

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ

ПОСІБНИК

ДО МОДУЛЮ № 1

«НЕВІДКЛАДНА

АБДОМІНАЛЬНА

ХІРУРГІЯ

ТА

ПРОКТОЛОГІЯ»

2017-2018 навчальний рік

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
КАФЕДРА ХІРУРГІЇ № 1**

**Навчально-методичний посібник
для самостійної підготовки студентів
до практичних занять з хірургії
(з доповненнями до семінару та задачами)**

**Модуль 1 “Невідкладна абдомінальна хірургія
та проктологія”**

Затверджено на засіданні кафедри 16.06.17р., протокол № 9

**Дніпропетровськ
2017-2018 навчальний рік**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

для студентів 4-х курсів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації, що навчаються за кредитно-модульною системою

Рекомендовано:

Центральним методичним кабінетом ДЗ «ДМА МОЗ України» як навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації (протокол № 9 від 20.06.2017р.)

**За редакцією Лауреата Державної премії України, Заслуженого діяча науки і техніки України, завідуючого кафедрою хірургії № 1 Державного закладу Дніпропетровська медична академія МОЗ України, д.м.н., професора
Я.С. БЕРЕЗНИЦЬКОГО**

Автори: проф. В.В. Гапонов, доц. В.П. Сулима, доц. Р.В. Дука, д.м.н., проф. Р.М. Молчанов, асистенти: к.м.н. І.Л. Верхолаз, к.м.н. С.Л. Маліновський, к.м.н. О.В. Білов, к.м.н. К.О. Ярошенко, к.м.н. І.Ф. Полулях-Чорновол.

Впорядник: доц. В.П. Сулима

Відповідальний за видання:

член-кореспондент НАМН України, професор Т.О. Перцева

ПЕРЕДМОВА

Підготовка кваліфікованого лікаря загальної практики є основною задачею вищого навчального медичного закладу, а тому належне викладання хірургії в цілому комплексі інших дисциплін створить умови для якісної медичної практики в майбутньому, що повинна відповідати наступним вимогам: наявність підготовлених фахівців, оптимальне використання ресурсів, мінімізація ризику для хворих при застосуванні медичних технологій та задоволення пацієнта від контакту з медичною спільнотою. Враховуючи, що на першому місці в цьому переліку стоїть рівень кваліфікації фахівця, зрозуміла необхідність підвищення якості підготовки лікаря в навчальному закладі, на що направлене втілення в учбовий процес кредитно-модульної системи.

Головним напрямком у підготовці лікаря, що стимулюватиме студента покращувати навчання, буде зміна оціночного вектора у контролі знань з існуючих об'ємних показників (оцінки за даними заліків та іспитів) до управління та контролю якості навчання протягом навчального року на кожному практичному занятті, дотримуючись створеної уніфікованої схеми з залученням розроблених підручників, навчальних посібників та методичних рекомендацій.

Задачі професійної діяльності лікаря загальної практики визначають основні вимоги обсягу знань та практичних навичок для випускника вищого навчального закладу III-IV рівня акредитації: цілеспрямована методична послідовність дій з опитування хворого, виконання фізикального обстеження, обґрунтування попереднього діагнозу, визначення алгоритму допоміжних методів дослідження з аналізом отриманих результатів, проведення диференціальної діагностики, формування клінічного діагнозу, побудова програми лікування та її здійснення.

Тому потрібно перебудувати навчальний процес, в тому числі й з питань викладання хірургії, для досягнення позитивного ефекту у підготовці лікаря, на що, на наш погляд, націлений цей посібник.

При цьому на кожному занятті проводяться обов'язкові для кожного студента види контролю:

а) за темою – *поточний* – з оцінюванням тестів, курації хворого та виконання двох практичних навичок, опитування; на практичному занятті за темою студент отримує 4 (чотири) оцінки.

б) за синдромом – *проміжний* – з оцінюванням ситуаційного клінічного завдання із п'яти питань, що було розв'язане вдома, з одержанням 1 (однієї) оцінки.

в) за модулем – *підсумковий* – з оцінюванням комп'ютерного тестування, курації хворого та письмових відповідей по опитуванню пацієнта, проведенню фізикального обстеження, обґрунтуванню попереднього діагнозу, призначенню діагностичної програми, аналізу отриманих результатів додаткових досліджень, проведенню диференціального діагнозу, формуванню клінічного діагнозу та плану лікування; на практичному занятті по контролю модулю студент отримує 9 (дев'ять) оцінок.

Студент допускається до підсумкового контролю модулю при умові виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну та проміжну учбову діяльність він набрав не менше **70 балів із 120** (ця кількість балів ECTS дорівнює сумі традиційних оцінок "3").

Підсумковий модульний контроль зараховується студенту, якщо він набрав не менше **50 балів з 80** (ця кількість балів ECTS дорівнює сумі традиційних оцінок «3»).

Дисципліна зараховується студенту, якщо він набрав не менше **120 балів з 200** (поточні, проміжні знання + підсумковий модульний контроль, ця кількість балів ECTS дорівнює сумі традиційних оцінок "3").

ЗМІСТ

Передмова	4
Зміст	6
Структурований план модуля 1	8
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1:	
«Загальні принципи розпізнавання та формування клінічного діагнозу»	
Тема № 1. Ввідне заняття з дисципліни “Хірургія”	9
Проміжний контроль знань за “Загальними принципами розпізнавання та формування клінічного діагнозу (індивідуальні клінічні завдання)”	17
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2:	
«НЕВІДКЛАДНА АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ»	
Тема № 2. Неускладнені грижі: пахова грижа, стегнова грижа, пупкова грижа, вентральна грижа	21
Тема № 3. Загальне вчення про ускладнені грижі	28
Проміжний контроль знань за “Синдромом грижового випинання” (індивідуальні клінічні завдання)	35
Тема № 4. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит	40
Тема № 5. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий холецистит	47
Тема № 6. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий панкреатит	54
Проміжний контроль знань за “Гострим абдомінальним запальним синдромом” (індивідуальні клінічні завдання)	61
Тема № 7. Гостра та хронічна кровотеча в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту	66
Тема № 8. Гостра та хронічна кровотеча в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту	73
Проміжний контроль знань за “Синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту” (індивідуальні клінічні завдання)	80
Тема № 9. Гостра механічна кишкова непрохідність	85
Тема № 10. Гостра динамічна кишкова непрохідність	93
Проміжний контроль знань за “Синдромом гострої кишкової непрохідності” (індивідуальні клінічні завдання)	101
Тема № 11. Перитонеальний синдром в наслідок прогресування гострих запальних захворювань органів черевної порожнини	106
Тема № 12. Перитонеальний синдром в наслідок перфорації шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорації тонкої та товстої кишок	113
Проміжний контроль знань за “Перитоніальним синдромом” (індивідуальні клінічні завдання)	121
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3:	
«НЕВІДКЛАДНА ПРОКТОЛОГІЯ»	
Тема № 13. Гострий біль в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області	126
Проміжний контроль знань за “Синдромом гострого болю в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області” (індивідуальні клінічні завдання)	133
Тема № 14. Випадання прямої кишки та геморої хронічний	137
Проміжний контроль знань за “Синдромом випадання прямої кишки” (індивідуальні клінічні завдання)	144
Тема № 15. Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона	148
Проміжний контроль знань за “Діарейно-запальним синдромом” (індивідуальні клінічні завдання)	155
Тема № 16. Семінар з трансфузіології	159
Підсумковий контроль знань за модулем 1 «Абдомінальна хірургія»	168

Алфавитно-предметний показчик	170
Зразок ситуаційного клінічного завдання та алгоритм його письмового вирішення	180
Диференційно-діагностичні таблиці	182

**СТРУКТУРОВАНИЙ ПЛАН ПІДГОТОВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«ХІРУРГІЯ» ЗА МОДУЛЕМ 1. «НЕВІДКЛАДНА АБДОМІНАЛЬНА
ХІРУРГІЯ ТА ПРОКТОЛОГІЯ»**

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, з них			СРС	Рік навчання	Вид контролю
	Всього	Аудиторних				
		Лекцій	Практичних занять			
Модуль 1: Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія <i>Змістових модулів 3:</i> 1. Загальні принципи розпізнавання та формування клінічного діагнозу 2. Невідкладні хірургічні захворювання органів черевної порожнини 3. Невідкладні хірургічні захворювання ободової і прямої кишки та періанальної ділянки	150 год. 5,0 кредитів	20	54 Семінар - 6	67	4	Поточний, модульний контроль
<i>Підсумковий модульний контроль</i>			3 год.			

Примітка: 1 кредит ECTS - 30 годин; аудиторне навантаження – 56,7%, СРС –43,3%.

Під час навчання студентів на циклі проводиться лікарська виробнича практика з хірургії (помічник лікаря стаціонару) у відділеннях хірургічного профілю баз кафедри, що відображено в щоденному розкладі роботи студентів з 8.00 до 16.00.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 1.

«Ввідне заняття з дисципліни «Хірургія»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 1. Загальні принципи розпізнавання та формування клінічного діагнозу.

Тема № 1. Ввідне заняття з дисципліни “Хірургія”.

Визначення: Хірургія вивчає на 4-му курсі найбільш розповсюдженні хірургічні захворювання травного каналу та органів черевної порожнини з особливостями їх клінічного перебігу на підставі засвоєння методики об'єктивного обстеження хворого і формування попереднього діагнозу, розробки діагностичної програми, проведення диференціальної діагностики, формування клінічного діагнозу та визначення програми лікування з урахуванням клініко-статистичних класифікацій в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики.

Проведення курації згідно методик опитування, фізикальних методів обстеження, призначення додаткових методів дослідження та їх аналіз, проведення диференціального діагнозу, формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичних класифікацій та обґрунтування лікувальної тактики.

Вхідний контроль залишкового рівня знань:

Визначення: Залишковий рівень знань студентів, які вони отримали на I-III курсах навчання, є підґрунтям подальшого оволодіння теоретичними знаннями та практичними навичками з хірургії в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики.

Методики курації хворого, формування діагнозу та визначення лікувальної тактики:

- 1. Методика опитування та фізикального обстеження хворого** – алгоритм збирання скарг хворого, історії захворювання та історії життя, якщо вона впливає на виникнення або перебіг хвороби, огляд хворого, виконання пальпації, перкусії та аускультатії.
- 2. Методика формування попереднього діагнозу** – алгоритм обґрунтування попереднього діагнозу на підставі опитування хворого (скарг, історії захворювання і життя) та даних фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультатія).
- 3. Методика розробки діагностичної програми** – алгоритм призначення необхідних для уточнення діагнозу, визначення стану хворого до початку лікування, контролю ефективності лікування, що проводиться, додаткових досліджень (лабораторні; інструментальні: езофагогастродуоденоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія та інш.; рентгенологічні: оглядова, контрасна рентгенографія, РХПГ та інш.; УЗД) та консультацій суміжних фахівців з аналізом отриманих результатів.
- 4. Методика проведення диференціального діагнозу** – алгоритм визначення переліку схожих захворювань для диференціальної діагностики, складання диференціально-діагностичних таблиць та їх аналіз з урахуванням подібних і порівнянням різних клінічних проявів та результатів додаткових досліджень.
- 5. Методика формування клінічного діагнозу** – принципи оцінки отриманих даних фізикального обстеження і додаткового дослідження хворого з формуванням клінічного діагнозу при використанні клініко-статистичної класифікації захворювання.
- 6. Методика визначення лікувальної програми** – алгоритм визначення необхідності госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого), або можливість амбулаторного лікування з наведенням груп препаратів та їх дії.

Курація студентами хворих на клінічних кафедрах має за мету:

1. Закріпити вміння збирання скарг, анамнезу та з'ясування фізичного стану хворого.
2. Оволодіти методом диференціального діагнозу, оформлення розгорнутого клінічного діагнозу.
3. З'ясувати етіологію та патогенез захворювань внутрішніх органів і навчитися викладати ці питання.
4. Засвоїти принципи етіологічної, патогенетичної терапії та профілактики захворювань, методи їх дієтичного, медикаментозного, хірургічного, фізіотерапевтичного та санаторно - курортного лікування, а також рецептуру використаних препаратів.
5. Оволодіти методикою прогнозування перебігу захворювання.
6. Удосконалити вміння оформлення облікового медичного документа на хірургічного стаціонарного хворого.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

1. Знати обсяг та особливості навчальної програми з дисципліни «Хірургія» за модулем 1 «Абдомінальна хірургія»
2. Знати склад викладачів кафедри хірургії № 1, порядок роботи кафедри, правила поведінки та навчання на кафедрі
3. Знати перелік та складову частину відділень клінічної бази кафедри, порядок роботи, правила поведінки та навчання на клінічній базі
4. Визначити залишковий рівень знань за I-III курси
5. Знати:
 - А) Методику опитування та фізикального обстеження хворого
 - Б) Методику формування попереднього діагнозу
 - В) Методику розробки діагностичної програми та оцінки отриманих даних
 - Г) Методику проведення диференціального діагнозу
 - Д) Методику формування клінічного діагнозу з урахуванням клініко-статистичних класифікацій
 - Ж) Методику визначення лікувальної програми

Мета практичного заняття: Досягти необхідний рівень теоретичних знань методики курації хворого, формування діагнозу та визначення лікувальної тактики в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики для ввідного заняття з дисципліни «Хірургія» після знайомства з кафедрою, клінічною базою та отримавши залишковий рівень знань за I-III курси. Практично підтвердити досягнутий рівень знань при курації хворого.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль залишкового рівня знань за 20 тестовими задачами з дисциплін I-III курсів
2. Теоретичне опитування кожного студента з методики курації хворого, формуванню діагнозу та визначенню лікувальної тактики, з отриманням оцінки
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - опитування хворого (збирання скарг, анамнезу хвороби та анамнезу життя)
 - фізикальне обстеження хворого (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) на медичному тренажері (манекені), студенті-волонтері, хворому.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

В межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики (на базі I-III курсів):

1. Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія

2. Фізіологія
3. Патологічна фізіологія
4. Патологічна анатомія
5. Мікробіологія, вірусологія та імунологія
6. Фармакологія
7. Рентгенологія
8. Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базові знання та вміння (залишковий рівень), засвоїти інформацію про кафедру та клінічну базу, отримати теоретичні знання, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Методика дослідження клінічного перебігу хірургічного захворювання (опитування хворого та фізикальне обстеження)
2. Методика формування попереднього діагнозу захворювання
3. Методика складання діагностичної програми та аналіз результатів дослідження
4. Методика формування переліку захворювань для диференціальної діагностики та її проведення
5. Принципи формулювання клінічного діагнозу на підставі класифікації захворювань
6. Принципи формування лікувальної програми.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність дисципліни «Хірургія»
2. Повторення мінімального базового рівня знань з дисциплін за I-III курси для визначення залишкового рівня
3. Засвоєння теоретичних знань з методики курації хірургічного хворого: опитування і фізикальне обстеження, формування попереднього діагнозу, розробка діагностичної програми, проведення диференціального діагнозу, формулювання клінічного діагнозу з урахуванням клініко-статистичних класифікацій, визначення лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Опитування хворого (збирання скарг, анамнезу хвороби та анамнезу життя)
2. Фізикальне обстеження хворого (огляд, пальпація, перкусія, аускультация)

Особливості виконання практичних навичок по обстеженню хворих:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

- 1) локалізація болю
- 2) інтенсивність болю
- 3) іррадіація болю

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

- 1) нудота
- 2) блювота
- 3) зміни стільця
- 4) зміни температури тіла
- 5) зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

- 1) яке отримував лікування до надходження в клініку
- 2) коли доставлений в лікарню (дата, година)

- В) Можливі причини виникнення захворювання
- Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання
- Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:
 - 1) кількість вагітностей
 - 2) кількість родів
 - 3) дата останніх місячних
 - 4) чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

- 1) ступінь тяжкості стану хворого
- 2) поведінка хворого: спокійна або неспокійна
- 3) температура тіла, частота пульсу
- 4) стан язика (сухий, вологий)
- 5) стан зеву та мигдалин
- 6) стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітки

Живота:

- 1) втягнутий, здутий
- 2) симетричний, асиметричний
- 3) ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання

Пальпація (в тому числі ректальне обстеження):

- А) Локалізація болю та напруги м'язів, наявність інфільтрату
- Б) Визначення симптомів захворювання
- В) Визначення перитонеальних симптомів та їх локалізація
- Г) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

- А) Грудної клітки
- Б) Живота

Аускультация:

- А) Грудної клітини
- Б) Живота

Описання місцевого статусу хвороби (Status localis):

Для прикладу наводиться практичне дослідження та написання місцевого статусу при одному з гострих захворювань черевної порожнини:

Язик хворого вологий, в к р и т и й білою плівкою. Живіт с и м е т р и ч н и й, передня черевна с т і н к а в правій здухвинній ділянці відстає в акті дихання. При поверхневій пальпації в правій здухвинній ділянці має місце помірне напруження м'язів та виразна болючість. При глибокій пальпації інших ділянок живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються. В подальшому помічено посилення болю в положенні на лівому боці (симптом Ситковського), при глибокій пальпації в положенні на лівому боці (симптом Бартом'є - Міхельсона), при поштовхуванні в лівій здухвинній ділянці (симптом Ровзінга), при глибокій пальпації під час піднімання хворим розігнутої правої ноги (симптом Образцова). Біль посилюється також при швидкому проведенні рукою від лівого підребір'я до правої здухвинної області (симптом Воскресенського). Болючість значно посилюється при

швидкому віднятті руки після повільного надавлювання в правій здухвинній ділянці (симптом Щоткіна - Блюмберга). При перкусії зона печінкової тупості збережена, у відлогих місцях черева - тимпаніт, при перкусії правої здухвинної ділянки посилена болючість (симптом Роздольського). При аускультатії черева перистальтичні шуми вислуховуються чітко. При ректальному дослідженні: тонус анального жому збережений, помітна болючість і незначне нависання правої стінки прямої кишки. При вимірюванні аксілярної та ректальної температур різниця досягає $1,0^{\circ}\text{C}$. На рукавичці кал звичайного кольору.

На підставі отриманих даних формується попередній діагноз:

Приклад обґрунтування попереднього діагнозу у хворого:

Враховуючи скарги хворого на:

біль в правій здухвинній ділянці, постійного колючого характеру, помірної інтенсивності, без іррадіації, біль на початку захворювання виник в епігастрії і через 3-4 години змістився в праву здухвинну ділянку - симптоми Кохера –Волковича (**або** симптом переміщення болю; **або** симптом симуляції виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки);

нудоту, співпадаючу з виникненням болю, одноразову блювоту;

дані анамнезу, які свідчать, що захворювання виникло гостро, без зв'язку з можливими провокуючими факторами (не було порушення дієти, фізичних та психоемоційних перевантажень, зловживання палінням та алкоголем і т. ін.), так би мовити серед повного здоров'я (частіше біль виникає під час нічного відпочинку);

наявність незначної слабкості, субфебрильної температури ($37,3-37,8^{\circ}\text{C}$), тахікардії;

при місцевому огляді - язик вологий, вкритий сірою плівкою. Живіт симетричний, права здухвинна ділянка "відстає" в акті дихання. При поверхневій пальпації є місцеве рефлекторне напруження м'язів передньої черевної стінки ("захисне напруження" м'язів). При глибокій пальпації - локальна болючість. Позитивні симптоми Ситковського, Ровзінга, Бартом'є - Міхельсона, Роздольського, Образцова, Воскресенського, Щоткіна-Блюмберга. При пальцевому ректальному дослідженні - болючість правої передньобочкової стінки прямої кишки; різниця ректальної і аксілярної температур більше $1,0^{\circ}\text{C}$;

- можна встановити попередній діагноз - гострий апендицит.

3.Додаткові дослідження:

Лабораторні дослідження та їх результати

Апаратні (інструментальні) дослідження та їх результати

Консультації суміжних фахівців та їх рекомендації.

Додаткові дослідження необхідні для:

- 1) уточнення діагнозу;
- 2) підготовки та проведення лікування (консервативного чи оперативного) – треба знати стан організму хворого, наявність та перебіг супутніх чи невиявлених захворювань, наприклад, з боку серцево-судинної системи або цукровий діабет, тощо;
- 3) контролю ефективності лікування під час його проведення та по закінченні (при виписці).

4.На підставі аналізу скарг, анамнезу хвороби та життя, даних фізикального обстеження та отриманих даних додаткових досліджень визначаються захворювання для диференціальної діагностики та проводиться диференціальний діагноз:

Приклад проведення диференціального діагнозу після визначення переліку подібних захворювань:

Наявність деяких схожих клінічних проявів захворювання куруваного хворого і гострого холециститу зумовлює необхідність проведення диференціальної діагностики між ними.

Такими схожими проявами є скарги на біль в животі, нудоту, блювоту.

Анамнестично - гострий початок захворювання.

Об'єктивно: - підвищення температури тіла, резистентність (напруження) м'язів передньої черевної стінки, місцева болючість при глибокій пальпації, наявність симптомів подразнення очеревини та запальні зміни в клінічному дослідженні крові.

Проте, уважне порівняння навіть схожих проявів та вилучення патогномонічних симптомів (характерних тільки для одного з цих захворювань), дозволяє виключити діагноз гострого холецистити.

Так, больовий синдром у курованого хворого характеризується наявністю інтенсивного колючого болю, який локалізується в правій здухвинній ділянці, не має іррадіації, не полегшується при використанні спазмолітиків.

Біль при холециститі відзначається значною інтенсивністю, локалізується в правій підреберній ділянці живота, має характерну іррадіацію в праве плече, праве надпліччя, праву половину грудної клітки. Біль зменшується при введенні спазмолітиків і ненаркотичних анальгетиків.

Даний хворий скаржиться і на те, що біль виник в епігастрії і через 3-4 годин змістився в праву здухвинну ділянку (симптом Кохера-Волковича), чого не буває при гострому холециститі на початку захворювання.

Нашого хворого непокоїть нудота та одноразова блювота. Для гострого холецистити характерна багаторазова блювота жовчним вмістом.

Скарги загального плану у курованого хворого відсутні, в той час як для гострого холецистити характерні скарги на значну загальну слабкість, навіть лихоманку.

Щодо анамнезу, то у нашого хворого захворювання виникло гостро, серед повного здоров'я і він не пов'язує його з якимись провокуючими факторами (не було порушення дієти, переохолодження, емоційного та фізичного перевантаження та ін.). Виникнення гострого холецистити часто пов'язують з порушенням хворим дієти (вживання смаженої, гострої, жирної їжі), в анамнезі - наявність нападів болю в правому підребер'ї, жовчно-кам'яна хвороба, частіше хворіють жінки.

Загальний стан хворого майже без змін, колір шкіри блідо-рожевий, субфебрильна t^0 тіла ($37,6^0$ C) та помірна тахікардія. При гострому холециститі колір шкіри та склер може бути іктеричний, t^0 вище за 38^0 C, пульс до 100 і більше за одну хвилину.

До того ж є суттєві відмінності в місцевих проявах.

Язик у нашого хворого обкладений білим нальотом, вологий. При гострому холециститі язик обкладений коричневим нальотом, сухуватий.

При огляді черевної стінки у нашого хворого помітне відставання правої здухвинної ділянки в акті дихання, при гострому холециститі в акті дихання будуть відставати права підреберна та епігастральна ділянки.

При поверхневій пальпації у нашого хворого наявне напруження м'язів в правій здухвинній ділянці, а при гострому холециститі - в правому підребер'ї. При глибокій пальпації знаходимо місцеву болючість в правій здухвинній ділянці, а при гострому холециститі відповідно в правій підреберній ділянці.

До того ж при гострому холециститі часто можемо пропальпувати збільшений, напружений та болючий жовчний міхур (позитивний симптом Партур'є), або болючий інфільтрат, що не відзначається у нашого хворого.

У нашого хворого визначаються симптоми Ровзінга, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона, Образцова, Роздольського, Габая, Яуре-Розанова.

Цих симптомів не буває при гострому холециститі. Для нього характерні симптоми Ортнера, Мерфі, Кера, Георгієвського-Мюссі. Якщо у нашого хворого слабопозитивний симптом Щоткіна-Блумберга спостерігається в правій здухвинній ділянці, то при гострому холециститі він виявляється в правій підреберній ділянці.

При пальцевому ректальному дослідженні у нашого хворого відмічається болочість правої передньої стінки прямої кишки та різниця пахвової та ректальної температур більше 1°C (симптом Ленандера).

Для неускладненого гострого холециститу ці симптоми не характерні.

З допоміжних методів дослідження у нашого хворого невисокий лейкоцитоз ($9 \cdot 10^9/\text{л}$) зі зсувом формули вліво (п а л и ч к о я д е р н и х лейкоцитів до 12%).

При гострому холециститі запальні зміни білої крові значно більші, часто спостерігається зростання активності АЛаТ, АСаТ і лужної фосфатази .

Кардинальною відмінністю являється наявність запальних змін стінок жовчного міхура та ехопозитивних утворень з акустичною тінню у хворих гострим холециститом при ультразвуковому дослідженні.

Провівши таке детальне порівняння і констатуємо відмінність клініки гострого холециститу по кардинальних проявах від клініки захворювання у курованого хворого, діагноз гострого холециститу можна виключити.

5.Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання (хронічне чи гостре, після операції – патологоанатомічна форма), наявні ускладнення та супутні захворювання - на підставі клініко-статистичної класифікації.

6.Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу найбільш розповсюджених хірургічних захворювань.
2. Що виявляють при опитуванні хворого ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг захворювання ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого ?
9. Чому можливе виникнення асиметрії живота ?
10. Чому важливо виявити ступінь участі передньої черевної стінки у акті дихання ?
11. Які зміни можна виявити при пальпації черева хворого ?
12. Які зміни можна вияви при перкусії грудної клітки хворого ?
13. Які зміни можна виявити при аускультатії черева хворого ?
14. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу ?
15. Що повинно бути відзначено при описуванні місцевого статусу ?
16. Чому важливо повноцінно використовувати можливості діагностичної програми ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференціального діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики ?

Література

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекцій.

Додаткова:

1. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
2. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антиколотоста, 2004.
3. Історія кафедри (наочний стенд), 2001.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “ Загальними принципами розпізнавання та формування клінічного діагнозу ”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із захворювань, які входять до синдрому, який вивчили.
2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:
 - попередній діагноз
 - діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
 - диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
 - клінічний діагноз
 - лікувальну програму
3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Загальних принципів розпізнавання та формування клінічного діагнозу» (індивідуальні клінічні завдання):

Задача №1

Хворий М-ко, 70 років, скаржиться на наявність випинання в обох пахових ділянках, яке з'явилося півтора роки тому після підняття надмірної ваги. Поступово випинання збільшувалося в розмірах.

При обстеженні: загальний стан хворого задовільний. У вертикальному положенні в обох пахових ділянках є випинання, розміром 5x5 см, безболісне при пальпації, вправляється в черевну порожнину, при перкусії - над випинанням тимпаніт. У горизонтальному положенні хворого випинання зникає. Сім'яні канатики розташовані латерально від випинання, зовнішні отвори пахового каналу округлої форми, діаметром до 2,5-3,0 см, симптом кашльового поштовху позитивний з обох сторін.

Задача №2

Хворий Т-ов, 17 років, скаржиться на наявність випинання в правій паховій ділянці, яке опускається в калитку, збільшується при фізичному навантаженні. Випинання з'явилося в ранньому дитячому віці, поступово збільшувалося в розмірах.

При обстеженні: в вертикальному положенні хворого в правій паховій ділянці є випинання, яке опускається в калитку; випинання м'якоеластичної консистенції, безболісне. В горизонтальному положенні хворого випинання частково зменшується в розмірах, при пальпації - вправляється в черевну порожнину, при перкусії над випинанням – тимпаніт, при аускультатії – перистальтичні шуми. Сім'яний канатик потовщений, зовнішній отвір пахового каналу розміром 2,5x3,0 см, симптом кашльового поштовху позитивний.

ЗАДАЧА № 3

Хворий А., 18 років, скаржиться на постійний різкий біль в животі, нудоту, загальну слабкість. Із анамнезу: 2 години тому назад виник гострий "кінджальний" біль в епігастральній ділянці, який потім розповсюдився по всьому череві. Раніше хворого турбувала печія, нічний біль та біль натошак в епігастрії.

При обстеженні: стан хворого середньої тяжкості, температура тіла – 37,2°C, пульс 86 за 1 хв., АТ=140/80 мм рт.ст. Язик обкладений білуватим нальотом, сухий. Живіт втягнутий, передня черевна стінка не приймає участь в акті дихання. При поверхневій пальпації відмічається розлита напруга м'язів передньої стінки черева, "дошкоподібний живіт", значна болючість по всьому череві, позитивний симптом Щоткіна – Блумберга. Печінкова тупість відсутня.

ЗАДАЧА № 4

Хворий Н., 35 років, скаржиться на постійний інтенсивний біль у животі, який посилюється при кашлі, нудоту, блювоту, затримку стула та газів. Із анамнезу: хворіє на правобічну пахову грижу протягом 5 років; 12 годин тому, після нападу кашлю, грижа збільшилась та перестала вправлятися, виник біль в ділянці випинання; через 8 годин виник постійний інтенсивний біль у животі, який посилювався при кашлі; з'явилась загальна слабкість, нудота, кількоразова блювота, яка не приносила полегшення, підвищилась температура тіла до 38,2°C.

При обстеженні: стан хворого тяжкий, температура тіла 38,2°C, пульс 102 ударів за 1 хв., АТ=110/70 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом сухий. Передня черевна стінка в нижній половині відстає в акті дихання. При поверхневій пальпації живіт болісний на всьому протязі, більше праворуч і нижче від пупка. Позитивний симптом Щоткіна – Блумберга в

нижній половині, перкуторно – визначається тупість у відлогих місцях черевної порожнини, печінкова тупість збережена; аускультативно – відсутність перистальтичних шумів.

Задача №5

Хворий В., 26 років, звернувся до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій здухвинній ділянці, нудоту, слабкість. Із анамнезу: біль виник за добу потому в епігастральній ділянці без видимих причин, через 4 години перемістився в праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. Стул регулярний, кал сформований.

При обстеженні: загальний стан задовільний, температура тіла 37,6°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Язик вологий, живіт декілька здутий, передня черевна стінка відстає в диханні в правій половині, при пальпації визначається напруження передньої черевної стінки і виразна локальна болючість в правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона, Щоткіна-Блюмберга.

Задача №6

Хвора Р., 43 роки, скаржиться на сильний гострий біль в правій половині живота, більше – в правому підребер'ї, з іррадіацією в праву надключичну ділянку; підвищення температури тіла, сухість і гіркоту в роті. Із анамнезу: захворіла 10 годин потому, появу болю пов'язує з вживанням жирної і смаженої їжі.

При обстеженні: загальний стан середньої важкості, хвора лежить на правому боці, бліда, температура тіла 38,2°C, пульс 104 уд. за 1 хв. Язик сухий. Живіт помірно здутий, верхня половина не приймає участі в диханні. При пальпації визначається виразна болючість і напруження м'язів черевної стінки в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мюссі-Георгієвського; Раздольського і Щоткіна-Блюмберга в правому підребер'ї.

Задача №7

Хвора П., 42 років, скаржиться на різкий біль, що оперезує, в епігастральній ділянці. На тлі постійного болю виникають напади його посилення, які супроводжуються печією, блювотою, що не приносить полегшення. Із анамнезу: захворіла 5 годин потому, появу захворювання пов'язує з вживанням алкоголю, значної кількості жирної і гострої їжі.

При обстеженні: загальний стан хворої середньої важкості. Частота пульса 94 за 1 хв. АТ = 150/90 мм рт.ст. Язик вологий, обкладений. Живіт здутий в верхній половині, при пальпації визначається помірно напруження м'язів і виразна болючість в епігастрії і лівому підребер'ї. Пульсація черевної аорти не визначається, симптоми подразнення очеревини негативні. Позитивні симптоми Кьорте, Чухрієнко, Мейо-Робсона. При аускультатії живота – перистальтичні шуми послаблені.

Задача №8

Хворий А., 57 років, надійшов до лікарні на другу добу від початку захворювання зі скаргами на різкий, дуже сильний, що оперезує, біль в верхній половині живота, збільшення об'єму живота, задишку, нудоту, блювоту, затримку стула і газів. Із анамнезу: захворювання пов'язує з прийомом гострої і жирної їжі, значної кількості алкоголю.

При обстеженні: загальний стан хворого важкий. Положення в ліжку пасивне. Частота пульса 140 за 1 хв., частота дихання - 27 а хвилину. АТ = 100/70 мм рт.ст. Живіт здутий в верхній половині, передня черевна стінка вище пупка не приймає участі в акті дихання. При пальпації – помірно напруження і виразна болючість в епігастральній ділянці і лівому підребер'ї. Позитивні симптоми Кьорте, Чухрієнко, Воскресенського, симптоми подразнення очеревини негативні. При аускультатії живота – шуми перистальтики послаблені.

ЗАДАЧА 9

Хвора А., 36 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота «кавовою гущею». На протязі останніх 6 місяців хвора відмічала періодично виникаючий біль в епігастральній ділянці, печію. Близько 5 годин тому біль зник.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 100 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий. При пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість. При глибокій пальпації визначається болючість в епігастральній ділянці праворуч від середньої лінії. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 10

Хвора Б., 66 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота «кавовою гущею». На протязі останнього року хвора відмічала помірний біль в епігастральній ділянці, відмічає зниження ваги тіла на 20 кг на протязі 2 місяців, непереносимість м'ясних страв, періодично виникаючу блювоту з'їденою їжею.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 100 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий. При пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість, нечітко визначається пухлиноподібне утворення без чітких контурів, помірно болюче, мало рухоме. При перкусії – тимпаніт в нижніх відділах, в епігастральній ділянці - притуплення. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці сформований кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 11

Хвора В., 26 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту червоною кров'ю зі згустками. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась багаторазова блювота шлунковим вмістом, а потім - блювота червоною кров'ю зі згустками, наростала слабкість, серцебиття. Викликала бригаду швидкої медичної допомоги. У хворой вагітність 12 тижнів, токсикоз 1-ої половини вагітності. При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 108 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт симетричний, передня черевна стінка приймає участь в акті дихання. При пальпації – живіт безболісний, при перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці сформований кал звичайного кольору.

ЗАДАЧА 12

Хвора Г., 56 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту «кавовою гущею» та кров'яними згортками. Захворіла 6 годин тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота червоною кров'ю зі згустками. Тривалий час страждає хронічним гепатитом. На протязі останнього місяця хвора відмічала біль в правому підбер'ї. При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 110 за хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька збільшений в об'ємі, відмічається посилення венозного рисунку на передній черевній стінці. При пальпації відмічається збільшення розмірів печінки та селезінки, При перкусії – у відлогих місцях черева тупий звук. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 2.

«Синдром грижового випинання.

Неускладнені грижі: пахова грижа, стегова грижа, пупкова грижа, вентральна грижа»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 2. Синдром грижового випинання. Неускладнені грижі: пахова грижа, стегова грижа, пупкова грижа, вентральна грижа.

Визначення: Синдром грижового випинання це сукупність ознак патологічного стану людини, обумовленого підвищенням внутрішньочеревного тиску, клініко-анатомічними проявами якого є вихід органів черева під шкіру чи в інші міжтканинні простори через канали, щілини, або скрізь перерозтягнуті слабкі місця в черевній стінці, які потім з'єднують ці утворення (грижі) з черевною порожниною.

При синдромі грижового випинання хворому показана консультація хірурга для планового оперативного лікування, а при виникненні ускладнень - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для виконання ургентної операції.

Найбільш частою локалізацією грижового випинання є **пахова, стегова, пупочна ділянки, біла лінія живота і передня черевна стінка в області післяопераційних рубців.**

Загальне вчення про грижі:

Під тиском органів черевної порожнини при підвищенні внутрішньочеревного тиску тканини черевної стінки в найбільш слабких місцях розтягуються, а щілини й канали розширюються і стають грижовими воротами, через які виходить грижовий мішок (його, як правило, утворює очеревина) з грижовим вмістом (органи черевної порожнини – частіше тонка кишка, брижа та сечовий міхур (ковзна грижа). Грижа складається із грижових воріт, грижового мішка, грижових оболонок і вмісту грижі.

- 1. Пахова грижа (hernia inguinalis)** – патологічний стан, при якому в паховий канал через незарослий піхвовий відросток очеревини чи в утворений грижовий мішок, який розміщується в сім'яному канатику або поза ним, виходять (випинаються) внутрішні черевні органи: в ділянці медіальної ямки – пряма пахова грижа, в ділянці латеральної ямки - коса пахова грижа
- 2. Стегова грижа (hernia femoralis)** – патологічний стан, при якому внутрішні органи через стеговий канал виходять нижче пупартової зв'язки під шкіру в ділянці стегового трикутника, при цьому стеговий канал в топографо-анатомічному відношенні є **умовно** виділеним і має місце лише у випадках утворення стегової грижі
- 3. Пупкова грижа (hernia umbilicalis)** – патологічний стан, при якому внутрішні органи виходять під шкіру через пупкове кільце або передню черевну стінку в ділянці пупка
- 4. Вентральна грижа (післяопераційна)** – патологічний стан, при якому внутрішні органи виходять під шкіру в ділянці післяопераційного рубця внаслідок операцій на органах черевної порожнини.

Грижі бувають вроджені та набуті, ковзні (частиною грижового мішка є стінка мезоперитонеально розміщеного органу – частіше сечовий міхур, сліпа кишка). За клінічним перебігом виділяють: неускладнені, ускладнені та рецидивні грижі.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

1. Формування попереднього діагнозу
2. Діагностична програма та аналіз одержаних даних

3. Диференціальний діагноз (перелік захворювань, диф.- діагностичні таблиці з аналізом)
4. Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
5. ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Вирішення питання про планову операцію
 - Б) Протипоказання до операції
 - В) Принципи хірургічних операцій

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Неускладнені грижі: пахова грижа, стегова грижа, пупкова грижа, вентральна грижа, яка відноситься до синдрому грижового випинання.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
2. Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференціальної діагностики
 - формулювання клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - обстеження грижового випинання та грижових воріт
 - дослідження пахових кілець пальцем та визначення симптому «кашльового поштовху»

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1. **Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика пахової ділянки, пахового каналу, сім'яного канатика, судинної лакуни та м'язової лакуни, зони стегового трикутника, білої лінії черева та пупкової ділянки.
2. **Фізіологія** – функціональні особливості вмісту пахового каналу та стегового трикутника.
3. **Патологічна фізіологія** – зміни в очеревині при неускладнених грижах.
4. **Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в очеревині, з якої формується грижовий мішок та органах черева.
5. **Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного фактору при заживленні ран в післяопераційному періоді.
6. **Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу пахових (косої та прямої), стегової, пупкової та вентральної гриж (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, при надуванні і втягуванні черева, пальпація, перкусія, аускультация грижового випинання).
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань.
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень.
4. Формування переліку захворювань для диференціальної діагностики та її проведення.

5. Формулювання клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань.
6. Формування лікувальної програми для неускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми гриж.
2. Визначення захворювань, які належать до синдрому грижового випинання.
3. Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до синдрому грижового випинання.
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) неускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж.
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до синдрому грижового випинання.
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу для подальшого лікування.
7. Перелік захворювань для проведення диференціального діагнозу, складання диференціально-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
8. Клініко-статистичні класифікації неускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж, та формулювання клінічного діагнозу.
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Обстеження грижового випинання та грижових воріт
2. Дослідження пахових кілець пальцем та визначення симптому «кашльового поштовху»

1. Обстеження грижового випинання та грижових воріт:

Обстеження виконується в положенні стоя та в горизонтальному положенні (для цього необхідно звільнити живіт та верхню третину стегон від одягу). При огляді випинання оцінюють його локалізацію, розміри, зміни з боку шкіри та вправимість при зміні положення пацієнта. При пальпації грижового випинання визначають консистенцію вмісту грижі (почуття пружноеластичної консистенції буде при знаходженні в грижовому мішку кишкової петлі, а почуття м'якої консистенції буде давати великий сальник).

При пальпації грижового випинання в горизонтальному положенні хворого визначають вправимість грижового вмісту в черевну порожнину. Під час вправлення великої грижі можна почути характерне урчання в кишечнику. Після вправлення вмісту грижі пальцем, що введений у грижові ворота, визначають розмір та форму зовнішнього отвору грижових воріт.

2. Дослідження пахових кілець пальцем та визначення симптому «кашльового поштовху»:

Проводять огляд всієї пахової ділянки в положенні хворого стоячи, а потім – лежачі на спині. При такому обстеженні можна побачити в паховій ділянці випинання передньої стінки черева. Таке випинання збільшується в розмірах при надуванні черева і зменшується при його втягуванні. Особливо помітне зменшення випинання при обстеженні хворого в положенні лежачі на спині. В цьому положенні випинання може самостійно вправитись в черевну порожнину, а інколи хворий може сам заправляти його руками.

Дослідження пахових кілець проводять другим, або п'ятим пальцями правої руки. При обстеженні жінок вводять вказівний палець в пахове кільце через кожу в центрі грижового випинання, а у чоловіків краще проводити палець через стінку калитки в напрямку зовнішнього отвору пахового каналу. При введенні пальця в зовнішній отвір пахового каналу звертають увагу на розмір цього отвору. В нормі він може пропускати лише кінчик п'ятого пальця. При наявності грижі отвір значно розширений і може пропускати навіть два і більше

пальців. В паховому каналі можна відчутися наявність грижового мішку з вмістом, який частіше буває м'яким. Якщо пропальпувати грижовий мішок важко, тоді хворому пропонують відкашлятися і при цьому будуть відчуватися поштовхи грижового мішка в кінчик пальця, який знаходиться в паховому каналі - позитивний симптом "кашльового поштовху".

Огляд та пальпація пахової ділянки і пахового каналу дозволяє відрізнити косу пахову грижу від прямої пахової грижі та стегнової грижі, а також від хвороб, які можуть проявлятися симптомами, що також характерні для пахової грижі.

Пряма пахова грижа має овальну форму, буває частіше у людей похилого віку, нерідко двобічною, і у чоловіків майже ніколи не опускається в калитку. При косій паховій грижі випинання має продовговату форму, розміщується косо за ходом пахового каналу, часто опускається в калитку. Половина калитки, в яку опускається грижа, збільшена, шкіра її розтягнута, а статевий орган зміщений в протилежний бік. При пальцевому дослідженні пахового каналу можна виявити пульсацію нижньої епігастральної артерії. Якщо вона пальпується ззовні від грижового мішка, то це – пряма пахова грижа, а якщо до середини від нього – коса. Відмінністю пахової грижі від стегнової є те, що перша розташовується над паховою зв'язкою, а друга – під нею.

Крім огляду та пальпації при дослідженні гриж можуть використовуватися перкусія і аускультация, які дозволяють визначити в її вмісті наявність порожнинного органу (кишки) – при перкусії тимпанічний звук, при вислуховуванні – шуми перистальтики. У разі знаходження в грижовому мішку сальника чи сечового міхура перкусія дає тупий звук, не буде чути шумів перистальтики при аускультации.

Особливості обстеження хворих з синдромом грижового випинання:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Наявність випинання передньої стінки черева:

Локалізація випинання - пахова ділянка над пупартовою зв'язкою, пахова ділянка нижче неї, пупкова зона, біла лінія черева, спігелева лінія, зона раніше виконаної операції.

Б) Біль:

1. локалізація болю (в зоні грижового випинання, по всьому череву).

2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)

3. ірадіація болю (в передміхурову залозу у чоловіків, в піхви у жінок, в черевну порожнину, в калитку)

4. характер болю (постійний, переймоподібний), зв'язок з актом дефекації

5. чи були аналогічні напади болю раніше

В) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів

2. нудота, блювота

3. вправимість випинання в черевну порожнину

4. здуття черева

5. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)

6. зміни з боку інших органів та систем (дизуричні розлади при пахвинній грижі виникають при наявності у грижовому мішку сечового міхура)

Анамнез захворювання та життя:

А) З чим пов'язує початок захворювання (підняття надмірних тяжкостей, кашель, пронос, перенесені операції, особливо з дренаванням черевної порожнини, травми живота)

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність

2. коли поступив у клініку

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна або неспокійна
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втягнутий, вздутий
2. симетричний, асиметричний
3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання
4. наявність випинання передньої стінки черева (локалізація)

Пальпація:

А) Пальпація випинання з визначенням вмісту грижового мішка та розмірів і форми грижових воріт

Б) Визначення місцевих проявів захворювання при пальцевому дослідженні випинання в паховій, стегновій, пупковій ділянках та по білій лінії черева або післяопераційного рубця, пальпація пахових кілець, визначення симптому “кашльового поштовху”.

Прояви неускладнених гриж: наявність випинання, вправимість випинання при пальпації, розширення грижових воріт, позитивний симптом “кашльового поштовху”

В) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність тимпаніту над грижовим випинанням буде свідчити про порожнинний орган в грижовому мішку, а тупий звук – при наявності в мішку сальника чи сечового міхура

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Вислуховуватимуться перистальтичні шуми в грижовому мішку при наявності в ньому кишки.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

Для уточнення діагнозу неускладнених гриж додаткові дослідження непотрібні, діагностика базується на клінічній картині.

4. Диференційний діагноз:

При синдромі грижового випинання проводиться:

-між ускладненими грижами (защемлення, невправимість, запалення, копростаз) та неускладненими;

-між паховими грижами та стеговими

-між паховими грижами та ліпомами, пухлинами, інфільтратами з запаленням лімфатичних вузлів в паховій ділянці, водяною оболонкою яєчка і сім'яного канатика.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Лікування неускладнених гриж – планове оперативне втручання: герніотомія з пластикою грижових воріт з натягом тканин (аутопластика) або без натягу тканин (алопластика).

Перед проведенням планових оперативних втручань з приводу вентральної грижі великих розмірів потрібна профілактика синдрому „малої черевної порожнини” (синдром підвищеного внутрішньочеревного тиску призводить до розвитку в перші години після операції гострої легенево-серцевої недостатності та смерті хворого) – передопераційне тренування органів черевної порожнини знаходиться в малому за попередній обсязі простору або проведення оперативного втручання без натягу тканин.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до синдрому грижового випинання ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з синдромом грижового випинання ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з синдромом грижового випинання ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з синдромом грижового випинання ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з синдромом грижового випинання ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг синдрому грижового випинання ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді пахової ділянки ?
9. Чому можливе виникнення випинання в паховій ділянці ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації випинання стінки черева ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні пахових кілець ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на пахову грижу ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на стегову грижу ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на пупкову грижу ?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на вентральну післяопераційну грижі ?

16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при синдромі грижового випинання ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з грижами та для попередження синдрому “малої черевної порожнини” ?

Література

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.

2. Матеріал лекції.

Додаткова:

1. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.

2. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.

3. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологостома, 2004.

4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М.: Медицина 1983.

5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина 1990.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 3.

«Синдром грижового випинання.

Ускладнені грижі»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 3. Синдром грижового випинання. Загальне вчення про ускладнені грижі

Визначення: Синдром грижового випинання це сукупність ознак патологічного стану людини, обумовленого підвищенням внутрішньочеревного тиску, клініко-анатомічними проявами якого є вихід органів черева під шкіру чи в інші міжтканинні простори через канали, щілини, або скрізь перерозтягнуті слабкі місця в черевній стінці, які потім з'єднують ці утворення (грижі) з черевною порожниною.

При синдромі грижового випинання хворому показана консультація хірурга для планового оперативного лікування, а при виникненні ускладнень - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для виконання ургентної операції.

Найбільш частою локалізацією грижового випинання є пахова, стегнова, пупочна ділянки, біла лінія живота і передня черевна стінка в області післяопераційних рубців.

Загальне вчення про грижі та ускладнені грижі:

Під тиском органів черевної порожнини при підвищенні внутрішньочеревного тиску тканини черевної стінки в найбільш слабких місцях розтягуються, а щілини й канали розширюються і стають грижовими воротами, через які виходить грижовий мішок (його, як правило, утворює очеревина) з грижовим вмістом (органи черевної порожнини – частіше тонка кишка, брижа та сечовий міхур (ковзна грижа). Грижа складається із грижових воріт, грижового мішка, грижових оболонок і вмісту грижі.

За клінічним перебігом **ускладнених** гриж виділяють:

- 1) Хронічні ускладнення грижі: неpravимість, копростаз
- 2) Гострі ускладнення грижі: защемлення, запалення
- 3) Вторинні ускладнення гриж: странгуляційна гостра кишкова непрохідність, розлитий перитоніт, флегмона грижі.

Неpravимість грижі розвивається при довгостроково існуючій грижі у відповідь на травматизацію і запалення внутрішньої поверхні грижового мішка, що обумовлює зрощення його вмісту із грижовим мішком з утворенням рубців.

Копростаз (каловий застій) розвивається частіше в осіб літнього віку, що страждають закрепом, внаслідок наповнення петель кишок, розташованих у грижовому мішку, кишковим вмістом через ускладнення його відтоку, що поступово призводить до стискання переповненою привідною петлею петлі, що відводить.

Защемлення грижі – стискання вмісту грижового мішка м'язово-апоневротичним шаром черевної стінки, що утворює грижові ворота. Виділяють:

- **еластичне защемлення** (раптове підвищення внутрішньочеревного тиску при фізичній нарузі, натужуванні, кашлі, вихід вмісту черевної порожнини в грижовий мішок і стискання його в грижових воротах з розвитком порушення кровопостачання в защемленому органі);
- **калове защемлення** (петля кишки, що відводить, стискається переповненою калом привідною петлею з розвитком обтураційної непрохідності кишки);

- змішана форма защемлення (приєднання до калового защемлення еластичного через стискання в грижових воротах переповнених петель кишок);
- особливі форми защемлення:

Рихтеровське защемлення – пристінкове защемлення протибрижевої ділянки кишки.

Ретроградне защемлення – защемлення брижі петлі тонкої кишки, розташованої в черевній порожнині, між двома петлями кишки, розташованої в грижовому мішку.

Запалення грижі – розвивається в результаті інфікування грижового мішка або зсередини, або ззовні.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Ускладнені грижі: защемлена грижа, невправима грижа, запалення грижі, копростаз, яка відноситься до синдрому грижового випинання.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - аналіз рентгенограм при защемленій грижі
 - симптом відхилення калитки

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія – топографо-анатомічна характеристика пахової ділянки, пахового каналу, сім'яного канатику, судинної лакуни та м'язової лакуни, зони стегового трикутника, білої лінії черева та пупкової ділянки

2Фізіологія – функціональні особливості вмісту пахового каналу та стегового трикутника

3.Патологічна фізіологія – зміни в очеревині при запаленні та підвищенні внутрішньочеревного тиску, зміни при розвитку синдрому «малої черевної порожнини»

4.Патологічна анатомія – морфологічні зміни при запаленні в очеревині, з якої формується грижовий мішок та органах черева, які страждають при ускладненнях гриж, признаки життєздатності та нежиттєздатності защемлених органів (кишки)

5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія – місце мікробного фактору у виникненні ускладнень гриж та заживлення ран в післяопераційному періоді

6.Рентгенологія – вміння аналізувати рентгенівські знімки органів черева (защемлення, гостра кишкова непрохідність, перитоніт)

7.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення можливих ускладнень пахових (косої та прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, при надуванні і втягуванні черева, пальпація, перкусія, аускультация грижового випинання)
- 2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань
- 3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
- 4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
- 5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
- 6.Формування лікувальної програми для ускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми ускладнених гриж.
2. Визначення захворювань, які належать до синдрому грижового випинання.
3. Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до синдрому грижового випинання.
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) ускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж.
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до синдрому грижового випинання.
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу для подальшого лікування.
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
8. Клініко-статистичні класифікації ускладнених пахових (косої чи прямої), стегнової, пупкової та вентральної гриж, та формування клінічного діагнозу.
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

- 1.аналіз рентгенограм при защемленій грижі
- 2.симптом відхилення калитки

1. Аналіз рентгенограм при защемленій грижі.

При хронічних ускладненнях гриж може розвиватися клініка часткової кишкової непрохідності. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини відмічається гіперпневматоз та помірне розширення у приводящій петлі кишки.

При защемленій грижі розвивається клініка гострої кишкової непрохідності, на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини відмічаються рівні затемнення та арки просвітлення - «чаші Клойберга» (горизонтальні рівні рідини з наявністю газу над ними).

2. Симптом відхилення калитки.

При натужуванні хворого грижове випинання дає відхилення разом з калиткою назовні в протилежний бік.

Особливості обстеження хворих з синдромом грижового випинання:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Наявність випинання передньої стінки черева:

Локалізація випинання - пахова ділянка над пупартовою зв'язкою, пахова ділянка нижче неї, пупкова зона, біла лінія черева, спігелева лінія, зона раніше виконаної операції.

Б) Біль:

1. локалізація болю (в зоні грижового випинання, по всьому череву)

2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)

3. ірадіація болю (в передміхурову залозу у чоловіків, в піхви у жінок, в черевну порожнину, в калитку)

4. характер болю (постійний, переймоподібний), зв'язок з актом дефекації

5. чи були аналогічні напади болю раніше

В) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів

2. нудота, блювота

3. вправимість випинання в черевну порожнину

4. здуття черева

5. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)

6. зміни з боку інших органів та систем (дизуричні розлади при пахвинній грижі виникають при наявності у грижовому мішку сечового міхура)

Анамнез захворювання та життя:

А) З чим пов'язує початок захворювання (підняття надмірних тяжкостей, кашель, пронос, перенесені операції, особливо з дренуванням черевної порожнини, травми живота)

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність

2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей

2. кількість родів

3. дата останніх місячних

4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого

2. поведінка хворого: спокійна або неспокійна

3. температура тіла, частота пульсу

4. стан язика (сухий, вологий)

5. стан зеву та мигдалин

6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втягнутий, вздутый

2. симетричний, асиметричний

3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання

4. наявність випинання передньої стінки черева (локалізація)

Пальпація:

А) Пальпація випинання з визначенням консистенції, вмісту грижового мішка та розмірів.

Б) Визначення місцевих проявів захворювання при пальцевому дослідженні випинання в паховій, стегновій, пупковій ділянках та по білій лінії черева або післяопераційного рубця, пальпація пахових кілець, визначення симптому “кашльового поштовху”.

Прояви ускладнених гриж: наявність випинання, невправимість випинання при пальпації, негативний симптом “кашльового поштовху”

В) Визначення перитонеальних симптомів та їх локалізація

Г) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність тимпаніту над грижовим випинанням буде свідчити про порожнинний орган в грижовому мішку, а тупий звук – при наявності в мішку сальника чи сечового міхура

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі при підозрі на ускладнені грижі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, збільшення ШОЕ. Загальноклінічний аналіз сечі (зміни можливі при ковзній грижі з сечовим міхуром у грижовому мішку та при перитоніті). Виконання оглядової рентгенограми черевної порожнини при підозрі на наявність ускладнень грижі (гіперпневматоз, «чаші» Клойбера та затемнення).

4. Диференційний діагноз:

При синдромі грижового випинання проводиться:

- між ускладненими грижами (защемлення, невправимість, запалення, копростаз) та неускладненими;
- між паховими грижами та стегновими
- між паховими грижами та ліпомами, пухлинами, інфільтратами з запаленням лімфатичних вузлів в паховій ділянці, водянкою оболонки яєчка і сім'яного канатика.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись “Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення”. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для планового або ургентного оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії).

При лікуванні ускладнених гриж важливе значення має визначення життєздатності защемленої кишки. Ознаки життєздатності кишки: блідо-рожевий колір та блискучість сировинної оболонки, еластичність стінки кишки, наявність перистальтики та пульсації судин брижі. Якщо заходи що до відновлення життєздатності кишки не приносять результату, виконують резекцію некротичної ділянки кишки, додатково мобілізувавши і видаливши 35-40 см привідної петлі і 15-20 см петлі, що відводить.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до синдрому грижового випинання ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з синдромом грижового випинання ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з синдромом грижового випинання ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з синдромом грижового випинання ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з синдромом грижового випинання ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг синдрому грижового випинання ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді пахової ділянки ?
9. Чому можливе виникнення випинання в паховій ділянці ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації випинання стінки черева ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні пахових кілець ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на защемлену грижу ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на невправиму грижу ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на копростаз та запалення грижі ?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на пахову, стегову, пупкову та вентральну післяопераційну грижі ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при синдромі грижового випинання ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з грижами та для попередження синдрому “малої черевної порожнини” ?

Література

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

1. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.

2. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
3. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П. Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
4. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М.: Медицина 1983.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина 1990.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “Синдромом грижового випинання”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

3. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із захворювань, які входять до синдрому, який вивчили.
4. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:
 - попередній діагноз
 - діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
 - диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
 - клінічний діагноз
 - лікувальну програму
3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Синдрому гризового випинання» (індивідуальні клінічні завдання):

Задача №1

Хворий М-ко, 70 років, скаржиться на наявність випинання в обох пахових ділянках, яке з'явилося півтора роки тому після підняття надмірної ваги. Поступово випинання збільшувалося в розмірах.

При обстеженні: загальний стан хворого задовільний. У вертикальному положенні в обох пахових ділянках є випинання, розміром 5x5 см, безболісне при пальпації, вправляється в черевну порожнину, при перкусії - над випинанням тимпаніт. У горизонтальному положенні хворого випинання зникає. Сім'яні канатики розташовані латерально від випинання, зовнішні отвори пахового каналу округлої форми, діаметром до 2,5-3,0 см, симптом кашльового поштовху позитивний з обох сторін.

Задача №2

Хворий Т-ов, 17 років, скаржиться на наявність випинання в правій паховій ділянці, яке опускається в калитку, збільшується при фізичному навантаженні. Випинання з'явилося в ранньому дитячому віці, поступово збільшувалося в розмірах.

При обстеженні: в вертикальному положенні хворого в правій паховій ділянці є випинання, яке опускається в калитку; випинання м'якоеластичної консистенції, безболісне. В горизонтальному положенні хворого випинання частково зменшується в розмірах, при пальпації - вправляється в черевну порожнину, при перкусії над випинанням – тимпаніт, при аускультатії – перистальтичні шуми. Сім'яний канатик потовщений, зовнішній отвір пахового каналу розміром 2,5x3,0 см, симптом кашльового поштовху позитивний.

Задача №3

Хвора П-ва, 56 років, скаржиться на наявність випинання в лівій паховій ділянці, яке з'являється в вертикальному положенні хворої, а також на тупий біль в ділянці випинання при фізичному навантаженні. Випинання з'явилося рік тому, появу випинання хвора пов'язує з тяжкою фізичною працею.

При обстеженні: хвора підвищеного харчування, в вертикальному положенні зліва нижче пахової складки визначається випинання, округлої форми, розміром до 3 см в діаметрі, еластичної консистенції, безболісне, розташовано нижче пахової зв'язки, вправляється в черевну порожнину; гризові ворота до 2 см в діаметрі; симптом кашльового поштовху позитивний.

Задача №4

Хвора Ш-ко, 36 років, скаржиться на наявність випинання в ділянці пупка. Випинання з'явилося шість років тому, під час другої вагітності, поступово збільшувалося в розмірах, в горизонтальному положенні зникало. Рік тому з'явився тупий ниючий біль в ділянці пупка при фізичних навантаженнях, випинання перестало вправлятись.

При обстеженні: в ділянці пупка є випинання, округлої форми, розміром 6x7 см, шкіра над випинанням звичайного кольору; при пальпації випинання м'якоеластичної консистенції, безболісне, при спробі вправити – зменшується в розмірах, але не вправляється; при перкусії – над випинанням тимпаніт; при аускультатії – кишкові шуми. Гризові ворота чітко не визначаються.

Задача № 5

Хвора П-ва, 56 років, скаржиться на наявність випинання і сильний біль в лівій паховій ділянці, а також на нудоту, затримку газів.

Із анамнезу: випинання з'явилося рік тому, появу випинання хвора пов'язує з тяжкою фізичною працею. Три години тому після підняття надмірної ваги з'явився сильний біль в лівій паховій ділянці, випинання дещо збільшилось в розмірах, перестало вправлятися.

При обстеженні: хвора підвищеного харчування, загальний стан середньої тяжкості, пульс 92 пошт./хв. Зліва нижче пахової складки визначається випинання, округлої форми, розміром до 4см в діаметрі, щільноеластичної консистенції, болюче, розташовано нижче пахової зв'язки, не вправляється в черевну порожнину; грижові ворота не визначаються; симптом кашльового поштовху негативний.

Задача № 6

Хвора Ш-ко, 36 років, скаржиться на наявність випинання в ділянці пупка, постійний біль в ділянці випинання та мезогастральній ділянці, нудоту, блювоту. Із анамнезу: випинання з'явилося шість років тому, під час другої вагітності, поступово збільшувалось в розмірах, в горизонтальному положенні зникало. Рік тому з'явився тупий ниючий біль в ділянці пупка при фізичних навантаженнях, випинання перестало вправлятися. П'ять годин тому після підняття надмірної ваги з'явився сильний біль в пупковій ділянці, нудота, дворазова блювота.

При обстеженні: загальний стан середньої тяжкості, пульс 88 пошт./хв.; в ділянці пупка є випинання, округлої форми, розміром 6х7 см, шкіра над випинанням звичайного кольору; при пальпації випинання щільноеластичної консистенції, напружене, болюче, не вправляється; при перкусії – над випинанням тимпаніт; при аускультатії – кишкові шуми відсутні. Грижові ворота не визначаються, симптом кашльового поштовху негативний.

Задача № 7

Хворий С-ов, 47 років, скаржиться на наявність випинання в ділянці післяопераційного рубця по середній лінії живота над пупком. Із анамнезу: три роки тому був прооперований з приводу перфоративної виразки шлунку, перитоніту; в нижній половині післяопераційна рана загоювалась вторинним натягом. Через рік після операції в ділянці післяопераційного рубця виникло випинання, яке поступово збільшувалось.

При обстеженні: загальний стан хворого задовільний; по середній лінії живота від мечоподібного відростка до пупка – післяопераційний рубець, в нижній половині якого є випинання, розміром 8х10 см, м'якоеластичної консистенції, безболісне, вправляється в черевну порожнину; грижові ворота овальної форми, розміром 7х4 см.

Задача № 8

Хвора Д-ва, 57 років, скаржиться на наявність випинання в ділянці післяопераційного рубця по середній лінії живота нижче пупка. Із анамнезу: три роки тому була прооперована з приводу доброякісної пухлини матки; післяопераційна рана загоювалась вторинним натягом. Через рік після операції в ділянці післяопераційного рубця виникло випинання, яке поступово збільшувалось, в горизонтальному положенні хворої самотійно вправлялось в черевну порожнину, але останні 4 місяці не вправляється.

При обстеженні: загальний стан хворої задовільний; по середній лінії живота від пупка до лона – післяопераційний рубець, в нижній половині якого є випинання, розміром 6х8 см, м'якоеластичної консистенції, безболісне, не вправляється в черевну порожнину; грижові ворота чітко не визначаються.

Задача № 9

Хворий П-ов, 52 років, скаржиться на наявність випинання в ділянці післяопераційного рубця по середній лінії живота над пупком, біль в верхній половині живота, нудоту. Із анамнезу: три роки тому був прооперований з приводу перфоративної виразки шлунку, перитоніту; в нижній половині післяопераційна рана загоювалась вторинним натягом. Через рік після операції в ділянці післяопераційного рубця виникло випинання, яке поступово збільшувалось. Шість годин тому після фізичного навантаження виник біль в ділянці випинання і верхній половині живота, нудота, випинання перестало вправлятися.

При обстеженні: загальний стан хворого незадовільний, пульс 102 за 1хв. По середній лінії живота від мечоподібного відростка до пупка – післяопераційний рубець, в нижній половині якого є випинання, розміром 8x10 см, щільноеластичної консистенції, не вправляється в черевну порожнину, значно болюче при пальпації; черевна стінка навкруги випинання резистентна, болюча; грижові ворота не визначаються, симптом кашльового поштовху негативний.

Задача №10

Хворий П-ко, 60 років, скаржиться на наявність випинання в обох пахових ділянках, біль в ділянці випинання зліва, нудоту, блювоту, затримку газів. Із анамнезу: випинання з'явилися півтора роки тому після підняття надмірної ваги, поступово збільшувалися в розмірах; 10 годин тому після фізичного навантаження виник біль в лівій паховій ділянці, випинання перестало вправлятися, з'явилася нудота.

При обстеженні: загальний стан хворого незадовільний, пульс 102 за 1хв.. У вертикальному положенні в обох пахових ділянках є випинання, округлої форми, розміром 5x5 см; праворуч випинання безболісне при пальпації, вправляється в черевну порожнину, при перкусії - над випинанням тимпаніт. Ліворуч – випинання щільноеластичної консистенції, не вправляється, значно болюче при пальпації. Помірна напруга черевної стінки і болючість нижче пупка, перитонеальні симптоми негативні. Зовнішній отвір пахового каналу праворуч - округлої форми, діаметром до 2,5-3,0 см, симптом кашльового поштовху позитивний. Ліворуч – грижові ворота не визначаються, симптом кашльового поштовху негативний.

Задача №11

Хвора Ж-ва, 42 років, скаржиться на наявність випинання по середній лінії живота над пупком, періодично виникаючий помірний біль в епігастральній ділянці.

Із анамнезу: випинання виникло 7 років тому після підняття надмірної ваги, поступово збільшувалось в розмірах, зникало в горизонтальному положенні хворої. Рік тому випинання перестало вправлятися, періодично виникає помірний ниючий біль в епігастральній ділянці.

При обстеженні: загальний стан хворої задовільний, живіт симетричний, по середній лінії на 6см вище пупка визначається випинання, округлої форми, розміром 5x6 см, м'якоеластичної консистенції, безболісне, при пальпації частково зменшується в розмірах, але в черевну порожнину не вправляється, грижові ворота чітко не визначаються, симптом кашльового поштовху позитивний.

Задача №12

Хвора Б-ва, 32 років, скаржиться на наявність випинання по середній лінії живота над пупком, постійний сильний біль в ділянці випинання та в епігастральній ділянці, нудоту.

Із анамнезу: випинання виникло 7 років тому після підняття надмірної ваги, поступово збільшувалось в розмірах, зникало в горизонтальному положенні хворої. Рік тому випинання перестало вправлятися, періодично виникав помірний ниючий біль в епігастральній ділянці.

П'ять годин тому після фізичного навантаження з'явився сильний біль в ділянці випинання, яке дещо збільшилось в розмірах, нудота.

При обстеженні: загальний стан хворої незадовільний, пульс 94 уд./хв.; живіт симетричний, по середній лінії на 6см вище пупка визначається випинання, округлої форми, розміром 6х7 см, щільноеластичної консистенції, болюче при пальпації, в черевну порожнину не вправляється, гризові ворота не визначаються, симптом кашльового поштовху негативний; при перкусії над випинанням - тупість. Черевна стінка навкруги випинання помірно напружена, болюча, перитонеальні симптоми негативні.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 4.

«Гострий запальний абдомінальний синдром..

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 4. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит

Визначення: Гострий запальний абдомінальний синдром виникає внаслідок обструкції порожнини одного з органів черевної порожнини різної етіології з прогресуючим розвитком в ньому запалення і деструкції, в подальшому з переходом на очеревину, що проявляється болем, клінікою зростаючої інтоксикації та запальними змінами в показниках додаткових досліджень.

При підозрі на виникнення гострого запального абдомінального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при його підтвердженні - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для дообстеження, лікування та виконання ургентної операції.

Найбільш частими причинами гострого запального абдомінального синдрому є гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит.

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит.

Гострий апендицит – гостре неспецифічне запалення червоподібного (хробакоподібного) відростку сліпої кишки.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит, яка відноситься до гострого запального абдомінального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування

3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:

- Визначення патогномонічних симптомів **гострого апендициту** (Бартомье-Міхельсона, Воскресенського, Образцова, Раздольського, Ровзінга)
- Аналіз клінічних показників крові і сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія – топографо-анатомічна характеристика сліпої кишки та червоподібного (хробакоподібного) відростку.

2.Фізіологія – функція червоподібного відростку.

3.Патологічна фізіологія – порушення функції органів та систем при запаленні, в тому числі при запаленні в черевній порожнині та очеревині.

4.Патологічна анатомія – морфологічні зміни в червоподібному відростку при запаленні.

5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія – місце мікробного та імунного факторів у виникненні запальних процесів у червоподібному відростку.

6.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу та можливих ускладнень гострого апендициту, (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)

2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювання

3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень

4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення

5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань

6.Формування лікувальної програми для гострого апендициту.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1.Актуальність проблеми захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому.

2.Визначення захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому.

3.Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого апендициту.

4.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого апендициту.

5.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до гострого запального абдомінального синдрому.

6.Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.

7.Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.

8.Клініко-статистичні класифікації гострого апендициту та принципи формування клінічного діагнозу.

9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Визначення патогномонічних симптомів **гострого апендициту** (Бартомьє-Міхельсона, Воскресенського, Образцова, Раздольського, Ровзінга)
2. Аналіз клінічних показників крові і сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

1. Визначення патогномонічних симптомів гострого апендициту:

- **Бартомьє-Міхельсона** – посилення болю у хворого в правій здухвинній ділянці при пальпації лікарем в правій здухвинній ділянці черева хворого при зміщенні хворого в положення на лівому боці у порівнянні із положенням на спині;

- **Воскресенського** – або симптом *«сорочки»*, симптом *«ковзання»* - лівою рукою лікар натягує сорочку хворого за нижній край, кінчики 2-3-4 пальців правої руки лікаря встановлюються справа у реберного краю хворого і під час його вдиху (при послабленій черевній стінці) починають швидко ковзати з помірним натискуванням на живіт до правої здухвинної ділянки і далі на стегно. В момент ковзання пальців лікаря хворий відзначає різке посилення болю у правій здухвинній ділянці, зліва біль відсутній;

- **Образцова** – придавити пальцями руки лікаря черевну стінку хворого в правій здухвинній ділянці до появи помірної болю і зафіксувати руку. Болючість посилюється при підніманні хворим спростованої (випрямленої, розігнутої в колінному суглобі) правої ноги. Характерно для ретроцекального розташування червоподібного відростку;

- **Раздольського** – поява болючості у вигляді овалу в правій здухвинній ділянці хворого при перкусії лікарем передньої черевної стінки хворого лікарським молоточком або пальцем лікаря (так званий, хірургічний симптом Раздольського, бо професор Раздольський був неврологом);

- **Ровзінга** – поява болю у правій здухвинній ділянці хворого при нанесенні поштовхів правою рукою лікаря зліва у зоні низхідної ободової кишки хворого, при цьому сигмоподібну кишку хворого притискують лівою рукою лікаря до задньої стінки живота хворого.

2. Аналіз клінічних показників крові і сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини:

2.1. Загальноклінічний аналіз крові – підвищення кількості лейкоцитів – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення відсоткового складу паличкоядерних лейкоцитів, прискорення ШОЕ – свідчать про наявність запалення та можуть бути характерні для **гострих апендициту, холециститу, панкреатиту**.

2.2. Загальноклінічний аналіз сечі – наявність білку – можливе при тяжкому перебігу **гострих апендициту, холециститу, панкреатиту**, наявність лейкоцитів та еритроцитів – можливе при ретроцекальному розташуванні **гострого апендициту**.

Особливості обстеження хворих з гострим запальним абдомінальним синдромом:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (права половина черева, праве підребер'я, ліва половина черева, ліве підребер'я, права здухвинна ділянка, епігастрій, інші ділянки, по всьому череву)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. іррадіація болю (в праве стегно, в поперекову ділянку, в зовнішні статеві органи, праве плече і інш.)
4. характер болю (постійний, переймоподібний, зв'язок з актом дефекації, рухом, кашлем)
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів, характер стулу – нормальний, пронос, затримка
2. нудота, блювота (одноразова, багаторазова), чи настає полегшення після блювання
3. вздуття черева
4. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
5. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання:

З чим пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та її характером – м'ясна, рослинна, погіршеність у дієті, зловживання алкоголем; фізичним перевантаженням, положенням тіла), попередня локалізація болю (симптом Кохера-Волковича – симптом переміщення болю, або симптом «симуляції» виразкової хвороби шлунку чи 12-палої кишки з перфорацією), початок гострий або раптовий

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна (лежить на спині, правому, лівому боці) або неспокійна (змінює положення тіла, метушиться, стогне)
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий, обкладений, яким нальотом)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втягнутий, вздутий
2. симетричний, асиметричний
3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання (відставання якоїсь ділянки черева в диханні, асиметрія пупка, симптом Караванова)

Пальпація:

а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату, локалізація, рухомість, розміри його в сантиметрах (окреслити його контури), гіперестезія шкіри живота;

б) наявність патогномонічних симптомів гострого апендициту (Ровзинга, Воскресенського, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона, Образцова, Яуре-Розанова);

в) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (захисне напруження м'язів, симптоми Щьоткіна-Блумберга, Менделя);

ж) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною (симптом поколючування по поперековій ділянці Пастернацького, Захар'їна, діафрагмального нерву, симптоми непрохідності кишечника і інш.);

з) при вагінальному та ректальному дослідженні – нависання склепіння і тазової очеревини, болочість (“крик” Дугласа), вибухання передньої стінки прямої кишки.

Перкусія: А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність симптомів Раздольського, Лепене, зміни в перкуторних межах печінки, жовчного міхура, наявність печінкової тупості, притуплення звуку по фланках черева справа та зліва, внизу черева.

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота: Наявність чи відсутність перистальтичних шумів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

а) клінічний аналіз крові – наявність запальних змін у крові, що проявляється лейкоцитозом і зрушенням лейкоцитарної формули вліво. Більш виражені зміни при деструктивних формах гострого апендициту

б) клінічний аналіз сечі – при простій формі гострого апендициту змін у сечі немає, при деструктивних формах – у сечі може бути білок, циліндри, а при ретроцекальному розташуванні відростка – свіжі еритроцити, що необхідно враховувати при проведенні диференційного діагнозу

Додаткові інструментальні методи дослідження (застосовуються при труднощах у діагностиці):

а) оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (для виключення або підтвердження непрохідності кишок, перфоративної виразки)

б) сонографія (для оцінки стану жовчного міхура, органів малого таза у жінок, наявності рідини у черевній порожнині і стану нирок). У хворих на гострий апендицит сонографічна картина представлена потовщенням червоподібного відростка, наявністю випоту

в) лапароскопія діагностична (яка може при підтвердженні діагнозу гострого апендициту завершитися ендоскопічним видаленням червоподібного відростка)

4. Диференційний діагноз:

- **гострого апендициту** – з гострим холециститом, перфорацією виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, гострим панкреатитом, гострою непрохідністю кишечника, гострим гастритом, нирковою колікою справа, хворобою Крона, правобічною пневмонією; у жінок - з гострими захворюваннями статевої сфери (позаматкова вагітність, розрив кісти яєчника, крововилив у яєчник, аднексит, піосальпікс, гострий гонорейний пельвіоперитоніт);

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись “Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення”. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

При гострому апендициті – ургентна операція, можливе виконання ендоскопічної операції. При деструктивних формах операція завершується дренаванням черевної порожнини через окрему контрапертуру.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого апендициту ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим апендицитом ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим апендицитом ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим апендицитом ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим апендицитом ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого апендициту ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого, зокрема, гострим апендицитом : збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого та його черева при підозрі на гострий апендицит ?
9. Чому можливе виникнення затримки участі ділянок передньої черевної стінки у диханні при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому апендициті ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому апендициті ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні піхви та прямої кишки при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому апендициті ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий апендицит ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на розвиток деструктивних форм захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого апендициту ?
14. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому апендициті ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу при підозрі на гострий апендицит ?
18. Чому в клінічному діагнозі гострого апендициту важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з гострим апендицитом та при деструктивних формах цього захворювання і розвитку ускладнень ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
- 2.Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
- 2.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.

- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
- 4.Острый аппендицит. Под ред. В.И. Колесова. – Ленинград: Медгиз, 1959.
- 5.Русанов А.А. Аппендицит.- М.: Медицина, 1979.
- 6.Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини.- К.: Фенікс, 2002.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 5.

«Гострий запальний абдомінальний синдром.

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий холецистит»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 5. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий холецистит

Визначення: Гострий запальний абдомінальний синдром виникає внаслідок обструкції порожнини одного з органів черевної порожнини різної етіології з прогресуючим розвитком в ньому запалення і деструкції, в подальшому з переходом на очеревину, що проявляється болем, клінікою зростаючої інтоксикації та запальними змінами в показниках додаткових досліджень.

При підозрі на виникнення гострого запального абдомінального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при його підтвердженні - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для дообстеження, лікування та виконання ургентної операції.

Найбільш частими причинами гострого запального абдомінального синдрому є гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит.

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий холецистит.

1. Гострий холецистит – гостре неспецифічне запалення жовчного міхура.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

1. Формування попереднього діагнозу
2. Діагностична програма та аналіз одержаних даних
3. Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
4. Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
5. ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий холецистит, яка відноситься до гострого запального абдомінального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
2. Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:

- Визначення патогномонічних симптомів **гострих холециститів** (Георгіївського-Мюссі, Грекова-Ортнера, Кера)
-Аналіз біохімічних показників крові при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1. **Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика жовчного міхура та позапечінкових вивідних протоків, очеревини
2. **Фізіологія** – жовчного міхура
3. **Патологічна фізіологія** – порушення функції органів та систем при запаленні, в тому числі при запаленні в черевній порожнині та очеревині.
4. **Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в жовчному міхурі та очеревині при різних формах запального процесу
5. **Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного та імунного факторів у виникненні запальних процесів у жовчному міхурі та очеревині
6. **Рентгенологія** – ретроградна холецистопанкреатографія, УЗД органів черевної порожнини
7. **Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу та можливих ускладнень, гострого холецистити (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювання
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми для гострого холецистити.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого холецистити.
2. Визначення захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому.
3. Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого холецистити.
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого холецистити.
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого холецистити.
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
8. Клініко-статистичні класифікації гострого холецистити та принципи формування клінічного діагнозу.

9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Визначення патогномонічних симптомів **гострого холециститу** (Георгіївського-Мюссі, Грекова-Ортнера, Кера)
2. Аналіз біохімічних показників крові при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

1. Визначення патогномонічних симптомів:

1. Гострого холециститу:

- **Георгіївського-Мюссі** – або «*френікус-симптом*» - болючість при натискуванні пальцем лікаря між ніжками правого грудинно-ключично-соскоподібного м'язу хворого;
- **Грекова-Ортнера** – болючість в проекції жовчного міхура при постукуванні ребром долоні лікаря по реберній дузі хворого справа;
- **Кера** – болючість в проекції жовчного міхура при вдиху під час пальпації лікарем черева хворого в правому підребер'ї.

2. Аналіз біохімічних показників крові при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини:

2.1. Глюкоза крові – підвищення показників – гіперглікемія - можлива при **гострих панкреатиті та холециститі**.

2.2. Амілаза крові - підвищення показників α -амілази – можливе при **гострих панкреатиті та холециститі**.

2.3. Біохімічний аналіз крові – підвищення показників білірубину – білірубінемія, лужної фосфатази, АЛТ, АСТ – можливе при **гострих холециститі та панкреатиті**.

Особливості обстеження хворих з *гострим запальним абдомінальним синдромом*:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (права половина черева, праве підребер'я, ліва половина черева, ліве підребер'я, права здухвинна ділянка, епігастрій, інші ділянки, по всьому череву)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. іррадіація болю (в праве стегно, в поперекову ділянку, в зовнішні статеві органи, праве плече і інш.)
4. характер болю (постійний, переймоподібний, оперізуючий – симптом Блайса), зв'язок з актом дефекації, рухом, кашлем
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів, характер стулу – нормальний, пронос, затримка
2. нудота, блювота (одноразова, багаторазова), чи настає полегшення після блювання
3. вздуття черева
4. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
5. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання:

З чим пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та її характером – м'ясна, рослинна, погрішність у дієті, зловживання алкоголем; фізичним перевантаженням, положенням тіла), початок гострий або раптовий

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність

- 2.коли доставлений в лікарню (дата, година)
- В) Можливі інші причини виникнення захворювання
- Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання
- Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:
- 1.кількість вагітностей
 - 2.кількість родів
 - 3.дата останніх місячних
 - 4.чи були останні місячні вчасно

2.Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

- 1.ступінь тяжкості стану хворого
- 2.поведінка хворого: спокійна (лежить на спині, правому, лівому боці) або неспокійна (змінює положення тіла, метушиться, стогне)
- 3.температура тіла, частота пульсу
- 4.стан язика (сухий, вологий, обкладений, яким нальотом)
- 5.стан зеву та мигдалин
- 6.стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

- 1.втягнутий, вздутий
- 2.симетричний, асиметричний
- 3.ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання (відставання якоїсь ділянки черева в диханні, асиметрія пупка, симптом Караванова)
- 4.наявність забарвлення шкіри, склер та видимих - жовтуха.

Пальпація:

а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату, локалізація, рухомість, розміри його в сантиметрах (окреслити його контури), гіперестезія шкіри живота;

б) наявність патогномонічних симптомів гострого холециститу (Георгіївського-Мюссі, Грекова-Ортнера, Кера, Партюрье, Мерфі, Боаса);

в) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (захисне напруження м'язів, симптоми Щьоткіна-Блюмберга, Менделя);

д) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною (симптом поколючування по поперековій ділянці Пастернацького, Захар'їна, діафрагмального нерву, симптоми непрохідності кишечника і інш.);

е) при вагінальному та ректальному дослідженні – нависання склепіння і тазової очеревини, болючість ("крик" Дугласа), вибухання передньої стінки прямої кишки.

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність симптомів Раздольського, Лепене, зміни в перкуторних межах печінки, жовчного міхура, наявність печінкової тупості, притуплення звуку по фланках черева справа та зліва, внизу черева.

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність чи відсутність перистальтичних шумів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

Лабораторне обстеження при гострому холециститі:

- а) клінічний аналіз крові* (лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво)
- б) біохімічне дослідження крові* (білірубін і його фракції, АЛТ, АСТ, електроліти сироватки крові, коагулограма)
- в) клінічний аналіз сечі* (наявність білка, еритроцитів, циліндрів, жовчних пігментів)

Додаткові апаратні та інструментальні методи дослідження:

- а) сонографія* (для оцінки стану жовчного міхура, позапечінкових жовчних проток, підшлункової залози та печінки)
- б) оглядова рентгенографія* органів черевної порожнини за показаннями (при необхідності диференціювати з непрохідністю кишки, перфоративною виразкою)
- в) комп'ютерна томографія* (за показаннями в складних діагностичних випадках)
- г) ретроградна холангіопанкреатографія* - за показаннями для уточнення патологічних змін позапечінкових проток
- д) лапароскопія діагностична* - у складних діагностичних випадках, яка може застосовуватися для уточнення діагнозу, а при наявності технічних можливостей – перетворюється в лікувальну процедуру, завершуючись холецистектомією.

4. Диференційний діагноз:

- гострого холециститу

з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини:

- гострий апендицит
- виразкова хвороба шлунка і ДПК, ускладнена перфорацією
- гострий панкреатит
- гостра непрохідність кишечника

з невідкладними урологічними захворюваннями:

- правобічна ниркова колька

з терапевтичними захворюваннями:

- правобічна нижньочасткова пневмонія
- міжреберна невралгія праворуч

з хронічними захворюваннями органів черевної порожнини:

- виразкова хвороба ДПК, ускладнена пенетрацією
- пухлина печінкового вигину товстої кишки

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

При гострому холециститі – відстрочена операція, на сучасному етапі – лапароскопічна, з використанням ендовідеотехніки.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого холецистити ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим холециститом ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим холециститом ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим холециститом ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим холециститом ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого холецистити ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого, зокрема, з гострим холециститом : збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого, зокрема, гострим холециститом, та його черева ?
9. Чому можливе виникнення змін кольору шкіри, склер та слизових при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, при гострому холециститі ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому холециститі ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні шиї та спини при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, при гострому холециститі ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий холецистит ?
13. Особливості фізикального обстеження шкіри та слизових хворого з підозрою на гострий холецистит ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на розвиток деструктивних форм захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострий холецистит ?
15. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому холециститі ?
16. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, зокрема, при гострому холециститі ?
17. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення, зокрема, при гострому холециститі ?
18. Чому для формування клінічного діагнозу, зокрема, гострого холецистити важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
19. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з гострим холециститом та при деструктивних формах цього захворювання і розвитку ускладнень ?
20. Які сучасні методи хірургічного лікування цього захворювання Ви знаєте ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
- 2..Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
- 2.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти

стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях.
Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П. -
Дніпропетровськ, Антикологостома, 2004.

4.Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.- М.: Медицина,
1990.

5.Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини.-
К.: Фенікс, 2002.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 6.

«Гострий запальний абдомінальний синдром

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий панкреатит»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 6. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий панкреатит

Визначення: **Гострий запальний абдомінальний синдром** виникає внаслідок обструкції порожнини одного з органів черевної порожнини різної етіології з прогресуючим розвитком в ньому запалення і деструкції, в подальшому з переходом на очеревину, що проявляється болем, клінікою зростаючої інтоксикації та запальними змінами в показниках додаткових досліджень.

При підозрі на виникнення гострого запального абдомінального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при його підтвердженні - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для дообстеження, лікування та виконання ургентної операції.

Найбільш частими причинами гострого запального абдомінального синдрому є **гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит.**

Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий панкреатит.

1. Гострий панкреатит – гостре дегенеративно-запальне захворювання підшлункової залози, в основі якого – аутоліз тканин залози власними активованими ферментами з подальшим приєднанням асептичного та мікробного запалення.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий панкреатит, яка відноситься до гострого запального абдомінального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування

3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:

- Визначення патогномонічних симптомів **гострого панкреатиту** (Кьорте, Мейо-Робсона, Чухрієнко)
- Аналіз біохімічних показників сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія – топографо-анатомічна характеристика жовчного міхура та позапечінкових вивідних протоків, підшлункової залози та сальникової сумки, очеревини

2.Фізіологія – підшлункової залози

3.Патологічна фізіологія – порушення функції органів та систем при запаленні, в тому числі при запаленні в черевній порожнині та очеревині.

4.Патологічна анатомія – морфологічні зміни в підшлунковій залозі та очеревині при різних формах запального процесу

5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія – місце мікробного та імунного факторів у виникненні запальних процесів у підшлунковій залозі та очеревині

6.Рентгенологія – ретроградна холецистопанкреатографія, УЗД органів черевної порожнини

7.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу та можливих ускладнень, гострого панкреатиту (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)

2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань

3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень

4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення

5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань

6.Формування лікувальної програми для гострого панкреатиту.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого панкреатиту.

2. Визначення захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому.

3.Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого панкреатиту.

4.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого панкреатиту.

5.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого панкреатиту.

6.Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.

- 7.Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
- 8.Клініко-статистичні класифікації гострого панкреатиту та принципи формування клінічного діагнозу.
- 9.Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Визначення патогномонічних симптомів **гострого панкреатиту** (Кьорте, Мейо-Робсона, Чухрієнко)
2. Аналіз біохімічних показників сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

1. Визначення патогномонічних симптомів:

1. Гострого панкреатиту:

- **Кьорте** – при проведенні пальпації живота виникає болюча резистентність стінки черева у вигляді смуги на 5-7 см вище пупка (в залежності від локалізації патологічного процесу в підшлунковій залозі – головка, тіло, хвіст - резистентність може зміщуватися вліво або вправо);

- **Мейо-Робсона** – при натискуванні пальцями лікаря у ділянці лівого реберно-хребтового кута хворого визначається болючість;

- **Чухрієнко** – ребром долоні лікаря, яка розміщується на животі хворого нижче пупка виконуються штовхоподібні рухи у глибину та уверх (виникнення болю в епігастральній ділянці хворого вказує на гострий панкреатит, в залежності від локалізації патологічного процесу - головка, тіло, хвіст - біль може переважно визначатися справа, зліва або в епігастрії).

2. Аналіз біохімічних показників сечі при гострих запальних захворюваннях органів черевної порожнини:

Діастаза сечі - підвищення показників α -амілази та наявність цукру – можливе при **гострих панкреатиті та холециститі**, різке зниження показників α -амілази з високих цифр до нуля свідчатиме про деструкцію підшлункової залози – **панкреонекроз**.

Особливості обстеження хворих з гострим запальним абдомінальним синдромом:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

- 1.локалізація болю (права половина черева, праве підребер'я, ліва половина черева, ліве підребер'я, права здухвинна ділянка, епігастрій, інші ділянки, по всьому череву)
- 2.інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
- 3.ірадіація болю (в праве стегно, в поперекову ділянку, в зовнішні статеві органи, праве плече і інш.)
- 4.характер болю (постійний, переймоподібний, оперізуючий – симптом Блайса), зв'язок з актом дефекації, рухом, кашлем
- 5.чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

- 1.особливості відходження калу і газів, характер стулу – нормальний, пронос, затримка
- 2.нудота, блювота (одноразова, багаторазова), чи настає полегшення після блювання
- 3.вздуття черева
- 4.зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
- 5.зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання:

З чим пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та її характером – м'ясна, рослинна, погрішність у дієті, зловживання алкоголем; фізичним перевантаженням, положенням тіла), початок гострий або раптовий

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

- 1.яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність
- 2.коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

- 1.кількість вагітностей
- 2.кількість родів
- 3.дата останніх місячних
- 4.чи були останні місячні вчасно

2.Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

- 1.ступінь тяжкості стану хворого
- 2.поведінка хворого: спокійна (лежить на спині, правому, лівому боці) або неспокійна (змінює положення тіла, метушиться, стогне)
- 3.температура тіла, частота пульсу
- 4.стан язика (сухий, вологий, обкладений, яким нальотом)
- 5.стан зеву та мигдалин
- 6.стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

- 1.втягнутий, вздутий
- 2.симетричний, асиметричний
- 3.ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання (відставання якоїсь ділянки черева в диханні, асиметрія пупка, симптом Караванова)
- 4.наявність забарвлення шкіри, склер та видимих слизових (симптоми Грюнвальда, Куллена, Логерлофа, Мондора, Турнера, Холстеда, жовтуха, калікреїновий колір).

Пальпація:

а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату, локалізація, рухомість, розміри його в сантиметрах (окреслити його контури), гіперестезія шкіри живота;

б) наявність патогномонічних симптомів гострого панкреатиту (Кьорте, Мейо-Робсона, Чухрієнко, болючість в точці Мейо-Робсона);

в) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (захисне напруження м'язів, симптоми Щьоткіна-Блюмберга, Менделя);

г) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною (симптом поколючування по поперековій ділянці Пастернацького, Захар'їна, діафрагмального нерву, симптоми непрохідності кишечника і інш.);

д) при вагінальному та ректальному дослідженні – нависання склепіння і тазової очеревини, болючість (крик Дугласа), вибухання передньої стінки прямої кишки.

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність симптомів Раздольського, Лепене, зміни в перкуторних межах печінки, жовчного міхура, наявність печінкової тупості, притуплення звуку по фланках черева справа та зліва, внизу черева.

Аускультация:

- А) Грудної клітини
- Б) Живота:

Наявність чи відсутність перистальтичних шумів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

Лабораторне обстеження при гострому панкреатиті:

- а) **клінічний аналіз крові** (лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, еозинопенія)
- б) **біохімічне дослідження крові** (збільшення білірубіна, активація печінкових ферментів АЛТ, АСТ, ЛФ, зниження кальцію), **глюкоза крові (збільшення), амілаза сироватки крові (збільшення)**
- в) **клінічний аналіз сечі** (наявність білка, еритроцитів, циліндрів), підвищення діастази сечі

Несприятливі прогностичні ознаки: різке зниження діастази і амілази до нуля, лейкоцитоз зі зрушенням формули вліво, лімфопенія, зниження еозинофілів, кальцію, підвищення глюкози в крові

Додаткові апаратні та інструментальні методи дослідження:

- а) **сонографія** (для оцінки стану підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, наявності рідини в черевній порожнині, стану жовчного міхура та позапечінкових жовчних проток)
- б) **комп'ютерна томографія** (для уточнення наявності та поширеності некротичних змін у залозі)
- в) **оглядова рентгенографія** органів черевної порожнини для виявлення непрямих ознак гострого панкреатиту (здуття поперечної ободової кишки) і випоту в плевральній порожнині ліворуч
- г) **лапароскопія діагностична** (яка може застосовуватися для уточнення діагнозу, а при наявності в черевній порожнині випоту – перетворюється в лікувальну процедуру, завершуючись дренажуванням черевної порожнини)

4. Диференційний діагноз:

Диференційна діагностика гострого панкреатиту (проводиться в залежності від періоду патологічного процесу – періоду шоку, поліорганної недостатності і гнійних ускладнень):

А) Період гемодинамічних порушень і панкреатогенного шоку:

з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини:

- гострий холецистит
- виразкова хвороба ДПК, ускладнена перфорацією
- тромбоз судин брижі
- гострий апендицит

Б) Період поліорганної недостатності:

- перитоніт

В) Період гнійних ускладнень:

- абсцес черевної порожнини
- сепсис

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні

класифікації хвороб органів травлення”. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

При гострому панкреатиті – медикаментозне лікування в відділенні інтенсивної терапії і ургентна операція при розвитку панкреонекрозу або інших ускладнень.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого панкреатиту ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим панкреатитом ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим панкреатитом ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим панкреатитом ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з гострим запальним абдомінальним синдромом, зокрема, гострим панкреатитом ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострого панкреатиту ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого, зокрема, з гострим панкреатитом: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого, зокрема, гострим панкреатитом, та його черева ?
9. Чому можливе виникнення змін кольору шкіри, склер та слизових при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, при гострому панкреатиті ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому панкреатиті ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні шиї та спини при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, при гострому панкреатиті ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий панкреатит ?
13. Особливості фізикального обстеження шкіри хворого з підозрою на гострий панкреатит ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на розвиток деструктивних форм захворювань, які належать до гострого запального абдомінального синдрому, зокрема, гострий панкреатит ?
15. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при гострому запальному абдомінальному синдромі, зокрема, гострому панкреатиті ?
16. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, зокрема, при гострому панкреатиті ?
17. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення, зокрема, при гострому панкреатиті ?
18. Чому для формування клінічного діагнозу, зокрема, гострого панкреатиту важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
19. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з гострим панкреатитом та при деструктивних формах цього захворювання і розвитку ускладнень ?
20. Які сучасні методи хірургічного лікування цього захворювання Ви знаєте ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
- 2..Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
- 2.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы.- Симферополь, 1997.
- 5.Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини.- К.: Фенікс, 2002.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “ Гострим запальним абдомінальним синдромом ”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, який вивчали.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Гострому абдомінальному запальному синдрому» (індивідуальні клінічні завдання):

Задача №1

Хворий В., 26 років, звернувся до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій здухвинній ділянці, нудоту, слабкість. Із анамнезу: біль виник за добу потому в епігастральній ділянці без видимих причин, через 4 години перемістився в праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. Стул регулярний, кал сформований.

При обстеженні: загальний стан задовільний, температура тіла 37,6°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Язик вологий, живіт декілька здутий, передня черевна стінка відстає в диханні в правій половині, при пальпації визначається напруження передньої черевної стінки і виразна локальна болючість в правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона, Щоткіна-Блюмберга.

Задача №2

Хвора Р., 43 роки, скаржиться на сильний гострий біль в правій половині живота, більше – в правому підребер'ї, з іррадіацією в праву надключичну ділянку; підвищення температури тіла, сухість і гіркоту в роті. Із анамнезу: захворіла 10 годин потому, появу болю пов'язує з вживанням жирної і смаженої їжі.

При обстеженні: загальний стан середньої важкості, хвора лежить на правому боці, бліда, температура тіла 38,2°C, пульс 104 уд. за 1 хв. Язик сухий. Живіт помірно здутий, верхня половина не приймає участі в диханні. При пальпації визначається виразна болючість і напруження м'язів черевної стінки в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мюссі-Георгієвського; Раздольського і Щоткіна-Блюмберга в правому підребер'ї.

Задача №3

Хвора П., 42 років, скаржиться на різкий біль, що оперезує, в епігастральній ділянці. На тлі постійного болю виникають напади його посилення, які супроводжуються печією, блювотою, що не приносить полегшення. Із анамнезу: захворіла 5 годин потому, появу захворювання пов'язує з вживанням алкоголю, значної кількості жирної і гострої їжі.

При обстеженні: загальний стан хворої середньої важкості. Частота пульса 94 за 1 хв. АТ = 150/90 мм рт.ст. Язик вологий, обкладений. Живіт здутий в верхній половині, при пальпації визначається помірне напруження м'язів і виразна болючість в епігастрії і лівому підребер'ї. Пульсація черевної аорти не визначається, симптоми подразнення очеревини негативні. Позитивні симптоми Кьорте, Чухрієнко, Мейо-Робсона. При аускультатії живота – перистальтичні шуми послаблені.

Задача №4

Хворий А., 57 років, надійшов до лікарні на другу добу від початку захворювання зі скаргами на різкий, дуже сильний, що оперезує, біль в верхній половині живота, збільшення об'єму живота, задишку, нудоту, блювоту, затримку стула і газів. Із анамнезу: захворювання пов'язує з прийомом гострої і жирної їжі, значної кількості алкоголю.

При обстеженні: загальний стан хворого важкий. Положення в ліжку пасивне. Частота пульса 140 за 1 хв., частота дихання - 27 а хвилину. АТ = 100/70 мм рт.ст. Живіт здутий в верхній половині, передня черевна стінка вище пупка не приймає участі в акті дихання. При пальпації – помірне напруження і виразна болючість в епігастральній ділянці і лівому підребер'ї. Позитивні симптоми Кьорте, Чухрієнко, Воскресенського, симптоми

позраження очеревини негативні. При аускультатії живота – шуми перистальтики послаблені.

Задача №5

Хворий Д., 36 років, звернувся до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій здухвинній ділянці, нудоту, слабкість, почастишане болюче сечовипускання. Із анамнезу: біль виник в епігастральній ділянці 12 годин потому, через 2 години перемістився в праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. Стул не порушений, кал сформований.

При обстеженні: загальний стан хворого відносно задовільний, температура тіла 37,6°C, пульс 104 уд. за 1 хв. Язик вологий, живіт декілька здутий, права половина черевної стінки відстає в акті дихання. При пальпації визначається помірна напруга м'язів передньої черевної стінки і виразна локальна болючість в правій здухвинній ділянці. Позитивні симптоми Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона, Яуре-Розанова. Перитонеальні симптоми не визначаються. При аускультатії – перистальтика кишок дещо послаблена.

Задача №6

Хвора В., 26 років, звернулася до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій здухвинній ділянці і над лоном, нудоту, слабкість. Із анамнезу: біль виник в верхній половині живота за добу потому, через 3-4 години перемістився в праву здухвинну ділянку, поступово посилювався, була одноразова блювота. Стул був напередодні, кал оформлений.

При обстеженні: загальний стан хворої задовільний, температура тіла 37,3°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Язик вологий, обкладений. Живіт дещо здутий в нижній половині, права половина передньої черевної стінки відстає в акті дихання. При пальпації визначається помірна напруга м'язів передньої черевної стінки в правій здухвинній ділянці і над лоном, тут же – виразна локальна болючість. Позитивні симптоми Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона, Раздольського. Перитонеальні симптоми не визначаються.

Задача №7

Хвора С., 56 років, звернулася до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій здухвинній ділянці, нудоту, слабкість. Із анамнезу: біль виник в верхній половині живота 5 діб потому, на тлі повного здоров'я, через 4 години перемістився в праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. За медичною допомогою хвора не зверталася, застосовувала відвари із трав. Через 4 доби стан хворої дещо погіршився: підвищилася температура тіла до 37,5°C, появилася нудота, загальна слабкість, що і змусило хвору звернутися до лікаря.

При обстеженні: загальний стан середньої важкості, температура тіла 37,6°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Язик вологий, обкладений. Живіт дещо здутий в нижній половині, права половина передньої черевної стінки відстає в акті в дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний на всьому протязі, окрім правої здухвинної ділянки, де нечітко пальпується пухлиноподібне утворення, розміром 6x8 см, помірно болюче, мало рухоме. Позитивні симптоми Ровзінга, Образцова. Перитонеальні симптоми не визначаються.

Задача №8

Хвора Ш., 48 років, скаржиться на сильний біль в правій половині живота, більше – в правому підребер'ї, з іррадіацією в праву надключичну ділянку і під праву лопатку; підвищення температури тіла, сухість і гіркоту в роті. Із анамнезу: захворіла дві доби потому, появу болю пов'язує із вживанням жирної і смаженої їжі. В минулому періодично виникав біль в правому підребер'ї після порушень в харчуванні.

При обстеженні: загальний стан середньої важкості, хвора лежить на спині, температура тіла 37,9°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Язик вологий, обкладений по краях жовтуватим налітом. Живіт дещо здутий, верхня половина черевної стінки відстає в акті дихання. При пальпації – визначається помірна напруга м'язів і виразна болючість в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мюссі-Георгієвського. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Задача №9

Хвора Ф., 68 років, скаржиться на постійний біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праву надключичну ділянку, сухість і гіркоту в роті, жовтяничне забарвлення шкірних покривів. Із анамнезу: захворіла дві доби потому, появу болю пов'язує із вживанням жирної і смаженої їжі. Біль виник гостро в епігастральній ділянці, двічі була блювота, потім біль дещо зменшився і локалізувався в правому підребер'ї, в кінці першої доби захворювання помітила жовтяничне забарвлення шкіри і склер. В минулому періодично виникали болі в підребер'ї після порушень в харчуванні.

При обстеженні: загальний стан хворої середньої важкості, лежить на спині, температура тіла 38,2°C, пульс 94 уд. за 1 хв. Шкірні покриви і склери іктеричні. Язик вологий, обкладений сіруватим налітом. Живіт помірно здутий, верхня половина відстає в акті дихання. При пальпації – виразна болючість і помірна напруга м'язів в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Кера, Мюссі-Георгієвського. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Задача №10

Хвора Д., 72 років, скаржиться на постійний біль в правій половині живота, сухість і гіркоту в роті, нудоту, блювоту. Із анамнезу: захворіла гостро дві доби потому, появу болю пов'язує із вживанням жирної і смаженої їжі. Біль виник в правому підребер'ї, з іррадіацією в праву лопатку, двічі була блювота. За медичною допомогою не зверталася, самостійно приймала спазмолітики, однак стан погіршувався, біль розповсюдився по правому фланку, підвищилася температура тіла. В минулому періодично виникали напади болю в правому підребер'ї після порушень в харчуванні.

При обстеженні: загальний стан хворої важкий, лежить на правому боці, температура тіла 39,2°C, пульс 114 уд. за 1 хв. Шкірні покриви бліді. Язик сухий, обкладений сіруватим налітом. Живіт здутий, передня черевна стінка не приймає участі в акті дихання. При пальпації – різка болючість і виразне напруження правої половини живота. Позитивні симптоми Ортнера, Мюссі-Георгієвського. Перитонеальні симптоми (Щоткіна-Блумберга, Раздольського) позитивні в правій половині живота.

Задача №11

Хворий Ю., 47 років, поступив у лікарню на другу добу від початку захворювання зі скаргами на різкий, оперізуючий біль в верхній половині живота, збільшення живота в об'ємі, задишку, нудоту, блювоту, затримку стула і газів. Із анамнезу: захворювання пов'язує із вживанням гострої і жирної їжі, значної кількості алкоголю.

При обстеженні: загальний стан хворого важкий. Частота пульса 140 за 1 хв., дихання - 27 за хвилину. АТ = 90/50 мм рт.ст. Обличчя бліде, ціанотичне. Живіт здутий, передня черевна стінка не приймає участі в акті дихання. При пальпації - напруження і виразна болючість на всьому протязі живота, в епігастральній ділянці і лівому підребер'ї палькується інфільтрат без чітких контурів. Позитивні симптоми Воскресенського, Чухрієнко, симптоми подразнення очеревини. Перкуторно – притуплення у відлогах місцях. При аускультатії живота – перистальтичні шуми різко ослаблені.

Задача №12

Хвора С., 64 років, звернулась до лікаря зі скаргами на постійний біль в правій половині живота, нудоту, слабкість. Із анамнезу: біль виник в епігастральній ділянці 6 діб тому, через 3-4 години перемістився в праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. За медичною допомогою не зверталась, самостійно приміняла спазмолітики. Через 4 доби стах хворої дещо погіршився: підвищилася температура тіла до 37,8°C, появилися нудота, слабкість, але хвора продовжувала самолікування. На шосту добу стан хворої значно погіршився: посилювався біль і розповсюджувався на всю праву половину живота, температура тіла підвищилася до 38,5°C, виникла затримка стула і газів.

При обстеженні: загальний стан хворої важкий, температура тіла 38,3°C, пульс 120 уд. за 1 хв., АТ=100/60 мм рт.ст. Язик сухуватий, живіт помірно здутий в нижній половині, права половина передньої черевної стінки відстає в акті дихання. При пальпації живіт напружений, болючий на всьому протязі, але більше всього - в правій здухвинній ділянці, де нечітко пальпується інфільтрат розміром 10x8 см, різко болючий, нерухомий. Перитонеальні симптоми (Щоткіна-Блумберга, Раздольського) позитивні, більше в правій половині живота.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 7.

«Синдром кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту.

Гостра та хронічна кровотеча в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту: варикозне розширення вен стравоходу; синдром Маллорі-Вейса; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ускладнена кровотечею; виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки; геморагічний гастрит; рак шлунку»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 7. Гостра та хронічна кровотеча в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту.

Визначення: Гостра та хронічна кровотеча в порожнину шлунково-кишкового тракту виникає внаслідок ураження різних відділів шлунково-кишкового тракту патологічним процесом який ускладнюється кровотечею, що проявляється наявністю зміненої або незміненої крові в випорожненнях, клінікою зростаючої анемії та гіповолемічного шоку.

При підозрі на виникнення гострої кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту хворому необхідно надати первинну медичну допомогу та терміново госпіталізувати в спеціалізований центр по лікуванню шлунково-кишкових кровотеч або в хірургічний стаціонар багатопрофільної лікарні.

При підозрі на наявність хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту показана консультація хірурга, а при його підтвердженні - госпіталізація в хірургічне відділення або інше спеціалізоване відділення (проктологічне, онкологічне).

Причинами гострих та хронічних шлунково-кишкових кровотеч можуть бути більше 100 різних захворювань. Найбільш частими причинами гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту є **варикозне розширення вен стравоходу; синдром Маллорі-Вейса; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ускладнена кровотечею; виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки; геморагічний гастрит; рак шлунку.**

Гостра та хронічна кровотеча в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту.

Доля виразкових кровотеч займає приблизно 50%, кровотечі при пухлинах різної локалізації складають приблизно 15%, при геморагічному гастриті приблизно 10%, при варикозному розширенні вен стравоходу приблизно 5%, при інших захворюваннях до 20%.

- 1. Кровотеча при варикозному розширенні вен стравоходу** є ускладненням захворювання, яке розвивається при розривах варикозних вен стравоходу, внаслідок різниці між внутрішньосудинним та внутрішньопросвітним тиском у хворих з портальною гіпертензією і розвитком портосистемних коллатералей.
- 2. Синдром Маллорі-Вейса** – поздовжні тріщини або розриви слизової стравоходу і шлунка, які супроводжуються повторною блювотою з домішками крові.
- 3. Кровотеча при виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки** є ускладненням виразкової хвороби, виникаючим внаслідок ураження виразковим дефектом судин, розташованих в стінці шлунку або ДПК.
- 4. Кровотеча при геморагічному гастриті** виникає внаслідок порушення кровообігу в слизовій оболонці шлунку з розвитком кровоточивих ерозій або діapedезної кровотечі.

5. **Кровотеча при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі** є одним із ускладнень ерозій чи виразок стравоходу, виникаючих внаслідок повторного тривалого впливу шлункового соку, жовчі та панкреатичного соку на слизову стравоходу при рефлюксії шлункового вмісту до стравоходу.
6. **Кровотеча при раковій хворобі шлунку** є ускладненням, виникаючим внаслідок ураження судин шлунку пухлинним злоякісним процесом та розпадом пухлини з дефектом судин, розташованих в стінці шлунку.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф.діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:
 - А) Засвоєння правил надання першої медичної допомоги на догоспітальному етапі
 - Б) Терміновість госпіталізації
 - В) Терміновість операції
 - Г) Передопераційна підготовка
 - Д) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Досягти необхідний рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою - Гостра та хронічна кровотеча в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту: варикозне розширення вен стравоходу; синдром Маллорі-Вейса; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ускладнена кровотечею; виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки; геморагічний гастрит; рак шлунку, яка відноситься до синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента після курації тематичного хворого з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - Тлумачення ендоскопічних ознак активності кровотечі за Forest
 - Визначення ступеню тяжкості крововтрати.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.**Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика стравоходу, шлунку, ДПК, тонкої та товстої кишок.
- 2.**Фізіологія** – фізіологічні функції клітин крові та органів кровотворення.
- 3.**Патологічна фізіологія** – зміни в організмі при крововтраті.
- 4.**Патологічна анатомія** – зміни в органах та системах при крововтраті.
- 5.**Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – імунологічні основи трансфузіології.

6. Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикальне обстеження хворого, трансфузіологія: визначення групи крові, проведення проб на сумісність, надання першої доклінічної допомоги.

7. Анестезіологія та інтенсивна терапія – компенсація втрат ОЦК.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу захворювання (опитування хворого та фізикальне обстеження)
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювання
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань, з якими необхідно проводити диференційний діагноз та його проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту
2. Визначення захворювань, які можуть приводити до кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту
3. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострої або хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту
4. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу
5. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування
6. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом
7. Клініко-статистичні класифікації захворювань, що входять до синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту та формування клінічного діагнозу
8. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за практичним заняттям:

1. Тлумачення ендоскопічних ознак активності кровотечі за Forest
2. Визначення ступеню тяжкості крововтрати

1. Активність кровотечі за Forest (ендоскопічна картина):

- I₁** - Forest 1a (активна струмінна)
- I₂** - Forest 1b (активна капілярна)
- I₃** - Forest 2a (тромбована судина з погрозою кровотечі)
- I₄** - Forest 2b (фіксований згусток крові)
- I₅** - Forest 2c (дрібні тромбовані судини)
- I₆** - Forest 3 (дефект під фібрином)

2.Ступінь важкості крововтрати:

T₁ – легкий ступінь важкості

(крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд/хв., АТ > 120 мм.рт.ст., шоківий індекс Пульс/АТ – 0,54-0,78; Ер. – 5-3,5 x 10¹²/л; НЬ - 150-120 г/л; Нт -44-38%; діурез – 50-60 мл/год.)

T₂ – середній ступінь важкості

(крововтрата 21-30%, пульс 90 уд/хв., АТ - 120 -80 мм.рт.ст., шоківий індекс Пульс/АТ – 0,78-1,38; Ер. – 3,5-3,0 x 10¹²/л; НЬ - 120-100 г/л; Нт -38-32%; діурез - 40-50 мл/год.)

T₃ – важкий ступінь

(крововтрата 31-40%, пульс-110-120 уд/хв., АТ- 80-70 мм.рт.ст., шоківий індекс Пульс/АТ – 1,38-1,5; Ер. – 2,5-2 x 10¹²/л; НЬ - 100-80 г/л; Нт -32-22%; діурез - 30 - 40 мл/год.)

T₄ - вкрай важкий ступінь

(крововтрата 41-70%, пульс >120 уд/хв., АТ < 70 мм.рт.ст., шоківий індекс Пульс/АТ – > 1,5; Ер. – <2 x 10¹²/л; НЬ < 80г/л; Нт < 22%; діурез < 30 мол/год.)

Особливості обстеження хворих з гострою та хронічною кровотечею в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту:

1.Опитування

Скарги на біль на момент огляду:

- а) локалізація болю (права або ліва половина живота, епігастральна ділянка, інші ділянки, по всьому животі, за грудиною, в ділянці прямої кишки), припинення болю;
- б) інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний);
- в) характер болю (постійний, переймоподібний, пов'язаний з прийомом їжі);
- г) ірадіація болю
- д) чи були аналогічні напади болю раніше.

Скарги на: загальну слабкість, запаморочення, серцебиття.

Послідовно виявляють інші скарги:

1. нудота, блювота (характер блювотних мас та їх забарвлення – кров рожева, темна, згустки крові)
2. особливості відходження калу (консистенція, забарвлення, домішки рожевої або темної крові, мелена)
3. здуття живота
4. зміни з боку інших органів та систем
5. зміни температури тіла

Анамнез захворювання та життя:

Дата і час початку (у годинах) захворювання

Послідовність проявлення інших симптомів:

- а) нудота, блювання (одноразова, багаторазова, з домішками крові), чи настає після блювання полегшення;
- б) характер стулу (нормальний, пронос, затримка стільця, наявність крові);
- в) температура тіла (нормальна, підвищена, в яких межах).

Через скільки годин та куди звернувся за медичною допомогою, коли доставлений у лікарню (вказати години).

Лікування до надходження у клініку.

Можливі причини появлення захворювання – зв'язок з прийманням їжі та її характером (м'ясна, рослинна, погрішність у дієті)

Біль за грудиною при ковтанні, печія, висока температура.

У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез, дата останніх місячних, чи були вони

вчасно?

Наявність виразкового анамнезу, хронічних захворювань печінки.

2.Об'єктивне дослідження

Загальні дані:

- а) ступінь тяжкості стану хворого,
- б) поведінка хворого:
 - спокійна
 - неспокійна – змінює положення, стогне
- в) температура тіла, прискорення частоти пульсу, зниження АТ, ЧП, ЧД
- г) стан язика (сухий, вологий),
- д) стан зеву та мигдалин
- е) колір шкіри (блідий, наявність венозної сітки на передній черевній стінці)

Дослідження органів черевної порожнини:

огляд живота:

- а. втягнутий, вздутий, збільшений в об'ємі при асциті.
- б. ступінь участі в акті дихання (відставання правої або лівої половини живота, асиметрія живота),

пальпація живота:

- а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність новоутворень, локалізація, рухомість, розміри її в сантиметрах (окреслити її контури), гіперестезія шкіри живота
- б) наявність виразкових симптомів
- в) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (захисне напруження м'язів, симптоми Щоткіна-Блюмберга, Менделя)
- г) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною

перкусія живота:

- а. притуплення по флангах,
- б. збільшення печінкової тупості,
- в. виражений тимпаніт

аускультация живота: - наявність та підсилення перистальтичних шумів.

ректальне дослідження:

- визначається нависання склепіння піхви, наявність інфільтрату, пухлиноподібних утворень, кров, слиз на рукавичці, наявність гемороїдальних вузлів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3.Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень

1. Лабораторні дослідження крові (по швидкій допомозі – підрахунок кількості еритроцитів та гемоглобіну крові, гематокриту, дефіцит ОЦК), аналіз калу на приховану кров
2. Фібрософагодуоденоскопія
3. Ректороманоскопія
4. Фіброколоноскопія
5. Рентгенконтрастне дослідження шлунку та ДПК.
6. Ірієнографія
7. Селективна артеріографія
8. УЗД органів черевної порожнини.

4. Диференційний діагноз

Кровотеча при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, кровотеча при раку шлунку, кровотеча при варикозному розширенні вен стравоходу, кровотеча при геморагічному гастриті, кровотеча при синдромі Маллорі-Вейса, кровотеча при гастроєзофагельній рефлюксній хворобі потребують диференційної діагностики між собою, а також з кровотечею з нижнього поверху шлунково-кишкового тракту при раковій хворобі кишечника та геморої, що ускладнився кровотечею, а також з легеневою кровотечею та кровотечею в плевральну і черевну порожнину.

5. Клінічний діагноз

Вказуються нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав. – Київ, Дніпро – VAL, 2004.)

6. Організаційно-лікувальна тактика

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Можливість застосування спеціальної дієти, холоду, лазерної коагуляції, електрокоагуляції, лікарських препаратів, препаратів крові, оперативних втручань.

Алгоритми поповнення крововтрати.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що призводять до появи синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
4. Чому важливо знати час та дату початку захворювання у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилось хворому з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя?
8. Які зміни можливо виявити при огляді хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту?
9. Які зміни можливо виявити при фізикальному обстеженні хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
10. Які зміни можливо виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
11. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу?
12. Яку діагностичну програму необхідно призначити хворому з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?

13. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу?
14. Особливості диференційної діагностики гострої та хронічної кровотечі з верхньої та нижньої частин травного каналу ?
15. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
16. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
17. Які покази до переливання крові та її компонентів ?
18. Які покази для вибору оперативного лікування у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?
19. Які принципи надання догоспітальної медичної допомоги у хворого з гострою кровотечею в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту ?
20. Основні принципи консервативного лікування хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину верхнього поверху шлунково-кишкового тракту?

ЛІТЕРАТУРА

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

1. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кашенко В.А., Васюкова Е.Л., Распереза Д.В. Кровотечения портального генеза. Вопросы диагностической и лечебной эндоскопии. – Ст.-П.-2001.
2. Крилов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей. - Ст.-П.: Изд-во «Питер». – 1997.
3. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
4. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
5. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологостома, 2004.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 8.

«Синдром кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту.

Гостра та хронічна кровотеча в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту: рак кишечника, ускладнений кровотечею; геморой, ускладнений кровотечею»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 8. Гостра та хронічна кровотеча в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту.

Визначення: Гостра та хронічна кровотеча в порожнину шлунково-кишкового тракту виникає внаслідок ураження різних відділів шлунково-кишкового тракту патологічним процесом який ускладнюється кровотечею, що проявляється наявністю зміненої або незміненої крові в випорожненнях, клінікою зростаючої анемії та гіповолемічного шоку.

При підозрі на виникнення гострої кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту хворому необхідно надати первинну медичну допомогу та терміново госпіталізувати в спеціалізований центр по лікуванню шлунково-кишкових кровотеч або в хірургічний стаціонар багатoproфільної лікарні.

При підозрі на наявність хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту показана консультація хірурга, а при його підтвердженні - госпіталізація в хірургічне відділення або інше спеціалізоване відділення (проктологічне, онкологічне).

Причинами гострих та хронічних шлунково-кишкових кровотеч можуть бути більше 100 різних захворювань. Найбільш частими причинами гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту є **рак кишечника, ускладнений кровотечею; геморой, ускладнений кровотечею.**

Рак кишечника, ускладнений кровотечею; геморой, ускладнені кровотечею.

1.Кровотеча при раку кишечника є проявом захворювання і виникає внаслідок ураження пухлиною крупних судин або травматизації чи розпаду пухлини.

2.Кровотеча при геморойі є одним з головних проявів захворювання, та виникає внаслідок травматизації кавернозних тілець прямої кишки.

Кінцеві цілі навчання на практичному занятті:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф.діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ:

- А) Засвоєння правил надання першої медичної допомоги на догоспітальному етапі
- Б) Терміновість госпіталізації
- В) Терміновість операції
- Г) Передопераційна підготовка
- Д) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Досягти необхідний рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою - рак кишечника, ускладнений кровотечею; геморой, ускладнений кровотечею, яка

відноситься до синдрому гострої та хронічної кровотеча в порожнину шлунково-кишкового тракту.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Курація тематичного хворого з теоретичним опитуванням кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - визначення групи крові
 - визначення групової та індивідуальної сумісності крові

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія – топографо-анатомічна характеристика товстої кишки.
- 2.Фізіологія – фізіологічні функції клітин крові та органів кровотворення.
- 3.Патологічна фізіологія – зміни в організмі при крововтраті.
- 4.Патологічна анатомія – зміни в органах та системах при крововтраті
- 5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія – імунологічні основи трансфузіології
- 6.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикальне обстеження хворого, визначення групи крові, проведення проб на сумісність, надання першої доклінічної допомоги.
- 7.Анестезіологія та інтенсивна терапія – компенсація втрат ОЦК.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу захворювання (опитування хворого та фізикальне обстеження)
- 2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювання
- 3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
- 4.Формування переліку захворювань, з якими необхідно проводити диференційний діагноз та його проведення
- 5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
- 6.Формування лікувальної програми.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

- 1.Актуальність проблеми гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту
- 2.Визначення захворювань, які можуть приводити до кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту
- 3.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострої або хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту
- 4.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу

5. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування
6. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом
7. Клініко-статистичні класифікації захворювань, що входять до синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту
8. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом

1. Визначення групи крові
2. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові

1. Визначення групи крові за системою АВ0 за допомогою моноклональних антитіл:

Техніка

Визначення групи крові (еритроцитів) за системою АВ0 моноклональними реагентами (моноклони анти-А і анти-В, поліклони анти-А і анти-В) проводять за допомогою звичайних ізосерологічних методів виявлення антигенів еритроцитів на планшетах або на білій порцеляновій пластинці із змочуваною поверхнею, у приміщенні з гарним освітленням при температурі 15-25°C;

1. При кожному визначенні групи крові використовують по дві серії реагентів анти-А і анти-В. Моноклональні антитіла анти-А і анти-В наносять на планшетку або пластинку по одній великій краплі (0,1 мл) під відповідними позначками: "анти-А" або "анти-В". Поряд з краплями антитіл наносять досліджувану кров по одній маленькій краплі (0,01 мл). Під час визначення групи крові на планшеті антитіла і кров змішують ретельно вимитою сухою кулькою, погойдуючи планшет; у разі визначення на пластинці - скляною паличкою, яку промивають і насухо витирають після розмішування кожної краплі.
2. Після змішування реагентів і крові спостерігають за реакцією аглютинації протягом 2,5 хв.
3. Оцінка результатів реакції аглютинації з моноклональними антитілами анти-А і анти-В:

Визначення груп крові за допомогою поліклонів

Анти-А	Анти-В	Група крові
-	-	О(I)
+	-	А(II)
-	+	В(III)
+	+	АВ(IV)

Примітка: + аглютинація, - відсутність аглютинації

2. Проби на сумісність

Проба на індивідуальну сумісність групи крові (еритроцитів) за системою АВ0 (проба на групову сумісність при кімнатній температурі)

Техніка

1. Усі проби виконують з сироваткою крові хворого, яку одержують шляхом центрифугування чи відстою. Сироватка придатна для проби у разі зберігання у холодильнику протягом 2 діб.
2. На білу пластинку або чашку Петрі наносять 2 - 3 краплі сироватки крові хворого, до якої додають в 5 разів меншу краплю концентрату еритроцитів (крові) донора.
3. Кров перемішують з сироваткою хворого, потім пластинку періодично погойдують протягом 5 хв. і одночасно спостерігають за результатом реакції.

4. Відсутність аглютинації еритроцитів донора свідчить про сумісність групи крові донора і реципієнта за системою АВ0. Наявність аглютинації вказує на їх несумісність і нанеможливість переливання еритроцитарного концентрату (крові).

Проба на сумісність крові (еритроцитів) за резус-фактором Rh0(D) (теплова проба на резус-сумісність)

Техніка

1. Пробу на сумісність з використанням 10,0% розчину желатину проводять в пробірках при температурі від 46 до 48 град. С протягом 10 хв.
2. На дно відповідно позначеної пробірки вносять 1 краплю еритроцитів донора, потім додають 2 краплі підігрітого (до розрідження) 10,0% розчину желатину і 2 - 3 краплі сироватки хворого.
3. Вміст пробірки перемішують шляхом струшування і ставлять на водяну баню при температурі від 46 до 48 град. С на 10 хв. Потім пробірку виймають з водяної бані, додають до неї 5,0 - 8,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, перемішують вміст шляхом 1 - 2 разового перевертання пробірки і оглядають на світло неозброєним оком або через лупу.
4. Оцінка результатів: наявність аглютинації у вигляді зависі маленьких, рідше великих, клубочків на фоні освітленої або повністю прозорої рідини означає, що еритроцити (кров) донора несумісні з кров'ю хворого і їх не можна переливати хворому. Якщо вміст пробірки залишається рівномірно забарвленим, злегка опалесцентним і в ньому не спостерігається аглютинації, еритроцити (кров) донора сумісні з кров'ю хворого за резус-фактором Rh0(D).

Клініко-біологічна проба на сумісність

Техніка

1. Перші 45 мл крові переливають у три прийоми по 10-15 мл струменем з інтервалами 3 хвилини (під час інтервалу систему перекривають)
2. Якщо після переливання 45 мл крові відсутні ознаки несумісності (занепокоєння, утруднення дихання, біль у попереку, почервоніння обличчя або блідість, прискорення пульсу, зниження АТ), то переливання крові проводять краплинним способом.
3. У разі переливання еритроцитарного концентрату (крові) під наркозом про виникнення реакції або ускладнення може свідчити немотивоване прискорення пульсу та зниження артеріального тиску. В такому випадку подальше переливання необхідно негайно припинити.

Особливості обстеження хворих з гострою та хронічною кровотечею в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту:

1. Опитування

Скарги на біль на момент огляду:

- а) локалізація болю (права або ліва половина живота, епігастральна ділянка, інші ділянки, по всьому животі, за грудиною, в ділянці прямої кишки);
- б) інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний);
- в) характер болю (постійний, переймоподібний, пов'язаний з прийомом їжі);
- г) ірадіація болю
- д) чи були аналогічні напади болю раніше.

Скарги на: загальну слабкість, запаморочення, серцебиття.

Послідовно виявляють інші скарги:

1. особливості відходження калу (консистенція, забарвлення, домішки рожевої або темної крові, мелена)
3. здуття живота

4. зміни з боку інших органів та систем

5. зміни температури тіла

Анамнез захворювання та життя:

Дата і час початку (у годинах) захворювання

Послідовність проявлення інших симптомів:

а) характер стулу (нормальний, пронос, затримка стільця, наявність крові);

б) температура тіла (нормальна, підвищена, в яких межах).

Через скільки годин та куди звернувся за медичною допомогою, коли доставлений у лікарню (вказати години).

Лікування до надходження у клініку

Можливі причини появи захворювання – зв'язок з прийманням їжі та її характером (м'ясна, рослинна, погрішність у дієті)

Біль за грудиною при ковтанні, печія, висока температура.

У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез, дата останніх місячних, чи були вони вчасно?

Наявність виразкового анамнезу, хронічних захворювань печінки.

2.Об'єктивне дослідження

Загальні дані:

а) ступінь тяжкості стану хворого,

б) поведінка хворого:

- спокійна

- неспокійна – змінює положення, стогне

в) температура тіла, прискорення частоти пульсу, зниження АТ, ЧП, ЧД

г) стан язика (сухий, вологий),

д) стан зеву та мигдалин

е) колір шкіри (блідий, наявність венозної сітки на передній черевній стінці)

Дослідження органів черевної порожнини:

огляд живота:

1.втягнутий, вздутий, збільшений в об'ємі при асциті.

2. ступінь участі в акті дихання (відставання правої або лівої половини живота, асиметрія живота),

пальпація живота:

а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність новоутворень, локалізація, рухомість, розміри її в сантиметрах (окреслити її контури), гіперестезія шкіри живота,

б) наявність виразкових симптомів ,

в) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (захисне напруження м'язів, симптоми Щоткіна-Блюмберга, Менделя).

г) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною

перкусія живота:

а. притуплення по фланках,

б. збільшення печінкової тупості,

в. виражений тимпаніт

аускультация живота: - наявність та підсилення перистальтичних шумів.

ректальне дослідження:

- визначається нависання склепіння піхви, наявність інфільтрату, пухлиноподібних утворень, кров, слиз на рукавичці, наявність гемороїдальних вузлів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень

1. Лабораторні дослідження крові (по швидкій допомозі – підрахунок кількості еритроцитів та гемоглобіну крові, гематокриту, дефіцит ОЦК), аналіз калу на приховану кров
2. Ректороманоскопія
3. Фіброколоноскопія
4. Ірїгографія
5. УЗД органів черевної порожнини.

4. Диференційний діагноз

Кровотеча при раковій хворобі кишечника та кровотеча при геморої потребують диференційної діагностики між собою, а також з кровотечею при анальному поліпі, дивертикулярній хворобі, анальній тріщині і з кровотечею з верхнього поверху шлунково-кишкового тракту (кровотеча при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, кровотеча при раку шлунку, кровотеча при варикозному розширенні вен стравоходу, кровотеча при синдромі Маллорі-Вейса, кровотеча при геморагічному гастриті, кровотеча при гастроєзофагеальній рефлюксії хворобі), з кровотечею в черевну порожнину.

5. Клінічний діагноз

Вказуються нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись “Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення”. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав. – Київ, Дніпро – VAL, 2004.)

6. Організаційно-лікувальна тактика

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Можливість застосування спеціальної дієти, холоду, лазерної коагуляції, електрокоагуляції, лікарських препаратів (мазь **Безорнил**, **Постеризан-форте**, **Ауробин**, капсули **Детралекс**, **Цикло 3 форт**, **Флебодиа**, **Венолан**), препаратів крові, оперативних втручань. Алгоритми поповнення крововтрати.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що призводять до появи синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
4. Чому важливо знати час та дату початку захворювання у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилось хворому з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг синдрому гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя?
8. Які зміни можливо виявити при огляді хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?

9. Які зміни можливо виявити при фізикальному обстеженні хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
10. Які зміни можливо виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
11. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу?
12. Яку діагностичну програму необхідно призначити хворому з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
13. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу?
14. Особливості диференційної діагностики гострої та хронічної кровотечі з верхньої та нижньої частин травного каналу ?
15. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
16. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
17. Які покази до переливання крові та її компонентів ?
18. Які покази для вибору оперативного лікування у хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?
19. Які принципи надання догоспітальної медичної допомоги у хворого з гострою кровотечею в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту ?
20. Основні принципи консервативного лікування хворого з синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину нижнього поверху шлунково-кишкового тракту?

ЛІТЕРАТУРА

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

1. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кашенко В.А., Васюкова Е.Л., Распереза Д.В. Кровотечения портального генеза. Вопросы диагностической и лечебной эндоскопии. – Ст.-П.-2001.
2. Крилов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей. - Ст.-П.: Изд-во «Питер». – 1997.
3. Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994.
4. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
5. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
6. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “Синдромом гострої та хронічної кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, що вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Синдрому кровотечі в порожнину шлунково-кишкового тракту»

(індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА 1

Хвора А., 36 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота «кавовою гущею». На протязі останніх 6 місяців хвора відмічала періодично виникаючий біль в епігастральній ділянці, печію. Близько 5 годин тому біль зник.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 100 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий. При пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість. При глибокій пальпації визначається болючість в епігастральній ділянці праворуч від середньої лінії. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 2

Хвора Б., 66 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота «кавовою гущею». На протязі останнього року хвора відмічала помірний біль в епігастральній ділянці, відмічає зниження ваги тіла на 20 кг на протязі 2 місяців, непереносимість м'ясних страв, періодично виникаючу блювоту з'їденою їжею.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 100 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий. При пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість, нечітко визначається пухлиноподібне утворення без чітких контурів, помірно болюче, мало рухоме. При перкусії – тимпаніт в нижніх відділах, в епігастральній ділянці - притуплення. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці сформований кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 3

Хвора В., 26 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту червоною кров'ю зі згустками. Захворіла 3 години тому, коли з'явилась багаторазова блювота шлунковим вмістом, а потім - блювота червоною кров'ю зі згустками, наростала слабкість, серцебиття. Викликала бригаду швидкої медичної допомоги. У хворої вагітність 12 тижнів, токсикоз 1-ої половини вагітності.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 108 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт симетричний, передня черевна стінка приймає участь в акті дихання. При пальпації – живіт безболісний, при перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці сформований кал звичайного кольору.

ЗАДАЧА 4

Хвора Г., 56 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту «кавовою гущею» та кров'яними згортками. Захворіла 6 годин тому, коли з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота червоною кров'ю зі згустками. Тривалий час страждає

хронічним гепатитом. На протязі останнього місяця хвора відмічала біль в правому підребер'ї.

При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 110 за хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт декілька збільшений в об'ємі, відмічається посилення венозного рисунку на передній черевній стінці. При пальпації відмічається збільшення розмірів печінки та селезінки, При перкусії – у відлогих місцях черева тупий звук. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 5

Хворий Д., 36 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту вмістом типу «кавової гущі». Із анамнезу: протягом 10 років хворіє виразковою хворобою 12-палої кишки, лікується не регулярно, на протязі останнього місяця виникло загострення хвороби, а 3 години тому біль зник, з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота вмістом типу «кавової гущі».

При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 112 за 1 хв., АТ=90/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий, при пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість, яка посилюється при глибокій пальпації над пупком праворуч від середньої лінії. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 6

Хвора Ж., 46 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, блювоту вмістом типу «кавової гущі». Із анамнезу: на протязі декількох років відмічає періодично виникаючий біль в епігастрії та за грудниною, печію, відрижку кислим вмістом. 3 години тому з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота вмістом типу «кавової гущі».

При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 98 за 1 хв., АТ=100/60 мм рт. ст. Живіт симетричний, передня черевна стінка приймає участь в диханні. При пальпації - помірна болючість в епігастральній ділянці, найбільш виражена під мечовидним відростком. При перкусії – тимпаніт, аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці кал звичайного кольору.

ЗАДАЧА 7

Хворий К., 36 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту червоною кров'ю зі згустками. Із анамнезу: напередодні вживав алкоголь, переїдав, після чого з'явилась багаторазова блювота шлунковим вмістом, а потім - блювота червоною кров'ю зі згустками, з'явилась загальна слабкість, серцебиття.

При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 98 за 1 хв., АТ=90/60 мм рт. ст. Живіт декілька здутий, при пальпації – безболісний. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 8

Хвора П., 56 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Із анамнезу: страждає на хронічний

алкоголізм, на протязі останнього місяця хвора відмічала болі в правому підребер'ї. З години тому з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота червоною кров'ю зі згустками. При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 100 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. При огляді: відмічається посилення венозного рисунку на передній черевній стінці. Живіт декілька здутий. При пальпації відмічається збільшення розмірів печінки та селезінки, При перкусії – у відлогих місцях черева тупий звук. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 9

Хвора Р., 28 років, звернулась до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, виділення рожевої крові при дефекації струмінно. Із анамнезу: страждає хронічним гемороєм після першої вагітності та родів на протязі 5-ти років; 10 днів тому друга вагітність завершилася народженням дитини вагою 4300 гр., після чого кожний акт дефекації завершувався виділенням рожевої крові краплями, а 6 годин тому з'явилося виділення рожевої крові при дефекації струмінно, загальна слабкість, серцебиття. При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик сухий. Пульс 96 за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Живіт не здутий, при пальпації безболісний, при перкусії - тимпаніт. При огляді анальної ділянки – збільшені та з набряком зовнішні гемороїдальні вузли, місцями з мацерацією. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідка рожева кров.

ЗАДАЧА 10

Хворий Ф., 76 років, звернувся до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, багаторазовий акт дефекації темним рідким вмістом з домішками крові та слизу. Із анамнезу: на протязі останнього року хворий відмічав біль в лівій здухвинній ділянці під час дефекації, зниження ваги тіла на 20 кг на протязі 6 місяців, запори, що чередуються з проносами; чотири дні тому з'явилась загальна слабкість, багаторазовий акт дефекації темним рідким вмістом з домішками крові та слизу. При об'єктивному обстеженні : загальний стан середньої важкості, язик вологий. Пульс 86 за 1 хв., АТ=120/70 мм рт. ст. Живіт декілька здутий. При пальпації: в лівій здухвинній ділянці відзначається помірна болючість і пальпується пухлиноподібне утворення, 5х6 см, помірно болюче. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал темного кольору з домішками свіжої крові та слизу.

ЗАДАЧА 11

Хворий Д., 42 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту вмістом типу «кавової гущі». Із анамнезу: протягом 10 років хворіє виразковою хворобою 12-палої кишки, лікується не регулярно, на протязі останнього місяця виникло загострення хвороби, а 5 годин тому біль зник, з'явилась загальна слабкість, серцебиття, короточасна втрата свідомості, блювота вмістом типу «кавової гущі». При об'єктивному обстеженні : загальний стан тяжкий, язик сухий. Пульс 122 за 1 хв., АТ=70/40 мм рт. ст. Живіт декілька здутий, при пальпації в епігастральній ділянці відзначається помірна болючість, яка посилюється при глибокій пальпації над пупком праворуч від середньої лінії. При перкусії - тимпаніт. Аускультативно – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

ЗАДАЧА 12

Хворий Щ., 48 років, звернувся до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, багаторазову блювоту темним вмістом. Із анамнезу: страждає на хронічний алкоголізм, на протязі останнього місяця хворий відмічав біль в правому підребер'ї, а 3 години тому з'явилась загальна слабкість, серцебиття, блювота червоною кров'ю зі згустками.

При об'єктивному обстеженні : загальний стан важкий, язик сухий. Пульс 118 за 1 хв., АТ=80/50 мм рт. ст. При огляді: відмічається посилення венозного рисунку на передній черевній стінці. Живіт декілька здутий. При пальпації відмічається збільшення розмірів печінки та селезінки; при перкусії – у відлогих місцях черева тупий звук; при аускультатії – активні шуми перистальтики. При пальцевому дослідженні прямої кишки – на рукавичці рідкий кал чорного кольору.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 9.

«Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту: Загальні питання розвитку, діагностики та лікування гострої механічної кишкової непрохідності»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 11. Гостра механічна кишкова непрохідність.

Визначення: Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту є синдромом, що виникає при різних захворюваннях шлунково – кишкового тракту і визначається порушенням перистальтики та евакуаторної функції з морфологічними змінами ураженої частини кишки і загального стану цілісного організму.

При синдромі гострого порушення пасажу кишкового вмісту хворому показана термінова консультація хірурга для вирішення питань термінової госпіталізації хворого в хірургічне відділення для виконання ургентної операції. Причинами синдрому гострого порушення пасажу кишкового вмісту можуть бути ускладнення гриж, гострих запальних захворювань черевної порожнини, пухлини, що можуть призвести до розвитку гострої динамічної та механічної кишкової непрохідності.

Загальні питання розвитку, діагностика та лікування гострої механічної кишкової непрохідності.

За етіопатогенезом гостру кишкову непрохідність поділяють на:

1. Динамічну (функціональну) непрохідність, яка поділяється на спастичну і паралітичну.
2. Механічну непрохідність. Виділяють її форми:
 - обтураційну (інтраорганна, інтрамуральна, екстраорганна);
 - странгуляційну (вузлуотворення, заворот, защемлення грижі);
 - змішану (інвагінація, спайкова непрохідність);

За походженням розрізняють вроджену і набуту непрохідність.

За рівнем непрохідності: високу і низьку.

За клінічним перебігом: гостру, хронічну, повну і часткову.

Визначення гострої механічної обтураційної кишкової непрохідності: Порушення просування харчових мас і кишкового вмісту внаслідок обтурації просвіту кишки або стискання її ззовні без залучення в патологічний процес судин брижі.

Визначення гострої механічної странгуляційної кишкової непрохідності: Порушення просування харчових мас і кишкового вмісту внаслідок стискання просвіту кишки та судинно-нервового пучка брижі.

Найбільшу увагу приволікає висока, гостра, повна кишкова непрохідність, тому, що такий вид непрохідності може в короткий час поставити життя хворого перед смертельною загрозою, особливо якщо така непрохідність механічна.

В основі патогенезу гострої механічної кишкової непрохідності лежать явища шоку. Першим і найбільш очевидним наслідком механічної непрохідності є постування і скупчення великої кількості рідини і електролітів у просвіті кишки вище рівня непрохідності з одночасним різким пригніченням зворотного всмоктування в цій ділянці кишки. Це призводить до перерозтягнення кишкової стінки і до підсиленої секреції рідини з одночасним погіршенням кровопостачання слизової оболонки. Відділ кишки вище рівня непрохідності втрачає здатність всмоктувати електроліти і воду. Оскільки просвіт кишки не є

внутрішнім середовищем організму, рідина не може бути використана для підтримання гомеостазу і втрачається. Стаз кишкового вмісту сприяє розвитку мікроорганізмів і скупченню газів у кишечнику. Здуття і перерозтягнення шлунку і кишечнику призводить до подразнення блювотного центру, виникають антиперистальтика і блювання, під час яких хворий втрачає багато рідини, що містить велику кількість електролітів і білка. Чим вища непрохідність, тим значніші втрати рідини, а рідина, що накопичується в просвіті кишки має такий самий електролітний склад, як і плазма. Тому в початковий період захворювання зневоднення настає переважно за рахунок втрат із позаклітинного простору без суттєвих змін електролітів крові. При цьому спостерігається зменшення ОЦП і згущення крові. Поступово розвивається загальна дегідратація, спочатку позаклітинна, а далі внутрішньоклітинна.

Зменшується обсяг циркулюючої крові. Клінічними проявами цього є артеріальна гіпотонія і зменшення ЦВТ. У зв'язку із втратою рідкої частини крові підвищується гематокрит, змінюються реологічні властивості крові, збільшується її в'язкість, що призводить до значних порушень гемомікроциркуляції. Підвищується проникливість судинної стінки. Разом із рідкою частиною крові втрачається велика кількість іонів натрію – основного електроліту позаклітинної рідини, що призводить до стимуляції викиду альдостерону, який затримує в організмі натрій і хлор. Проте при цьому іони калію продовжують виділятися із сечею. Результатом є стан, відомий у літературі як «синдром Дорроу». Із клітини виділяються три іони калію, замість них поступають два іони натрію і один іон водню, і, як наслідок, розвиваються ацидоз у внутрішньоклітинному і алкалоз у позаклітинному просторах.

Втрата води, білків і електролітів призводить до зниження клубочкової фільтрації і зменшення діурезу. Послідовно виникають дві форми азотемії: продуктивна і ретенційна. Тобто спочатку рівень залишкового азоту підвищується в результаті гіперпродукції азотистих сполук внаслідок підвищеного розпаду білка, а далі – за рахунок зменшення діурезу.

Якщо непрохідність триває більше доби, описані порушення наростають: виснажується запас глікогену в печінці і м'язах, розпочинається розпад білків і жирів власних тканин організму, що супроводжується накопиченням кислих продуктів, внаслідок чого на зміну позаклітинному алкалозу приходить ацидоз. Результатом відмирання і розпаду клітин є вивільнення внутрішньоклітинного калію, але оскільки має місце олігурія, він не виводиться із організму. Таким чином, гіпокаліємія змінюється гіперкаліємією. Підвищується концентрація азоту і сечовини.

Довготривале підвищення тиску в просвіті кишки викликає тяжкі порушення кровопостачання і призводить до гемомікроциркуляторних змін. З'являються набряк, некроз слизової оболонки, виникає перфорація кишки з послідовними наслідками.

Окрім підвищення внутрішньо-кишкового тиску, скупчення рідини і газів в кишківнику сприяє підвищенню внутрішньочеревного тиску, що призводить до високого стояння діафрагми і погіршення функції дихання. Високий внутрішньочеревний тиск погіршує кровообіг у нижній порожнистій вені, призводить до зменшення хвилинного об'єму серця.

До цих змін приєднується значний токсичний фактор. Поряд із бактеріальною інтоксикацією важливу роль відіграє токсична дія продуктів аутолізу слизової оболонки кишки, утворюються і потрапляють в кров агресивні вазоактивні поліпептиди, лізосомальні ферменти.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.Програма лікування:

- А) Терміновість госпіталізації
- Б) Терміновість операції
- В) Передопераційна підготовка
- Г) Знеболення
- Д) Післяопераційне лікування
- Е) Реабілітація хворих.

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Загальне вчення про гостру механічну кишкову непрохідність, яка відноситься до синдрому гострого порушення пасажу кишкового вмісту.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - аналіз оглядових рентгенограм черевної порожнини при гострій механічній кишковій непрохідності
 - визначення патогномонічних симптомів: Валя, Шланге, Обуховської лікарні..

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.**Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика шлунку, тонкого та товстого кишківника, їх іннервація і кровопостачання.
- 2.**Фізіологія** – секреторна і моторна функція шлунково – кишкового тракту
- 3.**Патологічна фізіологія** – порушення функції органів та систем, а також самого кишківника при гострій механічній кишковій непрохідності
- 4.**Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в органах шлунково – кишкового тракту та в інших органах організму людини при гострій механічній кишковій непрохідності
- 5.**Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного та імунного факторів у виникненні запальних процесів у кишківнику і очеревині при гострій механічній кишковій непрохідності
- 6.**Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого.
- 7.**Рентгенологія** – опис та аналіз рентгенологічних ознак при гострій механічній кишковій непрохідності
- 8.**Анестезіологія та інтенсивна терапія** – принципи ведення хворого з гострою механічною кишковою непрохідністю та його підготовка до операції, методи знеболення і відновлення балансу організму.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу непрохідності (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)

2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань, що призвели до розвитку непрохідності
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми при гострій механічній кишковій непрохідності.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми захворювання на гостру механічну кишкову непрохідність
2. Визначення різновидностей гострої механічної кишкової непрохідності
3. Причини та механізм розвитку гострої механічної кишкової непрохідності
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження) хворого на гостру механічну кишкову непрохідність
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом
8. Встановлення клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації патології органів шлунково-кишкового тракту
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми при гострій механічній кишковій непрохідності.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Аналіз оглядових рентгенограм при гострій механічній кишковій непрохідності.

Кожен студент повинен вміти переглядати оглядові рентгенограми черевної порожнини і вміти на них визначати чаші Клойбера, горизонтальні рівні рідини з наявністю газу над ними, виявляти складки Керкрінга, при пробі Шварта спостерігати затримку проходження контрастної речовини в місці непрохідності.

2. Визначення патогномічних симптомів: Валя, Шланге, Обуховської лікарні.

Валя симптом – асиметрія живота, може пальпаторно виявлятися пухлиноподібне утворення (роздута петля) та тимпаніт при перкусії над ним.

Шланге симптом – спостерігається видима перистальтика кишківника.

Симптом Обуховської лікарні – при низькій кишковій непрохідності спостерігається балоноподібне розширення ампули прямої кишки та зяяння задньопрохідного отвору внаслідок послаблення тону сфінктера прямої кишки (позитивний симптом).

Особливості обстеження хворих з *гострою кишковою непрохідністю* :

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

А) Скарги на:

- наявність і характер болю: першим і найбільш частим суб'єктивним симптомом кишкової непрохідності є біль у животі, який у початкових стадіях має переймоподібний характер і на початку захворювання визначається в тій частині живота, де утворилась перепона. У подальшому біль стає постійним, поширюється по всьому животі, декілька притуплюється. У термінальну стадію непрохідності інтенсивність болю значно зменшується.
- нудота і блювота – спостерігаються у 60 % випадків. Чим вища непрохідність, тим більше виражена блювота. Перші блювотні маси складаються з вмісту шлунка з домішками жовчі, потім до них приєднується кишковий вміст. У пізній стадії блювотні маси набувають калового запаху.

- затримку випорожнень та відродження газів – часті і важливі симптоми кишкової непрохідності.
- здуття живота особливо характерне для обтураційної форми кишкової непрохідності.
- рівномірне здуття живота найчастіше спостерігають при тонкокишковій непрохідності, а якщо здуття живота виникає в одній із ділянок черевної порожнини, то така симптоматика більше характерна для товстокишкової непрохідності.

Б) Анамнез захворювання та життя:

Потрібно з'ясувати коли з'явилися перші прояви хвороби, з чим хворий пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та з її характером, зловживання алкоголем).

Коли і куди звертався за медичною допомогою, коли доставлений в лікарню.

Умови життя та праці та ін.

2. Фізикальне обстеження:

При об'єктивному обстеженні звертають увагу на загальний стан хворого, який спочатку залишається задовільним (при обтураційній непрохідності), але може значно погіршуватись вже в перші години захворювання (при странгуляційній непрохідності). Прискорення пульсу і зниження АТ прямо залежить від ознак дегідратації і ступеня зменшення ОЦК. Язик спочатку вологий, потім стає сухим.

Огляд живота дає можливість виявити у хворих помірний ступінь здуття і асиметрію. Форма та асиметрія живота залежить від локалізації перепони. Рівномірне здуття черева характерне для низьких форм тонкокишкової непрохідності. При високій непрохідності спостерігають збільшення живота у верхніх відділах; при заворотах у багатьох випадках помітка серединна локалізація, при інвагінаціях асиметрія найчастіше буває в правій здухвинній ділянці.

Пальпаторно виявляються пухлини (при обтураційній непрохідності), інвагинати. Оцінюють характер та локалізацію болючості, вираженість симптомів подразнення очеревини. В кишківнику виявляють «шум плеску» (симптом Склярєва). При товстокишковій непрохідності – значний метеоризм у правій здухвинній ділянці, здуття сліпої кишки (симптом Аншютца).

Перкуторно визначається тимпаніт, іноді з високим металічним відтінком.

При аускультатії можна вислухати звуки високої тональності, які виникають внаслідок переміщення рідини та газу (в першій стадії непрохідності). У тяжких випадках при вислухованні живота кишкові шуми не визначаються. У черевній порожнині відсутні будь-які шуми. Це явище називають «гробовою, домовинною тишею».

До патогномонічних симптомів кишкової непрохідності відносять:

- симптом Валя – видима асиметрія в нижній половині живота, видима перистальтика кишківника, пальпація резистентної пухлини, тимпаніт при перкусії цієї пухлини;
- симптом Шланге – видима перистальтика кишечнику;
- симптом Склярєва – шум "кишкового плеску";
- симптом Ківуля – металічний звук над роздутою петлею при перкусії;
- симптом Спасокукоцького – шум каплі, яка падає;
- симптом Грекова ("Обуховської лікарні") – порожня, розтягнута ампула прямої кишки, зяяння сфінктера;
- симптом Цеге – Мантейфеля – в пряму кишку неможливо ввести понад 0,5-1л рідини;

Для інвагінації кишківника характерна тріада симптомів:

- симптом Тіліякса – періодична поява переймоподібного болю в животі;
- симптом Руша – наявність еластичної малоболучої пухлини в животі і тенезми при її пальпації;
- симптом Крювельє – кров'янисті виділення з прямої кишки.

Із врахуванням фактору часу в клінічному перебізі гострої кишкової непрохідності розрізняють три фази: **"ілеусного крику", інтоксикації, перитоніту.**

Фаза "ілеусного крику" триває 12 – 16 годин, характеризується гострим переймоподібним болем, який періодично повторюється і буває інколи настільки сильним, що призводить до шокового стану. Крім болю, хворих турбують нудота, блювання, затримка випорожнень і газів. Майже завжди є позитивними симптоми Валя.

Фаза інтоксикації триває 12 – 36 годин. В цей період біль втрачає переймоподібний характер і стає постійним, з'являються здуття та асиметрія живота, частим є блювання, перистальтика зникає. Пульс прискорений, АТ нормальний або декілька знижений, повна затримка випорожнень та газів. Позитивним є симптоми Валя, Склярора, Ківуля, Щоткіна – Блюмберга. У цей період з'являються чіткі рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності.

Термінальна фаза (перитоніту) розвивається через 36 годин від початку захворювання. Для цього періоду характерним є виражене порушення загального стану і функцій ряду органів і систем. Живіт різко здутий, перистальтика відсутня. У вільній черевній порожнині чітко виявляється вільна рідина, язик сухий, періодично виникає блювання з фекальним запахом. АТ низький, пульс частий, малий. Позитивними є всі симптоми кишкової непрохідності й симптом Щоткіна – Блюмберга. Хворі у стані ейфорії. У зв'язку з глибокими порушеннями обмінних процесів (поліорганна недостатність), швидким розвитком інфекції в черевній порожнині й тяжкою інтоксикацією, цей період непрохідності називають термінальним.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, прискорення ШОЕ. Амілаза, глюкоза крові. Біохімічний аналіз крові. Загальноклінічний аналіз сечі. Амілаза сечі. Виконання оглядової рентгенограми черевної порожнини. УЗД черевної порожнини. Півсклянкова пероральна барієва проба Шварта. Лапароскопія.

4. Диференційний діагноз:

При діагностиці гострої кишкової непрохідності важливим є уточнення її виду (механічна, динамічна), оскільки методи лікування цих видів непрохідності різні.

Диференційну діагностику гострої кишкової непрохідності проводять із перфоративною виразкою, гострим холециститом, гострим апендицитом, гострим панкреатитом, нирковою колікою, позаматковою вагітністю, тромбоемболією мезентеріальних судин.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Перед початком лікування потрібно чітко розуміти, з яким видом непрохідності доводиться мати справу. При странгуляційній непрохідності необхідна екстрена операція,

оскільки затримка хірургічного втручання може привести до некрозу кишки та розлитого перитоніту. При обтураційній непрохідності можливо проводити консервативне лікування для ліквідації непрохідності з послідуочим (можливо оперативним) усуненням причини, яка її викликала. Консервативне лікування у разі відсутності виразного ефекту повинно проводитися не більше 2 годин.

Принципи оперативного лікування гострої механічної кишкової непрохідності:

- Усунення механічної перешкоди або утворення обхідного шляху для кишкового вмісту.
- Оцінка життєздатності кишки (при нежиттєздатності – резекція ділянки кишки).
- Розвантаження дилатованої ділянки кишківника сприяє відновленню мікроциркуляції стінки кишки, тонуса стінки кишки та перистальтики.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу гострої кишкової непрохідності?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з гострою кишковою непрохідністю?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострою кишковою непрохідністю?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострою кишковою непрохідністю?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому гострою кишковою непрохідністю?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострої кишкової непрохідності?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого та його черева ?
9. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при підозрі на гостру кишкову непрохідність?
10. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки при гострій кишковій непрохідності?
11. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру динамічну кишкову непрохідність?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру обтураційну кишкову непрохідність?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру странгуляційну кишкову непрохідність?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру інвагинаційну кишкову непрохідність?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру змішану механічну кишкову непрохідність?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу гострої кишкової непрохідності?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих на гостру кишкову непрохідність?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
- 2.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
- 4.Непроходимость кишечника. Чухриенко Д.П.- Киев: Медгиз; 1958.
- 5.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. – М: Медицина; 1986.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 10.

«Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту: Загальні питання розвитку, діагностики та лікування гострої динамічної кишкової непрохідності»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 10. Гостра динамічна кишкова непрохідність.

Визначення: Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту є синдромом, що виникає при різних захворюваннях шлунково – кишкового тракту і визначається порушенням перистальтики та евакуаторної функції з морфологічними змінами ураженої частини кишки і загального стану цілісного організму.

При синдромі гострого порушення пасажу кишкового вмісту хворому показана термінова консультація хірурга для вирішення питань термінової госпіталізації хворого в хірургічне відділення для виконання ургентної операції. Причинами синдрому гострого порушення пасажу кишкового вмісту можуть бути ускладнення гриж, гострих запальних захворювань черевної порожнини, пухлини, що можуть призвести до розвитку **гострої динамічної та механічної кишкової непрохідності.**

Загальні питання розвитку, діагностика та лікування гострої динамічної кишкової непрохідності.

За етіопатогенезом розрізняють:

3. Динамічну (функціональну) непрохідність, яка поділяється на спастичну і паралітичну.
4. Механічну непрохідність. Виділяють її форми:
 - обтураційну (інтраоргана, інтрамуральна, екстраоргана);
 - странгуляційну (вузлуотворення, заворот, защемлення грижі);
 - змішану (інвагінація, спайкова непрохідність);

За походженням розрізняють вроджену і набуту непрохідність.

За рівнем непрохідності: високу і низьку.

За клінічним перебігом: гостру, хронічну, повну і часткову.

Визначення: Динамічна непрохідність кишок обумовлена порушенням тонуусу їх м'язового апарата (спастична) або носить рефлекторний характер внаслідок подразнення нервово-м'язового апарата кишки (паралітична).

Види динамічної непрохідності кишок:

- паралітична непрохідність кишок;
- спастична непрохідність кишок.

Причини розвитку динамічної непрохідності кишок:

А) Паралітична непрохідність кишки (парез тонкої і товстої кишок):

- після операцій на органах черевної порожнини;
- внаслідок запально-деструктивних процесів у черевній порожнині;
- внаслідок травм живота, грудей і хребта.

Б) Спастична непрохідність кишки (спазм стінки кишки):

- внаслідок стороннього предмета;
- внаслідок підвищеної загальної нервової збудливості (істерія);
- внаслідок хронічного або гострого отруєння;
- рефлекторний вплив при печінковій і нирковій коліках.

Загальні патофізіологічні порушення при гострій кишковій непрохідності викликані втратою значної кількості води, електролітів, білка, ферментів та розладами кислотно-лужного стану, інтоксикацією і дією бактеріального фактору.

Клінічні прояви динамічної непрохідності кишок:

А) Спастична непрохідність кишки:

- біль нападopodobний;
- блювання;
- затримка відхождення газів і дефекації;
- з анамнезу необхідно визначити можливий контакт із отруйною речовиною;
- при об'єктивному огляді - спазмовані ділянки кишки;
- рентгенологічно - гіперпневматоз кишок.

Б) Паралітична непрохідність кишки:

- стан хворого важкий;
- виражена інтоксикація внаслідок основного захворювання (перитоніт) з явищами паралітичної непрохідності кишок.

При динамічній паралітичній непрохідності біль у череві носить, як правило, постійний характер, спостерігаються симптоми основного захворювання, яке викликало динамічний ілеус. При паралітичній непрохідності живот рівномірно здутий, м'який, перистальтики з самого початку послаблена або відсутня.

При спастичній непрохідності біль схваткоподобного характеру, живіт не здутий, а іноді буває втягнутий.

Діагностика динамічної непрохідності кишок:

•клінічне обстеження:

- скарги;
- анамнез захворювання;
- об'єктивні дані;

• лабораторна діагностика;

• інструментальна діагностика:

- оглядова рентгенографія черевної порожнини;
- контрастне рентгенологічне дослідження тонкої і товстої кишок.

Лікувальна тактика при динамічній непрохідності кишок:

- перевага надається медикаментозній терапії;
- лікування основного захворювання, що призвело до виникнення динамічної непрохідності кишок.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.Програма лікування:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Знеболення
 - Д) Післяопераційне лікування
 - Е) Реабілітація хворих.

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за

темою – Загальне вчення про гостру динамічну кишкову непрохідність, яка відноситься до синдрому гострого порушення пасажу кишкового вмісту.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - визначення симптомів Склярєва, Ківуля
 - декомпресія тонкої і товстої кишки інтубаційним зондом

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.**Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика шлунку, тонкого та товстого кишківника, їх іннервація і кровопостачання.
- 2.**Фізіологія** – секреторна і моторна функція шлунково – кишкового тракту
- 3.**Патологічна фізіологія** – порушення функції органів та систем, а також самого кишківника при гострій кишкової непрохідності
- 4.**Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в органах шлунково – кишкового тракту та в інших органах організму людини при гострій кишкової непрохідності
- 5.**Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного та імунного факторів у виникненні запальних процесів у кишківнику і очеревині при гострій кишкової непрохідності
- 6.**Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого.
- 7.**Рентгенологія** – опис та аналіз рентгенологічних ознак при гострій кишкової непрохідності
- 8.**Анестезіологія та інтенсивна терапія** – принципи ведення хворого з гострою кишковою непрохідністю та його підготовка до операції, методи знеболення і відновлення балансу організму.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу непрохідності (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)
- 2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань, що призвели до розвитку непрохідності
- 3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
- 4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
- 5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
- 6.Формування лікувальної програми при гострій кишкової непрохідності.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми захворювання на гостру кишкову непрохідність
2. Визначення різновидностей гострої кишкової непрохідності

3. Причини та механізм розвитку гострої кишкової непрохідності
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження) хворого на гостру кишкову непрохідність
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом
8. Встановлення клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації патології органів шлунково-кишкового тракту
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми при гострій кишковій непрохідності.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Визначення симптомів Склярова, Ківуля.

Симптом Склярова – шум плескоту в тонкій або товстій кишці при балотуванні передньої черевної стінки рукою лікаря.

Симптом Ківуля – металевий звук над роздутою петлею кишки при перкусії плесиметром або пальцем.

2. Декомпресія тонкої і товстої кишки інтубаційним зондом.

Інтубацію тонкої кишки можливо виконати назогастральним шляхом або шляхом мікрогастростомії, цекостомії. Інтубацію товстої кишки – трансанально (ретроградно), або шляхом колостомії (цекостомії, трансверзостомії, сигмостомії).

Кожен студент повинен вміти розпізнати зонд для назогастральної декомпресивної інтубації кишківника, а також вміти шприцом роздути олівоподібні манжетки на інтестинальному зонді і потім вивести інтестинальний зонд із гастрального і натискуючи на надуті оліви в проксимальному напрямі проштовхувати інтестинальний зонд по просвіті кишківника до кінця всієї тонкої кишки. Потім утримуючи інтестинальний зонд зняти з нього направляючий гастральний зонд і кінець інтестинального зонду провести із ротової порожнини через носівний хід зовні (на манекені).

Крім того, кожен студент повинен чітко представляти і розповісти як можна вводити інтестинальний декомпресивний зонд через цекостому в тонку кишку ретроградно, а також представляти як провести через анус товстий гастральний зонд і ретроградно провести його по всьому товстому кишківнику.

Особливості обстеження хворих з гострою кишковою непрохідністю :

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) наявність і характер болю:

Першим і найбільш частим суб'єктивним симптомом кишкової непрохідності є біль у животі, який у початкових стадіях має переймоподібний характер і на початку захворювання визначається в тій частині живота, де утворилась перепона. У подальшому біль стає постійним, поширюється по всьому животі, декілька притуплюється. У термінальну стадію непрохідності інтенсивність болю значно зменшується.

- Нудота і блювота – спостерігаються у 60 % випадків. Чим вища непрохідність, тим більше виражена блювота. Перші блювотні маси складаються з вмісту шлунка з домішками жовчі, потім до них приєднується кишковий вміст. У пізній стадії блювотні маси набувають калового запаху.
- Затримку випорожнень та відродження газів – часті і важливі симптоми кишкової непрохідності.

- Здуття живота особливо характерне для обтураційної форми кишкової непрохідності. Рівномірне вздуття живота найчастіше спостерігають при тонкокишковій непрохідності, а якщо здуття живота виникає в одній із ділянок черевної порожнини, то така симптоматика більше характерна для товстокишкової непрохідності.

Б) Анамнез захворювання та життя:

Потрібно з'ясувати коли з'явилися перші прояви хвороби, з чим хворий пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та з її характером, зловживання алкоголем).

Коли і куди звертався за медичною допомогою, коли доставлений в лікарню.

Умови життя та праці та ін.

2. Фізикальне обстеження:

При об'єктивному обстеженні звертають увагу на загальний стан хворого, який спочатку залишається задовільним (при обтураційній непрохідності), але може значно погіршуватись вже в перші години захворювання (при странгуляційній непрохідності). Прискорення пульсу і зниження АТ прямо залежить від ознак дегідратації і ступеня зменшення ОЦК. Язик спочатку вологий, потім стає сухим.

Огляд живота дає можливість виявити у хворих помірний ступінь здуття і асиметрію. Форма та асиметрія живота залежить від локалізації перепони. Рівномірне здуття черева характерне для парезу тонкої кишки і низьких форм тонкокишкової непрохідності. При високій непрохідності спостерігають збільшення живота у верхніх відділах; при заворотах у багатьох випадках помітка серединна локалізація, при інвагінаціях асиметрія найчастіше буває в правій здухвинній ділянці.

Пальпаторно виявляються пухлини (при обтураційній непрохідності), інвагінації. Оцінюють характер та локалізацію болючості, вираженість симптомів подразнення очеревини. В кишківнику виявляють «шум плеску» (симптом Склярова). При товстокишковій непрохідності – значний метеоризм у правій здухвинній ділянці (симптом Еншютца).

Перкуторно визначається тимпаніт.

При аускультатії можна вислухати звуки високої тональності, які виникають внаслідок переміщення рідини та газу. У тяжких випадках при вислухованні живота кишкові шуми не визначаються. У черевній порожнині відсутні будь-які шуми. Це явище називають «гробовою, домовинною тишею».

До патогномонічних симптомів кишкової непрохідності відносять:

- симптом Валя – видима асиметрія в нижній половині живота, видима перистальтика кишківника, пальпація резистентної пухлини, тимпаніт при перкусії цієї пухлини;
- симптом Шланге – видима перистальтика кишечника;
- симптом Склярова – шум "кишкового плеску";
- симптом Ківуля – металічний звук над роздутою петлею при перкусії;
- симптом Спасокукоцького – шум каплі, яка падає;
- симптом Грекова ("Обуховської лікарні") – порожня, розтягнута ампула прямої кишки, зіяння сфінктера;
- симптом Цеге – Мантейфеля – в пряму кишку неможливо ввести понад 500 мл рідини;

Для інвагінації кишківника характерна тріада симптомів:

- симптом Тіліакса – періодична поява переймоподібного болю в животі;
- симптом Руша – наявність еластичної малоболючої пухлини в животі і тенезми при її пальпації;
- симптом Крювельє – кров'янисті виділення з прямої кишки.

Із врахуванням фактору часу в клінічному перебізі гострої кишкової непрохідності розрізняють три фази: **"ілеусного крику", інтоксикації, перитоніту.**

Фаза "ілеусного крику" триває 12 – 16 годин, характеризується гострим переймоподібним болем, який періодично повторюється і буває інколи настільки сильним, що призводить до шокового стану. Крім болю, хворих турбують нудота, блювання, затримка випорожнень і газів. Майже завжди є позитивними симптоми Валя.

Фаза інтоксикації триває 12 – 36 годин. В цей період біль втрачає переймоподібний характер і стає постійним, з'являються здуття та асиметрія живота, частим є блювання, перистальтика зникає. Пульс прискорений, АТ нормальний або декілька знижений, повна затримка випорожнень та газів. Позитивним є симптоми Валя, Склярора, Ківуля, Щоткіна – Блюмберга. У цей період з'являються чіткі рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності.

Термінальна фаза (перитоніту) розвивається через 36 годин від початку захворювання. Для цього періоду характерним є виражене порушення загального стану і функцій ряду органів і систем. Живіт різко здутий, перистальтика відсутня. У вільній черевній порожнині чітко виявляється вільна рідина, язик сухий, періодично виникає блювання з фекальним запахом. АТ низький, пульс частий, малий. Позитивними є всі симптоми кишкової непрохідності й симптом Щоткіна – Блюмберга. Хворі у стані ейфорії. У зв'язку з глибокими порушеннями обмінних процесів (поліорганна недостатність), швидким розвитком інфекції в черевній порожнині й тяжкою інтоксикацією, цей період непрохідності називають термінальним.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, прискорення ШОЕ. Амілаза, глюкоза крові. Біохімічний аналіз крові. Загальноклінічний аналіз сечі. Амілаза сечі. Виконання оглядової рентгенограми черевної порожнини. УЗД черевної порожнини. Лапароскопія.

4. Диференційний діагноз:

При діагностиці гострої кишкової непрохідності важливим є уточнення її виду (механічна, динамічна), оскільки методи лікування цих видів непрохідності різні.

Диференційну діагностику гострої кишкової непрохідності проводять із перфоративною виразкою, гострим холециститом, гострим апендицитом, гострим панкреатитом, нирковою колікою, позаматковою вагітністю, тромбоемболією мезентеріальних судин.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Лікування консервативне та в першу чергу направлене на лікування основного захворювання. При паралитичній непрохідності з метою відновлення моторної функції

кишковника та боротьби з парезом проводять заходи по відновленню активної перистальтики. При спастичній непрохідності хворим призначають спазмолітики, фізіотерапевтичні процедури, тепло на череву.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу гострої кишкової непрохідності?
- 2.Що виявляють при опитуванні хворого з гострою кишковою непрохідністю?
- 3.Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострою кишковою непрохідністю?
- 4.Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострою кишковою непрохідністю?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому гострою кишковою непрохідністю?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострої кишкової непрохідності?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого та його черева ?
9. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при підозрі на гостру кишкову непрохідність?
- 10..Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки при гострій кишковій непрохідності?
- 11.Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру динамічну кишкову непрохідність?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру obturacіynу кишкову непрохідність?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру strangulacіynу кишкову непрохідність?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру invaginacіynу кишкову непрохідність?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру змішану механічну кишкову непрохідність?
- 16.На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу гострої кишкової непрохідності?
- 17.За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
- 18.Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
- 19.Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
- 20.Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих на гостру кишкову непрохідність?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.

2. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
3. Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
4. Непроходимость кишечника. Чухриенко Д.П.- Киев: Медгиз; 1958.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. – М: Медицина; 1986.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “ Синдромом гострого порушення пасажу кишкового вмісту ”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, що вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Синдрому гострої кишкової непрохідності» (індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА № 1

Хвора Н., 32 років, поступила в приймальне відділення лікарні зі скаргами на різкий біль в череві переймиподібного характеру, затримку калу і газів, часту блювоту, яка не приносить полегшення. Із анамнезу: хворіє на протязі 6 годин, коли після їжі з'явилися указані в скаргах явища і стали поступово зростати.

При обстеженні: загальний стан хворої середньої тяжкості, неспокійна, стогне, пульс 86 ударів за 1 хвилину, АТ=140/75 мм рт.ст. Язик сухуватий, живіт помірно здутий, передня черевна стінка обмежено бере участь в диханні. В правій здухвинній ділянці - старий атрофічний післяопераційний рубець. При пальпації живіт м'який, помірно болючий, позитивні симптоми Склярова, Ківуля. Перистальтика кишок резонуюча.

ЗАДАЧА № 2

Хворий Р., 52 років, скаржиться на різкий біль в череві переймиподібного характеру, затримку калу і газів, часту блювоту. Із анамнезу: на протязі трьох останніх місяців відмічає помірний біль в правій здухвинній ділянці, здуття живота, сильне бурчання кишок, слабкість, знижений апетит, субфебрильну температуру. В останній час з'явилися запори, які змінювались проносами з домішками крові. Три доби по тому біль в животі значно посилюється і прийняв переймиподібний характер, перестали відходити гази.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості, пульс 94 уд. за 1 хв., АТ=150/90 мм рт.ст. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, асиметричний за рахунок випинання в правій половині. При пальпації - м'який, болючий в правій здухвинній ділянці, де нечітко пальпується пухлиноподібне утворення. Позитивні симптоми Склярова, Ківуля, симптоми подразнення очеревини не визначаються. Перистальтика кишок резонуюча. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявилось, що вона пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 3

Хворий В., 46 років, скаржиться на різкий біль в череві переймиподібного характеру, затримку калу і газів, часту блювоту. Із анамнезу: за 5 годин до надходження в клініку зненацька з'явився переймиподібний різкий біль в череві, перестали відходити кал і гази, була багаторазова блювота, яка не приносила полегшення.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, хворий неспокійний, часто змінює положення в ліжку, стогне. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. Пульс 110 уд. за 1 хв., АТ=90/60 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт помірно здутий в верхніх відділах, передня черевна стінка обмежено бере участь в диханні. При пальпації - в ділянці пупка визначається овальної форми щільно еластичне утворення, перкуторно над яким визначається тимпаніт. Перистальтика кишок резонуюча, з металевим відтінком. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. Позитивний симптом Склярова. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявилось, що вона пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 4

Хворий Ф., 70 років, скаржиться на перейми подібний біль в нижній половині живота, затримку стула і газів. Із анамнезу: тривалий час страждав запорами, за добу до

надходження в клініку з'явився помірний біль в нижніх відділах черева, який прийняв переймоподібний характер, перестали відходити гази і кал.

При обстеженні: загальний стан середньої тяжкості, пульс 96 уд. за 1 хв., АТ=150/90 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом, сухуватий. Живіт асиметричний (права половина черева здута), при пальпації - м'який, болючий в лівій половині, де пальпується щільно еластичної консистенції утворення 10 x 8 см, над яким визначається тупість. Позитивний симптом Склярора. Симптомів подразнення очеревини немає, перистальтика резонуюча. При ректальному обстеженні: тонус сфінктера прямої кишки ослаблений, ампула пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 5

Хворий П., 62 років, скаржитися на помірний перейми подібний біль в животі, затримку стула і газів. Із анамнезу: на протязі останніх 6 місяців відмічає затруднення при акті дефекації, періодично з'являється слиз і сліди темної крові в калі. За добу до надходження в лікарню з'явився переймоподібний біль в череві, перестали відходити гази, не було стільця.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості, пульс 86 уд. за 1 хв., АТ=140/80 мм рт.ст. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, видна через передню стінку черева перистальтика кишок. При пальпації - живіт м'який, помірно болючий нижче рівня пупка. Вислуховуються посилені перистальтичні шуми. Симптомів подразнення очеревини немає. При пальцевому дослідженні прямої кишки патології не виявлено.

ЗАДАЧА № 6

Хворий Р., 48 років, звернувся до приймального відділення зі скаргами на переймиподібний біль в череві, нудоту, блювоту, затримку калу та газів. Із анамнезу: раніше хворий переніс три оперативних втручання на органах черевної порожнини з послідуочим дренаванням порожнини черева, після чого часто виникали напади болю в животі, здуття черева, блювота, нудота, періодична затримка калу та газів. За п'ять годин до надходження в лікарню, після прийняття значної кількості їжі з'явився перейми подібний біль в череві, нудота, була дворазова блювота, виникла затримка стула і газів.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, пульс 122 за 1 хв., АТ=90/60 мм рт.ст., шкіра бліда. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, асиметричний: праворуч на рівні пупка визначається широке, плоске випинання, щільно – еластичної консистенції. В його проекції визначається "шум плескоту", а перкуторно над ними – тимпаніт, в лівій половині - живіт запавший, м'який. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявлено, що ампула її пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 7

Хворий Ж., 36 років, знаходиться на лікуванні в хірургічному відділенні, де 3 доби тому назад він був прооперований з приводу перфоративної виразки шлунку, було виконано ушивання перфоративного отвору. На 3-ю добу після операції продовжує турбувати постійний біль в череві, нудота, періодично виникає блювота.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості, пульс 100 ударів за 1 хв., АТ=100/70 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт рівномірно здутий, передня черевна стінка слабо приймає участь в диханні. При пальпації - живіт м'який в усіх відділах, помірно болючий, симптоми подразнення очеревини не виражені. При аускультатії - перистальтика кишок різко ослаблена, рідка. При введенні в шлунок зонду виділилось до 1,5 застійного вмісту.

ЗАДАЧА № 8

Хворий Г., 26 років, надійшов в приймальне відділення лікарні зі скаргами на різкий біль в череві переймиподібного характеру, затримку калу і газів, часту блювоту, здуття черева. Із анамнезу: п'ять років тому хворий переніс оперативне втручання в зв'язку з гострим апендицитом; вказані в скаргах явища з'явилися незадовго до надходження в лікарню після вживання значної кількості їжі і стали поступово наростати.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості, неспокійний, стогне від болю, пульс 90 уд. за 1 хв., АТ=110/70 мм рт.ст. Язик сухуватий. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка слабо приймає участь в диханні. В правій здухвинній ділянці – старий атрофічний післяопераційний рубець. При пальпації живіт м'який, помірно болючий на рівні праворуч від пупка, визначається симптом "шума плескоту." Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Перистальтика кишок резонуюча.

ЗАДАЧА № 9

Хворий Д., 58 років, надійшов в приймальне відділення лікарні зі скаргами на переймиподібний біль в нижніх відділах черева, не відходження калу і газів, здуття черева. Із анамнезу: на протязі трьох останніх місяців у хворого періодично відмічався помірний біль в правій здухвинній ділянці, здуття черева, сильне бурчання кишок, наростаюча слабкість, знижений апетит, субфебрильна температура. Згодом з'явилися запори, які змінювались проносами з домішками слизу і темної крові. Три доби тому назад біль в животі значно посилювався, прийняв переймиподібний характер, перестали відходити гази.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості, пульс 96 уд. за 1 хв.; АТ=140/80 мм рт.ст. Язик сухуватий, обложений білим нальотом. Живіт здутий, симетричний, передня черевна стінка слабо приймає участь в диханні. При пальпації - живіт м'який, помірно болючий в правій здухвинній ділянці, де нечітко пальпується пухлиноподібне утворення. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. В мезогастральній ділянці визначається «шум плескоту». Перистальтика кишок резонуюча. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявлено, що ампула її пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 10

Хворий Ж., 42 років, надійшов в приймальне відділення зі скаргами на переймиподібний біль в череві, блювоту, здуття черева, не відходження калу і газів, сухість в роті. Із анамнезу відомо, що у хворого за 5 годин до надходження його в лікарню зненацька з'явився переймиподібний різкий біль в череві, перестали відходити кал і гази, була багаторазова блювота.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, він неспокійний, часто змінює положення в ліжку, стогне, блідий, визначається акроціаноз. Пульс 110 уд. за 1 хв., АТ=90/60 мм. рт. ст. Язик сухий, обложений білим нальотом. Живіт помірно здутий. В мезогастральній ділянці праворуч від пупка пальпується овальної форми щільно-еластичне, болюче утворення, перкуторно над яким визначається тимпаніт. Перистальтика кишок резонуюча, з металевим відтінком. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявилось, що вона пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 11

Хворий Р., 67 років, скаржиться на на помірний перейми подібний біль в животі, затримку стула і газів. Із анамнезу: декілька років страждає запорами, за 2 доби до надходження в клініку з'явився помірний біль в нижніх відділах черева, який прийняв переймиподібний характер, перестали відходити гази і кал.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості. Пульс 98 уд. за 1 хв., АТ=145/80 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом, сухуватий. Живіт асиметричний, права половина черева здута, ліва – запала. При пальпації - живіт м'який, декілька болючий в правій половині, де пальпується щільно-еластичної консистенції утворення, розмірами 8х9 см. Позитивний симптом "шум плескоту". Симптомів подразнення очеревини немає. При аускультації - перистальтика ослаблена. При пальцьовому дослідженні прямої кишки – тонус сфінктера ослаблений, ампула пуста, роздута.

ЗАДАЧА № 12

Хворий З., 64 років, надійшов в приймальне відділення лікарні зі скаргами на переймиподібний біль в череві, невідходження калу і газів, здуття черева, нудоту. Із анамнезу відомо, що хворий на протязі останніх 9-ти місяців відмічає затруднення при акті дефекації, періодично з'являлись в калі слиз і сліди темної крові. За добу до надходження в лікарню з'явився переймиподібний біль в череві, перестали відходити газу і кал.

При обстеженні: загальний стан хворого середньої тяжкості. Пульс 86 уд. за 1 хв., АТ=135/70 мм рт.ст. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт помірно здутий, симетричний. При пальпації – живіт м'який, помірно болючий нижче рівня пупка зліва, симптомів подразнення очеревини немає. При аускультації - вислуховуються посилені кишкові шуми. При пальцьовому дослідженні прямої кишки патології не виявлено.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 11.

«Перитоніальний синдром:

Загальні поняття про причини розвитку перитонеального синдрому: гострий перитоніт в наслідок прогресування гострих запальних захворювань органів черевної порожнини»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 11. Перитонеальний синдром в наслідок прогресування гострих запальних захворювань органів черевної порожнини.

Визначення: Перитонеальний синдром виникає як ускладнення, а точніше закономірний наслідок, або етап негативного розвитку різних гострих хірургічних захворювань і травм органів черевної порожнини. При підозрі на виникнення перитонеального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при його підтвердженні - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для дообстеження та виконання ургентної операції.

Найбільш частими причинами перитонеального синдрому є перфорація шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорація тонкої та товстої кишок, **деструктивні форми гострого апендициту, гострого холециститу, гострого панкреатиту (панкреонекроз), гостра кишкова непрохідність.**

Загальні поняття та причини розвитку перитонеального синдрому:

Гострий перитоніт – Виділяють *первинний*, при якому мікрофлора потрапляє в очеревину гематогенним або лімфогенним шляхом, і *вторинний*, який є ускладненням різних хірургічних захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини. За причинами виникнення вторинний перитоніт поділяють на травматичний, післяопераційний, перфоративний, запальний. За стадіями виділяють реактивну, токсичну та термінальну. За характером ексудату: сировинний, фібринозний, гнійний, гнильний, геморагічний та змішаний. За характером мікрофлори: аеробний (стафілокок, стрептокок, кишкова паличка та ін.); анаеробний (бактероїди, пептококи та ін.); змішаний (асоціації різних мікроорганізмів). За перебігом: гострий, хронічний, повільноперебігуючий. За розповсюдженістю: відмежований, невідмежований, що поділяється на місцевий, дифузний, розлитий і загальний. Ступені тяжкості перитоніту: I ступінь – легкий, II ступінь – середньої тяжкості, III-А ступінь – тяжкий, III-Б ступінь – вкрай тяжкий та IV ступінь – термінальний.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.Програма лікування:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Знеболення
 - Д) Післяопераційне лікування
 - Е) Реабілітація хворих

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Загальні поняття про причини розвитку перитонеального синдрому: Гострий перитоніт в наслідок гострих запальних захворювань органів черевної порожнини, яка відноситься до перитонеального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
2. Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - визначення рівня дегідратації при перитоніті (проба за Шелестюком)
 - визначення симптому Щьоткіна-Блумберга.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1. **Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика очеревини: парієтальна та вісцеральна очеревина, кровопостачання очеревини та шляхи відтоку лімфи від неї
2. **Фізіологія** – функція очеревини
3. **Патологічна фізіологія** – порушення функції органів та систем при перитоніті: дистрес легень, печінкова, ниркова та поліорганна недостатність
4. **Патологічна анатомія** – морфологічні зміни при перитоніті в очеревині, внутрішніх органах черевної порожнини та позачеревного простору
5. **Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного та імунного факторів у виникненні і розвитку перитоніту, змін в очеревині та органах черевної порожнини, системних порушень організму
6. **Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого
7. **Рентгенологія** – опис та аналіз рентгенологічних ознак при перитоніті
8. **Анестезіологія та інтенсивна терапія** – принципи ведення хворого з перитонітом та його підготовка до операції, методи знеболення і відновлення балансу організму.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу перитоніту (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань, що призвели до розвитку перитоніту
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми при перитоніті.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

- 1.Актуальність проблеми перитонеального синдрому.
- 2.Визначення захворювань, які ускладнюються розвитком гострого перитоніту.
- 3.Причини та механізм розвитку перитонеального синдрому.
- 4.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого перитоніту.
- 5.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що призводять до розвитку перитоніту.
- 6.Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
- 7.Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
- 8.Клініко-статистичні класифікації та принципи формування клінічного діагнозу при захворюваннях, що призводять до розвитку перитонеального синдрому.
- 9.Обґрунтування організаційно-лікувальної програми та реабілітації хворих.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Визначення рівня дегідратації при перитоніті (проба за Шелестюком)
2. Визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга.

1. Визначення рівня дегідратації при перитоніті (проба за Шелестюком)

В залежності від важкості клінічних проявів дегідратація може бути 1, 2 або 3 ступеня. Для визначення ступеня дегідратації та кількості рідини для інфузійної терапії використовують пробу на гідрофільність тканин за П.І. Шелестюком: після обробки шкіри антисептиком у передню поверхню передпліччя внутрішньошкірно вводять 0,25 мл 0,9 % розчину хлориду натрію та відмічають час до повного розсмоктування утвореної «лимонної шкірки», який відповідає певному ступеню дегідратації.

Номограма за Шелестюком

Ступінь дегідратації	Час розсмоктування (хв.)	Кількість рідини (мл/кг/на добу)	Добова кількість рідини для хворого вагою 70 кг*
1	40-30	50-80	3500-5600
2	30-15	80-120	5600-8400
3	15-5	120-160	8400-11200

* - обсяг рідини для корекції дегідратації складається із рівних частин 5% глюкози, Рингера-Локка та 0,9% хлориду натрію.

2. Визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга.

В положенні хворого лежачі на спині лікар пальцями руки проводить повільне натискання на передню стінку черева хворого, після чого різко віднімає руку від живота. Можливе виникнення при цьому гострого болю свідчить про позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга та про розвиток перитоніту.

Особливості обстеження хворих з перитонеальним синдромом:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

- 1.локалізація болю (права половина черева, праве підребер'я, ліва половина черева, ліве підребер'я, права здухвинна ділянка, епігастрій, інші ділянки, по всьому череву)
- 2.інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
- 3.ірадіація болю (в праве стегно, в поперекову ділянку, в зовнішні статеві органи, праве плече і інш.)
- 4.характер болю (постійний, переймоподібний, оперізуючий – симптом Блайса), зв'язок з актом дефекації, рухом, кашлем

5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів, характер стулу – нормальний, пронос, затримка
2. нудота, блювота (одноразова, багаторазова), чи настає полегшення після блювання
3. здуття черева
4. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
5. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання:

З чим пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та її характером – м'ясна, рослинна, погрішність у дієті, зловживання алкоголем; фізичним перевантаженням, положенням тіла), попередня локалізація болю, початок гострий або раптовий

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна (лежить на спині, правому, лівому боці) або неспокійна (змінює положення тіла, метушиться, стогне)
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий, обкладений, яким нальотом)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втягнутий, вздутий
2. симетричний, асиметричний
3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання (відставання якоїсь ділянки черева в диханні, асиметрія пупка, симптом Караванова)
4. наявність забарвлення шкіри, склер та видимих слизових (симптоми Грюнвальда, Куллена, Логерлофа, Мондора, Турнера, Холстеда, жовтуха, калікреїновий колір).

Пальпація:

а) з'ясовується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату, локалізація, рухомість, розміри його в сантиметрах (окреслити його контури), гіперестезія шкіри живота;

б) наявність патогномонічних симптомів гострого апендициту (Ровзинга, Воскресенського, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона, Образцова, Яуре-Розанова);

в) наявність патогномонічних симптомів гострого холециститу (Георгіївського-Мюссі, Грекова-Ортнера, Кера, Партюрье, Мерлі, Боаса);

г) наявність патогномонічних симптомів гострого панкреатиту (Кьорте, Мейо-Робсона, Чухрієнко, болючість в точці Мейо-Робсона);

д) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (симптом Вінтера – передня стінка черева не приймає участь у диханні, симптом Краснобаєва - захисне напруження прямих м'язів черева, симптом Розанова – «іванця-киванця», симптоми Щьоткіна-Блюмберга, Менделя – при легкому постукуванні по стінці черева виникає біль);

ж) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною (симптом поколючування по поперековій ділянці Пастернацького, діафрагмального нерву, симптоми непрохідності кишечника і інш.);

з) при вагінальному та ректальному дослідженні – нависання склепіння і тазової очеревини, болючість (“крик” Дугласа), вибухання та болючість передньої стінки прямої кишки – симптом Куленкампа.

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність симптомів Раздольського, зміни в перкуторних межах печінки, жовчного міхура, наявність печінкової тупості, притуплення звуку по фланках черева справа та зліва, внизу черева.

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність чи відсутність перистальтичних шумів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

Діагностична програма у хворих з перитонітом формується на базі попереднього діагнозу:

А) Лабораторне обстеження:

а) клінічний аналіз крові (лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво до юних форм, токсична зернистість лейкоцитів)

б) клінічний аналіз сечі (наявність білка, еритроцитів, циліндрів), діастаза сечі

г) глюкоза крові

Б) Додаткові апаратні та інструментальні методи дослідження:

а) оглядова рентгенографія органів черевної порожнини для виявлення ознак вільного газу в черевній порожнині, механічної або динамічної непрохідності кишки і виявлення випоту в плевральній порожнині, переважно ліворуч

б) сонографія (для оцінки стану підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, наявності рідини в черевній порожнині, стану жовчного міхура та позапечінкових жовчних проток)

в) лапароскопія діагностична (яка може застосовуватися для уточнення діагнозу і причини перитоніту)

4. Диференційний діагноз:

Диференційна діагностика (проводиться залежно від стадії патологічного процесу – реактивна стадія, токсична стадія і термінальна стадія перитоніту):

А) Диференційна діагностика в реактивній стадії:

проводиться із групою захворювань, що мають подібні патогенетичні синдроми: болісний, запальний, диспепсичний:

а) гострі запальні хірургічні захворювання органів черевної порожнини

- гострий деструктивний апендицит

- гострий деструктивний холецистит

- гострий некротичний панкреатит
- гостра непрохідність кишечника
- перфорація порожнього органу

б) гостра урологічна патологія

- гострий пієлонефрит
- сечокам'яна хвороба

в) гостра гінекологічна патологія

- перекрут і перфорація кисти яєчника
- гнійний сальпінгіт
- позаматкова вагітність

г) гостра терапевтична патологія

- сепсис
- інфаркт міокарда
- неспецифічний виразковий коліт, токсично-септичний варіант

Б) Диференційна діагностика в токсичній стадії:

- диференційна діагностика проводиться з мезентеріотромбозом

В) Диференційна діагностика в термінальній стадії (з коматозними станами іншого генеза):

- гіпоглікемічна кома
- гіперглікемічна кома
- уремична кома

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

При гострих запальних захворюваннях черевної порожнини – як правило, ургентна операція, що завершується санацією та дренажуванням черевної порожнини через окремі контрапертури (2-6).

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до перитонеального синдрому?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з перитонеальним синдромом?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з перитонеальним синдромом?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з перитонеальним синдромом?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з перитонеальним синдромом?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг перитонеального синдрому?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя?
8. Що виявляють при огляді хворого та його черева?

9. Чому можливе виникнення змін кольору шкіри, склер та слизових при перитонеальному синдромі ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при перитонеальному синдромі?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні піхви та прямої кишки при перитонеальному синдромі ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий перитоніт ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на перфорацію шлунку та ДПК ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на перфорацію кишечника ?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на розвиток деструктивних форм захворювань, які належать до перитонеального синдрому ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при перитонеальному синдромі ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з перитонеальним синдромом та при деструктивних формах захворювань, що його викликають і розвитку ускладнень ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров`я, 1998.
- 2.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологостома, 2004.
- 4.Острый аппендицит. Под ред. В.И. Колесова. – Ленинград: Медгиз, 1959.
- 5.Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.- М.: Медицина, 1990.
- 6.Русанов А.А. Аппендицит.- М.: Медицина, 1979.
- 7.Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы.- Симферополь, 1997.
- 8.Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини.- К.: Фенікс, 2002.
- 9.Попов В.А. Перитонит. Ленинград, «Медицина».- 1985.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 12.

«Перитонеальний синдром:

Загальні поняття про причини розвитку перитонеального синдрому: перфорація шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорація тонкої та товстої кишок»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 12. Перитонеальний синдром в наслідок перфорації шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорації тонкої та товстої кишок.

Визначення: Перитонеальний синдром виникає як ускладнення, а точніше закономірний наслідок, або етап негативного розвитку різних гострих хірургічних захворювань і травм органів черевної порожнини. При підозрі на виникнення перитонеального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при його підтвердженні - термінова госпіталізація в хірургічне відділення для дообстеження та виконання ургентної операції.

Найбільш частими причинами перитонеального синдрому є **перфорація шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорація тонкої та товстої кишок**, деструктивні форми гострого апендициту, гострого холециститу, гострого панкреатиту (панкреонекроз), гостра кишкова непрохідність.

- 1. Перфорація шлунку та дванадцятипалої кишки** – При прориві ураженого виразковою хворобою шлунку або дванадцятипалої кишки, злоякісної пухлини шлунку або травматичному ушкодженні органу, у вільну черевну порожнину надходить гастродуоденальний вміст, який діє на очеревину як хімічний, фізичний, а потім і бактеріальний подразник з наступним розвитком перитоніту.
- 2. Перфорація тонкої та товстої кишок** - Виникає як ускладнення хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, злоякісної пухлини товстої кишки при розпаді та непрохідності, черевному тифі з наступним розвитком перитоніту.

Клінічні прояви перфоративної виразки:

А) Основні симптоми перфоративної виразки (**тріада Мондора**):

- раптово виникаючий різкий ("кинджальний") біль у верхньому відділі живота;
- виразковий анамнез або характерні "шлункові" скарги;
- дошкоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки.

Б) Другорядні симптоми перфоративної виразки:

- загальносоматичні порушення (утруднене дихання, брадикардія з переходом у тахікардію, зниження артеріального тиску);
- функціональні порушення (одноразове блювання, спрага, сухість у роті, загальна слабкість, затримка дефекації);
- об'єктивні прояви (вимушене положення в ліжку - лежачи на спині з підтягнутими до живота стегнами, блідість шкірних покривів, холодний липкий піт, позитивні патогномонічні симптоми).

В) Анамнез захворювання:

- наявність виразки в анамнезі - у 80-90% хворих;
- "німі" виразки - у 10-15% хворих;
- наявність продромальних симптомів (біль, нудота, блювання).

Г) Клінічні прояви залежать від стадії захворювання:

- стадія шоку (до 6 годин з початку перфорації);

- стадія уявного благополуччя (6-12 годин з початку перфорації);
- стадія перитоніту (понад 12 годин з початку перфорації).

Фактори, що впливають на клініку перфоративної виразки:

- стадія клінічного процесу (шок, уявне благополуччя, перитоніт);
- особливості перебігу або локалізації перфорації (прикрита перфорація, атипова перфорація);
- стан захисних сил організму;
- сполучення перфорації з іншими ускладненнями виразкової хвороби (кровотеча, пенетрація, стеноз).

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.Програма лікування:
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Знеболення
 - Д) Післяопераційне лікування
 - Е) Реабілітація хворих

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Загальні поняття про причини розвитку перитонеального синдрому: Перфорація шлунку та дванадцятипалої кишки, перфорація тонкої та товстої кишок, яка відноситься до перитонеального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
- 3.Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - аналіз оглядових рентгенограм при перитоніті та перфорації порожнинного органу
 - проведення проби Неймарка.

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія – топографо-анатомічна характеристика очеревини: парієтальна та вісцеральна очеревина, кровопостачання очеревини та шляхи відтоку лімфи від неї
- 2.Фізіологія – функція очеревини
- 3.Патологічна фізіологія – порушення функції органів та систем при перитоніті: дистрес легень, печінкова, ниркова та поліорганна недостатність

4. Патологічна анатомія – морфологічні зміни при перитоніті в очеревині, внутрішніх органах черевної порожнини та позачеревного простору

5. Мікробіологія, вірусологія та імунологія – місце мікробного та імунного факторів у виникненні і розвитку перитоніту, змін в очеревині та органах черевної порожнини, системних порушень організму

6. Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб – методика опитування та фізикального обстеження хворого

7. Рентгенологія – опис та аналіз рентгенологічних ознак при перитоніті

8. Анестезіологія та інтенсивна терапія – принципи ведення хворого з перитонітом та його підготовка до операції, методи знеболення і відновлення балансу організму.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу перитоніту при перфорації порожнистого органу (опитування хворого та фізикальне обстеження, в тому числі, визначення патогномонічних симптомів)
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань, що призвели до розвитку перитоніту
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми при перитоніті.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми перитонеального синдрому.
2. Визначення захворювань, які ускладнюються розвитком гострого перитоніту.
3. Причини та механізм розвитку перитонеального синдрому.
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого перитоніту, перфорації шлунку та ДПК, перфорації тонкої та товстої кишок.
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що призводять до розвитку перитоніту.
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
8. Клініко-статистичні класифікації та принципи формування клінічного діагнозу при захворюваннях, що призводять до розвитку перитонеального синдрому.
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми та реабілітації хворих.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Аналіз оглядових рентгенограм при перитоніті та перфорації порожнинного органу.
2. Проведення проби Неймарка.

1. Аналіз оглядових рентгенограм при перитоніті та перфорації порожнинного органу

Безконтрастне рентгенологічне дослідження повинно виконуватись при мінімальній підозрі на гостре хірургічне захворювання та при травмі органів черевної порожнини. Виконується в положенні хворого стоя. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини звертають увагу на тотальне затінення, яке пізніше утворює горизонтальний рівень рідини з газовим пузирем, або множинні кульки газу на місці виникнення перитоніту, а потім переходять до піддіафрагмального простору, де зливаючись утворюють великий пузир воздуха з горизонтальним рівнем. Перфорація або розрив порожнинних органів черевної

порожнини утворює вільний газ в черевній порожнині під куполами діафрагми у вигляді серповидної полоски.

2. Проведення проби Неймарка

При наявності клінічних даних перфоративної виразки і відсутності вільного газу в черевній порожнині проводять пневмогастрографію (**проба Неймарка**):

- при положенні хворого на лівому боці в його шлунок вводять зонд;
- через зонд у шлунок вводять шприцом Жане 500 мл повітря;
- після введення повітря хворому роблять повторно оглядову рентгенограму черевної порожнини (при наявності газу під куполом діафрагми підтверджують перфорацію);

Особливості обстеження хворих з *перитонеальним синдромом*:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (права половина черева, праве підребер'я, ліва половина черева, ліве підребер'я, права здухвинна ділянка, епігастрій, інші ділянки, по всьому череву)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. іррадіація болю (в праве стегно, в поперекову ділянку, в зовнішні статеві органи, праве плече і інш.)
4. характер болю (постійний, переймоподібний, оперізуючий – симптом Блайса), зв'язок з актом дефекації, рухом, кашлем
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. особливості відходження калу і газів, характер стулу – нормальний, пронос, затримка
2. нудота, блювота (одноразова, багаторазова), чи настає полегшення після блювання
3. здуття черева
4. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
5. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання:

З чим пов'язує початок захворювання (на тлі повного здоров'я або після приймання їжі та її характером – м'ясна, рослинна, погрішність у дієті, зловживання алкоголем; фізичним перевантаженням, положенням тіла), попередня локалізація болю, початок гострий або раптовий

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку, його ефективність
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі інші причини виникнення захворювання

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна (лежить на спині, правому, лівому боці) або неспокійна (змінює положення тіла, метушиться, стогне)
3. температура тіла, частота пульсу

4. наявність забарвлення шкіри
5. стан язика (сухий, вологий, обкладений, яким нальотом)
6. стан зеву та мигдалин
7. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втягнутий, вздутий

2. симетричний, асиметричний

3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання (відставання якоїсь ділянки черева в диханні, асиметрія пупка)

Пальпація:

а) з'ясується локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату, локалізація, рухомість, розміри його в сантиметрах (окреслити його контури), гіперестезія шкіри живота;

б) наявність перитонеальних симптомів та їх локалізація (симптом Вінтера – передня стінка черева не приймає участь у диханні, симптом Краснобаєва - захисне напруження прямих м'язів черева, симптом Розанова – «іванця-киванця», симптоми Щьоткіна-Блюмберга, Менделя – при легкому постукуванні по стінці черева виникає біль);

в) перевіряються симптоми захворювань із східною клінічною картиною (симптом поколючування по поперековій ділянці Пастернацького, діафрагмального нерву, симптоми непрохідності кишечника і інш.);

г) при вагінальному та ректальному дослідженні – нависання склепіння і тазової очеревини, болючість (“крик” Дугласа), вибухання та болючість передньої стінки прямої кишки – симптом Куленкампа.

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність симптомів Раздольського, зміни в перкуторних межах печінки, жовчного міхура, наявність печінкової тупості, притуплення звуку по фланках черева справа та зліва, внизу черева.

- **Спіжарного симптом** - зникнення печінкової тупості при перкусії;

- **Де Кервена симптом** - притуплення перкуторного звуку у відлогих відділах живота;

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота:

Наявність чи відсутність перистальтичних шумів.

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

Діагностична програма у хворих з перитонітом формується на базі попереднього діагнозу:

А) Лабораторне обстеження:

а) *клінічний аналіз крові* (лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво до юних форм, токсична зернистість лейкоцитів)

б) *клінічний аналіз сечі* (наявність білка, еритроцитів, циліндрів), діастаза сечі

г) *глюкоза крові*

Б) Додаткові апаратні та інструментальні методи дослідження:

- а) оглядова рентгенографія* органів черевної порожнини для виявлення ознак вільного газу в черевній порожнині, механічної або динамічної непрохідності кишки і виявлення випоту в плевральній порожнині, переважно ліворуч
- б) сонографія* (для оцінки стану підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, наявності рідини в черевній порожнині, стану жовчного міхура та позапечінкових жовчних проток)
- в) лапароскопія діагностична* (яка може застосовуватися для уточнення діагнозу і причини перитоніту)

4. Диференційний діагноз:

Диференційна діагностика (проводиться залежно від стадії патологічного процесу – реактивна стадія, токсична стадія і термінальна стадія перитоніту):

А) Диференційна діагностика в реактивній стадії:

- проводиться із групою захворювань, що мають подібні патогенетичні синдроми: болісний, запальний, диспепсичний.

а) гострі запальні хірургічні захворювання органів черевної порожнини

- гострий деструктивний апендицит
- гострий деструктивний холецистит
- гострий некротичний панкреатит
- гостра непрохідність кишечника
- перфорація порожнього органу

б) гостра урологічна патологія

- гострий пієлонефрит
- сечокам'яна хвороба

в) гостра гінекологічна патологія

- перекрут і перфорація кисти яєчника
- гнійний сальпінгіт
- позаматкова вагітність

г) гостра терапевтична патологія

- сепсис
- інфаркт міокарда
- неспецифічний виразковий коліт, токсично-септичний варіант

Б) Диференційна діагностика в токсичній стадії:

- диференційна діагностика проводиться з мезентеріотромбозом

В) Диференційна діагностика в термінальній стадії (з коматозними станами іншого генеза):

- гіпоглікемічна кома
- гіперглікемічна кома
- уремічна кома

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації (дивись "Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення". Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004).

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

При гострих запальних захворюваннях черевної порожнини – як правило, ургентна операція, що завершується санацією та дрениванням черевної порожнини через окремі контрапертури (2-6).

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до перитонеального синдрому?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з перитонеальним синдромом ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з перитонеальним синдромом ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з перитонеальним синдромом ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з перитонеальним синдромом ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг перитонеального синдрому ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді хворого та його черева ?
9. Чому можливе виникнення змін кольору шкіри, склер та слизових при перитонеальному синдромі ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації стінки черева при перитонеальному синдромі?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні піхви та прямої кишки при перитонеальному синдромі ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий перитоніт ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на перфорацію шлунку та ДПК ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на перфорацію кишечника ?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на розвиток деструктивних форм захворювань, які належать до перитонеального синдрому ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при перитонеальному синдромі ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з перитонеальним синдромом та при деструктивних формах захворювань, що його викликають і розвитку ускладнень ?

Література

Базова:

1. Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
2. Матеріал лекції.

Додаткова:

1. Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
2. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.

- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антиколюстома, 2004.
- 4.Острый аппендицит. Под ред. В.И. Колесова. – Ленинград: Медгиз, 1959.
- 5.Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.- М.: Медицина, 1990.
- 6.Русанов А.А. Аппендицит.- М.: Медицина, 1979.
- 7.Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы.- Симферополь, 1997.
- 8.Радзіховський А.П., Бабенко В.І. Невідкладна хірургія органів черевної порожнини.- К.: Фенікс, 2002.
- 9.Попов В.А. Перитонит. Ленинград, «Медицина».- 1985.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “ Перитонеальним синдромом ”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, що вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Перитонеального синдрому» (індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА № 1

Хворий А., 18 років, скаржиться на постійний різкий біль в животі, нудоту, загальну слабкість. Із анамнезу: 2 години тому назад виник гострий "кінджальний" біль в епігастральній ділянці, який потім розповсюдився по всьому череві. Раніше хворого турбувала печія, нічний біль та біль натошак в епігастрії.

При обстеженні: стан хворого середньої тяжкості, температура тіла – 37,2°C, пульс 86 за 1 хв., АТ=140/80 мм рт.ст. Язик обкладений білуватим нальотом, сухий. Живіт втягнутий, передня черевна стінка не приймає участь в акті дихання. При поверхневій пальпації відмічається розлита напруга м'язів передньої стінки черева, "дошкоподібний живіт", значна болючість по всьому череві, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Печінкова тупість відсутня.

ЗАДАЧА № 2

Хворий Н., 35 років, скаржиться на постійний інтенсивний біль у животі, який посилюється при кашлі, нудоту, блювоту, затримку стула та газів. Із анамнезу: хворіє на правобічну пахову грижу протягом 5 років; 12 годин тому, після нападу кашлю, грижа збільшилась та перестала вправлятися, виник біль в ділянці випинання; через 8 годин виник постійний інтенсивний біль у животі, який посилювався при кашлі; з'явилась загальна слабкість, нудота, кількоразова блювота, яка не приносила полегшення, підвищилась температура тіла до 38,2°C.

При обстеженні: стан хворого тяжкий, температура тіла 38,2°C, пульс 102 ударів за 1 хв., АТ=110/70 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом сухий. Передня черевна стінка в нижній половині відстає в акті дихання. При поверхневій пальпації живіт болісний на всьому протязі, більше праворуч і нижче від пупка. Позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга в нижній половині, перкуторно – визначається тупість у відлогих місцях черевної порожнини, печінкова тупість збережена; аускультативно – відсутність перистальтичних шумів.

ЗАДАЧА № 3

Хворий Д., 58 років, скаржиться на постійний біль в животі, нудоту, блювоту, загальну слабкість, лихоманку, затримку стула і газів. Із анамнезу: хворіє на протязі 4 діб, спочатку з'явився біль в епігастральній ділянці, який потім перемістився в праву здухвинну ділянку, була нудота і одноразова блювота. Хворий самостійно приймав анальгін і прикладав до живота тепло, після чого біль стих, але через дві доби знов з'явився і розповсюдився по всьому череві, часто відмічалась блювота, загальна слабкість, головний біль, підвищилась температура тіла до 39,8°C.

При обстеженні: стан хворого тяжкий, свідомість частково сплутана, пульс 120 ударів в 1 хвилину, АД=60/40 мм рт. ст. Язик сухий, потрісканий. Передня черевна стінка частково приймає участь в диханні. Живіт розпластаний, при пальпації - м'який і чутливий в усіх ділянках, але найбільша чутливість відмічається в правій здухвинній ділянці. На всьому протязі живота слабо виражений симптом Щоткіна – Блюмберга. Перкуторно – тимпаніт, при аускультативній – шуми перистальтики відсутні.

ЗАДАЧА 4

Хвора В., 28 років, скаржиться на переймиподібний біль в животі, затримку стула і газів, багаторазову блювоту, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,0°C. Із

анамнезу: захворіла дві доби по тому, коли відразу після їжі з'явився різкій біль в череві, який прийняв переймиподібний характер, з'явилась багаторазова блювота; поступово стан хворої погіршився, перестали відходити газы, не було стільця, підвищилась температура тіла.

При обстеженні: загальний стан хворої тяжкий, неспокійна, стогне від болю. Пульс 90 уд. за 1 хв., АТ=100/70 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений. Живіт помірно здутий. В правій здухвинній ділянці післяопераційний рубець. Передня черевна стінка не приймає участі в диханні. При пальпації – визначається напруження черевної стінки та болочість по всьому животі. Перистальтика кишок відсутня, визначається "шум плескоти". Визначаються позитивні симптоми Щоткіна – Блюмберга, Раздольського.

ЗАДАЧА 5

Хворий Г., 38 років, скаржиться на постійний біль в правій половині живота, загальну слабкість, нудоту, блювоту, підвищення температури тіла. Із анамнезу: страждає на жовчнокам'яну хворобу на протязі 6 років, дві доби по тому з'явився сильний біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї з ірадіацією в праву лопатку, нудота, блювота. Поступово стан хворого погіршився: підвищилась температура тіла 38°C, біль розповсюдився на всю праву половину живота.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, температура тіла 38°C, пульс 108 за 1 хв., АТ=100/65 мм рт.ст. Живіт помірно здутий, права половина черевної стінки не приймає участі в диханні. При пальпації – виразна напруга м'язів черевної стінки в правому підребер'ї та правій боковій ділянці, жовчний міхур не пальпується. Позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Раздольського в правій половині живота. При аускультатії – перистальтичні шуми різко ослаблені.

ЗАДАЧА 6

Хворий Д., 46 років, скаржиться на постійний інтенсивний біль в животі, загальну слабкість, нудоту, блювоту, підвищення температури тіла. Із анамнезу: хворіє на протязі 3-х діб, захворювання почалося гостро, після переїдання та прийому алкоголю – виник "оперізуючий" біль в верхній половині черева, багаторазова блювота; надійшов до хірургічного відділення, де хворому проводили консервативне лікування. На третій день стан хворого погіршився: біль розповсюдився по всьому животі, підвищилась температура тіла, виникла затримка стула та газів.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, температура тіла 38,4°C, пульс 118 за 1 хв., АТ=100/75 мм рт.ст. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка не приймає участі в диханні. При пальпації – виразна напруга м'язів черевної стінки по всьому животі, більше в лівій половині, позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Раздольського. Перкуторно – тимпаніт, більше виражений над пупком, у бокових ділянках – тупість. При аускультатії – перистальтичні шуми різко ослаблені.

ЗАДАЧА 7

Хвора Ш., 38 років, скаржиться на постійний біль в животі, нудоту, блювоту, загальну слабкість, лихоманку, затримку стула і газів. Із анамнезу: хворіє на протязі 3 діб, спочатку з'явився біль в епігастральній ділянці, який потім перемістився в праву здухвинну ділянку, була нудота і одноразова блювота. Хвора самостійно приймала спазмолітики, анальгін, за медичною допомогою не зверталась, біль на деякий час зменшився, але через дві доби знов з'явився і розповсюдився по всьому череві, часто відмічалась блювота, загальна слабкість, головний біль, підвищилась температура тіла до 38,8°C.

При обстеженні: стан хворої тяжкий, свідомість ясна, пульс 112 ударів в 1 хвилину, АД=90/60 мм рт. ст. Язик сухий, покритий смагою. Передня черевна стінка не приймає участі в диханні. Живіт здутий, при пальпації – виразна напруга м'язів черевної стінки, болючість, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга в нижній половині живота. Перкуторно – тимпаніт, при аускультатії – шуми перистальтики відсутні.

ЗАДАЧА 8

Хворий М., 68 років, скаржиться на постійний різкий біль в правій половині живота, нудоту, блювоту, підвищення температури тіла, затримку газів. Із анамнезу: 3 доби по тому був напад різкого болю в правому підребер'ї, який через декілька годин самостійно припинився. Через 10 годин біль в правому підребер'ї з'явився знову і прийняв зростаючий характер, була повторна блювота жовчу. Температура тіла підвищилась до 38,2°C. Раніше при УЗД були виявлені конкременти в жовчному міхурі.

При обстеженні: стан хворого тяжкий, свідомість ясна, пульс 98 уд. за 1 хв.. АТ=110/70 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений білуватом – жовтим нальотом. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка справа відстає в диханні. При пальпації – живіт напружений, болючий в правому підребер'ї, де пальпується дно жовчного міхура. Симптоми Ортнера, Мюсі-Георгієвського позитивні, симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний в правому підребер'ї і правій боковій ділянці.

ЗАДАЧА 9

Хвора Ф., 28 років, скаржиться на постійний різкий біль в животі, нудоту, загальну слабкість. Із анамнезу: хвора знаходиться на диспансерному обліку з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. 12 годин тому назад виник гострий "кінджальний" біль в епігастральній ділянці, який потім розповсюдився по всьому череві; хвора приймала спазмолітини, анальгетики, але стан не покращувався.

При обстеженні: стан хворої середньої тяжкості, температура тіла – 37,8°C, пульс 96 за 1 хв., АТ=110/80 мм рт.ст. Язик обкладений білуватим нальотом, сухий. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка не приймає участь в акті дихання. При поверхневій пальпації відмічається розлита напруга м'язів передньої стінки черева, "дошкоподібний живіт", значна болючість по всьому череві, особливо в правій половині, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Печінкова тупість відсутня. При аускультатії – перистальтичні шуми не вислуховуються.

ЗАДАЧА 10

Хвора Р., 48 років, скаржиться на постійний біль в животі, нудоту, блювоту, затримку газів. Із анамнезу: за 16 годин до надходження в клініку зненацька з'явився переймиподібний біль в животі, перестали відходити гази і кал, була багаторазова блювота. Хвора займалася самолікуванням (тепло на живіт, спазмолітики), але стан поступово погіршувався.

При обстеженні: загальний стан тяжкий, положення в ліжку вимушене (на боці з приведеними до живота ногами), шкірні покриви бліді, пульс 110 уд. за 1 хв., АТ=90/60 мм. рт. ст. Язик сухий. Живіт здутий в верхніх відділах, в ділянці пупка – випинання, округлої форми, розміром 6x7 см, при пальпації - щільно еластичної консистенції, значно болюче. Живіт в мезогастральній та гіпогастральній ділянках напружений, болючий, позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга та Раздольського. Перистальтика кишок рідка, резонуюча.

ЗАДАЧА 11

Хворий В, 52 років, скаржиться на постійний сильний біль в животі, нудоту, блювоту, затримку газів. Із анамнезу: останній рік турбують закрепи, які змінювались рідким стільцем з домішками крові і слизу. На протязі трьох останніх місяців з'явилися помірні болі в лівій здухвинній ділянці, здуття черева, сильне бурчання кишок, слабкість, знижений апетит, субфебрильна температура. Два дні по тому біль в череві значно посилюється, спочатку був переймиподібним, а потім став постійним, перестали відходити кал і газу, з'явилась блювота, підвищилась температура до 38,0°C.

При обстеженні: стан хворого тяжкий, пульс 102 уд. за 1 хв. АТ=100/60 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, асиметричний за рахунок випинання в лівій боковій ділянці. При пальпації – значне напруження і болючість в нижніх відділах живота, позитивні симптоми Валя, Щоткіна – Блюмберга. При перкусії – тимпаніт в мезогастральній ділянці та притуплення в бокових ділянках. Перистальтика кишок не прослуховується.

ЗАДАЧА 12

Хворий Л., 36 років, скаржиться на постійний сильний біль в животі, нудоту, блювоту, затримку газів, підвищення температури тіла. Із анамнезу: 12 годин по тому отримав травму черева (удар тупим предметом), після травми з'явився сильний біль в череві, поступово стан хворого погіршився, з'явилась значна слабкість, нудота, блювота, затримка газів.

При обстеженні: загальний стан хворого тяжкий, стогне від болю, пульс 108 уд. за 1 хв., АТ=100/60 мм рт.ст. Язик сухий, живіт здутий, передня черевна стінка не приймає участі в диханні; при пальпації – значна напруга м'язів і болючість у всіх ділянках живота, позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга; при аускультатії - перистальтика не прослуховується.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 13.

«Синдром гострого болю в прямій кишці:

Загальні питання розвитку та діагностики гострого больового синдрому в аноректальній області: Гострий геморой, гостра анальна тріщина, гострий парапроктит, запалення епітеліальних куприкових ходів»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 3. Невідкладна проктологія.

Тема № 13. Гострий біль в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області.

Визначення: Гострий біль в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області виникає внаслідок обструкції або здавлення прямої кишки та анального каналу каловим камінням, запальним інфільтратом або патологічно збільшеними гемороїдальними вузлами, та при травматизації дефекту слизової оболонки каловим вмістом.

При гострому болю в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області хворому показана термінова консультація хірурга та проктолога, а при підтвердженні ускладнень проктологічних захворювань - термінова госпіталізація в хірургічне або проктологічне відділення.

Найбільш частими причинами гострого болю в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області є **гострий геморой, гостра анальна тріщина, гострий парапроктит та запалення епітеліальних куприкових ходів.**

Загальні питання розвитку та діагностики гострого больового синдрому в аноректальній області:

1.Гострий геморой – гострі застійні патологічні зміни з розширенням гемороїдальних сплетінь заднього проходу та прямої кишки, що викликають защемлення вузлів, біль, дискомфорт в ділянці анусу

2.Гостра анальна тріщина – гострі патологічні зміни в слизовому та підслизовому прошарках анального каналу зі спазмом сфінктеру, що викликають різкий біль та дискомфорт в ділянці анусу

3.Гострий парапроктит – гострі запальні зміни в стінці прямої кишки та періанальній області, що призводять до утворення гнояків, викликають різкий біль та дискомфорт в ділянці анусу та періанальній області, загальну слабкість, підвищення температури тіла

4.Запалення епітеліальних куприкових ходів – гострі запальні зміни в міжсідничній ділянці, що викликають утворення інфільтрату та гнояку з болем, загальною слабкістю та підвищенням температури тіла.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Загальні питання розвитку та діагностики гострого больового

синдрому в аноректальній області: Гострий геморої, гостра анальна тріщина, гострий парапроктит, запалення епітеліальних куприкових ходів, яка відноситься до синдрому гострого болю в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
2. Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних
 - проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
 - обстеження періанальної області
 - пальцеве дослідження прямої кишки

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

1. **Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика прямої кишки, анального каналу з анальними жомами, періанальної клітковини та міжсідничної ділянки
2. **Фізіологія** – функція прямої кишки
3. **Патологічна фізіологія** – патогенез розвитку больового та запального синдромів
4. **Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в прямій кишці, анальному каналі, періанальній області та в міжсідничній ділянці в залежності від давності захворювання та причин, які призвели до розвитку гострого геморою, гострої анальної тріщини, гострого парапроктиту та запалення епітеліальних куприкових ходів
5. **Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного фактору у виникненні запальних процесів в прямій кишці, анальному каналі, періанальній клітковині та міжсідничній ділянці
6. **Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмінь, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

1. Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу гострого геморою, гострої анальної тріщини, гострого парапроктиту та запалення епітеліальних куприкових ходів (опитування хворого та фізикальне обстеження)
2. Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань
3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
4. Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
5. Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
6. Формування лікувальної програми для гострого геморою, гострої анальної тріщини, гострого парапроктиту та запалення епітеліальних куприкових ходів.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми гострого больового синдрому в аноректальній області.
2. Визначення захворювань, які належать до гострого больового синдрому в аноректальній області.

3. Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до гострого больового синдрому в аноректальній області.
4. Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) гострого геморою, гострої анальної тріщини, гострого парапроктиту та запалення епітеліальних куприкових ходів.
5. Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до гострого больового синдрому в аноректальній області.
6. Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
7. Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
8. Клініко-статистичні класифікації гострого геморою, гострої анальної тріщини, гострого парапроктиту, запалення епітеліальних куприкових ходів, та принципи формування клінічного діагнозу.
9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Обстеження періанальної області
2. Пальцеве дослідження прямої кишки

1. Обстеження періанальної області:

Обстеження періанальної області проводять в гумових рукавичках: а) при коліно-ліктяковому положенні хворого, б) при положенні хворого лежачи на боці з підтягнутими до живота ногами, в) при положенні хворого лежачи на спині з зігнутими в колінах та розведеними у сторони ногами, г) при положенні хворого напівсидячи з ногами на кушетці.

Огляд: Спочатку, роздвинув сідниці хворому, оглядають задній прохід, шкіру сідниць, промежини, крижово-куприкової та міжсідничної ділянок. Це дозволяє виявити зовнішні гемороїдальні вузли, анальні тріщини, нориці, епітеліальні куприкові ходи, поверхнево розташовані пухлини, бородавчасті розростання (кондиломи), набряки, гнояки, а також оцінити колір та стан шкіри. При натужуванні хворого можна виявити випадання слизової прямої кишки, внутрішніх гемороїдальних вузлів та низькорозташованих пухлин прямої кишки.

Пальпація: Дозволяє виявити наявність чи відсутність болючості шкіри та підшкірної клітковини в ділянках заднього проходу, сідниць, крижі та куприка, виділення крові та гною із вузлів, нориць та епітеліальних ходів.

2. Пальцеве дослідження прямої кишки:

Ділянку заднього проходу хворого потрібно змастити розчином місцевого анестетику і змастив вазеліною олією гумову рукавичку вказівного пальця лікаря поступово вводять його скрізь анальний отвір у пряму кишку, одночасно визначаючи тонус сфінктеру прямої кишки. В нормі він повинен щільно охоплювати палець, що вводиться. Після того як палець на усю довжину введений у пряму кишку, відмічають наявність в її просвіті калового вмісту та визначають зміни поверхні слизової оболонки. Крім того, через бокові та задню стінки кишки пальпують параректальну клітковину, потім через передню стінку кишки у чоловіків пальпують передміхурову залозу, а у жінок – дугласів простір та матку. При наявності в просвіті кишки пухлинних утворень визначають їх локалізацію (передня, задня або бокові стінки кишки) з урахуванням прийнятої серед лікарів схеми “циферблату годинника”: при положенні хворого на спині з розведеними ногами ділянка анального отвору віртуально поділяється за циферблатом годинника: біля промежини – 12 «годин», праворуч від лікаря – 3 «години», біля куприка – 6 «годин», ліворуч від лікаря – 9 «годин». Далі визначають форму, розмір, характер поверхні, консистенцію, зміщеність, наявність флуктуації та болючості. Це дозволяє відзначити пухлинне новоутворення (поліп, рак) від внутрішніх

гемороїдальних вузлів та гнояка при парапроктиті. Для виявлення випадання прямої кишки або пухлинних утворень, та обстеження вищерозташованих відділів прямої кишки пальцеве дослідження виконують у положенні хворого напівсидячи з ногами на кушетці.

Закінчив пальпацію, виводять палець із прямої кишки хворого та оглядають гумову рукавичку, звертаючи увагу на пофарбування калового вмісту та наявність патологічних домішок (кров, слиз, гній, пухлинний детрит).

Особливості обстеження хворих з гострим больовим синдромом в аноректальній області:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (анальний отвір, анальний канал, пряма кишка, періанальна область, міжсіднична ділянка)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. ірадіація болю (в промежину, в передміхурову залозу у чоловіків, в піхви у жінок, в черевну порожнину, в куприк, в сідниці)
4. характер болю (постійний, переймоподібний), зв'язок з актом дефекації
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. зміни стільця (пронос або затримка, наявність патологічних домішок: крові, слизу, гною, пухлинного детриту)
2. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
3. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі причини виникнення захворювання: погрішність при прийманні їжі, прийманні алкоголю, фізичне перевантаження, інше

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна або неспокійна
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втянутий, вздутий
2. симетричний, асиметричний

3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання

Періанальної ділянки: наявність збільшених зовнішніх гемороїдальних вузлів на 3-5 «годинах», 7 «годинах» та 11 «годинах», зі зміною кольору шкіри над ними від темно-червоного до чорного; наявність нависання шкіряної зморшки на 12 або 6 «годинах» з лінійним

дефектом слизової анального отвору; наявність біля заднього проходу або на шкірі сідниць отворів нориць, з яких можливе виділення гною, набряку шкіри та підшкіряної клітковини, зміна її кольору від червоного до темно-червоного; наявність в міжсідничній ділянці отворів у вигляді "вістря голки" або дещо більше, з яких можливе виділення гною, набряк шкіри в цій ділянці зі зміною її кольору до темно-червоного.

Пальпація (в тому числі гінекологічне та ректальне обстеження):

А) Локалізація болю та напруги м'язів, наявність інфільтрату

Б) Визначення місцевих проявів захворювання при пальцевому дослідженні прямої кишки: наявність збільшених та болючих зовнішніх та внутрішніх гемороїдальних вузлів на 3-5 «годинах», 7 «годинах» та 11 «годинах», часто при збільшених та болючих гемороїдальних вузлах пальцеве дослідження прямої кишки виконати неможливо; наявність болючого дефекту слизової анального отвору на 12 або 6 «годинах» лінійної або еліпсоподібної форми з щільними краями; наявність болючого щільного інфільтрату або флюктуації під набряком періанальної шкіри та клітковини, а в прямій кишці – нависання та болючість її стінки; при пальпації міжсідничної ділянки – щільний болючий інфільтрат або флюктуація гною під шкірою.

В) Визначення перитонеальних симптомів та їх локалізація

Г) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, збільшення ШОЕ, зменшення кількості еритроцитів, зменшення кольоровому показнику та зменшення гемоглобіну.

4. Диференційний діагноз:

При гострому больовому синдромі в аноректальній області проводиться:

гострого геморою з гострою анальною тріщиною, гострим парапроктитом, злоякісною пухлиною прямої кишки, гострою непрохідністю кишечника, стороннім тілом прямої кишки;

гострої анальної тріщини з гострим гемороєм, гострим парапроктитом, злоякісною пухлиною прямої кишки, гострою непрохідністю кишечника, стороннім тілом прямої кишки;

гострого парапроктиту з гострим гемороєм, гострою анальною тріщиною, злоякісною пухлиною прямої кишки, гострою непрохідністю кишечника, стороннім тілом прямої кишки;

запалення епітеліальних куприкових ходів з травматичним ушкодженням куприка або крижі, загостренням кокцигодинії.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації.

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Можливість застосування спеціальної дієти, холоду, лазерної коагуляції, електрокоагуляції, лікарських препаратів (мазь **Безорнил**, **Постеризан-форте**, **Ауробин**, капсули **Детралекс**, **Цикло 3 форт**, **Флебодиа**, **Венолан**), оперативних втручань.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу захворювань, що відносяться до гострого больового синдрому в аноректальній області ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з гострим больовим синдромом в аноректальній області ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з гострим больовим синдромом в аноректальній області ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з гострим больовим синдромом в аноректальній області ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з гострим больовим синдромом в аноректальній області ?
6. Як можуть умови життя та праці вплинути на виникнення та перебіг гострого больового синдрому в аноректальній області ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді періанальної ділянки хворого ?
9. Чому можливе виникнення набряку шкіри біля заднього проходу та сідниць ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації шкіри біля заднього проходу та сідниць хворого ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий геморої ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гостру анальну тріщину ?
14. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на гострий парапроктит ?
15. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на запалення епітеліального куприкового ходу ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при гострому больовому синдромі в аноректальній області ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з гострим гемороєм, гострою анальною тріщиною, гострим парапроктитом, запаленням епітеліальних куприкових ходів ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
- 2.Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Арегви М.Е., Саккиер Дж. (ред). Малоинвазивная колопроктология. М., Медицина, 1999.
- 2.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров`я, 1998.
- 3.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 4.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологостома, 2004.
- 5.Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: «Мед», 1994
- 6.Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М., Медпрактика, 2001.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за
“Синдромом гострого болю в прямій кишці, анальному каналі та періанальній області”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, який вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Синдрому гострого болю в періанальній ділянці » (індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА 1

Хвора К., 28 років, скаржиться на гострий біль в анальному каналі, що виник після закрепу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічала. При огляді анальної ділянки патології не виявлено, однак при спробі пальцевого дослідження прямої кишки біль значно посилюється, на рукавичці появилася свіжа кров.

ЗАДАЧА 2

Хвора Б., 37 років, скаржиться на гострий біль в анальному каналі та періанальній ділянці, що виник після закрепу, тяжкої дефекації, переохолодження. Відмічає підвищення температури тіла до 38⁰С. Раніше таких скарг не було. При огляді анальної ділянки праворуч від анального отвору визначається гіперемія та набряк шкіри, палькується інфільтрат, що гостро болючий при пальпації. При пальцевому дослідженні прямої кишки відмічається нависання правої стінки прямої кишки з флюктуацією.

ЗАДАЧА 3

Хворий Т., 38 років, скаржиться на гострий біль в ділянці анального отвору, що виник після важкого фізичного навантаження 3 дні тому. Раніше таких скарг не відмічав, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки визначаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, темно-фіолетового кольору, болючі при пальпації. При спробі виконання пальцевого дослідження прямої кишки біль значно посилюється, на рукавичці появилася свіжа кров.

ЗАДАЧА 4

Хворий Р., 40 років, скаржиться на гострий біль в ділянці анального отвору, що виник після важкого фізичного навантаження 2 години тому. Раніше таких скарг не відмічав, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки визначаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, темно-фіолетового кольору, болючі при пальпації. При спробі виконання пальцевого дослідження прямої кишки біль значно посилюється, на рукавичці появилася свіжа кров.

ЗАДАЧА 5

Хворий Ф., 27 років, скаржиться на гострий біль в міжсідничній та періанальній ділянці, що виник після переохолодження, підвищення температури тіла до 38⁰С. Раніше таких скарг не було. При огляді періанальної ділянки в міжсідничній області виявлена гіперемія та набряк шкіри. При пальпації визначається інфільтрація тканин, що гостро болюча при пальпації. При пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено.

ЗАДАЧА 6

Хворий Н., 25 років, скаржиться на гострий біль в анальному каналі, що виник після закрепу та тяжкої дефекації, на тлі зловживання алкоголем. Раніше таких скарг не відмічав. При огляді анальної ділянки патології не виявлено, однак при спробі пальцевого дослідження прямої кишки біль значно посилюється, на рукавичці появилася свіжа кров.

ЗАДАЧА 7

Хвора В., 32 років, скаржиться на гострий біль в анальному каналі та періанальній ділянці, що виник після закрепу, тяжкої дефекації, переохолодження. Хворіє 2 доби, відмічає підвищення температури тіла до 38,8⁰С. Раніше таких скарг не було. При огляді анальної ділянки ліворуч від анального отвору виявлена гіперемія та набряк шкіри, тут же визначається щільний інфільтрат, що гостро болючий при пальпації. При пальцевому дослідженні прямої кишки відмічається нависання стінки з флюктуацією та різка болючість стінки кишки.

ЗАДАЧА 8

Хворий Ю., 42 років, скаржиться на гострий біль в ділянці анального отвору, що виник після важкого фізичного навантаження 2 дні тому на тлі зловживання алкоголем. Раніше таких скарг не відмічав, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки визначаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, темно-фіолетового кольору, болючі при пальпації. При пальцевому дослідженні прямої кишки на глибині 3-4 см на 4, 7 та 11 “годинах” визначаються внутрішні гемороїдальні вузли, щільні, болючі при пальпації.

ЗАДАЧА 9

Хворий Д., 45 років, скаржиться на гострий біль в ділянці анального отвору, що виник після важкого фізичного навантаження 4 години тому. Раніше таких скарг не відмічав, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, темно-фіолетового кольору, щільної консистенції, болючі при пальпації. Пальцеве дослідження прямої кишки неможливе через різкий біль.

ЗАДАЧА 10

Хворий З., 24 років, скаржиться на гострий біль в міжсідничній та періанальній ділянці, що виник після переохолодження, підвищення температури тіла до 38,8⁰С. Раніше таких скарг не було, але відмічав наявність в міжсідничній ділянці нориць. При огляді: в міжсідничній ділянці визначається гіперемія та набряк шкіри, щільний інфільтрат 5x4 см, що гостро болючий при пальпації, втягування шкіри на місці нориць. При пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено.

ЗАДАЧА 11

Хворий С., 35 років, скаржиться на гострий біль в анальному каналі, що виник після закрепу та тяжкої дефекації, на тлі зловживання алкоголем. Біль іррадіює у промежину,

статеві органи. Раніше таких скарг не відмічав. При огляді періанальної ділянки патології не виявлено. При натужуванні хворого та розведенні серверками анального отвору на 6 «годинах» визначається край лінійного дефекту. При спробі пальцевого дослідження прямої кишки біль значно посилюється, на рукавичці появилася свіжа кров.

ЗАДАЧА 12

Хвора П., 39 років, скаржиться на гострий біль в прямій кишці, що різко посилюється при дефекації, підвищення температури тіла до 38,6⁰С. Хворіє протягом 3-х діб, початок захворювання пов'язує з переохолодженням. Раніше таких скарг не відмічає. При огляді періанальної ділянки патології не виявлено. При виконанні пальцевого дослідження прямої кишки на правій боковій стінці на глибині 8 см визначається інфільтрація тканин з флуктуацією в центрі, значне посилення болю.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 14. «Синдром випадання прямої кишки: Випадання прямої кишки та геморой хронічний 3-4 ст.»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Змістовий модуль 3. Невідкладна проктологія.

Тема № 14. Випадання прямої кишки та геморой хронічний.

Визначення: Синдром випадання прямої кишки виникає внаслідок патологічної слабкості м'язового апарату прямої кишки, промежини і тазового дна при підвищенні внутрішньоочеревинного та внутрішньокишкового тиску на тлі травматичних ушкоджень, хронічних та гострих захворювань, старечого віку, та призводить до випадання як слизової оболонки, так і усіх прошарків прямої кишки і гемороїдальних вузлів назовні.

Патологічна реакція судин тазового дна на постійну затримку в них крові буде викликати хронічний застій крові у гемороїдальних сплетіннях анального каналу та задньопрохідного отвору з явищами дискомфорту, випадання вузлів, болю та виділення крові, що може потребувати хірургічного втручання після термінової консультації хірурга та проктолога.

Найбільш частими причинами синдрому випадання прямої кишки бувають **випадання прямої кишки та геморой хронічний 3-4 ст.**

1. Випадання прямої кишки – це гострий або хронічний патологічний стан, що характеризується випадінням як слизової оболонки, так і усіх прошарків прямої кишки назовні.

2. Геморой хронічний 3-4 ст. - це хронічні застійні патологічні зміни з розширенням гемороїдальних сплетінь заднього проходу та прямої кишки, що викликають випадання вузлів назовні, дискомфорт в ділянці анусу.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

- 1.Формування попереднього діагнозу
- 2.Діагностична програма та аналіз одержаних даних
- 3.Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
- 4.Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
- 5.ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Випадання прямої кишки та геморой хронічний 3-4 ст., яка відноситься до синдрому випадання прямої кишки.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

- 1.Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
- 2.Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних

- проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
- дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом
 - ректороманоскопія

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика прямої кишки, анального каналу з анальними жомами та судинами, черевної порожнини.
- 2.Фізіологія** – функція ободової та прямої кишок.
- 3.Патологічна фізіологія** – патогенез розвитку підвищеного внутрішньоочеревинного та внутрішньокишкового тиску і застою крові в судинах тазового дна, що приводить до синдрому випадання прямої кишки.
- 4.Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в прямій кишці, її м'язах та судинах, в черевній порожнині, в залежності від давності захворювання та причин, які призвели до розвитку синдрому випадання прямої кишки.
- 5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце зламу імунної системи організму у виникненні слабкості м'язів та судин прямої кишки.
- 6.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого.

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу випадання прямої кишки та геморою хронічного 3-4 ст. (опитування хворого та фізикальне обстеження)
- 2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань
- 3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
- 4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
- 5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
- 6.Формування лікувальної програми для випадання прямої кишки та геморою хронічного 3-4 ст.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми синдрому випадання прямої кишки.
2. Визначення захворювань, які належать до синдрому випадання прямої кишки.
- 3.Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до синдрому випадання прямої кишки.
- 4.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) з випаданням прямої кишки та гемороєм хронічним 3-4 ст.
- 5.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до синдрому випадання прямої кишки.
- 6.Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
- 7.Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.

- 8.Клініко-статистичні класифікації випадання прямої кишки та геморою хронічного 3-4 ст., та принципи формування клінічного діагнозу.
- 9.Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом
2. Ректороманоскопія.

1. Дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом:

Дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом проводять після обстеження періанальної області та пальцевого дослідження прямої кишки в гумових рукавичках: при коліно-ліктвовому положенні хворого та при положенні хворого лежачи на спині з зігнутими в колінах та розведеними у сторони ногами.

Бранші ректального дзеркала (до 10 см), змащені вазеліновою олією або гелями Нефлуан, Луан, ЕМЛА поступово вводять скрізь анальний отвір у пряму кишку й по колу виконують розкриття дзеркала для розтягування м'язів анального жому - дивульсію жому. Після того як ректальне дзеркало на усю довжину введене у пряму кишку, відмічають наявність в її просвіті калового вмісту, патологічних домішок та визначають зміни поверхні слизової оболонки. Крім того, оглядають бокові та задню стінки кишки, потім передню стінку кишки - у чоловіків можливе випинання передміхурової залози при її патології, а у жінок нависання дугласова простору та матки. При наявності в просвіті кишки пухлинних утворень визначають їх локалізацію (передня, задня або бокові стінки кишки) з урахуванням прийнятої серед лікарів схеми "циферблату годинника": при положенні хворого на спині з розведеними ногами ділянка анального отвору віртуально поділяється за циферблатом годинника: біля промежини – 12 «годин», праворуч від лікаря – 3 «години», біля куприка – 6 «годин», ліворуч від лікаря – 9 «годин». Далі визначають форму, розмір, характер поверхні, зміщеність, наявність болючості. Це дозволяє відзначити пухлинне новоутворення (поліп, рак) від внутрішніх гемороїдальних вузлів та гнояка при парапроктиті.

Закінчив огляд прямої кишки, поступово виводять ректальне дзеркало із прямої кишки хворого та оглядають його бранші, звертаючи увагу на пофарбування калового вмісту та наявність патологічних домішок (кров, слиз, гній, пухлинний детрит).

2. Ректороманоскопія:

Ректороманоскопія – інструментальний спосіб огляду слизової оболонки прямої кишки та дистальної частини сигмовидної кишки з допомогою спеціального пристрою - ректороманоскопу, введеного через задньопрохідний отвір в просвіт кишки (градуїований в см тубус з оливою), окуляра до якого підведене джерело світла і під'єданого насосу у вигляді балону.

Хворий приймає коліно-ліктвове положення, проводиться огляд періанальної області, пальцеве обстеження прямої кишки та дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом, після чого змащений вазеліновою олією або гелями Нефлуан, Луан, ЕМЛА тубус з оливою всередині вводиться на 3-5 см у пряму кишку. Потім олива виймається, а до тубуса приєднується окуляр з джерелом світла та насос з балоном. Подальше дослідження виконується під контролем зору, як правило, на глибину 25-30 см.

Для розправлення стінок кишки поступово нагнітають балоном повітря і продвигають апарат у глибину кишки з обов'язковим додержанням усіх анатомічних вигинів прямої кишки та ректосигмоїдального вигину. Відмічають наявність в її просвіті калового вмісту, патологічних домішок та визначають зміни поверхні слизової оболонки. При наявності в просвіті кишки пухлинних утворень, виразок або інших патологічних змін визначають їх локалізацію (передня, задня або бокові стінки кишки). Далі визначають форму, розмір, характер поверхні, зміщеність, наявність кровоточивості. При виконанні ректороманоскопії можливий огляд слизової оболонки, виконання діагностичних

маніпуляцій – взяття біопсійного матеріалу, проведення лікувальних заходів - видалення поліпів і зупинка кровотечі з застосуванням електричної або лазерної коагуляції.

Закінчив огляд дистальної частини сигмовидної кишки і прямої кишки, поступово виводять ректороманоскоп із прямої кишки хворого та оглядають його тубус, звертаючи увагу на пофарбування калового вмісту та наявність патологічних домішок (кров, слиз, гній, пухлинний детрит).

Особливості обстеження хворих з випаданням прямої кишки та гемороєм хронічним 3-4 ст. :

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (анальний отвір, анальний канал, пряма кишка, періанальна область)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. ірадіація болю (в промежину, в передміхурову залозу у чоловіків, в піхви у жінок)
4. характер болю (постійний, переймоподібний), зв'язок з актом дефекації
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

- 1) наявність випадання прямої кишки або її частини назовні
- 2) зміни стільця (пронос або затримка, наявність патологічних домішок: крові, слизу, гною, пухлинного детриту)
- 3) зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
- 4) зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі причини виникнення захворювання: погрішність при прийманні їжі, прийманні алкоголю, фізичне перевантаження, інше

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна або неспокійна
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втянутий, вздутий
2. симетричний, асиметричний

3.ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання

Періанальної ділянки: наявність біля заднього проходу випавшої назовні частини слизової або усіх прошарків прямої кишки, її набряку, зміна її кольору від червоного до темно-червоного; наявність збільшених гемороїдальних вузлів на 3-5 «годинах», 7 «годинах» та 11 «годинах», зі зміною кольору шкіри над ними від темно-червоного до чорного;

Пальпація (в тому числі гінекологічне та ректальне обстеження):

Для виявлення випадання прямої кишки або гемороїдальних вузлів пальцеве дослідження виконують у положенні хворого напівсидячи з ногами на кушетці.

А) Локалізація болю та напруги у випавшій назовні прямій кишці чи її частині

Б) Визначення місцевих проявів захворювання при пальцевому дослідженні прямої кишки: наявність біля заднього проходу випавшої назовні частини слизової або усіх прошарків прямої кишки, її набряку; наявність збільшених гемороїдальних вузлів на 3-5 «годинах», 7 «годинах» та 11 «годинах».

В) Визначення перитонеальних симптомів та їх локалізація

Г) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, збільшення ШОЕ, зменшення кількості еритроцитів, зменшення кольоровому показнику та зменшення гемоглобіну. Виконання по можливості дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом, ректороманоскопії.

4. Диференційний діагноз:

При випаданні прямої кишки та геморою хронічному 3-4 ст. проводиться:

випадання прямої кишки зі злоякісною пухлиною прямої кишки, стороннім тілом прямої кишки, гемороєм хронічним 3-4 ст.;

геморою хронічного 3-4 ст. з хронічною анальною тріщиною, злоякісною пухлиною прямої кишки, стороннім тілом прямої кишки, випаданням прямої кишки.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації.

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Можливість застосування спеціальної дієти, холоду, лазерної коагуляції, електрокоагуляції, лікарських препаратів (мазь **Безорнил**, **Постеризан-форте**, **Ауробин**,

капсули **Детралекс, Цикло 3 форт, Флебодиа, Венолан**), оперативних втручань, розробки професорів Д.П. Чухрієнко та Я.С. Березницького.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу випадання прямої кишки та геморою хронічного 3-4 ст. ?
2. Що виявляють при опитуванні хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
4. Чому важливо знати дату та час початку захворювання у хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
6. Як можуть умови життя та праці хворого вплинути на виникнення та перебіг випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді періанальної ділянки хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
9. Чому можливе виявлення частини слизової або усіх прошарків прямої кишки при пальпації ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації біля заднього проходу хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки у хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на випадання прямої кишки ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на геморою хронічний 3-4 ст. ?
14. Відмінності фізикального обстеження хворого з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
15. Особливості клінічних проявів захворювання у пацієнтів з підозрою на випадання прямої кишки та геморою хронічний 3-4 ст. ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу при випаданні прямої кишки та геморою хронічному 3-4 ст. ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з випаданням прямої кишки та гемороєм хронічним 3-4 ст. ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2006.
- 2.Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Балалыкин А.С. Эндоскопия. М.: Медицина, 1987.
- 2.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.

- 3.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.
- 4.Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.
- 5.Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994
- 6.Чухриенко Д.П. Выпадение прямой кишки. К.: Госмедизд., 1963.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “Синдромом випадання прямої кишки”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, який вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Синдрому випадання прямої кишки» (індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА 1

Хвора А., 68 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька гінекологічних оперативних втручань та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 10 см, яка темно-червоного кольору, пальцями не вправляється.

ЗАДАЧА 2

Хворий Б., 58 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька оперативних втручань з приводу гриж черева та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 12 см, яка темно-фіолетового кольору, вкрита виразками та ділянками некрозу, пальцями не вправляється.

ЗАДАЧА 3

Хворий В., 38 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів, які самостійно вправляються. Раніше таких скарг не відмічає, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 4

Хворий Г., 48 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів після дефекації, які вправляються руками, виділення свіжої крові. Раніше такі скарги відмічає на протязі приблизно 5 років, працює водієм. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 5

Хвора Д., 52 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів, які після вправлення руками знову випадають назовні, виділення свіжої крові. Раніше скарги на випадання вузлів відмічає на протязі приблизно 25 років, після тяжких пологів другої дитини вагою 5 кг, але тоді вузли вдавалося вправляти і вони деякий час не випадали. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, та в анальному каналі при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені внутрішні гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 6

Хвора Е., 68 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька гінекологічних оперативних втручань та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 10 см, яка темно-червоного кольору, пальцями не вправляється.

ЗАДАЧА 7

Хворий Ж., 58 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька оперативних втручань з приводу гриж черева та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 12 см, яка темно-фіолетового кольору, вкрита виразками та ділянками некрозу, пальцями не вправляється.

ЗАДАЧА 8

Хворий З., 38 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів, які самостійно вправляються. Раніше таких скарг не відмічає, але періодично після дефекації буває виділення свіжої крові. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 9

Хворий К., 48 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів після дефекації, які вправляються руками, виділення свіжої крові. Раніше такі скарги відмічає на протязі приблизно 5 років, працює водієм. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 10

Хвора Л., 52 років скаржиться на тупий біль, дискомфорт в ділянці анального отвору, випадання вузлів, які після вправлення руками знову випадають назовні, виділення свіжої крові. Раніше скарги на випадання вузлів відмічає на протязі приблизно 25 років, після тяжких пологів другої дитини вагою 5 кг, але тоді вузли вдавалося вправляти і вони деякий час не випадали. При огляді анальної ділянки відмічаються назовні на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені гемороїдальні вузли, звичайного кольору, болісні при пальпації, та в анальному каналі при пальцевому дослідженні прямої кишки відмічаються на 4, 7 та 11 “годинах” збільшені внутрішні гемороїдальні вузли, на рукавичці свіжа кров.

ЗАДАЧА 11

Хвора М., 68 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька

гінекологічних оперативних втручань та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 10 см, яка темно-червоного кольору, пальцями не вправляється.

ЗАДАЧА 12

Хворий Н., 58 років скаржиться на випадання кишки із анального каналу, що виникло після закрєпу та тяжкої дефекації. Раніше таких скарг не відмічає, в анамнезі декілька оперативних втручань з приводу гриж черева та тяжка фізична праця. При огляді анальної ділянки виявлено випадання прямої кишки до 12 см, яка темно-фіолетового кольору, вкрита виразками та ділянками некрозу, пальцями не вправляється.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття

Тема № 15. «Діарейно-запальний синдром: Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона»

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 3. Невідкладна проктологія.

Тема № 15. Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона.

Визначення: Діарейно-запальний синдром виникає внаслідок поліетіологічної природи на тлі змін реактивності організму, під впливом інфекції, розвитку колагенозів, порушень іннервації ободової кишки, змін функції кори наднирників та гіповітамінозу (недолік вітамінів В₁₂ та фолієвої кислоти). Ці первинні ураження призводять до хронічного запалення слизової оболонки ободової кишки з залученням до патологічного процесу підслизового прошарку.

Патологічна імунна реакція буде викликати хронічне запалення слизової оболонки, а на тлі психічних змін призведе до маніфестації хвороби, провокуватиме її загострення та ускладнення, з виразково-гранульоматозними змінами кишкової стінки, виразковістю слизової оболонки, проявами діареї і запалення, звуженням просвіту кишки майже до повної obturaції, що може потребувати хірургічного втручання після термінової консультації хірурга та проктолога.

Найбільш частими причинами діарейно-запального синдрому бувають **неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона.**

1. Неспецифічний виразковий коліт - це хронічне неспецифічне дифузне виразкове ураження товстої кишки.

2. Хвороба Крона - це хронічне запально-гранульоматозне ураження травного каналу, що носить сегментарний характер, з переважною локалізацією в тонкій та товстій кишках.

Кінцеві цілі навчання за учбовим елементом:

1. Формування попереднього діагнозу
2. Діагностична програма та аналіз одержаних даних
3. Диференційний діагноз (перелік захворювань, диф. діагностичні таблиці з аналізом)
4. Клініко-статистична класифікація захворювання та клінічний діагноз
5. ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ
 - А) Терміновість госпіталізації
 - Б) Терміновість операції
 - В) Передопераційна підготовка
 - Г) Післяопераційне лікування

Мета практичного заняття: Встановити рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за темою – Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона, яка відноситься до діарейно-запального синдрому.

Форми контролю знань та вмінь на практичному занятті:

1. Тестовий контроль знань (комп'ютерний контроль знань за 30 тестовими задачами)
2. Теоретичне опитування кожного студента з оцінкою за питаннями:
 - обґрунтування попереднього діагнозу
 - визначення діагностичної програми та аналіз отриманих даних

- проведення диференційної діагностики
 - формування клінічного діагнозу
 - визначення програми лікування
3. Оцінка виконання кожним студентом практичних навичок:
- порядок підготовки хворого до виконання фіброколоноскопії та ірригоскопії
 - аналіз ірригоскопій (при неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона, поліпах та дивертикулах)

Інформаційна частина методичної розробки

Мінімальний базовий рівень знань, необхідний для засвоєння теми:

- 1.Анатомія, топографічна анатомія та оперативна хірургія** – топографо-анатомічна характеристика ободової та прямої кишок, черевної порожнини.
- 2.Фізіологія** – функція ободової та прямої кишок.
- 3.Патологічна фізіологія** – патогенез розвитку запального синдрому.
- 4.Патологічна анатомія** – морфологічні зміни в ободовій та прямій кишках, в черевній порожнині, в залежності від давності захворювання та причин, які призвели до розвитку запального синдрому.
- 5.Мікробіологія, вірусологія та імунологія** – місце мікробного фактору та зламу імунної системи організму у виникненні запальних процесів в ободовій та прямій кишках.
- 6.Загальна хірургія, пропедевтика внутрішніх хвороб** – методика опитування та фізикального обстеження хворого

Конкретна мета самостійної підготовки до практичного заняття:

Використовуючи базовий рівень знань та вмій, засвоїти теоретичні знання та практичні навички, які забезпечать оволодіння практично орієнтованими задачами в обсягах:

- 1.Обстеження хворого для визначення клінічного перебігу неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона (опитування хворого та фізикальне обстеження)
- 2.Обґрунтування та формування попереднього діагнозу захворювань
- 3.Складання діагностичної програми та аналіз результатів додаткових досліджень
- 4.Формування переліку захворювань для диференційної діагностики та її проведення
- 5.Формування клінічного діагнозу на підставі клініко-статистичної класифікації захворювань
- 6.Формування лікувальної програми для неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.

Програма самостійної підготовки до практичного заняття:

1. Актуальність проблеми діарейно-запального синдрому.
2. Визначення захворювань, які належать до діарейно-запального синдрому.
- 3.Причини та механізм розвитку захворювань, які належать до діарейно-запального синдрому.
- 4.Клінічні прояви (скарги, анамнез, дані фізикального обстеження хворого) неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
- 5.Принципи діагностики та обсяг даних, необхідних для формування попереднього діагнозу при захворюваннях, що належать до діарейно-запального синдрому.
- 6.Принципи складання діагностичної програми для уточнення попереднього діагнозу та подальшого лікування.
- 7.Перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу, складання диференційно-діагностичних таблиць з порівняльним аналізом.
- 8.Клініко-статистичні класифікації неспецифічного виразкового коліту і хвороби Крона, та принципи формування клінічного діагнозу.

9. Обґрунтування організаційно-лікувальної програми.

Практичні навички, які закріплені за учбовим елементом:

1. Порядок підготовки хворого до виконання фіброколоноскопії та ірригографії
2. Аналіз ірригограм (при неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона, поліпах, дивертикулах).

1. Порядок підготовки хворого до виконання фіброколоноскопії та ірригографії:

Фіброколоноскопія (або відеокколоноскопія) – метод візуального дослідження товстої кишки, який виконується з діагностичною та лікувальною метою.

Ірригографія (-скопія) – метод контрастного рентгенологічного дослідження товстої кишки після введення суміші барію через клізму.

Підготовка хворого до цих досліджень вимагає очищення товстої кишки від калового вмісту, рідини та слизу. Для цього використовують безшлакову дієту, механічне очищення кишки проносними чинниками, клізмами та сучасними лікарськими препаратами.

Із проносних використовують хімічні чинники: касторову олію (60-80 мл), сенну (140 мг), магнію сульфат (125-250 мл 25% розчину за добу до обстеження), манніт (до 1500 мл 5% розчину за 4-5 годин до обстеження) та сольові розчини.

У хворих без функціональних змін о 15-17 годинах напередодні дослідження призначають 30-60 мл касторової олії, після акту дефекації пацієнту виконують дві очисні клізми обсягом по 1,0-1,5 літру кожна водою кімнатної температури з інтервалом в 1-2 години, а в день дослідження ранком виконують ще дві клізми такого ж обсягу.

Дослідження можна виконувати не раніше ніж через 2 години після останньої клізми. Цей термін потрібен для того, щоб зникли або зменшились явища роздратування слизової оболонки кишечника, та виділились залишки введеної рідини.

При захворюваннях, що супроводжуються закрепами необхідна багатоденна підготовка дієтою в поєднанні з проносними чинниками, очисними та сифонними клізмами, а у хворих з посиленою моторною функцією кишки та частим стільцем проносні чинники застосовувати не слід і можна обмежитись очисними клізмами.

Найбільш ефективною підготовкою до колоноскопії та ірригографії є використання сучасного препарату **Ендофальк** за наступною схемою: 6 пакетиків розчиняють у 3 літрах води і випивають по 1 літру розчину за кожну годину з перервами 15-30-60 хвилин напередодні дослідження. Також можливе використання препаратів **Фліт Фосфо-сода** та **Фортранс**.

У більшості пацієнтів нема необхідності в проведенні анестезії періанальної ділянки та анального каналу перед виконанням дослідження, однак, можна застосовувати аплікації знеболюючих препаратів гель **Нефлуан** та **Луан**. У хворих з порушенням психіки, підвищеною нервовою збудженістю, проявами больового синдрому при захворюваннях анальної області, злуковою хворобою в анамнезі, колоноскопію виконують під загальним знеболенням.

2. Аналіз ірригограм (при неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона):

При аналізі ірригограми треба правильно тримати її в руках чи встановити у підключений негатоскоп, орієнтуючись на позначки: літери «П» та «Л».

Необхідно вказати, що перед нами ірригограма, тобто результат контрастного рентгенологічного дослідження товстої кишки після введення суміші барію через клізму.

При підозрі у хворого діагнозу неспецифічний виразковий коліт на рентгенівських знімках з боку слизової оболонки кишка буде мати: а) багато мілких дефектів, нагадуватиме **«рядно, що побите міллю»**, тобто вкрита так званими **«гудзиковими виразками»**; б) невеликі випинання у бік просвіту - запальні псевдополіпи; в) втрату гаустрації - рентгенологічний симптом **«садового шлангу»** або **«перевернутої тютюнової люльки»**.

При підозрі у хворого діагнозу хвороба Крона на рентгенівських знімках з боку слизової оболонки кишка буде мати: а) ділянки нерівних, бугристих випинань у бік просвіту - характерний рельєф **«бруківки»**; б) потовщення стінки кишки, асиметрична зморшкуватість

брижі, звуження просвіту кишки - стеноз, з так званим рентгенологічним симптомом «**кокарди**», в) сегментарне розповсюдження по кишці двох попередніх проявів, між якими є великі відрізки рентгенологічно не зміненого кишечника – симптом «**стрибка кенгуру**».

Особливості обстеження хворих з неспецифічним виразковим колітом та хворобою Крона:

1. При опитуванні хворого необхідно визначити:

Скарги на:

А) Біль:

1. локалізація болю (в животі по ходу товстої кишки, анальний отвір, анальний канал, пряма кишка, періанальна область)
2. інтенсивність болю (слабкий, помірний, сильний)
3. ірадіація болю (в промежину, в передміхурову залозу у чоловіків, в піхви у жінок, в куприк, в сідниці)
4. характер болю (постійний, переймоподібний), зв'язок з актом дефекації
5. чи були аналогічні напади болю раніше

Б) Послідовно виявляються інші скарги:

1. зміни стільця (пронос або затримка, наявність патологічних домішок: крові, слизу, гною, пухлинного детриту)
2. зміни температури тіла (в яких межах підвищена)
3. зміни з боку інших органів та систем

Анамнез захворювання та життя:

А) Дата і час початку захворювання

Б) Коли і куди звернувся за медичною допомогою:

1. яке отримував лікування до надходження в клініку
2. коли доставлений в лікарню (дата, година)

В) Можливі причини виникнення захворювання: погрішність при прийманні їжі, прийманні алкоголю, фізичне перевантаження, інше

Г) Умови життя та праці, що могли зумовити виникнення захворювання

Д) У жінок – акушерсько-гінекологічний анамнез:

1. кількість вагітностей
2. кількість родів
3. дата останніх місячних
4. чи були останні місячні вчасно

2. Фізикальне обстеження:

Огляд:

А) Загальний огляд:

1. ступінь тяжкості стану хворого
2. поведінка хворого: спокійна або неспокійна
3. температура тіла, частота пульсу
4. стан язика (сухий, вологий)
5. стан зеву та мигдалин
6. стан нижніх кінцівок

Б) Огляд:

Грудної клітини

Живота:

1. втянутий, вздутый
2. симетричний, асиметричний
3. ступінь участі передньої черевної стінки в акті дихання

Періанальної ділянки: наявність біля заднього проходу або на шкірі сідниць отворів норниць, з яких можливе виділення гною, набряку шкіри та підшкіряної клітковини, зміна її кольору від червоного до темно-червоного.

Пальпація (в тому числі гінекологічне та ректальне обстеження):

А) Локалізація болю та напруги м'язів черевної стінки, наявність інфільтрату

Б) Визначення місцевих проявів захворювання при пальцевому дослідженні прямої кишки: наявність болючого дефекту слизової анального отвору на 12 або 6 «годинах» лінійної або еліпсоподібної форми з щільними краями; наявність болючого щільного інфільтрату або флюктуації під набряком періанальної шкіри та клітковини, а в прямій кишці – нависання та болючість її стінки.

В) Визначення перитонеальних симптомів та їх локалізація

Г) Визначення симптомів з боку інших органів та систем

Перкусія:

А) Грудної клітини

Б) Живота

Аускультация:

А) Грудної клітини

Б) Живота

На підставі отриманих даних після опитування хворого (скарги, анамнез захворювання та життя) і його фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) проводиться обґрунтування попереднього діагнозу.

3. Діагностична програма з аналізом даних додаткових досліджень:

По швидкій допомозі – підрахунок кількості лейкоцитів у крові, потім загальноклінічний аналіз крові з виявленням змін у лейкоцитарній формулі – її зсув вліво, збільшення ШОЕ, зменшення кількості еритроцитів, зменшення кольоровому показнику та зменшення гемоглобіну. Виконання ректороманоскопії, колоноскопії та ірригорафії (-скопії), взяття біопсійного матеріалу з площинних виразок, псевдополіпів, гранульоматозно-рубцевих звужень стінки кишки з наступним гістологічним дослідженням.

4. Диференційний діагноз:

При неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона проводиться:

неспецифічного виразкового коліту з хворобою Крона, злоякісною пухлиною ободової кишки, дизентерією, черевним тифом;

хвороби Крона з неспецифічним виразковим колітом, злоякісною пухлиною сліпої кишки, гострою непрохідністю кишечника, гострим апендицитом.

5. Клінічний діагноз:

Вказується нозологічна одиниця та форма перебігу захворювання, наявні ускладнення - на підставі клініко-статистичної класифікації.

6. Організаційно-лікувальна тактика:

Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Можливість застосування спеціальної дієти, лікарських препаратів **Салофальк, Буденофальк, Ремікейд**, оперативних втручань.

Контрольні питання щодо самоперевірки підготовки до заняття:

1. Важливість вивчення перебігу неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона ?

2. Що виявляють при опитуванні хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
3. Чому важливо виявити усі скарги, що в наявності у хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
4. Чому важливо знати дату та час початку загострення у хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
5. Чому важливо знати яке попереднє лікування проводилося хворому з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
6. Як можуть умови життя та праці хворого вплинути на виникнення та перебіг неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона ?
7. Чому важлива наступна послідовність в опитуванні хворого: збирання скарг, анамнезу хвороби та життя ?
8. Що виявляють при огляді живота та періанальної ділянки хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
9. Чому можливе виявлення інфільтрату в правій здухвинній ділянці при пальпації ?
10. Які зміни можна виявити при пальпації шкіри біля заднього проходу хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
11. Які зміни можна виявити при пальцевому дослідженні прямої кишки у хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
12. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт ?
13. Особливості фізикального обстеження хворого з підозрою на хворобу Крона ?
14. Відмінності фізикального обстеження хворого з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
15. Особливості клінічних проявів захворювання у пацієнтів з підозрою на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона ?
16. На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу при неспецифічному виразковому коліті та хворобі Крона ?
17. За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу ?
18. Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення ?
19. Чому для формування клінічного діагнозу важливо використовувати клініко-статистичну класифікацію хвороб ?
20. Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих з неспецифічним виразковим колітом та хворобою Крона ?

Література

Базова:

- 1.Хірургія. Том II. Підручник за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова.- Дніпропетровськ, Дніпро-VAL, 2007.
- 2.Матеріал лекції.

Додаткова:

- 1.Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М.: Медицина, 2001.
- 2.Балалыкин А.С. Эндоскопия. М.: Медицина, 1987.
- 3.Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Синдром диареи. М.: Медицина, 2000.
- 4.Методы исследования и манипуляции в клинической медицине. Под ред. Г.В. Дзяка и Я.С. Березницького.- К.: Здоров'я, 1998.
- 5.Методика курації та схема написання навчальної історії хвороби (медичної карти стаціонарного хворого). Симптоми та синдроми при хірургічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник. Березницький Я.С., Кабак Г.Г., Сулима В.П.- Дніпропетровськ, Антикологоста, 2004.

6. Уніфіковані клініко-статистичні класифікації хвороб органів травлення. Відомча інструкція. Дзяк Г.В., Березницький Я.С., Філіпов Ю.О. з співав.- Київ, Дніпро-VAL, 2004.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

проміжного контролю знань за “Діарейно-запальним синдромом”

Письмове вирішення в домашніх умовах клінічного завдання

Форми проміжного контролю знань та вмінь:

1. Самостійно, в умовах позааудиторної підготовки (в домашніх умовах, в гуртожитку), письмово вирішити ситуаційне клінічне завдання з одного із учбових елементів, які входять до синдрому, який вивчили.

2. При вирішенні ситуаційного клінічного завдання, спираючись на умови, письмово сформулювати:

- попередній діагноз
- діагностичну програму (перелічити методи дослідження та послідовність їх виконання з аналізом можливих результатів)
- диференційну діагностику двох захворювань, найбільш вірогідних в даному випадку
- клінічний діагноз
- лікувальну програму

3. На наступному практичному занятті письмова робота подається для перевірки викладачу, який оцінює рівень засвоєння професійно орієнтованої задачі.

Задачі до «Діарейно-запального синдрому» (індивідуальні клінічні завдання):

ЗАДАЧА 1

Хвора Б., 25 років, скаржиться на тупий біль в правій здухвинній ділянці, що виник після закрепу та тяжкої дефекації, періодичний пронос з домішкою слизу та зміненої крові. Раніше таких скарг не відмічала, однак, зі слів хворої, у матері було подібне захворювання й вона знаходилася на лікуванні та диспансерному нагляді у гастроентеролога і проктолога. При огляді черева патології не виявлено, при пальпації в правій здухвинній ділянці відмічається виразна болючість, пальпується щільне утворення розміром приблизно 5х5 см, рухоме, симптоми подразнення очеревини негативні.

ЗАДАЧА 2

Хворий Т. 30 років, скаржиться на тупий біль в правій здухвинній ділянці, що виник гостро вночі. Раніше таких скарг не відмічав, однак, періодично виникають закрепи, що чередуються проносами з домішкою слизу та зміненої крові. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка приймає участь в диханні. При пальпації в правій здухвинній ділянці визначається значна болючість, відмічається щільне утворення приблизно 8х7 см, рухоме, симптоми подразнення очеревини негативні.

ЗАДАЧА 3

Хворий С., 35 років, скаржиться на тупий біль в лівій ділянці черева, частий, рідкий стілець до 5 разів на добу з домішками слизу та свіжої крові, періодичне підвищення температури тіла до 37,5⁰С. В анамнезі відмічає перенесення біля одного місяця тому важкого нервового потрясіння на тлі хронічного захворювання травного каналу. При огляді черева патології не виявлено, при пальпації в лівій здухвинній ділянці визначається помірна болючість, симптоми подразнення очеревини негативні.

ЗАДАЧА 4

Хворий Д., 30 років, скаржиться на постійний тупий біль в череві, частий, рідкий стілець до 10 разів на добу з домішками слизу, гною та свіжої крові, підвищення температури тіла до 38,0⁰С. В анамнезі відмічає часті подібні приступи у весняно-осінній період, знаходиться на диспансерному нагляді і лікуванні у гастроентеролога. Об'єктивно: хворий астеничний, помірно знижена маса тіла. Живіт помірно здутий, при пальпації визначається значна болючість за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини негативні.

ЗАДАЧА 5

Хвора В., 25 років, скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, втрату маси тіла, постійний біль в лівій ділянці черева, частий, рідкий стілець до 15 разів на добу з домішками слизу, гною та свіжої крові, підвищення температури тіла до 39⁰С. В анамнезі відмічає перенесення біля одного місяця тому важкого нервового потрясіння на тлі гострого харчового отруєння. Об'єктивно: хвора астенична, значно знижена маса тіла. Живіт здутий, при пальпації визначається значна болючість в лівій половині черева за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини сумнівні.

ЗАДАЧА 6

Хвора Щ., 34 років, скаржиться на загальну слабкість, швидко втомлюваність, втрату маси тіла, постійний біль в лівій ділянці черева, частий, рідкий стілець до 15 разів на добу з When can we expect you at our apartment on 12th of October 2016?домішками слизу, гною та свіжої крові, підвищення температури тіла до 39⁰С. Крім того хвору турбують болі в суглобах, які посилюються при рухах. Із анамнезу: хворіє протягом 1,5 років, періодично знаходиться на стаціонарному лікуванні. Останнє загострення виникло тиждень тому. Об'єктивно: хвора астенична, значно знижена маса тіла. Контури колінних та ліктьових суглобів нечіткі, рухи в суглобах обмежені, болючі. Живіт здутий, при пальпації визначається значна болючість в лівій половині черева за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини сумнівні.

ЗАДАЧА 7

Хворий Г., 35 років, скаржиться на постійний сильний біль в животі, більше ліворуч, нудоту, блювоту, загальну слабкість. Із анамнезу: протягом тривалого часу відмічає біль в лівій половині черева, проноси більше 10 раз на добу з домішками слизу, гною та крові в калі. Три години тому біль в животі раптово посилюється, виникла блювота, здуття живота, затримка газів. Об'єктивно: стан хворого тяжкий, температура тіла 38,7⁰С., визначається значна втрата маси тіла. Язик сухий, обкладений. Живіт рівномірно здутий, передня черевна стінка не приймає участі в акті дихання. При пальпації живіт напружений, різко болючий у всіх відділах, але більше ліворуч, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга.

ЗАДАЧА 8

Хворий Ч., 30 років, скаржиться на постійний біль в правій здухвинній ділянці, що виник гостро вночі, нудоту, одноразову блювоту, пронос з домішками зміненої крові в калі. Із анамнезу: раніше таких скарг не відмічав, однак періодично виникають закрепи, що чередуються проносами. Об'єктивно: стан хворого середньої важкості. Живіт помірно здутий. При пальпації визначається помірна напруга передньої черевної стінки і болючість в правій боковій і здухвинній ділянках, відмічається щільне утворення приблизно 8x7 см, без чітких контурів, рухоме, симптоми подразнення очеревини негативні.

ЗАДАЧА 9

Хворий Ю., 28 років, скаржиться на помірний біль в правій половині живота, проноси, нудоту, періодичну блювоту, виділення зміненої крові при дефекації, зниження маси тіла, підвищення температури тіла до 37,6⁰С. Із анамнезу: хворіє протягом 2-х років, стан періодично погіршується у весняний та осінній періоди. Об'єктивно: стан хворого середньої важкості, шкірні покрови помірно бліді. Язик вологий, обкладений. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт м'який, помірно болючий в правій половині. В правій здухвинній ділянці нечітко визначається болючий інфільтрат без чітких контурів. Перитонеальні симптоми негативні.

ЗАДАЧА 10

Хвора Н., 26 років, скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, постійний біль в лівій ділянці черева, частий, рідкий стілець до 15 разів на добу з домішками слизу, гною та свіжої крові, втрату маси тіла, підвищення температури тіла до 39⁰С. Із анамнезу: біля місяця потому перенесла тяжке нервово потрясіння на тлі гострого харчового отруєння. Об'єктивно: загальний стан хворої важкий, хвора астенична, значно знижена маса тіла. Температура тіла 39⁰С, шкірні покриви бліді. Живіт здутий, при пальпації визначається значна болючість в лівій половині черева за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини сумнівні.

ЗАДАЧА 11

Хвора Ф., 30 років, скаржиться на загальну слабкість, багаторазові (більше 10 раз на добу) водянисті випорожнення з домішками слизу та гною, тенезми, переміжний біль в лівій ділянці черева, підвищення температури тіла до 38.4⁰С. Із анамнезу: хворіє протягом 2-х днів, захворювання виникло раптово, після важкого нервового потрясіння. Об'єктивно: загальний стан хворої середньої важкості, шкірні покриви помірно бліді. Живіт помірно здутий, передня черевна стінка приймає участь в акті дихання. При пальпації визначається значна болючість в лівій половині черева за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини не визначаються.

ЗАДАЧА 12

Хвора К., 24 років, скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, втрату маси тіла, постійний біль в лівій ділянці черева, частий, рідкий стілець до 15 разів на добу з домішками слизу, гною та свіжої крові, підвищення температури тіла до 39⁰С. Крім того хвору турбує постійний біль в правому підребер'ї. Із анамнезу: хворіє протягом 1 року, періодично знаходиться на стаціонарному лікуванні. Останнє загострення виникло 10 днів тому. Об'єктивно: хвора астенична, значно знижена маса тіла. Живіт здутий, передня черевна стінка обмежено приймає участь в акті дихання. При пальпації визначається збільшена (+ 4 см), помірно болюча печінка, значна болючість в лівій половині черева за ходом ободової кишки, симптоми подразнення очеревини негативні.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

Семинар з трансфузіології

Модуль 1. Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія.

Змістовий модуль 2. Невідкладна абдомінальна хірургія.

Тема № 15. Семинар з трансфузіології.

КЛІНІЧНА ТРАНСФУЗІОЛОГІЯ

Загальні питання трансфузіології

1. Визначення: Трансфузіологія (від лат. transfusio – переливання, греч. logos – навчання) – розділ клінічної медицини, що вивчає процеси, які виникають при цілеспрямованій зміні складу й фізіологічних властивостей крові й позаклітинної рідини в результаті парентерального введення трансфузійних середовищ. Переливання трансфузійних середовищ проводиться згідно з інструкцією «Переливання компонентів та препаратів крові», затвердженою наказом МОЗ України від 05.07.1999р. № 164.

2. Основний принцип гемотрансфузійної терапії:

- замісна компонентна терапія при крововтраті, шоку, клітинних і білководефіцитних станах (анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії, гіпопротеїнемії).

3. Завдання трансфузійної терапії:

- підтримка обсягу циркулюючої крові;
- забезпечення транспорту кисню /вуглекислого газу;
- корекція геморагічних станів і порушень згортання крові;
- корекція імунодефіцитних станів.

4. Трансфузійні середовища:

- компоненти крові;
- препарати крові ;
- кровозамінники.

5. Характерологічні особливості гемотрансфузійної терапії:

А) Переливання компонентів і препаратів крові сучасною медициною розглядається як операція трансплантації тканини від донора до реципієнта, при якій необхідною умовою є імунологічна сумісність й інфекційна безпека середовищ, що переливають;

Б) Трансфузія не може вважатися безпечною для хворого – у ряді випадків вона загрожує серйозним ризиком, внаслідок чого при її призначенні лікар повинен бути впевненим у необхідності трансфузії й повинен зважити співвідношення очікуваного лікувального ефекту й перспективного ризику ;

В) Для хворого головні небезпеки гемотрансфузії – передача інфекційних і вірусних захворювань (гепатити, СНІД, цитомегаловірус, сифіліс, малярія й ін.), негемолітичні реакції (алоімунізація, рефрактерність), імуносупресія й порушення імунного статусу, післятрансфузійні реакції й ускладнення.

Г) Складність і небезпека гемотрансфузії, що є втручанням у внутрішнє середовище організму, його гомеостаз й імунну систему, обмежують показання до переливання алогенних компонентів крові й розширюють застосування кровозберігаючих технологій, аутогемотрансфузій, альтернативних методів терапії;

Система групи крові АВО

1. Система груп крові АВО складається зі сполучень двох аглютиногенів еритроцитів А і В і двох відповідних аглютининів у плазмі - альфа (α , анти - А) і бета (β , анти - В).

2. Різні сполучення цих антигенів й антитіл утворюють чотири групи крові:

Група ПРО (I) – обидва антигени відсутні; у плазмі аглютинини α і β

Група А (II) – на еритроцитах присутній тільки антиген А, у плазмі - аглютинин β

Група В (III) - на еритроцитах присутній тільки антиген В, у плазмі - аглютинин α ,

Група АВ (IV) – на еритроцитах присутні антигени А і В, у плазмі аглютинини α і β відсутні

3. Антитіла до антигенів еритроцитів системи АВО є повними, холодовими, специфічними аглютининами:

- Анти - А антитіла - аглютинини α (альфа);

- Анти - В антитіла - аглютинини β (бета).

ВИЗНАЧЕННЯ ГРУПОВОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ КРОВІ ЗА СИСТЕМОЮ АВО

Результат визначення групи крові записується на титульному аркуші історії хвороби з указанням дати й за підписом лікаря, що робив визначення.

1. Методи визначення групи крові:

А) простою реакцією – група крові визначається стандартними сироватками;

Б) за допомогою моноклональних антитіл до антигенів А і В (цоліклонів анти-А і анти-В);

В) подвійною реакцією (перехресний метод) – група крові визначається стандартними сироватками й стандартними еритроцитами (подвійна реакція є більш вірним методом визначення груп крові, застосовується у донорів).

Визначення групи крові за цоліклонами (тест - реагентами) анти -А и анти -В

1. Оснащення, необхідне для визначення групи крові з використанням цоліклонів:

Для визначення А и В антигенів еритроцитів використовують стандартні

реагенти: моноклональні антитіла (цоліклони анти-А і анти-В);

визначення групи крові проводиться за допомогою реакції гемаглютинації в пробірці або на пластинці.

2. Визначення груп крові виконують у приміщенні з гарним освітленням при температурі 15-25°C;

А) При кожному визначенні групи крові використовують по дві серії реагентів анти-А і анти-В.

Беручи до уваги високу активність і авідність моноклональних антитіл, а також повну їх стандартність, для кожного визначення групи крові достатньо застосовувати по одній серії реагентів анти-А і анти-В. У такому випадку необхідно використовувати реагент анти-АВ, оскільки цей реагент служить додатковим контролем. Якщо реагенту анти-АВ немає, слід проводити визначення двома серіями МКА анти-А і анти-В.

Моноклональні антитіла анти-А і анти-В наносять на планшетку або пластинку по одній великій краплі (0,1 мл) під відповідними позначками: "анти-А" або "анти-В". Поряд з краплями антитіл наносять досліджувану кров по одній маленькій краплі (0,01 мл).

Під час визначення групи крові на планшеті антитіла і кров змішують ретельно вимитою сухою кулькою, погойдуючи планшет; у разі визначення на пластинці - скляною паличкою, яку промивають і насухо витирають після розмішування кожної краплі. Після змішування реагентів і крові спостерігають за реакцією аглютинації протягом 2,5 хв.

Б) Трактування результатів реакції:

Визначення груп крові за допомогою цоліклонів

Анти-А	Анти-В	Група крові
-	-	О(I)
+	-	А(II)
-	+	В(III)
+	+	АВ(IV)

Примітка: + аглютинація, - відсутність аглютинації

1. Аглютинації немає (-) ні з моноклональними антитілами анти-А, ні з анти-В. Отже, обстежувані еритроцити не мають антигенів А і В, і кров належить до групи О(I)

2. Аглютинація (+) спостерігається тільки з моноклональними антитілами анти-А. Отже, такі еритроцити мають тільки антиген А, і кров належить до групи А(II).

3. Аглютинація (+) спостерігається тільки з моноклональними антитілами анти-В. Отже, обстежувані еритроцити мають тільки антиген В, і кров належить до групи В(III).

4. Аглютинація (+) спостерігається як з моноклональними антитілами анти-А, так і з моноклональними антитілами анти-В. Отже, обстежувані еритроцити мають обидва антигени (А і В), і кров належить до групи АВ(IV).

АНТИГЕННА СИСТЕМА РЕЗУС-ФАКТОРА

1. До основних антигенів системи резус відносять: D, C, c, E, e.
2. Антигени системи резус мають здатність викликати утворення алоімунних антитіл (не зустрічаються в природі, а утворюються при патологічному процесі):
 - А) Найбільш активним щодо цього є антиген D, що і мається на увазі під терміном "резус – фактор";
 - Б) Саме по наявності або відсутності антигену D всі люди діляться на резус – позитивних і резус – негативних.

Методи визначення резус - приналежності крові

- А) Експрес-метод з використанням резус-реагенту;
- Б) У плановому порядку з використанням одногрупних стандартних антирезусних сироваток;
- В) За допомогою моноклональних резусантитіл (цоліклонів).

Техніка визначення резус-приналежності на площині за допомогою моноклонального реагенту (цоліклону) “Анти – D-супер”

- А) На планшет або пластину наносять велику краплю (близько 0,1 мл) реагенту (цоліклона „анти-D-супер”);
- Б) Поруч розміщують маленьку краплю (0,01 – 0,05 мл) досліджуваної крові:
 - а) змішують кров з реагентом;
 - б) через 10 – 15 сек. погойдують пластинку протягом 20 – 30 сек.;
 - в) реакція аглютинації починається через 10 – 15 сек., чітко виражена великопелюсткова аглютинація – через 30 – 60 сек. (результат варто враховувати через 3 хв., тому що реакція з еритроцитами, що мають антиген D_и, відбувається повільніше).

2. Трактування результатів дослідження:

- при наявності чітко вираженої аглютинації досліджувана кров *резус-позитивна* (у досліджуваних еритроцитах є антиген D);
- при відсутності аглютинації – досліджувана кров *резус-негативна* (досліджувані еритроцити не містять антигену D).

**ПОКАЗАННЯ Й ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ
(компонентів і препаратів)**

У наш час необхідно переливати тільки одногрупну (по системі АВ0) і однорезусну кров!

1. Показання до гемотрансфузії:

- А) Абсолютні показання до гемотрансфузії:
 - а) гостра крововтрата в обсязі 20% ОЦК і більше;
 - б) операції з використанням апарата штучного кровообігу;
- Б) Відносні показання до гемотрансфузії:
 - а) крововтрата в обсязі 10-20% ОЦК;
 - б) анемія будь-якої етіології при зниженні рівня гемоглобіну нижче 80г/л;
 - в) тяжкі гнійно-септичні захворювання, що супроводжуються анемією, гіподиспротеїнемією;
 - г) тривалі кровотечі, зумовлені порушенням загортальної системи;
 - д) великі глибокі опіки;
 - е) цитопеничні стани (лейкопенія, тромбоцитопенія).

2. Протипоказання до гемотрансфузії:

- а)** захворювання, при яких небезпечні різкі коливання АТ: гіпертонічна хвороба, атеросклероз при наявності вираженого церебросклерозу, крововиливів у мозок;
- б)** гострий септичний ендокардит;
- в)** захворювання печінки й нирок із порушенням функції;
- г)** захворювання серця (пороки, міокардит, міокардіосклероз і т.п.) з порушенням кровообігу II-Б –III ступеня;
- д)** набряк легенів;
- е)** алергійні захворювання й стани;
- ж)** тромбоемболічні захворювання;
- з)** гострий дисемінований туберкульоз.

Методи переливання крові

1. Непрямий метод переливання:

- основний метод гемотрансфузії, відрізняється простотою виконання й нескладним технічним оснащенням;

А) Шляхи введення крові:

+ *внутрішньовенне введення* - найпоширеніший метод переливання крові і її компонентів (еритроцитарної маси, тромбоцитарної маси, лейкоцитарної маси, свіжозамороженої плазми);

+ у лікувальній практиці використовують й інші шляхи введення трансфузійного середовища: *внутрішньоартеріальний, внутрішньоаортальний і внутрішньокістковий;*

Б) Способи гемотрансфузії:

- *краплинний* (використовується найбільше часто);

- *струминний;*

- *краплинно-струминний;*

В) Техніка переливання крові у вену:

а) шкіра в ділянці венепункції обробляється антисептиком;

б) на 7-15 см вище місця пункції на кінцівку накладається джгут;

в) шкіру над веною або збоку від неї проколюють голкою й проводять голку під шкірою на 1 см;

г) проколюють стінку вени й уводять голку в її просвіт, з голки з'являється венозна кров;

д) знімають джгут і до голки приєднують підготовлену систему для переливання;

е) голку фіксують лейкопластирем і регулюють необхідну швидкість переливання.

2. Прямий метод переливання крові:

- метод переливання крові від донора хворому без стадії стабілізації або консервації крові;

- особливо загрозливим ускладненням цього методу є передача інфекції від донора до реципієнта й навпаки, можливість зараження донора;

3. Обмінно-замінне переливання крові - це часткове видалення крові реципієнта з одночасним заміщенням її адекватним або підвищеним об'ємом сумісної донорської крові.

4. Зворотне переливання крові (*реінфузія, ретрансфузія, реплантація*)

Визначення: реінфузія крові є різновидом аутогемотрансфузії й спрямована на повернення в судинне русло пацієнта відмитих еритроцитів, отриманих із крові хворого, що вилілася в серозні порожнини при травмі, операції або патологічній внутрішній кровотечі;

5. Аутогемотрансфузія:

Визначення: аутогемотрансфузія – це переливання хворим попередньо заготовленої власної крові, а також її компонентів;

ТЕХНІКА ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ

1. Переливання крові і її компонентів, при необхідності, зобов'язаний виконати лікар будь-якої спеціальності.

2. При проведенні гемотрансфузії лікар, який переливає кров, займається тільки цією процедурою й особисто робить всі етапи підготовки гемотрансфузійного середовища до переливання, проводить переливання й оформляє необхідні медичні документи.

Порядок дій лікаря при переливанні крові

1. Визначити показання до гемотрансфузії, виявити протипоказання, зібрати трансфузійний анамнез.

2. Визначити групу крові й резус-фактор реципієнта.

3. Вибрати відповідну (однорупну й однорезусну) кров і провести макроскопічну оцінку її пригодності до трансфузії.

4. Перевірити групу крові донора (із флакона) по системі АВ0.

5. Провести проби на індивідуальну сумісність:

- по системі АВ0;

- резус-фактору.

6. Провести біологічну пробу.

7. Зробити гемотрансфузію.

8. Заповнити медичну документацію (протокол гемотрансфузії).

9. Організувати спостереження за пацієнтом після гемотрансфузії.

Обов'язкові дослідження при переливанні крові

1. Збір трансфузійного анамнезу:

А) чи були у хворого раніше переливання крові, у тому числі й внутрішньом'язові введення крові, чи супроводжувалися ці переливання підвищенням температури тіла, ознобом, кропивницею й іншими симптомами патологічних реакцій;

Б) у жінок обов'язково необхідно зібрати *акушерський анамнез* (наявність викиднів, дострокових пологів, народження дітей з гемолітичною жовтяницею);

В) у кожного хворого, у якого операція переливання еритроцитарної маси проводиться в плановому порядку, до переливання повинне бути проведене клінічне дослідження крові й сечі;

- *аналіз крові* допоможе лікареві уточнити показання до переливання еритроцитарної маси й допоможе вибрати трансфузійні середовища: при наявності анемії хворому варто перелити еритроцитарну масу, при згущенні крові – плазму або плазмозамінники;

- *аналіз сечі* підкаже лікареві наявність у хворого захворювань нирок, що може бути протипоказанням до переливання гемотрансфузії.

2. Перед кожним переливанням необхідно:

- *виміряти температуру тіла* (вихідний показник для оцінки посттрансфузійної реакції);

- порахувати пульс і виміряти АТ.

3. Макроскопічна оцінка придатності трансфузійного середовища:

А) Перед використанням трансфузійного середовища лікар повинен переконатися в придатності його до переливання, упевнитися в ідентичності групи крові й резус-приналежності донора й реципієнта;

Б) Для цього проводиться:

+ контроль флакона або контейнера із кров'ю або її компонентами:

- герметичність упакування;

- правильність паспортизації (наявність номера, дати заготівлі, позначення групи й резус-приналежності, найменування консерванту, прізвище, ім'я та по батькові донора, найменування установи-заготівника, наявність підпису лікаря);

+ макроскопічна оцінка якості консервованої крові і її компонентів:

- наявність бактеріального забруднення;

- наявність згустків і гемолізу (при цьому повинно бути добре освітлення).

4. При кожному переливанні крові необхідно провести ізосерологічні реакції й проби на сумісність:

- визначити групу крові хворого й донорської крові;

- визначити резус-фактор у крові реципієнта ;

- провести пробу на сумісність по групах системи АВО;

- провести пробу на індивідуальну сумісність (по резус-фактору - і іншим імунним системам);

- провести біологічну пробу;

Проба на індивідуальну сумісність групи крові (еритроцитів) за системою АВО (проба на групову сумісність при кімнатній температурі)

Техніка

5. Усі проби виконують з сироваткою крові хворого, яку одержують шляхом центрифугування чи відстою. Сироватка придатна для проби у разі зберігання у холодильнику протягом 2 діб.

6. На білу пластинку або чашку Петрі наносять 2 - 3 краплі сироватки крові хворого, до якої додають в 5 разів меншу краплю концентрату еритроцитів (крові) донора.

7. Кров перемішують з сироваткою хворого, потім пластинку періодично погойдують протягом 5 хв. і одночасно спостерігають за результатом реакції.
8. Відсутність аглютинації еритроцитів донора свідчить про сумісність групи крові донора і реципієнта за системою АВ0. Наявність аглютинації вказує на їх несумісність і нанеможливість переливання еритроцитарного концентрату (крові).

9.

Проба на сумісність крові (еритроцитів) за резус-фактором Rh0(D)(теплова проба на резус-сумісність)

Техніка

5. Пробу на сумісність з використанням 10,0% розчину желатину проводять в пробірках при температурі від 46 до 48 градусів С протягом 10 хв.
 6. На дно відповідно позначеної пробірки вносять 1 краплю еритроцитів донора, потім додають 2 краплі підігрітого (до розрідження) 10,0% розчину желатину і 2 - 3 краплі сироватки хворого.
7. Вміст пробірки перемішують шляхом струшування і ставлять на водяну баню при температурі від 46 до 48 град. С на 10 хв. Потім пробірку виймають з водяної бані, додають до неї 5,0 - 8,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, перемішують вміст шляхом 1 - 2 разового перевертання пробірки і оглядають світло неозброєним оком або через лупу.
8. Оцінка результатів: наявність аглютинації у вигляді зависі маленьких, рідше великих, клубочків на фоні освітленої або повністю прозорої рідини означає, що еритроцити (кров) донора несумісні з кров'ю хворого і їх не можна переливати хворому. Якщо вміст пробірки залишається рівномірно забарвленим, злегка опалесцентним і в ньому не спостерігається аглютинації, еритроцити (кров) донора сумісні з кров'ю хворого за резус-фактором Rh0(D).

;

Біологічна проба:

- а) струминно** переливають 10-15 мл крові (еритроцитарної маси, плазми), а потім протягом 3 хв. спостерігають за станом хворого ;
- б)** при відсутності ознак несумісності (збільшення частоти пульсу, гіперемія шкіри, біль у попереку, зниження АТ й ін.) вводять струминно ще 10-15 мл й протягом 3 хв. спостерігають за хворим ;
- в)** таку процедуру проводять 3 рази :
- при відсутності реакції у хворого після 3-разової перевірки можна проводити переливання крові .

*При виконанні біологічної проби перші 30-40 мл крові треба обов'язково вводити **струминно**, тому що при краплинному введенні хворому можна перелити значно більшу кількість крові без вираженої реакції, але з пізнім розвитком посттрансфузійного шоку.*

5. Проведення операції гемотрансфузії:

А) Переливання крові роблять за допомогою одноразової системи з фільтром, звичайно зі швидкістю 40 - 60 крапель у хвилину;

Б) Протягом проведення гемотрансфузії триває спостереження за хворим: звертають увагу на скарги, вимірюють пульс, артеріальний тиск, стежать за кольором кожних покривів;

Реципієнт після трансфузії протягом 2 год. дотримується ліжкового режиму і знаходиться під наглядом лікуючого або чергового лікаря. У нього вимірюють температуру тіла та артеріальний тиск, через 1,2 та 3 год.

відповідно, фіксуючи ці дані в медичній карті стаціонарного хворого.

Нступного дня після переливання обов'язково проводять клінічний аналіз сечі і крові та фіксують ці показники в медичній карті стаціонарного хворого.

В) Після переливання крові контейнер із залишками трансфузійного середовища (близько 15 мл) і сироватка реципієнта зберігаються протягом 2 діб в холодильнику, щоб можна було провести аналіз гемотрансфузійних ускладнень у випадках їхнього розвитку.

6. Заповнення медичної документації (лікар особисто заповнює встановлені форми медичної документації з реєстрацією трансфузії):

А) Перед гемотрансфузією лікар оформляє в карті хворого епікриз із обґрунтуванням показань до гемотрансфузії;

Б) Після завершення гемотрансфузії лікар оформляє "Протокол переливання крові та її компонентів" (форма N 003-5/о).

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

підсумкового контролю знань за модулем 1 “Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія”

Модуль 1: Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія

Змістові модулі:

- 1. Загальні принципи розпізнавання та формування клінічного діагнозу**
- 2. Невідкладна абдомінальна хірургія**
- 2. Невідкладна проктологія**

Мета контролю модулю: Встановити рівень підготовки студента до роботи з хворим та рівень засвоєння теоретичних знань та практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за модулем 1 **Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія**.

Форми контролю знань за модулем 1 “Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія”:

- 1.Тестовий комп'ютерний контроль
- 2.Обстеження хворого з одним із патологічних станів, що належить до модуля 1 «Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія», і на цій підставі :
 - доповісти про стан хворого (скарги, анамнез захворювання та життя)
 - продемонструвати практичні навички по фізикальному обстеженню хворого з конкретною патологією (огляд, пальпація, перкусія, аускультация)
 - письмово обґрунтувати попередній діагноз
 - письмово сформулювати діагностичну програму та провести аналіз отриманих результатів
 - письмово провести диференційний діагноз двох схожих захворювань
 - письмово сформулювати клінічний діагноз
 - письмово обґрунтувати лікувальну програму

Інформаційна частина методичної розробки

Конкретна мета проведення підсумкового контролю за модулем 1 «Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія»:

Визначення якості засвоєння кожним студентом практично орієнтованих задач в межах лікаря загальної практики (теоретичні знання та практичні навички) в обсязі:

1. Дослідження клінічного перебігу захворювання (опитування хворого та фізикальне обстеження)
2. Формування попереднього діагнозу захворювання

3. Складання діагностичної програми та аналіз результатів дослідження
4. Формування переліку захворювань, з якими необхідно проводити диференційний діагноз та його проведення
5. Принципи формування клінічного діагнозу (класифікації захворювань)
6. Лікувальна програма (необхідність хірургічного лікування, терміновість госпіталізації, покази до операції та медикаментозної терапії).

Програма самостійної підготовки до заключного контролю за модулем 1 «Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія»:

1. Засвоїти принципи обстеження хірургічного хворого (опитування хворого – скарги, анамнез захворювання та життя; фізикальне обстеження).
2. Засвоїти принципи формування попереднього діагнозу (складові частини попереднього діагнозу, послідовність входження клінічних та фізикальних даних в попередній діагноз).
3. Засвоїти принципи складання діагностичної програми (мета діагностичних методів, послідовність їх виконання та перелік, в залежності від клінічної ситуації; можливі варіанти змін показників лабораторних та інструментальних досліджень при хірургічній патології).
4. Засвоїти принципи проведення диференційного діагнозу захворювань (визначити захворювання, з якими необхідно проводити диференціацію, визначити основні синдроми та симптоми, за якими проводиться диференціація захворювань).
5. Письмово відобразити клінічну класифікацію захворювання та принципи формування клінічного діагнозу.
6. Принципи формування лікувальної програми (визначення необхідності стаціонарного чи амбулаторного лікування, при необхідності стаціонарного лікування визначити терміновість госпіталізації, основні напрямки застосування лікувальних технологій, перелік медикаментів та їх дози для медикаментозного лікування).

На практичному занятті по контролю модулю перевірку рівня підготовки до роботи з хворим та рівня засвоєння теоретичних знань і практичних навичок студентами в межах професійно орієнтованих задач лікаря загальної практики за модулем частково або повністю будуть проводити доценти або професори кафедри.

АЛФАВИТНО-ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Абдомінальна хірургія 6

Абсцес

- черевної порожнини 54

Анальна тріщина гостра 122

- клінічні ознаки 125
- лікувальна тактика 127

Антибіотикопротифілактика

Апендицит гострий 37

- діагностична програма 40
- диференційна діагностика 40
- клінічні ознаки 38
- патогномонічні симптоми 38
- принципи лікування 40

Б

Бартом'є-Міхельсона симптом 38

Білірубін 166

Біль 6

Блайса симптом 45

В

Варикозне розширення вен стравоходу 62

- ускладнене кровотечею 62
- - діагностика 66
- - клінічні прояви 65
- - лікування 67
- - причини розвитку 62

Випадання прямої кишки 133

- діагностика 137

- клінічні ознаки 136
- лікування 137
- Виразка анастомозу пептична 155
 - діагностика 159
 - клінічні прояви 158
 - лікування 159
- Виразка ДПК рецидивна 155
 - діагностика 158
 - клінічні прояви 158
 - лікування 159
- Виразкова хвороба шлунка і ДПК 155
 - діагностика 159
 - клінічні прояви 158
 - лікування 159
 - ускладнена кровотечею 62
 - - діагностика 66
 - - клінічні прояви 65
 - - лікування 67
 - ускладнена перфорацією 89
 - - діагностика 93
 - - клінічні ознаки 92
 - - лікувальна тактика 94
 - - стадії захворювання 89

Г

- Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба 62
 - діагностика 66
 - клінічні прояви 65
 - лікувальна тактика 67
 - причини та механізм розвитку 62
 - ускладнена кровотечею 62
 - - диференціальна діагностика 66
- Геморагічний гастрит 62
- Геморой 69
 - ускладнений кровотечею 99
 - - діагностика 73
 - - клінічні прояви 71
 - - лікувальна тактика 73
 - ускладнений тромбозом гемороїдальних вузлів 122
 - - діагностика 126
 - - клінічні ознаки 125
 - - лікувальна тактика 127
 - хронічний 133

- - клінічні ознаки 136
- - лікування 137

Грижа 17

- вентральна (післяопераційна) 17
- пахова 17
- - діагностика 21
- - клінічні прояви 20
- - хірургічне лікування 22
- пупкова 17
- стегнова 17

Д

Діагноз 9

- диференційний 9
- клінічний 9
- - принципи формування 9
- - складові частини 9
- попередній 9
- - принципи формування 9

Діагностична програма 13

Діарейно-запальний синдром 144

Е

Ендоскопічні ознаки активності кровотечі за Forest 64

Ендофальк 146

Епітеліальні куприкові ходи 122

Ж

Жовтяниця

- механічна 180
- - діагностика 183
- - клінічні ознаки 182
- - причини та механізм розвитку 180
- - принципи лікування 185

З

Загальний огляд хворого 12

Загально-клінічний аналіз крові 28

Залоза

- підшлункова 50

Защемлення 21

І

«Ілеусного крику» фаза 106

Імунологія 11

Інтенсивна терапія 63

Інтоксикація 110

Ірригографія 146

Ірригоскопія 146

К

Кіста 162

- підшлункової залози 162

- діагностика 166

- клінічний перебіг 164

- лікування 168

-

Клойбера «чаші» 104

Коліт виразковий 144

- діагностика 148

- клініка 147

- лікування 148

Крововтрата класифікація 64

Кровотеча 62

- шлунково-кишкова 62

- діагностика 66

- диференціальна діагностика 66

- клінічні прояви 65

Крона хвороба 144

- діагностика 148

- клінічні прояви 147

- лікування 148

Куприкові ходи епітеліальні 122

- діагностика 126
- клінічні прояви 125
- лікування 127

Л

Лабораторні дослідження 13

Лапароскопія 40

Лапаротомія 168

М

Маллорі-Вейса синдром 62

- діагностика 66
- диференціальна діагностика 66
- клінічні прояви 65
- лікування 67

Метеоризм 105

Мейо-Робсона симптом 52

Мондора триада 89

Н

Неймарка проба 92

Непрохідність кишок гостра 101

- діагностика 106
- динамічна 101
- диференціальна діагностика 105
- класифікація 101
- клінічні прояви 104
- лікування 106
- механізм розвитку 101
- механічна 101
- патогномонічні симптоми 105
- причини розвитку 101

Неспецифічний виразковий коліт 144

Нориці прямокишкові 124

О

Обґрунтування попереднього діагнозу 13

Образцова симптом 13

Обструктивний панкреатит 162

Обтураційна кишкова непрохідність 101
Обухівської лікарні симптом 105
Ортнера-Грекова симптом 45

П

Панкреатит гострий 50

- діагностична програма 54
- диференційна діагностика 54
- клінічні ознаки 52
- методи дослідження 54
- патогномонічні симптоми 52
- принципи лікування 55

Панкреатит хронічний обструктивний 162

- діагностика 166
- клінічний перебіг 164
- лікування 168

Парапроктит гострий

- клінічні ознаки 125
- лікувальна тактика 127

Паховий канал 17

Перитоніт 81

- діагностика 85
- етіологія 81
- класифікація 81
- клінічні ознаки 83
- лікувальна тактика 86

Перфорація кишки 89

- діагностика 93
- клінічні ознаки 92
- лікування 94

Пухлина

- великого дуоденального сосочка 180
 - діагностика 183
 - клінічні ознаки 182
 - лікування 185
- головки підшлункової залози 180
 - діагностика 183

- клінічні ознаки 182
- лікування 185
- позапечінкових жовчних проток 180
 - діагностика 183
 - клінічні ознаки 182
 - лікування 185

Р

Рак

- *кишки* 69
 - ускладнений кровотечею 69
- *шлунка* 63
 - ускладнений кровотечею 63
 - - діагностика 66
 - - клінічні прояви 65
 - - лікувальна тактика 67

Ректальне дзеркало 135

Ректальне дослідження дзеркалом 135

- пальцем 124

Ректороманоскопія 135

Рентгенограма оглядова 40

Ретроградна холангіопанкреатографія (РХПГ) 182

Ретроградне защемлення 25

Рихтеровське защемлення 25

Ровзинга симптом 38

Роздольського симптом 38

С

Симптом

- Аншютца 105
- Бартом'є-Міхельсона 12
- Блайса 45
- Валя 105
- Воскресенського 34
- Гоб'є 221
- Грекова-Ортнера 45
- Грюнвальда 53
- „кашльового поштовху” 19
- Керте 45
- Ківуля 65

- Кохера-Волковича 13
- Курвуаз'є 183
- Мейо-Робсона 52
- Менделя 85
- Мерфі 14
- Мондора 53
- Мюссі–Георгієвського 45
- Образцова 12
- Ровзинга 39
- Роздольського 39
- Сітковського 14
- Складорова 105
- Спасокукоцького 105
- Чухриєнко 52
- Шланге 104
- Щоткіна-Блюмберга 13
- Яуре-Розанова 14

Синдром

- абдомінальний гострий запальний 36
- випадання прямої кишки 133
- гострого болю в прямій кишці, анальному каналі і періанальній ділянці 122
- гострої непрохідності кишок 109
- діарейно-запальний 144
- Маллорі-Вейса 62
- механічної жовтяниці 180
- перитонеальний 81
-

Сітковського симптом 12

Т

Температура тіла 21

Тенезми 105

Термінальна фаза перитоніту 106

Тонус 13

Тріада Вілліара 164

- Мондора 89

Тріщина прямої кишки 122

- клінічні прояви 125
- лікування 124

У

Ультразвукове дослідження (УЗД) 9

Ф

Фіброгастродуоденоскопія 66

Фіброколоноскопія 146

Фізикальне обстеження хворого 12

Фізіологія 9

Флегмона 24

Форма перебігу захворювання 28

Формування діагностичної програми 13

- клінічного діагнозу 15

- лікувальної програми 15

Фортранс 146

Х

Хвороба

- жовчнокам'яна 162

- діагностика 166

- Крона 144

Холангіт 180

Холедохолітіаз 180

- діагностика 183

- клінічний перебіг 182

- лікування 185

Холецистит гострий 43

- діагностична програма 47

- диференційна діагностика 47

- клінічні ознаки 45

- методи дослідження 47
- патогномонічні симптоми 45
- принципи лікування 47

Холецистит хронічний калькульозний 162

- діагностика 166
- клінічний перебіг 164
- лікування 168

Ц

Циркулюючої крові обсяг 102

Ч

Чаші Клойбера 26

Ш

Шварта проба 104

Зразок ситуаційного клінічного завдання та алгоритм його письмового вирішення:

ЗАДАЧА

Хвора 35 років звернулася до лікаря сільської амбулаторії зі скаргами на наявність випинання у паховій ділянці зліва, яке з'явилося після підняття надмірної ваги, безболісне. Із анамнезу: хвора відмічає, що на протязі близько 5 років випинання з'являється періодично після підняття надмірної ваги та сильного кашлю, в горизонтальному положенні зникає; праця пов'язана з будівництвом, що часто потребує підняття надмірної ваги. При об'єктивному обстеженні: хвора підвищеної ваги, зліва в паховій ділянці нижче лінії пахової складки є випинання приблизно 3×3 см, при пальпації безболісне, легко вправиме в вертикальному положенні, а в горизонтальному положенні зникає; при перкусії випинання – тимпаніт, при аускультатії – шуми перистальтики.

1. Письмово сформулювати обґрунтування попереднього діагнозу:
2. Письмово визначити необхідну діагностичну програму та проаналізувати отримані результати:
3. Письмово провести диференційний діагноз схожих захворювань:
4. Письмово сформулювати повний клінічний діагноз:
5. Письмово визначити та обґрунтувати необхідну лікувальну програму:

Правильна письмова відповідь:

1. Враховуючи скарги хворої на наявність безболісного випинання в лівій паховій ділянці, що з'явилося після підняття надмірної ваги; дані анамнезу захворювання, які свідчать, що випинання з'являється періодично на протязі п'яти років після підняття надмірної ваги та сильному кашлі, зникає в горизонтальному положенні; дані анамнезу життя – жінка працює на будівництві, що пов'язано з частим підняттям надмірної ваги; при огляді – хвора підвищеної ваги, зліва в паховій ділянці нижче пахової складки є випинання, приблизно 3х3 см, при пальпації – безболісне, легко вправляється в вертикальному положенні, в горизонтальному положенні зникає, при перкусії випинання – тимпаніт, при аускультатії – шуми перистальтики, - можна встановити попередній діагноз: Стегнова вправима грижа зліва.

2. Для підтвердження діагнозу “Стегнова вправима грижа зліва” нема необхідності виконувати додаткові методи дослідження (лабораторні та інструментальні), достатні фізикальні методи обстеження: огляд, пальпація, перкусія, аускультатія випинання. Для підготовки та проведення лікування, щоб знати стан організму хворого, наявність супутніх

та невиявлених захворювань, для виконання оперативного втручання та для контролю ефективності лікування потрібно виконати: 1) загально клінічний аналіз крові; 2) загально клінічний аналіз сечі; 3) біохімічний аналіз крові; 4) цукор крові та сечі; 5) коагулограму; 6) групу крові та резус-фактор; 7) ЕКГ; 8) ФЛГ; 9) консультація гінеколога. Треба проаналізувати можливі патологічні зміни в аналізах та дослідженнях у хворого при цьому захворюванні, його ускладненнях або супутніх захворюваннях.

3. Наявність деяких схожих клінічних проявів захворювання хворої по клінічному завданню і пахової вправимої грижі зліва зумовлює необхідність проведення диференційної діагностики між ними. **Такими схожими проявами є:** скарги на наявність безболісного випинання в паховій ділянці зліва, анамнестично – випинання в обох випадках може бути на протязі довгого терміну часу, при огляді – випинання в паховій ділянці зліва, при пальпації безболісне, при перкусії – тимпаніт, при аускультії – прослуховуються шуми перистальтики. Необхідності проведення додаткових методів дослідження для уточнення діагнозів при цих захворюваннях немає, тому їх не аналізуємо. При виборі інших захворювань для диференційної діагностики аналіз схожих та відмінних проявів в результатах лабораторних і інструментальних досліджень обов'язковий. **Проте, уважене порівняння навіть схожих проявів та вилучення патогномонічних симптомів, характерних тільки для одного з цих захворювань, дозволяє виключити один з діагнозів.** Так, в умовах завдання хвора скаржиться на наявність безболісного випинання в паховій ділянці зліва, що виникло після підняття надмірної ваги, тоді як при паховій вправимій грижі зліва безболісне випинання буде в наявності частіше у чоловіків; з анамнезу хвороби – в умовах завдання випинання у хворої періодично з'являється після підняття надмірної ваги або при сильному кашлі, тоді як при паховій вправимій грижі зліва випинання буде в наявності також вже досить тривалий час, але частіше у чоловіків; з анамнезу життя – в умовах завдання пацієнт жінка, а у жінок частіше виникають стегові грижі, тоді як пахові грижі частіше виникають у чоловіків; при огляді – в умовах завдання випинання знаходиться в паховій ділянці зліва нижче пахової складки, що є характерним для стегової грижі, тоді як при паховій грижі випинання буде знаходитись вище пахової складки; при пальпації – в умовах завдання випинання безболісно вправляється у вертикальному положенні, а в горизонтальному зникає самостійно, тоді як при паховій вправимій грижі випинання зникає при пальпації в вертикальному і горизонтальному положеннях, але при пальцевому дослідженні пахового каналу можна виявити пульсацію нижньої епігастральної артерії. Якщо вона пальпується ззовні від грижового мішка, то це – пряма пахова грижа, а якщо до середини від нього – коса. Необхідності проведення додаткових методів дослідження для уточнення діагнозів при цих захворюваннях немає, тому їх не аналізуємо. При виборі інших захворювань для диференційної діагностики аналіз схожих та відмінних проявів в результатах лабораторних і інструментальних досліджень обов'язковий.

Провівши таке детальне порівняння і визначаючи відмінність проявів стегової вправимої грижі зліва від кардинальних проявів пахової вправимої грижі зліва, діагноз пахової вправимої грижі зліва можна виключити.

4. Лівостороння вправима стегова грижа .

5. Консультація хірурга ЦРЛ для вирішення питання планового оперативного втручання. Визначається необхідність госпіталізації для ургентного чи планового оперативного втручання (показання до операції, передопераційна підготовка, післяопераційне ведення хворого з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії), або можливість консервативного та амбулаторного лікування з визначенням груп лікарських препаратів та напрямків їх дії.

Лікування неускладнених гриж – планове оперативне втручання: герніотомія з пластикою грижових воріт з натягом тканин (аутопластика) або без натягу тканин за допомогою

допоміжних матеріалів (алопластика), тому потрібна консультація хірургі ЦРЛ для планової госпіталізації та планової операції після підготовки кишечника (очісні клізми), операційного поля (виголити шкіру в місці втручання), проведення премедикації (атропін 1 мл підшкіряно і дімедрол 1 мл підшкіряно за 30 хвилин до операції). Після операції – знеболення (кетонал 2 мл 3 рази на день, з другої доби після операції – у вигляді пігулок 3 дні), перев'язки, дієта – стіл 1а та активація режиму з другого дня після операції.

Довідково-інформаційні дані для підготовки до занять (диференційні таблиці):

Диференційна діагностика косої і прямої пахових гриж

Симптоми захворювання	Нозологічні форми		
	Коса пахова грижа	Пряма пахова грижа	Стегнова грижа
Скарги	Випинання в паховій ділянці, яке може спускатися у калитку	Випинання в паховій ділянці, нерідко з двох сторін	Випинання у верхній третині стегна
Історія захворювання	Поява випинання частіше пов'язана з фізичним навантаженням	Часто наявність гриж у батька	Поява випинання частіше пов'язана з фізичним навантаженням
<i>Об'єктивні дані</i>			
Стать	Частіше чоловіча	Частіше чоловіча	Частіше жіноча
Вік	Частіше молодий	Частіше літній	Частіше літній
Обстеження місця локалізації грижі			
Локалізація	Частіше одностороння	Часто двостороння	Одностороння
Відношення до калитки	Може спускатися в калитку	Не спускається	Не спускається
Вихід із черевної порожнини	Через внутрішнє кільце пахового каналу (латеральна ямка)	Через зовнішнє кільце пахового каналу (медіальна ямка)	Через м'язову або судинну лакуну
Який отвір розширений	Розширені внутрішній і зовнішній отвори пахового каналу	Розширений зовнішній отвір пахового каналу	Отвори пахового каналу не розширені
Відношення грижового мішка до сім'яного канатика	Розташовується серед або латерально від елементів сім'яного канатика	Розташовується медіально від елементів сім'яного канатика	З сім'яним канатиком не зв'язаний
Відношення до пахової зв'язки	Розташовується вище пахової зв'язки	Розташовується вище пахової зв'язки	Розташовується нижче пахової

			зв'язки
--	--	--	---------

Диференційно-діагностична таблиця гострого апендициту (епігастральна стадія)

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Гострий апендицит, епігастральна стадія	Гострий холецистит (проста форма)	Гострий панкреатит (набрякла форма)	Гострий гастрит	Виразкова хвороба шлунка і ДПК
Скарги					
Біль					
- локалізація	Епігастральна ділянка	Праве підребер'я	Епігастральна ділянка, мезогастрій	Під мечоподібним відростком	У пілородуоденальній зоні
- характер	Постійний	Постійний	Постійний	Постійний, підсилюється після їжі	Пов'язаний із прийманням їжі
- інтенсивність	Помірний	Інтенсивний	Інтенсивний, оперізуючий	Помірний, пекучий	Інтенсивний
- іррадіація	Немає	У праву лопатку, надпліччя	У поперекову ділянку	Немає	У надпліччя, спину
Блювання	Одноразове	Багаторазове, жовчу, не полегшує стан	Багаторазове, стан не полегшує	Багаторазове	На висоті болю вжитою їжею, полегшує стан
Печія	Немає	Немає, гіркота в роті	Немає	Є	Є
Дефекація	Іноді з затримкою	Не змінена	Характерна затримка	Не змінена	Характерна затримка
Температура тіла	Субфебрильна	Субфебрильна	Нормальна	Субфебрильна	Нормальна
Історія захворювання					
Провокуючі фактори	Відсутні	Жирна, смажена їжа	Алкоголь, надмірне вживання жирної їжі	Неякісна, гостра їжа	Нерегулярне харчування, стресові фактори
Об'єктивні дані					

Загальний стан	Задовільний	Задовільний	Середньої важкості	Задовільний	Задовільний
Шкірні покриви	Звичайні	Можлива суб-ектеричність	Помірно бліді	Звичайні	Звичайні
Язик	Вологий	Вологий, обкладений	Вологий, обкладений	Вологий, обкладений	Вологий, обкладений
Тахікардія	Помірна	Помірна	Помірна	Немає	Немає
Обстеження живота					
Пальпація	М'який, болісний над пупком	Напружений і болісний у правому підребер'ї	М'який, болісний у проекції залози	М'який, болісний в епігастрії	Локально напружений і болісний в епігастрії у проекції виразки
Перкусія	Без особливостей	Без особливостей	Тимпаніт по ходу поперековоободової кишки	Без особливостей	Без особливостей
Аускультация	Без особливостей	Без особливостей	Зниження звучності перистальтики	Без особливостей	Без особливостей
Патогномонічні симптоми	Кохера, Сітківського, Ровзинга, Бартом'є-Міхельсона, Роздольського, Образцова	Ортнера, Кера, Мерфі	Керте, Мейо-Робсона, Чухрієнка	Відсутні	Боаса, Опенховського
Додаткові методи дослідження					
Лабораторні методи	Помірний лейкоцитоз	Помірний лейкоцитоз	Збільшення амілази, ліпази, помірний лейкоцитоз	Помірний лейкоцитоз	Без патологічних змін
ФГДС	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей	Запалення та ерозування слизової шлунка	Виразковий дефект із запальним валом
УЗД	Потовщення стінок відростка	Ехопозитивні включення з еходоріжкою у порожнині міхура, потовщення стінки міхура	Збільшення підшлункової залози	Не інформативне	Не інформативне

**Диференційно-діагностична таблиця гострого
апендициту в стадії місцевих проявів**

Симптоми захворювання	Нозологічні форми					
	Гострий апендицит	Перфоративна виразка, стадія уявного благополуччя	Розрив кісти правого яєчника	Гострий правосторонній сальпінгіт	Гострий мезаденіт	Гострий пієлонефрит праворуч
<i>Скарги</i>						
Біль						
- локалізація	Права здухвинна ділянка	Епігастральна і права здухвинна ділянки	Права здухвинна ділянка і над лоном	Права здухвинна ділянка і над лоном	Біляпупкова ділянка	Права поперекова ділянка
- характер	Постійний	Постійний	Постійний	Постійний	Нападоподібний	Постійний
- інтенсивність	Неінтенсивний	Гострий	Тупий	Інтенсивний	Помірний	Тупий
- іррадіація	Немає	Немає	У пряму кишку, поперек	У поперек	Немає	По всьому животу
Нудота	Є	Не характерна	Не характерна	Не характерна	Є	Не характерна
Блювання	Може бути одноразово	Не характерне	Не характерне	Не характерне	Не характерне	Не характерне
Температура тіла	Субфебрильна	Субфебрильна	Нормальна	Фебрильна з ознобом	Субфебрильна або фебрильна	Фебрильна або гектична з ознобом
<i>Історія захворювання</i>						
Провокуючі фактори	Відсутні, виникає серед повного здоров'я	Відсутні, виникає при загостренні виразкової хвороби	Овуляція, статевий акт	Переохолодження, хронічний запальний процес	Простудне захворювання	Переохолодження, сечокам'яна хвороба
<i>Об'єктивні дані</i>						
Загальний стан	Задовільний	Середньої важкості або важкий	Задовільний	Задовільний	Задовільний	Важкий
Пульс	Помірна тахікардія	Виражена	Виражена	Тахікардія	Помірна	Тахікардія

		тахікардія	тахікардія		тахікардія	
Язик	Вологий	Сухий	Вологий	Вологий	Вологий	Вологий
Обстеження живота						
Пальпація	Помірно напружений і болісний у правій здухвинній ділянці	Сильно напружений і болісний на всьому протязі	Помірно напружений і болісний в нижніх відділах і над лоном	Помірно напружений і болісний в нижніх відділах і над лоном	Помірно напружений і болісний у мезогастрії та по ходу брижі тонкої кишки	М'який, болісний у правій половині живота
Перкусія	Болісність у правій здухвинній ділянці	Відсутність печінкової тупості	Іноді притуплення у відлогих місцях	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей
Аускультация черевної порожнини	Без особливостей	Різде зниження або відсутність перистальтики	Зниження звучності кишкових шумів	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей
Патогномонічні симптоми	Кохера, Ровзинга, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона	Менделя, Спіжарного, Щоткіна-Блюмберга	Промптова, Щоткіна-Блюмберга	Промптова	Штернберга	Пастернацького
Ректальне дослідження	Болісність передньої стінки прямої кишки	Болісність і нависання передньої стінки прямої кишки	Болісність при зміщенні матки і нависання передньої стінки прямої кишки	Болісність при зміщенні матки	Без особливостей	Без особливостей
Додаткові методи дослідження						
Клінічний аналіз крові	Помірний лейкоцитоз	Помірний лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом вліво	Помірний лейкоцитоз зі зсувом вліво	Значний лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом вліво	Помірний лейкоцитоз з лімфоцитозом	Значний лейкоцитоз із паличкоядерним зсувом вліво
Клінічний аналіз сечі	Без особливостей	Помірні токсичні лейкоцитурія та	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей	Лейкоцити, еритроцити, білок,

		альбумінурія				циліндри
УЗД	Збільшення від- ростка і потовщен- ня його стінок	Вільна рідина у черевній порож- нині	Кіста або вільна рідина	Зміни труб і яеч- ників	Збільшення лімфовузлів брижі	Патологія миско- во-ниркового комплексу
Оглядова рентгенографія черевної порожнини	Не інформативна	Під куполом діа- фрагми серпо- подібне просвіт- ління	Не інформативна	Не інформативна	Не інформативна	Збільшення тіні нирки на оглядовій рентгенограмі

**Диференційна діагностика гострого холециститу
(проста форма)**

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Гострий холецистит	Гострий апендицит	Загострення виразкової хвороби	Правостороння плевропневмонія	Сечокам'яна хвороба, правостороння ниркова коліка
Скарги					
Біль					
- локалізація	Праве підребер'я	Епігастральна ділянка або права здухвинна ділянка	Епігастральна ділянка	Праве підребер'я і нижня частина грудної клітки	Права поперекова ділянка
- характер	Постійний, тупий	Постійний, колючий	Періодичний ("голодний", "нічний")	Постійний, колючий	Нападоподібний
- інтенсивність	Помірний	Не інтенсивний	Інтенсивний під час нападу	Помірно інтенсивний	Дуже інтенсивний
- ірадіація	У праве надпліччя, плече	Без ірадіації	Нерідко в спину	Без ірадіації	У праве стегно, пахову ділянку, калитку
Нудота	Виражена	Помірна	Не характерна	Не характерна	Виникає часто
Блювання	Часте, дуоденальним вмістом із жовчю	Рідко, одноразове, шлунковим вмістом	Одноразове, Щойно вжитою їжею	Не характерне	Буває часто шлунковим вмістом, або "порожнє"
Температура тіла	Підвищена	Субфебрильна	Нормальна	Висока	Нормальна
Історія захворювання					
Провокуючі фактори	Жирна, смажена їжа	Без зв'язку, серед повного здоров'я	Сезонний характер	Переохолодження, респіраторні захворювання	Гостра їжа, фізичне перевантаження, переїдання
Об'єктивні дані					
Загальний стан	Задовільний	Задовільний	Задовільний	Середньої важкості	Середньої важкості
Положення хворого	Активне	Вимушене, на правому боці	Активне, напівзігнуте під час	Вимушене, напівсидяче	Неспокійне, постійно змінює

у ліжку			більшового нападу		положення
Шкірні покриви	Звичайні або субіктеричні	Звичайні	Звичайні	Блідо-ціанотичні	Звичайні
Язик	Обкладений, сухуватий	Вологий, обкладений	Вологий, обкладений	Вологий, сухуватий при вираженій задишці	Вологий, чистий
Пульс	Помірна тахікардія	Помірна тахікардія	Звичайний	Тахікардія	Тахікардія
Дихання	Не змінене	Не змінене	Не змінене	Задишка	Не змінене
Сечовипускання	Не порушене	Не порушене, короткочасна дизурія при тазовому і ретроцекальному розташуванні відростка	Не порушене	Не порушене	Виражені дизуричні розлади
Обстеження живота					
Огляд	Відстає у диханні ділянка правого підреб'я, симетричний	Симетричний, бере участь у диханні	Симетричний, бере участь у диханні	Права половина відстає в акті дихання	Помірно роздутий, права половина відстає в акті дихання
Пальпація	Помірно напружений і болісний у правому підребер'ї	М'який, помірно болісний в епігастрії і правій здухвинній ділянці	М'який або помірно напружений і болісний в епігастрії	М'який, помірно болісний у правому підребер'ї	М'який або помірно напружений і болісний в проекції нирки і правого сечоводу
Перкусія	Без патологічних проявів	Без патологічних проявів	Без патологічних проявів	Притушення перкуторного звуку в грудній порожнині праворуч	Без патологічних проявів
Аускультация	Перистальтичні шуми не змінені	Перистальтичні шуми не змінені	Перистальтичні шуми не змінені	Перистальтичні шуми не змінені	Перистальтичні шуми не змінені
Патогномонічні симптоми	Ортнера, Кера, Мерфі, нерідко Партгор'є	Кохера, Ровзинга, Бартом'є-Міхельсона, Образцова, Роздольського	Боаса, Опенховського	Відсутні	Пастернацького праворуч
Додаткові методи дослідження					
Клінічний аналіз	Лейкоцитоз до	Помірний	Без змін	Лейкоцитоз	Без змін

крові	12 – 15 · 10 ⁹ /л	лейкоцитоз 9 – 10 · 10 ⁹ /л			
Загальний аналіз сечі	Без змін	Без змін	Без змін	Невелика кількість лейкоцитів, білка	Гематурія, білок і лейкоцити
Оглядова або контрастна рентгенографія	Нерідко наявність тіней конкрементів	Не інформативна	Симптом "ніші" і "вказівного перста" при контрастній гастрографії	Затемнення у правій легені, випіт у плевральній порожнині, обмеження рухливості діафрагми праворуч	Іноді тіні конкрементів, збільшення тіні нирки праворуч, затримка контрасту в сечоводі при контрастній урографії
УЗД	Потовщення стінки міхура, ехопозитивні включення з доріжкою в порожнині жовчного міхура	Поширення порожнини і потовщення стінок відростка	Відсутні	Можлива наявність рідини у плевральній порожнині	Збільшення розмірів нирки, наявність ехопозитивного утворення в місці нирки або сечоводі

**Диференційна діагностика гострого холециститу
(деструктивна форма)**

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Гострий холецистит (деструктивний)	Перфорація виразки шлунка і ДПК	Гострий деструктивний апендицит	Гострий деструктивний панкреатит	Перекрут, перфорація кісти яєчника
<i>Скарги</i>					
Біль	Є	Є	Є	Є	Є
- локалізація	Праве підребер'я	Не локалізований	Права здухвинна ділянка	Епігастральна та мезогастральна ділянки	Гіпогастральна ділянка
- характер	Постійний	Постійний	Постійний	Постійний	Поступово зростаючий
- інтенсивність	Інтенсивний	Надзвичайно інтенсивний	Помірно інтенсивний	Надзвичайно інтенсивний	Помірний
- ірадіація	У праве надпліччя, плече, ділянку серця	По всьому животі	Без ірадіації	У спину, поперек	У стегна, пахову ділянку, пряму кишку
- нудота	Постійна, супроводжується блюванням	Не характерна	Виникає часто	Постійна	Не характерна
Блювання	Часта	Не характерне	Не часте	Часте	Не характерне
Анамнез	Гострий початок, часто наявність нападів болю раніше	Гострий початок, виразковий анамнез	Гострий початок	Гострий початок	Поступове зростання клінічних проявів, хронічне захворювання геніталій
Температура тіла	Висока до 39°C	Нормальна або субфебрильна	Підвищена до 38°C	Нормальна	Субфебрильна
<i>Історія захворювання</i>					
Провокуючі фактори	Вживання жирної, смаженої їжі	Загострення виразкової хвороби, фізичне навантаження	На тлі "повного здоров'я"	Наявність ЖКХ, зловживання алкоголем	Не характерні

Об'єктивні дані					
Загальний стан	Середньої важкості	Важкий	Задовільний	Важкий	Середньої важкості
Положення у ліжку	Вимушене на правому боці	Вимушене на правому боці із зігнутими ногами	Вимушене на правому боці	Вимушене, малорухоме, на спині	Неспокійне
Шкірні покриви	Бліді з жовтушним відтінком	Бліді, вологі	Звичайні	Блідо-синюшні, із плямами ціанозу	Бліді
Язик	Сухий, обкладений	Сухий, обкладений	Сухуватий, обкладений	Сухий	Вологий
АТ, пульс	АТ в межах норми, тахікардія	АТ знижений, тахікардія	Тахікардія (температурно-пульсові "ножиці")	АТ знижений, тахікардія, аритмія	АТ нестабільний, тахікардія
Дихання	Звичайне	Грудне, прискорене	Звичайне	Грудне, прискорене	Звичайне
Сечовипускання	Звичайне	Олігурія	Звичайне, залежно від розташування відростка - дизурія	Олігурія або анурія	Звичайне
Обстеження живота					
Огляд	Симетричний, праве підребер'я відстає в акті дихання	Помірно роздутий, передня черевна стінка в диханні участі не бере	Симетричний, права здухвинна ділянка у диханні не бере участь	Роздутий, передня стінка в диханні участі не бере	Гіпогастральна ділянка у диханні участі не бере
Пальпація	Напруження, болісний інфільтрат або збільшений жовчний міхур у правому підребер'ї	Напруження, болісність на всьому протязі	Напруження, болісність у правій здухвинній ділянці	Напруження в епігастрії та мезогастрії, де часто пальпується болісний інфільтрат	Помірне напруження в гіпогастрії, де часто пальпується круглясте болісне рухливе утворення
Перкусія	У відлогих місцях тимпаніт	Відсутність печінкової тупості, притуплення у відлогих місцях	У відлогих місцях тимпаніт	Притуплення у відлогих місцях	Притуплення у відлогих місцях
Аускультация	Перистальтичні шуми звичайні	Перистальтичні шуми різко ослаблені або не	Зниження звучності перистальтичних шумів	Перистальтичні шуми не прослуховуються	Перистальтичні шуми ослаблені

		прослуховуються або не прослуховуються			
Патогномонічні симптоми	Ортнера, Кера, Мерфі, Георгієвського, Щоткіна-Блюмберга в правому підребер'ї, Партюр'є	Щоткіна-Блюмберга на всьому протязі, Спіжарного, Менделя, Воскресенського	Сітковського, Ровзинга, Бартом'є – Міхельсона, Островського, Образцова, Щоткіна-Блюмберга в правій здухвинній ділянці	Керте, Воскресенського, Чухрієнка, Мейо-Робсона, Щоткіна-Блюмберга, "кольорові" симптоми	Щоткіна-Блюмберга, Промптова
Ректальне дослідження	Без патологічних проявів	Нависання і болісність передньої стінки прямої кишки	Нависання і болісність передньої стінки прямої кишки	Нависання і болісність передньої стінки прямої кишки	Нависання і болісність передньої стінки прямої кишки
<i>Додаткові методи дослідження</i>					
Клінічний аналіз крові	Лейкоцитоз зі зсувом вліво	Лейкоцитоз або лейкопенія зі зсувом вліво	Помірний лейкоцитоз зі зсувом вліво	Еритроцитоз, лейкоцитоз зі зсувом вліво	Анемія, лейкоцитоз зі зсувом вліво
Загальний аналіз сечі	Білок, лейкоцити, жовчні пігменти	Білок, лейкоцити	Незначна кількість білка, лейкоцитів	Білок, лейкоцити, циліндри, висока діастаза сечі	Незначна кількість білка, лейкоцитів
Оглядова або контрастна рентгенографія	Нерідко наявність тіней конкрементів	Серпоподібне просвітління над печінкою, рівень рідини в животі	Не інформативна	Гіперпневматоз кишечника, розширена підкова ДПК, випіт у лівій плевральній порожнині	Гіперпневматоз кишечника, рівень рідини в животі
УЗД	Потовщення стінки жовчного міхура, ехопозитивні вклучення з еходоріжкою	Вільна рідина у черевній порожнині	Збільшення тіні відростка, вільна рідина навколо	Розширена ехопозитивна зона підшлункової залози	Ехопозитивне утворення в ділянці придатків матки

Диференційна діагностика гострого панкреатиту (фаза шоку)

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Гострий панкреатит (фаза шоку)	Інфаркт міокарда, абдомінальна форма	Перфоративна виразка (фаза шоку)	Мезентеріотромбоз (фаза гемодинамічних розладів)	Ниркова коліка
Скарги					
Біль					
- локалізація	У верхніх відділах живота	За грудниною	По всьому животі	Без чіткої локалізації	В мезогастрії та гіпогастрії
- інтенсивність	Дуже інтенсивний	Інтенсивний, стискаючий	"Кинджальний"	Дуже інтенсивний	Дуже інтенсивний
- характер	Тупий постійний	Гострий постійний	Гострий постійний	Гострий нападopodobний	Гострий нападopodobний
- іррадіація	У спину, оперізуючий	В епігастральну ділянку, ліву руку і надпліччя	У надпліччя	Без іррадіації	У статеві органи, стегно
Блювання	Неприборкане - спочатку вжитою їжею, потім жовчю або кишковим вмістом	Рефлекторне, вжитою їжею	Немає або одноразове вжитою їжею	Неприборкане, іноді з домішкою "кавової гущі"	Рефлекторне, вжитою їжею
Дефекація	Затримка	Затримка	Затримка	Кал із домішкою крові	Не змінена
Історія захворювання					
Провокуючі фактори	Приймання алкоголю, жирної, смаженої їжі	Стрес, фізичне навантаження	Загострення виразкової хвороби	Атеросклероз, серцево-судинна патологія з порушенням ритму	Тряска їзда, гостра їжа
Об'єктивні дані					
Шкірні покриви	Бліді, сухі, є кольорові симптоми	Бліді, вкриті холодним потом, акроціаноз	Бліді, вкриті холодним потом	Бліді	Бліді

Пульс	Тахікардія	Тахікардія, аритмія	Брадикардія, яка змінюється тахікардією	Тахікардія, часто аритмія	Тахікардія
АТ	Знижується	Знижується	Знижується	Знижується	Не змінюється
Язик	Сухий	Вологий	Спочатку вологий, потім сухий	Сухий	Вологий
Обстеження живота					
- огляд	Бере участь у диханні	Відстає верхня частина у диханні	Не бере участі у диханні	Бере участь у диханні	Бере участь у диханні
- пальпація	Живіт м'який, болісний в епігастрії	Помірне напруження м'язів в епігастрії	Дошкоподібне напруження м'язів і болісність над усією поверхнею живота	Напруження м'язів і болісність без чіткої локалізації	Напруження м'язів і болісність у нижніх відділах, зникає при відволіканні хворого
- перкусія	Притуплення у відлогих місцях, тимпаніт над поперечно-ободовою кишкою	Без особливостей	Відсутність печінкової тупості	Без особливостей	Без особливостей
- аускультация	Послаблення або відсутність перистальтики	Без особливостей	Послаблення перистальтики	Посилення перистальтики	Без особливостей
Патогномонічні симптоми	Керте, Чухрієнка, Воскресенського, Мейо-Робсона, "кольорові симптоми"	-	Спіжарного, тріада Мондора	-	Пастернацького
Додаткові методи дослідження					
Клінічний аналіз крові	Помірний лейкоцитоз зі зсувом вліво	Помірний лейкоцитоз зі зсувом вліво	Помірний лейкоцитоз зі зсувом вліво	Спочатку без змін, потім лейкоцитоз	Без змін
Клінічний аналіз сечі	Олігоанурія, пізніше токсичні зміни	Без змін	Без змін	Олігоанурія, пізніше токсичні зміни	Білок, свіжі еритроцити

ЕКГ	Можливі токсичні ішемічні зміни міокарда	Ознаки гострої ішемії міокарда	Без змін	Можлива наявність миготливої аритмії	Без особливостей
Оглядова рентгенографія	Гіперпневматоз кишечника, симптом Гоб'є	Не інформативна	Вільний газ під куполами діафрагми	Не інформативна	Тіні конкрементів
УЗД	Набряк залози і клітковини навколо	Не інформативне	Наявність вільної рідини	Не інформативне	Наявність конкрементів, гідронефрозу

**Диференційна діагностика кровотеч
із верхніх і нижніх відділів шлунково-кишкового тракту**

Ознаки	Характер кровотечі	Стан хворого	Блювання	Кал	Дані додаткових досліджень
З верхніх відділів ШКТ	Частіше профузна	Часто важкий, клініка геморагічного шоку	"Кавовою гущею" або малозміненою кров'ю, зі згустками	Чорний оформлений або дьогтеподібний (мелена)	При езофагогастроуденоскопії знаходять джерело кровотечі
З нижніх відділів ШКТ	Частіше хронічна	Частіше середньої важкості, клініка постгеморагічної анемії	Не характерне	З домішкою мало-зміненої або свіжої крові	При ректороманоскопії або колоноскопії знаходять джерело кровотечі

**Диференційна діагностика кровотеч
з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту**

Симптоми захворювання	Нозологічні форми					
	Езофагіт	Варикозне розширення вен стравоходу	Виразкова хвороба шлунка і ДПК	Синдром Маллорі-Вейса	Ерозивний гастрит	Пухлина шлунка
Скарги						

Блювання	Кров'ю або вмістом типу "кавової гущі"	Кров'ю зі згустками, часто без домішки шлункового вмісту	Частіше типу "кавової гущі", при масивних кровотечах - кров'ю	Багаторазове, спочатку їжею, а потім червоною або темною кров'ю	З домішкою крові, інтенсивність і частота різні	Часто багаторазове, у помірній кількості, типу "кавової гущі"
Біль	Відчуття тиску, печіння за грудниною	В ділянці печінки, відчуття важкості і розпирання в животі	В епігастрії, пов'язаний із прийманням їжі, з появою кровотечі біль часто зникає	Не характерний	Тупий, розлитий в епігастрії, пов'язаний з порушенням режиму харчування	Не постійний, рідко буває інтенсивним
Відрижка, печія	Часті	Не характерні	Часті	Не характерні	Часті	Втрата апетиту, відрижка, схуднення
Провокуючі фактори	Рефлюкс вмісту шлунка	Перенесений гепатит, алкоголізм, кровотечі на тлі посилення змін у печінці	Виразки шлунка і ДПК	Зловживання алкоголем, переїдання	Тривале приймання медикаментозних препаратів (аспірин, НПЗП, гормони)	Хронічний атрофічний гастрит, антацидні стани
Об'єктивні дані						
Стать	Частіше жіноча	Частіше чоловіча	Частіше чоловіча	Частіше чоловіча	Частіше жіноча	Частіше чоловіча
Вік	Частіше 30-50 років	Частіше 30-50 років	Частіше 20-50 років	Частіше 30-50 років	Частіше 20-50 років	Старший 40 років
Загальний стан	Частіше задовільний	Зростаюча загальна слабкість, при масивній крововтраті - колапс	Частіше виражена клініка гострої крововтрати: слабкість, тахікардія	Залежить від об'єму крововтрати і супутньої патології	Часто загальний стан не важкий, рідко розвивається колапс	Зростаюча загальна слабкість, схуднення, блідість шкіри, зниження тургору тканин
АТ	Частіше у межах норми або	АТ знижений відповідно до	АТ знижений відповідно до	АТ знижений відповідно до	Частіше в межах норми або	В межах норми або незначна

	незначна гіпотонія	ступеня крововтрати	ступеня крововтрати	ступеня крововтрати	незначна гіпотонія	гіпотонія
Пульс	Нормальний або помірна тахікардія	Тахікардія відповідно до ступеня крововтрати	Тахікардія відповідно до ступеня крововтрати	Тахікардія відповідно до ступеня крововтрати	Нормальний або помірна тахікардія	Нормальний або помірна тахікардія
Обстеження живота	Іноді – болісність в епігастрії	Збільшена і болісна печінка, можлива гіперспленія, жовтяниця, асцит, розширення вен черевної стінки	Болісність при пальпації в епігастрії або проєкції ДПК	Іноді – болісність в епігастрії	Помірна болісність в епігастрії, можливо – яскраво-червоний язик	Незначна болісність в епігастрії, іноді пальпується пухлина
Ректальне дослідження	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Частіше кал дьогтеподібний, "мелена"	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал
Додаткові методи обстеження						
Ендоскопія	При езофагоскопії - гіперемія і набряклість слизової, наявність ерозій	При езофагоскопії - вузлувато розширені вени стравоходу, можливо - з ерозіями	При гастродуоденоскопії - наявність виразкового дефекту різної локалізації	При езофагогастроскопії - наявність поздовжніх тріщин слизової стравохідно-шлункової зони	При гастроскопії - ерозії на верхівках складок слизової оболонки шлунка	При гастроскопії - можна виявити наявність пухлини, часто з виразкою

**Диференційна діагностика кровотеч
з нижніх відділів шлунково-кишкового тракту**

Симптоми захворювання	Нозологічні форми					
	<i>Товста кишка</i>			Пряма кишка		
	пухлина	виразковий коліт	дивертикульоз	геморой	тріщина	пухлина
<i>Скарги</i>						
Виділення крові з анального каналу	Частіше невеликими порціями, можливо, профузне	Частіше невеликими порціями, при важкій формі хвороби можлива профузна кровотеча	Виникає раптово, кал з домішкою більш-менш зміненої крові, може бути профузною	Виділяється краплями або у вигляді струменя наприкінці акту дефекації, виявляється на туалетному папері або стінках унітаза	Кров не змішана з калом, смужка свіжої крові на стороні тріщини	Домішка темної або, рідше, червоної крові в калі
Біль	Частіше больові відчуття відсутні, іноді – ниючий біль без чіткої локалізації	Перед дефекацією, частіше в лівій здухвинній ділянці	В нижніх відділах живота	Не характерний, виникає при тромбозі вузлів	Сильний різучий біль в ділянці ануса при акті дефекації	Характерний для пізньої стадії, рано з'являється тільки при раку анального каналу
Маса тіла	Частіше не знижується	Знижена	Не знижується	Не знижується	Не знижується	Знижується на пізніх стадіях
<i>Історія хвороби</i>						

Дефекація	Періодично - за- тримка калу і га- зів, чередування запорів і проносів	8-10 разів на добу, постійні позиви, у калі – слиз, кров, гній	Зміна запорів проносами або безсимптомний перебіг	При загостренні - рефлекторна за- тримка дефекації	В анамнезі – три- валі запори через біль при дефекації	Слиз, гній і кров у калі, запори
Провокуючі фактори	Немає	Загострення хвороби	Немає	Закрепи	Закрепи	Немає
Об'єктивні дані						
Стать	Частіше чоловіча	Частіше чоловіча	Однаково часто	Частіше чоловіча	Частіше жіноча	Частіше чоловіча
Вік	Старше 40 років	Частіше 20-50 років	Старше 40 років	Частіше 30-50 років	Частіше 20-50 років	Старше 40 років
Загальний стан	Залежить від стадії процесу і ступеня анемії	При легкому перебігу - задовільний, при важких формах - важкий	Частіше задовіль- ний або середньої важкості	Залежить від об'єму крововтрати	Загальний стан істотно не зміню- ється	Залежить від стадії процесу і ступеня анемії
Артеріальний тиск, пульс	У межах норми або помірна гіпотонія і тахікардія	Знижений, тахі- кардія	У межах норми або помірна гіпотонія і тахікардія	У межах норми, змінюються тільки при значній крововтраті	У межах норми	У межах норми або помірна гіпотонія і тахікардія
Шкіра	Бліда з сіруватим відтінком	Бліда	Частіше звичай- ного кольору	Частіше звичайного кольору	Звичайного кольору	Бліда з сіруватим відтінком
Обстеження живота	Може пальпува- тися пухлина, іноді – болісність навколо неї	Болючість по ходу товстої кишки	Болісність при пальпації внизу живота, у лівій здухвинній ділянці	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей
Огляд анальної ділянки	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей	Іноді розчухування, ви- падання геморої- дальних вузлів	Тріщина при роз- двиганні пері- анальних складок	Пухлина при анальній локалі- зації

Ректальне дослідження	Кал з домішками крові	Кал з домішками крові, слизу	Кал з домішками крові, або малозмінена кров	Сліди червоної крові	Підвищений тонус сфінктера, різка болісність, можливі сліди свіжої крові	Пухлина або виразка зі щільними краями, сліди крові
<i>Додаткові методи обстеження</i>						
Клінічний аналіз крові	Анемія	Анемія, лейкоцитоз	У межах норми, при значній крововтраті - анемія	Від нормальних показників до вираженої анемії	У межах норми	Анемія
Ендоскопічне дослідження	При колоноскопії – наявність пухлини в різних відділах товстої кишки	При колоноскопії – набряк, гіперемія слизової оболонки, наявність плоских виразок, іноді – виразок, що зливаються	При колоноскопії - наявність дивертикулів	При аноскопії - збільшені гемороїдальні вузли блілого або синюшного кольору, заповнені згустками крові, напружені, місцями ерозовані, вкриті виразками	При аноскопії – наявність лінійного дефекту в анальному каналі	При ректоскопії – пухлина, часто з виразкою

Диференційно-діагностична таблиця перфоративної виразки в стадії шоку

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Перфоративна виразка в стадії шоку	Інфаркт міокарда, абдомінальна форма	Гострий панкреатит, важкий перебіг, у фазі шоку	Мезентеріотромбоз, стадія порушення гемодинаміки	Ниркова коліка
Скарги					
Біль					
- локалізація	По всьому животі	За грудниною, в епігастрії	У верхніх відділах живота	Без чіткої локалізації	В мезо- і гіпогастрії, поперек
- характер	Гострий, раптовий	Здавлюючий	Зростаючий, оперізує	Постійний	Нападоподібний
- інтенсивність	Інтенсивний	Інтенсивний	Надзвичайно інтенсивний	Інтенсивний	Інтенсивний
- іррадіація	У надпліччя	В епігастральну ділянку, ліву руку і надпліччя	У поперек	Без іррадіації	У статеві органи, стегно
Нудота	Є	Є	Є	Є	Є
Блювання	Не характерне	Не характерне	Багаторазове, спочатку їжею, потім жовчю і "кавовою гущею"	Іноді з домішкою "кавової гущі"	Може бути вжитою їжею
Стілець	Затримка	Затримка	Затримка	Із домішками крові	Не змінений
Історія захворювання					
Провокуючі фактори	Немає	Стрес, фізичне навантаження	Алкоголь, жирна, білкова їжа	Атеросклероз	Труська їзда, гостра їжа
Об'єктивні прояви					
Загальний стан	Важкий	Важкий	Важкий	Важкий	Середньої важкості або задовільний
Шкірні покриви	Бліді, вкриті холодним потом	Бліді, вкриті холодним потом, акроціаноз	Блідо-синюшні, сухі, є кольорові симпт-и	Блідо-синюшні, акроціаноз	Бліді

Язик	Вологий по краях	Вологий	Сухий	Сухий	Вологий
Пульс	Брадикардія змінюється тахікардією	Тахікардія, аритмія	Тахікардія	Тахікардія, порушення ритму	Тахікардія
АТ	Знижується	Знижується	Знижується	Знижується	Не міняється
Обстеження живота					
Огляд	Не бере участь в акті дихання	В акті дихання відстає верхня половина	Вільно бере участь в диханні	Вільно бере участь в диханні	Вільно бере участь в диханні
Пальпація	Виражене напруження і болісність по всьому животі	Помірне напруження і болісність в епігастрії	М'який, болісний над пупком	М'який, болісний по всьому животі	М'який, болісний у нижніх відділах, біль зникає при відво- ліканні хворого
Перкусія	Відсутність печінкової тупості	Без особливостей	Тимпаніт у проекції ободової кишки, притуплення у відлогих місцях	Тимпаніт по всьому животі	Притуплення у відлогих місцях
Аускультация	Ослаблення перистальтики	Без особливостей	Ослаблення або відсутність перистальтики	Посилення перистальтики	Без особливостей
Патогномоничні симптоми	Менделя, Спіжарного, Щоткіна-Блюмберга	Псевдопозитивний с-м Щоткіна-Блюмберга	Керте, Мейо-Робсона, Чухрієнка	Щоткіна-Блюмберга	Пастернацького
Додаткові методи дослідження					
Лабораторні	Помірний лейкоцитоз	Помірний лейкоцитоз	Лейкоцитоз із зсувом вліво, підвищення вмісту амілази, ліпази крові	Немає лейкоцитозу	Немає лейкоцитозу
ЕКГ (гостра ішемія)	Немає	Ознаки гострої ішемії	Немає	Немає	Немає
Оглядова рентгено-графія органів черевної порожнини	Серпоподібне про- світління під куполом діафрагми	Не інформативна	Гіперпневматоз обо- дової кишки	Динамічна кишкова непрохідність	Тіні конкрементів
УЗД	Вільна рідина у животі	Не інформативна	Збільшення підшлункової залози	Рівень рідини в черевній порожнині	Збільшення ехотіні нирки, тіні конк-р-в

Диференційна діагностика термінальної стадії розлитого перитоніту

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Термінальна стадія перитоніту	Діабетична кома	Гіпоглікемічна кома	Уремічна кома	Печінкова кома
Скарги					
Біль					
- локалізація	По всьому животу	Нелокалізований в животі	Біль відсутній	Нелокалізований в животі	У правому підребер'ї
- характер	Постійний	Періодичний	-	Тягнучий	Тупий постійний
- інтенсивність	З часом - зменшення сили болю або припинення	Неінтенсивний		Неінтенсивний	Неінтенсивний
- іррадіація	Немає	Немає	-	В поперек	Немає
Блювання	Часте, кишковим вмістом, зригування	Періодичне	Не характерне	Позиви до блювання	Періодичне, рясне
Історія захворювання					
Провокуючі фактори	Несвоєчасне звернення за допомогою	Несвоєчасний прийом протидіабетичних препаратів	Передозування цукровознижуючих засобів, або несвоєчасне вживання їжі після їх використання	Захворювання нирок з гострою або хронічною нирковою недостатністю, отруєння	Захворювання печінки з печінковою недостатністю, отруєння
Початок захворювання	Гострий	Поступовий	Раптовий	Поступовий	Поступовий
Анамнез	Тривалість захворювання 3-5 діб	Тривалий перебіг діабету	Тривалий перебіг діабету	Хронічні захворювання нирок (хронічний пієло-нефрит, піогідронефроз)	Цироз печінки різного генезу, отруєння гепатотропними отрутами, вірусний гепатит
Об'єктивні дані					

Свідомість	Зберігається тривалий час, втрачається поступово перед смертю	Втрачається поступово після психічної депресії	Втрачається швидко після збудження, марення	Втрачається поступово	Розвивається делірій з поступовою втратою свідомості
Шкірні покриви	Блідо-сірі, сухі, тургор різко знижений, акроціаноз	Бліді, сухі	Бліді, вологі	Сухі, сліди розчухувань, набряки	Сухі, жовтяниця з "печінковим" відтінком, цяткові крововиливи
М'язовий тонус	Відсутній	М'язова гіпотонія, млявість сухожильних рефлексів	Гіпертонус, ригідність м'язів, патологічні сухожильні рефлекси	Фібрилярні посмикування різних м'язів, сухожильні рефлекси підвищені	Рухове занепокоєння, можуть напружуватись шийні розгиначі
Судоми	Відсутні	Відсутні	Характерні	З'являються при наростанні глибини коми	Бувають рідко
Очі	Тонус очних яблук знижений, зіниці розширюються	Тонус очних яблук знижений	Тонус очних яблук нормальний	Зіниці звужені, набряк повік, тонус очних яблук знижений	Без особливостей
Язик	Сухий, як щітка, потрісканий	Сухий, малиновий	Вологий	Вологий	Вологий
Дихання	Часте, потім - патологічні форми	Куссмауля, потім - поверхневе, запах ацетону	Поверхневе	Глибоке, іноді Чейна-Стокса, запах аміаку	Глибоке
Серцево – судинна система	Малий, частий пульс, аритмія, неухильне зниження АТ	Тахікардія, глухі серцеві тони, артеріальна гіпотонія	Тони ясні, брадикардія	Артеріальна гіпертензія, акцент II тону, шум тертя перикарда	Тахікардія, зниження АТ, глухі тони серця
Обстеження живота					
Огляд	Розпластаний, "жаб'ячий", черевна стінка не бере участі у диханні	Втягнутий, помірно напружений, обмежено бере участь у диханні	Не роздутий, бере участь у диханні, м'який	Помірно напружений, не роздутий	Збільшений в обсязі, обмежено бере участь в акті дихання

Пальпація	Іноді - локальна болісність, симптом Щоткіна часто негативний	Помірна болісність, псевдопозитивний симптом Щоткіна	М'який, безболісний	М'який, безболісний	Різка болісність і напруження у правому підребер'ї
Перкусія	Тупість у відлогих місцях	Тимпаніт	Тимпаніт	Тимпаніт	Тупість у відлогих місцях, у мезоепігастральній ділянці
Аускультация	Перистальтика відсутня, "мертва тиша", "шум падаючої краплі"	Перистальтичні шуми звичайні	Перистальтичні шуми звичайні або підвищені	Перистальтичні шуми звичайні або знижені, може бути шум тертя очеревини у нижніх відділах	Перистальтичні шуми звичайні або знижені
<i>Додаткові методи дослідження</i>					
Клінічний аналіз крові	Лейкоцитоз, часто лейкопенія, різкий зсув формули вліво, наявність незрілих лейкоцитів	Глюкоза > 5 ммоль/л, метаболічний ацидоз, кетонемія, лейкоцитоз	Глюкоза < 3 ммоль/л, помірний лейкоцитоз	Сечовина > 30 ммоль/л, креатинін > 1000 ммоль/л, метаболічний ацидоз	Азотемія, гіпербілірубінемія
Загальний аналіз сечі	Олігурія, анурія, токсичні зміни: еритроцити, білок, циліндри	Глюкозурія, кетонові тіла	Без особливостей	Олігурія або анурія	Жовчні пігменти, уробілін, кристали лейцину і тирозину
Оглядова рентгенографія черевної порожнини	Множинні безформні чаші Клойбера, арки, рівень рідини в животі	Помірний пневматоз кишечника	Без особливостей	Без особливостей	Збільшена тінь печінки, рівень рідини в животі
УЗД	Вільна рідина в черевній порожнині	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей	Збільшення або зменшення розмірів печінки, збільшення селезінки

Диференційно-діагностична таблиця видів гострої непрохідності кишечника

Симптоми захворювання	Види непрохідності та їх прояви			
	Странгуляційна непрохідність	Обтураційна непрохідність	Динамічна непрохідність	Спастична непрохідність
Скарги				
Біль				
- локалізація	По всьому животу	По всьому животу, більше в ділянці перешкоди	По всьому животу	По всьому животу
- характер	Переймоподібний	Переймоподібний	Постійний	Нападоподібний
-- інтенсивність	Дуже інтенсивний, з короткими світлими проміжками	Помірний, із тривалими світлими проміжками	Туший, розпираючий, іноді з періодичним посиленням	Помірний
Нудота	Спочатку виникає періодично, потім постійна	Виникає на пізніх стадіях	Постійна	Виникає періодично
Блювання	Багаторазове - вжитою їжею, жовчю, кишковим вмістом	На ранніх стадіях захворювання блювання може не бути	Багаторазове - застійним шлунковим або кишковим вмістом	Багаторазове – вжитою їжею, жовчю
Дефекація	На ранніх стадіях захворювання може бути відходження калу і газів	Затримка відходження газів і калу	Затримка відходження газів і калу	Затримка відходження газів і калу
Історія захворювання				
Провокуючі фактори	Раніше перенесені операції, грижі	Запальні і пухлинні захворювання кишок, сторонні предмети	Запальні захворювання і травми органів черевної порожнини і заочеревинного простору	Захворювання центральної нервової системи, істерія, глистна інвазія, отруєння свинцем
Початок захворювання	Гострий	Поступовий	Поступовий	Поступовий
Об'єктивні дослідження				
Загальний стан	Швидко погіршується	Погіршується повільно	Важкий	Задовільний або середньої важкості
Шкірні покриви	Бліді, сухі, акроціаноз	Бліді або сірі, сухі	Бліді, сухі	Блідні під час нападу болю

Пульс	Частий, слабкий	Тахікардія	Тахікардія	Тахікардія
Артеріальний тиск	Знижується	Знижується в запущених випадках	Знижується в запущених випадках	Не змінюється
Язик	Спочатку вологий, потім сухий	Спочатку вологий, потім сухий	Сухий	Вологий
Дослідження живота				
-Огляд	Роздутий, асиметричний, під час нападу болю в диханні участі не бере	Роздутий, асиметричний, бере участь у диханні	Рівномірно роздутий, часто не бере участі в диханні	Рівномірно роздутий, бере участь у диханні
Пальпація	М'який, під час нападу - болісний і напружений	Частіше локальне напруження і болісність в місці локалізації патології	Болісний і часто напружений над всією поверхнею	М'який, під час нападу - болісний і напружений
Перкусія	Тимпаніт різної висоти	Тимпаніт різної висоти	Тимпаніт, притуплення у відлогих місцях	Без особливостей
Аускультация	Посилення перистальтики в перші години, потім - ослаблення	Ослаблення перистальтики після тривалого часу посилення	Зниження або відсутність перистальтики	Посилення перистальтики
Патогномонічні симптоми	Валя, Кивуля, Склярора, Грекова, Шланга	Валя, Кивуля, Склярора, Грекова, Шланга	Склярора, Щоткіна-Блюмберга	Іноді симптом Валя
Додаткові дослідження				
Клінічний аналіз крові	Гемоконцентрація	Гемоконцентрація або анемія	Лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво	Змін немає
Аналіз сечі	Олігоанурія, пізніше токсичні зміни	Олігоанурія, токсичні зміни	Олігоанурія, токсичні зміни	Без особливостей
Оглядова рентгенографія	Кишкові арки і дуги, чаші Клойбера, частіше з перевагою довжини над висотою	Кишкові арки і дуги, чаші Клойбера, частіше з перевагою висоти над довжиною	Гіперпневматоз кишечника, мілкі чаші Клойбера	Гіперпневматоз кишечника
Пасаж рентген-контрастної речовини	Затримка просування контрасту	Затримка просування контрасту	Дослідження не інформативне	Відсутність затримки просування контрасту
Іригографія	Не інформативна	Дефект або обрив наповнення	Не інформативна	Не інформативна

Диференційна діагностика обтураційної непрохідності кишечника

Симптоми захворювання	Нозологічні захворювання			
	Обтураційна кишкова непрохідність	Ниркова коліка	Стеноз пілоричного відділу шлунка	Хвороба Крона
<i>Скарги</i>				
Біль				
- локалізація	По всьому животі	У поперековій ділянці, в різних відділах живота	В епігастрії	По всьому животі
- характер	Переймоподібний із тривалими "світлими" проміжками	Переймоподібний	Постійний	Переймоподібний з наростанням частоти переймів
- інтенсивність	Не інтенсивний, тупий	Інтенсивний, різкий	Тупий, не інтенсивний	Інтенсивний, різучий
- іррадіація	По всьому животі, у крижі, поперек	У пахову ділянку, калитку, стегно	Без іррадіації	По всьому животі
- чим полегшується	Спазмолітиками, клізмами	Теплом, спазмолітиками, блокадами	Промиванням шлунка, блюванням	Не полегшується
Блювання	Пізно (на 8-10 добу), не часте, кишковим "фекальним" вмістом	Рефлекторна, рідко	Регулярне, раз на 1–2 доби, рясне, їжею, вжитою добу тому, гнильним вмістом	Часта, кишковим вмістом
Дефекація	Відсутня, гази не відходять	Без змін, гази відходять	Один раз за 2-3 доби, гази відходять	Відсутня, гази не відходять
<i>Історія захворювання</i>				
Провокуючі фактори	Обтурація просвіту кишки пухлиною, стороннім тілом	Рефлекторне подразнення ниркової миски, сечоводу конкрементом	Рубцево-виразкове звуження пілородуоденального відділу	Рубцево-гранулематозне звуження просвіту кишки

Анамнез	Розвивається поступово (пухлини), рідко гостро (сторонні тіла, глистна інвазія)	Виникає гостро на тлі сечокам'яної хвороби, діатезу	Розвивається поступово, стадійно, на тлі виразкової хвороби	Розвивається поступово, на тлі гранулематозного ентериту
Об'єктивні прояви				
Загальний стан	Важкий	Задовільний	Середньої важкості, залежно від стадії компенсації	Тяжкий
Шкірні покриви	Бліді	Звичайні	Бліді, сухі	Бліді
Язик	Обкладений, сухий	Вологий	Сухуватий	Сухий
Пульс	Тахікардія	Тахікардія	Нормальний	Тахікардія
Артеріальний тиск	Знижується	Не змінюється	Не змінюється	Знижується
Обстеження живота				
Огляд	Асиметричний, роздутий, бере участь в акті дихання	Симетричний, обмежено бере участь в акті дихання	Асиметричний за рахунок випинання в епігастрії, бере участь в акті дихання	Асиметричний, роздутий, обмежено бере участь в акті дихання
Пальпація	М'який, болісний, часто пальпуються пухлина і роздуті петлі кишок	Помірно напружений і болісний	М'який, безболісний, розширені межі шлунка	Помірно напружений і болісний, пальпуються роздуті петлі кишок
Перкусія	Високий тимпаніт, притуплення у відлогих місцях	Тимпаніт по всьому животі	Високий тимпаніт в епігастрії	Тимпаніт у мезоепігастрії, притуплення у відлогих місцях
Аускультация	Ослаблення перистальтичних шумів	Перистальтичні шуми звичайної звучності	Підвищена звучність шлункової перистальтики, яка при декомпенсації відсутня	Підвищена звучність перистальтичних шумів
Патогномонічні	Склярєва ("шум	Пастернацького	Василенко ("шум	Склярєва ("шум

симптоми	плескоту") над усією поверхнею живота		плескоту" в епігастрії)	плескоту") над усією поверхнею живота
Ректальне дослідження	Симптоми Грекова, позитивна проба Цеге - Мантейфеля	Ампула наповнена калом	В ампулі кал звичайного кольору	"Порожня" ампула при тривалому перебігу або кал з домішками темної крові, слизу
<i>Додаткові методи дослідження</i>				
Клінічний аналіз крові	Анемія, лейкоцитоз	Без змін	Еритроцитоз, зниження білка крові, дефіцит ОЦК	Лейкоцитоз, дефіцит ОЦК
Клінічний аналіз сечі	Зменшення кількості сечі	Свіжі еритроцити, білок	Зменшення кількості сечі	Зменшення кількості сечі, токсичні зміни в аналізі сечі
Оглядова рентгенографія черевної порожнини	"Чаші" Клойбера, "дефект наповнення" при ургентній іригографії	Тінь конкремента в сечових шляхах при в/в урографії	Розширення шлунка з опущенням тіні в малий таз, затримка барію більше 12–24 годин	"Чаші" Клойбера
УЗД	Ознаки кишкової непрохідності	Тіні конкрементів, розширення нирково-мискового комплексу	Переповнення шлунка вмістом	Ознаки кишкової непрохідності

Диференційна діагностика жовтяниць

Симптоми захворювання	Вид жовтяниць			
	Паренхіматозна	Механічна		Гемолітична
		пухлинного генезу	калькульозного генезу	
Скарги				
Біль	Тупий, важкість у правому підребер'ї	Помірний або відсутній	Печінкова колика	Не характерний
Температура тіла	Субфебрильна	Нормальна або субфебрильна	Субфебрильна або гектична при холангіті	Нормальна
Ранні ознаки	Головний біль, біль у суглобах, катаральні явища	Швидка стомлюваність, зниження апетиту	Напад болю перед виникненням жовтяниці	Загальна слабкість, анемія
Історія захворювання				
Провокуючі фактори	Контакт із хворими на жовтяницю, токсичними речовинами, парентеральне введення лікарських препаратів	Хронічна патологія підшлункової залози та жовчовивідних шляхів	Напади болю в правому підребер'ї, що нерідко супроводжуються жовтяницею, операції на жовчних шляхах	Подібне захворювання у родичів, перебування на холоді
Стать, вік	Частіше у осіб до 40 років	Частіше після 40 років, переважно чоловіки	Частіше жінки після 50 років	Частіше діти і особи до 50 років
Розвиток хвороби	Циклічний протягом 3-5 тижнів	Поступовий, прогресуючий	Гострий, після больового нападу	Циклічний або гострий, поява жовтяниці в дитячому віці
Розвиток жовтяниці	Швидкий	Повільно прогресуючий, за короткий відрізок часу	Швидкий, після больового нападу	Повільний, тривала субіктеричність склер і шкірних покривів
Шкірна сверблячка	Нетривала, не інтенсивна на висоті жовтяниці	Стійка, інтенсивна, іноді з'являється до жовтяниці	Не інтенсивна, непостійна	Відсутня
Об'єктивні дані				

Колір шкіри	Жовтуватий, червонуватий	Жовто-сірий або темно-зелений до бурого, іноді з петехіальними крововиливами	Жовтий	Світло-жовтий з лимонним відтінком
Інтенсивність жовтяниці	Помірна	Від помірно вираженої до різкої	Від помірно вираженої до різкої	Невелика
Обстеження живота				
Огляд	Без особливостей	Може збільшуватися в обсязі за рахунок асцити	Без особливостей	Без особливостей
Пальпація				
- печінка	Помірно збільшена, не ущільнена, болісна	Збільшена, щільна, можливо - горбиста	Збільшена, часто болісна	Не збільшена або помірно збільшена, ущільнена, болісна
- жовчний міхур	Не пальпується	Пальпується збільшений, напружений, безболісний (симптом Курвуазьє)	Не пальпується або пальпується безболісний, при наявності запалення болісний (симптом Партюр'є)	Не пальпується
- селезінка	Часто збільшена	Звичайно не збільшена	Звичайно не збільшена	Збільшена
Додаткові методи дослідження				
Клінічний аналіз крові	Лейкопенія, лімфоцитоз	Помірна анемія, збільшена ШОЕ	Лейкоциоз	Анемія, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ
Білірубін	Помірно підвищений вміст прямого і більше - непрямого білірубіну	Високий вміст білірубіну за рахунок прямої фракції	Високий вміст білірубіну за рахунок прямої фракції	Помірно підвищений вміст непрямого білірубіну
Трансамінази	Підвищена активність АСТ/АЛТ	Активність АСТ/АЛТ не змінена або дещо підвищена	Активність АСТ/АЛТ не змінена	Активність АСТ/АЛТ не змінена
Лужна фосфатаза	Активність іноді підвищена	Активність підвищена (в 100% випадків підвищений рівень печінкової фракції)	Активність підвищена	Активність не змінена

Осадіві проби	Позитивні	Негативні	Негативні	Негативні
Альдолаза	Підвищений загальний рівень альдолази і, зокрема, ізоферменту В	Підвищений рівень альдолази А	Не підвищений	Не підвищений
Холестерин і коефіцієнт естерифікації	Знижуються	Не міняються або зростають	Не міняються або зростають	Не міняються або зростають
Спеціальні тести	Гепатит А: позитивний тест anti-HAV Igm. Гепатит В: позитивні тести HBeAg або anti-HBe, HBsAg або anti-HBs, анти-HBc Igm, ДНК HB Гепатит С: позитивні тести anti-Hc Igm, РНК HC Гепатит D: позитивні тести на сумарні антитіла до HDV, і ДНК HDV Гепатит G: позитивний тест РНК HGV	Не використовуються	Не використовуються	Позитивна реакція Кумбса (антитіла до еритроцитів). Осмотична стійкість еритроцитів знижена. Виявляють теплові і холодіві антитіла в сироватці. Підвищений рівень гаптоглобіну
Клінічний аналіз сечі				
- колір	Темний, білірубину спочатку немає, потім є	Темний (наявність зв'язаного білірубину)	Темний (наявність зв'язаного білірубину)	Незмінний, білірубину немає
- вміст уробіліну	Спочатку деякий час уробілін відсутній, надалі надмірно або помірно підвищений	Відсутній при повній закупорці позапечінкових жовчних проток	Відсутній при повній закупорці позапечінкових жовчних проток	Різко підвищений
Аналіз калу	Спочатку кал знебарвлений (підвищена кількість жиру), потім – колір нормальний, стеркобіліну спочатку немає, потім є	Ахолічний кал (немає стеркобіліну, підвищена кількість жиру)	Ахолічний кал	Нормальний або гіперхолічний кал (підвищений вміст стеркобіліну)
Дуоденоскопія	Без патології	Можуть виявляти ознаки пухлини	Можуть бути ознаки вклиненого в сосочок камінця	Без патології

Лапароскопія	Печінка червона, жовчний міхур без патології	Печінка буро-зелена, жовчний міхур збільшений, без ознак запалення	Печінка збільшена, жовчний міхур збільшений без або з ознаками запалення	Печінка жовто-зелена, жовчний міхур не змінений
УЗД	Немає розширення жовчних проток і ознак перешкоджання відтоку жовчі	Жовчні протоки розширені, є ознаки перешкоджання відтоку жовчі	Конкременти у жовчному міхурі і протоках, жовчні протоки розширені вище перешкоди	Немає розширення жовчних проток і ознак перешкоджання відтоку жовчі
РХПГ	В гострому періоді протипоказана	Ознаки перешкоди у дистальному відділі холедоку з розширенням протоків вище	Наявність конкрементів або стенозу в холедоку з розширенням протоків вище	Не інформативна

Диференційно-діагностична таблиця механічної жовтяниці різної етіології

Симптоми захворювання	Нозологічні форми			
	Рак підшлункової залози	Рак фатерова сосочка	ЖКХ	Холангіт
<i>Скарги</i>				
Біль				
- локалізація	В епігастрії	У правому підребер'ї	У правому підребер'ї	У правому підребер'ї
- іррадіація	У поперек	У праву лопатку	Під праву лопатку, ключицю, у праве плече	Під праву лопатку, ключицю, у праве плече
- інтенсивність	Тупий	Виражений	Перед жовтяницею гострий	Виражений
Слабкість, втрата апетиту і ваги	На початку хвороби у всіх хворих	На початку хвороби відсутні	Не характерні	Слабкість і втрата апетиту внаслідок інтоксикації
Підвищення температури	Не підвищується	Після нападів болю – до 39-40°C з надмірним потовиділенням	Після нападів - до субфебрильних цифр	Щодня або раз на 2-3 дні до 39-40°C з ознобом і надмірним потовиділенням
Жовтяниця	Не у всіх	Після нападу у всіх	Не у всіх	Після нападу у всіх
Свербіж шкіри	У всіх хворих, може виникати до розвитку жовтяниці	З'являється після нападу болю і під час жовтяниці буває практично у всіх	З'являється після розвитку жовтяниці	Не характерний
<i>Історія захворювання</i>				
Тривалість хвороби	5-7 міс.	1-2 роки	Багато років	Початок гострий
Початок захворювання	Поступовий	Печінкова колька	Печінкова колька	Печінкова колька
Перебіг	Прогресуючий	З періодичним	З періодичним	Прогресуючий

захворювання		поліпшенням	поліпшенням	
Об'єктивні дані				
Загальний стан	Важкий	Важкий	Середньої важкості	Важкий
Колір шкіри	Жовто-сірий або темно-зелений петехіальними крововиливами	Жовто-сірий або темно-зелений петехіальними крововиливами	Жовтий	Жовтий
Обстеження живота				
Огляд	Рідко - випинання в епігастрії за рахунок пухлини	Живіт симетричний, Бере участь в акті дихання	Живіт симетричний, бере участь в акті дихання	Живіт симетричний, бере участь в акті дихання
Пальпація	М'який, безболісний, в епігастрії може пальпуватися пухлина	М'який, безболісний	М'який, безболісний, або болісний у правому підребер'ї при гострому холециститі	М'який, помірно болісний у правому підребер'ї
Збільшення печінки	Незначне	Незначне	Відсутнє	Гепатолієнальний синдром
Патогномонічні симптоми	Курвуазьє майже в 100%	Курвуазьє майже в 100%	Немає або позитивні симптоми Кера, Ортнера, Мерфі, Партюр'є при гострому холециститі	Тріада Шарко
Додаткові методи дослідження				
Клінічний аналіз крові	Анемія	Анемія в результаті гострої або хронічної крововтрати	Лейкоцитоз при гострому холециститі	Лейкоцитоз, анемія
Біохімічні показники	Підвищення рівня загального та прямого білірубину, іноді - гіперглікемія	Підвищення рівня загального та прямого білірубину	Підвищення рівня загального та прямого білірубину	Підвищення рівня загального та прямого білірубину, лужної фосфатази, аміно-трансфераз

Клінічний аналіз сечі	Жовчні пігменти, іноді глюкозурія	Жовчні пігменти	Жовчні пігменти	Уробілін
Холангіографія	Ознаки стискання жовчних проток у ретродуоденальній зоні, розширення проток вище рівня перешкоди	Ознаки порушення прохідності в ділянці дуоденального сосочка, розширення всієї протокової системи	Наявність перешкоди - каменя(ів) у протоках, розширення проток вище рівня перешкоди	У гострому періоді не виконується
Дуоденоскопія	Стискання кишки або проростання пухлини в стінку кишки	Наявність пухлиноподібного утворення в ділянці великого дуоденального сосочка	Відсутність патології або наявність вклиненого камінця у великий дуоденальний сосочок	Відсутність патології або виділення гною із великого дуоденального сосочка
УЗД, КТ	Розширення проток, наявність пухлиноподібного утворення в голівці підшлункової залози	Розширення позапечінкових жовчних проток	Наявність камінців у жовчному міхурі і протоковій системі, при жовтяниці - розширення проток	Ознаки основної патології, потовщення стінки жовчних проток