

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім.М.І.ПИРОГОВА

Факультет
Кафедра
Автор

ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ХІРУРГІЇ №2
доц. Андрій ЖМУР

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри Хірургії №2 з курсом
«Основи стоматології», професор



__Марія ПОКИДЬКО

«_____»_____2024 р.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКА
семінарського заняття

Тема: ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ ХІРУРГІЯ

ВІННИЦЯ 2024 р.

Тривалість заняття: 18 годин.

Мета: поглиблення знань інтернів про загальні положення проблеми гострого апендициту; класифікацію, клініку і діагностику гострого апендициту; особливості перебігу гострого апендициту при атипових локалізаціях червоподібного відростка, вибором діагностично-лікувальної тактики при гострому апендициті; ознайомлення лікарів інтернів хірургічного профілю з проблемою ускладнень гострого апендициту, класифікацією ускладнень, клінічними особливостями перебігу ускладнень гострого апендициту; ознайомлення лікарів інтернів хірургічного профілю з проблемою післяопераційних ускладнень апендектомії.

1. ПЛАН СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ

№	Розділи	Час у годинах
		ТВ
1	Вступ - ознайомлення інтернів з темою заняття	1
2	Викладення основного матеріалу <ul style="list-style-type: none">- класифікація гострого апендициту- клінічна картину гострого апендициту в залежності від морфологічної форми та розташування відростка- діагностично-лікувальна тактика у хворих на гострий апендицит- класифікація ускладнень гострого апендициту- передумови для виникнення ускладнень гострого апендициту- клінічна картина та діагностично-лікувальна тактика апендикулярного інфільтрату- клінічна картина абсцесів черевної порожнини та діагностично-лікувальна тактика при гнояках черевної порожнини апендикулярного генезу- клініка пілефлебії та діагностично-лікувальна тактика при пілефлебії апендикулярного генезу- техніка операцій при гострому апендициті при класичному розташуванні червоподібного відростка, в т.ч. лапароскопічно;- техніка операцій при ускладненнях гострого апендициту, в т.ч. лапароскопічно- Клінічна картина ускладнень з боку рани після апендектомії та діагностично-лікувальна тактика при їх виникненні;- Клінічна картина інтраабдомінальних ускладнень після апендектомії та діагностично-лікувальна тактика при їх виникненні;- Клінічна картина ускладнень після апендектомії з боку інших органів та систем, діагностично-лікувальна тактика при їх виникненні;- Профілактика ускладнень апендектомії.	15
3	Висновок: - підведення підсумків проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	2

II. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ

Задача №1

Хворий 45 років госпіталізований в інфекційне відділення з проносом, тенезмами, незначним болем нижче пупка та внизу живота. За 6 годин до госпіталізації був біль в верхній половині живота, який супроводжувався нудотою та одноразовою блювотою. Симптоми подразнення очеревини негативні. Температура тіла 37,2. Про яку хірургічну патологію в першу чергу потрібно думати?

Задача №2

У хворої 65 років виник біль в правому підребер'ї, який супроводжувався нудотою. На патологію печінки та жовчних шляхів хвора не скаржилась та регулярно обстежувалась. Об'єктивно визначається резистентність по правому фланку. Симптом Ортнера, Кера, Пастернацького справа негативні. Яку хірургічну патологію в першу чергу потрібно виключити? Які методи дослідження потрібно застосувати в цій ситуації?

Задача №3

Хворий 45 років знаходився на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з приводу апендикулярного інфільтрату і отримував комплекс консервативних заходів. Проте на 4 добу від початку лікування у хворого підвищилась температура тіла до 38,9 С в вечірній час. Інфільтрат став м'яким, з'явилися ознаки флюктуації. Про яке ускладнення гострого апендициту в першу чергу потрібно думати?

Задача №4

У хворого 65 років анамнестично 4 дні назад виникла клініка гострого апендициту. За медичною допомогою хворий не звертався через неінтенсивний біль. Напередодні поступлення у хворого після незначного навантаження біль в животі різко підсилювався, став розлитим внизу та супроводжувався короткочасною втратою свідомості. При поступленні в хірургічне відділення пульс 100 за хв., АТ 90 / 60, живіт напружений, більше внизу, симптоми подразнення очеревини позитивні. Яку хірургічну патологію в першу чергу потрібно виключити? Які методи дослідження потрібно застосувати в цій ситуації?

Задача №5

У хворого 55 років після апендектомії з приводу гострого гангренозно-перфоративного апендициту з дифузним гнійним перитонітом на 6 добу температура набула гектичного характеру, з'явився помірний біль в правому підребер'ї, нижній край печінки виступає на 3 см. нижче краю реберної дуги, на оглядовій рентгенограмі грудної клітки визначається правобічний ексудативний плеврит та горизонтальний рівень рідини під діафрагмою справа. Яке ускладнення виникло у хворого? Яка тактика лікування?

Задача №6

У хворого з болем внизу живота під час діагностичної лапароскопії діагностоване тазове розташування флегманоно зміненого червоподібного відростка. Яка тактика завершення операції?

Задача №7

У хворого діагностовано деструктивний апендицит. Симптоми подразнення очеревини визначаються у всіх відділах живота нижче пупка. Яка тактика оперативного втручання?

Задача №8

У хворого 57 років на 4 добу після апендектомії з приводу гангренозного апендициту, дифузного гнійного перитоніту з'явилась нудота, блювання з неприємним запахом,

асиметрично здувся живіт. Симптоми подразнення очеревини негативні. Яке ускладнення виникло у хворого? Яка тактика лікування?

Задача №9

У 76 річної хворої з цирозом печінки та серцево-легеневою недостатністю на 5 добу після флегмонозного апендициту з рани почало виділятися серозна рідина в значній кількості. На дні – петля тонкої кишки. Краї рани без ознак загосння. Яке ускладнення імовірно виникло у хворої? Яка тактика лікування?

Для апендикса характерна велика кількість фолікулів:

- Лімфоїдних
- Паренхіматозних
- Цитоплазматичних
- Циліндричних
- Овоїдних

Для виконання апендектомії оптимальним доступом буде:

- Кохера
- Пфаненштіля
- нижньо-середина лапаротомія
- Волковича - Дьяконова
- Пирогова

Для гострого апендициту з червоподібним відростком в малому тазу характерно:

- наявність болючості в трикутнику Пті
- домішки крові в калових масах
- виражена больова реакція передньої стінки прямої кишки при ректальному дослідженні
- відсутність температурної реакції
- позитивний симптом Пастернацького

Для гострого апендициту характерні зміни в загальному аналізі крові:

- Нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво
- Нейтрофільна еозинофілія зі зсувом лейкоцитарної формули вліво
- Нейтрофільний лімфоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво
- Нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вправо
- Лейкоцитарна нейтрофілія зі зсувом лейкоцитарної формули вправо

Для якого апендициту характерний симптом Куленкампа?

- Тазового
- Підпечінкового
- Здухвинного
- Ретроцекального
- Латерального

Для якого апендициту характерні дизуричні явища?

- Ретроцекального
- Ретроперитонеального
- Латерального
- Підпечінкового
- Тазового

Для якого апендициту характерні тенезми?

- Здухвинного
- Тазового
- Медіального
- Підреберного
- Латерального

Ентерогенний шлях проникнення інфекції в апендикулярний відросток при гострому апендициті зустрічається найчастіше. Ймовірність висівання яких мікроорганізмів є найвищою?

- Стафілокок
- Стрептокок
- Бактероїди
- Кишкова паличка
- Паличка Коха

Заслінка Герлаха – це:

- Баугінева перетинка
- Серозний клапан
- Сполучно-тканинний клапан
- М'язевий сфінктер біля основи апендикса
- Складка слизової оболонки апендикса

Назвіть клінічні фази апендициту

- Епігастральна, локальних проявів, ускладнень
- Гіпогастральна, пахова, перитоніту
- Мезогастральна, здухвинна, ускладнень
- Умбілікальна, локальна, інфільтрату
- Абдомінальна, епігастральна, ускладнень

Назвіть найбільш інформативний метод інструментальної діагностики гострого апендициту

- УЗД
- Контрастна рентгенографія
- Гастроскопія
- ЕГДС
- Колоноскопія

Назвіть основні положення розміщення апендикса:

- Низхідне, латеральне, медіальне, вентральне, ретроцекальне
- Висхідне, латеральне, медіальне, вентральне, ретроцекальне
- Низхідне, каудальне, бокове, латеральне
- Внутрішнє, медіальне, переднє, вентральне
- Переднє, вентральне, заднє, ретроцекальне

Нормальне розміщення сліпої кишки з апендиксом – це права ямка:

- Пахова
- Сіднична
- Затуплена
- Здухвинна
- Крижова

Ознаки гангренозно зміненого апендикса:

Чорний, фібринозно-гнійний наліт, гній у просвіті
Гіперемія, потовщення, набряк слизової
Червоний, фібринозно-гнійний наліт, гній у просвіті
Чорний, фібринозно-гнійний наліт, перфорація
Чорний, фібринозно-гнійний наліт, пенетрація

Ознаки гангренозно-перфоративного апендикса:

Гіперемія, потовщення, набряк слизової
Червоний, фібринозно-гнійний наліт, гній у просвіті
Чорний, фібринозно-гнійний наліт, гній у просвіті
Чорний, фібринозно-гнійний наліт, перфорація
Чорний, фібринозно-гнійний наліт, пенетрація

Первинно-гангренозний апендицит найчастіше зустрічається:

у дітей
у осіб з важкою травмою
у чоловіків
у жінок
у осіб літнього і старечого віку

Абсцес дугласова простору після апендектомії характеризується всіма ознаками, окрім:

гектичної температури
болю в глибині тазу і тенезмів
обмеження рухливості діафрагми
нависання стінок піхви або передньої стінки прямої кишки
болючості при ректальному дослідженні

В якому випадку використовується лігатурний метод апендектомії?

У новонароджених дітей
У дітей до 3 років
У дітей до 5 років
У людей старшого віку
У людей похилого віку

Клінічні ознаки пілефлебиту:

Жовтушність шкіри, біль в здухвинній ділянці, збільшення печінки
Жовтушність шкіри, біль в здухвинній ділянці, збільшення печінки
Іктеричність склер, біль в правому підребер'ї, збільшення печінки
Блідість шкіри, біль в правій паховій ділянці, збільшення селезінки
Синюшність шкіри, біль над ключицею, асцит.

Залишення тампонів в черевній порожнині після апендектомії показане:

при незупиненій капілярній кровотечі
при гангренозно-перфоративному апендициті
при місцевому перитоніті
при розлитому перитоніті
при всіх цих станах

Апендектомія при апендикулярному інфільтраті проводиться через:

- 3 години
- 3 дні
- 30 днів
- 3 тижні
- 3 місяці

Апендикулярний інфільтрат – це наслідок апендициту:

- Деструктивного
- Ретроцекального
- Ретроперитонеального
- Простого
- Тазового

В якому випадку апендицит лікується консервативно?

- Катаральний
- Простий
- Деструктивний
- Інфільтрат
- Абсцес

В якому випадку використовується лігатурний метод апендектомії?

- У новонароджених дітей
- У дітей до 3 років
- У дітей до 5 років
- У людей старшого віку
- У людей похилого віку

Вкажіть найбільш часті ускладнення апендициту

- Інфільтрат, абсцес, тромбофлебіт, гепатит
- Інфільтрат, абсцес, пілефлебіт, перитоніт
- Конгломерат, злуки, цистит, перитоніт
- Інфільтрат, конгломерат, гепатит
- Абсцес, перитоніт, злуки, флебіт

Завдання 1 Знати клініко-морфологічну класифікацію гострого апендициту

Завдання 2 Описати типову клінічну картину гострого апендициту;

Завдання 3 Описати клінічну картину при атипичних варіантах розташування червоподібного відростка;

Завдання 4 Проводити диференційну діагностику гострого апендициту з іншою патологією посимптомно та посиндромно;

Завдання 5 Описати комплекс діагностичних заходів для діагностики гострого апендициту;

Завдання 6 Знати тактику лікування при гострому апендициті.

Завдання 7 Визначати об'єм оперативного лікування та ведення післяопераційного періоду у хворих на ускладнений гострий апендицит в залежності від виду ускладнення за даними ситуаційної задачі;

Завдання 8 Розказати об'єм додаткових методів обстеження у хворих з підозрою на ранові, інтраабдомінальні ускладнення апендектомії та вміти інтерпретувати отримані дані за даними ситуаційної задачі;

Завдання 9 Сформулювати діагноз у хворих на ускладнення апендектомії за даними ситуаційної задачі;

Завдання 10 Визначати об'єм оперативного лікування та ведення післяопераційного періоду у хворих на ранові ускладнення апендектомії за даними ситуаційної задачі;
Завдання 11 Визначати об'єм оперативного лікування та ведення післяопераційного періоду у хворих на інтраабдомінальні ускладнення апендектомії за даними ситуаційної задачі;
Завдання 12 Розказати лікувальний алгоритм при ускладненнях з боку інших органів і систем після апендектомії за даними ситуаційної задачі.

III КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ІНТЕРНІВ

1. Класифікація гострого апендициту
2. Диференційна діагностика гострого апендициту
3. Класифікація ускладнень гострого апендициту;
4. Клініко-діагностичний алгоритм та лікувальна тактика при апендикулярному інфільтраті та варіантах його перебігу;
5. Клініко-діагностичний алгоритм та лікувальна тактика при гнояках черевної порожнини;
6. Описати етапи апендектомії;
7. Знати покази до тампонади черевної порожнини при гострому апендициті;
8. Розповісти класифікацію ускладнень гострого апендициту;
9. Описати клініко-діагностичний алгоритм та лікувальну тактику при пілефлебії апендикулярного генезу.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

(апаратура, ілюстративні матеріали)

1. Ноутбук з мультимедійним проектором
2. Презентації та відеофільми

V РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

Основні теми загальної та невідкладної хірургії: посібник зі спеціалізованої хірургічної практики: 7-е видання / ред. Г'ю М. Патерсон, Кріс Дінс/ Вид.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина».- 2024.-320 с.

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.

Базові лапароскопічні навички в хірургії /Кравців М. , Дудченко М.О. Вид.: Магнолія -2023.- 248 с.

Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. — 5-е видання.- /Вид.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина».- 2024.- 560 с.

Хірургія: у 2-х томах. Т. 1 : підручник / С. О. Бойко, О. О. Болдіжар, П. О. Болдіжар та інш, // Нова Книга, - 2019 р. - 704 с.

Бондарев В.І., Бондарев 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.

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

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 _____