областное государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение

« Саянский медицинский колледж»

Утверждаю

Зам.директора по учебной работе

ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.И.Комолкина

**Техника и методы осмотра живота. Определение перитонеальных синдромов. Специальные методы обследования**

**Методическая разработка практического занятия № 5 для обучающихся**

**МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин**

**Тема 2.0 Диагностика хирургических болезней**

Для специальности 060101Лечебное дело

Составитель

Преподаватель Л.Г.Беспалова

Рассмотрено на заседании ЦМК

специальности Лечебного дела

Протокол № \_\_от\_\_\_\_\_\_2022.

председатель ЦМК \_\_\_\_\_Е.В.Буленкова

2022

**Практическое занятие № 5**

**Тема: Техника и методы осмотра живота. Определение перитонеальных синдромов. Специальные методы обследования**

**Цель: углубить и закрепить базовые знания и выработать практические умения по определению перитонеальных симптомов ознакомиться с методы дополнительной диагностики, интерпретировать результаты лабораторных анализов**

**В результате обучения обучающийся должен уметь:**

* обследования пациента;
* интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
* заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента.
* планировать обследование пациента;
* осуществлять сбор анамнеза;
* применять различные методы обследования пациента;
* формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
* интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
* оформлять медицинскую документацию.

**Знать:**

* топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
* биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
* основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
* строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
* основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
* определение заболеваний;
* общие принципы классификации заболеваний;
* этиологию заболеваний;
* патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
* клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
* методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

**Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК**

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5 Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6 Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 7 Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий

ОК 8 Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9 Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

**Ход работа**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Последовательность работы студентов | Методика выполнения | | Контроль за выполнением |
| Организационный момент | Подготовка кабинета к работе. Мотивация учебного процесса | | Время 5 мин |
| Актуализация базовых знаний | 1.Решение тестовых заданий  2.Устный опрос | | Приложение 1  Время 20 мин |
|  | Изучение нового материала  Просмотр презентации, видеофильма | | Время 40 мин |
| Самостоятельная работа студентов | **Работа в малых группах**  1Знакомство с предложенным материалом, оформление опорного конспекта  разбор клинического случая на выбор, постановка диагноза, заполнение локального статуса.  2.Заполнение таблицы ДД аппендицита  3.Решение тестового задания  4.Решение ситуационных задач  5. Отработка на статисте поверхностной и глубокой пальпации живота с определением перитонеальных симптомов | | Приложение 1  Время 50 мин  Приложение 2  Время 30 мин  Приложение 3  Время 20 мин  Приложение 4  Время 20 мин  Приложение 5  Время 50 мин  Приложение 6 |
| Закрепление изученного материала | Подготовка к ответам на контрольные вопросы | | Приложение 5  Время 30мин |
| Подведение итогов | Объявление оценок, инструктаж выполнения неаудиторской самостоятельной работы | Время 5 | |

Приложение 1

Актуализация базовых знаний

Ответить на вопросы

Время 20 мин

1.Какие причины вызывают заболевание животе и органов брюшной полости?

2.Почему возникают атипичные формы заболевания?

3.Как врожденная патология может изменить клинические симптомы?

4.Почему возникает врожденная патология?

5.Почему при постановке диагноза необходимы дополнительные методы диагностики?

6.Какие причины возникновения кишечной непроходимости?

7.Что влияет на образование камней желчного пузыря?

8.Какие язвы могут быть в желудке и почему?

9.Почему возникает панкреонекроз?

10.Какие изменения в клинике возникают у людей разного возраста?

11. **Для чего необходимы** топографические области брюшной стенки

12. Что относится к паренхиматозные органы живота функция?

13.Какие функции у полые органов живота?

**Приложение 2**

**Время 50 мин**

**1.Ознакомиться с предложенным материалом, законспектировать.**

**разбор клинического случая на выбор, постановка диагноза, заполнение локального статуса.**

**Алгоритм диагностики перитонита**

болевого синдрома,

физикальных признаков распространенного воспаления брюшины (симптомов ее раздражения, скопления свободной жидкости в брюшной полости),

нарастающего пареза кишечника,

признаков обезвоживания тканей (сухости языка и видимых слизистых, снижения эластичности кожных покровов)

и прогрессирующего эндотоксикоза (тахикардии, лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, токсической энцефалопатии).

Наряду с комплексным лабораторным обследованием и функциональной диагностикой по показаниям используется ультразвуковое исследование органов живота, обязательно выполняются ЭКГ и рентгенография(скопия) груди, рентгенография живота.

Диагноз ставят на основании данных анамнеза, жалоб и результатов физикальных, инструментальных и лабораторных методов исследования. При первичном осмотре больного чрезвычайно важно подробно и полноценно собрать анамнез заболевания, обращая внимание на время возникновения болей в животе, их локализацию, характер иррадиации и т.д. Для осмотра целесообразно снять одежду вверху до сосков молочных желез и внизу до середины бедер. Необходимо осмотреть те места брюшной стенки, где могут локализоваться грыжевые ворота и ущемленная грыжа. Отмечают ограничение подвижности брюшной стенки при дыхании, преимущественно в пораженной области, иногда — асимметрию живота за счет локального пареза и вздутия кишечника. При пальпации определяют защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, локализацию болезненности, наличие инфильтратов в брюшной полости. Определяют наличие симптомов раздражения брюшины. Обязательно проводится ректальное пальцевое исследование (и вагинальное — у женщин), позволяющее исключить патологию органов малого таза. Вспомогательную роль играет определение числа лейкоцитов, сахара крови, диастазы мочи. В большинстве случаев, пунктуально проведенное физикальное обследование позволяет достоверно выявить перитонит или острое заболевание органов брюшной полости, прогрессирование которого может привести к развитию перитонита. Дополнительные методы лабораторного и инструментального исследования применяют по показаниям в условиях отделения экстренной хирургии.

Рентгенодиагностика перитонита включает обзорное исследование органов грудной и брюшной полостей, а также рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и кишечника. Начинают с обзорного полипозиционного исследования грудной и брюшной полостей, позволяющего выявить реактивные и функциональные изменения, косвенно свидетельствующие о развитии воспалительного процесса в брюшной полости. При локализации перитонита в верхнем этаже брюшной полости выявляют ограничение подвижности диафрагмы, высокое стояние ее купола на стороне поражения, дисковидный ателектаз в базальных сегментах легкого, реактивный плеврит.

При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости часто выявляют раздутую газом петлю кишки, прилежащую к источнику перитонита; может быть обнаружена свободная жидкость в брюшной полости. При диффузном перитоните в токсической и терминальной стадиях наблюдается картина паралитической непроходимости кишечника с множественными уровнями и чашами Клойбера. Ранним признаком формирования гнойника считают скопление мелких газовых пузырьков на фоне затемнения участка брюшной полости. При поддиафрагмальном абсцессе выявляют реактивные изменения со стороны плевры, легких, ограничение подвижности и высокое расположение соответствующего купола диафрагмы. В более поздних стадиях определяют полость, содержащую газ и жидкость.

Выполняют также рентгеноконтрастное исследование. Смещение и деформация связанных с абсцессом отделов желудочно-кишечного тракта подтверждают диагноз, уточняют локализацию патологического очага. При подозрении на формирование левостороннего поддиафрагмального абсцесса необходимо рентгеноконтрастное исследование желудка и селезеночного угла толстой кишки.

В диагностике отграниченных форм перитонита ведущая роль ультразвуковому исследованию (см. Ультразвуковая диагностика) и компьютерной томографии — методам, позволяющим не только точно установить локализацию патологического процесса, его размеры и взаимоотношения с окружающими органами, но и охарактеризовать стадию воспалительного процесса (инфильтрат, абсцесс), что имеет определяющее значение при решении вопроса о выборе рационального оперативного вмешательства.

Формирующийся отграниченный перитонит и сформировавшийся абсцесс брюшной полости выявляют с помощью меченных радионуклидом лейкоцитов, ультразвукового сканирования и компьютерной томографии.

В диагностике послеоперационных перитонитов, обусловленных несостоятельностью швов анастомоза, целесообразно применение внутрь йодсодержащего препарата гастрографина, который в норме не всасывается из желудочно-кишечного тракта. При несостоятельности анастомоза или перфорации полого органа гастрографин попадает в брюшную полость, всасывается в кровяное русло и выделяется с мочой. В этом случае в моче обнаруживают следы йода при добавлении к ней крахмала.

В диагностически сложных случаях, особенно у больных со стертой клинической картиной (пожилой и старческий возраст, алкогольное опьянение и др.), показана лапароскопия. Она позволяет обнаружить воспаление брюшины, иногда увидеть пораженный орган, получить экссудат из брюшной полости для микроскопического и бактериологического исследования, в ряде случаев провести лечебные манипуляции (дренирование брюшной полости при остром панкреатите, чрескожную чреспеченочную пункцию желчного пузыря при остром холецистите и др.).

Диагноз перитонит или обоснованное подозрение на него являются абсолютным показанием для срочной госпитализации больного в отделение экстренной хирургии. При подозрении на перитонит транспортировка больного должна осуществляться в положении лежа. Недопустимо применение на догоспитальном этапе грелок, клизм, обезболивающих препаратов, т.к. это может способствовать возникновению дополнительных осложнений и значительно затушевать клиническую симптоматику. Больному нельзя пить и принимать пищу.

Дифференциальный диагноз. При яркой клинической картине разлитого или диффузного перитонита недопустимо проведение дифференциального диагноза для установления заболевания, вызвавшего перитонит Это связано со значительной потерей времени, в течение которого состояние больного прогрессивно ухудшается. При неяркой сомнительной картине перитонита проводят дифференциальный диагноз с острыми заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при лечении которых не требуется экстренной операции и проводится консервативное лечение. К ним относятся печеночная колика (см. Желчно-каменная болезнь), почечная колика (см. Мочекаменная болезнь), обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (см. Язвенная болезнь), острый панкреатит и др. Защитное напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины, возникающие иногда при этих заболеваниях, позволяют заподозрить развитие перитонита Дифференциальный диагноз при этом должен строиться не на результатах длительного динамического наблюдения с отсрочкой оперативного вмешательства, а на данных объективного обследования, прежде всего лапароскопии, позволяющей в большинстве случаев подтвердить или отвергнуть диагноз перитонита

Дифференциальный диагноз также проводят с заболеваниями органов, располагающихся вне брюшной полости, и патологическими состояниями, которые могут протекать под маской перитонита (см. Псевдоабдоминальный синдром). Диагностика этих заболеваний базируется на характерной клинической симптоматике и методах инструментального исследования (рентгенографии, электрокардиографии и др.). В сомнительных случаях показана лапароскопия. Выявление острых заболеваний органов брюшной полости, которые требуют экстренного оперативного вмешательства (например, тромбоэмболия брыжеечных сосудов, острая непроходимость кишечника) не влияет на тактику ведения боль

определение лейкоцитарного индекса интоксикации, при расчёте которого используют модифицированную формулу Я.Я. Кальф-Калифа:

ЛИИ = 32Пл + 8Ми + 4Ю + 2П + С/16Э + 2Б + Мо + Л,

где ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации;

Пл - плазматические клетки;

Ми - миелоциты;

Ю - юные нейтрофилы;

П - палочкоядерные нейтрофилы;

С - сегментоядерные нейтрофилы;

Э - эозинофилы;

Б - базофилы;

Л - лимфоциты;

Мо - моноциты (норма = 1,08±0,45).

определение концентрации прокальцитонина или С-реактивного белка в плазме крови.

**Инструментальные методы**

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеновские исследования брюшной полости и грудной клетки, КТ или МРТ; в качестве последнего этапа диагностики выполняют диагностическую лапароскопию. При необходимости эти исследования выполняют в динамике, повторно;

Универсальными признаками, подтверждающими необходимость лапаротомии, служат:

наличие свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости;

состояние желудочно-кишечного тракта, соответствующее кишечной непроходимости;

нарушение магистрального кровотока висцеральных органов;

признаки гематом или гнойно-деструктивного поражения забрюшинной клетчатки.

Ниже представлены прямые и косвенные признаки визуализационной диагностики распространённого и отграниченного воспаления брюшины (табл. 1).

Необходимо отметить, что даже такой высокоточный метод, как КТ, не обеспечивает дифференциальной диагностики инфицированных и неинфицированных скоплений жидкости, а в 30-40% случаев при инфицированных неосумкованных очагах возможен ложноотрицательный результат исследования

Клинические проявления перитонитов многообразны и зависят от стадии процесса.

1 стадия - начальная. Длительность ее составляет от нескольких часов до суток и более. К. С. Симонян называет ее реактивной.

В этой стадии воспалительный процесс в брюшной полости еще только начинает развиваться; местный перитонит переходит в разлитой. Выпот серозный или серозно-фибринозный.

Если перитонит начинает развиваться в связи с перфорацией органа, то его клиническая картина складывается из симптомов, свойственных прободной язве, перфорации желчного пузыря, кишки, перфоративному аппендициту и т. д. Общими симптомами этой начальной фазы перитонита, развивающегося в связи с перфорацией, будут более или менее внезапные резкие боли в животе, сопровождающиеся картиной шока (очень резко выраженного, например, при прободной язве, менее резко - при прободном аппендиците и т. д.). Перитонит, осложняющий воспалительные заболевания органов брюшной полости, не имеет такого резкого начала -- нет катастрофы, но есть более или менее быстрое прогрессирование местного процесса.

В первом периоде перитонита больные всегда жалуются на боли, интенсивность и иррадиация, которых зависят от причины, вызвавшей перитонит. Боли могут отсутствовать лишь в редчайших случаях молниеносного или быстротекущего септического перитонита. Кроме боли, почти всегда бывают рефлекторная рвота и тошнота.

Обычно с самого начала больной имеет вид тяжело страдающего человека, покрытого холодным потом, лежащего в вынужденном положении (нередко на спине с приведенными к животу ногами), лишенного возможности глубоко дышать, но находящегося в полном сознании. Настроение может быть тревожным, подавленным, речь обычная.

Температура тела может быть нормальной, но чаще повышена. Пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре. Артериальное давление в этот период чаще слегка понижено.

Язык -- обложен белым налетом, суковат, но слизистая щек еще влажная. Брюшная стенка. не принимает участия в акте дыхания (втягиваются при вдохе лишь межреберные промежутки), иногда глазом можно определить ее ригидность.

Пальпировать живот надо нежно, начиная с поверхностной пальпации наименее болезненного места, стремясь определить защитное напряжение мышц. Клиническое значение этого симптома неоценимо. Г. Мондор (1937) считал, что: "во всей патологии трудно найти более верный, более точный, более полезный и более спасительный симптом". Это "сверхпризнак всех абдоминальных катастроф". По мере прогрессирования перитонита выраженность этого симптома уменьшается из-за нарастающей интоксикации и вздутия брюшной стенки. Болезненность при попытке глубокой пальпации, симптом Щеткина - Блюмберга, выраженные в разной степени, выявляются с самого начала перитонита.

При аускультации в первые часы болезни можно отметить усиленные кишечные шумы, затем перистальтика становится все более вялой, непостоянной, живот начинает вздуваться.

II стадия - токсическая. Наступает спустя 24 - 72 ч от начала заболевания (иногда раньше). Продолжительность ее 2 - 3 сут (может быть меньше).

Характеризуется выраженным процессом воспаления. В выпоте--фибрин и гной, фагоцитоз ослаблен, в кишечных петлях нарушено кровообращение.

Состояние больного становится тяжелым. Его беспокоят слабость и жажда. Продолжается мучительная рвота, к концу она принимает характер срыгивания. Рвотные массы темные, бурые с неприятным запахом ("фекальная рвота"). Кожа влажная. Лицо бледнеет, заостряется, глаза западают. Выявляется цианом кончика носа, ушных мочек, губ. Конечности становятся холодными, ногти - синими.

Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое, аритмичное. Артериальное давление низкое, уменьшено пульсовое давление. Пульс учащен, 120 - 140 уд/мин, не соответствует температуре, мягкий, то едва ощутим, то более полный, Сердечные тоны глухие.

Язык сухой, обложен темным, плохо снимающимся налетом. Слизистая щек также сухая. Сухость во рту мешает больному говорить. Живот вздут, умеренно напряжен и умеренно болезнен при пальпации, явно выражен симптом Щеткина - Блюмберга. При перкуссии живота определяется равномерный высокий тимпанит, а в отлогих местах живота -- притупление перкуторного звука, изменяющее свой уровень при поворотах больного, что свидетельствует о скоплении жидкости (экссудата).

Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен «шум падающей капли». Газы не отходят, стул отсутствует. Моча становится темной, ее мало (меньше 25 мл в час). Мочеиспускание может быть. болезненным. Исследование через прямую кишку болезненно.

Больные в этот период обычно сохраняют сознание, хотя временами могут возникать возбуждение и бред. Чаще больные подавлены, угнетены, тоскливы.

III стадия - необратимая (по К.С.Симоняну - терминальная). Наступает спустя 3 сут и более от начала болезни, иногда позже, длится 3 - 5 сут. Состояние больного крайне тяжелое. Вид его соответствует описанию Гиппократа. Сознание спутанное, иногда наблюдается эйфория. Кожа бледна и желтушна, цианоз. Боли в животе почти отсутствуют. Дыхание поверхностное, аритмичное, частый еле ощутимый пульс, низкое давление. Больной то лежит неподвижно, то мечется, вздрагивает, «ловит мушек», глаза становятся тусклыми.

Живот вздут, пальпация его малоболезненна, при выслушивании--"гробовая тишина".

Переход перитонита из одной стадии в другую происходит постепенно, четких границ между стадиями нет. При молниеносных септических формах перитонита (перитонеальный сепсис) выделение фаз невозможно.

Существуют и другие классификации перитонита, но для клинической практики наиболее удобна трехстадийная.

В настоящее время классическую картину развития перитонита возможно наблюдать не всегда. Ее развитию мешают более совершенные методы обследования, а следовательно, более ранняя диагностика и активные методы комплексного лечения с применением антибиотиков. В патогенезе тяжелых расстройств при перитоните важное значение имеют нервно-рефлекторный фактор и интоксикация, которая обусловлена проникновением бактериальных токсинов; а также возникновением токсических продуктов, вследствие расстройства окислительных процессов, с появлением в крови и межклеточных пространствах недоокисленных продуктов. Так, в содержимом брюшной полости и просвете кишечника при перитоните появляются индикан, гистамин и другие токсические вещества. В результате рефлекторных влияний и вследствие непосредственного воздействия токсических веществ бактериального происхождения увеличивается проницаемость капилляров, что вызывает накопление в брюшной полости воспалительного экссудата, количество его может достигать 7 - 8 л в сутки у человека массой 70 кг. Организм не может восполнить потерю такого количества жидкости из-за постоянной рвоты и депонирования крови в сосудах брюшной полости. Развивающаяся гиповолемия сопровождается рефлекторным повышением тонуса прекапилляров вследствие гиперпродукции адреналина и норадреналина. Спазм сосудов повышает периферическое сосудистое сопротивление и увеличивает нагрузку на сердце, и без того работающее с большим напряжением в условиях уменьшенного венозного возврата. Все это приводит к тяжелым изменениям микроциркуляции и способствует проникновению микробных токсинов в нервный аппарат кишечника, солнечного сплетения и центральную нервную систему.

Симптомы (признаки)

Клиническая картина

• Боль (самый ранний и постоянный симптом) •• Сначала боль локализуется в зоне источника перитонита, постепенно распространяется по всему животу, становится постоянной, плохо локализуется •• По мере нарастания интоксикации наступает паралич нервных окончаний брюшины, приводящий к уменьшению интенсивности боли •• При перфорации боль внезапная и интенсивная (кинжальная боль) •• Иррадиация боли в плечи или надключичные области (симптом Элеккера).

• Напряжение мышц передней брюшной стенки •• Реактивная фаза — доскообразное напряжение •• Токсическая фаза — расслабление мышц.

• Симптомы раздражения брюшины •• Щёткина–Блюмберга — при пальпации живота резкое отведение руки от передней брюшной стенки приводит к возникновению острой боли (положительный симптом). При доскообразном напряжении мышц передней брюшной стенки не всегда отчётливо выражен •• Менделя — выявление перкуторной болезненности при последовательном поколачивании согнутым пальцем по всей брюшной стенке (определение наличия и локализации болезненности) •• Воскресенского (симптом рубашки) — боль при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки).

• Тошнота и рвота в начале заболевания носят рефлекторный характер, позднее становятся следствием пареза кишечника. К рвотным массам присоединяется примесь жёлчи, затем — содержимого тонкой кишки (каловая рвота).

• Паралитическая непроходимость кишечника редко наступает в начале болезни, чаще возникает как следствие выраженной интоксикации.

Диагностика

Диагностика • Пальцевое исследование прямой кишки и влагалищное исследование — выраженная болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища (симптом Куленкампффа) • Лабораторные исследования: •• Положительный результат посева перитонеального экссудата •• Лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ •• Увеличение остаточного азота крови •• Сгущение крови по показателю Ht •• Метаболический ацидоз •• Дыхательный ацидоз • Рентгенологическое исследование •• Свободный газ под куполом диафрагмы (симптом серпа) при перфорациях или разрывах полых органов •• Чаши Клойбера, кишечные аркады, значительно расширенные петли кишечника при его непроходимости • УЗИ: наличие свободной жидкости, абсцессы • Пункция брюшной полости (лапароцентез). Противопоказана при обширном спаечном процессе в брюшной полости из - за опасности повреждения внутренних органов • Лапароскопия • Диагностическая лапаротомия показана, если вышеперечисленный комплекс мероприятий не позволяет устранить сомнения в диагнозе.

Дифференциальная диагностика • Заболевания лёгких и плевры (пневмония, плеврит, повреждения лёгких и рёбер, гемо - и пневмоторакс) • Сердечно - сосудистые заболевания (стенокардия, ИМ, аневризма брюшной аорты и её ветвей) • Повреждения позвоночника и спинного мозга, туберкулёзный спондилит, опухоли и остеомиелит позвоночника • Эндокринные заболевания и метаболические расстройства (СД, тиреотоксикоз, острая надпочечниковая недостаточность, гиперкальциемия, гипокалиемия, уремия) • Инфекционные болезни (пищевые токсикоинфекции, вирусный гепатит, грипп, тонзиллит, скарлатина, дифтерия, дизентерия, брюшной тиф) • Заболевания мочеполовых органов (подвижная почка, мочекаменная болезнь, острый пиелонефрит, апостематозный пиелонефрит, паранефрит, гидронефроз, опухоли и амилоидоз почек) • Заболевания и повреждения передней брюшной стенки (гематомы, абсцессы, опухоли).

Острый холецистит

Клиника острого холецистита зависит от патоморфологических изменений в желчном пузыре, длительности заболевания, наличия осложнений и реактивности организма. Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Боль иррадиирует кверху в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются появление ощущения горечи во рту и наличие примеси желчи в рвотных массах. В начальной стадии заболевания боль носит тупой характер, по мере прогрессирования процесса она становится более интенсивной. При этом отмечается повышение температуры тела до 38 °С, иногда бывает озноб. Пульс учащается в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100-120 в 1 мин. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при нарушении проходимости общего желчного протока вследствие обтурации просвета камнем или воспалительных изменений.

Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите.

Специфическими симптомами острого холецистита являются болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова - Ортнера), боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера), усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова), болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси - Георгиевского). Больной не может произвести вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи).

В периферической крови обнаруживают лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопению. Предложена следующая классификация острого холецистита:

острый калысулезный холецистит;

острый бескаменный холецистит - простой (катаральный), флегмонозный, гангренозный, перфоративный, осложненный (перитонит, холангит, непроходимость общего желчного протока, перивезикулярный абсцесс, абсцесс печени и др.).

Наиболее характерным симптомом острого простого холецистита является боль в правом подреберье. У половины больных наблюдаются тошнота и рвота. Температура тела нормальная или субфебрильная. Живот мягкий, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Отмечаются положительные симптомы Ортнера, Кера, Образцова и др.

Клиническая картина деструктивного холецистита (флегмонозного, гангренозного) характеризуется наличием постоянной боли в правом подреберье (у 100 % больных), рвотой (у 70%), высокой температурой тела - до 38-40 °С (у 65%), желтухой (у 39 %). При объективном исследовании обнаруживают резкую болезненность в правом подреберье, напряжение мышц, увеличение желчного пузыря и печени (при наличии желтухи). Определяются положительные симптомы Ортнера, Образцова, Кера, Мюсси, Щеткина - Блюмберга и др. Следует помнить, что при гангрене желчного пузыря боль может уменьшаться вследствие гибели нервных окончаний в его стенке. При этом состояние больного ухудшается, нарастают явления интоксикации.

Клиническая картина прободного холецистита характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем - по всему животу. Прободение желчного пузыря чаще всего происходит через 48 - 72 ч от начала заболевания, и как правило, у больных пожилого и старческого возраста.

Изменения в стенке желчного пузыря могут развиться не только вследствие воспалительного процесса микробного происхождения, но и в результате действия протеолитических ферментов поджелудочной железы, попадающих по желчевыводящим путям в просвет желчного пузыря. Эти ферменты уже через 4-6 ч делают стенку желчного пузыря проходимой для желчи. Развивается желчный перитонит.

Острый холецистит, осложненный холангитом и гепатитом, с самого начала протекает с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой.

Вследствие интоксикации организма развиваются заторможенность, угнетенное состояние или эйфория. Иногда наступает потеря сознания. Желтуха, как правило, интенсивная. К ней присоединяется острая печеночная недостаточность, а затем и острая почечная недостаточность.

Дифференциальная диагностика. Острый холецистит чаще всего приходится дифференцировать с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и острым аппендицитом.

Почечная колика, в отличие от приступа острого холецистита, характеризуется возникновением острой боли в поясничной области, иррадиирующей в область половых органов и бедра, а также развитием дизурических явлений. Температура тела остается нормальной, лейкоцитоз отсутствует. В моче обнаруживают форменные элементы крови, соли. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом Пастернацкого положительный.

Острый аппендицит при высокой локализации червеобразного отростка может симулировать острый холецистит. В отличие от острого аппендицита, острый холецистит протекает с повторной рвотой желчью, характерной иррадиацией боли в правую лопатку и плечо. Симптом Мюсси при остром аппендиците отсутствует.

Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью. Острый аппендицит обычно протекает более тяжело, для него характерно быстрое развитие перитонита.

Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, главным образом прикрытые, иногда симулируют острый холецистит. Для острого холецистита, в отличие от перфоративной язвы, характерно отсутствие язвенного анамнеза и наличие указаний на желчнокаменную болезнь.

Острый холецистит протекает с повторной рвотой желчью и характерной иррадиацией боли. Боль локализуется в правом подреберье и нарастает постепенно, температура тела повышена.

Прикрытые перфорации язв имеют острое начало. В первые часы от начала заболевания появляется выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Нередко отмечается локальная боль в правой подвздошной области вследствие затекания желудочного содержимого, что не характерно для острого холецистита. При остром холецистите печеночная тупость сохранена.

Острый панкреатит, в отличие от острого холецистита, протекает с быстро нарастающими явлениями интоксикации, тахикардией, парезом кишок. Боль локализуется преимущественно в левом подреберье или надчревной области, носит опоясывающий характер. Она сопровождается частой, а иногда неукротимой рвотой.

Дифференциальная диагностика острого холецистита и острого панкреатита очень сложная и ее проводят в условиях хирургического стационара.

Также проводят диагностические процедуры:

Анализ крови для определения билирубина, ферментов печени, определения количества лейкоцитов.

Ультразвуковое исследование, при помощи которого выявляют наличие камней в протоках желчного пузыря, утолщение его стенки и напряженность, гной в его полости.

Лапароскопия (осмотр желчного пузыря через прокол стенки брюшины специальным аппаратом с осветителем).

Диагностика холецистита

Острый холецистит

Диагноз ставят на основании жалоб больного, данных осмотра и лабораторных исследований. При этом выявляют предрасполагающие к развитию заболевания условия (малоподвижность), нарушение питания, сопутствующие заболевания органов пищеварения, наследственную отягощенность, беременность.

При прощупывании живота определяется локальная болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кера (усиление болезненности при прощупывании во время вдоха), Мерфи (больной не может глубоко вдохнуть из-за боли при погружении пальцев исследующего ниже края реберной дуги справа), Ортнера (боль усиливается при легком постукивании ребром ладони по правой реберной дуге), френикус-симптом (боль при надавливании над ключицей в месте развилки грудино-ключично-сосцевидной мышцы) и др. В крови повышено количество лейкоцитов, увеличена СОЭ. Из инструментальных методов обследования рекомендуются ультразвуковая диагностика и компьютерная томография.

Дифференциальный диагноз острого холецистита проводят с аппендицитом, прободной язвой двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь), правосторонней пневмонией, плевритом, поддиафрагмальным абсцессом, инфарктом миокарда.

Хронический холецистит

Диагноз ставится на основании данных опроса, клинической картины, лабораторных данных, рентгенологического и инструментального методов исследования. При хроническом некалькулезном холецистите исследуется желчь путем хроматического фракционного дуоденального зондирования. Определяется сопутствующая гипотоническая или гипертоническая дискинезия.

Одним из достоверных методов обследования является рентгенологический. Делается обзорная рентгенография области правого подреберья, при которой можно обнаружить тени рентгеноконтрастных камней. С помощью ультразвука определяют состояние стенки желчного пузыря, наличие в нем камней и сократительную способность пузыря. Используется метод радиоизотопного исследования, а также компьютерная томография печени, желчного пузыря и поджелудочной железы у больных с желтухой.

При бактериологическом исследовании для посева берут желчь из разных порций.

При хроническом холецистите выявляют смешанную колибациллярную и кокковую микрофлору. По мере развития воспалительного процесса в желчи понижается содержание холевой кислоты, билирубина, липопротеинового комплекса, изменяется холатохолестериновый индекс.

В крови незначительный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. Если в воспалительный процесс вовлекается поджелудочная железа, то обнаруживают амилорею, креаторею, стеаторею.

Дифференциальный диагноз проводится с язвенной болезнью, хроническими воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей и толстой кишки. У язвенной болезни имеется сезонность обострений, а рентгенологическое и эндоскопическое исследования дают другую картину. При хронических заболеваниях мочевыводящих путей боли смещаются в паховую область и промежность, наблюдаются дизурические расстройства (расстройства мочеиспускания) и изменения в моче.

Симптомы острого панкреатита

Острая боль, опоясывающего характера, локализуются в правом и левом подреберье, эпигастральной (подложечной) области. Боль отдаёт (иррадиируют) в левую часть тела: в область плеча, лопатки, нижних рёбер со стороны спины. Интенсивная боль, постоянная, даже на фоне медикаментозного лечения может продолжаться ещё сутки. Причиной боли, является некроз (смерть) ткани и нервных окончаний поджелудочной железы;

Отсутствие аппетита, развивается отвращение от еды, является результатом недостатка выведение ферментов поджелудочной железы в кишечник;

Тошнота с рвотой, спровоцированные в результате приёма пищи, являются результатом недостатка ферментов в кишечнике необходимых для нормального пищеварения. Неукротимая, обильная рвота содержимым желудка или желчью, которая не приносит облегчения;

Симптомы интоксикации развиваются при развитии гнойных очагов в поджелудочной железе. Повышается температура тела выше 380С с ознобом, учащается пульс выше 90 ударов/мин; кожа становится холодной и влажной, учащение дыхания;

Признаки шока появляются в результате выраженной боли и потери жидкости организмом, из-за неукротимой рвоты: снижение давления ниже 90 мм/рт.ст,

Вздутие верхней части живота и чувство распирания, в результате нарушения пищеварения, связанное с недостатком ферментов и нарушения транзита по кишечнику;

Частый жидкий стул, из-за нарушения пищеварения, в результате недостатка ферментов поджелудочной железы в кишечнике.

При осмотре кожные покровы бледные с тёмным оттенком;

Для острого панкреатита характерны специфические симптомы синюшности, развивающиеся в результате резкого нарушения микроциркуляции, из-за уменьшения объёма циркулирующей крови, в результате обильной рвоты. Синюшные пятна образуются на разных участках тела (в области лица и шеи, боковые части живота, область пупка);

Брюшная стенка живота напряжена слева ниже рёберной дуги.

Диагностика острого панкреатита

Аускультация брюшной стенки: выявляются специфические симптомы для острого панкреатита:

Отсутствие перистальтики кишечника;

Общий анализ крови, позволяет выявить неспецифические признаки воспаления

Может увеличиваться число лейкоцитов ( > 9\*109);

Увеличение скорости оседания эритроцитов (>15мм/ч);

Гематокрит < 45%.

Биохимический анализ крови: за счёт усиленной выработки активных ферментов в поджелудочной железе и нарушения выведения их в кишечник, происходит их всасывание в кровь:

Резкое увеличение уровня амилазы в несколько раз (норма 28-104 Ед/л);

Увеличение липазы примерно в 2 раза, через 3-4 сутки после начала заболевания (норма 105Ед/л);

Увеличение глюкозы > 5,5 ммоль/л;

Снижение общего белка < 60г/л, и альбуминов < 35г/л; глобулины 7-13%;

С – реактивный белок > 7 ммоль/л;

Повышение мочевины > 8 ммоль/л (повышается в случае распространения патологического процесса на левую почку).

Ионограмма, указывает на признаки обезвоживания в результате неукротимой рвоты:

Снижение уровня кальция < 2,15ммоль/л;

Снижение натрия < 135 ммоль/л;

Снижение калия < 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи: исследование мочи на содержание в ней амилазы, один из основных анализов для определения острого панкреатита:

Амилаза (диастаза) мочи в период обострения увеличивается (норма 1-17Ед/ч);

В случае поражения почек, в моче наблюдаются: белки, эритроциты, лейкоциты.

УЗИ поджелудочной железы: выявляет увеличенные размеры поджелудочной железы неоднородной эхогенности, неровные её контуры, свободная жидкость в забрюшинном пространстве или в некоторых участках брюшной полости.

Рентгенологическое исследование живота с захватом нижних отделов лёгких: неспецифический метод, определяет, вздутие кишечника, может наблюдаться плевральный выпот с ателектазами слева.

Диагностическая лапароскопия: инвазивный метод, является самым информативным и выявляет следующие прямые признаки для острого панкреатита:

Геморрагический экссудат;

Пятна цитостеатонекроза на поджелудочной железе и брюшине;

Кровоизлияния на боковых поверхностей брюшины, брыжейки кишечника.

К непрямым признакам для острого панкреатита относятся: застой в желчном пузыре, парез желудка и поперечно-ободочной кишки, отёк связок печени.

Компьютерная томография: является информативным методом, выявляет участки некроза поджелудочной железы.

Симптомы кишечной непроходимости

Независимо от типа и уровня кишечной непроходимости имеет место выраженный болевой синдром, рвота, задержка стула и неотхождение газов.

Абдоминальные боли носят схваткообразный нестерпимый характер. Во время схватки, которая совпадает с перистальтической волной, лицо пациента искажается от боли, он стонет, принимает различные вынужденные положения (на корточках, коленно-локтевое). На высоте болевого приступа появляются симптомы шока: бледность кожи, холодный пот, гипотония, тахикардия. Стихание болей может являться очень коварным признаком, свидетельствующим о некрозе кишечника и гибели нервных окончаний. После мнимого затишья, на вторые сутки от начала развития кишечной непроходимости, неизбежно возникает перитонит.

Другим, характерным для кишечной непроходимости признаком, служит рвота. Особенно обильная и многократная рвота, не приносящая облегчения, развивается при тонкокишечной непроходимости. Вначале рвотные массы содержат остатки пища, затем желчь, в позднем периоде - кишечное содержимое (каловая рвота) с гнилостным запахом. При низкой кишечной непроходимости рвота, как правило, повторяется 1-2 раза.

Типичным симптомом низкой кишечной непроходимости является задержка стула и отхождения газов. Пальцевое ректальное исследование обнаруживает отсутствие кала в прямой кишке, растянутость ампулы, зияние сфинктера. При высокой непроходимости тонкой кишки задержки стула может не быть; опорожнение низлежащих отделов кишечника происходит самостоятельно или после клизмы.

При кишечной непроходимости обращает внимание вздутие и асимметричность живота, видимая на глаз перистальтика.

Диагностика кишечной непроходимости

При перкуссии живота у пациентов с кишечной непроходимостью определяется тимпанит с металлическим оттенком (симптом Кивуля) и притупление перкуторного звука. Аускультативно в ранней фазе выявляются усиленная кишечная перистальтика, «шум плеска»; в поздней фазе – ослабление перистальтики, шум падающей капли. При кишечной непроходимости пальпируется растянутая кишечная петля (симптом Валя); в поздние сроки – ригидность передней брюшной стенки.

Важное диагностическое значение имеет проведение ректального и влагалищного исследования, с помощью которых можно выявить обтурацию прямой кишки, опухоли малого таза. Объективность наличия кишечной непроходимости подтверждается при проведении инструментальных исследований.

При обзорной рентгенографии брюшной полости определяются характерные кишечные арки (раздутая газом кишка с уровнями жидкости), чаши Клойбера (куполообразные просветления над горизонтальным уровнем жидкости), симптом перистости (наличие поперечной исчерченности кишки).

Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ применяется в затруднительных диагностических случаях. В зависимости от уровня кишечной непроходимости может использоваться рентгенография пассажа бария по кишечнику или ирригоскопия.

Колоноскопия позволяет осмотреть дистальные отделы толстого кишечника, выявить причину обтурации кишки и в ряде случаев - разрешить явления острой кишечной непроходимости.

Проведение УЗИ брюшной полости при кишечной непроходимости затруднено из-за выраженной пневматизации кишечника, однако исследование в ряде случаев помогает обнаружить опухоли или воспалительные инфильтраты.

**Приложение 3**

**Пользуясь данными материала в приложении заполнить таблицу ДД**

**Время 40 мин**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз** | **клиника** | **Дополнительная диагностика** | **осложнение** | **диагностика** |
| **Аппендицит( общие симптомы)** |  |  |  |  |
| **А. у женщин** |  |  |  |  |
| **А. у детей** |  |  |  |  |
| **А. у мужчин** |  |  |  |  |
| **А. у беременных** |  |  |  |  |

**Приложение 4**

**Решить тестовое задание**

**Время 40 мин**

**Вариант 1**

**Найти один правильный ответ**

**1.Основные причины острого аппендицита из перечисленного:**

а\ наследственность

б\ инфекция

в\ закупорка просвета червеобразного отростка

г\ атония кишечника

**2.При остром аппендиците у взрослого реже всего наблюдается:**

а\ боли в животе

б\ повышение температуры

в\ частый жидкий стул

г\ однократная рвота

**3. Появление болей в подложечной области и их смещение через несколько часов в правую подвздошную область называется симптомом:**

а\ Ровзинга;

б\ Ситковского;

в\ Кохера

г\ Шеткина- Блюмберга

**4. Основной симптом острого аппендицита:**

а\ боли в животе

б\ тошнота, рвота

в\ повышение температуры тела

г\ локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области

**5. Проникающее ранение живота – это повреждение:**

а\ кожи

б\ кожи и подкожной клетчатки

в\ кожи, подкожной клетчатки , мышц и брюшины

г\ кожи, подкожной клетчатки, мышц брюшной стенки

**6. Самым информативным методом диагностики острого аппендицита является:**

а\ теплография

б\ УЗИ брюшной стенки

в\ рентгенография

г\ лапороскопия

**7. Поджелудочная железа располагается:**

а\ забрюшинно между 12 перстной кишкой и селезенкой

б\ забрюшинно между 12 перстной кишкой и печенью.

в\ забрюшинно между 12 перстной кишкой и правой почкой

г\ в брюшной полости между желудком и печенью

**8. Основная причина острого панкреатита:**

а\ травма

б\ пищевая аллергия

в\ желудочно кишечные болезни, алкоголизм

г\ язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки

**9. Какой симптом менее всего характерен для острого панкреатита?**

а\ рвота

б\вздутие живота

в\ частый жидкий стул

г\ желтуха

**10. Начальный период острого панкреатита длится:**

а\ 1-12 часов

б\ 12-24 часа

в\ 1-3 суток

г\ 4-5 суток

**11. к симптомам желудочного кровотечения относится:**

а\ отсутствие стула и газов

ю\ рвота кофейной гущей, дегтеобразный стул

в\ стул не изменен, рвота алой кровью

г\ стул не изменен, рвота с желчью

**12.Какое исследование проводится в последнюю очередь при подозрении на острый панкреатит у больного без видимой желтухи?**

а\ общий анализ крови

б\ определение диастазы мочи

в\ фиброгастродуодено скопию

г\ Узи брюшной полости

**13. Признаки перитонита быстро , возникающие при повреждении: ( убрать неправильный ответ)**

а\ желудка

б\ толстого кишечника

в\ тонкого кишечника

г\ селезенки

**Вариант 2**

**Найти один правильный ответ**

**1.Острый аппендицит чаще встречается в возрасте:**

а\ до 10 лет

б\ от 20 до 40 лет

в\ старше 50 лет

г\ в любом возрасте

**2.Боли при остром аппендиците начинаются:**

а\ в правой подвздошной области;

б\ в эпигастральной ( подложечной ) области

в\ по всему животе

г\ в околопупочной области;

**3. К симптомам перитонита относятся**

а\ упорная рвота, сухой язык

б\ боли в эпи астральной области

в\ участие живота в акте дыхания

г\ резкое повышение температуры

**4.Симптом «рубашки»- это:**

а\ Симптом Воскресенского

б\ симптом Кохера

в\ симптом Щеткина- Блюмберга

г\ Симптом Ровзинга

**5.Что неверно для острого аппендицита у лиц пожилого возраста?**

а\ боли в животе выражены всегда значительно

б\ защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено

в\ в анализе крови лейкоцитоз небольшой

г\ быстрое развитие пареза кишечника

**6. Наиболее грозным осложнением острого аппендицита является**

а\ разлитой перитонит

б\ сепсис

в\ аппендикулярный инфильтрат

г\ заворот кишок

**7.Для диагностики острого аппендицита используются все методы кроме**:

а\ лапороскопии

б\ клинического анализа крови

в\ исследования прямой кишки ( ректальной исследование)

г\ лапароцентез ( прокол брюшной стенки)

**8. Что неверно для функции поджелудочной железы**

а\ это орган внешней и внутренней секреции

б\ железа секретирует инсулин

в\ железа секретирует глюкагон

г\ железа секретирует гастрин

**9. Для начинающего острого панкреатита наиболее характерны боли**

а\ постоянные ноющие в эпигастрии

б\ кинжальные боли в верхнем отделе живота

в\ постоянные опоясывающие боли в верхних отделах живота

г\ приступообразные боли внизу живота

**10. Какой симптом характерен для острого панкреатита**

а\ Симптом Кохера

б\ Симтом Воскресенского

в\ Симптом Мейо- Робсона

г\ симптом Щеткина- Блюмберга

**11. Укажите продолжительность 2 периода острого панкреатита:**

а\ 2-3 суток

б\ 6-8 суток

в\ 10-15 суток

г\ 12 часов

**12. К симптомам разрыва паренхиматозных органов относится**

**( убрать неверный ответ):**

а\ слабость

б\ слабый частый пульс

в\ диарея

г\ головокружение

**13.Величину кровопотери при желудочном кровотечении оценивают**

**( убрать лишний ответ)**

а\ по состоянию больного

б\ анализу крови

в\ цвету кожных покровов

г\ АД

**14. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) при остром панкреатите позволяет:**

а\ установить стадию заболевания

б\ уточнить распространенность поражения железы

в\ оценить состояние болезни дуоденального сфинктера

г\ выявить локализацию процесса и форму панкреатита

Приложение 5

Решить ситуационные задачи

Время 30 мин

Задача № 1

У больной 82 лет после погрешности в диете появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, боли

в равом подреберье, отрыжка, через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча.

Поступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул 12-перстной кишки

. Какова вероятная локализация дивертикула 12-перстной

кишки, приведшая к механической желтухе?

Задача № 2

У больного, поступившего с резкими болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой,желтушностью кожных покровов,

Поставить предварительный диагноз

Какие дополнительные методы диагностики ?

Задача № 3

У больной резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, рвота без примеси желчи. Легкая иктеричность кожи и склер. При осмотре мышечная защита в эпигастриии, умеренная болезненность, живот вздут. Амилаза крови 90 Ед/л.

Год назад перенесла холецистэктомию.

Поставить предварительный диагноз

План диагностических мероприятий

Задача № 4

Больной 28 лет поступил в клинику с картиной желтухи, появление которой отметил 4 дня

назад. Болевой синдром не выражен. Дважды в анамнезе отмечал эпизоды желтухи. При

лабораторном исследовании отмечена билирубинемия за счет непрямой фракции. При ультразвуковом исследовании патологии не выявляется. Активность трансаминаз и щелочной

фосфатазы не выражены.

Какой диагноз следует предположить?

Задача № 5

Больной

58 лет произведена эндоскопическая пиллосфинктеротомия, извлечены

конкременты из холедоха. На вторые сутки после вмешательства отмечена повторная мелена,

бледность кожных покровов, снижение артериального давления. О каком осложнении

следует думать?

Задача № 6

У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой

синдром в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение

мышц передней брюшной стенки. Выражен лейкоцитоз, увеличен уровень амилазы сыворотки.

О каком осложнении может идти речь?

**Задача 7.** У практически здорового пациента, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось

массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания

на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют.

Задание. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения? (подсказка искать синдром.обратить внимание на многократную рвоту)

Какой метод дополнительного обследования посоветовать

**Задача 70.** При обследовании пациента с перфоративной язвой выявляется Триада Мондора

а) язвенный анамнез; б) свободный газ на обзорном рентгенологическом снимке; в) »доскообразный» живот;

г) исчезновение печеночной тупости при перкуссии;

д) »кинжальные» боли

Задание. Из предложенных симптомов выбрать триаду.

Перфоративная язва-это?

**Задача 8.** Молодой мужчина поступил в приемное отделение с жалобами

на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью не-

сколько лет. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 ударов в 1 мин,

анурия. Пальпаторно: передняя брюшная стенка резко напряжена.

Задание Выбрать из предложенных обследований самый достоверный.

1) подсчета лейкоцитов в периферической крови

2) обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя

3) уровня СОЭ

4) контрастной рентгенографии желудка

5) контрастного рентгенологического исследования толстой кишки

Напряжение брюшной стенки это симптом-?

**Приложение 6**

**Ответить на контрольные вопросы**

**Время 50 мин**

Ранения живота открытые,закрытые- этиология,патогенез,клинические симптомы

Ранения проникающие- этиология,патогенез,клинические симптомы

Клинические симптомы повреждения внутренних органов живота(печени,желудка,кишечника,селезенки,поджелудочной железы)

Сочетанные травмы живота- определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

Острый перитонит- определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

Грыжи живота-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы в зависимости от вида (паховая,белой линии живота,послеоперационная,внутренние)

ущемленная грыжа живота- определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

острая кишечная непроходимость- определение.этиология,патогенез,клинические симптомы в зависимости от вида(обтурационная,паралитическая,спаечная,странгуляционная,функциональная)

понятие острый живот причины «острого живота»

прободная язва желудка и 12 перстной кишки-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

калькулезный холецистит-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

псевтоперитонеум-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

аппендицит -определение.этиология,патогенез,кдинические симптомы в зависимости от формы

атипичные формы аппендицита

аппендицит у беременных- клинические симптомы

аппендицит в раннем и пожилом возрасте- клинические симптомы

панкреатит-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы

рак желудка-определение.этиология,патогенез,клинические симптомы(общие понятия)

желудочно-кишечные кровотечения-определение.этиология,патогенез,клинические симптом

**.**