → застійний вміст (зеленувато-коричневий, смердить).
- *Низька непрохідність*: пізнє (через 1–2 дні), рідше.
 - «Калове блювання» (feculent vomiting) – рідко, при тривалій непрохідності або кишково-шлунковій фістулі.

3. Затримка газів та калу:

- *Повна непрохідність*: відсутність відходження газів > 12–24 год.
- *Часткова*: періодичне проходження.
- **Важливо**: на початку обструкції можуть бути випорожнення (спорожнення дистальних відділів).

4. Здуття живота:

- *Висока непрохідність*: мінімальне або помірне, епігастрій.
- *Низька непрохідність*: виражене, дифузне або асиметричне.
- *Заворот цекуму*: здуття правої половини живота.
- *Заворот сигмовидної кишки*: асиметричне здуття лівих відділів.

Фізикальне обстеження

Огляд:

- Видимі перистальтичні хвилі (симптом Валя) – «бурхлива» перистальтика при тонкокишковій непрохідності.
- Асиметрія живота.
- Рубці (попередні операції – спайки).
- Грижі (обов'язково обстежити пахові, стегові, пупкову ділянку).

Пальпація:

- Болючість: локальна (місце обструкції, странгуляції) або дифузна.
- М'язовий захист – ознака перитоніту (странгуляція, перфорація).
- Пухлина, інфільтрат.

Перкусія:

- Тимпаніт – скупчення газу у роздутих петлях.
- Симптом Склярова: тимпанічний звук над роздутою петлею.
- Притуплення у бокових відділах – вільна рідина (асцит, перитоніт).

Аускультация:

- *Механічна непрохідність (рання стадія):*
 - Посилені, високі («дзвінки»), переймоподібні перистальтичні шуми, що збігаються з нападом болю.
 - «Шум плескоту» (succussion splash), «шум падаючої краплі».
 - «Металеві» шуми – резонанс у роздутих петлях.
- *Механічна непрохідність (пізня стадія, декомпенсація):*
 - Ослаблені або відсутні шуми («мертва тиша», «гробова тиша») – парез кишки.
- *Паралітична непрохідність:*
 - Різко ослаблені або відсутні шуми з самого початку.

Ректальне пальцеве дослідження (обов'язково!):

- Порожня («зяюча») ампула прямої кишки (симптом Обухівської лікарні) – заворот сигмовидної кишки.
- Кров на рукавичці – інвагінація, ішемія, пухлина.
- Пухлина у прямій кишці.
- Калові камені.

Діагностика

⇒ Лабораторна:

- **ЗАК:** лейкоцитоз $> 12 \times 10^9/\text{л}$ (запалення, ішемія), зсув формули вліво; лейкоцитоз $> 20 \times 10^9/\text{л}$ – підозра на странгуляцію.
- **Біохімія:**
 - Сечовина, креатинін $\uparrow$ (дегідратація, преренальна азотемія).
 - Електроліти: гіпокаліємія, гіпохлоремія (блювання), гіпонатріємія
 - Лактат $> 2,5$ ммоль/л – ішемія кишки.
 - Амілаза $\uparrow$ – диференційна діагностика з панкреатитом, може підвищуватися при кишкової непрохідності.
- **КЛС (кислотно-лужний стан):**
 - Метаболічний алкалоз (блювання шлунковим вмістом).
 - Метаболічний ацидоз (ішемія, лактацидоз).

⇒ Інструментальна:

1. Оглядова рентгенографія черевної порожнини (вертикальна + горизонтальна проєкції):

Ознаки тонкокишкової непрохідності:

- Множинні роздуті петлі тонкої кишки (діаметр > 3 см).
- **Складки Керкрінга** (valvulae conniventes) – поперечні складки, які йдуть через всю ширину петлі (висота 3–5 мм).

- Множинні рівні рідини («**чаші Клойбера**», «сходинки») – горизонтальні рівні рідини з газом над ними.
- Відсутність газу в товстій та прямій кишках (при повній непрохідності).
- **Симптом «аркад»:** петлі тонкої кишки розташовані дугоподібно.
- **Симптом «струн»** (керкрінгові складки близько розташовані).

Ознаки товстокишкової непрохідності:

- Роздута товста кишка (діаметр > 6 см, цекум > 9 см).
- **Гаустрації** (haustra) – неповні перегородки, які не йдуть через усю ширину (на відміну від складок Керкрінга).
- Розташування роздутих петель по периферії живота (анатомія товстої кишки).
- Заворот сигмовидної кишки: **«симптом кавового зерна»** (coffee bean sign) – роздута петля у вигляді перевернутої літери U або кавового зерна.

Ознаки странгуляції:

- Фіксована роздута петля на серії знімків.
- Потовщення стінки кишки (набряк).
- Відсутність газу у сегменті (повне спорожнення ішемізованої петлі).
- Вільна рідина у черевній порожнині (асцит, перитонеальний ексудат).
- Пневматоз кишки (газ у стінці) – пізня ознака ішемії.

Обмеження рентгенографії:

- Чутливість 60–80 % (рання стадія, часткова непрохідність можуть бути неінформативні).

2. КТ черевної порожнини з контрастом – «золотий стандарт»:

Переваги:

- Чутливість > 95 %, специфічність > 90 %.
- Визначає рівень та причину обструкції.
- Виявляє ускладнення (ішемія, перфорація, абсцес).

КТ-ознаки:

- **«Перехідна зона»** (transition point) – місце обструкції: проксимальніше – роздуті петлі, дистальніше – спадаючі (колабовані).
- **Причина обструкції:** пухлина, грижа, спайки («закритий контур»), інвагінація («мішень»).
- **Ознаки ішемії/странгуляції:**
 - Потовщення стінки кишки > 3 мм.
 - Набряк стінки (гіподенсивне забарвлення, «target sign»).
 - Відсутність контрастування стінки (некроз).
 - Пневматоз кишки (газ у стінці).
 - Газ у ворітній та брижових венах.
 - Вільна рідина, потовщення брижі.

- «Whirl sign» (симптом «вихору») – закручена брижа → заворот.
- «Small bowel feces sign» – калові маси у тонкій кишці → тривала непрохідність.

3. УЗД черевної порожнини:

- Доступний, неінвазивний.
- Роздуті петлі кишки > 3 см, перистальтика.
- Вільна рідина між петлями.
- Потовщення стінки, знижена ехогенність (ішемія).
- Чутливість 85–90 % (оператор-залежний метод діагностики).

4. Контрастне дослідження з водорозчинним контрастом (гастрографін):

- Пероральне або через назогастральний зонд.
- Рентген через 4, 8, 24 год.
- Проходження контрасту в товсту кишку за 24 год → часткова непрохідність (консервативне лікування може бути успішним).
- Відсутність проходження → повна непрохідність (хірургічне лікування).
- **Терапевтичний ефект:** гастрографін (гіперосмолярний) → залучення рідини у просвіт → покращення проходження.

Диференційна діагностика

Ознака	Механічна непрохідність	Паралітична непрохідність
Біль	Переїмоподібний, колька	Постійний, тупий, розпирає
Блювання	Раннє, повторне	Пізнє, рідше
Перистальтика (аускультация)	Посилена, «дзвінка» (рано), відсутня (пізно)	Різно ослаблена або відсутня з початку
Рентген	Роздуті петлі, рівні рідини, відсутність газу дистальніше	Рівномірне здуття тонкої та товстої кишки, газ у прямій кишці
Причина	Спайки, пухлина, грижа, заворот	Післяопераційний стан, перитоніт, електролітні порушення

Інші захворювання для диференційної діагностики:

- Гострий панкреатит.
- Перфорація (вільний газ, раптовий біль, «дошкоподібний» живіт).
- Мезентеріальна ішемія (біль непропорційний даним обстеження, лактат ↑).
- Токсичний мегаколон (виразковий коліт, *C. difficile*).
- Псевдообструкція (синдром Огілві) – дилатація товстої кишки без механічної обструкції.

Лікування

Загальні принципи:

- Кишкова непрохідність – невідкладний стан, потребує госпіталізації.
- **Консервативне лікування:** часткова непрохідність без ознак странгуляції/ішемії.
- **Хірургічне лікування:** повна непрохідність, ознаки странгуляції, перитоніт, неефективність консервативного лікування (48–72 год).

⇒ **КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ:**

1. «Ніщо через рот» (NPO, nil per os):

- Абсолютне голодування.

2. Назогастральна декомпресія:

- Назогастральний зонд (або назоінтестинальний зонд).
- Активна аспірація вмісту шлунка → зменшення здуття, блювання, аспірації.
- Моніторинг об'єму виділень (може бути 2–4 л/добу).

3. Інфузійна терапія:

- Відновлення ОЦК: кристалоїди (фізрозчин, Рінгера лактат) 2–4 л/добу.
- Корекція електролітних порушень:
 - Гіпокаліємія: KCl 20–40 ммоль/л (максимум 10–20 ммоль/год через периферичний катетер).
 - Гіпомагніємія, гіпокальціємія.
- Цільові показники: діурез > 0,5 мл/кг/год, нормалізація креатиніну.

4. Антибіотикопрофілактика (при підозрі на странгуляцію, перитоніт):

- Цефтріаксон 2 г внутрішньовенно + метронідазол 500 мг внутрішньовенно.
- Альтернатива: піперацилін-тазобактам, карбапенеми.

5. Стимуляція моторики (обережно, протипоказана при механічній непрохідності!):

- **Паралітична непрохідність:** неостигмін (прозерин) 2 мг внутрішньовенно повільно (може викликати брадикардію, бронхоспазм).
- Метоклопрамід 10 мг внутрішньовенно (обмежена ефективність).

6. Відміна медикаментів, що уповільнюють моторику:

- Опіоїди, антихолінергічні препарати.

7. Моніторинг:

- Вітальні функції (АТ, ЧСС, температура).
- Погодинний діурез.
- Динаміка больового синдрому, перистальтики.
- Повторна оглядова рентгенографія або КТ (через 24–48 год).

Критерії ефективності консервативного лікування:

- Зменшення болю, здуття.
- Поява перистальтики.
- Відходження газів, випорожнення.
- Зменшення виділень по назогастральному зонду.
- Контрастне дослідження: проходження контрасту у товсту кишку.

Критерії переходу до хірургічного лікування:

- Відсутність ефекту протягом 48–72 год.
- Погіршення стану (зростання болю, м'язовий захист, лихоманка, лейкоцитоз).
- Ознаки перитоніту, странгуляції.

⇒ **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ:**

Абсолютні показання:

- Повна механічна непрохідність.
- Ознаки странгуляції (перитоніт, шок, лактацидоз).
- Защемлена грижа.
- Заворот.
- Перфорація, некроз кишки.

Відносні показання:

- Часткова непрохідність без ефекту консервативного лікування (48–72 год).

Хірургічна тактика:

1. Лапаротомія (або лапароскопія):

- Оцінка життєздатності кишки:
 - **Критерії життєздатності:** рожевий колір, блиск серози, перистальтика, пульсація брижових судин.
 - **Критерії нежиттєздатності:** чорний/сірий колір, тьмяна сероза, відсутність перистальтики та пульсації, неприємний запах.

2. Усунення причини обструкції:

- Розсічення спайок (адгезіолізис) – найчастіша операція.
- Резекція пухлини.
- Грижосічення (герніопластика).
- Деторзія (розкручування) при завороті:
 - заворот сигмовидної кишки: деторзія → резекція (плановано або одномоментно);
 - заворот цекуму: резекція правої половини товстої кишки (геміколектомія);
- Видалення тіла, що закупорює (жовчного каменя, безоарів).

3. Резекція нежиттєздатної кишки:

- Відступ від меж ішемії: тонка кишка 20–30 см проксимальніше та 10–15 см дистальніше.
- Анастомоз «кінець-у-кінець» або «бік-у-бік».
- При сумнівній життєздатності: тимчасова декомпресія → second-look лапаротомія через 24–48 год.

4. Декомпресія кишки:

- Назоінтестинальний зонд.
- Інтраопераційна декомпресія (аспірація вмісту).

5. Санація черевної порожнини (при перитоніті).

6. Дренування черевної порожнини

Особливі ситуації

Спайкова непрохідність:

- У 60–80 % випадків дозволяється консервативне лікування.
- При рецидивуючій спайковій непрохідності: адгезіолізис + профілактика спайок (бар'єрні плівки – Interseed, Seprafilm).

Обтураційна непрохідність при раку товстої кишки:

- **Права половина товстої кишки:** правобічна геміколектомія з первинним анастомозом.
- **Ліва половина товстої кишки (варіанти):**
 1. Операція Гартмана (резекція + кінцева колостома + зашивання дистального кінця) → відновлення безперервності кишки через 3–6 міс.
 2. Субтотальна колектомія з ілеоректальним анастомозом.
 3. Резекція + первинний анастомоз (якщо кишка підготовлена, стабільний стан пацієнта).
 4. Стентування (ендоскопічне або під рентген-контролем) як «міст» до планової операції або паліативний захід.

Післяопераційні ускладнення:

- Рання спайкова непрохідність (до 5 %).
- Неспроможність анастомозу (2–10 %).
- Інтраабдомінальний абсцес.
- Синдром короткої кишки (після масивної резекції > 70 % тонкої кишки).

ПАРАЛІТИЧНА НЕПРОХІДНІСТЬ (ПАРЕЗ КИШКИ):

Лікування:

1. Усунення причини (лікування перитоніту, панкреатиту; відміна опіоїдів).
2. Корекція електролітних порушень (K^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+}).
3. Назогастральна декомпресія.
4. Рання мобілізація (ходьба через 6–12 год після операції).
5. Жування жувальної гумки (стимуляція блукаючого нерва) – 3 рази/день по 30 хв.
6. Неостигмін 2 мг внутрішньовенно (при рефрактерному парезі, за відсутності ефекту протягом 4–5 днів).
7. Колоноскопична декомпресія (при синдромі Огілві – дилатація цекуму > 12 см).

5. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Портальна гіпертензія (ПГ) – патологічне підвищення тиску у системі ворітної вени $> 10\text{--}12$ мм рт. ст. (норма $5\text{--}10$ мм рт. ст.) внаслідок перешкоди відтоку крові на різних рівнях портального кровообігу.

Анатомія портальної системи

Ворітна вена (v. portae hepatis):

- Утворюється за голівкою підшлункової залози злиттям верхньої брижової та селезінкової вен.
- Довжина $6\text{--}8$ см, діаметр $10\text{--}13$ мм.
- Збирає кров від шлунка, кишок, селезінки, підшлункової залози.
- Кровотік $1\,000\text{--}1\,200$ мл/хв (75 % печінкового кровопостачання).
- У воротах печінки поділяється на праву та ліву гілки.

Притоки:

- Селезінкова вена (v. lienalis) – селезінка, частина підшлункової залози, дно шлунка (короткі шлункові вени).
- Верхня брижова вена (v. mesenterica superior) – тонка кишка, права половина товстої кишки.
- Нижня брижова вена (v. mesenterica inferior) → селезінкова вена – ліва половина товстої кишки, пряма кишка (верхня пряма вена).
- Ліва шлункова вена (v. gastrica sinistra) – мала кривизна шлунка, нижня третина стравоходу.
- Права шлункова вена (v. gastrica dextra).

Портокавальні анастомози (коллатералі при ПГ): зони природного з'єднання портальної та системної венозної системи, які розширюються при портальній гіпертензії.

1. Кардіоезофагеальний анастомоз:

- Портальна система: ліва шлункова вена → короткі шлункові вени → → венозне сплетення підслизового шару стравоходу.
- Системна: непарна/напівнепарна вени → верхня порожниста вена.
- **Клінічні прояви:** варикозне розширення вен стравоходу та кардії шлунка → кровотеча (гематемез, мелена).

2. Ректальний анастомоз:

- Портальна: верхня пряма вена → нижня брижова → селезінкова → ворітна.
- Системна: середня та нижня прямі вени → внутрішні клубові → нижня порожниста.
- **Клінічні прояви:** геморой (але рідше кровоточить при ПГ).

3. Параумбілікальний анастомоз (передня черевна стінка):

- Портальна: параумбілікальні вени (vv. paraumbilicales) у круглій зв'язці печінки.
- Системна: поверхневі вени передньої черевної стінки → верхня/нижня порожниста.
- **Клінічні прояви:** «голова медузи» (caput medusae) – розширені вени навколо пупка, розходяться радіально.

4. Ретроперитонеальний анастомоз:

- Портальна: вени брижі, заочеревинні вени.
- Системна: поперекові, ниркові вени.
- **Клінічні прояви:** розширені вени на задній черевній стінці (виявляються при КТ).

5. Колостомічні анастомози (у пацієнтів із колостомою після операцій).

Класифікація портальної гіпертензії

⇒ За рівнем блоку:

1. Передпечінкова (прегепатична) ПГ (5–10 %): обструкція ворітної вени або її великих гілок до входу в печінку.

• Причини:

- Тромбоз ворітної вени (pylphlebitis): пупкова інфекція у новонароджених, сепсис (апендицит, дивертикуліт), мієлопроліферативні захворювання, тромбофілії (дефіцит протеїну C/S, мутація фактора V Лейдена), цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома (інвазія у вену).
- Тромбоз селезінкової вени: панкреатит (хронічний, псевдокісти), рак підшлункової залози.
- Стеноз/атрезія ворітної вени (вроджена).
- Стиснення ззовні: пухлини (рак підшлункової залози, лімфоми), кісти.

• Особливості: функція печінки збережена (печінка морфологічно не змінена).

2. Внутрішньопечінкова (інтрагепатична) ПГ (80–85 %): обструкція на рівні печінкових синусоїдів або дрібних внутрішньопечінкових вен.

• Причини:

- **Пресинусоїдний блок (10 %):** шистосомоз, саркоїдоз, первинний біліарний цироз (рання стадія), мієлофіброз, вроджений фіброз печінки, нодулярна регенеративна гіперплазія.
- **Синусоїдний блок (найчастіше, 70 %): цироз печінки** (алкогольний, вірусний гепатит В/С, NASH – неалкогольний стеатогепатит, аутоімунний гепатит, гемохроматоз, хвороба Вільсона, α_1 -антитрипсинова недостатність).
- **Постсинусоїдний блок (5 %):** венооклюзивна хвороба (хіміотерапія, трансплантація кісткового мозку), алкогольний гепатит.

3. Надпечінкова (постгепатична) ПГ (5 %): обструкція відтоку крові з печінки на рівні печінкових вен або нижньої порожнистої вени.

• **Причини:**

- Синдром Бадда – Кіарі: тромбоз печінкових вен (мієлопроліферативні захворювання, пароксизмальна нічна гемоглобінурія, тромбофілії, вагітність, оральні контрацептиви, ГЦК).
- Тромбоз/стеноз нижньої порожнистої вени.
- Правошлуночкова серцева недостатність (застійна печінка – «cardiac cirrhosis»).
- Констриктивний перикардит.
- Венооклюзивна хвороба (SOS, sinusoidal obstruction syndrome).

4. Змішана ПГ: комбінація кількох рівнів блоку (наприклад, цироз + тромбоз ворітної вени).

Патофізіологія портальної гіпертензії

Основні механізми підвищення портального тиску:

1. Підвищення резистентності (опору) у портальній системі (структурний компонент):

• *Цироз печінки:*

- Фіброз → порушення архітектури печінки, вузли регенерації → здавлювання синусоїдів.
- Втрата фенестрацій ендотелію синусоїдів («капіляризація синусоїдів»).
- Активація зірчастих клітин (Іто) → фіброгенез, скорочення → підвищення опору.

2. Підвищення портального кровотоку (динамічний компонент):

• *Вазодилатація спланхнічних судин:*

- Збільшення продукції вазодилаторів: оксид азоту (NO), простагліцини, ендоканабіноїди.
- Портальна гіпертензія → NO-синтаза у брижових судинах → розширення артеріол → ↑ кровотік у портальній системі.

• *Гіперкінетичний циркуляторний стан:*

- Підвищення серцевого викиду (на 20–40 %).
- Зниження системного судинного опору.
- Спланхнічна вазодилатація → «периферійна секвестрація» крові → активація. РААС, симпатичної нервової системи → затримка натрію та води → асцит.

3. Формування портосистемних колатералей:

- Відкриття природних анастомозів → розвантаження портальної системи (але неповне).
- Варикозні вени: низький опір стінки → високий ризик розриву.

Клінічна картина портальної гіпертензії

Основні синдроми:

1. Спленомегалія, гіперспленізм.
2. Асцит.
3. Варикозне розширення вен стравоходу та шлунка (кровотеча).
4. Печінкова енцефалопатія.
5. Гепаторенальний синдром.
6. Гепатопульмональний синдром.

СПЛЕНОМЕГАЛІЯ ТА ГІПЕРСПЛЕНІЗМ

Спленомегалія:

- Застій крові у селезінці → збільшення розмірів.
- Фізикальне обстеження: пальпується селезінка з-під лівої реберної дуги.
- УЗД: довжина > 12 см, об'єм > 500 см³.
- Ступінь збільшення корелює з тяжкістю ПГ.

Гіперспленізм (вторинний): функціональна гіперактивність селезінки → посилене руйнування клітин крові.

• **Клініка:**

- Тромбоцитопенія ($100-150 \rightarrow < 100 \rightarrow < 50 \times 10^9/\text{л}$) – найчастіше і найраніше; ризик кровотеч.
- Лейкопенія ($< 4 \times 10^9/\text{л}$) – рідко клінічно значуща.
- Анемія (нормоцитарна, нормохромна).

• **Тріада гіперспленізму:**

1. Цитопенія (однієї або більше клітинних ліній).
2. Спленомегалія.
3. Компенсаторна гіперплазія кісткового мозку.

Лікування: спленектомія (рідко показана, тільки при тяжкому гіперспленізмі з кровотечами).

АСЦИТ

Асцит – накопичення вільної рідини у черевній порожнині (> 25 мл).

Патогенез (теорія «периферичної вазодилатації»):

1. **Портальна гіпертензія** → ↑ гідростатичний тиск у капілярах кишок, печінки.
2. **Гіпоальбумінемія** (цироз → ↓ синтез альбуміну) → ↓ онкотичний тиск.
3. **Спланхнічна вазодилатація (NO)** → «ефективна гіповолемія» → активація РААС, АДГ → затримка Na^+ та H_2O нирками.
4. **Лімфатична недостатність:** перевантаження лімфатичних судин печінки → «просочування» лімфи з капсули печінки.
5. Трансудація рідини у черевну порожнину.

Класифікація асцити (за тяжкістю):

- **Ступінь 1** (легкий): виявляється тільки при УЗД.
- **Ступінь 2** (помірний): помірна симетрична дистензія живота.
- **Ступінь 3** (напружений, tense): виражене здуття живота, дискомфорт, задишка.

Клінічні прояви:

- Збільшення обводу живота.
- Відчуття важкості, дискомфорту в животі.
- Задишка (підняття діафрагми).
- Набряки гомілок (пастозність → набряки).
- Пупкова грижа (через підвищення внутрішньочеревного тиску).

Фізикальне обстеження:

- Здутий живіт, випинання боків у положенні лежачи.
- **Перкусія**: притуплення у бокових відділах живота, зміщення тупості при зміні положення тіла (латеропозиція).
- **Симптом флюктуації** (хвилі): поштовх з одного боку → хвиля рідини → → відчувається з іншого боку.
- Пупок випинається, розгладжуються складки шкіри.

Діагностика:

УЗД черевної порожнини:

- Виявляє навіть невеликі об'єми (>100 мл).
- Анехогенна рідина між петлями кишок, у бокових каналах, малому тазу, навколо печінки/селезінки.

Діагностичний парацентез:

Мета: підтвердити наявність асцитичної рідини, встановити причину асцити, виключити інфікування асцитичної рідини. Досліджують клітинний склад (лейкоцити, нейтрофіли), альбумін, загальний білок, бактеріологічний посів, цитологію (при підозрі на карциноматоз). Особливо важливо для діагностики спонтанного бактеріального перитоніту, циротичного й злоякісного асцити, туберкульозного перитоніту. **Показання:** перший епізод асцити, підозра на спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП), погіршення стану пацієнта з асцитом, лихоманка.

Техніка:

- Положення лежачи на спині або сидячи.
- Точка пункції: по лінії, що з'єднує пупок і передню верхню ость клубової кістки, на межі середньої та зовнішньої третини (зона McBurney) зліва (уникнення нижньої надчеревної артерії).
- Альтернатива: по серединній лінії між пупком і лобком (якщо немає післяопераційних рубців).
- Аспірація 30–50 мл рідини.

Аналіз асцитичної рідини

Параметр	Транссудат (цироз)	Ексудат (інфекція, пухлина, панкреатит)
Вигляд	Прозора, солом'яно-жовта	Каламутна, гнійна, геморагічна
Білок	< 25 г/л	> 25 г/л
SAAG*	≥ 11 г/л	< 11 г/л
Лейкоцити	< 250 клітин/мкл	> 250 клітин/мкл
Нейтрофіли (PMN)	< 250 клітин/мкл	> 250 клітин/мкл → СБП
Глюкоза	Нормальна (схожа з сироваткою)	Знижена (< 50 мг/дл) – СБП, туберкульоз
ЛДГ	Низька	Висока (> 225 Од/л)
Амілаза	Нормальна	Висока – панкреатичний асцит
Цитологія	Негативна	Позитивна – канцероматоз очеревини
Культура (посів)	Стерильна	Позитивна – СБП (E. coli, Klebsiella, Streptococcus)

* **SAAG (Serum-Ascites Albumin Gradient)** = альбумін сироватки – альбумін асцитичної рідини:

- **SAAG ≥ 11 г/л** → портальна гіпертензія (цироз, серцева недостатність, синдром Бадда – Кіарі, тромбоз ворітної вени).
- **SAAG < 11 г/л** → не портальна гіпертензія (канцероматоз очеревини, туберкульозний перитоніт, панкреатит, нефротичний синдром).

Спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП): інфікування асцитичної рідини без очевидного внутрішньочеревного джерела.

- **Діагноз:** нейтрофіли > 250 клітин/мкл в асцитичній рідині.
- **Клініка:** лихоманка, біль у животі, м'язовий захист (може бути мінімальна симптоматика).
- **Лікування:** цефтріаксон 2 г внутрішньовенно щодоби 5–7 днів або цефотаксим 2 г внутрішньовенно кожні 8 год + альбумін 1,5 г/кг внутрішньовенно у 1-й день, 1 г/кг на 3-й день (профілактика гепаторенального синдрому).
- **Профілактика** (після епізоду СБП): норфлуксацин 400 мг/добу per os або ципрофлоксацин 500 мг/добу.

Лікування асциту:

Загальні заходи:

1. **Обмеження натрію:** 2 г/добу (88 ммоль/добу) – основа терапії.
2. **Обмеження рідини** (тільки при гіпонатріємії < 125 ммоль/л) до 1–1,5 л/добу.
3. **Відміна гепатотоксичних препаратів:** НПЗП (погіршують функцію нирок, затримують натрій), аміноглікозидів.
4. **Контроль маси тіла:** щоденний (мета: втрата 0,5 кг/добу при асциті без набряків, 1 кг/добу за наявності набряків).

Медикаментозна терапія (діуретики):

- **Спіронолактон** (антагоніст альдостерону): початкова доза 100 мг/добу, максимум 400 мг/добу.
- **Фуросемід** (петльовий діуретик): 40 мг/добу, максимум 160 мг/добу.
- **Співвідношення спіронолактон:фуросемід = 100:40** (для підтримки нормокаліємії).

- Корекція дози: титрувати кожні 3–5 днів до досягнення мети (втрата маси тіла, зменшення асцити).
- Моніторинг: креатинін, калій (ризик гіперкаліємії на спіронолактоні, гіпокаліємії на фуросеміді).

Лікувальний парацентез великого об'єму (LVP, large-volume paracentesis) – лікувальне видалення великої кількості асцитичної рідини через пункцію рідини за одну процедуру:

- **Показання:** напружений асцит (3-й ступінь), рефрактерний асцит, задишка.
- **Техніка:** евакуація 5–10 л асцитичної рідини за один сеанс.
- **Профілактика циркуляторної дисфункції:** альбумін 8 г на кожен літр видаленої рідини (якщо евакуйовано > 5 л).
- Переваги: швидке полегшення симптомів, безпечніше за агресивну діуретичну терапію.

Рефрактерний асцит (10 % пацієнтів з асцитом): асцит, що не піддається лікуванню діуретиками у максимальних дозах + обмеження натрію, або швидко рецидивує після парацентезу.

Варіанти лікування:

1. **Повторні парацентези** (кожні 2–4 тиж) + альбумін.
2. **TIPS** (трансюгулярне інтрапечінкове портосистемне шунтування):
 - Створення штучного шунту між печінковою веною та гілкою ворітної вени (через паренхіму печінки) → зниження портального тиску.
 - Показання: рефрактерний асцит, рецидивуюча варикозна кровотеча.
 - Ускладнення: печінкова енцефалопатія (20–30 %), дисфункція шунту (стеноз)
3. **Трансплантація печінки** – єдиний радикальний метод.

Ускладнення асцити:

- Спонтанний бактеріальний перитоніт.
- Гепаторенальний синдром.
- Пупкова грижа.
- Гідроторакс (зазвичай правобічний) – транссудат крізь діафрагму.

ВАРИКОЗНЕ РОЗШИРЕННЯ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА

Найнебезпечніше ускладнення портальної гіпертензії.

Епідеміологія:

- У 50 % пацієнтів із цирозом є варикоз стравоходу на момент діагнозу.
- Ризик кровотечі: 10–15 % на рік.
- Летальність при першому епізоді кровотечі: 15–20 %.
- Ризик рецидиву кровотечі протягом року: 60 % (без профілактики).

Класифікація варикозу (за Баварським протоколом):

- **F1** (малі): мінімально піднімаються над слизовою, розташовані у нижній третині стравоходу.
- **F2** (середні): звивисті, займають $< 1/3$ просвіту стравоходу.
- **F3** (великі): займають $> 1/3$ просвіту стравоходу, конгломерати.

«Червоні маркери» (red color signs):

- Червоні плями (red wale markings).
- Вишневоподібні плями (cherry-red spots).
- Гематоцистозні плями (hematocystic spots). Наявність «червоних маркерів» → → високий ризик кровотечі (стоншення стінки, близькість судин до поверхні).

Фактори ризику кровотечі:

- Розмір варикозу (F2–F3).
- Наявність «червоних маркерів».
- Клас Child-Pugh C (тяжкість цирозу).
- Портальний тиск (HVPG, hepatic venous pressure gradient) > 12 мм рт. ст.

Клініка варикозної кровотечі:

- Раптовий масивний гематемезис (яскраво-червона кров або «кавова гуща»).
- Мелена.
- Гіповолемічний шок (тахікардія, гіпотензія, блідість, холодний піт).
- Може спровокувати печінкову енцефалопатію (перетравлення крові → аміак).

Діагностика:

- **ЕГДС** (невідкладна, < 12 год) – метод вибору:
 - Виявлення варикозу, джерела кровотечі.
 - Ендоскопічний гемостаз.

Лікування гострої варикозної кровотечі:

⇒ *Невідкладні заходи (одночасно!):*

1. Реанімація:

- *Венозний доступ* (2 катетери 14–16 G або ЦВК).
- *Інфузійна терапія*: кристалоїди (обмежено, цільовий САТ 90–100 мм рт. ст., Нб 70–80 г/л – рестриктивна стратегія).
- *Гемотрансфузія*: еритроцитарна маса (цільовий Нб 70–90 г/л), СЗП (МНВ $> 1,5$), тромбоконцентрат (PLT $< 50 \times 10^9$ /л).
- *Інтубація трахеї* (якщо масивна кровотеча, порушення свідомості) – профілактика аспірації.

2. Вазоактивні препарати (розпочати ДО ендоскопії!):

- *Терліпресин* (аналог вазопресину): 2 мг внутрішньовенно болюсно, потім 1–2 мг кожні 4–6 год протягом 2–5 днів.
 - Механізм: вазоконстрикція спланхнічних судин → ↓ портальний кровотік → ↓ тиск.

- *Октреотид* (аналог соматостатину): 50 мкг внутрішньовенно болюсно, потім інфузія 50 мкг/год протягом 2–5 днів.
 - *Соматостатин*: 250 мкг болюсно, потім 250–500 мкг/год (якщо доступний).
- 3. Антибіотикопрофілактика (обов'язково!):**
- *Цефтріаксон* 1 г внутрішньовенно кожні 24 год протягом 7 днів.
 - Знижує ризик бактеріальних інфекцій (СБП, пневмонія), покращує виживання.
- 4. Профілактика печінкової енцефалопатії:**
- *Лактулоза* 30 мл per os 3–4 рази/добу (цільові випорожнення 2–3 рази/добу, м'які).
- ⇒ *Ендоскопічний гемостаз (невідкладна ЕГДС < 12 год, краще < 6 год):*
- **Ендоскопічне лігування варикозних вен (EVL)** – метод вибору:
 - Накладання еластичних кілець (гумові лігатури) на варикозні вузли.
 - Ефективність гемостазу 85–90 %.
 - Менше ускладнень, ніж при склеротерапії.
 - **Ендоскопічна склеротерапія (EIS):**
 - Ін'єкція склерозанту (етаноламін, полідоканол) у варикозний вузол або паравазально.
 - Використовується, якщо EVL технічно неможливе (масивна кровотеча, погана візуалізація).
 - Ускладнення: виразки стравоходу, стриктури (5 %), медіастиніт, перфорація (1 %).
- ⇒ *Балонна тампонада (зонд Блекмора–Сенгстакена, Міннесота):*
- **Показання:** неконтрольована кровотеча, коли ендоскопічний гемостаз неможливий або неефективний.
 - **Техніка:** зонд із двома балонами (езофагеальний і шлунковий).
 1. Інтубація трахеї (профілактика аспірації).
 2. Введення зонда через ніс або рот до шлунка.
 3. Роздування шлункового балона (250 мл повітря), підтягування – тампонада кардії.
 4. Якщо кровотеча триває → роздування езофагеального балона (30–40 мм рт. ст.).
 - **Тимчасовий захід** (максимум 24 год) – «міст» до TIPS або операції.
 - **Ускладнення:** аспірація, некроз слизової, перфорація стравоходу (5 %).
 - Ефективність 60–90 %, але високий ризик рецидиву після здування балонів.
- ⇒ *TIPS (трансюгулярне інтрапечінкове портосистемне шунтування):*
- **Показання:**
 - Рецидив кровотечі після ендоскопічного гемостазу.
 - Неконтрольована кровотеча, незважаючи на медикаментозну та ендоскопічну терапію.
 - Рефрактерний асцит.

- **Техніка:** черезшкірний доступ через внутрішню яремну вену → печінкова вена → пункція паренхіми печінки → гілка ворітної вени → встановлення стенту (шунту).
- **Ефективність:** контроль кровотечі у 90–95 %.
- **Ускладнення:** печінкова енцефалопатія (20–30 %), дисфункція шунту (стеноз, тромбоз – 20–30 % протягом року).
- **«Рання TIPS»** (early TIPS, < 72 год після кровотечі) для групи високого ризику (Child-Pugh B з активною кровотечею або Child-Pugh C < 14 балів).
⇒ *Хірургічне лікування* (рідко, при неефективності TIPS або недоступності):
- Портосистемне шунтування: портокавальний анастомоз, спленоренальний анастомоз (операція Уоррена).
- Операція Паціорі (Sugiura): деваскуляризація стравоходу + спленектомія.
- Трансплантація печінки – єдиний радикальний метод.

Вторинна профілактика кровотечі (після першого епізоду):

1. **Комбінована терапія** (найефективніша):
 - Неселективні β-блокатори: **пропранолол** 20 мг 2 рази/добу (титрування до ЧСС 55–60/хв або максимум 160 мг/добу) або **карведилол** 6,25–12,5 мг/добу.
 - **Ендоскопічне лігування** (повторні сеанси кожні 2–4 тиж до ерадикації варикозних вузлів).
2. TIPS – якщо рецидив кровотечі або протипоказання до β-блокаторів.

Первинна профілактика кровотечі (у пацієнтів із варикозом без анамнезу кровотечі):

- **Скринінг:** ЕГДС при встановленні діагнозу цирозу, потім кожні 2–3 роки (якщо немає варикозу) або 1–2 роки (малий варикоз F1).
- **Показання до профілактики:**
 - Середній/великий варикоз (F2–F3).
 - Малий варикоз (F1) + «червоні маркери» або Child-Pugh C.
- **Методи:**
 - Неселективні β-блокатори (пропранолол, карведилол) знижують ризик кровотечі на 40–50 %.
 - Ендоскопічне лігування (альтернатива, якщо β-блокатори протипоказані).

ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ

Печінкова енцефалопатія (ПЕ) – це нервово-психічний синдром, що виникає при печінковій недостатності та/або портосистемному шунтуванні.

Патогенез:

- **Аміак (NH_3)** – головний токсин:
 - Утворюється у товстій кишці (розпад білків бактеріями, дезамінування амінокислот).

- У нормі детоксифікується печінкою (цикл сечовини).
- При цирозі/портосистемному шунтуванні → аміак потрапляє у системний кровообіг → проникає у ЦНС → токсична дія на астроцити → набряк мозку.
- **Інші токсини:** меркаптани, жирні кислоти, фенол, γ -аміномасляна кислота (GABA).
- **Запальні цитокіни:** TNF- α , IL-6.

Провокуючі фактори:

- Кровотеча з ШКТ (перетравлення крові → аміак).
- Інфекції (СБП, пневмонія, сепсис).
- Діуретики (дегідратація, гіпокаліємія, алкалоз).
- Запор.
- Високобілкова дієта.
- Медикаменти: бензодіазепіни, опіоїди.
- TIPS.
- Гепаторенальний синдром.
- Електролітні порушення (гіпокаліємія, гіпонатріємія).

Класифікація ПЕ (West Haven критерії):

Стадія	Свідомість	Когнітивні функції	Нервово-м'язові
Мінімальна (МПЕ)	Норма	Субклінічні порушення (психометричні тести)	Норма
Ступінь I	Легка сплутаність, ейфорія/депресія	Порушення уваги, зміни настрою	Тремор, апраксія, зміна почерку
Ступінь II	Летаргія, дезорієнтація у часі	Амнезія, зміни поведінки	Атаксія, дизартрія, астериксис ++
Ступінь III	Сопор, дезорієнтація у просторі	Дезорієнтація, агресія	Гіперрефлексія, ригідність, астериксис +++
Ступінь IV	Кома	Відсутня реакція	Децеребраційна ригідність

Клінічні ознаки:

- **Астериксис** («flapping tremor», «плескаючий тремор») – найбільш специфічна ознака:
 - Тест: витягнути руки вперед, розвести пальці, зігнути кисті у зап'ястках → → мимовільні короточасні асинхронні згинально-розгинальні рухи.
- Порушення сну (інверсія циклу сон-неспанння).
- Зміни особистості, поведінки.
- Fetor hepaticus (печінковий запах) – солодкуватий запах з рота (метилмеркаптан).
- Порушення мови, координації.
- Судоми (рідко).

Діагностика:

- **Клінічна діагностика** (West Haven критерії) – основа.
- **Аміак крові:** рівень > 100 мкг/дл підтримує діагноз, але не обов'язковий (рівень не завжди корелює з тяжкістю ПЕ).

- **Психометричні тести:** Number Connection Test (тест зв'язування чисел).
- **ЕЕГ:** уповільнення ритму, трифазні хвилі (не специфічні).
- **MPT головного мозку:** гіперінтенсивний сигнал у базальних гангліях (T1-зважені зображення) – відкладення марганцю.

Диференційна діагностика:

- Метаболічна енцефалопатія (уремія, гіпоглікемія, гіпо/гіпернатріємія).
- Інтоксикація (алкоголь, бензодіазепіни, опіоїди).
- Субдуральна гематома (травма).
- Менінгіт, енцефаліт.
- Інсульт.

Лікування:

Гостра ПЕ:

1. **Виявлення та усунення провокуючих факторів** (інфекція, кровотеча, запор, діуретики).
2. **Лактулоза** – препарат вибору:
 - Механізм: дисахарид, не всмоктується у тонкій кишці → ферментується бактеріями у товстій кишці → ↓ рН → NH_3 (аміак, газ) перетворюється на NH_4^+ (іон амонію) → не всмоктується → виводиться з калом; прискорює транзит (проносний ефект).
 - Доза: 30 мл per os 3–4 рази/добу (титрування до 2–3 м'яких випорожнень/добу).
 - Клізми з лактулозою (300 мл лактулози + 700 мл води) – при важкій ПЕ (ступінь III–IV).
3. **Рифаксимін** (невсмоктувальний антибіотик):
 - Механізм: знижує аміакогенні бактерії у товстій кишці.
 - Доза: 550 мг per os 2 рази/добу.
 - Ефективність: зниження рецидивів ПЕ на 58 %.
 - **Комбінація лактулоза+рифаксимін** найефективніша для вторинної профілактики.
4. **L-орнітин L-аспартат (LOLA):**
 - Механізм: стимулює детоксикацію аміаку (цикл сечовини, синтез глутаміну).
 - Доза: 20 г внутрішньовенна інфузія щодоби або 3 г per os 3 рази/добу.
5. **Обмеження білка** – застаріла рекомендація (може погіршити стан).
 - Сучасна стратегія: 1,2–1,5 г білка/кг/добу (рослинний білок краще переноситься).
6. **Лікування ускладнень:** інтубація трахеї (кома), корекція електролітів.

Хронічна/рецидивуюча ПЕ:

- Лактулоза + рифаксимін (тривало).
- Корекція провокуючих факторів.
- Модифікація TIPS (звуження шунту) – при ПЕ після TIPS.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Гепаторенальний синдром (ГРС) визначається як функціональна ниркова недостатність у пацієнтів із тяжким цирозом печінки, асцитом, без іншої причини ураження нирок.

Патогенез

- Спланхнічна вазодилатація → «ефективна гіповолемія» → активація РААС, симпатичної НС → ниркова вазоконстрикція → ↓ ниркового кровотоку → ↓ ШКФ

Типи ГРС

Параметр	ГРС-1 (гострий)	ГРС-2 (хронічний)
Швидкість прогресування	Швидка (< 2 тиж)	Повільна (тижні або місяці)
Креатинін	Підвищення у 2 рази або > 221 мкмоль/л	Повільне підвищення 133–221 мкмоль/л
Прогноз	Дуже поганий (медіана виживання 2 тиж)	Поганий (медіана 6 міс)
Провокуючі фактори	СБП, кровотеча, LVP без альбуміну	Рефрактерний асцит

Діагностичні критерії ГРС (Міжнародний клуб асциту, 2015)

1. Цироз печінки + асцит.
2. Креатинін > 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл).
3. Відсутність покращення після 2 днів відміни діуретиків + інфузії альбуміну (1 г/кг/добу, максимум 100 г/добу).
4. Відсутність шоку.
5. Відсутність нефротоксичних препаратів (НПЗП, аміноглікозиди, контраст).
6. Відсутність структурного ураження нирок (протеїнурія < 500 мг/добу, нормальне УЗД нирок).

Лікування

- **Вазоконстриктори + альбумін:**
 - Терліпресин 0,5–2 мг внутрішньовенно кожні 4–6 год + альбумін 1 г/кг 1-й день, потім 20–40 г/добу.
 - Цільовий креатинін < 133 мкмоль/л.
 - Ефективність 40–50 % (у ГРС-1).
- **Гемодіаліз** – тимчасовий захід, «міст» до трансплантації.
- **TIPS** при ГРС-2.
- **Трансплантація печінки** – єдиний радикальний метод.

Оцінка тяжкості цирозу печінки

⇒ Класифікація Child-Pugh:

Параметр	1 бал	2 бали	3 бали
Білірубін (мкмоль/л)	< 34	34–51	> 51
Альбумін (г/л)	> 35	28–35	< 28
ПТ (МНВ)	< 1,7 (МНВ < 1,7)	1,7–2,3 (МНВ 1,7–2,3)	> 2,3 (МНВ > 2,3)
Асцит	Немає	Легкий (контролюється)	Помірний/напружений
Енцефалопатія	Немає	Ступінь I–II	Ступінь III–IV

- **Child-Pugh A** (5–6 балів): компенсований цироз, виживання 1 рік 100 %, 2 роки 85 %.
- **Child-Pugh B** (7–9 балів): субкомпенсований, виживання 1 рік 80 %, 2 роки 60 %.
- **Child-Pugh C** (10–15 балів): декомпенсований, виживання 1 рік 45 %, 2 роки 35 %.

⇒ Шкала MELD (Model for End-Stage Liver Disease):

$$\text{MELD} = 3,78 \times \ln (\text{білірубін мкмоль/л} \times 0,058) + 11,2 \times \ln (\text{МНВ}) + 9,57 \times \ln (\text{креатинін мкмоль/л} \times 0,011) + 6,43.$$

- **< 10 балів**: низький ризик смерті (6 % на 3 міс).
- **10–19**: помірний (20 %).
- **20–29**: високий (45 %).
- **≥ 30**: дуже високий (70 %).
- Використовується для визначення пріоритету трансплантації печінки.

6. СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ

Мальабсорбція – це порушення всмоктування поживних речовин у тонкій кишці, що призводить до їх дефіциту.

Патофізіологія

Етапи травлення та всмоктування:

1. **Інтралюмінальна фаза:** розщеплення макромолекул (білків, жирів, вуглеводів) ферментами підшлункової залози та жовчними кислотами.
2. **Мембранна (пристінкова) фаза:** дія ферментів щіткової облямівки ентероцитів.
3. **Всмоктування:** транспорт через ентероцити → лімфатичні/кровоносні судини.

Порушення на будь-якому рівні → мальабсорбція. Основними патогенетичними механізмами, що призводять до мальабсорбції, є порушення внутрішньопросвітнього травлення, наприклад, хронічний панкреатит; екзокринна недостатність підшлункової залози; пошкодження слизової тонкої кишки, наприклад, целиакія, хвороба Крона, променевий ентерит; зменшення площі всмоктування, наприклад, синдром короткої кишки, великі резекції тонкої кишки; порушення транспорту поживних речовин, наприклад, лімфангієктазія, лімфома.

Класифікація причин мальабсорбції

1. Порушення інтралюмінального травлення:

А. Екзокринна недостатність підшлункової залози:

- **Причини:**

- Хронічний панкреатит (алкогольний, ідіопатичний).
- Рак підшлункової залози, обструкція протоки.
- Муковісцидоз (cystic fibrosis).
- Стан після панкреатектомії.

- **Клініка:**

- **Стеаторея** (жирні випорожнення) – головний симптом:
 - світлий, масний, блискучий та смердючий кал;
 - погано змивається з унітазу (плаває);
 - 7 г жиру/добу у калі (норма < 7 г).
- Креаторея (неперетравлені м'язові волокна у калі).

- **Схуднення.**

- **Дефіцит жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К):**

- Вітамін А: нічна сліпота.
- Вітамін D: остеопороз, остеомалія.
- Вітамін Е: неврологічні порушення (атаксія, периферійна нейропатія).
- Вітамін К: коагулопатія (підвищення МНВ).

- **Діагностика:**

- **Фекальна еластаза-1:** < 200 мкг/г – норма, < 100 мкг/г – тяжка недостатність.
- Зниження рівня жиророзчинних вітамінів у крові.
- КТ, МРТ: кальцинати підшлункової залози, атрофія, розширення протоки.

- **Лікування:**

- **Замісна ферментна терапія:** панкреатин (Креон, Панцитрат) 25 000–40 000 од ліпази на прийом їжі, 10 000–25 000 од на легкі закуски.
- Вітаміни А, D, Е, К (парентерально або високі дози per os).

В. Дефіцит жовчних кислот:

- **Причини:**

- Холестаз (механічна обструкція жовчних шляхів – рак, камені, стриктура).
- Тяжкий цироз печінки.
- Резекція термінального ілеуму (порушення ентерогепатичної циркуляції жовчних кислот).
- Синдром надмірного бактеріального росту (SIBO) – бактерії декон'югують жовчні кислоти.

- **Клініка:** стеаторея (переважно), дефіцит жиророзчинних вітамінів.

2. Порушення всмоктування у кишці:

А. Целіакія (глютеніна ентеопатія): аутоімунне захворювання, спровоковане глютеніном (білок пшениці, жита, ячменю).

- **Патогенез:**

- Глютен → імунна реакція → атрофія ворсинок дванадцятипалої кишки та проксимального відділу порожньої кишки → ↓ поверхня всмоктування.

- **Клініка:**

- **Діарея** (хронічна, водяниста або жирна).
- **Здуття живота, метеоризм.**
- **Схуднення.**
- **Залізодефіцитна анемія** (рефрактерна до лікування залізом).
- **Остеопороз** (дефіцит кальцію, вітаміну D).
- **Герпетиформний дерматит (Dühring)** – свербіжні везикули на розгинальних поверхнях.
- Підвищення трансаміназ (безсимптомний гепатит).
- Неврологічні прояви: атаксія, периферійна нейропатія.

- **Діагностика:**

- **Серологія** (на фоні вживання глютену!):
 - **Тканинна транслутаміназа (tTG-IgA)** – чутливість 95 %, специфічність 98 %.
 - **Ендомізійні антитіла (EMA-IgA).**
 - **Загальний IgA** (виключити дефіцит IgA, 2–3 % населення).

- **Біопсія дванадцятипалої кишки (ЕГДС)** – «золотий стандарт»:
 - Атрофія ворсинок, гіперплазія крипт, інтраепітеліальна лімфоцитарна інфільтрація.
 - Класифікація Marsh-Oberhuber (0–3) – це гістологічна класифікація змін слизової оболонки тонкої кишки при целіакії. Оцінюється біоптат дванадцятипалої кишки:

Стадія/Зміни:

- Marsh 0: нормальна слизова.
- Marsh 1: збільшення інтраепітеліальних лімфоцитів.
- Marsh 2: лімфоцитоз + гіперплазія крипт.
- Marsh 3a: часткова атрофія ворсинок.
- Marsh 3b: субтотальна атрофія ворсинок.
- Marsh 3c: тотальна атрофія ворсинок.
- **HLA-типуння (DQ2/DQ8)**: негативний результат виключає целіакію (99 % пацієнтів із целіакією мають DQ2 або DQ8).
- **Лікування:**
 - **Безглютенова дієта** (довічно): виключення пшениці, жита, ячменю.
 - Відновлення ворсинок через 6–12 міс.
 - Моніторинг tTG-IgA (кожні 6–12 міс).
- **Ускладнення:** рефрактерна целіакія, Т-клітинна лімфома тонкої кишки.

В. Хвороба Крона: трансмуральне запалення, найчастіше термінального ілеуму.

- **Клініка:** діарея (з кров'ю або без), біль у животі, схуднення, періанальні фістули.
- **Мальабсорбція:** втрата всмоктувальної поверхні (запалення, резекції), стриктури, фістули.
- **Дефіцити:**
 - Вітаміну B₁₂ (резекція ілеуму > 60 см).
 - Жовчних кислот (резекція ілеуму) → холеретична діарея.
 - Заліза, фолатів, цинку.
- **Діагностика:** колоноскопія + ілеоколоноскопія, МР-ентерографія, біопсія (гранульоми, трансмуральне запалення).
- **Лікування:** протизапальні (кортикостероїди, азатиоприн, біологічна терапія – інфліксімаб, адалімумаб), хірургічне (резекція уражених ділянок).

С. Синдром надмірного бактеріального росту (SIBO, Small Intestinal Bacterial Overgrowth): збільшення кількості бактерій у тонкій кишці > 10⁵ КУО/мл.

- **Причини:**
 - Анатомічні: дивертикули тонкої кишки, стриктури, сліпі петлі після операції, фістули.
 - Моторні порушення: склеродермія, діабетична ентеропатія, псевдообструкція.

- Порухення бар'єрів: ахлоргідрія (ІІІ), резекція ілеоцекального клапана.
- Пункреатична недостатність (вторинна SIBO).
- **Патогенез:** бактерії → декон'югація жовчних кислот → мальабсорбція жирів; конкуренція за вітамін В₁₂ → дефіцит В₁₂.
- **Клініка:**
 - Здуття, метеоризм, біль у животі.
 - Діарея (може бути жирна).
 - Схуднення.
 - Дефіцит вітаміну В₁₂ (макроцитарна анемія).
- **Діагностика:**
 - **Дихальний тест** (з глюкозою або лактулозою): підвищення концентрації водню (Н₂) або метану (СН₄) у видихуваному повітрі.
 - **Культуральне дослідження аспірату з тонкої кишки** (під час ендоскопії) – «золотий стандарт», але інвазивне.
 - Низький рівень В₁₂, фолати можуть бути нормальні або підвищені (бактерії синтезують фолати).
- **Лікування:**
 - **Антибіотики:** рифаксимін 550 мг 3 рази/добу 14 днів або метронідазол 500 мг 3 рази/добу 10–14 днів.
 - Ротація антибіотиків (при рецидивах).
 - Лікування основної причини (стриктури, порушення моторики).

Д. Тропічна спру: ендемічна мальабсорбція у тропічних регіонах (Південна Азія, Карибський басейн).

- **Патогенез:** невідомий (можливо, інфекція → хронічне запалення).
- **Клініка:** діарея, стеаторея, дефіцит фолатів та вітаміну В₁₂, анемія.
- **Діагностика:** біопсія тонкої кишки (часткова атрофія ворсинок).
- **Лікування:** тетрациклін 250 мг 4 рази/добу 3–6 міс + фолати.

Е. Хвороба Віппла (Whipple's disease): рідкісна інфекція, викликана *Tropheryma whipplei*.

- **Клініка:** артралгії (передують діареї), діарея, стеаторея, лихоманка, лімфаденопатія, гіперпігментація шкіри.
- **Діагностика:** біопсія дванадцятипалої кишки (PAS-позитивні макрофаги у власній пластинці слизової).
- **Лікування:** цефтріаксон 2 г внутрішньовенно 14 днів → триметоприм/сульфаметоксазол per os 1 рік.

Ф. Паразитози:

- **Лямбліоз (Giardia lamblia):** водяниста діарея, здуття, схуднення; діагноз – антиген лямблій у калі, мікроскопія; лікування – метронідазол
- **Стронгілоїдоз (Strongyloides stercoralis):** діарея, висипи, еозинофілія; діагноз – серологія, мікроскопія калу; лікування – івермектин.

Г. Лактазна недостатність: дефіцит ферменту лактази → нездатність розщепити лактозу (молочний цукор).

- **Типи:**

- **Первинна** (генетична): найчастіше у дорослих азійського, африканського, латиноамериканського походження (70–90 % популяції).
- **Вторинна:** після гастроентериту, целіакії, хвороби Крона (пошкодження ентероцитів).

- **Клініка:** після вживання молочних продуктів (молоко, морозиво) → здуття, метеоризм, діарея (через 30 хв–2 год).

- **Діагностика:**

- Водневий дихальний тест з лактозою: підвищення H_2 у видихуваному повітрі.
- Клінічна проба: виключення молочних продуктів → зникнення симптомів.

- **Лікування:** безлактозна дієта, замінники молока (соєве, мигдальне), препарати лактази (таблетки перед вживанням молока).

3. Пострезекційні синдроми:

А. Синдром короткої кишки (Short Bowel Syndrome): втрата > 70 % тонкої кишки (норма 2,5–7 м) → недостатня всмоктувальна поверхня.

- **Причини:** масивна резекція (мезентеріальна ішемія, некроз, заворот, травма, хвороба Крона).

- **Клініка:**

- Тяжка діарея (> 2 л/добу).
- Мальнутриція, схуднення.
- Дегідратація, електролітні порушення.
- Дефіцит усіх поживних речовин, вітамінів, мікроелементів.

- **Критичні довжини:**

- < 100 см тонкої кишки (без ілеоцекального клапана) → залежність від парентерального харчування (ПХ).
- < 50 см (з ілеоцекальним клапаном) → залежність від ПХ.

- **Лікування:**

- Ранній період (перші тижні): парентеральне харчування.
- Адаптація кишки (гіпертрофія, подовження ворсинок): 1–2 роки.
- Ентеральне харчування (поступове введення), дробові прийоми їжі.
- Антисекреторні препарати (ІПП, октреотид) зменшують секрецію.
- Антидіарейні (лоперамід)
- Тедуглутид (аналог GLP-2) стимулює адаптацію кишки.
- Трансплантація тонкої кишки (при неефективності або ускладненнях ПХ).

В. Стан після резекції шлунка, гастректомії:

- **Демпінг-синдром:** швидке спорожнення шлунка → гіперглікемія → → гіперінсулінемія → гіпоглікемія (через 1–3 год після їжі).
- **Мальабсорбція:** зниження секреції внутрішнього фактора → дефіцит вітаміну В₁₂ (через 3–5 років після тотальної гастректомії).
- **Лікування:** дробове харчування, уникати простих вуглеводів; В₁₂ парентерально (1000 мкг внутрішньом'язово щомісяця).

Загальні клінічні прояви

1. Кишкові симптоми:

- Діарея (хронічна, > 4 тиж).
- Стеаторея (світлі, жирні, смердючі випорожнення).
- Здуття живота, метеоризм.
- Біль у животі (переймоподібний).
- Схуднення.

2. Системні прояви (дефіцити):

Дефіцит	Прояви
Білок	Набряки (гіпоальбумінемія), втрата м'язової маси
Залізо	Залізодефіцитна анемія (блідість, втома, задишка)
Вітамін В ₁₂	Мегалобластна анемія, глосит, периферійна нейропатія, підгострий комбінований склероз спинного мозку
Фолати	Мегалобластна анемія
Вітамін А	Нічна сліпота, ксерофтальмія, гіперкератоз шкіри
Вітамін D	Остеопороз, остеомалія, біль у кістках, м'язова слабкість, тетанія (гіпокальціємія)
Вітамін Е	Атаксія, периферійна нейропатія, м'язова слабкість
Вітамін К	Коагулопатія (підвищення МНВ), кровотечі, екхімози
Кальцій	Остеопороз, парестезії, тетанія, судоми
Магній	М'язові судоми, аритмії
Цинк	Алопеція, дерматит, порушення загоєння ран

3. Об'єктивні ознаки:

- Схуднення, кахексія.
- Блідість (анемія).
- Хейліт (тріщини у кутках рота), глосит (дефіцит вітаміну В₁₂, заліза, фолатів).
- Периферійні набряки (гіпопротеїнемія).
- Екхімози, петехії (дефіцит вітаміну К).
- Симптоми Хвостека та Труссо (гіпокальціємія).

Діагностичний алгоритм

⇒ Крок 1. Підтвердження мальабсорбції:

Лабораторна діагностика:

- **ЗАК:** анемія (мікроцитарна – залізо, макроцитарна – В₁₂/фолати).
- **Біохімія:**
 - Гіпоальбумінемія (< 35 г/л).
 - Гіпохолестеролемія.

- Гіпокальціємія, гіпомагніємія.
- Підвищення МНВ (дефіцит вітаміну К).
- Низький рівень заліза, феритину, трансферину.
- Низький В₁₂ (< 200 пг/мл), фолатів.
- Низький 25-ОН вітамін D (< 20 нг/мл).

• **Копрологія:**

- Стеаторея: якісне дослідження (зabarвлення Sudan III) або кількісне (збір калу за 72 год на дієті 100 г жиру/добу; > 7 г жиру/добу – патологія).
- М'язові волокна (креаторея), крохмаль.

⇒ **Крок 2. Визначення причини мальабсорбції:**

Анамнез:

- Попередні операції (резекція кишки, шлунка, підшлункової залози).
- Хронічний панкреатит, алкоголь.
- Зв'язок симптомів зі вживанням глютену, молочних продуктів.
- Подорожі (тропічні регіони).

Інструментальна діагностика:

- **ЕГДС + біопсія дванадцятипалої кишки** (целиакія, хвороба Віппла, лямбліоз).
- **Колоноскопія + ілеоскопія** (хвороба Крона, дивертикули).
- **КТ/МРТ черевної порожнини:** хронічний панкреатит (кальцинати, атрофія), пухлини, дивертикули, фістули.
- **МР-ентерографія:** хвороба Крона, стриктури.
- **Капсульна ендоскопія:** ураження тонкої кишки (целиакія, лімфома, ангіодисплазії).

Функціональні тести:

- **Фекальна еластаза-1** (< 200 мкг/г – панкреатична недостатність).
- **Дихальні тести:**
 - Водневий тест з лактозою (лактазна недостатність).
 - Водневий тест з глюкозою/лактолозою (SIBO).
- **Тест на D-ксилозу** (диференціація між панкреатичною недостатністю та ураженням кишки):
 - 25 г D-ксилози per os → сеча за 5 год: норма > 4–5 г.
 - Зниження → ураження слизової кишки (целиакія, хвороба Крона).
 - Нормально → підозра на панкреатичну недостатність.

Серологія:

- tTG-IgA, EMA-IgA (целиакія).
- Антитіла до *Strongyloides*, *Giardia*.

Лікування

Етіотропне (залежно від причини):

- Безглютенова дієта (целіакія).
- Замісна ферментна терапія (панкреатична недостатність).
- Антибіотики (SIBO, лямбліоз, хвороба Віппла).
- Протизапальна терапія (хвороба Крона).
- Безлактозна дієта (лактазна недостатність).

Симптоматичне:

- Дієтотерапія: дробове харчування, високобілкова, середньожирова дієта.
- Корекція дефіцитів:
 - Залізо: сульфат заліза 325 мг 2–3 рази/добу per os або парентерально.
 - Вітамін B₁₂: 1000 мкг внутрішньом'язово щомісяця (або 1000 мкг per os щодоби).
 - Фолати: 1–5 мг/добу.
 - Кальцій: 1 200–1 500 мг/добу + вітамін D 1 000–2 000 МО/добу.
 - Жиророзчинні вітаміни: А, D, Е, К (парентерально або високі дози per os).
 - Мікроелементи: цинк, магній, селен.
- Антидіарейні: лоперамід 2–4 мг до 4 разів/добу.
- Парентеральне харчування (при тяжкій мальабсорбції, синдромі короткої кишки).

7. СИНДРОМ «ГОСТРОГО ЖИВОТА»

«Гострий живіт» (acute abdomen) – клінічний синдром, що характеризується раптовим початком інтенсивного болю у животі та вимагає невідкладної діагностики для виключення хірургічної патології, яка потребує екстреного або термінового оперативного втручання.

Визначення та концепція

«Гострий живіт» – це **не діагноз, а попередній висновок**, що вказує на можливість загрозливого стану органів черевної порожнини.

Мета концепції: швидка ідентифікація пацієнтів, які потребують хірургічного лікування.

Причини «гострого живота»

1. Запальні захворювання:

- **Гострий апендицит** (найчастіше).
- Гострий холецистит.
- Гострий панкреатит.
- Гострий дивертикуліт.
- Абсцеси черевної порожнини.
- Перитоніт.

2. Перфорація порожнистих органів:

- Перфорація виразки шлунка, дванадцятипалої кишки.
- Перфорація дивертикулу.
- Перфорація пухлини.
- Перфорація при ішемічному/токсичному коліті.
- Ятрогенна перфорація (після ендоскопії, колоноскопії).

3. Обструкція (непрохідність):

- Кишкова непрохідність (спайки, пухлини, грижі, заворот).
- Обтураційна непрохідність при раку товстої кишки.
- Стеноз воротаря.

4. Судинні катастрофи:

- Мезентеріальна ішемія (тромбоз, емболія верхньої брижової артерії).
- Тромбоз брижових вен.
- Розрив аневризми черевної аорти.
- Розшаровуюча аневризма аорти (тип В).

5. Крововиливи, травми:

- Розрив селезінки (травматичний або спонтанний).
- Розрив печінки.
- Гематома, розрив брижі.
- Закрита травма живота.

6. Гінекологічні причини:

- Позаматкова вагітність (розрив маткової труби).
- Апоплексія яєчника (розрив кісти, фолікула).
- Перекрут придатків матки.
- Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ).

7. Урологічні причини:

- Ниркова колька.
- Гострий пієлонефрит (ускладнений).
- Перекрут яєчка.

8. Інші:

- Защемлена грижа (пахова, стегнова, пупкова).
- Інвагінація кишки.
- Дивертикул Меккеля (кровотеча, перфорація).

Клінічна картина

Загальні ознаки «гострого живота»:

1. **Раптовий початок** інтенсивного болю у животі.
2. **Постійний або прогресуючий біль** (не зменшується).
3. **Локальна або дифузна болючість** при пальпації.
4. **М'язовий захист** (défense musculaire) – напруження м'язів передньої черевної стінки.
5. **Позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга** (перитонеальне подразнення).
6. **Загальні симптоми:** блідість, тахікардія, гіпотензія, лихоманка, нудота, блювання.

«Червоні прапорці» (симптоми тривоги)

- **Раптовий, «кинджальний» біль** → перфорація, розрив аневризми, мезентеріальна ішемія.
- **Біль + шок** (тахікардія $> 100/\text{хв}$, САТ < 90 мм рт.ст.) → кровотеча, перфорація, сепсис.
- **Біль + лихоманка $> 38,5$ °C** → інфекція, перитоніт, абсцес.
- **Біль + відсутність газів, блювання** → кишкова непрохідність.
- **Біль + кров у калі** → мезентеріальна ішемія, кровотеча.
- **Біль у літніх осіб > 60 років** → мезентеріальна ішемія, аневризма аорти, рак з ускладненнями.
- **«Дошкоподібний» живіт** (тотальний м'язовий захист) → перфорація, перитоніт.
- **Відсутність печінкової тупості** (перкусія) → вільний газ (перфорація).

Діагностичний алгоритм «гострого живота»

⇒ КРОК 1. ПЕРВИННА ОЦІНКА (ABC):

- **A (Airway):** прохідність дихальних шляхів.
- **B (Breathing):** дихання (ЧД, SpO₂).
- **C (Circulation):** гемодинаміка (АТ, ЧСС, перфузія).
- Оцінка свідомості (GCS).

Якщо нестабільна гемодинаміка (шок) → невідкладна реанімація + екстрена КТ або лапаротомія.

⇒ КРОК 2. АНАМНЕЗ:

- **Біль:**
 - Початок: раптовий (перфорація, судинна катастрофа) чи поступовий (запалення).
 - Локалізація (див. розділ 1).
 - Характер: переймоподібний (непрохідність), постійний (запалення, ішемія), «кинджальний» (перфорація).
 - Іррадіація.
 - Динаміка: прогресуючий, постійний.
- **Супутні симптоми:** блювання, затримка газів, діарея, кров у калі, лихоманка.
- **Анамнез:**
 - Попередні операції (спайки).
 - Виразкова хвороба (перфорація).
 - Атеросклероз, фібриляція передсердь (емболія).
 - Остання менструація (позаматкова вагітність).

⇒ КРОК 3. ФІЗИКАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ:

Загальний огляд:

- Положення: нерухоме (перитоніт), неспокійне (колька, непрохідність).
- Колір шкіри: блідість (кровотеча), ціаноз (шок).
- Симптом Куллена (параумбілікальний ціаноз) – панкреонекроз, внутрішня кровотеча.
- Симптом Грея – Тернера (ціаноз боків) – панкреонекроз.

Огляд живота:

- Рубці (попередні операції).
- Здуття (асиметричне – заворот, дифузне – непрохідність).
- Видима перистальтика (непрохідність).
- Грижі (защемлення).

Пальпація:

- **М'язовий захист:**
 - Локальний – локалізоване запалення (апендицит, холецистит).
 - Дифузний – перитоніт.
 - «Дошкоподібний» живіт – перфорація.
- **Симптом Щоткіна–Блюмберга** (обов'язково перевірити!):
 - Повільне натискання рукою → різке відривання → різке посилення болю.
 - Позитивний → перитонеальне подразнення (перитоніт).
- **Симптом Мерфі** (холецистит).
- **Болючість у точці Мак-Бернея** (апендицит).
- **Симптом Пастернацького** (постукування по попереку) – пієлонефрит, ниркова колька.

Перкусія:

- Зникнення печінкової тупості → вільний газ (перфорація).
- Тимпаніт → непрохідність.
- Притуплення у бокових відділах → асцит, кров.

Аускультация:

- Посилені «дзвінки» шуми → рання механічна непрохідність.
- Відсутні шуми («мертва тиша») → парез кишки, перитоніт.
- Судинні шуми над аортою → аневризма.

Ректальне пальцеве дослідження (обов'язково!):

- Кров на рукавичці → кровотеча, ішемія.
- Болючість при пальпації → тазовий перитоніт, абсцес.
- Пухлина.

⇒ КРОК 4. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА:

Невідкладні аналізи:

- **ЗАК:** лейкоцитоз $> 12 \times 10^9/\text{л}$ (запалення); $> 20 \times 10^9/\text{л}$ (странгуляція, некроз); анемія (кровотеча).
- **Біохімія:**
 - Амілаза, ліпаза (панкреатит).
 - Печінкові проби (холецистит, холангіт).
 - Креатинін, сечовина (дегідратація, ниркова недостатність).
 - Лактат $> 2,5$ ммоль/л – ішемія кишки, сепсис.
- **СРБ:** підвищення (запалення).
- **Прокальцитонін:** > 2 нг/мл – бактеріальна інфекція, сепсис.
- **ЗАС:** виключення урологічної патології.
- **Тест на вагітність** (β -hCG) – у всіх жінок репродуктивного віку (виключення позаматкової вагітності).
- **Коагулограма:** МНВ, АЧТЧ (перед операцією).

⇒ КРОК 5. ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА:

Оглядова рентгенографія черевної порожнини (вертикальна + горизонтальна):

- **Показання:** підозра на перфорацію, кишкову непрохідність.
- **Ознаки:**
 - Вільний газ під діафрагмою → перфорація.
 - Роздуті петлі кишки, рівні рідини → непрохідність.

Ультразвукове дослідження (УЗД):

- **Показання:** біль у правому підребер'ї, епігастрії, підозра на холецистит, панкреатит, вільну рідину, аневризму аорти.
- **FAST-протокол** (Focused Assessment with Sonography for Trauma): швидке виявлення вільної рідини (кров, ексудат) у травмованих пацієнтів.
 - Правий верхній квадрант (печінка-нирка).
 - Лівий верхній квадрант (селезінка-нирка).
 - Малий таз (Дугласів простір).
 - Перикард.
- **Переваги:** швидко, біля ліжка хворого, без опромінення.
- **Обмеження:** оператор-залежне, газ у кишках (погана візуалізація).

КТ черевної порожнини зі внутрішньовенним контрастом – «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ»:

- **Показання:**
 - Гострий живіт із невизначеною причиною.
 - Підозра на апендицит (атиповий), дивертикуліт, панкреатит, мезентеріальну ішемію, абсцес.
 - Стабільна травма живота.
- **Переваги:**
 - Чутливість > 95 % для більшості причин гострого живота.
 - Визначає діагноз, локалізацію, поширеність, ускладнення.
 - Допомогає планувати хірургічне лікування.
- **КТ-ознаки** (дивись розділи 3, 4, попередні описи):
 - Перфорація: вільний газ, екстралюмінальний газ, вільна рідина.
 - Апендицит: потовщення стінки апендикса, копроліт, періапендикулярна інфільтрація.
 - Дивертикуліт: потовщення стінки кишки, периколітична інфільтрація, абсцес.
 - Панкреатит: збільшення підшлункової залози, перипанкреатична інфільтрація, некроз.
 - Мезентеріальна ішемія: потовщення стінки кишки, пневматоз, газ у ворітній вені, тромбоз СБА.
 - Непрохідність: роздуті петлі, перехідна зона, причина обструкції.

Діагностична лапароскопія:

- **Показання:** гострий живіт із невизначеною причиною, незважаючи на КТ; підозра на гінекологічну патологію; можливість терапевтичного втручання (апендектомія, санація).
- **Переваги:** пряма візуалізація органів черевної порожнини, можливість конверсії у лікувальну операцію.
- **Обмеження:** потребує загальної анестезії, інвазивна.

⇒ КРОК 6. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА:

Хірургічні причини (потребують операції):

- Перфорація, защемлена грижа, странгуляційна непрохідність, мезентеріальна ішемія, розрив аневризми аорти, розрив селезінки → **екстрена операція**.
- Гострий апендицит, гострий холецистит, проста непрохідність → **термінова операція** (протягом 6–24 год).

Нехірургічні причини (консервативне лікування):

- Гострий панкреатит (без ускладнень).
- Паралітична непрохідність.
- Гастроентерит.
- Ниркова колька (без обструкції).
- Запальні захворювання кишки (ЗЗК).
- Спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП).

Позачеревні причини (імітують «гострий живіт»):

- Інфаркт міокарда (нижня стінка) – біль у епігастрії, нудота.
- Пневмонія нижньої частки – біль у верхніх квадрантах, лихоманка.
- Діабетичний кетоацидоз – біль у животі, блювання.

Лікувальна тактика

1) НЕВІДКЛАДНІ ЗАХОДИ (при нестабільній гемодинаміці):

1. **Венозний доступ** (2 катетери 14–16 G або ЦВК).
2. **Інфузійна терапія:** кристалоїди 1–2 л внутрішньовенно болюсно.
3. **Кисень:** 2–4 л/хв через носові канюлі.
4. **Аналгезія:**
 - **Застаріла парадигма:** «не знеболювати до огляду хірурга» (стирає клінічну картину).
 - **Сучасна парадигма:** знеболення **не впливає** на точність діагнозу і **покращує** комфорт пацієнта.
 - Опіоїди: морфін 2–5 мг внутрішньовенно або фентаніл 50–100 мкг внутрішньовенно (обережно при гіпотензії).

5. **Назогастральний зонд** (при блюванні, підозрі на непрохідність).
6. **Катетер Фолея** (моніторинг діурезу).
7. **Антибіотикопрофілактика** (при підозрі на перфорацію, перитоніт):
 - Цефтріаксон 2 г внутрішньовенно + метронідазол 500 мг внутрішньовенно або піперацилін-тазобактам 4,5 г внутрішньовенно.

2) КОНСУЛЬТАЦІЯ ХІРУРГА (обов'язкова при «гострому животі»!)

3) ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ:

Показання до екстреної операції (< 2 год):

- Перфорація порожнистого органа.
- Защемлена грижа (з ознаками странгуляції).
- Розрив аневризми аорти.
- Мезентеріальна ішемія (гостра).
- Масивна внутрішньочеревна кровотеча.
- Странгуляційна кишкова непрохідність.

Показання до термінової операції (6–24 год):

- Гострий апендицит.
- Гострий холецистит.
- Проста кишкова непрохідність (після невдалої консервативної терапії).
- Абсцес черевної порожнини (якщо дронування неможливе).

Методи операції:

- **Лапаротомія** (серединна або трансректальна лапаротомія) – традиційний доступ.
- **Лапароскопія** (при апендициті, холециститі, діагностичній лапароскопії).

4) КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ:

- Гострий панкреатит.
- Паралітична непрохідність.
- Часткова кишкова непрохідність.

«Симулятори» гострого живота (диференційна діагностика)

Причини, що імітують «гострий живіт», але не потребують хірургічного лікування

1. Серцево-судинні:

- Інфаркт міокарда (нижня стінка) – біль у епігастрії, нудота, блювання; ЕКГ: підйом ST у II, III, aVF.
- Перикардит – біль за грудниною, іррадіює в епігастрій.
- Розшаровуюча аневризма аорти (тип В) – раптовий біль у спині, животі; КТ-ангіографія.

2. Легеневі:

- Пневмонія нижньої частки – біль у верхніх квадрантах, лихоманка, кашель; рентген грудної клітки.
- Плеврит – біль посилюється при диханні.
- ТЕЛА – раптова задишка, біль у грудях/епігастрії.

3. Метаболічні:

- Діабетичний кетоацидоз – біль у животі, нудота, блювання, дегідратація; глюкоза $> 13,9$ ммоль/л, кетони у сечі.
- Криза Аддісона – біль у животі, блювання, гіпотензія, гіперкаліємія.
- Порфірія – періодичний біль у животі, неврологічні симптоми.

4. Гематологічні:

- Серпоподібноклітинна анемія (криз) – біль у животі, суглобах, грудях.

5. Інтоксикації:

- Отруєння свинцем – біль у животі, запор, анемія.
- Отруєння талієм.

6. Неврологічні:

- Герпетична невралгія (herpes zoster) – оперізуючий біль, висип (може з'явитися пізніше).
- Компресія спинного мозку.

7. Психогенні:

- Соматоформні розлади.
- Симуляція (рідко).

Ключові діагностичні ознаки для виключення хірургічної патології:

- Відсутність м'язового захисту, симптому Щоткіна – Блюмберга.
- Нормальні лейкоцити, СРБ.
- КТ черевної порожнини без патології.
- Позитивні знахідки поза животом (ЕКГ, рентген грудної клітки).

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Назвіть три типи абдомінального болю та їх патофізіологію.
2. Що таке симптом Кохера і при якому захворюванні він виявляється?
3. Які ендоскопічні методи гемостазу використовують при виразковій кровотечі?
4. Що таке класифікація Forrest?
5. Назвіть основні причини кишкової непрохідності.
6. Які рентгенологічні ознаки тонкокишкової непрохідності?
7. Що таке «перехідна зона» на КТ?
8. Які ознаки странгуляційної непрохідності?
9. Назвіть Римські критерії IV функціональної диспепсії.
10. Які показання до хірургічного лікування кишкової непрохідності?
11. Що таке портокавальні анастомози? Назвіть основні.
12. Які ендоскопічні методи гемостазу використовують при варикозній кровотечі?
13. Що таке TIPS і які показання до його виконання?
14. Назвіть класифікацію Child-Pugh і MELD (Model for End-stage Liver Disease) при цирозі печінки.
15. Що таке спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП)? Діагностичні критерії.
16. Які препарати використовують для лікування печінкової енцефалопатії?
17. Що таке SAAG і його значення у диференційній діагностиці асцити?
18. Назвіть основні причини мальабсорбції.
19. Які діагностичні критерії целиакії?
20. Що таке синдром короткої кишки?
21. Які «червоні прапорці» при «гострому животі»?
22. Що таке симптом Щоткіна–Блюмберга?
23. Які показання до екстреної лапаротомії?
24. Що таке FAST-протокол?
25. Назвіть позачеревні причини «гострого живота».

ЛІТЕРАТУРА

1. Портальна гіпертензія:

- Portal hypertensive bleeding in cirrhosis : Risk stratification, diagnosis and management / G. Garcia-Tsao et al. *Hepatology*, 2017. № 65. P. 310–335.
- UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients / D. Tripathi et al. *Gut*, 2015. P. 1680–1704.
- Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension / R. de Franchis et al. *J Hepatol*, 2022. Vol. 76, № 4. P. 959–974.

2. Кишкова непрохідність:

- WSES guidelines for the management of adhesive small bowel obstruction / F. Catena et al. *World J Emerg Surg*, 2019.
- Current management of acute malignant large bowel obstruction / R. Frago et al. *Colorectal Dis*, 2014.

3. Мальабсорбція:

- ACG clinical guidelines : Diagnosis and management of celiac disease / A. Rubio-Tapia et al. *Am J Gastroenterol*, 2013. № 108 (5). P. 656–676.
- Small intestinal bacterial overgrowth : Diagnosis and treatment. / A. Gasbarrini et al. *Dig Dis*, 2007. № 25 (3). P. 237–240.
- Short bowel syndrome : Therapeutic options / S. Bharadwaj et al. *Curr Gastroenterol Rep*, 2016.

4. Гострий живіт:

- Silen W. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 23rd ed. Oxford University Press, 2016.
- Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain / S. L. Gans et al. *Dig Surg*, 2015. № 32 (1). P. 23–31.
- Imaging patients with acute abdominal pain / J. Stoker et al. *Radiology*, 2009. № 253 (1). P. 31–46.

5. Загальні підручники:

- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease / M. Feldman et al. 11th ed. Amsterdam : Elsevier, 2020. 2299 p.
- Sabiston Textbook of Surgery / C. M. Townsend et al. 21st ed. Amsterdam : Elsevier, 2020. 2176 p.
- Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice / M. W. Mulholland et al. 6th ed. LWW, 2016. 2090 p.

ОСНОВНІ СИМПТОМИ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

**Методичні вказівки
для студентів IV–VI курсів медичних факультетів**

Упорядники

Криворучко Ігор Андрійович
Іванова Юлія Вікторівна
Сивожелізов Андрій Володимирович
Гончарова Наталя Миколаївна
Гольцев Кирило Анатолійович
Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальна за випуск

Н. М. Гончарова



Редактор Є. В. Рубцова

Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Комп'ютерний набір О. В. Наумова

Формат А5. Ум. друк. арк. 8,0. Зам. № 26-40.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р