# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім.М.І.ПИРОГОВА**

Факультет ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра ХІРУРГІЇ №2

Автор доц. ЖМУР А.А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри

професор М.І.ПОКИДЬКО

«\_28\_»\_СЕРПНЯ\_2017 р.

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКА**

**семінарського заняття**

**Тема:** ПЕРИТОНІТ І ЗАЛИШКОВІ ГНІЙНИКИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ ХІРУРГІЯ**

**ВІННИЦЯ 20\_\_\_\_ р.**

**Тривалість заняття: 18 годин.**

**Мета:** визначення рівня знань інтернів хірургічного профілю про сучасні погляди на стан проблеми перитоніту, його діагностики, патогенез гострого перитоніту; комплексного лікування розповсюдженого гнійного перитоніту, як основного етіопатогенетичного чинника абдомінального сепсису, абсцесів черевної порожнини та варіантами їх хірургічного лікування.

1. **ПЛАН СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Розділи | Час у годинах |
| ТВ |
| 1 | Вступ* ознайомлення інтернів з темою заняття
 | 0,25 |
| 2 | Викладення основного матеріалу* Анатомія очеревини.
* Класифікація перитоніту.
* Оціночні шкали для визначення ступеню важкості перитоніту.
* Локальна симптоматика перитоніту в залежності від етіологічного чинника;
* Системна реакція організму на перитоніт в залежності від стадії розвитку перитоніту;
* Лабораторні методи діагностики для визначення запального синдрому очеревини з інтерпретацією даних;
* Інструментальні методи діагностики для визначення ступеню морфологічних змін очеревини та розповсюдженості процесу з інтерпретацією даних;
* Морфофункціональні зміни на локальному рівні при перитоніті
* Синдром взаємообтяження при гострому перитоніті.
* Етапи комплексного лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт;
* Реанімаційне забезпечення хворих в передопераційному періоді, напрямки, термін.
* Покази та терміни до операційного лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт;
* Операційне лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт – етапи, варіанти виконання;
* Післяопераційне лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт: напрямки та об’єм;
* Програма контролю за станом пацієнта з розповсюдженим гнійним перитонітом на різних етапах лікування;
* Етапи комплексної діагностики залишкових гнійників черевної порожнини;
* Операційне лікування хворих на абсцеси черевної порожнини: відкриті, малоінвазивні (покази, етапи лікування).
 | 5 |
| 3 | Висновок:* підведення підсумків проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів
 | 0,75 |

**ІІ. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ**

**Задача №1**

Хворий Н, 57 років госпіталізований в хірургічний стаціонар через 3 дня від початку захворювання з типовою клінікою гострого панкреатиту, середнього ступеню важкості. При огляді живіт не приймає участь в акті дихання, по фланках визначається рідина, перистальтика різко ослаблена, симптоми подразнення очеревини слабо позитивні. При УЗД – в черевній порожнині коло 500 мл. Вільної рідини. Сформулювати діагноз у хворого.

 **Задача №2**

Хворий А. 45 років госпіталізований в важкому стані: виражена слабкість, адинамія, сухість в роті, розлитий біль в животі. Хворіє на виразкову хворобу ДПК. Захворювання розпочалось з дискомфорту в епігастрії та переміщення болю в праву здухвинну ділянку. Приймав знеболюючі препарати для зменшення температури тіла та больового синдрому. Живіт напружений у всіх відділах. Перистальтика відсутня. Лейкоцитоз – 12,5 х 10/л. Який попередній діагноз можна встановити хворому, які додаткові методи дослідження потрібно використати для верифікації діагнозу?

**Задача №3**

У приймальне відділення доставлений хворий 45 років через 3 доби від початку захворювання зі скаргами на розлиті, постійні болі у всіх відділах живота, багаторазову блювоту, здуття живота, відсутність стільця протягом 2-х останніх діб, відсутність відходження газів, підвищення температури тіла до 39 градусів, різку слабкість. Захворювання почалося з інтенсивних болів в епігастрії (як від удару кинджалом). За медичною допомогою не звертався.

Загальний стан вкрай важкий. Хворий загальмований. Риси обличчя загострені. Шкірні покриви бліді, сухі. Т тіла 38,5. У легенях дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах. Тахіпное до 24 в хвилину, дихання поверхневе. Тони серця ритмічні, глухі, ЧСС 120 в хвилину. АТ 90/50 мм рт ст. Живіт рівномірно здутий і напружений в усіх відділах. При поверхневій пальпації визначаються симптоми подразнення очеревини у всіх відділах. Перкуторно: притуплення звуку в пологих місцях живота, відзначається зменшення розмірів печінкової тупості. Відзначається олігурія.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Хірургічна тактика в даному випадку.

3. Призначте комплекс необхідного обстеження в даному випадку.

**Задача №4**

У хворого, оперованого 5 днів тому з приводу гострого флегмонозного апендициту, з'явилися болі в правому підребер'ї, що посилюються на вдиху. Підвищилася температура до 38,5 град. Пульс прискорений, язик вологий. Живіт м'який, але в правому підребер'ї злегка болючий. Печінка виходить з-під реберної дуги на 6 см. Симптом Ортнера-Грекова позитивний. У легенях везикулярне дихання. Рентгенологічно змін з боку легеневої паренхіми, не знайдено. У плевральному синусі справа є невелика кількість випоту. Діафрагма сплющена, обмежена в рухливості. Лейкоцитоз - 16000.

Про яке ускладнення Ви подумали? Яке дослідження може допомогти уточнити діагноз? Ваша лікувальна тактика?

Напруження м'язів передньої черевної стінки є характерною ознакою для:

A. Загострення виразкової хвороби шлунка

B. Печінкової коліки

C. Гострого перитоніту

D. Гострої кишкової непрохідності

E. все вище назване

В останні роки при перитоніті зросла частота висівання патогенної флори:

A. Аеробної

B. Аеробної клостридіальної

C. Аеробної неклостридіальної

D. Анаеробної клостридіальної

E. Анаеробної неклостридіальної

Агентами, що викликають перитоніт, можуть бути всі окрім:

A. Сечі при розриві сечового міхура

B. Вмісту шлунка при перфорації виразки

C. Крові при травмі живота

D. Жовчі при перфорації жовчного міхура

E. Повітря в черевній порожнині після лапароскопічного дослідження

Атиповий клінічний перебіг післяопераційного перитоніту обумовлений призначенням в післяопераційному періоді:

A. Спазмолітиків

B. Антикоагулянтів

C. Знеболюючих

D. Аналептиків

E. Серцевих глікозидів

Для перитоніту не характерний симптом:

A. Щоткіна-Блюмберга

B. Троянова-Тренделенбурга

C. Воскресенського

D. Куленкампфа

E. Кримова

Для токсичної стадії перитоніту характерно все, окрім:

A. Здуття живота

B. Гіпотонії

C. Зникнення кишкових шумів

D. Тахікардії

E. Посиленої перистальтики

Для реактивної стадії гнійного перитоніту не характерне:

A. Різка болючість живота при пальпації

B. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга

C. Напруження м'язів передньої черевної стінки

D. «Обличчя Гіппократа»

E. Тахікардія

Для термінальної стадії перитоніту не характерна:

A. Тахікардія

B. Брадикардія

C. Гіпертермія

D. Падіння артеріального тиску

E. Динамічна кишкова непрохідність

З якою метою в лікуванні поширеного гнійного перитоніту виконують назогастроінтестинальну інтубацію?

A. Облік втрат рідини через шлунково-кишковий тракт

B. Контроль електролітного складу кишкового вмісту

C. Профілактика кишкової непрохідності

D. Стимуляція перистальтики кишечника

E. Пригнічення перистальтики кишечни

За характером мікрофлори розрізняють перитоніт:

A. Аеробний, стафілококовий, змішаний

B. Аеробний, клостридіальний, змішаний

C. Анаеробний, неклостридіальний, змішаний

D. Бактероїдний, стрептококовий, змішаний

E. Аеробний, анаеробний, змішаний

Передопераційна підготовка у хворих з перитонітом не передбачає:

A. Корекції порушень серцево-судинної системи

B. Лапароцентезу

C. Зниження інтоксикації

D. Корекції обмінних порушень

E. Боротьби з гіповолемією

Порушення білкового обміну при перитоніті проявляється:

A. Зменшенням кількості альбумінів та глобулінів

B. Збільшенням кількості альбумінів та глобулінів

C. Збільшенням кількості альбумінів, зменшенням глобулінів

D. Зменшенням кількості альбумінів, збільшення глобулінів

E. Кількість альбумінів, глобулінів не змінюється

При гнійному перитоніті розлади гемодинаміки не обумовлені:

A. Зниженням об'єму циркулюючої крові

B. Збільшенням об'єму циркулюючої крові

C. Зниженням тонусу судинної стінки

D. Зміною реологічних властивостей крові

E. Порушенням серцево-судинної діяльності

Абсцес дугласова простору після апендектомії характеризується всіма ознаками, окрім:

A. гектичної температури

B. болю в глибині тазу і тенезмів

C. обмеження рухливості діафрагми

D. нависання стінок піхви або передньої стінки прямої кишки

E. болючості при ректальному дослідженні

Основним клінічним проявом апендикулярного абсцесу є:

A. Пухлиноподібний утвір

B. Болюча пухлина

C. Болюча пухлина

D. Пухлина з флюктуацією

E. Пухлина з інфільтрацією

Завдання 1 Призначати анестезіологічну програму лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт в передопераційному періоді та систему контролю за станом організму;

Завдання 2 Розказати етапи хірургічної корекції розповсюдженого гнійного перитоніту:

* Знеболення;
* Операційний доступ;
* Інтраопераційна ревізія черевної порожнини;
* Варіанти ліквідації джерела перитоніту;
* Санація черевної порожнини;
* Варіанти дренування черевної порожнини;
* Варіанти закриття черевної порожнини.

Завдання 3 Розказати покази до формування умов для програмованої ревізії та санації черевної порожнини;

Завдання 4 Знати покази для інкубації ШКТ та його варіанти;

Завдання 5 Призначати додаткові методи дослідження для верифікації діагнозу та визначення ступеню важкості пацієнта та прокоментувати їх результати;

Завдання 6 Поставити діагноз перитоніту різної етіології, враховуючи класифікацію перитоніту та у відповідності до МКХ -10 згідно ситуаційної задачі;

Завдання 7 Оцінити стан пацієнта згідно критеріїв оціночних шкал для визначення ступеню важкості перитоніту;

**ІІІ КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ІНТЕРНІВ**

1. Розказати анатомію, фізіологію, функцію очеревини, анатомічні утворення очеревини;
2. Розказати класифікацію перитоніту;
3. Перерахувати захворювання, які призводять до розвитку перитоніту (особливості перебігу).
4. Розказати клінічну картину перитоніту в залежності від етіології, розповсюдженості, стадії розвитку (відповідно до класифікації):

а). локальна симптоматика;

б). загальна реакція організму з виділенням основних синдромів;

1. Розписати об’єм лабораторних методів дослідження та перерахувати зміни, які будемо очікувати при перитоніті;
2. Розписати об’єм інструментальних методів дослідження та перерахувати зміни, які будемо очікувати при перитоніті;
3. Розказати критерії оціночних шкал для перитоніту;
4. Навести приклади постановки діагнозу «перитоніт».
5. Розказати критерії оціночних шкал для перитоніту;
6. Розказати загальну тактику лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт
7. Покроково розписати етапи передопераційної підготовки хворих у відділені інтенсивної терапії;
8. Розказати мету та етапи хірургічного лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт;
9. Розказати про групи препаратів та заходи етіопатогенетичного та симптоматичного лікування хворих на розповсюджений гнійний перитоніт в післяопераційному періоді;
10. Розказати принцип призначення антибіотиків хворим на розповсюджений гнійний перитоніт;
11. Розказати причини розвитку залишкових гнійників черевної порожнини та патогенез їх утворення;
12. Розказати типову локалізацію абсцесів черевної порожнини, специфічну та неспецифічну клінічну картину;
13. Розказати план діагностичних міроприємств при абсцесах черевної порожнини;
14. Розказати варіанти оперативних втручань при залишкових гнійниках черевної порожнини та анестезіологічний супровід;
15. Розказати роль релапаротомії в комплексному лікуванні хворих на перитоніт;

**ІV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ**

(апаратура, ілюстративні матеріали)

1. Ноутбук з мультимедійним проектором

2. Презентації та відеофільми

**V РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:**

Безродний Б.Г. Гострий апендицит: навчальний посібник / Б.Г. Безродний, І.В. Колосович, К.О. Лебедєва. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Кафедра хірургії №2 – Київ: Валрус Дизайн – 2013-180с.

Бондарєв В.І., Бондарєв Р.В., Васильєв О.О. та ін., за ред. проф.. Кондратенко П.Г. Хірургія: підручник // Київ-Медицина, 2009. – 968с.+кольоров. вкл. 36с.

Итала Эмилио. Атлас абдоминальной хирургии (в двух томах) // Москва.-Медицинская литература – 2006.-974с.

Скиба В.В. Лекції з хірургічних хвороб та атлас операцій .- Київ.- 2008.-324с.

Ступінь проникнення ампісульбіну в червоподібний відросток при різних способах його введення / І.Д. Дужий, В.М. Псарьов, І.В. Пономаренко та ін. // Харківська хірургічна школа.- 2011 - №2(47) – с. 95-98

Шалимов А.А., Радзиховский А.П. Атлас операцій на органах пищеварения (в двух томах).-Киев.-Наукова думка.-2005 – 626с.

Appendicitis – a collection of essays from around the world / Edited by Anthony Lander – Publisher: InTech – 2012 – 236 pages

Harrison’s Principles of Internal Medicine. 18th edition. Dan L. Longo, Anthony S. Fanci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo / New York – Publisher McGraw-Hill Medical – 2011 – 4012 pages

Schein’s Common Sense Emergency Abdominal Surgery: an unconventional book for trainees and thinking. Schein Moshe, Robert Lane, Paul Rogers, Ahmad Assalia / Springer Science & Business Media – 2010 – 673p.

Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Р.Л.Ахметшин, А.А.Болдижар П.А., П.А.Болдижар и др.: под. ред.. П.Г.Кондратенко, В.И.Русина.- Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 720 с.

**VI ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ ЛІКАРІВ ІНТЕРНІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:**

1. Чергуваннях в хірургічній клініці

2. Участь в роботі лікувально-консультативних комісій на базі стажування

3. Участь в роботі патолого-анатомічних конференцій на базі стажування

4. Участь в товариствах хірургів Вінницької області та міста Вінниці.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дати затвердження і перегляду методичної розробки** | **№ протоколу методичного засідання кафедри**  | **Підпис зав. кафедри** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Підпис автора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_