

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 № 9

Тема “Синдром гострого живота. Діагностика,
диференційна діагностика і лікувальна тактика. Диференційна
діагностика гострих 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. Парфентьев 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 № 9

Тема практичного заняття: “Синдром гострого живота. Діагностика, диференційна діагностика і лікувальна тактика. Диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини”. – 6 годин

1. Актуальність теми.

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини відноситься до тієї групи захворювань, які потребують термінових невідкладних заходів, спрямованих на врятування життя хворого. Це обумовлено клінічним перебігом хірургічних захворювань та характеризується тим, що кожної миті з моменту захворювання постає реальна загроза життю хворих в разі ненадання допомоги.

Гострий живіт – це узагальнююче поняття, яке включає в себе низку захворювань органів черевної порожнини хірургічного плану, а також суміжних спеціальностей (урологія, гінекологія, терапія, кардіологія) та ін.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі:

Здобувач вищої освіти повинен засвоїти:

- | | |
|--|---------------|
| 1. Нозологічні форми гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, які входять в поняття гострий живіт; | II
рівень |
| 2. Основні положення надання невідкладної допомоги ургентним хворим хірургічного профілю, строки госпіталізації, термін виконання оперативних втручань з моменту захворювання та госпіталізації в хірургічні стаціонари; | II
рівень |
| 3. Принципи надання невідкладної допомоги: консервативна терапія, термінові оперативні втручання, об'єм виконання операції при різних нозологічних одиницях; | III
рівень |
| 4. Правила оформлення медичної документації при "гострому животі"; | III
рівень |

2.2. Виховні цілі:

1. Виховання у здобувачів вищої освіти клінічного мислення.
2. На конкретних прикладах виховувати у здобувачів вищої освіти почуття відповідальності за власну справу, принципи лікарської етики та

деонтології в хірургії, дотримання лікарської таємниці, дотримання суворої виробничої дисципліни та професійної субординації.

3. Міждисциплінарна інтеграція.

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
1	2	3	4
I. Попередні дисципліни			
1.	Анатомія	Хірургічна анатомія черевної порожнини.	Вміти на черевній стінці показати проекцію органів черевної порожнини.
2.	Фізіологія та патофізіологія	Особливості функціонування та взаємозв'язки органів черевної порожнини. Патологічний вплив органів черевної порожнини між собою.	Вміти інтерпретувати зміни в органах черевної порожнини під час захворювань інших органів.
3.	Біохімія	Біохімічні зміни в органах черевної порожнини та всьому організмі під час запальних та інших захворювань черевної порожнини	Вміти інтерпретувати дані лабораторних досліджень при гострому животі.
4.	Фармакологія	Дія фармакологічних препаратів на органи черевної порожнини	Визначати покази та протипокази для призначення фармакологічних препаратів у хворих на «гострий живіт»
5.	Екстрена медична допомога	Особливості надання невідкладної медичної допомоги хворим на «гострий живіт»	Вміти побудувати схему надання медичної допомоги, в тому числі хірургічної, пацієнтам, хворим на «гострий живіт»
II. Внутрішньо-предметна інтеграція			
1.	Анатомо-фізіологічні зміни при вагітності	Топографо–анатомічні взаємовідношення органів черевної порожнини	Знати проекцію органів черевної порожнини на передню черевну стінку та їх взаємовідношення та розташування по відношенню до очеревини
2.	сучасні погляди на етіологію та патогенез гострої хірургічної патології органів	Знати сучасні погляди на етіологію захворювань, що складають поняття «гострий живіт»	Знати етіологію, патогенез та перебіг основних гострих захворювань органів черевної порожнини

	черевної порожнини;		
3.	класифікація гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;	Знати класифікацію гострої хірургічної патології органів черевної порожнини	Основні риси, за якими збігаються та розділюються гострі захворювання органів черевної порожнини
4.	клінічні особливості перебігу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;	Знати клінічні особливості перебігу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини	Вміти визначити прогноз перебігу патології, яка відноситься до «гострого живота»
5.	додаткові методи обстеження, обов'язкові лабораторні, допоміжні (рентгенологічні, УЗД та ін.), які використовуються у сумнівних випадках;	Знати додаткові методи обстеження, обов'язкові лабораторні, допоміжні (рентгенологічні, УЗД та ін.), які використовуються у сумнівних випадках	Провести аналіз результатів лабораторних та інструментальних досліджень
	диференційна діагностика гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;	Знати диференційну діагностику гострої хірургічної патології органів черевної порожнини	Вміти провести диференційну діагностику захворювань, які відносяться до «гострого животу». Поняття «помилкового гострого животу»
	Принципи надання невідкладної допомоги при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини	Знати основні принципи надання невідкладної допомоги при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини	Вміти розробити тактику щодо обстеження та лікування хворого на «гострий живіт»

4. Зміст заняття

Гострий біль у животі - найбільш часта скарга при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. Стан, що позначається терміном "гострий живіт", часто служить показанням до хірургічного втручання до постановки остаточного діагнозу. Зволікання з початком операції може стати причиною смерті; в той же час для диференційної діагностики і вибору тактики лікування потрібні докладний анамнез і ретельне фізикальне дослідження. Зазвичай при болі в животі до завершення огляду беззаспокійливі засоби не призначають. Перед операцією хірург повинен

мати можливість оцінити клінічну картину, яка не повинна бути спотворена дією наркотичних анальгетиків. Але в деяких випадках (наприклад, коли через сильний біль хворий не дає себе оглянути) призначення невеликих доз наркотичних анальгетиків припустимо, що полегшає страждання, підвищує довіру до лікаря, що дозволяє провести повне та дбайливе обстеження. Ефект наркотичних анальгетиків можна усунути введенням налоксона. З'ясування причини гострого болю в животі нагадує рішення головоломки. Доводиться співставляти безліч фактів - дані анамнезу, результати фізикального, лабораторних, рентгенологічних досліджень. Однак зовсім не обов'язково використовувати при цьому всі доступні методи діагностики (наприклад, далеко не кожен хворий з гострим болем у животі потребує термінової КТ).

Гострий біль в животі. Диференційний діагноз, заснований на локалізації болю.

Праве підребер'я

Легені та грудна клітка

Правостороння нижньодольова пневмонія

Переломи правих нижніх ребер

Емболія легеневої артерії та інфаркт легені

Печінка

Гострий гепатит (будь-якої етіології)

Гепатомегалія (будь-якої етіології)

Секвестраційний криз з депонуванням крові в печінці (серповидно-клітинна анемія)

Пухлини печінки (доброякісні і злоякісні)

Абсцес печінки

Травма печінки

Жовчні шляху

Гострий холецистит і жовчна коліка

Хронічний холецистит

Дискінезія жовчних шляхів

Калькульозний панкреатит

Шлунок

Загострення виразкової хвороби шлунка

Гастрит

Гостре розширення шлунку

Проривна виразка шлунку

Дванадцятипала кишка

Загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Проривна виразка дванадцятипалої кишки

Підшлункова залоза

Гострий панкреатит (біль і в правому, і в лівому підребер'ї)

Рак головки підшлункової залози

Нирки

Пієлонефрит (болючість в реберно-хребетному куті)

Ниркова коліка

Серце

Стенокардія та інфаркт міокарда

Перикардит

Кишечник

Ретроцекальний апендицит

Інші причини

Herpes Zoster

Піддіафрагмальний абсцес

Епігастральній ділянці

Серце

Стенокардія та інфаркт міокарда

Перикардит

Стравохід, шлунок і кишечник

Езофагіт

Гастрит

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

Грижа стравохідного отвору діафрагми та її ускладнення

Перфорація стравоходу

Ахалазія кардії

Підшлункова залоза

Гострий панкреатит

Пухлини підшлункової залози

Інші причини

Перелом грудини

Синдром Тітце (реберний Хондрит)

Ліве підребер'я

Легені та грудна клітка

Лівостороння нижньодольова пневмонія

Переломи лівих нижніх ребер

Селезінка

Спленомегалія (будь-якої етіології)

Травма селезінки

Абсцес селезінки

Аневризма селезінкової артерії

Шлунок

Пухлини шлунка (доброякісні і злоякісні)

Гастрит

Загострення виразкової хвороби шлунка

Проривна виразка шлунка

Підшлункова залоза

Гострий панкреатит (біль і в правому, і в лівому підребер'ї)

Рак хвоста підшлункової залози

Кіста і псевдокіста підшлункової залози

Нирки

Пієлонефрит

Ниркова коліка

Серце

Стенокардія та інфаркт міокарда

Кишечник

Пухлини ободової кишки в області лівого вигину

Пупкова область***Підшлункова залоза***

Панкреатит

Пухлини підшлункової залози (доброякісні і злоякісні)

Кишечник

Механічна непрохідність кишечника

Апендицит (рання стадія)

Тромбоз і емболія судин брижі, інфаркт кишечника (рання стадія)

Защемлення пахової грижі

Пупкова грижа

Аневризма черевної аорти з розшаруванням, розрив аневризми

Дивертикуліт (тонкої і товстої кишки)

Гастроентерит

Заворот великого сальника

Інші причини

Уремія та інші порушення метаболізму

Лейкоз

Больовий криз (серповидноклітинна анемія)

Права клубова область***Кишечник***

Гострий апендицит

Гострий мезаденіт

Защемлення пахової грижі

Грижа спігелієвої лінії

Ілеїт (хвороба Крона)

Прорив сліпої кишки (новоутворення, сторонній предмет, дивертикуліт)

Запалення дивертикула Меккеля

Тифліт (при нейтропенії)

Дивертикуліт сигмовидної кишки (при доліхосігмі)

Проривна виразка шлунку або дванадцятипалої кишки

Пельвіоректальний парапроктит

Нирки

Пієлонефрит

Ниркова коліка

Жіночі статеві органи

Гострий сальпінгіт, піосальпінкс, піовар

Позаматкова вагітність

Перекрут ніжки кісти яєчника

Ендометриоз

Овуляторний біль

Судини

Аневризма клубової артерії

Інші причини

Псоас-абсцес

Гематома піхви прямого м'яза живота

Ліва клубова область

Кишечник

Дивертикуліт сигмовидної кишки

Прорив низхідної ободової кишки (новоутворення, стороннє тіло)

Защемлення пахової грижі

Грижа спігелієвої лінії

Пельвіоректальний парапроктит

Жіночі статеві органи

Гострий сальпінгіт, піосальпінкс, піовар

Позаматкова вагітність

Перекрут ніжки кісти яєчника

Ендометриоз

Нирки

Пієлонефрит

Ниркова коліка

Інші причини

Псоас-абсцес

Розрив аневризми черевної аорти

Гематома піхви прямого м'яза живота

Заворот жирового підвіска товстої кишки

Аневризма клубової артерії

Анамнез

Розпитування починають зі з'ясування обставин виникнення болю.

Анамнез повинен дати відповіді на наступні питання:

А. Локалізація болю. Захворювання деяких внутрішніх органів супроводжуються болем цілком певної локалізації. Виникнення болю в проекції ураженого органу обумовлено роздратуванням парієтальної очеревини (наприклад, при гострому холециститі і апендициті). Тому в першу чергу слід припустити захворювання тих органів, які розташовані в безпосередній близькості від вогнища болю. Захворювання органів заочеревинного простору (нирок, підшлункової залози) зазвичай супроводжуються болем у спині або в боці, але нерідко викликають і гострий біль у животі, збиваючи лікаря з пантелику. Захворювання органів, які не контактують з парієтальної очеревиною, а також незапальні захворювання органів черевної порожнини (наприклад, початкова стадія механічної тонкокишкової непрохідності) супроводжується розлитим болем без чіткої локалізації. Захворювання органів, розташованих безпосередньо один від

одного, часто дають настільки схожу клінічну картину, що диференційний діагноз складний і для досвідченого лікаря.

Б. Іррадіація болю - важлива діагностична ознака, що доповнює клінічну картину. При ураженні органів піддіафрагмального простору (розрив селезінки, гемоперітонеум, абсцес) біль іррадіює в надпліччя і латеральну поверхню шиї зі боку поразки, оскільки діафрагма іннервується IV шийним спинномозковим нервом. При жовчній коліці біль, як правило, охоплює праве підребер'я і іррадіює в праве плече і під праву лопатку. Біль при панкреатиті

зазвичай іррадіює в спину, її часто називають оперізуючою. Біль при нирковій коліці, як правило, починається в боці, іррадіює в пах по ходу сечоводу і супроводжується прискореним і хворобливим сечовипусканням. **В. Характер болю.** Біль у животі може бути постійним або спастичним (кольки).

1. 1. Постійний біль може посилюватися і слабшати, але не проходить повністю і не виникає у вигляді нападів. Постійний біль характерний для запальних та пухлинних захворювань внутрішніх органів. Біль, що виникає при гострому холециститі, багато ототожнюють з жовчною колькою. Це неправильно - при гострому холециститі біль постійна і незмінна за інтенсивністю.

2. 2. Переймоподібний біль звичайно виникає при обструкції порожнього органа (кишкова непрохідність, сечокам'яна хвороба) або при підвищенні тиску в просвіті органу внаслідок інших причин (посилена перистальтика після закінчення паралітичної кишкової непрохідності, гастроентерит). Слід пам'ятати, що деякі захворювання починаються з спазмового болю, який потім стає постійним (кишкова непрохідність, яка ускладнилася інфарктом кишечника).

Г. Тривалість болю. Епізодичні короткочасні болі, які не супроводжуються іншими клінічними симптомами та змінами лабораторних показників, рідко бувають наслідком серйозного захворювання. Навпаки, тривалий постійний або переймоподібний біль майже завжди свідчать про патологічний процес. При більшості хірургічних захворювань біль триває від кількох годин до кількох діб. Болі, що тривають місяцями, зазвичай не небезпечні. Термінова госпіталізація потрібна тільки в тому випадку, якщо на їх фоні відбулося різке погіршення стану (класичний приклад - прорив виразки дванадцятипалої кишки). Якщо хворий пред'являє скарги на біль в животі, який триває роками, слід запідозрити симуляцію або психічний розлад, оцінити соціально-побутові умови життя хворого.

Д. Інтенсивність болю. Як правило, чим важче хірургічне захворювання, тим сильніше біль, яким воно супроводжується. Біль, що виникає при потраплянні вмісту шлунково-кишкового тракту в черевну порожнину, буває настільки сильною, що змушує звертатися до лікаря навіть самих терплячих хворих. Майже всі хворі інтуїтивно вірно оцінюють власний стан та інтенсивність болю. Тому не слід ігнорувати скарги на хворобливі відчуття в животі навіть у зовні здорової людини, що виникли вперше. **Е. Виникнення болю.** При деяких хірургічних захворюваннях (перфорація

порожнього органа, тромбоемболія артерії, компресія судин органів, що добре постачається кров'ю) гострий біль у животі з'являється раптово, часто на фоні гарного самопочуття. Статус стрімко погіршується. Хворий охоче й детально описує обставини виникнення болю. При інших захворюваннях - апендициті, дивертикуліті, механічній кишковій непрохідності - больові відчуття розвиваються не так швидко, однак через кілька годин біль може стати дуже сильним.

Ж. Блювота. Деякі захворювання завжди супроводжуються наполегливою блювотою, при інших вона буває рідко або відсутня. Часта блювота характерна для початкової стадії гострого панкреатиту та гострого холецистити. При механічній кишковій непрохідності частота та інтенсивність блювоти

залежать від локалізації обструкції: чим вона вище, тим частіше блювота. Блювота з калових запахом вказує на товстокишкову непрохідність або шлунково-ободову норицю. Відсутність у блювотних масах жовчі означає обструкцію шлунково-кишкового тракту проксимальніше фатерова соска.

3. Інші дані

1. Вік та стать хворого мають істотне значення для діагнозу, оскільки деякі захворювання зустрічаються в певному віці. Наприклад, інвагінація кишечника зазвичай зустрічається у дітей до 2 років; апендицит - у хворих не старше 50 років. На холецистит частіше хворіють молоді жінки. У той же час не можна забувати про можливі винятки з цих правил.

2. Лікарський анамнез

а. Деякі лікарські й наркотичні засоби можуть провокувати загострення хірургічних захворювань органів черевної порожнини. При гострому болі в животі, що виник на фоні прийому кортикостероїдів або нестероїдних протизапальних засобів, слід запідозрити проривну виразку. Алкоголь, тіазидні діуретики, пентамідин і азатиоприн іноді сприяють розвитку панкреатиту. Сульфаніламідні і барбітурати можуть викликати напад гострої переміжної порфірії.

б. Лікарські засоби, що полегшують біль. При виразковій хворобі та рефлюкс-езофагіті прийом антацидних препаратів знижує інтенсивність болю. При перитоніті зменшити біль препаратами з "домашньої аптечки" практично неможливо.

3. Перенесені захворювання. Для диференційного діагнозу важливо з'ясувати, чи є даний больовий напад повторним або виник вперше. Наприклад, для жовчнокам'яної хвороби і хронічного панкреатиту характерні больові напади, що повторюються. При частій госпіталізації з приводу однотипного болю без видимої причини слід запідозрити симуляцію. Обов'язково з'ясовують, які операції переніс хворий. Суттєве значення має гінекологічний анамнез. Запальні захворювання матки і придатків часто носять рецидивуючий характер. У жінок, які перенесли позаматкову вагітність, високий ризик її повторення. Під час екстирпації матки могла бути проведена апендектомія.

II. Фізикальне дослідження

Фізикальне дослідження проводять ретельно і послідовно. Анамнез і результати фізикального дослідження дають 60% інформації, яка необхідна для правильного діагнозу; дані лабораторних досліджень - лише 10-15% такої інформації.

A. Загальний стан і основні фізіологічні показники

1. Зовнішній вигляд хворого дозволяє приблизно оцінити тяжкість захворювання. Уважно подивіться на хворого - чи справді він страждає або ж з комфортом розташувався в ліжку, дивиться телевізор, розмовляє по телефону. Якщо під час пальпації живота хворий скаржиться на біль жартома і посміхаючись - наявність гострого хірургічного захворювання мало ймовірно.

2. Поза, яку хворий приймає для ослаблення хворобливих відчуттів, - теж важлива діагностична ознака. При панкреатиті хворий прагне прийняти "позу ембріона" - спина зігнута, коліна і стегна приведені до живота. У такому положенні біль слабшає, оскільки розслабляються поперекові м'язи, які

роздратовані запальним процесом. При ретроцекальном апендициті хворі іноді згинають праву ногу в тазостегновому і колінному суглобах: це зменшує тиск запаленого апендикса на правий поперековий м'яз. При розлитому перитоніті будь-якої етіології хворі лежать нерухомо, оскільки найменший рух посилює біль.

3. Тахікардія при гострому болі в животі зумовлена лихоманкою і гіповолемією. У людей похилого віку, що страждають серцево-судинними захворюваннями і приймають бета-адреноблокатори, тахікардії може не бути. Її відсутність у жодному разі не виключає важкого захворювання органів черевної порожнини. Збільшення ЧСС в ході обстеження (якщо немає зневоднення) - ознака погіршення стану.

4. Причина тахіпноє при болі в животі - зменшення дихального об'єму. Прискорене поверхнєве дихання дозволяє підтримати на належному рівні хвилиний об'єм дихання. Тахіпноє і респіраторний алкалоз нерідко передують метаболічному ацидозу, що виникає при сепсисі.

5. Лихоманка характерна для багатьох запальних процесів у черевній порожнині. На ранній стадії багатьох важких захворювань органів черевної порожнини (наприклад, холецистит, апендицит) лихоманки немає. Якщо у хворого з підозрою на холецистит або апендицит в перші кілька годин захворювання температура піднімається до 39-40 ° С, діагноз слід переглянути. Поєднання високої лихоманки (39,5-40,5 ° С) з болем у животі має місце тільки при бактеріальному перитоніті і абсцесах черевної порожнини. Озноби в поєднанні з високою лихоманкою характерні для бактеріемії; в цьому випадку беруть кров для посіву і призначають антибіотики широкого спектру дії, не чекаючи остаточного діагнозу. Потрібно з'ясувати, чи не приймав хворий жарознижуючі засоби, які маскують лихоманку. У зневоднених і літніх хворих температурна реакція на запалення теж може бути відсутня. Гіпотермія при сепсисі - прогностично несприятлива ознака.

6. Дослідження живота. Мистецтву дослідження живота при гострому болі найкраще вчитися у досвідченого лікаря. Ігнорування хворобливих відчуттів може розсердити хворого, утруднити спілкування з ним і в кінцевому рахунку ускладнити первинний огляд і подальше спостереження. Особливо обережним треба бути при обстеженні дітей. Всіх хворих з болем у животі можна умовно розподілити на дві групи. У хворих першої групи є клінічна картина гострого живота і виразні симптоми подразнення очеревини. Якщо інші результати обстеження підтверджують діагноз (наприклад, вільний газ в черевній порожнині на оглядовій рентгенограмі при проривній виразці шлунка), необхідно термінове хірургічне втручання. До другої групи відносять хворих, чий стан вимагає госпіталізації для уточнення діагнозу і подальшого хірургічного втручання (приклад: біль у правому підребер'ї - жовчнокам'яна хвороба, підтверджена УЗД, - операція протягом 24-48 годин після надходження в клініку). Основна мета первинного фізикального дослідження - встановити, до якої групи належить даний хворий.

Дослідження живота проводять у певній послідовності.

1. Починають з *огляду*. Оцінюють загальний стан і позу хворого. При огляді живота звертають увагу на наступні ознаки:

а. Рубці і їх локалізація. При виявленні післяопераційних рубців у хворого з спазмоподібним болем у животі слід запідозрити спайкову кишкову непрохідність. За розташуванням рубця можна зробити висновок про характер перенесеної операції і тим самим прискорити диференційний діагноз.

б. Здуття живота. Оцінюють ступінь здуття живота: як правило, чим більш дистально розташована обструкція кишечника, тим сильніше роздутий живіт. При високій кишковій непрохідності живіт може бути втягнутим, човноподібним. Локальне випинання живота часто буває обумовлено об'ємним процесом. Нарешті, слід з'ясувати, чим викликане здуття живота - скупченням рідини (асцит) або газу.

2. Наступний етап - аускультация. Фонендоскоп повинен бути теплим. Визначають характер кишкових шумів.

а. Ослаблені кишкові шуми або їх відсутність протягом декількох хвилин свідчать про перитоніт або паралітичну кишкову непрохідність. При місцевому перитоніті, який ускладнює апендицит, дивертикуліт і т. п., кишкові шуми бувають нормальними.

б. Посилені, дзвінкі кишкові шуми на тлі спастичного болю в животі характерні для механічної кишкової непрохідності.

в. Судинні шуми, обумовлені турбулентністю кровотоку, зустрічаються при аневризмі черевної аорти, стенозі ниркових і брижових артерій.

3. Перкусію завжди проводять після аускультации, оскільки вона (так само як і пальпація) стимулює перистальтику. Розрізняють наступні перкуторні звуки:

а. Тупий звук дають об'ємні процеси, вільна рідина в черевній порожнині (асцит), заповнені рідиною петлі кишечника.

б. Тимпанічний звук спостерігається при наявності вільного газу в черевній порожнині, скупченні газів в кишечнику.

в. Зсув тупого звуку при зміні положення тіла характерно для вільної рідини, тобто для асциту.

г. Зникнення печінкової тупості. Зазвичай перкуторний звук над печінкою притуплений. Він стає дзвінким при скупченні вільного газу між черевною стінкою і печінкою і свідчить про перфорацію порожнього органа. За допомогою перкусії можна діагностувати перитоніт, не вдаючись до глибокої пальпації. Якщо перкусія живота викликає біль, перитоніт вельми вірогідний. Хворі з перитонітом дуже чутливі до найменших струсів. Якщо непомітно або "випадково" штовхнути ліжко, хворий негайно поскаржиться на біль. По дорозі в рентгенологічне відділення слід звернути увагу на реакцію хворого при переїзді каталки через дверний поріг або при ударі каталки об стіну. Подібні методи прихованого спостереження значать для діагностики перитоніту набагато більше, ніж глибока пальпація і симптом Щоткіна-Блумберга, які часто дають хибно позитивні результати.

4. Пальпація - завершальний етап дослідження живота. Руки лікаря повинні бути теплими. Це особливо важливо при огляді дітей, інакше дитина буде чинити опір дотику.

а. Щоб не заподіяти сильного болю в самому початку дослідження, пальпацію починають з найменш болючого ділянки. Це дозволяє уникнути зайвого напруження м'язів черевної стінки і зберегти контакт з хворим. Найбільш хворе місце досліджують в останню чергу.

б. Спочатку проводять поверхневу, орієнтовну пальпацію. Визначають зони найбільшої болючості.

в. Одностороннє напруження прямого м'яза живота - симптом перитоніту. Його найлегше виявити, якщо пальпувати живіт двома руками, які розташовані симетрично щодо білої лінії.

г. Дослідження живота завершують глибокою пальпацією. Якщо діагноз розлитого перитоніту до цього моменту вже встановлено - глибока пальпація марна і негуманна. За допомогою глибокої пальпації методично досліджують всі органи черевної порожнини; оцінюють болючість, напруження м'язів передньої черевної стінки, виявляють об'ємні утворення і визначають розміри органів.

д. "Доскоподібний" живіт - класична ознака проривної виразки шлунка. Дія соляної кислоти на очеревику викликає сильний біль і м'язовий спазм. Іноді буває важко відрізнити справжню ригідність м'язів передньої черевної стінки від сильної захисної реакції. В таких випадках хворого просять зігнути ноги в колінах і притиснути їх до живота - це допомагає йому розслабитися.

5. Інші симптоми

а. Симптом Мерфі: сильна хворобливість на висоті вдиху при глибокій пальпації правого підребер'я. Симптом часто буває позитивним при гострому холециститі, але не є патогномонічним для цього захворювання.

б. Симптом Ровзінга: поява болю в правій здухвинній ділянці при глибокій пальпації (або перкусії) лівої клубової області. Позитивний симптом характерний для апендициту, але може спостерігатися і при інших захворюваннях.

в. Симптом поперекового м'язу: хворий лежить на лівому боці, при розгинанні правої ноги виникає біль у попереку. Спостерігається при ретроцекальному апендициті та інших запальних захворюваннях, що зачіпають поперекові м'язи, - паранефриті, псоас-абсцесі, заочеревинній гематомі, прориву задньої стінки сліпої кишки при злоякісній пухлині. Той же симптом, що спостерігається при розгинанні лівої ноги, характерний для паранефриту, прориву дивертикулу і раку сигмовидної кишки.

г. Симптом затульного м'язу: хворий лежить на спині з зігнутими під прямим кутом ногами; поворот гомілок всередину або назовні викликає біль. Виникнення болю обумовлено запальним процесом, що залучає внутрішній затульний м'яз або локалізованим поруч з ним (тазовий абсцес, апендицит, сальпінгіт).

д. Симптом Кера: біль у плечі при пальпації нижніх відділів живота, особливо в положенні Тренделенбурга. Симптом був вперше описаний при пошкодженні селезінки. Біль в даному випадку спричинений скупченням рідини в піддіафрагмальному просторі, що іррадіює в плече і шию.

б. Іноді над вогнищем запалення **спостерігається підвищена шкірна чутливість**. Це цікавий біологічний феномен, але діагностичного значення він не має.

В. Огляд промежини, дослідження статевих органів і прямої кишки при болі в животі обов'язково проводять і чоловікам, і жінкам.

1. Чоловікам проводять:

а. Огляд зовнішніх статевих органів - для виявлення перекрута яєчка, пухлин,

епідидиміту, виділень з сечівника.

б. Огляд пахової області та внутрішньої поверхні стегон - для виявлення гриж.

2. Жінкам проводять:

а. Бімануальне дослідження матки, маткових труб, яєчників. Однобічна хворобливість або об'ємне утворення - ознаки піосальпінксу, піовару або перекрута ніжки кісти яєчника. Хворобливість при зміщенні шийки матки під час дослідження характерна для запальних захворювань матки і придатків. б. Ректовагінальне дослідження дозволяє виявити тазовий абсцес та ретроградні метастази в параректальні лімфовузли (нерідко - при асимптомних злоякісних пухлинах органів черевної порожнини). Хворобливість при пальпації вузлуватої матки, особливо на тлі безплідності, вказує на ендометріоз.

в. Огляд шийки матки в дзеркалах. Беруть зразок виділень з маткового зіву для бактеріологічного дослідження (бактеріоскопія мазка, пофарбованого за Грамом, і посів).

г. Огляд пахвинної області та внутрішньої поверхні стегон - для виявлення гриж (стегнові грижі у жінок зустрічаються набагато частіше, ніж у чоловіків).

3. **При пальцевому ректальному дослідженні**, яке проводять і чоловікам, і жінкам, звертають увагу на хворобливість, об'ємні утворення, тонус сфінктера заднього проходу. Кал (якщо він є) досліджують на приховану

кров. У чоловіків особливу увагу приділяють передміхуровій залозі (розміри, консистенція, болючість).

III. Лабораторні дослідження

Лабораторні дослідження можуть надати істотну допомогу в диференційній діагностиці гострого живота. Однак результати аналізів крові і сечі, так само як і дані радіологічних досліджень, самі по собі не дозволяють ні поставити, ні виключити ні один з варіантів діагнозу і без докладного анамнезу і фізикального дослідження позбавлені сенсу. «Лікувати потрібно хворого, а не його аналіз крові або рентгенівський знімок». До лабораторних досліджень, що дає цінну інформацію, належать:

А. Аналіз сечі - доступний і недорогий метод виявлення захворювань нирок і сечових шляхів. Гематурія підтверджує діагноз сечокам'яної хвороби. Лейкоцитурія і бактеріурія вказують на інфекцію сечових шляхів. Протеїнурія - неспецифічна ознака. Питома вага сечі дозволяє оцінити водний баланс. Всі ці дослідження можна швидко провести за допомогою тест-смужок.

Б. Загальний аналіз крові. Підрахунок лейкоцитів у крові допомагає встановити, чи пов'язаний біль у животі із запальним процесом. Для запалення характерний лейкоцитоз, хоча існує багато винятків. Так, при апендициті кількість лейкоцитів у крові може бути нормальною. Тому слід визначити лейкоцитарну формулу, особливо в тих випадках, коли загальна кількість лейкоцитів нормальна або злегка підвищена. Зсув лейкоцитарної формули вліво (збільшення відносної кількості незрілих гранулоцитів) - більш важлива діагностична ознака, ніж лейкоцитоз. Загальний аналіз крові дозволяє не тільки виявити анемію (щодо зниження абсолютного рівня гемоглобіну і гематокриту), але і встановити її тип (за морфологією еритроцитів).

В. Активність амілази і ліпази сироватки. Діагноз гострого панкреатиту завжди є клінічним. Підвищення активності амілази і ліпази підтверджує діагноз. Однак слід пам'ятати, що підвищення активності амілази -

неспецифічна ознака, яка спостерігається при багатьох інших захворюваннях (механічна кишкова непрохідність, інфаркт кишечника, проривної виразки, позаматкової вагітності). Оскільки амілаза виводиться нирками, при нирковій недостатності її активність в сироватці теж підвищується. При гострому панкреатиті активність амілази зазвичай досягає максимуму через добу і нормалізується під кінець 2-3-х діб. Тому для підтвердження діагнозу доцільно визначати також активність ліпази. Відзначимо, що приріст активності обох ферментів не корелює з тяжкістю панкреатиту. Більш того, при хронічному панкреатиті, що супроводжується некрозом залози, активність амілази і ліпази може не змінюватися. Якщо активність амілази крові перевищує 2000 од / л, слід запідозрити калькульозний панкреатит.

IV. Інструментальні дослідження

Жінкам рентгенологічні і ізотопні дослідження проводять тільки після виключення вагітності.

A. Рентгенологічні дослідження

1. Оглядова рентгенографія. Направляючи хворого на дороге рентгенологічне дослідження, лікар повинен бути впевнений у тому, що його результат вплине на тактику лікування. Наприклад, хворому з типовими для апендициту скаргами, хворобливістю в правій здухвинній ділянці, напруженою м'язів черевної стінки в точці Мак-Берні і легким лейкоцитозом необхідно хірургічне втручання, а не рентгенографія. При деяких захворюваннях інформативність оглядової рентгенографії настільки мала, що її проведення не виправдано. Зокрема, на рентгенограмі можна виявити 10% жовчних каменів. Якщо оглядова рентгенографія необхідна, роблять чотири знімки (для виявлення механічної кишкової непрохідності та вільного газу в черевній порожнині):

а. Рентгенограма грудної клітки в задній прямій проекції в положенні стоячи найкраще підходить для виявлення вільного газу в подіафрагмальном просторі. Крім того, з її допомогою можна виявити захворювання легень, оцінити розміри серця, виявити в грудній порожнині вільний газ (розрив діафрагми) або порожнистого органу (грижа стравохідного отвору діафрагми), виявити зсув медіально газового міхура шлунка і високе стояння лівого купола діафрагми (пошкодження селезінки), а також іншу патологію.

б. Рентгенограма черевної порожнини в положенні лежачи на спині дозволяє побачити розподіл газу в кишечнику, встановити причину здуття живота (скупчення газу або рідини), виявити заповнені рідиною петлі кишечника, ущільнення м'яких тканин і конкременти. На рентгенограмах видно 90% сечових каменів (оскільки вони містять достатньо кальцію) і лише 10% жовчних каменів. Можна побачити звапніння підшлункової залози - ознака хронічного панкреатиту. Вогнище звапніння в правій здухвинній ділянці разом з відповідними скаргами та даними фізикального дослідження свідчить про гострий апендицит. Наявність газу в жовчних шляхах - ознака міхурово-кишкової норичі, яка може виникнути при жовчнокам'яній кишковій непрохідності. Відсутність тіні поперекового м'язу вказує на патологічний процес в заочеревинному просторі - кровотеча (при травмі) або запалення (ретроцекальний апендицит, панкреатит, дивертикуліт сигмовидної кишки). І

нарешті, знімок дозволяє виявити патологію хребта і тазу.

в. Рентгенограма черевної порожнини в положенні стоячи використовується, головним чином, для виявлення горизонтальних рівнів рідини і газу в петлях тонкої кишки. При механічній кишковій непрохідності рівні рідини в суміжних колінах кишкової петлі мають різну висоту.

г. Рентгенограма в положенні лежачи на лівому боці. Перед дослідженням хворий повинен лежати на лівому боці близько 10 хв, щоб весь вільний газ, що знаходиться в черевній порожнині, зібрався в просторі між печінкою і

діафрагмою. Метод дозволяє виявити навіть невелика кількість газу, оскільки в нормі субдіафрагмальний простір його не містить. Наявність вільного газу в черевній порожнині сам по собі не є показанням до операції: необхідно встановити його джерело.

2. Спеціальні методи.

а. При гострому болю в животі нерідко доводиться проводити рентгеноконтрастні дослідження органів черевної порожнини. Дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з контрастуванням амідотрізоатом (Гастрографін) або барієвої суспензією застосовують при підозрі на перфорації стравоходу, проривної виразку шлунка або дванадцятипалої кишки, коли інші методи діагностики виявляються неінформативними. Майже всі захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і тонкої кишки можуть бути виявлені за допомогою ендоскопії.

б. Ірігоскопію застосовують для диференціювання тонкокишкової і товстокишкової механічної непрохідності в тих випадках, коли оглядова рентгенографія черевної порожнини дає сумнівні результати. При перфорації ободової кишки і перитоніті ірігоскопія протипоказана. Метод дозволяє виключити апендицит, якщо контрастна речовина повністю заповнює апендикс, але не дозволяє підтвердити діагноз, якщо контрастна речовина не проникає в апендикс або заповнює його не повністю. Ірігоскопія має не тільки діагностичне, але й терапевтичне значення - наприклад, при інвагінації кишечника, завороті сигмовидної кишки. Призначаючи дослідження, потрібно мати на увазі, що присутність барію в кишечнику (навіть у невеликій кількості) перешкодить проведенню КТ та ангіографії.

Б. КТ - один з кращих методів діагностики захворювань органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу. При гострому панкреатиті швидко внутрішньовенне введення контрастної речовини з подальшим виконанням серії томограм дозволяє оцінити ступінь пошкодження підшлункової залози. У травматологічних хворих зі стабільною гемодинамікою КТ більш інформативна, ніж лапароцентез з встановленням шарящого катетеру з лавашем черевній порожнині. У дитячій травматології КТ - метод вибору при травмах живота. При всіх своїх перевагах метод не позбавлений деяких недоліків (висока вартість, велика променева навантаження, алергічні реакції на внутрішньовенне введення контрастних речовин). КТ не повинна підміняти собою фізикальне дослідження або діагностичну операцію.

В. Холесцінтіграфія з похідними імінодіуксусної кислоти (HIDA - 2,6-

діметілімінодіуксусної кислотою або PIPIDA - параізопропілімінодіуксусної кислотою) володіє приблизно 98 % чутливістю і високоспецифічний при гострому холециститі. Незмінений жовчний міхур на сцинтиграммі не видний. В/в введення морфіну під час дослідження знижує частоту псевдопозитивних результатів. Хворим з класичною картиною жовчної коліки при негативному результаті УЗД проводять холесцинтиграфію з введенням холецистокиніну і наступним визначенням фракції викиду жовчного міхура. Фракція викиду нижче 50% характерна для дискінезії жовчних шляхів.

Г. Ангіографію проводять для виявлення джерела шлунково-кишкової кровотечі, а також при підозрі на тромбоемболії судин брижі.

Д. УЗД - метод вибору в діагностиці жовчнокам'яної хвороби, що дозволяє виявити камені жовчного міхура та жовчних проток. У деяких складних випадках УЗД, особливо в поєднанні з кольоровим доплерівським дослідженням, надає істотну допомогу в діагностиці апендициту. Наявність в правій здухвинній ділянці щільного довгастого утворення і потовщення слизової і серозної оболонок апендикса (патогномонічні ознаки) свідчать про гострий апендицит. Жінкам при скаргах на біль внизу живота показано УЗД малого тазу. Інтраопераційне УЗД полегшує діагностику захворювань печінки та підшлункової залози. Останнім часом все ширше використовують ректальне і піхвове УЗД. При раку шлунка за допомогою ендоскопічного УЗД можна визначити стадію захворювання.

Е. Перитонеальний лаваж використовують в основному при тупих травмах живота, проте в діагностиці гострого живота він теж може виявитися корисним. Показання до перитонеального лаважу крім травм включають: неоднозначні результати фізикального дослідження, порушення свідомості і нестабільну гемодинаміку.

Ж. Діагностична лапароскопія останнім часом набуває все більшого поширення. До неї вдаються при критичних станах і сумнівних результатах фізикального дослідження. Дослідження можна проводити біля ліжка хворого під місцевою анестезією, в цьому - його основна перевага перед діагностичною лапаротомією, що проводиться в операційній. Діагностична лапароскопія незамінна при обстеженні жінок з болем у правій здухвинній ділянці. У цієї категорії хворих до 30% апендектомій є помилковими. Лапароскопія дозволяє знизити кількість невинуватих хірургічних втручань і отримати більш повну картину стану органів черевної порожнини.

Таблиця. Диференційний діагноз при сильному болю в епігастральній області

	Перфоративні виразки шлунка або ДПК	Гострий панкреатит	Гострий холецистит	Розрив аневризми	Ішемія кишечника
--	-------------------------------------	--------------------	--------------------	------------------	------------------

Виникнення болю	Зненацька, біль ризький, дуже сильний	Поступове	Поступове	Зненацька, супроводжується колапсом	Зненацька
Локалізація болю	Епігастральна область; біль швидко становиться розлитим	Епігастральна область, праве і ліве підребер'я	Праве підребер'я, епігастральна область	Пупкова область	Розлитий біль без чіткої локалізації
Іррадіація болю	Зазвичай нема	В спину: біль в проекції органу або оперізуючий	В спину, праве плече та під праву лопатку	В спину, пахвинну область	Немає
Блювота	Немає або 1-2 рази	Багаторазова	Один-два рази	Деколи	Деколи, або 1-2 рази
Вживання алкоголю	Впливає порізно	Звичайно є в анамнезі перед виникненням болю	Не впливає	Не впливає	Не впливає
Приступи болю в минулому	Виразкова хвороба в анамнезі (у 50%)	Часто; даний приступ схожий на попередні	Часто; даний приступ більш сильний	Немає	Немає
Неможливість приймати їжу	Гостра їжа, алкоголь	Жирна їжа (стеаторея)	Жирна та смажена їжа	Немає	Немає
Шок	Характерний для ранньої стадії захворювання	Характерний для пізньої стадії захворювання	Нехарактерний	Характерний для ранньої стадії захворювання	Характерний для пізньої стадії захворювання
Симптом Щьоткіна-Блумберга	З'являється зарано, з перших хвилин	З'являється пізно, через декілька годин або діб	Рідко	Деколи	Інтенсивність болю не співпадає з вираженістю симптому

	Перфоративні виразки шлунка або ДПК	Гострий панкреатит	Гострий холецистит	Розрив аневризми	Ішемія кишечника
Болючість при пальпації	Розлита	В епігастральній ділянці чи розлита	В правому підребер'ї, епігастральній області	В пупковій області	Розлита
Напруження м'язів черевної стінки	“Доскоподібний” живіт	Помірне	Однобічна напруга прямого м'язу	Рідко	Рідко і тільки на пізній стадії захворювання
Кишкові шуми	Відсутні	Послаблені чи відсутні	Нормальні чи ослаблені	Послаблені чи відсутні	Послаблені чи відсутні
Болючість в реберно-хребтовому куті	Немає	Легка, з обох боків	Немає або легка справа	Немає або легка з обох боків	Немає
Положення хворого	На спині, хворий нерухомий	“Поза ембріону”, бажання блювати	На спині, зовні спокійний	На спині, неспокійний	На спині, хворий дуже неспокійний
Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини	Вільний газ в черевній порожнині (в 70 %), симптоми непрохідності кишечника	Симптоми непрохідності кишечника, вздуття окремих петель, тонкої, товстої кишки	Непрохідність кишечника нехарактерна; можливо – жовчний камінь (в 10 %)	Аорта з вапняними відкладеннями	Симптоми непрохідності кишечника
УЗД	Немає специфічних ознак	Збільшення підшлункової залози	Стовщення стінки підшлункової залози, каміння в жовчному міхурі	Вільна рідина в черевній порожнині; стовщення стінки черевної аорти	Немає специфічних ознак
КТ	Немає специфічних ознак	Збільшення підшлункової залози та набряк оточуючих тканин	Не показано	Вільна рідина в черевній порожнині, розширена аорта з оточуючою її гематомою	Немає специфічних ознак

	Перфоративні виразки шлунка або ДПК	Гострий панкреатит	Гострий холецистит	Розрив аневризми	Ішемія кишечника
Лабораторні дослідження	Активність амілази незначно підвищена; незначний або помірний лейкоцитоз	Величезне підвищення рівню амілази, азотемія, зниження рівня кальцію та магнію, помірний або високий лейкоцитоз	Активність амілази найчастіше в нормі, (за виключенням біліарного панкреатиту, лейкоцитоз	Низький гематокрит, лейкоцитоз	Іноді легке підвищення амілази, азотемія

5. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функція і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час /хв
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
1.	Організація заняття				5 хв
2.	Постановка навчальних цілей і мотивація теми				10 хв
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь.				60 хв.
	А) досягнення медицини у вивченні поняття «гострий живіт»; сучасні погляди на етіологію та патогенез гострої хірургічної патології органів черевної порожнини	II	Тести	Таблиці, слайди	
	Б) класифікація гострої хірургічної патології органів черевної порожнини; клінічні особливості перебігу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;	II	1.Індивідуальне усне опитування. 2.Письмове теоретичне опитування.	Таблиці, слайди.	
	В) додаткові методи обстеження, обов'язкові лабораторні, допоміжні (рентгенологічні, УЗД та	II	3.Рішення типових задач.	Історія хвороби, данні рентгенологічно	

ін.), які використовуються у сумнівних випадках;		го, УЗД, ЕГДФС та ін. методів інструментального та лабораторного дослідження	
Г) диференційна діагностика гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;		III	Рішення нетипових ситуаційних задач
Основний етап			
4.	Формування фахових умінь і навичок		
	А) обговорення та оцінка результатів питань клінічної діагностики, диференційної діагностики	III	Метод формування навичок практичного тренінгу
	Б) Обговорення методів оперативного втручання на органах черевної порожнині у хворих на «гострий живіт», вибір оперативного доступу	III	Метод формування умінь:
	В) Особливості ведення післяопераційного періоду, реабілітації хворих	III	а) Фаховий тренінг у рішенні нетипових задач
	Г) Профілактики, медико-соціальної експертизи.	III	б) рішення лабораторно-дослідних задач
	Д) Практичні навички обстеження хворого на «гострий живіт»	III	Контроль практичних навичок
			Учбове обладнання – орієнтувальні карти
			Нетипові задачі у формі: хворий, історії хвороби, тестові ситуаційні завдання, ділові ігри, перев'язочна
			Ситуаційні завдання
			Кабінет практичних навичок
			Тестові завдання
			130 хв.
Заключний етап			
5.	Контроль і корекція рівня фахових умінь і навичок	III	Метод контролю: Індивідуальний контроль практичних навичок
6.	Підведення результатів заняття		
7.	Домашнє завдання, навчальна література по темі		Орієнтована карта самостійної роботи літературою
			3
			60
			3 хв.
			2 хв.

6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання

1. Анатомо-фізіологічні особливості будови та взаємовідношення органів черевної порожнини.
2. Що собою являє гострий живіт, тактика при підозрі, дії.
3. Критерії оцінки стану хворих при гострій хірургічній патології живота.
4. Захворювання, які симулюють гострий живіт в практиці терапевта, уролога, гінеколога.
5. Принципи надання невідкладної допомоги при гострій хірургічній

Ситуаційні задачі

1. Хвора С., 32 років, госпіталізована до хірургічного стаціонару зі скаргами на біль по всьому животі, без чіткої локалізації, запаморочення. Захворіла поступово. З анамнезу: страждає на цукровий діабет, вживає інсулін, але на протязі останнього тижня не користується інсуліном через його відсутність. Аналіз крові на вміст глюкози – 18,6 ммоль/л. Яка патологія найбільш вірогідна? Яка тактика необхідна у даної пацієнтки?

Еталон відповіді: У хворої – хибний гострий живіт. Необхідно призначити інсулін в умовах стаціонару для запобігання діабетичної коми.

2. Хворий Н., 44 років, звернулася зі скаргами на біль в правій клубовій ділянці, нудоту, блювоту, підвищену температуру тіла. Хворіє 2 доби. Який попередній діагноз? Яка подальша тактика обстеження, де проводити обстеження?

Еталон відповіді: Гострий апендицит. Показане оперативне лікування.

3. Хворий М., 30 років, в анамнезі – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Захворів гостро, 1,5 години тому. Звернувся зі скаргами на гострий біль в животі, неможливість рухатися внаслідок посилення болю. Яке ускладнення виразкової хвороби можна запідозрити? Яке необхідне дослідження для підтвердження цього діагнозу?

Еталон відповіді: Перфорація виразки дванадцятипалої кишки. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.

6.2. Матеріали контролю для заключного етапу заняття

Ситуаційні задачі

1. Хворий, 45 років, захворів добу тому, через 4 години після великої кількості жирної їжі та вживання алкоголю почув себе погано. Скаржиться на нудоту, блювоту, біль в животі, який переходить у спину. Який буде попередній діагноз? З чим необхідно провести диференційну діагностику?

Еталон відповіді: Гострий панкреатит. Ускладнення виразкової хвороби, гострий холецистит.

2. Жінка, 35 років, поступила в хірургічний стаціонар з діагнозом: гострий калькульозний холецистит. При обстеженні у пацієнтки виявлена механічна жовтяниця. Консервативна терапія без ефекту. Яке ускладнення калькульозного холециститу розвилось у пацієнтки? Яка подальша тактика необхідна для пацієнтки.

Еталон відповіді: Холедохолітіаз. Показане оперативне втручання з приводу гострого холециститу та холедохолітіазу.

3. Жінка, 28 років, була доставлена в стаціонар з підозрою на гострий апендицит. Однак при обстеженні звертає не себе увагу відсутність у

пацієнтки лихоманки та наявність у неї середини менструального циклу. З яким захворюванням необхідно проводити диференційну діагностику?

Еталон відповіді: Апоплексія яєчника.

- **Які існують протипоказання до екстреної апендектомії при гострому апендициті?**

А. Апендикулярний інфільтрат.

- Б. Інфаркт міокарду.
- В. Друга половина вагітності.
- Г. Геморагічний діатез.
- Д. Розповсюджений перитоніт.

- **Екстрена апендектомія не показана при:**

А. Гострому простому апендициті.

- Б. Гострому апендициті в другій половині вагітності.
- В. При першому приступі гострого апендициту.
- Г. При невстановленому чиннику болю в правій клубовій ділянці.

- **Який симптом не характерний для перфорації порожнього органу?**

А. Гострий біль у животі.

- Б. Зникнення печінкової тупості.
- В. Хворий постійно шукає зручне положення, невпинно ходячи.
- Г. Все перелічене.
- Д. Нічого з переліченого.

- **Протипоказом до оперативного лікування при защемленні вентральної грижі є:**

А. Гігантський розмір грижі.

- Б. Вагітність в другій половині.
- В. Флегмона грижового мішка.
- Г. Свіжий інфаркт міокарду.
- Д. Жодне з перелічених.

- **Який метод дослідження найбільш інформативний при підозрі на гострий апендицит?**

А. УЗД органів черевної порожнини.

- Б. Рентгенографія черевної порожнини.
- В. ЕКГ.
- Г. Лапароскопія.
- Д. МРТ.

- **При якому стані найчастіше виникає апендикулярний інфільтрат?**

А. Гострий апендицит.

- Б. Гострий панкреатит.
- В. Гострий холецистит.
- Г. Гострий перитоніт.
- Д. Гостра ниркова недостатність.

- **Основний метод лікування апендикулярного інфільтрату на етапі консервативної терапії?**

А. Антибактеріальна терапія.

- Б. Хірургічне втручання.
- В. Введення протизапальних препаратів.
- Г. Інфузійна терапія.
- Д. Лапароскопія.

- **Який найбільш характерний симптом для гострого апендициту?**

А. Біль у правій клубовій ділянці.

- Б. Біль у лівій підреберній ділянці.
- В. Нудота та блювання.
- Г. Підвищена температура.
- Д. Діарея.

• **Що є основним показом для невідкладної апендектомії при гострому апендициті?**

А. Підтвердження діагнозу гострого апендициту.

Б. Відсутність запалення в правій клубовій ділянці.

В. Виявлення апендикулярного абсцесу.

Г. Підозра на перфорацію шлунка.

Д. Підозра на гострий панкреатит.

• **Що є основним ускладненням при гострому апендициті, яке потребує негайної апендектомії?**

А. Розвиток перитоніту.

Б. Втрата свідомості.

В. Підвищення артеріального тиску.

Г. Біль у попереку.

Д. Легка нудота.

6.3. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки здобувачів вищої освіти

№ п/п	Основні завдання (вивчити)	Вказівки (назвати)
1.	Анатомо-фізіологічні особливості органів черевної порожнини	- Будова органів - Взаємини органів черевної порожнини з очеревиною
2.	Особливості клінічних ознак гострих захворювань черевної порожнини	- клінічну картину: а) гострого апендициту; б) гострого холециститу; в) гострого панкреатиту г) перфоративної виразки шлунка та ДПК
3.	Методика обстеження хворих на «гострий живіт»	- Фізикальне обстеження; - Фіброгастроскопія; - Рентгенологічне дослідження; -УЗД; - лабораторні дослідження; - Лапароскопія
4.	Покази до оперативного втручання при гострому животі	- визначення стану, що загрожує життю. - пріоритет здоров'я матері. - при пізньому строку вагітності вирішення питання про одночасне виконання кесарева розтину.
5.	Оперативні методи лікування при гострому животі	- особливості доступу у вагітних при патології органів черевної порожнини, застосування лапароскопії.

7. Література для викладача

1. Хірургічні хвороби під редакцією професора Грубника В.В. Одеса, Одеський мед університет, 2003 р. , 420с.
2. 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.
3. Хірургічні хвороби (За ред. П.Г. Кондратенка) Харків, 2006 р.
4. Хірургія /За ред. П.Г. Кондратенка, В.І. Русина,. – Вінниця: Нова книга, 2018. – Т.1. – 710 с.
5. Хірургія /За ред. В.І. Русина, П.Г. Кондратенка. – Вінниця: Нова книга,

2018. – Т.2. – 710 с.

8. Література для здобувачів вищої освіти

1. Хірургія. Підручник, за ред. Л.Я.Ковальчука. м. Тернопіль, Укрмедкнига, 2010 р. – с.390-401.
2. Передерій В.Г. Практична гастроентерологія: Сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами: посібник для лікарів / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 736 с.