

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Медичний

Кафедра Хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини,
терапії та онкології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи


Едуард Бурячківський

« _____ » _____ 2024 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет, курс Медичний _____ 6 курс

Навчальна дисципліна _____ Хірургія _____
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 6

Тема “ Болі в животі, оцінка особливостей больового синдрому
при диференційній діагностиці захворювань органів черевної
порожнини”

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "02" вересня 2024 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьєв Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн.Горчий В.В., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Канжо Н., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 6

Тема практичного заняття: “Болі в животі, оцінка особливостей больового синдрому при диференційній діагностиці захворювань органів черевної порожнини” – 6 год.

1. Актуальність теми: Дана тема є актуальною в плані формування клінічного мислення у фахівців різних спеціальностей і напрямків.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі

- ознайомити здобувач вищої освіти з поняттям болю та його характеристикою. – **I рівень**
- студент повинен знати і засвоїти патогенез болю. **II рівень**
- надати здобувач вищої освіти можливість оволодіти навичками пальпації, перкусії, аускультації живота. **III рівень**
- надати здобувачам вищої освіти вміння клінічно аналізувати отримані дані при обстеженні хворого. **III рівень**

2.2. Виховні цілі пов'язані з:

- формуванням професійно значущої особистості лікаря;
- актуальними аспектами професійної діяльності.

3. Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни. Анатомія Патофізіологія	Топографія органів черевної порожнини, малого таза та їх інервація. Поняття болю	
2. Наступні Пропедевтика внутрішніх захворювань		Пальпація Перкусія Аускультація
3. Внутрішньооб'єктна інтеграція. Тема Діафрагма. Методи дослідження. Ушкодження діафрагми. Діафрагмальні грижі.	Методи обстеження органів черевної порожнини, симптоми і синдроми захворювань органів черевної порожнини.	Вміти проводити диференціальну діагностику захворювань органів черевної порожнини

<p>Гострий живіт. Травми живота. Зовнішні грижі живота. Внутрішні грижі живота. Хімічні опіки і рубцеві стриктури шлунка. Ушкодження шлунка і дванадцятипалої кишки. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки та її ускладнення. Рак шлунка. Травми печінки. Абсцеси печінки. Непаразитарні захворювання печінки. Жовчокам'яна хвороба. Механічна жовтяниця. Постхолецистектомічний синдром. Пухлини печінки. Гострий панкреатит. Рак підшлункової залози. Травми підшлункової залози. Ушкодження селезінки. Захворювання селезінки.</p>		
--	--	--

4. Зміст заняття

Біль — суб'єктивне відчуття, у формуванні якого беруть участь механічні, фізіологічні і хімічні механізми. Розрізняють рецептори болю, провідники і центральні механізми інтеграції болю. Периферичні болючі (ноцицептивні) рецептори сприймають роздратування, що у ретикулярній формації і таламусі мозку трансформуються в болючі відчуття. У корі головного мозку вони приймають специфічний характер і проектується на області, звідки надійшло роздратування, у тому числі на живіт.

У регуляції болючої чутливості беруть участь опіатний, дофамінергічний і серотонінергічний механізми ендогенної протибольової (антиноцицептивної) системи. Вплив механізмів протибольової системи на болючі відчуття можна спостерігати на прикладі зміни симптомів при перфорації виразки дванадцятипалої кишки, коли раптово виниклі "кинджальні" болі в животі поступово стихають у період "мнимого благополуччя", незважаючи на прогресування перитоніту. Зменшення інтенсивності болю у цих випадках зв'язано з активацією антиноцицептивних механізмів. Суб'єктивне "поліпшення" стану хворого може ввести в оману як самого хворого, так і

лікаря. Однак при аналізі об'єктивних клінічних даних можна виявити чіткі ознаки прогресуючого перитоніту (частішання пульсу і подиху, здуття живота, обумовлене парезом кишечника, лейкоцитоз).

При опитуванні хворого необхідно з'ясувати початок виникнення болю (раптовий, поступовий), поширення їх з часом (початкову і більш пізню локалізацію, іррадіацію), зміна їхньої інтенсивності і характеру. Важливо виявити зв'язок болів із прийомом їжі, зміною положення тіла. Варто з'ясувати супровідний біль, симптоми (диспепсичний, дизурічний, підвищення температури тіла, зміна частоти пульсу і подиху, артеріального тиску).

Прийнято розрізняти болі вісцеральні, соматичні, вісцеросоматичні.

Вісцеральні болі виходять з органів черевної порожнини, що інервуються галузями вегетативної нервової системи. Вони виникають при розтягненні (здутті або спазмі) порожніх органів травного тракту, сечової системи, розтягненні оболонок паренхіматозних органів (печінка, селезінка). Вісцеральні болі сприймаються як дифузійні, що поширюються вбік від середньої лінії живота.

Болі, що локалізуються в надчеревній ділянці, обумовлені захворюваннями шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки.

Болі в мезогастральній ділянці виникають при захворюваннях тонкої і товстої кишки, червоподібного відростка.

Болі в підчеревній ділянці виникають при захворюваннях лівої половини поперечної ободової кишки, низхідної ободової кишки, сигмовідної і прямої кишки. При нирковій кольці болю локалізуються в поперековій області праворуч або ліворуч.

Аналізуючи характер вісцеральних болів, можна визначити, які шари стінки органа втягнуті у патологічний процес. Печіння спостерігається при запальних змінах або дефектах слизуватої оболонки органа. У цих випадках через ушкоджений захисний бар'єр слизуватої оболонки збільшується зворотна дифузія H^+ -іонів і змінюється рН тканин стінки органа (наприклад, при рефлюкс-гастриті, виразковій хворобі, рефлюкс-езофагіті).

Відчуття здавлення, стиску виникає при спазмі м'язів порожнього органа (спастичні болі). Вісцеральні болі можуть мати нападopodobний характер. Вони виявляються кількою (шлунковою, жовчною, кишковою і нирковою).

Нападоподобні болі (коліки) викликані посиленням скороченням гладкої мускулатури порожнього органа, що прагне перебороти перешкоду для спорожнювання вмісту.

При гострих приступах хворий неспокійний, змінює положення, шукає позу, при якій біль став би менш інтенсивним.

При пальпації хворобливість неясно локалізована, виражена незначно. Під час приступів живіт напружений, між приступами — м'який. Болі можуть супроводжуватися нудотою, блювотою, блідістю шкірних покривів, пітливістю.

Соматичні болі виникають при роздратуванні чуттєвих волокон міжреберних нервів, що інервують парієтальну очеревину, брижі, малий сальник, а також при роздратуванні діафрагмальних нервів, що іннервують діафрагмальну очеревину.

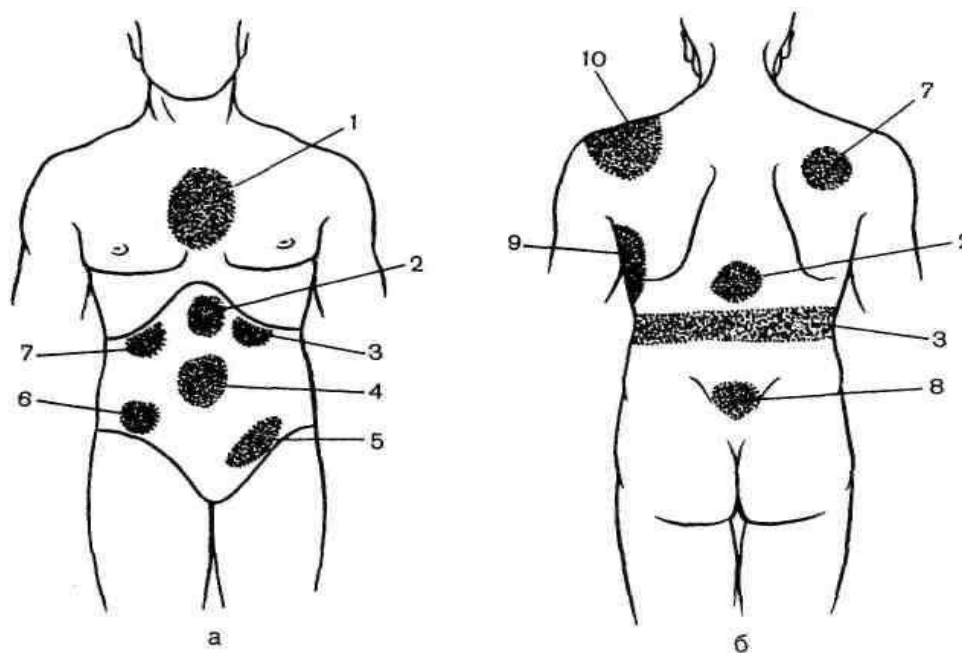


Рис. 9.1. Локализация (а) и иррадиация (б) соматических болей.

1 — пищевод; 2 — желудок и двенадцатиперстная кишка; 3 — поджелудочная железа; 4 — тонкая кишка; 5 — сигмовидная кишка; 6 — слепая кишка, червеобразный отросток; 7 — печень, желчный пузырь; 8 — матка; 9 — плевра; 10 — селезенка, кровь или гной под диафрагмой.

Соматичні болі можуть бути обумовлені:

- 1) запальною або пухлинною інфільтрацією очеревини, натягом, тертям змінених запальним процесом поверхонь;
- 2) роздратуванням очеревини шлунковим і кишковим вмістом, жовчю, панкреатичним соком, кров'ю, сечею;
- 3) ушкодженням міжреберних нервів поза очеревиною (гематома, інфільтрат, пухлина);
- 4) запаленням нервових корінців спинного мозку.

Локалізація соматичних болів відповідає місцю роздратування парієтальної очеревини (мал. 9.1). Вони бувають такими, що різуть, пекучими, постійними. Інтенсивність соматичних болів різко виражена при

перфорації порожнього органа у вільну черевну порожнину ("кинджальні" болі), при емболії артерій і тромбозі судин брижі.

Ірадіація болю виникає при роздратуванні закінчення міжреберних нервів у парієтальній очеревині або брижі. Знання типових зон ірадіації, іноді розташованих далеко від ураженого органа, може допомогти в розпізнаванні захворювання (див. мал. 9.1).

Хворий уникає рухів, тому що зміна положення підсилює біль. При пальпації визначають зону хворобливості, напругу м'язів передньої черевної стінки, що іннервуються відповідними міжреберними нервами. Струс черевної стінки викликає біль, тому що при цьому змінюється ступінь розтягання очеревини (симптом Щьоткіна-Блюмберга). Перехід вісцерального болю в соматичний є тривожним симптомом, що вказує на перехід запалення з одного з органів черевної порожнини на парієтальну очеревину. Прикладом є плин гострого апендициту. На початку захворювання, коли запалення обмежується тільки відростком, його вісцеральною очеревиною, хворий відчуває розповсюджений біль навколо пупка, у цей час немає напруги м'язів черевної стінки. При переході запалення на парієтальну очеревину і брижі червоподібного відростка біль

переміщується в праву підвздошну ділянку, стає гострим, локалізованим. З'являється напруга м'язів і хворобливість у правій здухвинній ділянці.

При опитуванні хворого про болі в животі рекомендується чітко ставити питання, щоб з'ясувати характер болю, його локалізацію. При нечіткій локалізації — біль вісцеральний. Точна локалізація болю можлива при соматичному болю. Необхідно з'ясувати періодичний або постійний характер болю, фактори, що провокують біль: емоційна напруга (при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки), визначена їжа (при виразковій хворобі, при хронічному холециститі), горизонтальне або зігнуте до переду положення тіла (рефлюкс вмісту шлунка в стравохід при грижі стравохідного отвору діафрагми).

Діагностичне значення може мати виявлення факторів, що усувають болі або зменшуючих їхню інтенсивність.

Дослідження хворого завжди варто починати з загального огляду. Із страждальницького виразу обличчя хворого можна визначити, що він відчуває біль. Блідий колір шкіри обличчя характерний для анемії, зв'язаної з крововтратою.

При огляді очей можна виявити жовтушність склер, білість кон'юнктиви. Сухість слизуватих оболонок ротової порожнини, шкірних покривів звичайно виражена при захворюваннях, що супроводжуються порушеннями водно-електролітного балансу.

Огляд живота проводять у вертикальному і горизонтальному положеннях хворого. У вертикальному положенні нормальну конфігурацію живота характеризує помірне западіння епігастральної ділянки і деяке випинання нижньої половини живота. У положенні лежачи на спині у негладких хворих рівень передньої стінки живота знаходиться нижче рівня поверхні груди.

Рівномірне випинання живота спостерігають при ожирінні, скупченні рідини в черевній порожнині (асцит), при парезі кишечника. Нерівномірне випинання черевної стінки може бути при зовнішніх грижах живота, пухлинах, що виходять з черевної стінки, черевної порожнини, непрохідності кишечника.

Зміни конфігурації черевної стінки спостерігають при надмірному посиленні перистальтики шлунка і кишечника.

У хворих, що не страждають ожирінням, живіт буває втягненим внаслідок різкої напруги м'язів передньої черевної стінки (симптом м'язового захисту, роздратування очеревини, обумовлений вісцеромоторним рефлексом).

При наявності післяопераційних рубців на черевній стінці відзначають їхню локалізацію, розміри, дефекти в черевній стінці в області рубця (післяопераційні вентральні грижі).

У пуповинній ділянці променисте розташування звитих підшкірних вен ("голова медузи") спостерігають при портальній гіпертензії, тобто утрудненні відтоку крові з воротної вени. Поява розширених венозних анастомозів між стегноюю і нижньою надчеревною венами в нижніх бічних відділах живота свідчить про утруднення відтоку крові по нижній порожнистій вені.

При подиху черевна стінка рівномірно піднімається на вдиху й опускається на видиху. Відсутність коливальних рухів у якій-небудь області або всій черевній стінці під час подиху спостерігають при захисній нарузі м'язів в результаті вісцеромоторного рефлексу, що виникає при роздратуванні очеревини. Доцільно перевіряти можливість активного надування і швидкого втягування живота. При

гострих запальних процесах у черевній порожнині буває неможливо надути живіт через різке посилення болів і напруги м'язів черевної стінки (симптом Розанова). При запальних процесах, що локалізуються позаочеревинно (плевропневмонія, діафрагмальний плеврит), надування і втягування живота можливі, незважаючи на болі в животі. Симптом Розанова дозволяє відрізнити гострі запальні процеси в черевній порожнині від позаочеревинних. При кашлі виникають болі в животі в ділянці збудженого органа. Це одна з ознак роздратування очеревини. При кашлі і натужуванні можна побачити випинання черевної стінки в місцях локалізації зовнішніх гриж.

Перкусію живота роблять, визначаючи границі печінки, селезінки, розміри патологічних утворень у животі (пухлина, інфільтрат, абсцес). Дзвінкий перкуторний звук виникає при скупченні газу в кишечнику (метеоризм), у черевній порожнині (пнемоперітонеум), при перфорації порожнього органа, що містить газ (зникнення печінкової тупості).

Для виявлення скупчення в черевній порожнині рідини (асцит, ексудат, гемоперітонеум) проводять порівняльну перкусію живота в положенні хворого на спині, а потім у положенні на правому і лівому боці. У положенні на спині притуплення перкуторного звуку в бічних відділах живота свідчить про наявність рідини в черевній порожнині; у положенні на боці зона притуплення перкуторного звуку на відповідній половині живота збільшується, а в області де раніше визначалося притуплення з'являється тимпанічний відтінок перкуторного звуку. У вертикальному положенні хворого перкусію живота проводять у напрямку зверху вниз по середній і середньоключичним лініях. Зона притуплення перкуторного звуку над лоном з увігнутою верхньою границею є *f*

ознакою скупчення вільної рідини в черевній порожнині; зона притуплення з верхньою горизонтальною границею і тимпанітом над нею — ознака скупчення рідини і газу; зона притуплення перкуторного звуку з опуклою догори границею — ознака переповнення сечового міхура, збільшення матки, наявності кісти яєчника.

Для виявлення рідини в черевній порожнині застосовують також метод ундуляції — визначення хвилеподібного коливання рідини, що передається на протилежний бік при нанесенні коротких поштовхів по черевній стінці. На бічну сторону живота лікар кладе сприймаючу поштовхи долоню. На протилежній стороні напівзігнутими пальцями іншої руки роблять уривчасті поштовхи, що при наявності рідини визначаються на протилежній стороні сприймаючою долонею. Щоб уникнути помилкового висновку, треба виключити передачу поштовху по черевній стінці. Для цього лікар просить хворого або медичну сестру поставити кисть ребром по середній лінії живота.

Локалізацію запального процесу уточнюють, визначаючи зону максимальної перкуторної хворобливості (ознака місцевого роздратування очеревини). Постукування напівзігнутими пальцями або ребром кисті по правій реберній дузі може викликати хворобливість у правому підребер'ї (симптом Грекова-Ортнера), що спостерігається при запаленні жовчного міхура, жовчних проток, патологічних змінах у печінці.

Пальпація живота виконується в різних положеннях хворого. При дослідженні в горизонтальному положенні на спині для розслаблення м'язів черевної стінки хворого просять зігнути ноги в колінних суглобах і злегка розвести їх вбік.

Пальпацію роблять таким чином, щоб хворобливе місце, виявлене при опитуванні, перкусії, було досліджено в останню чергу.

Напруга м'язів передньої черевної стінки і локалізацію хворобливості визначають при орієнтованій поверхневій пальпації. Для цього злегка надавлюють долонею на симетричні ділянки черевної стінки. Про напругу м'язів судять по опору, що відчувається рукою під час пальпації. Дослідження починають з менш хворобливої області. За ступенем виразності напруги м'язів розрізняють невелику резистентність, виражену напругу, доскоподібну напругу м'язів.

Напруга м'язів живота може мати обмеженою або розповсюдженою, що є одним з найбільш важливих симптомів запалення очеревини, може спостерігатися при захворюваннях органів, розташованих позаочеревинно (диафрагмальний плеврит, нижньодольова плевропневмонія, інфаркт міокарда, ниркова колька), а також при гематомах, гнійниках у заочеревинному просторі.

Поверхнева пальпація живота виявляє найбільшу хворобливість у зоні, що відповідає локалізації збудженого органа і прилеглий парієтальній очеревині.

При перитоніті звичайно визначається симптом Щьоткіна-Блюмберга: для виявлення цього симптому на черевну стінку кладуть долоню. При натисненні на стінку живота кінчиками пальців долоні, що лежить на черевній стінці, з'являється хворобливість, що у момент раптового відведення руки, що пальпує, різко підсилюється внаслідок струсу збудженої парієтальної очеревини.

Очеревина більш доступна для пальпації в області пупка, задньої стінки пахового каналу, пальцевому дослідженні прямої кишки і піхви. Виникаюча при цьому хворобливість є ознакою поширення запалення очеревини на відповідні області живота. ,

Після поверхневої пальпації виконують глибоку ковзну пальпацію живота за методом Образцова-Стражеско. Пальпацію внутрішніх органів живота варто проводити в такт із дихальними рухами черевної стінки в різних положеннях хворого: вертикальному, лежачи на спині, на правому і лівому боці. Зміна положення тіла дозволяє визначити не тільки локалізацію пухлини, але і її зміщеність, поширеність.

Аускультация живота дозволяє визначити перистальтичні кишкові шуми, посилення або різке ослаблення їх, виявити систолічний шум при стенозі великих артеріальних стовбурів і аорти. Стетоскоп поміщають не тільки на типову точку, розташовану на 1—2 см правіше і нижче пупки, але й в інших відділах. У нормі кишкові шуми у вигляді приглушеного, що булькає, переливчастого звуку виникають через нерівні проміжки часу з частотою 5—10 у 1 хв. Велика частота кишкових шумів, що здобувають дзвінкий тон, характерна для першої фази механічної непрохідності кишечника. Відсутність кишкових шумів свідчить про парез кишечника або паралітичну непрохідності, що спостерігається при перитоніті.

Шум плескоту рідини є ознакою скупчення рідини і газу в порожніх органах живота, він часто виявляється при непрохідності кишечника,

Аускультация по середній лінії у верхній половині живота дозволяє знайти систолічний шум над аневризмою аорти, над вісцеральними артеріями при їхньому звуженні атеросклеротичними бляшками або компресійними стенозами. Систолічний шум при стенозі абдомінального відділу аорти вислухується

відразу нижче пупка і на 2 см ліворуч від середньої лінії над здухвинними артеріями — у зонах проекції їх на черевну стінку.

Пальцеве дослідження прямої кишки дозволяє визначити тонус сфінктера, вміст кишки (кал, кров, слиз), стан предміхурової залози, матки. Також можуть бути виявлені пухлини анального і нижньоампулярного відділів кишки, інфільтрати в малому тазі (при параректальних абсцесах), метастази раку по тазовій очеревині (метастази Шнітцлера), пухлини сигмовидної кишки, матки і яєчників.

Дослідження через піхву проводять у всіх жінок для виявлення гінекологічних захворювань, пухлин органів малого таза, метастазів пухлин.

Інструментальні методи дослідження.

Загальні рекомендації до діагностики захворювань органів живота

При опитуванні хворого необхідно деталізувати характеристику кожного симптому, згрупувати симптоми в синдроми, симптомокомплекси.

На підставі аналізу суб'єктивних й об'єктивних даних обстеження варто зробити синтез ознак хвороби, сформулювати діагностичну гіпотезу про найбільш ймовірні і менш ймовірні захворювання.

Клінічне мислення лікаря дозволяє цілеспрямовано вибирати подальші методи дослідження хворого на кожному етапі. На підставі аналізу і синтезу

результатів проведених досліджень хворого формулюють клінічний діагноз. У першу чергу записують діагноз основного захворювання, із приводу якого хворий надійшов. Далі відзначають характер і ступінь функціональних порушень, ступінь компенсації їх або стадію хвороби, наявність ускладнень основного захворювання. Не слід забувати про фонові і супутні захворювання. Вони включаються в розгорнутий клінічний діагноз.

Клінічний діагноз є основою для вибору найбільш інформативних методів інструментального і лабораторного дослідження, уточнення клінічного діагнозу і вибору оптимального лікування.

Терміном "гострий живіт" позначають раптово розвинені гострі, загрожуючі життю захворювання органів черевної порожнини, при яких потрібна або може знадобитися термінова хірургічна або іншого виду допомога. У рідких випадках симптоми гострого живота спостерігаються при захворюваннях органів, розташованих поза черевною порожниною. Діагноз є тимчасовим, його виставляють у невідкладній ситуації, коли немає часу й умов для детального дослідження і немає можливості точно визначити причину захворювання в пацієнта, що потребує негайної медичної допомоги.

Первинне лікарське обстеження хворого часто проводиться поза стаціонаром (вдома або в поліклініці). Задачею первинної діагностики "гострого живота" є розпізнавання небезпечної ситуації і необхідності термінового лікування. При гострому животі прогноз погіршується з часом, тому хворий повинний бути терміново госпіталізований у стаціонар, де будуть найближчим часом проведені необхідні діагностичні і лікувальні заходи.

Основні клінічні симптоми гострого живота — болі в животі, блювота, кровотеча, шок, різке підвищення температури тіла, частота пульсу і дихання — можуть бути обумовлені наступними причинами.



1. Внутрішньочеревинні запальні захворювання, що вимагають невідкладної операції (мал. 9.2):

- апендицит і його ускладнення;
 - механічна гостра непрохідність кишечника (рак товстої кишки, спайки, зовнішні і внутрішні защемлені грижі, інвагінація кишечника й ін.) зі странгуляцією брижів або без неї;
 - гострий деструктивний холецистит;
 - перфорація виразки, дивертикулу товстої кишки й інших порожніх органів;
 - гострий геморагічний панкреатит;
 - емболія або тромбоз мезентеріальних судин;
 - перитоніт і абсцеси черевної порожнини (абсцедуючий сальпінгіт).
2. Гострі шлунково-кишкові кровотечі:
- виразка шлунка, що кровоточить, або дванадцятипалої кишки;
 - варикозне розширення вен стравоходу і кардії;

- синдром Меллорі-Вейса;
- геморагічний гастрит;
- злюякісні і доброякісні пухлини шлунка, тонкої і товстої кишки;
- аноректальні кровотечі.

3. Проникаючі поранення і тупі травми живота з ушкодженням селезінки, печінки, підшлункової залози, кишечника.

4. Захворювання органів черевної порожнини, не потребуючі невідкладної операції:

- шлунково-кишкові (гастроентерит, пенетруюча виразка, гострий холецистит і печінкова коліка, гепатит, гостра печінкова порфірія, ієрсиніози, псевдомембранозний ентероколіт, карциноматоз очеревини);
- гінекологічні (сальпінгіт, дисменорея, болі внизу живота в середині менструального циклу);
- ниркові (ниркова колька, піелонефрит, інфаркт нирки, паранефрит, гострий гідронефроз).

5. Екстраабдомінальні захворювання:

- серцево-судинні (інфаркт міокарда, розшаровуючи аневризма аорти, перикардит, застійна печінка, *angina abdominalis*, або черевна жаба);
- плевролегеневі (пневмонія, плеврит, емболія легеневої артерії);
- урогенітальні (гостра затримка сечі, заворот яєчника);
- неврологічні (грижа Шморля, або міжпозвонокового диска);
- поперечні паралічі внаслідок ушкодження спинного мозку (мієліт, травма), істерія;
- ушкодження опорно-рухового апарату (переломи хребців, ребер);
- інші (діабетична й уремічна коми, гемолітична і лейкоемічна кризи, геморагічна пурпура Шенлейна—Геноха, хвороба Верльгофа, гостра порфірія, інтоксикація при отруєнні свинцем, миш'яком, колагенози та ін.).

У первинне дослідження хворого входять наступні методи. Анамнез. Час і початок виникнення болю (раптовий, поступовий), локалізація болю, диспептичні і дизуричні явища, температура, перенесені в минулому захворювання органів черевної порожнини й операції на органах живота.

При зборі гінекологічного анамнезу варто звернути увагу на перенесені гінекологічні захворювання, менструальний цикл, час останньої менструації. Причиною появи болю в животі в середині менструального циклу може бути апоплексія яєчника, при затримці менструації варто виключити позаматкову вагітність.

Огляд. Звертають увагу на змушене положення хворого, занепокоєння, часта зміни пози, адинамію, загальмованість, ознаки зневоднювання (загострені риси обличчя, сухість видимих слизуватих оболонок, блідість, жовтушність шкірних покривів), виділення (характер блювотних мас і стільця, домішка крові).

Повільне розправлення шкіри, узятої в складку, може розцінюватися як ознака зниження тургору шкіри в зв'язку зі зневоднюванням організму.

Температура визначається частіше в пахвовій ямці або в прямій кишці, де вона звичайно вище.

Пульс, артеріальний тиск необхідно вимірювати повторно. Також обов'язкові дослідження серця, легень (перкусія, аускультация).

При кровотечі, зневоднюванні для визначення дефіциту обсягу рідини, що циркулює в судинному руслі, можна орієнтуватися на показник індексу шоку за Алговером (частоту серцевих скорочень поділяють на величину систолічного артеріального тиску). Нормальний показник індексу дорівнює 0,5, показник загрозливого шоку — 1, 0, показник шоку — 1, 5.

При індексі шоку, рівному 1, обсяг циркулюючої рідини орієнтовно зменшений на 30%; при індексі до 1, 5 втрата досягає 50%, а при індексі 2, коли частота серцевих скорочень досягає 140 у 1 хв., систолічний тиск дорівнює 70 мм рт. ст., обсяг циркулюючої рідини зменшується на 70%.

Дослідження живота роблять відповідно до викладених вище рекомендацій: огляд, перкусія, пальпація, дослідження через пряму кишку і піхву.

Не вводити наркотики й антибіотики до з'ясування діагнозу!

При шоку хворому під час транспортування в спеціалізованій машині необхідно проводити протишоккові заходи.

Дослідження хворого в стаціонарі проводиться за викладеними вище правилами.

Лабораторні дослідження повинні включати визначення гемоглобіну, гематокриту, кількості лейкоцитів, еритроцитів, лейкоцитарну формулу, ШЗЕ, групу крові і резус-приналежність, ензими печінки, підшлункової залози, загальний аналіз сечі.

У хворих з гострим животом не завжди вдається визначити характер захворювання тільки за даними клінічного дослідження. Тому рекомендується робити УЗД всіх органів черевної порожнини і заочеревинного простору. За допомогою цього методу часто вдається виявити патологічні зміни, що не виявляються чіткими клінічними симптомами (доклінічна стадія розвитку хвороби).

Рентгенологічне дослідження. При надходженні роблять рентгеноскопію грудної клітки і живота (від діафрагми до симфізу) для виявлення рухливості діафрагми, скупчення вільного газу під діафрагмою або в кишечнику (метеоризм), рівнів рідини в кишечнику (при непрохідності кишечника), затемнення (ексудат).

Рентгеноконтрасне дослідження стравоходу і шлунка з пероральним

введенням водорозчинної контрастної речовини показано при підозрі на перфорацію шлунка або дванадцятипалої кишки. У ряді випадків виникає необхідність у ірригоскопії (при підозрі на товстокишкову непрохідність).

У важких для діагностики випадках (запалення, ушкодження органа) роблять *лапароскопію*. Практично вона еквівалентна діагностичної (спробної) лапаротомії.

При відсутності апаратури можна рекомендувати просте дослідження - лапароцентез. У черевну порожнину через невеликий розріз черевної стінки по середній лінії живота, на середині відстані між пупком і симфізом уводять катетер, а по ньому — невелика кількість ізотонічного розчину натрію хлориду в різних напрямках. Потім рідину аспірують і піддають візуальній і

лабораторній оцінці. Домішка крові в промивній рідині свідчить про внутрішньочеревну кровотечу, поява в ній шлункового або кишкового вмісту — про перфорацію порожнього органа, а поява мутного ексудату — про перитоніт.

Диференціальна діагностика. На основі скарг, даних об'єктивного й інструментального досліджень необхідно в першу чергу виключити захворювання позаочеревинних органів, що імітують гострий живіт: інфаркт міокарда, базальну плевропневмонію, спонтанний пневмоторакс, ниркову кольку, капилляротоксикоз Шенлейна-Геноха. Потім вибрати оптимальну програму досліджень для диференціальної діагностики гострих захворювань органів черевної порожнини. При сучасних можливостях інструментальної діагностики (УЗД, рентгенологічні і ендоскопічні методи, лабораторні дослідження) встановити захворювання, що викликало клінічну картину гострого живота, не представляє великих труднощів.

5. План та організаційна структура заняття.

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст.	Навчальні цілі в рівнях засвоєння.	Засоби навчання та контролю.	Матеріали щодо методичного забезпечення наочності заняття, контролю знань тих, хто навчається.	Терміни (у хвилинах або %) від загальної години навчання.
2	Підготовчий етап	Перевірити знання здобувач вищої освіти і їх рівень підготовки	Семінар		10%
	Основний етап	Формування професійних умінь, навичок, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження	Тестові завдання	Робота з хворими у відділеннях загальної хірургії й гастрохірургії	60%

3	Заключний етап	Контроль та етапи рівня професійних вмінь та навичок, підведення підсумків заняття, домашнє завдання	Щоденне опитування здобувач вищої освіти, перевірка практичних навичок	Проведення занять у кімнаті практичних навичок	30%
---	----------------	--	--	--	-----

6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання тестового завдання «вихідний рівень знань».

6.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: Методичні розробки кафедри за темами захворювань органів черевної порожнини і формування практичних умінь та навичок.

6.3. Матеріали контролю заключного етапу заняття: ситуаційні задачі:

1. Хвора К., 26 років, захворіла 10 годин тому, після того, як з'явилися болі в нижніх відділах живота, у зв'язку з цим звернулась до лікарні, де була госпіталізована з діагнозом: "Гострий апендицит". Позаматкова вагітність. Яке дослідження найбільш інформативне для диференційної діагностики?

А. Пункція заднього склепіння піхви.

В. Торакоцентез.

С. Лапаротомія.

Д. ЕФГДС.

Є. УЗД черевної порожнини.

2. Хворий Н., 34 років, госпіталізований з діагнозом гострий панкреатит. Хворіє 9 діб, скаржиться на біль в епігастрії і в лівому підребер'ї, нудоту, блювоту. При обстеженні було виявлено лейкоцитоз, різко підвищену діастазу сечі. Який з показників буде основним для негайного оперативного втручання?

А. Перитоніт.

В. Хворіє 9 діб.

С. Різко підвищена діастаза сечі.

Д. Лейкоцитоз.

Є. Постійний біль в епігастрії та в підребер'ях.

3. Хворий О., 33 років, госпіталізований зі скаргами на ріжучий біль в епігастральній області. Об'єктивно: живіт напружений в усіх відділах. Виявляється симптом Щьоткіна. Діагноз: перфоративна виразка шлунка. Який з нижче перелічених методів є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

А. Обзорна рентгенографія органів черевної порожнини.

В. Лапароцентез.

С. ЕКГ.

Д. УЗД органів черевної порожнини.

Є. Лапароскопія.

4. Хвора Л., 24 років, звернулася до лікарні зі скаргами на болі в нижніх відділах живота, слабкість, нудоту, підвищення температури тіла до 38°C. Хворіє 3 доби. При обстеженні в приймальному відділенні встановлений діагноз: гострий апендицит, перитоніт. Необхідним доступом до виконання операції буде:

А. Серединна лапаротомія.

В. По Пирогову.

С. По Волковичу - Дьяконову.

Д. Параректальний.

Є. По Пфаненштілю.

5. Хворий С., 63 років, вважає себе хворим останні півроку після того, як у нього з'явилися скарги на затримку стулу, втрату маси тіла до 20 кг. Звернувся до лікарні через добу після виникнення болу в лівій половині живота. При обстеженні знайдені показники для негайного оперативного втручання. Під час операції з приводу розповсюдженого перитоніту виявлена перфорація пухлини сліпої кишки. Яка операція буде найбільш оптимальною?

А. Зашивання місця перфорації, ілеостомія.

В. Правостороння геміколектомія.

С. Резекція сліпої кишки, іліотрансверзоанастомоз.

Д. Ілеостомія.

Є. Дренування черевної порожнини.

6. Хвора М., 38 років, госпіталізована з діагнозом пельвіоперитоніт. Хворіє 7 діб, температура 38,5°C. Скаржиться на болі в нижніх відділах живота. Язик сухий, пульс 96 уд/хв, живіт при пальпації різко болючий в нижніх відділах, визначається позитивний симптом Щьоткіна. Лікувальна тактика:

А. Лапаротомія.

В. Інфузійна дезінтоксикаційна терапія.

С. Діагностична вичистка.

Д. УЗД органів малого тазу.

Є. Протизапальна терапія.

7. Хворий Л., 29 років, поступив у відділення із защемленою паховою грижею, гангреною кишки, флегмоною передньої черевної стінки. Ваша хірургічна тактика:

А. Лапаротомія, резекція затисненого органу, розтин та дренування флегмони черевної стінки.

В. Розтин та дренування флегмони.

С. Антибактеріальна та протизапальна терапія.

Д. Лапаротомія, ревізія черевної порожнини.

Є. Пластика передньої стінки.

8. Хворий Н., 26 років, скаржиться на біль в епігастрії, який поступово змістився у праву половину черевної порожнини, нудоту, температура 37,3°C. Хворіє 10 годин. Раніше не хворів нічим. Який діагноз буде найбільш вірогідним?

- A. Гострий апендицит.
- B. Гострий панкреатит.
- C. Гострий холецистит.
- D. Перфоративна виразка.
- E. Ниркова коліка.

9. Хвора, 45 років, поступила з діагнозом: гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат. Хворіє 7 діб, температура 39°C. Консервативне лікування не ефективне. Ваша подальша тактика?

- A. Лапаротомія, розтин апендикулярного абсцесу за Волковичем.
- B. Продовження антибактеріальної, протизапальної терапії.
- C. Лапароскопія.
- D. Лапароцентез.
- E. Пункція заднього склепіння піхви.

10. Хворий, 65 років, звернувся у клініку для запланованого оперативного лікування з приводу жовчнокам'яної хвороби з хронічним калькульозним холециститом. Хворому проведена холецистектомія. В післяопераційний період у хворого в дренаж, який був встановлений в надпечінковий простір, виділилось біля 50 мл жовчі. Ваша тактика:

- A. Активний нагляд за хворим + консервативне лікування.
- B. Негайна лапаротомія.
- C. Лапароцентез.
- D. Лапароскопія.
- E. Ендоскопічна папілосфінктеротомія.

11. Хворий, 56 років, звернувся в лікарню зі скаргами на різкий біль в лівих відділах живота, слабкість. При обстеженні виявлені показники для проведення невідкладної операції. Під час оперативного втручання з приводу перитоніту у хворого знайдена перфорація пухлини нижньої 1/3 сигмовидної кишки. Яким буде обсяг операції?

- A. Операція Гартмана.
- B. Ушивання перфорації пухлини.
- C. Лівостороння геміколектомія.
- D. Резекція сигми з накладанням первинного анастомозу.
- E. Трансверзостомія двустволкова.

12. Хворий звернувся в клініку з діагнозом апендикулярний інфільтрат. Скаржився на болі в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38°C. Хворому проводилась антибактеріальна терапія. На 7 добу з'явився біль у нижніх відділах черевної порожнини, симптоми подразнення очеревини. Ваша тактика:

- A. Лапаротомія, дренивання черевної порожнини, апендикулярного абсцесу.
- B. Продовжити антибактеріальну терапію зі зміною антибіотика.
- C. Лапароскопія, дренивання черевної порожнини.
- D. Вскриття апендикулярного абсцеса доступом Пірогова.
- E. Лапаротомія, цекостомія, дренивання черевної порожнини.

13. У хворого 21 року, доставленого до лікарні машиною швидкої

допомоги, при обстеженні встановлено діагноз: перфоративна виразка 12-ти палої кишки. Під час операції знайдена перфорація гострої виразки 12-палої кишки, краї виразки м'які, в черевній порожнині обмежений перитоніт. Обсяг оперативного втручання:

А. Вилучення виразки, дронування черевної порожнини.

В. Операція Джада і стволова ваготомія.

С. Антрумектомія, ваготомія.

Д. Операція Опеля - Полікарпова.

Є. Резекція шлунку за Б - I.

14. Хвора, 38 років, звернулася до лікарні зі скаргами на біль у нижніх відділах живота, при обстеженні гінеколог та хірург виявили підозру на гострий апендицит. Встановлені показники для оперативного втручання. Під час операції знайдено: правосторонній піосальпінгс, вторинний апендицит. Обсяг операції?

А. Резекція правих придатків, апендектомія.

В. Резекція правої маткової труби та яєчника, дронування черевної порожнини.

С. Апендектомія, дронування черевної порожнини.

Д. Санація та дронування фалопієвої труби.

Є. Резекція маткової труби, апендектомія, дронування черевної порожнини.

15. Хворий, 34 років, раніше був прооперований з приводу проникаючого ножового поранення черевної порожнини з пораненням тонкої кишки. Звернувся до лікарні зі скаргами на нудоту, блювоту, на затримку газів і стулу. На операції були виявлені злукова тонкокишкова непрохідність, перитоніт. Обсяг операції:

А. Розтин спайок, інтубація тонкої кишки, дронування.

В. Розтин злук, дронування черевної порожнини.

С. Резекція ділянки тонкої кишки в місці защемлення.

Д. Інтубація тонкої кишки з резекцією ділянки защемленої кишки та анастомозом.

Є. Резекція защемленої ділянки тонкої кишки та анастомоз.

16. Хвора К., 39 років, госпіталізована з діагнозом гострий панкреатит. Хворіє 7 діб. Шкіра живота бліда, ціанотична, з фіолетовими відтінками. Які з нижчеперелічених симптомів цьому відповідають?

А. Хольстеда, Мондора, Кюллена.

В. Мейо - Робсона, Чухрієнко, Спасокукоцького.

С. Гоб'є, Ляховицького, Вігіацо.

Д. Грея - Турнера, Грюнвальда, Куленкампа.

Є. Коупа, Познера, Промитова.

17. Хвора Д., 23 років, на 22 тижні вагітності, госпіталізована зі скаргами на біль у правому підребер'ї, нудоту, блювоту, температура 37,2°C. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Ваш діагноз? Лікувальна тактика?

А. Оперативне втручання.

В. Динамічне спостереження.

С. Інфузійна дезінтоксикаційна терапія.

Д. Динамічне спостереження, введення спазмолітиків.

Є. Антибактеріальна терапія.

18. Хвора С., 33 років, хворіє гостро 2 тиждень. Після прийому жирної їжі з'явилися болі в правому підребер'ї. До лікарні не зверталася, приймала спазмолітики. Болі зупиняла самостійно, через 2 доби з'явилася іктеричність склер та шкіри. Потім стан хворої погіршився, у зв'язку з чим жінка була госпіталізована в лікарню з клінікою гострого деструктивного холециститу, жовтяницею.

Оперативна тактика:

А. Холецистектомія з дрениванням жовчних шляхів.

В. Холецистектомія, дренивання черевної порожнини.

С. Холецистостомія з дрениванням жовчних шляхів.

Д. Холецистостомія з дрениванням черевної порожнини.

Є. Ендоскопічне ретроградне дренивання холедоха.

19. Хворий Б., 49 років, госпіталізований через 2 години після дорожньо-транспортної пригоди з травмою живота і зі скаргами на біль в лівій його половині, слабкість, запаморочення. Методи дослідження:

А. Лапароцентез.

В. Діагностичне спостереження.

С. Лапаростомія.

Д. Оглядова рентгенограма черевної порожнини.

Є. УЗД черевної порожнини.

20. Хворий С., 46 років, госпіталізований зі скаргами на гострий біль в епігастрії, який з'явився 3 години тому, напруження м'язів у верхньому відділі живота. Симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. Методи дослідження:

А. Оглядова R-графія черевної порожнини.

В. Ендоскопічне обстеження шлунку та 12-палої кишки.

С. УЗД черевної порожнини.

Д. Експлоративна лапаротомія.

Є. Динамічне спостереження, лапароцентез.

21. Чоловік, 30 років, скаржиться на сильний біль в правій половині живота, нудоту, блювоту, загальну слабкість. Занедужав 38 годин тому. При пальпації живіт напружений і різко болючий у правій половині і правій здухвинній ділянці. Визначаються позитивні симптоми Щьоткіна-Блумберга, Воскресенського, Раздольського. АД–110/60 мм.рт.ст. Пульс – 98 уд. на хв. Лейкоцити – 12,4 т/л. Ваша тактика:

А. Виконати традиційну апендектомію.

В. Виконати діагностичну лапароскопію.

С. Лапароскопічну апендектомію.

Д. Виконати нижньо-серединну лапаротомію.

Є. Провести інфузійну терапію.

7. Література для здобувач вищої освіти:

1. Ендоскопічна хірургія: навч.посіб./В. М. Запорожан, В. В. Грубнік та ін.; за ред. В. М. Запорожана, В. В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592с.
2. Загальна хірургія: підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, , І. Г. Герич та ін.: за ред. професорів С. Д. Хіміча, М.Д. Желіби,. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 608 с.
3. Загальна хірургія: підручник / М. Д. Желіба, С. Д. Хіміч, І. Г. Герич та ін.: за ред. професорів М.Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – К.: ВСВ «Медицина», 2016. – 448 с.
4. Загальна хірургія : підручник для студ. вищих навч. закладів / за ред. проф.: Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О.Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с. :
5. Пантьо В. І. Загальна хірургія: навчальний посібник / В. І. Пантьо, В. М. Шимон, О. О. Болдіжар – Ужгород: ІВА, 2020. – 464 с
6. Хірургія. Підручник.За ред. Л.Я.Ковальчука. м.Тернопіль, Укрмедкнига,2010р. – с.431-434.